



REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

Uma publicação da
União Brasileira das Associações de
Musicoterapia

ANO XVII NÚMERO 19 / 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

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

Revista Brasileira de Musicoterapia / União Brasileira das Associações
Musicoterapia. – v. 1, n. 1, (1996). – Curitiba, Ano XVII, n 19, (2015)

Semestral

Resumo em português e inglês

ISSN 2316-994X

SUMÁRIO

Editorial.....5

Artigos

Construção e gestão do conhecimento no ensino superior de musicoterapia no Brasil - Michelle de Melo Ferreira.....8

A experiência do uso da escala *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP) em pacientes com paralisia cerebral - Allana G. M. Santana, Fabiane M. Shimoze e Clara Y. Ikuta.....22

Atuação e perfil do musicoterapeuta organizacional - Alexandre Ariza Gomes de Castro, Fernanda Valentin e Leomara Craveiro de Sá.....34

Music-Centered Music Therapy - Andre Brandalise.....52

Trabalho de Conclusão de Curso

Linguagem e socialização: o trabalho musicoterapêutico em pessoas com afasia - Isabela Carvalho Guerche, Pierângela Nota Simões.....66

Resenha

The Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts (Kenneth Aigen) - André Brandalise.....91

MUSICOTERAPIA

Editorial

Chegamos ao final de mais um ano e temos o prazer de lançar a revista número 19. A *Revista Brasileira de Musicoterapia* é uma publicação semestral, em versão online, da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM), destinada à publicação científica de trabalhos originais relacionados à Musicoterapia e áreas afins. Os trabalhos aceitos podem ser de dois tipos: artigos e resenhas. No formato artigo estes podem ser estudos teóricos/ensaios, trabalhos baseados em pesquisa. A novidade é a categoria Trabalho de Conclusão de Curso (um por edição). Também está previsto em nossas publicações entrevistas com musicoterapeutas nacionais e internacionais.

Para este número 19, brindamos a comunidade com cinco trabalhos inéditos. O primeiro deles, “Construção e gestão do conhecimento no ensino superior de musicoterapia no Brasil”, de autoria de Michelle de Melo Ferreira discute o processo da construção e gestão do conhecimento na relação professor-aluno no processo de ensino-aprendizagem. Tem como objetivo apontar os caminhos facilitadores em prol da formação dos futuros musicoterapeutas. Trata-se de um estudo bibliográfico. Dentre as conclusões indicadas pela autora, uma delas afirma que conhecimento das diversas competências da profissão se dá pela inter-relação de um aluno com o outro e do professor com aluno durante o processo de ensino-aprendizagem.

O artigo “A experiência do uso da escala *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP) em pacientes com paralisia cerebral”, das autoras Allana G. M. Santana, Fabiane M. Shimoze e Clara Y. Ikuta, se propôs a analisar a aplicabilidade da escala *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP) em pacientes com Paralisia Cerebral, mas somente em quatro domínios de comportamento desta escala, a saber: motricidade ampla; musicalidade; Comunicação Receptiva / Percepção Auditiva; Cognitivo. Como resultado obtido, as autoras afirmam que a escala é aplicável em pacientes com paralisia cerebral sendo possível traçar o perfil do paciente e os objetivos

musicoterapêuticos. Contudo, alguns subdomínios necessitam ser adaptados à esta população devido as suas condições.

O artigo “Atuação e perfil do musicoterapeuta organizacional”, escrito pelos autores Alexandre Ariza Gomes de Castro, Fernanda Valentin e Leomara Craveiro de Sá, reflete as possibilidades de atuação e as características essenciais do musicoterapeuta para atuar em organizações. Os autores apontam as competências importantes para tal: conhecimento dos processos da empresa, empreendedorismo (visão estratégica e proatividade), comunicação clara, saber lidar com jogos de poder e com alto nível de exposição perante o grupo. O perfil do profissional musicoterapeuta, apontado pelos autores, se constrói com base no estudo de teorias da Psicologia, da Administração e da Musicoterapia.

Andre Brandalise, em seu artigo “Music-Centered Music Therapy”, em língua inglesa, apresenta-se como um estudo teórico mapeando as influências da musicoterapia músico-centrada. Apresenta e discute semelhanças e diferenças entre os pioneiros do modelo músico-centrado de musicoterapia. O autor afirma que os modelos centrados na música, apesar de suas diferenças, apresentam características que poderiam ser incluídas em uma perspectiva psicoterapêutica. No entanto, alguns musicoterapeutas desta perspectiva argumentam que a prática centrada na música e psicoterapia são duas abordagens diferentes. Diferentes autores são destacados quanto a suas concepções em relação ao este tema.

O trabalho de conclusão de curso, das autoras Isabela Carvalho Guerche, Pierângela Nota Simões, intitulado “Linguagem e socialização: o trabalho musicoterapêutico em pessoas com afasia”, investigou os resultados do trabalho musicoterapêutico para a promoção da socialização da pessoa com afasia. Além da revisão bibliográfica foi realizada uma entrevista com os familiares de uma pessoa com afasia. Foi possível constatar que a musicoterapia, de forma direta e indireta, é uma importante aliada no tratamento da afasia, pois a partir da reabilitação da linguagem, assim como da abertura de novos canais de comunicação, contribui para a promoção da socialização.

E finalizando essa edição apresentamos a Resenha Crítica do livro “The Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts”, de autoria de Kenneth Aigen. Esta resenha foi feita por André Brandalise. Temas como a identidade da profissão e identidade do profissional musicoterapeuta são apresentadas pelo autor, assim como à maneira como música é considerada em musicoterapia. Também aborda aspectos que o autor chamou de não musicais em musicoterapia (verbalização, relação terapêutica). Em outro momento do livro o autor discute como a musicoterapia se relaciona com outros usos da música na sociedade. E finaliza o livro refletindo sobre como a musicoterapia vem se desenvolvendo.

Desejamos que os trabalhos instiguem os leitores e que tragam profundas reflexões sobre este campo de conhecimento e prática que é a Musicoterapia.

Aproveitamos para felicitar a todos e desejar um feliz 2016!!!!

Sheila Volpi

Editora Geral da Revista Brasileira de Musicoterapia



MUSICOTERAPIA

CONSTRUÇÃO E GESTÃO DO CONHECIMENTO NO ENSINO SUPERIOR DE MUSICOTERAPIA NO BRASIL

CONSTRUCTION AND KNOWLEDGE MANAGEMENT IN MUSIC THERAPY OF HIGHER EDUCATION IN BRAZIL

*Michelle de Melo Ferreira*¹

Resumo - Nas últimas décadas, o curso de musicoterapia bem como a sua área de atuação vêm se expandindo e tomando forma. O musicoterapeuta em formação adquire conhecimentos nas mais diversas áreas pois o curso consiste em disciplinas das áreas sociais e biomédicas, artísticas e científico-artísticas. Dessa forma, o profissional deve estar preparado para atuar em diversos setores no mercado de trabalho no contexto interdisciplinar e, para que isso ocorra, o docente deve buscar novos saberes e estratégias pedagógicas para que os alunos estejam em constante aprendizagem. O presente trabalho é um estudo bibliográfico que discutirá o processo da construção e gestão do conhecimento na relação professor-aluno no processo de ensino-aprendizagem com o objetivo de apontar os caminhos facilitadores em prol da formação dos futuros musicoterapeutas. A partir desse levantamento, conclui-se que o conhecimento das diversas competências da profissão se dá pela inter-relação de um aluno com o outro e do professor com aluno durante o processo de ensino-aprendizagem.

Palavras-Chave: construção do conhecimento, gestão do conhecimento, formação em musicoterapia, prática de ensino

Abstract - In recent decades, the course of music therapy as well as its field have been expanding and shaping themselves. The music therapist in training acquires knowledge in various areas, for the course consists of disciplines in the social and biomedical, artistic and scientific-artistic fields. Thus, the professional must be prepared to act in various sectors, in an interdisciplinary context in the job market and, for this to happen, teachers must seek new knowledge and teaching strategies, so that students are constantly learning. This paper is a bibliographical study aimed at discussing the construction and

¹ Musicoterapeuta graduada pelas Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU/SP) com aprimoramento na reabilitação física pela Associação e Assistência à Criança Deficiente (AACD, Unidade Ibirapuera/SP), especialista em Docência no Ensino Superior pela FMU/SP e secretária da Comissão Científica pela Associação dos Profissionais e Estudantes de Musicoterapia no Estado de São Paulo (APEMESP, biênio – 2015/2016). E-mail: mt.michelledemelo@gmail.com

management process of the knowledge in the teacher-student relationship inside the teaching-learning process, in order to point out the facilitator paths in favor of the education of future music therapists. From this research, it can be concluded that the knowledge of the various skills of the profession is obtained by the interrelation of students with each other and the teacher to their student during the teaching-learning process.

Keywords: construction of knowledge, knowledge management; training in music therapy, teaching practice

Introdução

A sociedade contemporânea vem sofrendo transformações ao longo dos anos em diversos aspectos, seja no âmbito familiar, religioso, escolar, seja no mercado de trabalho com o aperfeiçoamento profissional resultando na necessidade do aprimoramento e aquisição de novas competências para atender a demanda do mercado de trabalho. Entre as ditas “novas profissões” temos a musicoterapia que surgiu nos Estados Unidos durante a Segunda Guerra Mundial e teve o seu primeiro curso de ensino superior no Brasil na década de 1970.

Segundo a World Federation of Music Therapy (*apud* Bruscia, 2000), a musicoterapia é por definição uma ciência única e específica que utiliza a música e/ou seus elementos constituintes (ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo em um processo destinado a facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, o aprendizado, a mobilização, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos. Dessa forma, a musicoterapia atende às necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas para desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo em prol de uma melhor integração intra e interpessoal e qualidade de vida por meio da prevenção, reabilitação ou tratamento.

Com as diversas pesquisas realizadas na área, a profissão de musicoterapeuta vem se transformando e se expandindo, o que exige mudanças na reorientação curricular para desenvolver as diversas competências do aluno e atender às demandas do mercado de trabalho atual. Por essa razão, o docente percebe essas transformações no processo de ensino-aprendizagem e deve qualificar-se continuamente para atender e acompanhar as tendências da atualidade.

Há diversos estudos da área educacional que abordam o processo de aprendizagem do aluno e também o papel do professor contemporâneo na sala de aula enfatizando diversos assuntos relacionados com o tema advindos de alguns questionamentos: Como se dá o processo de ensino-aprendizagem nos cursos superiores? Como funciona o processo da construção do conhecimento dos alunos que estudam na mesma sala tendo em vista que cada um possui um ritmo de aprendizagem adquirido pelas próprias experiências de vida? Como se dá o processo da construção do conhecimento do docente que o capacite como o mediador de saberes no processo educacional? Qual é e como se dá a inter-relação dos saberes entre o docente e discente em prol da construção contínua do conhecimento?

Este artigo é um estudo bibliográfico sobre o processo da construção do conhecimento no ensino superior de musicoterapia no Brasil abordando os aspectos constituintes do ser humano e na mediação dos saberes na sala de aula (docente e discente). Ressalta-se que o intuito deste artigo não é ser conclusivo e sim discutir o processo de ensino-aprendizagem apontando os caminhos possíveis para aquisição e transformação de novos saberes e o papel do discente na capacitação dos futuros profissionais da área.

A construção da musicoterapia

Desde os primórdios até o século 19, os homens buscam a cura para os males do corpo e do espírito à luz das crenças de cada época (COSTA, 1989). Os xamãs de diversas tribos utilizavam músicas em seus rituais para curar as

peças de suas enfermidades associadas com o desequilíbrio espiritual, atribuindo, assim, a doença à intervenção de poderes superiores, entidades, forças factícias ou fenômenos naturais.

Na Grécia Antiga, Sócrates e Platão acreditavam que a música era capaz de curar a alma das pessoas. Com o passar do tempo a música como tratamento deixou de ser associado a conceitos médicos do sobrenatural e passou a ser visto de maneira racional. Na idade Média, a hegemonia do cristianismo se preocupou com a influência que a música podia exercer aos seus fiéis e, no século 17, a utilização da música nas instituições psiquiátricas cresceu fazendo surgir as primeiras obras na área dedicadas à musicoterapia.

Como ciência, a musicoterapia ganhou forma no final da Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos, quando os médicos perceberam que, ao ouvirem os músicos tocar os enfermos de guerra melhoravam de forma significativa, tanto emocional quanto fisiologicamente, a ponto de receberem alta antes do previsto. Foi a partir daí que o corpo clínico iniciou diversos estudos para compreender os efeitos terapêuticos que a música proporciona na saúde mental, neurológica e emocional e, em 1944, surgiu o primeiro curso de musicoterapia.

No Brasil, o curso iniciou na década de 1970 no Rio de Janeiro. Com o passar do tempo, surgiram cursos de graduação em diversos estados (São Paulo, Goiás, Paraná, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, entre outros) com duração de quatro anos. É um curso em constante transformação, pois

o saber musicoterapêutico está sendo construído e atualmente é encontrado um grande número de artigos teóricos. Conhecimento teórico, métodos e técnicas são construídos a partir da sistematização da prática, do observado na clínica (COSTA, 2009, p. 2).

Para Bruscia (2000), a musicoterapia é uma combinação dinâmica de muitas disciplinas em torno de duas áreas: música e terapia. O musicoterapeuta em formação adquire conhecimentos nas mais diversas áreas

com uma composição curricular organizada. Ainda, conforme o contexto acadêmico em que se encontra inserido, encontra disciplinas como psicologia do desenvolvimento, psicologia do excepcional, antropologia, percepção musical, acústica e psicoacústica, artes visuais, práticas instrumentais, teorias e práticas musicoterapêuticas, estágios supervisionados, arteterapia, entre outros.

Apesar da integração de conceitos de outras disciplinas (artísticas e terapêuticas) a conceitos musicoterapêuticos, o musicoterapeuta diferencia-se das profissões com as quais faz interlocução, ou seja, não é fonoaudiólogo apesar de atuar na reabilitação da fala, nem é fisioterapeuta e terapeuta ocupacional apesar de atuar na reabilitação motora, tampouco é psicólogo apesar de atuar na saúde mental, emocional e também no âmbito social e familiar. Da mesma forma, os profissionais dessas áreas sem formação em musicoterapia, mas que tocam instrumentos musicais nos atendimentos não estão fazendo um trabalho musicoterapêutico. Isso ocorre porque “existe a integração de conceitos de outras disciplinas a conceitos musicoterapêuticos, sem hierarquização, formando algo novo e distinto das outras ciências” (COSTA, 2009, p. 2). De acordo com essa mesma autora, a musicoterapia não é uma ciência pura assim como qualquer outra terapia, mas aplicada, que responde a três quesitos de uma ciência singular: possui o seu próprio saber, sua própria prática e profissionais qualificados para exercê-la.

Os campos de atuação do musicoterapeuta são bastante diversificados podendo atuar com indivíduos com problemas de causa psicológica, cognitiva, motora, sensorial e outras, e a busca teórica que sustenta a prática para cada um desses campos é necessariamente diferente (COSTA, 2009). Assim, o profissional deve estar preparado para atuar no mercado de trabalho em asilos, creches, hospitais, clínicas, escolas especiais, empresas e em consultórios particulares. No entanto, para que isso ocorra é necessário que o docente busque sempre novos conhecimentos e novas formações para atender às demandas da atualidade.

A qualificação continuada é crucial no mundo acadêmico e, segundo Barcellos (2008), apesar de não existir mestrado e doutorado em musicoterapia no país, as diferentes demandas sociais e acadêmicas têm levado os musicoterapeutas a se dirigirem às mais diversas áreas do conhecimento para continuarem os estudos, o que contribuiu muito na integração de outras disciplinas à musicoterapia.

Outro aspecto que o docente deve considerar no curso é que os alunos da graduação ou pós-graduação em musicoterapia possuem características bem distintas: alguns são recém-formados do ensino médio, outros terminaram já há algum tempo; há alunos que vieram do ensino particular, outros do ensino público; muitos já possuem formação musical, seja informalmente, seja por meio da graduação em música, outros possuem conhecimento mínimo ou nenhuma formação musical.

É um grande desafio para o docente proporcionar a construção de novos saberes na sala de aula de modo que os alunos com menos conhecimentos teóricos e práticos (sejam eles musicais, sejam científicos) consigam acompanhar os demais sem prejudicar o andamento da aprendizagem daqueles com mais conhecimento. Assim, é importante compreender como se dá o processo da construção do conhecimento na sala de aula.

Segundo Werneck (2006), a construção do conhecimento deve corresponder a uma unidade de pensamento, um consenso universal pois esse processo não é totalmente pessoal e independente sem vínculo com a comunidade científica e com o saber universal. No âmbito educacional, podemos considerar como construção do conhecimento todo o processo de ensino-aprendizagem na relação docente-discente e discente-docente, e para compreender essa dinâmica é necessário discutir o papel de cada um e a dinâmica de sua relação.

Segundo Jesus e Pires (2013) o maior desafio da docência no ensino superior atualmente é fazer com que o aluno tenha uma participação ativa na sala de aula e que adquira conhecimentos de forma satisfatória ao longo do

curso. Para que esse processo aconteça, é necessário que o docente esteja sempre buscando renovar e adquirir novos conhecimentos, pois:

o ensino na universidade caracteriza-se como um processo de busca e de construção científica e crítica de conhecimentos. As transformações da sociedade contemporânea consolidam o entendimento do ensino como fenômeno multifacetado, apontando a necessidade de disseminação e internalização de saberes e modos de ação (conhecimentos, conceitos, habilidades, procedimentos, crenças, atitudes). (PIMENTA; ANASTACIOU, 2008, p.103)

De acordo com Jesus e Pires (2013), a construção da prática docente permeia três dimensões: pessoal, profissional e institucional. A dimensão pessoal se refere à experiência de vida do docente a qual se forma desde a época escolar como discente, até a formação atual como docente. Já a dimensão profissional é o planejamento em que o docente estabeleceu para o seu trabalho movido por alguns questionamentos como: Por que eu escolhi essa profissão? Que tipo de professor eu quero ser? Todo conhecimento e experiências vividas ao longo da vida influenciaram nesse direcionamento profissional. Antes de escolher a sua profissão, o docente passou por todo o processo de aprendizagem enquanto aluno e foi a partir dessas experiências que decidiu ser docente.

A dimensão institucional trata-se das circunstâncias das faculdades e universidades em que o docente atua ou já atuou, pois cada instituição possui ferramentas pedagógicas diferenciadas às quais o docente deve se adequar para conseguir ministrar suas aulas de forma eficaz.

Diante desse quadro podemos afirmar que essas dimensões se entrelaçam, pois é através das experiências de vida que o docente adquiriu enquanto aluno e durante a sua fase acadêmica que consegue traçar objetivos e estratégias de ensino conforme as necessidades de cada aluno e dentro das possibilidades que a instituição oferece (infraestrutura, ferramentas de multimídia, entre outros).

Na sala de aula, é de extrema importância que o docente identifique os fatores que afetam o desenvolvimento humano para elaborar trabalhos e

intervenções mais eficazes que levem a um desenvolvimento harmônico e autônomo de cada aluno (MOTA, 2005). Para que isso aconteça, é necessário que o docente elabore e reelabore um planejamento de ensino para a matéria ministrada em cada aula durante todo o semestre e/ou ano letivo. Afinal, um replanejamento da proposta pedagógica permite que o docente reflita sobre os objetivos traçados em cada aula bem como os resultados obtidos ao longo de todo o processo.

O papel do docente é muito mais que apenas repassar o seu conhecimento; é compartilhar e mediar os diversos saberes. Deve ser um pesquisador constante aprimorando, assim, suas habilidades didáticas nas mais diversas ferramentas e multimídias em um trabalho interdisciplinar capaz de despertar uma consciência crítico-reflexiva no aluno que contribuirá na prática profissional.

Por outro lado, mesmo que o docente tenha elaborado um bom planejamento de ensino e tenha um ótimo conhecimento da matéria que ministra, não é um fator determinante que os alunos aprenderão, pois há muitas variáveis que interferem no desenvolvimento do aluno (desde a sua fase intrauterina até a fase atual). É o conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais e educacionais que conduz o desenvolvimento do aluno ao longo da vida. Dessa forma podemos afirmar que é de extrema importância que os alunos participem ativamente no processo pedagógico, expondo assim suas opiniões e compartilhando experiências pois eles têm opiniões e conceitos baseados nas suas vivências.

O ensino deve proporcionar ao aluno a capacidade de se tornar um ser ativo na sala de aula e autônomo do seu próprio saber. O art. 43 da Legislação Nacional da Educação aponta que o ensino superior tem por finalidade:

I – estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; e

II – formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua (BRASIL, 1996).

Assim, é necessário que as instituições de ensino superior:

deixem de priorizar estritamente a qualificação técnica e possibilitar o desenvolvimento, entre outras, da competência interpessoal de seus alunos, em aprender a aprender, a refletir criticamente, a trabalhar em equipe, a solucionar problemas, dando-lhes subsídios para transitarem bem equipados nas relações que estabelecerem. (ESPIRIDIANO; CRAVEIRO DE SÁ, 2006, p. 2)

Nesse sentido, o docente contribui para promover a autonomia do aluno em sala de aula, quando nutre os recursos motivacionais internos; oferece explicações racionais para determinado assunto ou para a realização de alguma atividade; usa linguagem informacional sem imposição; respeita o ritmo de aprendizagem dos alunos e reconhece e aceita *feedbacks* negativos dos alunos (REEVE, 2009). Espiridião e Craveiro de Sá (2006) apontam também que é bem comum a figura do professor se tornar referência para o aluno durante o processo de ensino-aprendizagem. Isso se deve a todo o processo de compartilhamentos de experiências, ideias, discussões, vivências ao longo do curso. Segundo esses autores,

as experiências pelas quais os alunos passam durante sua formação acadêmica são, inegavelmente, relevantes para o êxito do exercício profissional e, muitas vezes, nem mesmo os próprios educadores se dão conta da influência que exercem neste sentido. (ESPIRIDIANO; CRAVEIRO DE SÁ, 2006, p. 2)

A mobilização sistemática do conhecimento no processo de ensino-aprendizagem trata o gerenciamento dos saberes como algo ativo, buscando sua disseminação e preservação. Para uma prática bem-sucedida na sala de aula, é importante diferenciar os seguintes conceitos: dados, informações e conhecimento.

Davenport e Prusak (1998) afirmam que esses três conceitos estão inteiramente interligados formando uma hierarquia entre eles. Para os autores, dados são registros sem significado, que dão base para a construção de informações quando adquirem algum significado. Já os dados que foram interpretados e têm relevância e propósito são denominados informações. O

conhecimento, por sua vez, é o conjunto de informações reconhecidas e integradas pelo indivíduo aplicadas em suas ações cotidianas para a obtenção de algo.

O conhecimento é uma mistura fluida de experiência condensada, valores, informação contextual e *insight* experimentado que fornece uma estrutura para avaliar e incorporar novas experiências e informações (*ibid*, 1998, p. 6). Esse saber torna-se incorporado em documentos ou repositórios e em rotinas organizacionais, processos, práticas e normas.

Nonaka e Takeuchi (1997) definem o conhecimento em dois tipos: tácito e explícito. O conhecimento tácito é representado pelos modelos mentais, técnicas e habilidades pessoais de difícil formalização tornando penoso o papel de compartilhar com os demais sujeitos. Já o conhecimento explícito pode ser articulado e compartilhado por diversas formas de linguagem, seja verbal, escrita, seja na forma, especificações, manuais.

A contínua conversão entre o formato tácito e explícito em um ambiente organizacional ou até mesmo na dinâmica da mediação dos saberes em uma sala de aula é explicada de quatro modos: socialização, externalização, combinação e internalização (NONAKA; TAKEUCHI, 1997; NONAKA; KONNO, 1998).

A socialização é a conversão de uma parte do conhecimento tácito de uma pessoa para o conhecimento tácito de outra; a externalização, por sua vez, é a conversão do conhecimento tácito do indivíduo para o conhecimento explícito. Essa externalização corre por meio de representações simbólicas construídas por metáforas, analogias, dedução, relatos orais, filmes, entre outros. A combinação é a conversão de parte do conhecimento explícito de um indivíduo para agregá-lo ao conhecimento explícito da organização agrupando, assim, os registros de conhecimentos. Já a internalização é a conversão da parte do conhecimento explícito de uma organização no conhecimento tácito de um indivíduo, o que acontece por meio de leitura individual de documentos de diferentes formatos e multimídias (textos, imagens etc.) e da reinterpretação e reexperimentação individual de vivências e práticas (SILVA, 2004).

A conversão dos diversos saberes (sejam eles provenientes do conhecimento tácito, sejam do explícito) é um fator ativo nas salas de aula onde são compartilhados os conhecimentos de um aluno para o outro, do aluno para o professor e do professor para o aluno.

O grande papel das universidades hoje é auxiliar na construção dos saberes do indivíduo, seja em moldar diferentes opiniões, construir olhar crítico diante de uma situação além de contribuir para questões socioculturais em prol do desenvolvimento do nosso país e da profissão a ser exercida. Essa construção é contínua e mutável e se faz presente antes, durante e depois da formação profissional.

Segundo Anastasiou e Alves (2005), no processo de ensino-aprendizagem é fundamental o envolvimento dos sujeitos em sua totalidade. Afinal, é preciso criar condições para o pensar, situação em que cada aluno pode reelaborar as relações dos conteúdos por meio dos aspectos que se determinam e se relacionam mutuamente numa ação conjunta do professor com ele, através de ações e níveis de responsabilidade próprios e específicos, que devem ser explicitados com clareza no uso de cada estratégia selecionada.

Considerações finais

A construção do conhecimento no ensino superior é complexa e mutável e pode ser definida em dois tipos: conhecimento tácito e explícito que estão em constante transformação de acordo com as experiências sociais, econômicas, culturais, ambientais e educacionais adquiridas ao longo da vida.

Vimos que o papel do docente é mediar os diversos saberes apresentados e discutidos em aula diante de um tema proposto tendo em vista que cada aluno possui o próprio ritmo de aprendizagem. Com isso, o aluno participa ativamente no processo pedagógico, expondo suas opiniões, compartilhando experiências e conceitos com base em suas vivências e no que foi aprendido em aula.

A formação das diversas competências de um profissional de saúde, como musicoterapeuta, se dá pela inter-relação dos saberes de um aluno com o outro e também entre o docente e discente, assim é extremamente importante para o exercício profissional, especialmente na profissão de musicoterapia que agrega diversos conceitos de outras disciplinas a conceitos específicos da área, tornando-a, desse modo, uma profissão única e distinta das outras ciências.

Referências

ANASTASIOU, L. G. C.; PESSATE, A. L. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 5. ed.. Joinville: Editora Univille, 2005.

BARCELLOS, L. R. M. 40 anos urdindo e tecendo fios. In: COSTA, C. M. **Musicoterapia no Rio de Janeiro**: Novos rumos. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora CBM, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, de 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 6 out. 2015.

BRUSCIA, K. **Definindo musicoterapia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Enelivros, 2000.

COSTA, C. M. **O despertar para o outro**. 1.ed. São Paulo: Editora Summus, 1989.

_____. A especificidade da musicoterapia e a identidade do musicoterapeuta. In: Anais FORUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA E IX ENCONTRO

NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 11, 2009, Paraná. Paraná, 2009, p. 1-13.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial**: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. 4.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

ESPIRIDIÃO, E.; CRAVEIRO DE SÁ, L. O manejo grupal na formação do musicoterapeuta: contribuições na interdisciplinaridade do ensino. Tema livre – comunicação oral. In: Anais XII SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, VI ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, II ENCONTRO NACIONAL DE DOCÊNCIA EM MUSICOTERAPIA, 2006, Goiânia.... Goiânia, 2006, p. 1-8.

JESUS, D. C.; PIRES, E. D. P. B. A construção do conhecimento pedagógico compartilhado: reflexões sobre o papel do professor universitário na contemporaneidade. In: Anais CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 7, 2013, Cuiabá. Cuiabá, 2013, p. 1-11.

MOTA, M. E. Psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva histórica. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 105-111, 2005.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 1997.

NONAKA, I.; KONNO, N. The Concept of Ba: Building a Foundation for Knowledge Creatio. **California Management Review**, v. 40, n. 3. p. 40-54, 1998.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. **Docência no Ensino Superior**. 3.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2008.

REEVE, J. Why teachers adopt a controlling motivating style toward students and how they can become more autonomy supportive. **Educational Psychologist**, Hillsdale, v. 44, n. 3, p. 159-175, 2009.

SILVA, S. L. Gestão do conhecimento: uma revisão crítica orientada pela abordagem da criação do conhecimento. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 143-151, 2004.

WERNECK, V. R. Sobre o processo de construção do conhecimento: o papel do ensino e da pesquisa. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 51, p. 173-196, 2006.

Recebido em 18/10/2015
Aprovado em 10/12/2015



A EXPERIÊNCIA DO USO DA ESCALA *INDIVIDUALIZED MUSIC THERAPY ASSESSMENT PROFILE* (IMTAP) EM PACIENTES COM PARALISIA CEREBRAL

THE USE EXPERIENCE OF *INDIVIDUALIZED MUSIC THERAPY ASSESSMENT PROFILE* SCALE (IMTAP) IN PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY

Allana G. M. Santana², Fabiane M. Shimoze³, Clara Y. Ikuta⁴

Resumo - No processo terapêutico, os instrumentos de avaliação são recursos fundamentais que possibilitam uma definição dos objetivos da terapia, acompanhamento e clareza dos resultados. Na musicoterapia, há uma carência e pouco estudo de instrumentos específicos validados para uso no Brasil. Diante disso, o **objetivo** desta pesquisa é analisar a aplicabilidade da escala Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) em pacientes com Paralisia Cerebral (PC). **Método.** Foram analisados 4 dos 10 domínios da escala em uma amostra de nove pacientes com PC em 10 sessões de atendimento individual com duração de 30 minutos cada, realizadas por duas pesquisadoras: a pesquisadora 1 foi responsável pela avaliação inicial e final e a pesquisadora 2 realizou as intervenções musicoterapêuticas. **Resultados.** Não houve relevância estatística quanto a distribuição de sexo, idade e nível motor nem diferença significativa entre os momentos inicial e final em todos os domínios. **Conclusão.** A escala estudada é aplicável em pacientes com PC e por meio dela é possível traçar o perfil do paciente e os objetivos musicoterapêuticos. Porém, para que a avaliação seja fidedigna, alguns subdomínios necessitam ser adaptados à esta população devido as condições da própria patologia. O prazo estabelecido para a pesquisa não foi suficiente para constatar evolução clínica.

Palavras-Chave: IMTAP, musicoterapia, paralisia cerebral, reabilitação

² Musicoterapeuta pela Faculdade Paulista de Artes (FPA), aprimoranda do setor de Musicoterapia da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) – Unidade Ibirapuera - SP.

³ Musicoterapeuta e especialista em arteterapia pela Faculdade Paulista de Artes (FPA), aprimoranda do setor de Musicoterapia da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) – Unidade Ibirapuera - SP.

⁴ Psicóloga pela Universidade UNESP – Campus de Assis, especialista em musicoterapia pela Faculdade Paulista de Artes (FPA), musicoterapeuta do setor de Musicoterapia da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) – Unidade Ibirapuera - SP.

Abstract - In the therapeutic process, assessment tools are key resources that enable a definition of the goals of therapy, monitoring and clarity of the results. In music therapy, there is a lack and little study of specific instruments validated for use in Brazil. Thus, the **objective** of this research is to analyze the applicability of the scale Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) in patients with Cerebral Palsy (CP). **Method.** 4 of the 10 domains of the scale were analyzed in a sample of 9 patients with CP in 10 individual care sessions lasting 30 minutes each, conducted by two researchers: the researcher 1 was responsible for the initial and final assessment and the researcher 2 held the music therapeutic interventions. **Results.** There was no statistically significant as the distribution of gender, age and motor level, and no significant difference between the start and end times in all areas. **Conclusion.** The studied scale is applicable in patients with CP and through it is possible to trace the patient's profile and the music therapeutic goals. However, in order that the assessment is reliable, some sub-domains need to be adapted to this population because of the conditions of the pathology itself. The period of the survey was not enough to observe clinical progress.

Keywords: IMTAP, music therapy, cerebral palsy, rehabilitation

Introdução

O processo de reabilitação envolve intervenções multiprofissionais, tendo como princípio básico o estímulo das capacidades residuais de cada paciente nos âmbitos físico, emocional, intelectual e profissional (ARES, 2009, p. 23). Neste sentido, cada especificidade trabalha seus objetivos terapêuticos vinculados com a equipe, dentro dos seus limites de atuação. Além disso, o conhecimento básico, clínico e terapêutico de diversas patologias⁵ se faz necessário para que a reabilitação aconteça de forma eficaz e harmoniosa.

Na Musicoterapia, este processo se desenvolve nas experiências musicais, ou seja, a relação que o paciente estabelece quando entra em contato com um processo musical específico (compor, improvisar, ouvir,

⁵ Doenças congênitas, hereditárias, neonatais, neurológicas, crônicas e lesões traumáticas.

executar) pode oferecer uma percepção mais plena de si como também ser o objetivo ou condição necessária para uma mudança, seja ela física, emocional, mental, social ou cognitiva (BRUSCIA, 2000, p. 136).

O resultado deste trabalho nem sempre é visto de forma clara e com a importância exercida no processo de reabilitação. Portanto, há a necessidade de um padrão de avaliação que possa ter uma linguagem acessível, em que todos os profissionais envolvidos compreendam os objetivos musicoterapêuticos e a sua eficácia.

Dentre os instrumentos de avaliação específicos da Musicoterapia, destaca-se neste contexto a escala *Individualized Music Therapy Assessment Profile* (IMTAP). Composta por 10 domínios de comportamentos diferentes: musicalidade, comunicação expressiva, comunicação receptiva/percepção auditiva, interação social, motricidade ampla, motricidade fina, motricidade oral, cognição, habilidade emocional e habilidade sensorial; esta escala possibilita o registro de dados quantitativos relativos a aspectos musicais e não-musicais, além de estabelecer uma linguagem terapêutica comum, não apenas na área clínica, mas para a comunicação com pais e demais profissionais da saúde (BAXTER *et al. apud* SILVA, 2012).

O que define os domínios e subdomínios a serem avaliados são as etapas que antecedem a sessão de avaliação: formulário de admissão, folha de rosto, formulário de contorno de sessão. No formulário de admissão são coletados dados do paciente sobre os dez domínios por meio de uma entrevista individual com o pai/mãe ou responsável. Esses dados são registrados na folha de rosto, indicando quais domínios serão avaliados. Com essas informações, é feito o formulário de contorno da sessão, no qual são planejadas as intervenções que serão utilizadas na avaliação (BAXTER *et. al., 2007 apud* SILVA, 2012).

As etapas seguintes são: coleta de dados, cálculo dos escores finais, revisão das habilidades de domínio cruzadas, folha de resumo, identificação de metas e objetivos e representação do perfil do paciente por meio de gráfico dos

domínios e subdomínios avaliados gerados a partir do software IMTAP. Cada um dos domínios identificados é avaliado por meio do sistema de pontuação NRIC⁶, onde N = never (nunca), R = rarely (raramente – abaixo de 50%), I = inconsistent (inconsistente – entre 50% e 79%) e C = consistent (consistente – entre 80% a 100%).

| IMTAP - Motricidade Fina | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|----|----|
| Nome do Paciente: _____ | | Data(s) da avaliação: _____ | | | |
| Escala de Classificação: | | | | | |
| N = Nunca = 0% | R = Raramente = Abaixo de 50% | I = Inconsistente = 50-79% | C = Consistente = 80-100% | | |
| A. Fundamentos | | | | | |
| i. Exibe o uso de ambas as mãos | N0 | R1 | I2 | C3 | |
| ii. Usa preensão palmar | N0 | R1 | I2 | C3 | |
| iii. Usa preensão em pinça | N0 | R1 | I2 | C3 | |
| iv. Segura objeto/instrumento independentemente com uma mão | N0 | R1 | I2 | C3 | |
| v. Segura objeto/instrumento independentemente com duas mãos | N0 | R1 | I2 | C3 | |
| vi. Dominância da mão direita/esquerda estabelecida | | N0 | R2 | I3 | C4 |
| vii. Forma figuras com os dedos e/ou separa os dedos durante atividades lúdicas com as mãos | | N0 | R2 | I3 | C4 |
| viii. Toca instrumento alternando as mãos | | N0 | R2 | I3 | C4 |
| ix. Sustenta preensão palmar com mão dominante | | N0 | R2 | I3 | C4 |
| x. Sustenta preensão palmar com mão não dominante | | N0 | R2 | I3 | C4 |
| xi. Organiza-se alternando mãos ao tocar | | N0 | R2 | I3 | C4 |
| <i>Total das Colunas:</i> | | | 2 | 8 | 12 |
| <i>Soma o total das colunas para calcular o escore bruto:</i> | | | | | 22 |
| <i>Atividades/Notas</i> | | | | | |

Figura 1. Exemplo de pontuação.

No exemplo acima, foi simulada uma avaliação da parte dos fundamentos do domínio motricidade fina, somando cada coluna (N, R, I e C). Para chegar no escore final deste recorte, o cálculo seria o resultado do escore bruto dividido pela soma da coluna C ($22 / 39 = 56,41\%$).

À vista disso, o objetivo desta pesquisa é averiguar a aplicabilidade da escala IMTAP em pacientes com Paralisia Cerebral da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) – Ibirapuera.

⁶ O sistema NRIC pode ser usado de duas maneiras: estimado ou por pontos. O registro estimado é mais voltado ao atendimento clínico e costuma ser utilizado quando os dados são destinados apenas ao planejamento e acompanhamento do tratamento. O registro por pontos envolve a contagem do número de oportunidades dadas (chances) dividido pelo número de vezes em que a habilidade foi demonstrada (sucessos), resultando em um registro mais preciso no sistema NRIC (MAUAT, 2012, p. 22).

Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal e observacional realizado na AACD Ibirapuera, setor de Musicoterapia, no período de maio a agosto de 2015, em pacientes com Paralisia Cerebral com os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão: pacientes com diagnóstico de PC do tipo Diparesia Espástica, nível motor I, II, III e IV, com idade entre 3 a 8 anos.

Critérios de Exclusão: pacientes não colaborativos, com deficiência auditiva severa ou profunda, com alguma contra indicação a música, sons ou ruídos que proporcionem reações convulsivas, e de nível motor V.

Após essa triagem, foram realizadas 10 sessões de intervenção musicoterapêutica: a 1ª e 10ª sessão pela pesquisadora 1, com a intenção de teste e re-teste e as sessões 2ª a 9ª pela pesquisadora 2 como processo terapêutico.

Este trabalho foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o protocolo de número 062427/2015.

Participantes

Foram triados onze pacientes que estavam na lista de espera do setor de Musicoterapia, seguindo os critérios de inclusão citados acima. Dois pacientes foram excluídos: um devido ao não comparecimento para a avaliação inicial e um por não ser colaborativo nos dois primeiros atendimentos após avaliação. Resultou-se a amostra em nove pacientes: quatro do sexo feminino, com 4 anos de idade (dois com nível motor II; um com nível motor I; um com nível motor IV); cinco do sexo masculino, sendo dois com 5 anos de idade (um com nível motor II; um com nível motor IV) e três com 6 anos de idade (dois com nível motor III; um com nível motor IV).

Após a seleção, os responsáveis pelos pacientes foram convocados por telefone e/ou pessoalmente para participação na pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a Autorização do uso de Imagem e Voz.

Instrumento de Avaliação

Para esta pesquisa utilizou-se a versão reduzida da escala IMTAP e para a avaliação do perfil de cada paciente foi organizado um protocolo de atividades musicais, nos quais pudessem ser analisados os quatro domínios selecionados na escala: motricidade ampla, comunicação receptiva/percepção auditiva, cognição e musicalidade.

Procedimento

Conforme procedimento obrigatório de enquadramento no setor de Musicoterapia da AACD, os responsáveis pelos pacientes foram entrevistados pela musicoterapeuta do setor para preenchimento da ficha musicoterapêutica (coleta de dados referente à história sonoro-musical do paciente).

A Paralisia Cerebral (PC) descreve um quadro clínico amplo e variado, em que o comprometimento motor é a principal característica, um aspecto limitante do potencial funcional do paciente, que pode ser acompanhada de distúrbios sensoriais, perceptivos, cognitivos, da comunicação e do comportamento, por epilepsia e por problemas músculo-esqueléticos secundários (GIANNI, 2009, p.44).

Frente à necessidade da menor demanda de tempo para a aplicação da escala e com o intuito de obter homogeneidade nos resultados, os quatro domínios avaliados foram escolhidos de acordo com os objetivos terapêuticos com PC sem a aplicação da ficha de admissão, utilizando os dados obtidos pela ficha musicoterapêutica.

Foram 10 sessões de atendimento individual com duração de 30 minutos cada, que foram filmadas para melhor análise do processo e avaliação por uma câmera filmadora digital modelo Sanyo E1500TP (14MP) e posicionada em tripé num ângulo que enquadrava toda área ocupada pelo paciente e musicoterapeuta.

A aplicação da versão reduzida da escala IMTAP foi realizada por uma das pesquisadoras na 1ª sessão como avaliação inicial e na 10ª sessão como avaliação final e comparação dos dados, sendo utilizado o protocolo de atividades musicais elaborado de acordo com os quatro domínios selecionados. Os instrumentos musicais utilizados nas sessões de avaliação para execução das atividades musicais foram: 2 maracas, 2 caxixis, 2 chocalhos, 2 guizos, um bongô e 1 pandeiro. As demais sessões (2ª a 9ª) foram realizadas pela outra pesquisadora que conduziu as intervenções musicoterapêuticas utilizando dos mesmos instrumentos musicais assim como os demais do setor. É importante ressaltar que tanto as intervenções assim como todos os instrumentos musicais utilizados foram escolhidos de acordo com o que seria avaliado nos domínios selecionados para pesquisa e com o comprometimento motor dos pacientes.

As sessões foram conduzidas tendo como objetivo geral o estímulo da motricidade ampla de cada paciente. O protocolo inicial abrangia sempre o uso da maraca cantando os nomes (paciente e/ou terapeuta) com divisão silábica e acompanhamento rítmico e aquecimento com movimentos gradativamente amplos (verticais, horizontais). No decorrer da sessão, os demais domínios eram avaliados e observando-se a resposta e interação do paciente mediante

estimulação de coordenação motora, sequência rítmica, diferenciação de timbres e dinâmica sonora.

Concluídas as 10 sessões, as duas pesquisadoras analisaram e pontuaram as filmagens das sessões inicial e final. Para maior confiabilidade da análise, elaborou-se uma planilha que contabilizasse todas as chances oferecidas aos pacientes nas atividades musicais relacionando com o que eles executaram (acertos) e assim chegar ao percentual correspondente ao sistema NRIC de pontuação da IMTAP.

Análise Estatística

Após a avaliação final e conclusão das pontuações, foi efetuado um estudo estatístico para verificar a sensibilidade da escala para medir a evolução do processo musicoterapêutico. Além da análise quantitativa, foi realizada a análise qualitativa das avaliações - inicial e final, e de cada sessão da intervenção musicoterapêutica, com a finalidade de identificar o perfil individual das crianças estudadas.

O nível de significância para a análise estatística deste trabalho é de 0,05 (5%). Optou-se pela utilização de testes não paramétricos, pois o conjunto de dados possui uma baixa amostragem (inferior a 30 sujeitos).

Foram utilizados a ferramenta de Poder e Tamanho de Amostra do Minitab (para detectar efeitos sutis, fortes tendências e equilíbrio referente à amostra), o Coeficiente de Variação (CV) para analisar a variabilidade referente à idade e o Teste de Igualdade de Duas Proporções para caracterizar a distribuição da frequência relativa (percentuais) de sexo e nível motor; para a comparação dos momentos inicial e final para cada domínio, foi utilizado o Teste de Wilcoxon. Nesta análise estatística foram utilizados os softwares: SPSS V17, Minitab 16 e Excel Office 2010.

Resultados

A amostragem de nove sujeitos possui um poder de 72,49% (0,7249), considerado este um poder bom. Verificou-se que a variabilidade é baixa, pois o CV é menor que 50%. Isso é bom, pois demonstra que os dados são homogêneos. A idade média foi de $5,5 \pm 0,8$ anos. Concluiu-se também que não existe diferença estatisticamente significativa para a distribuição de sexo, nível motor e entre os momentos inicial e final, em todos os domínios.

| | | | Média | Desvio Padrão | N | IC | P-valor |
|---|------------------|---------|--------|---------------|---|--------|---------|
| Motricidade Ampla | Total do domínio | Inicial | 87,20% | 14,10% | 9 | 6,50% | 0,285 |
| | | Final | 86,20% | 14,80% | 9 | 6,90% | |
| Musicalidade | Total do domínio | Inicial | 84,90% | 15,00% | 9 | 6,90% | 0,115 |
| | | Final | 90,60% | 11,60% | 9 | 5,30% | |
| Comunicação Receptiva / Percepção Auditiva | Total do domínio | Inicial | 81,70% | 19,70% | 9 | 9,10% | 0,173 |
| | | Final | 88,30% | 12,50% | 9 | 5,80% | |
| Cognitivo | Total do domínio | Inicial | 85,60% | 27,60% | 9 | 12,80% | 0,068 |
| | | Final | 98,60% | 3,20% | 9 | 1,50% | |

Quadro 1. Comparação geral dos totais dos domínios.

Discussão

Observando todo o processo da pesquisa e com base nos resultados obtidos, podemos considerar alguns pontos a serem discutidos quanto à aplicabilidade da escala IMTAP na prática clínica musicoterapêutica e como instrumento de avaliação.

A orientação da escala IMTAP é o cumprimento das 9 etapas de administração para avaliar o perfil do paciente para que assim possam ser traçados os objetivos musicoterapêuticos. Porém, analisando os dados quantitativos (sessão inicial e final) e qualitativos (sessões de intervenção), notou-se que a opção de direcionamento para a execução da pesquisa, tais como: não cumprimento de todas as etapas, principalmente o não preenchimento do formulário de admissão, devido a menor demanda de tempo e pré-seleção dos domínios limitaram a avaliação completa do perfil individual do paciente.

Uma das limitações encontradas nesta pesquisa foi a ausência do software IMTAP para o cálculo dos escores devido ao não acesso ao livro original. Após o preenchimento da escala, este software gera automaticamente o percentual correspondente aos domínios e subdomínios avaliados, compondo um gráfico do perfil do paciente.

No processo da avaliação, alguns itens dos domínios e subdomínios escolhidos não demonstraram avaliação adequada ao comprometimento motor, gerando dificuldade de pontuação da escala e ocasionando sua retirada. Dentre estes itens destacamos do domínio motricidade ampla: *exibe tônus muscular apropriado durante o movimento*, pois se julgou que não haveria como avaliar esse item corretamente. Devido a isso, observou-se a necessidade da adequação dos itens para a população desta pesquisa.

Essa adaptação levaria em conta as características da patologia, principalmente o comprometimento motor. Com relação a motricidade, é importante considerar os cinco níveis definidos no Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS), na qual as distinções entre eles são fundamentadas nas limitações funcionais e na necessidade de dispositivos manuais para a mobilidade e na qualidade do movimento: **NÍVEL I** – Anda sem limitações, **NÍVEL II** – Anda com limitações, **NÍVEL III** – Anda utilizando um dispositivo manual de mobilidade, **NÍVEL IV** – Auto-mobilidade com limitações;

pode utilizar mobilidade motorizada, **NÍVEL V** – Transportado em uma cadeira de rodas manual (GMFCS E & R, 2007).

Conclusão

Com a presente pesquisa, foi possível observar que a escala IMTAP é aplicável em pacientes com PC, porém, necessita de adaptações relacionadas à interpretação dos itens avaliados e ao quadro clínico do paciente. Ela é eficaz para definir o perfil individual do paciente desde que sejam cumpridas as etapas que antecedem as sessões de avaliação e sem pré-estabelecer os domínios a serem avaliados. Para constatação de evolução clínica, o período da pesquisa foi insuficiente.

Outro aspecto observado é o uso dessa escala em um centro de reabilitação. Nesta área há uma prevalência de objetivos terapêuticos a curto/médio prazo (3 a 4 meses), ou seja, para que ela seja viável sugere-se uma diminuição do número de domínios a serem avaliados e verificada a funcionalidade deste registro (material necessário, dinâmica do musicoterapeuta e do contexto da instituição).

A experiência do uso da escala IMTAP em pacientes com PC fomentou questões do processo musicoterapêutico no que diz respeito ao raciocínio clínico, na percepção da integralidade do paciente e também na competência da escala para avaliar e quantificar experiências musicais/não musicais.

Logo, acredita-se que é de grande pertinência a intensificação deste estudo com outras patologias/população para aperfeiçoar e complementar a escala IMTAP, auxiliando assim toda a equipe multidisciplinar, pais, responsáveis e o próprio paciente a compreender o trabalho da musicoterapia.

MUSICOTERAPIA

Referências

ARES, Marcelo de Jesus Justino. A visão multidisciplinar na abordagem terapêutica da AACD. In: NASCIMENTO, Marilena. (coord.) **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. São Paulo: Memnon, 2009. p. 23.

BAXTER, H. T. (et.al). **The Individualized Music Therapy Assessment Profile: IMTAP**. London: Jessica Kingsley Publishers.; 2007.

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. [trad.] – Mariza Velloso Fernandez Conde – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

GIANNI, Maria Angela de Campos. Paralisia Cerebral: Aspectos clínicos e de reabilitação. In: NASCIMENTO, Marilena. (coord.) **Musicoterapia e a reabilitação do paciente neurológico**. São Paulo: Memnon, 2009. pp. 44-53.

GMFCS E & R. **Sistema de Classificação da Função Motora Grossa: Ampliado e Revisto**. Disponível em: http://motorgrowth.canchild.ca/en/GMFCS/resources/PORTUGUESE_corrigido-FINALMay12.pdf Acesso em: 8, maio.

SILVA, Alexandre Mauat da. **Tradução para o português brasileiro e validação da Individualized Music Therapy Assessment Profile (IMTAP) para uso no Brasil**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Porto Alegre, BR-RS, 2012.

Recebido em 26/10/2015
Aprovado em 13/12/2015

MUSICOTERAPIA

ATUAÇÃO E PERFIL DO MUSICOTERAPEUTA ORGANIZACIONAL

ROLE AND PROFILE OF THE ORGANIZATION MUSIC THERAPIST

Alexandre Ariza Gomes de Castro⁷, Fernanda Valentin⁸, Leomara Craveiro de Sá⁹

Resumo - Na musicoterapia organizacional a música é utilizada para desenvolver grupos profissionais e melhorar as relações em ambientes de trabalho. As intervenções terapêuticas são diferenciadas; a produção de mudança tem como foco tanto o indivíduo quanto a empresa, os limites do *setting* são ampliados e a relação cliente-musicoterapeuta estende-se, incluindo diversas relações. A demanda vem de terceiros, gerentes e diretores, e nem sempre coincide com a percepção dos colaboradores. O presente artigo tem por objetivo refletir sobre as possibilidades de atuação e características essenciais do musicoterapeuta para atuar nas organizações. Desenvolvimento de equipe, seleção de pessoas, palestras temáticas, práticas vivenciais e programas de música no ambiente de trabalho foram algumas das práticas encontradas na literatura. Acredita-se que o conhecimento dos processos da empresa, empreendedorismo (visão estratégica e proatividade), comunicação clara, saber lidar com jogos de poder e com alto nível de exposição perante o grupo são competências importantes para atuar nesse contexto. Considera-se ainda necessário constante aprimoramento e flexibilidade diante de situações de imprevisibilidade. Nota-se a necessidade de novos estudos que ampliem a temática e desenvolvam reflexões sobre a atuação do musicoterapeuta organizacional.

Palavras-Chave: musicoterapia organizacional, relações interpessoais, gestão de pessoas

⁷ Mestre em Música e Bacharel em Musicoterapia - UFG. Formação em Psicoterapia Corporal - CORE Energetics Institute - NY/UNIPAZ – DF. Musicoterapeuta do CRER – Goiânia/GO. Consultor em Musicoterapia Organizacional com experiência em Treinamento & Desenvolvimento. Professor do Curso de Musicoterapia EMAC/UFG. alexarizabr@yahoo.com.br. <http://lattes.cnpq.br/7142132371288252>

⁸ Doutoranda em Psicologia Clínica - UnB. Mestre em Música e Bacharel em Musicoterapia - UFG. Consultora em Musicoterapia Organizacional com experiência em Treinamento & Desenvolvimento. Professora do Curso de Musicoterapia EMAC/UFG. mfernandavalentin@gmail.com <http://lattes.cnpq.br/6897208945742492>

⁹ Doutora em Comunicação e Semiótica - PUC/SP. Musicoterapeuta Clínica. Especialista em Psicologia Transpessoal - Instituto Anima/GO. Especialista em Constelação Familiar Sistêmica - IBSS. Certificada em Tension and Trauma Releasing Exercises TRE - CENTRAR. Professora pesquisadora aposentada pela Universidade Federal de Goiás. leomara.craveiro@gmail.com
<http://lattes.cnpq.br/2647704768201448>

Abstract - In organizational music therapy the music is used to develop professional groups and improve relations in the workplace. Therapeutic interventions are differentiated; the change production focuses on both the individual and the company, the setting limits are broadened and the music therapist-client relationship is extended, including various relations. The demand comes from third parties, managers and directors, and is not always coincident with the perception of employees. This article aims to reflect on the possibilities of action and the essential characteristics of the music therapist to act with organizations. Staff development, recruitment of personnel, thematic lectures, experiential practices and music programs in the workplace practices were found in literature. It is believed that knowledge of business processes, entrepreneurship (strategic vision and proactive), clear communication, ability to deal with power plays and a high level of exposure to the group are important skills to operate in this context. It is also considered necessary continuous improvements and flexibility in the face of unpredictable situations. It notes the need for further studies that expand this issue and develop reflexions about the performance of organizational music therapist.

Keywords: organizational music therapy, interpersonal relationships, people management

Introdução

Em decorrência de novas pesquisas e práticas, a musicoterapia vem se desenvolvendo em diversos campos. O número de publicações brasileiras ao longo dos últimos dez anos sobre musicoterapia organizacional aponta o interesse e a relevância do tema por parte dos pesquisadores musicoterapeutas (COSTA, 2004; FREITAS et al., 2004; BORGES, 2004; ALMEIDA, 2005; PROSDOSSIMO, 2006; STEINBERG, 2006; SALES, 2007; PINHO, 2007; RODRIGUES, 2008a; RODRIGUES, 2004 e 2008b; RODRIGUES, 2009; SILVA, 2009; TAETS et al., 2013; BALERONI e SILVA, 2010; CASTRO, 2003 e 2010; NUNES, 2010).

Definida como “a potencial aplicação da música para apoiar e desenvolver equipes de trabalho e melhorar relações em ambientes de trabalho e em grupos profissionais” (O’NEILL, 1995 apud BRUSCIA, 2000, p. 243), a musicoterapia organizacional também está relacionada com ética, confiança, coesão do grupo de trabalho, proatividade e empreendedorismo individual e grupal.

A musicoterapia organizacional é classificada como uma área de prática ecológica que, segundo Bruscia (2000), abrange estratos socioculturais da comunidade e seu ambiente físico, considerando a cultura de um determinado grupo. Trata-se de uma prática derivada da teoria sistêmica, a qual compreende que toda e qualquer parte de um sistema está relacionada com as demais, com vários níveis de influências recíprocas (KENNY, 1985, apud BRUSCIA, 2000).

O aspecto fundamental dessa epistemologia é a circularidade em oposição à causalidade linear. Nesta perspectiva, todos os elementos de um dado processo movem-se juntos. A descrição do processo é feita em termos de relações, informações e organização entre os membros. Desta forma, um todo não possui começo nem fim, a compreensão do problema não deve pautar-se apenas em sua origem e todos os envolvidos possuem seu nível de responsabilidade para a resolução do mesmo (CALIL, 1987).

Nas organizações a musicoterapia tem como foco a produção de mudança no indivíduo, no grupo que ele integra e na organização como um todo. Os limites do *setting* são ampliados e a relação cliente-musicoterapeuta estende-se, incluindo diversas relações. A demanda vem de terceiros, gerentes e diretores, e nem sempre coincide com a dos colaboradores. Como no contexto psicossocial, as organizações demandam uma mudança no comportamento e na forma de ser do colaborador, e o mesmo tende a assumir um compromisso que nem sempre está realmente disposto a cumprir (COSTA e PENSO, 2010). Essas diferenças fundamentais exigem do musicoterapeuta competências específicas que integrem percepção ampliada, habilidades no manejo de situações relacionais e flexibilidade nas ações.

Com base na distinção entre formas tradicionais de terapia em grupo e formas ecológicas de trabalhos com grupos (BRUSCIA, 2000), o quadro abaixo sintetiza as principais diferenças entre musicoterapia clínica e musicoterapia organizacional:

Quadro 1 - Diferenças entre a Musicoterapia Clínica e Musicoterapia Organizacional

| Musicoterapia Clínica | Musicoterapia Organizacional |
|--|--|
| Réplica do ambiente em que o indivíduo vive e trabalha | Grupo já existente e membros definidos |
| Produção de mudanças no indivíduo (necessidade de generalização para outros contextos) | Produção de mudanças nos indivíduos e na empresa |
| O cliente é o indivíduo | Os clientes são o indivíduo e a empresa |
| Relação musicoterapeuta-indivíduo | Diversas relações |
| <i>Setting</i> : sala de atendimento | <i>Setting</i> ampliado |

Fonte: próprio autor

Desta forma, o presente artigo tem por objetivo refletir sobre as possibilidades de atuação e características essenciais do musicoterapeuta para atuar em organizações, sejam elas, empresariais, públicas, sem fins lucrativos, em contextos diversos, tais como: educacional, social, de saúde, etc.

Formação e perfil do musicoterapeuta organizacional

Devido a musicoterapia organizacional apresentar diferentes características, o musicoterapeuta que deseja atuar nesse contexto também deve ter competências específicas. O conceito de competência mais difundido atualmente em administração refere-se à "capacidade de um indivíduo em realizar uma atividade, por meio da combinação de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes - CHA, que, por sua vez, influenciam o efeito dos resultados [...]" (FERREIRA et al., 2012). Com base nesse conceito, as

competências podem ser vistas sob aspectos técnicos - *conhecimentos e habilidades* -, e comportamentais - *atitudes* (SOUZA et al., 2011).

Seguindo esse referencial, a formação do musicoterapeuta organizacional deve abranger o domínio de conhecimentos e habilidades, assim como características comportamentais específicas que facilitem o alcance de melhores resultados em sua atuação profissional.

Conhecimentos

É óbvio pensar que para atuar na área organizacional o musicoterapeuta deve dominar conhecimentos relacionados à organização - administração e gestão de pessoas e à musicoterapia (ferramentas de avaliação musicoterapêuticas; teorias e técnicas da musicoterapia; teorias e práticas grupais; etc.). Entretanto, quando se trata da preparação do musicoterapeuta para lidar com a realidade das empresas e outras organizações, surgem algumas questões: quais desses conhecimentos são essenciais? Quais podem trazer um diferencial para a atuação do musicoterapeuta nas organizações? Por onde começar construir esse conhecimento?

Para responder a essas questões, deve-se considerar que as diferentes práticas da musicoterapia nas organizações fazem parte do processo das mesmas. Assim, um ponto de partida interessante é compreender o que são e como funcionam. As organizações, segundo Robbins (1999), podem ser definidas como unidades sociais, coordenadas conscientemente. Elas funcionam numa base relativamente contínua para atingir um objetivo comum ou um conjunto de objetivos, variando tanto em tamanho quanto em função e estrutura; também desenvolvem uma cultura interna. Assim, é imprescindível que o musicoterapeuta organizacional saiba que as organizações "são constituídas de partes que integram um todo voltado para o desenvolvimento de funções específicas" (MINTZBERG, 2009 apud CASTRO, 2010, p.13).

Recursos Humanos ou Gestão de Pessoas é a unidade operacional que funciona como órgão de *staff*, como elemento prestador de serviços, formado por cinco subsistemas interdependentes: provisão; aplicação; manutenção,

desenvolvimento e monitoração de RH (CHIAVENATO, 2010). Com exceção do subsistema de monitoração, em todos os demais foi identificada a possível inserção do musicoterapeuta (ARAÚJO e ZANINI, 2013). Assim o foco de estudo do musicoterapeuta será compreender como funcionam esses subsistemas para saber como poderá contribuir. Para tanto, deverá se apoiar em conhecimentos da psicologia organizacional e da administração.

A atuação do musicoterapeuta na Gestão de Pessoas deve estar fundamentada em teorias da própria musicoterapia. Na prática dos autores deste artigo a abordagem plurimodal tem oferecido importantes aportes na leitura dos fenômenos observados, com conceitos como: música interna, princípio de analogia na música, música como metáfora, representações sociais na música, modos expressivo-receptivos, entre outros (SCHAPIRA, 2007).

Pode-se observar que a maior parte das intervenções organizacionais são feitas em grupo e voltadas para aspectos da interação, comunicação, percepção, escuta, qualidade de vida e estratégias para lidar com situações de estresse. Um número significativo de estudos sobre musicoterapia e processo grupal pode ser encontrado (HULL, 1998, DAVIES E RICHARDS, 2002; PAVLICEVIC, 2003; ESPERIDIÃO E SÁ, 2005; LECOURT, 2005; GARSTORM, 2007; VALENTIN, SÁ E ESPERIDIÃO, 2013; VALENTIN et al., 2015) o que facilita tal prática.

Habilidades

Ao musicoterapeuta organizacional é imprescindível considerar as principais habilidades inerentes à sua prática. Para além de sua atuação, em termos de atendimentos ou intervenções musicoterapêuticas, faz-se necessário avaliar sua postura diante do contratante e dos colaboradores. A situação de intermediar interesses e conflitos requer uma clareza do próprio papel do musicoterapeuta, para que ele não venha a formar alianças que prejudiquem o trabalho.

É fundamental ter uma **comunicação clara**, ou seja, ser assertivo sabendo se posicionar diante das diversas situações que se apresentam, e percebendo como as suas palavras e ações repercutem diante do outro. Um outro ponto é **saber lidar com jogos de poder**. Segundo Guazina e Tittoni (2009),

as relações de poder [...] são um modo de ação sobre a ação de outros, numa relação entre indivíduos ou grupos, onde uns exercem poder sobre outros, uma vez que exercem ação sobre a ação dos outros – em ato (p.109).

A organização, devido ao contrato de trabalho, coordena as ações dos seus colaboradores, exercendo uma forma de poder sobre eles. Da mesma maneira, o musicoterapeuta enquanto consultor ou colaborador deverá atender às demandas institucionais, sem perder de vista, entretanto, a dimensão humana e ética, ou seja, as necessidades dos colaboradores relacionadas ao próprio trabalho. O musicoterapeuta deve lidar bem com os jogos de poder, para que não perca de vista seu foco e traga o máximo de benefício para os envolvidos no processo.

Outra habilidade é saber **lidar com alto nível de exposição perante o grupo**. Uma vez que nossa ferramenta de trabalho é a música, e lidar com a música ou seus elementos envolve um clima de maior espontaneidade com o grupo, algumas vezes o musicoterapeuta é colocado em situações que fogem do habitual e podem ser percebidas com estranhamento. Para lidar com isso é necessário ter "jogo de cintura" e não perder de vista os objetivos a serem alcançados. Quando o musicoterapeuta tem essa habilidade, pode ter o grupo mais engajado nas atividades e conseguir um envolvimento maior por parte dos participantes.

Atitudes

Quanto às características comportamentais necessárias ao musicoterapeuta organizacional, as atitudes estão ligadas ao desejo - querer fazer -, ou seja, à motivação intrínseca ao indivíduo. A primeira das atitudes,

ligada aos conhecimentos e habilidades, é o **constante aprimoramento**. No mercado organizacional a busca pela excelência deve ser uma constante para que o musicoterapeuta se posicione profissionalmente. Essa busca relaciona-se com uma outra atitude que é ser **empreendedor**.

O empreendedorismo é um termo amplo e vai além da simples atitude. Ser empreendedor envolve diversas competências, porém, nesse contexto, resume-se à atitude de criar oportunidades de serviço. Fischer (et al., 2008) cita que "para Schumpeter (1982) [o empreendedor] é aquele que introduz mudanças, inovações e uma nova ordem. É, portanto, o indivíduo que gera rupturas por meio de suas realizações" (p. 42).

Também é essencial considerar a questão da **flexibilidade diante de situações de imprevisibilidade**. Devido às características do *setting* ampliado e das demandas virem da empresa. O contexto organizacional traz muitos imprevistos que no contexto clínico não se apresentam. É bastante comum, devido a contingências do trabalho, um grupo ser modificado devido a transferências de colaboradores, admissões ou até mesmo demissões, ou mesmo o trabalho de treinamento, por exemplo, ter que ser revisto e sofrer alterações em sua duração. Assim, é necessário que o musicoterapeuta realize ajustes em seu planejamento para atender as necessidades da empresa.

Esses foram os atributos necessários ao perfil do Musicoterapeuta Organizacional. Na próxima seção serão vistas suas possibilidades de atuação.

Práticas musicoterapêuticas no contexto organizacional

Uma marca da atualidade é a exposição do indivíduo a diversas situações ansiogênicas decorrentes de fatores sociais, econômicos e culturais. Especificidades da atividade ocupacional, condições de trabalho, remuneração insatisfatória, constantes exigências por qualificação e busca por reconhecimento dentro da organização, são alguns dos fatores que podem gerar tensões e estresse nos trabalhadores.

Dependendo do grau de estresse ao qual o indivíduo é exposto, com o passar do tempo a energia transforma-se em exaustão, o envolvimento em ceticismo, a eficiência em ineficiência, ocorrendo, na maioria das vezes, um desgaste nas relações interpessoais (MASLACH & LEITER, 1995).

A saúde organizacional aponta para uma associação da ética nas organizações com o comprometimento organizacional e ajustamento entre pessoa e organização (VALENTINE, GODKIN, LUCERO, 2002). Considerando a diversidade de demandas existentes em qualquer organização e os aspectos que interferem na atuação de seus integrantes, as propostas de intervenção da Musicoterapia podem favorecer tanto o trabalhador quanto a organização como um todo. Eis algumas práticas encontradas na literatura que caracterizam as diferentes demandas da área organizacional: desenvolvimento de equipe; seleção de pessoas; palestras temáticas; práticas vivenciais; workshops temáticos; musicoterapia laboral - grupos de música e movimento voltado à sensibilização e conscientização; atendimentos aos colaboradores - grupos de prevenção e tratamento de doenças ocupacionais e afastamentos, e programas de música em ambientes de trabalho (STEINBERG, 2012).

Por tratar-se de um assunto amplo e complexo, envolvendo a área organizacional e a musicoterapia, neste artigo serão apresentadas as duas práticas mais frequentes: o desenvolvimento de equipe e a seleção de pessoas.

Desenvolvimento de Equipes

A qualidade na prestação de serviços, no âmbito de qualquer organização, depende fundamentalmente da integração e comunicação entre pessoas. Colocar os colaboradores no centro das estratégias organizacionais é, na realidade, descobrir, administrar e desenvolver o capital humano da organização (CHIAVENATO, 2010). É fundamental "constatar, analisar, compreender e otimizar as interações dos seres humanos entre si, com os meios de produção e com a ambiência, dentro de um ecossistema organizacional" (MARINUZZI, 2010).

Programas específicos e temáticos voltados para liderança, motivação, aposentadoria e processos de mudança, podem trazer adaptabilidade e flexibilidade, favorecendo o clima organizacional. Também criar pontos de escuta na empresa, onde o musicoterapeuta organizacional escuta as queixas

e media conflitos, utilizando técnicas musicoterapêuticas integradas a momentos de autoconhecimento e reflexão.

A musicoterapia nas organizações baseia-se em uma visão integrada do ser humano, em suas potencialidades e interrelações. As várias experiências musicais em musicoterapia – improvisação, recriação, composição e audição, criam um campo de subjetividades, possibilitando a aceitação das expressões emergentes e da diversidade, o que favorece o desenvolvimento intra e interpessoal, assim como a ressignificação da vida profissional.

O ser humano é uma espécie que se diferencia das demais, principalmente, por sua subjetividade. Ele utiliza diversas formas de linguagem para se relacionar no mundo - gestos, sinais, palavras, sons, gritos, silêncios, cores, músicas, etc. Muitos são os conteúdos que ficam no campo do não-dito. Abrir outros canais de comunicação através do não-verbal e, particularmente, da música, pode propiciar a externalização de conteúdos, ressignificando-os o que, conseqüentemente, promove mudanças significativas (NASCIMENTO e CRAVEIRO DE SÁ, 2009, p. 410).

A música, por tratar-se de uma expressão humana que integra corpo, mente e espírito, favorece o encontro consigo mesmo, com o outro e com o meio onde atua, através do sensível, proporcionando o desenvolvimento da consciência individual e grupal. Na musicoterapia organizacional, as experiências musicais em grupo possibilitam integrar razão e emoção, desenvolvendo a autoconsciência e a cultura da excelência, para que se tornem integradas aos processos da empresa.

O treinamento funciona como principal catalizador da mudança da gestão de pessoas nas organizações, confrontando o desempenho passado e atual com novos patamares que se pretendem alcançar no futuro (ESCULÁPIO, 2003). Portanto, a capacitação contínua dos colaboradores aumenta a eficiência no exercício de suas funções e na solução de problemas.

Numa perspectiva humanista, a musicoterapia organizacional no desenvolvimento de equipes contempla aspectos que possibilitem o fortalecimento pessoal e profissional - autoconhecimento, desenvolvimento de valores ético-humanistas, empreendedorismo, liderança, confiança

organizacional, coesão do grupo de trabalho, proatividade, e empreendedorismo individual e grupal. As intervenções musicoterapêuticas são pautadas em ações criativas, reflexivas e transformadoras.

Segundo Steinberg (2006), as ferramentas da musicoterapia que são relevantes para iniciar um processo de intervenções nas empresas podem ser direcionadas para o silêncio, para a escuta, para os sons, para a músicas, a respiração, o corpo, a voz, a expressividade, a fim de estimular uma postura receptiva, com maior possibilidade de reduzir as resistências individuais e organizacionais.

Processo de Seleção de Pessoas

O processo seletivo faz parte do chamado subsistema de provisão dos recursos humanos (CHIAVENATO, 2010), é através dele que o colaborador passa a fazer parte de uma organização. Na definição do autor supracitado “*seleção* é um processo decisório baseado em dados confiáveis para agregar talentos e competências capazes de contribuir a longo prazo para o sucesso da organização” (p.133). Para a coleta desses dados, após a requisição da vaga por parte de um gestor, primeiramente é feito o levantamento do perfil exigido pela vaga, seguido do recrutamento dos candidatos. Em seguida é feita a triagem dos mesmos através de análise de currículo e entrevistas, além das técnicas de seleção individual e grupal. Nesta última entram as “dinâmicas de grupo” onde é avaliado o perfil comportamental do candidato com frente a situações que enfrentarão no cotidiano do trabalho. Quando completo, o processo seletivo deve oferecer não somente um diagnóstico atual, mas principalmente um prognóstico futuro a respeito das variáveis psicológicas e físicas (CHIAVENATO, 2010, p.133).

No Processo de Seleção de Pessoas, na etapa das técnicas de seleção individual ou grupal, o musicoterapeuta pode atuar de maneira indireta ou direta. No primeiro caso, a musicoterapia é inserida no processo de seleção de pessoas, em específico na fase de Dinâmica de Grupo, no sentido de estimular a integração grupal e favorecer a otimização do processo seletivo. Ao

minimizar o estresse e o nervosismo do candidato por meio das experiências musicais, proporcionando-lhe um ambiente no qual ele se sinta mais confiante e seguro, o candidato pode se expor mais, mostrando-se como realmente é (RODRIGUES, 2009).

No segundo caso, técnicas da musicoterapia podem ser utilizadas como ferramentas de observação do perfil do candidato. As experiências musicais em grupo favorecem a livre expressão, a espontaneidade, a criatividade, a escuta de si mesmo e do outro, a comunicação e a interação. Tais experiências facilitam a percepção do CHA do candidato.

A música, por não pertencer ao campo linear das significações, aponta para o não-verbalizável, outras forças que, muitas vezes, podem romper ou atravessar certas redes defensivas que a consciência e a linguagem cristalizada opõem à sua ação e toca em pontos de ligação efetivos do mental e do corporal, do intelectual e do afetivo (WISNIK, 1989, p. 124).

Forma-se um campo de comunicação que vai além do verbal, possibilitando a construção de modos de subjetivação. As experiências musicais são processadas verbalmente pelos participantes do grupo. Um momento de reflexão e integração do que foi vivenciado pelos candidatos e o observado pelo musicoterapeuta. Questões inerentes ao candidato são desveladas: quem sou eu? Quais são minhas reações diante de...? Como eu afeto e sou afetado?, Qual a minha capacidade de escuta de mim mesmo e do outro? Quais são meus modos de expressão e comunicação? Qual a minha capacidade perceptiva e reflexiva? Qual o meu senso ético? Como eu lido com as frustrações e os conflitos?, entre outros.

Todos esses elementos são facilitadores para conhecer o candidato, e, conseqüentemente, contribuirão no processo de escolha.

Considerações finais

Através do exposto, é possível notar importantes diferenças entre o perfil de um musicoterapeuta que atua na clínica e o musicoterapeuta organizacional. O *setting* ampliado, as demandas específicas desse campo

organizacional e a maior integração exigem do profissional musicoterapeuta uma postura diferenciada.

O CHA é um ponto de partida para que o musicoterapeuta organizacional atue de maneira assertiva. Por tratar-se de um campo de atuação em que há necessidade de uma congruência entre as demandas organizacionais e as práticas musicoterapêuticas, o perfil do profissional musicoterapeuta constrói-se com base no estudo de teorias da Psicologia, da Administração e da Musicoterapia.

O domínio de técnicas - musicoterapêuticas, de manejo de grupos, de oratória entre outras, a serem utilizadas nesse contexto compõem, juntamente com o empreendedorismo, as habilidades requeridas para o musicoterapeuta organizacional, visando seu melhor desempenho. Os aspectos ético-humanísticos são essenciais na atuação desse profissional, trazendo-lhe empoderamento e reconhecimento. Consideram-se também necessários o constante aprimoramento, o cuidar de si mesmo, e a flexibilidade diante de situações imprevistas.

Diante da amplitude do tema aqui proposto e da necessidade de maior entendimento da área em questão, nota-se a premência de outros estudos que tratem da atuação do musicoterapeuta organizacional.

Referências

ALMEIDA, L. **A Musicoterapia em um contexto organizacional como facilitadora de motivação interna**. Trabalho de monografia conclusão do curso de musicoterapia. Goiânia – UFG, 2005.

ARAÚJO, J. S.; ZANINI, C. R. O. Musicoterapia organizacional: a inserção da Musicoterapia nos subsistemas de Recursos Humanos. In: **VIII SEMPEM – Seminário Nacional de Pesquisa em Música**. Goiânia. 2013. p. 105-107.

BALERONI, N. F.; SILVA, L. R. Musicoterapia com Trabalhadores: uma visão fenomenológica das publicações brasileiras. In: **Revista do Núcleo de**

Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia, Curitiba v.2, p. 95–119. 2010.

BORGES, R. **Projeto Alfa-sons**: Musicoterapia em Recursos Humanos. Trabalho de monografia conclusão do curso de musicoterapia. Goiânia – UFG, 2004.

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

CALIL, V. L. **Terapia familiar e de casal**: introdução às abordagens sistêmica e psicanalítica. São Paulo: Summus, 1987.

CASTRO, A. A. G. **Musicoterapia em Recursos Humanos**. Trabalho de monografia conclusão do curso de musicoterapia. Goiânia – UFG, 2003.

_____. **Contribuições da Musicoterapia no Desenvolvimento das Relações Intra e Interpessoais dos Profissionais de uma Equipe de Vendas**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Goiás. Escola de Música e Artes Cênicas, 2010.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos Recursos Humanos nas organizações**. 3ª. Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COSTA, C. O. **A Musicoterapia no desenvolvimento das relações interpessoais em uma empresa**. Trabalho de monografia conclusão do curso de musicoterapia. Goiânia – UFG, 2004.

COSTA, L. F.; PENSO, M.A. A dimensão clínica das intervenções psicossociais com adolescentes e famílias. In M. M. Marra & L. F. Costa (Eds.), **Temas da Clínica do adolescente e da família** (p. 201–214). São Paulo: Ágora, 2010.

DAVIES, A.; RICHARDS, E. **Music Therapy and Group Work: sound company**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.

ESCULÁPIO, R. P. **Core Governance Competences e LNT**: Construindo Um Instrumento Teórico-Methodológico. Dissertação de Mestrado. UFSC. Florianópolis, 2003.

ESPERIDIÃO, E.; SÁ, L.C. O processo grupal na formação do musicoterapeuta: uma experiência interdisciplinar. In: **Revista da UFG**, Vol. 7, No. 2, dezembro, 2005, on line (www.proec.ufg.br).

FERREIRA, A. L. P.; IKETANI, F. S.; PANCIERI B.M.; MELO A.C.S. Proposição de Metodologia para o Mapeamento de Competências: um estudo de caso em um órgão público do estado do Pará. In: **VIII Congresso Nacional De Excelência em Gestão**. 2012.

FISCHER, A.; NOADRI, T. M. S.; FEGER, J. E. Empreendedorismo - algumas reflexões quanto às características. In: **Race**, Unoesc, v. 7, n. 1, p. 39-52, jan./jun. 2008.

FREITAS, T. X. F.; ZANINI, C. R. O; TEIXEIRA, C. M. F. S. Musicoterapia e o Contexto Organizacional. In: **Anais do V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**, 2004.

GUAZINA, L.; TITTONI, J. Musicoterapia Institucional na Saúde do Trabalhador: conexões, interfaces e produções. In: **Psicologia & Sociedade**; 21, 1, 108-117, 2009.

HULL, A. **Drum Circle Spirit**: facilitating human potencial through rhythm. Tempe, AZ: White Cliffs Media, 1998.

LECOURT, J. **Análisis de grupo y musicoterapia**: el grupo y lo sonoro. Editorial Agruparte: Vitoria, 2005.

MARINUZZI, A. P. **História da Ecologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus,1990.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **The truth about Burnout**: how organization cause, personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

NASCIMENTO, S.R.; CRAVEIRO, L. Musicoterapia: ressignificando o ato pedagógico. In: **XIII SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA**, Curitiba, 2009.

NUNES, K. L. **Musicoterapia Organizacional: um levantamento bibliográfico.** Trabalho de monografia conclusão do curso de musicoterapia. Goiânia – UFG, 2010.

PAVLICEVIC, M. **Groups in Music: Strategies from Music Therapy.** Jessica Kingsley Publ., London, 2003.

PINHO, P. **A utilização da Musicoterapia na seleção de pessoal com eficiência na caracterização dos perfis para vários cargos.** Trabalho de monografia conclusão do curso de musicoterapia. São Paulo – FPA, 2007.

PRODOSSIMO, C. **Musicoterapia em ambientes de trabalho.** In: XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, VI Encontro Nacional de pesquisa em Musicoterapia II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia. Goiânia, 2006.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional.** 8a ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

RODRIGUES, Débora. **Humanização e qualidade de vida mediadas pela música: um estudo bibliográfico sobre a Musicoterapia no contexto organizacional.** Trabalho de monografia conclusão do curso de musicoterapia. Goiânia – UFG, 2008a.

RODRIGUES, C.O.C. **A Musicoterapia no Desenvolvimento das Relações Inter-pessoais em uma Empresa.** Monografia de Conclusão do Curso de Musicoterapia. Goiânia: UFG, 2004.

_____. Musicoterapia: Uma nova proposta para as organizações. In: **VIII SEMPEM – Seminário Nacional de Pesquisa em Música.** Goiânia. 2008b. p. 289-296.

RODRIGUES, Aline F. **O coro terapêutico aplicado a colaboradores de uma organização: em busca da qualidade de vida.** Trabalho de monografia conclusão do curso de musicoterapia. Goiânia – UFG, 2009.

SALES, Priscileny. **Coro terapêutico**: uma proposta do musicoterapeuta para o contexto organizacional. Trabalho de monografia conclusão do curso de musicoterapia. Goiânia – UFG, 2007.

SCHAPIRA, D. (org.) Musicoterapia: Abordaje Plurimodal. Argentine: ADIm Ediciones, 2007.

SILVA, Maxsuel. **A utilização da música em supermercados de Goiânia**: possíveis intervenções musicoterapêuticas. Trabalho de monografia conclusão do curso de musicoterapia. Goiânia – UFG, 2009.

SOUZA, F.M.; NETO, J.B.; FORTE, L.M.; SILVA, P.M.; MEDEIROS, E.M.B. O Modelo De Gestão de Pessoas por Competências: análise comparativa dos aspectos críticos para a implementação em duas empresas. In: **Anais do SEAA - Semana Ativa do Administrador**, Mossoró-RN, 2011.

STEINBERG, Mirian. Musicoterapia Organizacional. In: **XII SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA**, Goiânia, 2006. **Anais Online**. Goiânia, 2006. Disponível em <http://www.sgmt.com.br/anais/p09palestras/Mesa08_p2_MirianSteinberg.pdf>. Acesso em: 07 Nov 2010.

_____. **Musicoterapia Empresarial**. Disponível em: <<http://www.oapce.com.br/musicoterapia-empresarial/>> Acesso em: 04 dez 2015.

TAETS, G. G. C., BORBA-PINHEIRO, C. J.; FIGUEIREDO, N. M. A.; DANTAS, E. H. M.. Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. In: **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, 2013, mai-jun; 66, 3, 385-90.

VALENTIN, F. SÁ, L.C.; ESPERIDIÃO, E. Práticas musicoterapêuticas em grupo: planejar para intervir. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano XV, n.15, p 118-131, 2013.

VALENTIN, F.; NASCIMENTO, S.R.; FERREIRA, E.; TEIXEIRA, C.M.; Grupo Mulifamiliar e Musicoterapia: métodos de prevenção ao uso de drogas na escola. In: SUDBRACK, F. CONCEIÇÃO, M.I.G.; SILVA, I.M.; LORDELLO, S.R.; **Abramd: Compartilhando Saberes**. Brasília: Technopolitik, 2015.

VALENTINE, S., GODKIN, L. & LUCERO, M. Ethical context, organizational commitment, and person-organization fit. In: **Journal of Business Ethics**, 2002; 41, 4, 349-360.

WISNIK, José Miguel. **O Som e o Sentido. Uma outra história das músicas.**
São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

Recebido em 28/10/2015
Aprovado em 12/12/2015



MUSIC-CENTERED MUSIC THERAPY

MUSICOTERAPIA MÚSICO-CENTRADA

André Brandalise¹⁰

Resumo - Este artigo apresenta um estudo teórico que visa abranger desde as influências históricas da musicoterapia músico-centrada até o momento atual. Apresenta e discute semelhanças e diferenças entre os pioneiros do modelo músico-centrado de musicoterapia. A metodologia deste estudo teórico envolveu a investigação acerca dos padrões e tendências descritas pelos pioneiros da musicoterapia músico-centrada a partir do fichamento e comparação do conteúdo de suas obras.

Palavras-Chave: musicoterapia, modelos de musicoterapia, musicoterapia músico-centrada

Abstract - This article aims to present and discuss different aspects of music-centered music therapy: from its historical influences until now. It also intends to present and discuss differences and commonalities among the pioneers in this music therapy model. The used methodology of this theoretical study involved an examination of patterns and tendencies described by music-centered music therapy pioneers through detailed analysis and comparison of the content of their publications.

Keywords: music therapy, music therapy models, music-centered music therapy

¹⁰ Bacharel em música (UFRGS, RS), especialista em musicoterapia (Conservatório Brasileiro de Música, RJ), mestre em musicoterapia (New York University, EUA) e PhD em musicoterapia (Temple University, EUA). Nesta última universidade Brandalise 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).

Introduction

Music-centered music therapy implies the use of music as therapy (BRANDALISE, 2001). According to Bruscia (1998), music being used in therapy means that it is used “not only for its own healing properties but also to enhance the effects of the therapist-client relationship or other treatment modalities” (p. 39). Turry and Marcus (2003) described the Nordoff-Robbins approach as being one example of a model that uses music as therapy, meaning that the musical activity that happens between client and music is the therapy.

Historical Context of Music-centered Music therapy

It is not possible to discuss music-centered music therapy without reflecting on part of the music therapy history. Modern music therapy practice started in the mid-1940s and, at the beginning, theoretical foundations had to be imported from other professions and theories such as medicine and psychology. Music therapists had to adjust what they were observing in their practices into other fields' pre-existing theories. However, as Garred (2001) observed, ready-made theories from neighboring professions do not necessarily fit music therapy. Nonetheless, from these early foundations, some music therapy models emerged.

For example, analytical music therapy (PRIESTLEY, 1994), the Benenzon model (BENZON, 1985) and behavioral music therapy (MADSEN; COTTER; MADSEN, 1968) are music therapy models that were based on theories external to music therapy. Yet, at the same time, in the late 1950s and early 1960s, music therapy pioneers such as Paul Nordoff, Clive Robbins (1971, 1977), and Helen Bonny (1978a, 1978b) were concentrating their efforts in trying to better understand the power of music in the therapeutic processes

they were experiencing with their clients. According to Aigen (2005), in 1965, Paul Nordoff and Clive Robbins first coined the term “the art of music as therapy.” In the 1980s, the term “music-centered” became a descriptor of theory and practice in music therapy at the *The Bonny Foundation: An Institute for Music-Centered Therapies*, founded by Helen Bonny, Barbara Hesser, and Carolyn Kenny.

Therefore, in the 1980s, even as questions developed about the uniqueness of music therapy and its adaptation in the scientific world, questions also emerged about the role of music in therapy. What was unique in the experience with music that would make it, therapeutically speaking, relevant? In the words of Bonny (1982),

our profession has just gone through a long and tedious process of trying to be accepted by being “scientific.” I can speak from experience having studied my craft in the 1960s, and then worked for seven years in a research center. I came out of those years of experience with the conviction that making music therapy fit into the scientific model is like trying to stuff a size 10 foot into a size 6 shoe! It just won't fit; and if we do get the foot into the shoe, it is far from comfortable. (p. 2)

The 1982 Symposium and Indigenous Music Therapy Research

In 1982, Barbara Hesser, from New York University (NYU), along with the Musicians Emergency Fund, hosted the conference entitled “Music in the Life of Man.” This event became a turning point in the profession’s history. Thirty-one influential music therapists from fourteen different countries were involved including Ruth Bright (Australia), Lia Rejane Barcellos (Brazil), Edith Lecourt (France), Rachel Verney (England), Chava Sekeles (Israel), Even Ruud (Norway), Carolyn Kenny (Canada), Helen Bonny, Clive Robbins, Kenneth Bruscia, Charles Eagle, Clifford Madsen, Barbara Wheeler, and Carol Robbins

(USA). The main goal of the event was to develop principles on what is inherent in the experience of music that makes it unique in therapy.

Kenny (personal communication, September 27th, 2015) stated:

Thirty-one music therapists and scholars in related disciplines gathered for five intensive days and nights of dialogue on the campus of NYU. Though this gathering represented the seeds of what we know as Music Therapy Theory in contemporary times, very little has been written about this historical event. Conversations were intense, full of appreciation for the power of music and our shared passion for the work, and debate. A new book titled *The 1982 Symposium on "Music in the Life of Man:" The Beginnings of Music Therapy Theory* (Barcelona Publishers, 2015 forthcoming). How did this gathering influence future thoughts about theory for music therapy? What were the enduring collegial friendships forged during those five days? This book documents the legacy of the 1982 Symposium regarding these questions.

According to Forinash (personal communication, September 29th, 2015), there were four main themes that came from the 1982 conference. They were: Music and wellness, the concept of time, qualitative research and the experience of self in music. The final theme is the one related to indigenous theories for music therapy.

Barbara Hesser (1996) stated that

it is the experience of music in our lives and the lives of people with whom we work that is the essence and heart of music therapy. By keeping this experience as the center of our professional activities (e.g., clinical practice, theory and research) we will naturally recognize the important principles as they emerge. (p. 16)

Hesser's (1996) vision was pointing to the future, encouraging the creation of native theories that could, according to her, emerge from the music therapy's clinical practice. Furthermore, Hesser believed that

in order to strengthen our discipline, we need now to move beyond the development of new techniques and begin to articulate whole clinical models. We have few of these models available at this time. A model would contain a strong theoretical framework and a rationale for the techniques used as well as a body research that demonstrates the effectiveness of the work. (p. 18)

Hesser (1996) quoted Bonny, who stated that

the carefully researched and discrete paradigms underlying medical science daily practiced and accepted by our society are not truth per se but one of a number of explanations. Like the adventurer who searches the world for treasure and finds it in his own backyard, we may find the diamonds we seek in own house. (p. 19)

All of these quotations reflect the importance of the aforementioned 1982 Symposium. Among the event's reporters was one of NYU's master's students, Kenneth Aigen, who in 1991 wrote his doctoral dissertation called "The Roots of Music Therapy: Towards an Indigenous Research Paradigm." In his dissertation, Aigen (1991) expressed his belief that there was a necessity for music therapy to develop its own theoretical body, what he called "the necessity of an indigenous paradigm" (p. 95).

He referred to the work of the historian Thomas Kuhn in observing that

our activity as music therapy researchers includes the creation of hypotheses guided by our important research problems. In effect, Kuhn says that by definition, a paradigm which transforms a field into one that exhibits scientific progress is an indigenous one. (AIGEN, 1991, p. 99)

Nordoff-Robbins Music Therapy

The Nordoff-Robbins Center for Music Therapy at NYU is a highly regarded music therapy center that uses music improvisation to work with

people with ASD. Nordoff-Robbins music therapy originated in 1959 by the pianist Paul Nordoff and the special education teacher Clive Robbins. The model of Nordoff-Robbins was originally named 'Creative Music Therapy,' and became known as the exemplary model of music-centered music therapy.

According to Nordoff and Robbins (1971), music is a world in which everyone lives. The music therapist is actually a "musician" therapist who could activate his/her musicality in order to create creative melodies, harmonies and rhythms. One of the most influential authors to Nordoff was the music philosopher Victor Zuckerkandl (1973).

According to Zuckerkandl (1973), "music is not a phenomenon of the inner world, nor it is something projected from the inner world to the outer world; it is a phenomenon of the outer world. It is not felt, it is not imagined, it is not willed. It is perceived". (p. 144)

A distinguishing feature of Nordoff and Robbins (1971) music therapy is their co-therapist model of treatment. The primary music therapist is the pianist whose main goal is to engage the child musically in a developmentally effective way while the role of the co-therapist is to support the pianist's work and to supplement it resourcefully in whatever way the situation calls for. However, according to Turry and Marcus's 2005 study on the teamwork suggested in Nordoff-Robbins' frame, the pioneers did not define in detail the various aspects of the team members' roles in relation to each other.

However, not all music-centered music therapy models use the same principles. Music-centered practitioners apply music using different methods and techniques. Nordoff-Robbins music therapy primarily uses improvisation (ROBBINS & ROBBINS, 1998). This is defined as music being created in the here-and-now according to the way music therapists perceive clients' needs in the moment. Therefore, while the Nordoff-Robbins model of music therapy pioneered the music-centered approach, contemporary music-centered music therapy significantly varies and will be further reviewed in more detail.

Music-centered Perspectives

Zuckermandl (1956) has influenced several music-centered music therapists (AIGEN, 2005; ANSDELL, 1995; BONNY, 1978a; BRANDALISE, 2001, 2015; NORDOFF & ROBBINS, 1977). This is significant because Zuckermandl (1973) provided one of the most important philosophical backgrounds for music-centered theorists: music can be seen as an entity that has inner qualities. In the therapeutic dynamic of music therapy, some music-centered theorists have illustrated this idea, as a triangle illustrating a music-centered therapeutic dynamic where therapist, client, and music have the same importance (BRANDALISE, 2001; GARRED, 2001).

Music Therapy Theory

One of the central efforts of all music-centered theorists is to identify in the uniqueness of music what is unique in music therapy (AIGEN, 2005; ANSDELL, 1995; BONNY, 1978a; BRANDALISE, 2001; NORDOFF & ROBBINS, 1971, 1977; LEE, 1996; GARRED, 2001; ROBBINS & ROBBINS, 1996; TURRY & MARCUS, 2003; VERNEY & ANSDELL, 2010). They all indicate that music has a fundamental and central role in the music therapy dynamic.

Aigen (2005) believes that, to be a music-centered music therapist means to place ideas about music at the core of music therapy theory. A music-centered music therapist understands that musical goals are clinical goals. Bonny (1978b) identified music as movement, symbol, and a language of emotion and meaning. For Ansdell (1995), music has a central role to the treatment and the therapeutic work occurs in and with music.

MUSICOTERAPIA

Music as a Self-contained Experience

The creative experience itself can facilitate therapeutic change without the necessity for a translation of the experience to any other media. This is another important essential aspect of music-centered music therapy: to practice what Bruscia (1998) called 'transformative music psychotherapy.' Lee (1996), music-centered clinician, says:

My experiences confirm that verbal explorations in music therapy are secondary to musical explorations. In my work, improvisation is not considered as a channel towards words, but as the source of its own unique experiences and processes. (p. 24)

Music as a medium implies an experience where the reason for it is contained within the doing of it. Thus, music is not a means to an extrinsic goal. The reason to make music in music therapy is to experience what music uniquely provides, not to achieve some nonmusical goal. This concept has been widely discussed by several authors. It is a central aspect in Aigen's (2005) book, influenced by the aesthetic philosophy of John Dewey, which engages the use of music as a medium or as a means in therapy. According to Aigen (2005), "human activities can be separated into those that are media and those that are means" (p. 57). Turry and Marcus (2003) also demonstrated that change occurs in and through musical processes, which then transfer into the life of the client outside the therapy room. Brandalise (as cited by AIGEN, 2005) states that

Music treats with its dynamic qualities, with structures and forms, with its grooves (the clinical essence of the idiom), with its 'existence.' Music is the primary therapist; the music therapist is the one who facilitates the involvement of the client with and in music and creative experience.

MUSICOTERAPIA

Moreover, Verney and Ansdell (2010) identified that the key to transformation is the fact that what the therapist hears is music. Although the client can be screaming or expressing rage, music-centered music therapists interpret these sounds as music, which is intrinsically beautiful.

Epp (2001) also investigated the role of self-expression in music-centered music therapy, and found that a theory of self-expression for a music-centered practice cannot detach expressive content from the lived performance of music.

Discussions on Therapeutic Music Production

Music and its production in therapy is another essential characteristic of music-centered theorists. In the music therapy literature, some authors have included audio recordings of the music therapy discussed in their books (AIGEN, 1998, 2002; ANSDELL, 1995; BRANDALISE, 2001, 2015; LEE, 1996; NORDOFF & ROBBINS, 1977). These authors have maintained that the importance of listening to the music produced by clients and therapists. In short, for these music-centered music therapists, music is the central therapeutic content through which stories of clients are developed in therapy. It is not possible for a reader, interested in music-centered music therapy, to detach music from his/her reading. Furthermore, these authors use music analysis and transcribed session scores as important tools to perceive clients' needs, monitor clients in their processes, and recognize possible development and growth through the musical creative experience.

MUSICOTERAPIA

Commonalities and Differences Between Music-Centered Music Therapy and Music Psychotherapy

Although it seems central to contemporary music-centered practitioners and theorists that musical experience is valued as an end objective in and of itself, how does an insight gained in music differ from a psychotherapeutic insight? It should be possible for a psychotherapeutic insight to happen in and with the music (BRANDALISE, 2015).

All music-centered models, despite their differences, present characteristics that could be included in a psychotherapeutic perspective. However, some music-centered music therapists argue that music-centered practice and psychotherapy are two different approaches (ANSDELL, 1995). Ansdell has stated that in music psychotherapy, the use of music is a facilitator of words.

The search for an understanding about meaning appears to be common among some music-centered theorists and practitioners. Ansdell (1995) wrote about meaning being gained without the necessity of translation into words; instead, meaning has to do with something making sense in itself, connecting two minds and two bodies in the same experience. Aigen (2005), influenced by Dewey's (1934) aesthetic theory as well as Lakoff and Johnson's (1980) Schema theory, identifies that music can be preserved as it is experienced without necessity for verbal translation. Moreover, meaning can be achieved through the so-called image schemata, which are foundations for metaphoric thinking, organizing mental representations.

There are also differences in the ways theorists think about the therapeutic relationship. For example, according to Aigen (2005), it is not contradictory for a music-centered practitioner to use the therapeutic relationship as an important vehicle in therapy; however, he does not consider it required. Garred (2001) and Brandalise (2001) proposed the metaphor of a

triangle, explaining his understanding of the therapeutic dynamic: the client-therapist and music make a triad. However, music is defined as therapy as well as a 'mediating space,' which stimulates the client to enter into dialogue.

Further defining 'music as means', Garred (2001) observed that

in music therapy music is clearly not an object to be valued and considered solely for its own inherent qualities. Music in this instance clearly serves some purpose. One suggestion, close at hand, might be that music here instead of being an autonomous art object is to be applied as a means towards a predefined end. The therapist applies music as a means for the betterment of the client. (p. 3)

But Garred (2001) also noted that

for the client in music therapy the primary motivation for doing music is the music activity itself, and if it was not, one could hardly expect any improvement of functions following from this activity. Using music *solely* as a means for improving non-musical functions will tend to overlook this crucial intentional aspect of doing music. (p. 4)

Music-centered music therapy is theorized and practiced in a variety of ways by music therapists in different parts of the world. The search for an indigenous theory for music therapy can be considered one of the central common characteristics of contemporary music-centered music therapists: the need to find answers for the practice through music therapy's own tools. This has become one of the main challenges for all music-centered authors and practitioners (AIGEN, 2005; ANSDELL, 1995; BONNY, 1978a; BRANDALISE, 2001; GARRED, 2001; LEE, 1996; NORDOFF & ROBBINS, 1971, 1977; TURRY & MARCUS, 2003; VERNEY & ANSDELL, 2010). Theorizing music therapy dynamics without having to import other fields' concepts and theories could create what was proposed by the 1982 NYU Music Therapy Symposium and by Aigen in 1991: indigenous theories based on music therapy practices and for music therapy.

References

AIGEN, Kenneth. **The roots of music therapy: Towards an indigenous research paradigm**, 1991. Doctoral dissertation, New York University, NY.

AIGEN, Kenneth. **Playin' in the band: a qualitative study of popular music styles as clinical improvisation**. *The Nordoff-Robbins music therapy monograph series*, 3, Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2002.

AIGEN, Kenneth. **Music-centered music therapy**. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2005.

ANSDELL, Gary. **Music for life**. London, UK: Jessica Kingsley Publishers, 1995.

BONNY, Helen L. **Facilitating GIM sessions**. Baltimore: ICM Books, 1978a.

BONNY, Helen L. **The role of taped music programs facilitating GIM sessions**. Baltimore: ICM Books, 1978b.

BRANDALISE, André. **Musicoterapia músico-centrada: Linda – 120 sessões**. São Paulo, SP: Apontamentos, 2001.

BRANDALISE, André. **The psychodynamics of music-centered group music therapy with people in the autistic spectrum**, 2015. Doctoral dissertation, Temple University, PA.

BRUSCIA, Kenneth E. **The dynamics of music psychotherapy**. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1998.

EPP, Erinn. **Locating the Autonomous Voice: Self-Expression in Music-Centered Music Therapy**. *Voices: A World Forum For Music Therapy*, 7(1).

Retrieved March 31, 2013, from <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/463/372>, 2007.

GARRED, Rudy. **The ontology of music in music therapy.** *Voices: A World Forum For Music Therapy*, 1(3). Retrieved March 31, 2013, from <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/63/56>, 2001.

HESSER, Barbara. **An evolving theory of music therapy.** Unpublished manuscript. New York: NYU, 1996.

LEE, Colin. **Music at the edge: The music therapy experiences of a musician with AIDS.** London: Routledge, 1996.

MADSEN, Clifford K.; COTTER, Vance; MADSEN, Charles H. Jr. **A behavioral approach to music therapy.** *Journal of Music Therapy*, 5(3), 69-71, 1968.

NORDOFF, Paul, ROBBINS, Clive. **Therapy in music for handicapped children.** London: Victor Gollanez, Ltd, 1971.

NORDOFF, Paul; ROBBINS, Clive. **Creative music therapy.** New York, NY: John Day Company, 1977.

PRIESTLEY, Mary. **Essays on analytic music therapy.** Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1994.

ROBBINS, Carol; ROBBINS, Clive. **Healing heritage.** Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1998.

TURRY, Alan; MARCUS, David. **Using the Nordoff-Robbins approach to music therapy with adults diagnosed with autism.** In D. Weiner & L. Oxford (Eds.) *Action therapy with families and groups: Using creative arts improvisation in clinical practice* (pp. 197-228). Washington, DC: American Psychological Association, 2003.

TURRY, Alan; MARCUS, David. **Teamwork: Therapist and co-therapist in the Nordoff-Robbins approach to music therapy.** *Music Therapy Perspectives*, 23(1), 53-69, 2005.

VERNEY, R.; ANSDELL, Gary. **Conversations on Nordoff-Robbins music therapy.** Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2010.

ZUCKERKANDL, Victor. **Man the musician: Sound and symbol.** Vol. 2. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1973.

Recebido em 11/10/2015
Aprovado em 01/12/2015



MUSICOTERAPIA

LINGUAGEM E SOCIALIZAÇÃO: O TRABALHO MUSICOTERAPÊUTICO EM PESSOAS COM AFASIA¹¹

LANGUAGE AND SOCIALIZATION: THE MUSIC THERAPY WORK IN PEOPLE WITH APHASIA

Isabela Carvalho Guerche¹², Pierângela Nota Simões¹³

Resumo - Este artigo teve como objetivo investigar os resultados do trabalho musicoterapêutico para a promoção da socialização da pessoa com afasia. Para isso foi realizado uma revisão bibliográfica sobre as temáticas “linguagem e socialização” e “musicoterapia e afasia”. A valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na afasia foi defendida, na compreensão de que o relacionamento social é, frequentemente, prejudicado por esse distúrbio. A partir da realização de uma entrevista semiestruturada com os familiares de uma pessoa com afasia que participou de atendimentos musicoterapêuticos no Centro de Atendimentos e Estudos em Musicoterapia “Clotilde Leinig” - CAEMT/UNESPAR foi possível constatar que a musicoterapia, de forma direta e indireta, é uma importante aliada no tratamento da afasia, pois a partir da reabilitação da linguagem, assim como da abertura de novos canais de comunicação, contribui para a promoção da socialização.

Palavras-Chave: Musicoterapia, Afasia, linguagem, socialização

Abstract - The aim of this study was to investigate significant achievements in music therapy treatment to promote the socialization of the person with aphasia. For this a literature interview related to "language and socialization" and "music therapy and aphasia" were reviewed. The subjective components of aphasia were defended, understanding that the social relationship is often impaired by this disorder. A semi-structured interview was conducted with the relatives of a

¹¹ Trabalho de conclusão de Curso de Bacharelado em Musicoterapia, apresentado em 2014

¹² Musicoterapeuta graduada no curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR – Campus de Curitiba II/FAP. Email: isabelaguerche@hotmail.com

¹³ 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. Email: pierangela@simo.es.pro.br

aphasia person who participated in music therapy appointments at Consultations and Studies Center in Music Therapy "Clotilde Leinig" - CAEMT/UNESPAR established that music therapy, directly and indirectly, is a powerful ally in the treatment of aphasia since the language rehabilitation, and also the *accessibility* to other ways to communicate, contributes to social reestablishment.

Keywords: music therapy, aphasia, oral language, socialization

Introdução

"Porque, assim como em um só corpo temos muitas partes, e todas elas têm funções diferentes, assim também nós, [...] estamos unidos uns com os outros como partes diferentes de um só corpo." - Romanos 12:4 e 5 - NTLH.

Não é novidade, para nós, seres humanos, que a linguagem está presente em todos os momentos do nosso dia! Recorremos a ela de tantas formas e sempre a temos a nossa disposição que, muitas vezes, nem percebemos sua importância. Muitas das suas funções podem ser apontadas, e assim, pretendemos destacar a função da socialização (DALGALARRONDO, 2000), ou seja, a capacidade de, por meio da linguagem, relacionarmos, comunicarmos e interagirmos com outras pessoas (CORRÊA; RIBEIRO, 2012; MARTINI, 2006).

No entanto, essa capacidade pode ser comprometida, como acontece no caso das pessoas com afasia. Trata-se de um dos distúrbios mais comuns de linguagem, em que por decorrência de uma lesão cerebral ocorre uma interferência no processamento da linguagem, afetando a produção da fala e a sua compreensão (NATIONAL APHASIA ASSOCIATION, s/d).

A escolha do tema afasia surgiu a partir do contato pessoal com um senhor que, após um acidente doméstico, teve sua linguagem prejudicada. Nessa época a pesquisadora iniciava seus estudos em musicoterapia e no Programa de Iniciação Científica-PIC. Intrigada com a situação, a mesma buscou um melhor entendimento sobre a afasia e sobre o aspecto social envolvido nesse distúrbio, pensando, especialmente, em como a musicoterapia poderia se inserir no tratamento dessas pessoas.

Então, estudos sobre a afasia revelaram novas descobertas, mostrando que, em alguns de seus casos, principalmente quando afetada a expressão verbal, encontra-se, muitas vezes, uma preservação na capacidade de cantar e de apreciar músicas (ROCHA; BOGGIO, 2013; LEINIG, 2008; SACKS, 2007), sendo possível dialogar a respeito dos benefícios da musicoterapia o atendimento de pessoas com afasia.

Nesse artigo não focalizamos na lesão cerebral que causou a afasia, mas sim, buscamos valorizar os aspectos subjetivos da pessoa que possui sua comunicação limitada, podendo causar, na mesma, sofrimento, frustração e isolamento (VIERIA, 2006; LEUNG, 2008; SACKS, 2007; RIDDER, 2002). Diante disso, a musicoterapia foi apresentada como uma forma de tratamento que objetiva trabalhar as potencialidades e possibilidades de enfrentamento desse distúrbio (SOUSA, 2007).

Logo, destacamos dois objetivos que a musicoterapia pode trabalhar com a pessoa afásica a fim de promover sua socialização. São elas: auxiliar na reabilitação da linguagem, utilizando, especialmente, o canto como recurso para isso (LEINIG, 1997; MILLECCO FILHO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001) e estimular a expressão e comunicação, através de novas formas comunicativas e interacionais por meio da música e de outros elementos verbais e não-verbais (BRUSCIA, 2000; SOUZA, 2007).

Para essa pesquisa realizamos, inicialmente, uma revisão de literatura com os temas “linguagem e socialização” e “musicoterapia e afasia”. No

primeiro, estudaram-se artigos científicos, disponíveis na base de dados *Scielo* e dissertações sobre o tema, em língua portuguesa, no período das duas últimas décadas. É importante ressaltar que alguns autores, como Merleau-Ponty e Bakhtin, foram “chamados” para conversar sobre a linguagem, sem a pretensão de nos aprofundarmos em seus pressupostos teóricos.

Sobre a temática “musicoterapia e afasia”, foram revisados os livros do acervo da biblioteca da FAP disponíveis sobre o tema, os artigos científicos encontrados nas Revistas Brasileiras de Musicoterapia, nos anais do X Congresso Mundial de Musicoterapia (2002), na base de dados do *site Voices* e da *Biblioteca da Musicoterapia*, priorizando também, os artigos das duas últimas décadas.

A partir das informações obtidas na literatura foi elaborado um roteiro para entrevista semiestruturada com os familiares de uma pessoa com afasia que realizou atendimentos em musicoterapia, a fim de avaliar o papel do trabalho musicoterapêutico para a socialização do afásico.

Foi possível constatar que na literatura geral, inclusive no que se refere à da musicoterapia, o foco no trabalho de socialização em pessoas com afasia não tem se mostrado um tema frequente, fato que evidência a relevância dessa pesquisa, na medida em que poderá indicar novos caminhos para a construção de um conhecimento acerca desse assunto.

Dessa forma, fomos, nesse artigo, em busca da resposta para a seguinte pergunta: quais resultados são possíveis de se obter diante do trabalho musicoterapêutico para a promoção da socialização da pessoa com afasia?

Linguagem e socialização

Para o desenvolvimento desse artigo foi importante refletirmos sobre a linguagem, fenômeno que se faz presente em todos os momentos da vida do

ser humano, acompanhando-nos desde o nascimento até a hora de nossa morte (FIORIN, 2008). Sua onipresença nos faz considerar que “um mundo sem linguagem é como um museu com objetos, mas sem público nem etiquetas. Sem a linguagem temos um mundo inacabado.” (PALÁCIOS, 1995, p. 65).

Essa visão pode soar bastante romântica, no entanto, convidamos você, leitor, a observar as situações que permeiam o seu dia; nelas você vai encontrar a linguagem, não somente expressa pela fala e pela escrita, mas também por meio de signos visuais, sonoros, gestuais e fisionômicos (SANTOS, s/d). O dicionário Aurélio (FERREIRA, 2008, p. 518) define linguagem como “o uso da voz e de outros sons que se articulam formando palavras [...], para a expressão e a comunicação entre pessoas”, na concordância de que a linguagem “como atividade, forma de interação [...] possibilita aos membros de uma sociedade a prática dos mais diversos atos” (SANTOS, s/d, p. 6).

Assim, podemos apontar as cinco funções da linguagem que Dalgarrondo (2000) nos apresenta, tais sejam: 1- a função comunicativa, 2- de suporte de pensamento, 3- como instrumento de expressão, 4- como afirmação do eu e 5- como dimensão artística e/ou lúdica. Sem dúvida todas essas funções são de grande importância para nós, contudo não pretendemos discorrer sobre todas elas. Dessa forma, a função comunicativa “que é a função que garante a socialização do indivíduo” (DALGALARRONDO, 2000, p. 142) será focalizada.

Escolhemos a socialização por concordarmos com a visão do sociólogo Simmel (1917, *apud* Grigorowitschs, 2008), em que a mesma é considerada a partir de qualquer forma de interação entre os seres humanos, já que “o mundo social é tido por um conjunto de relações, um todo relacional, relações em processo” (GRIGOROWITSCHS, 2008, p. 38).

Parsons, como mostrou Grigorowitschs (2008, p. 37), por sua vez comenta que “a socialização ocorre nas diversas dimensões da vida dos indivíduos: na família, nos relacionamentos (amizades, grupos de interesses etc.), na escola, na universidade e na vida profissional”, o que nos põe a pensar que a linguagem é “a primeira forma de socialização da criança” (BORGES, SALOMÃO, 2003, p. 327). Vygotsky aponta neste mesmo caminho ao afirmar que a família é o primeiro grupo social do qual a criança pertence e é nessa que a mesma adquire a linguagem, o passo inicial para a socialização e a aquisição de cultura (ALMEIDA, s/d).

É dessa premissa que a perspectiva pragmática parte com “a noção de que interação social é um componente necessário para a criança adquirir a linguagem” (BORGES, SALOMÃO, 2003, p. 328), complementando-se com a visão de Vygotsky (1896 – 1934) em que não há “possibilidades integrais de linguagem fora dos processos interativos humanos” (MORATO, 2000, p. 154).

Até esse momento podemos perceber que, dentro da visão defendida nesse artigo, a linguagem se desenvolve a partir da interação que a criança estabelece com outras pessoas, principalmente com seus pais, e é por meio da linguagem que a socialização começa a ser realizada. Essa questão pode nos ser compartilhada na emblemática frase de Heidegger (2003, p. 170) em que “a linguagem é a relação de todas as relações”.

Diante disso, concordamos com o filósofo Merleau-Ponty no entendimento de que “é graças à linguagem que o ser humano pode apresentar-se *no mundo e aos outros*” (MARTINI, 2006, p. 105), afirmação que vai ao encontro da crítica de Heidegger sobre a separação entre o homem, o mundo e a linguagem (DUARTE, 2005), uma vez que “sem dúvida, a linguagem é a única forma de visão de mundo elaborada pela subjetividade humana [...]” (HEIDEGGER, 2003, p. 198).

Mikhail Bakhtin também descreve sobre a linguagem, que para ele possui uma natureza social, dialógica, sendo esta, por meio da comunicação,

“o instrumento de mediação entre o homem e a natureza e dos homens entre si” (CORRÊA; RIBEIRO, 2012, p. 333). Ainda, para esse autor, os vários campos de atividade e a comunicação da sociedade estão interligados pela linguagem (CORRÊA; RIBEIRO, 2012), o que nos remete novamente a Merleau-Ponty:

A partir do momento em que o homem se serve da linguagem para estabelecer uma relação viva consigo mesmo ou com seus semelhantes, a linguagem não é mais um instrumento, *não é mais um meio, ela é uma manifestação, uma revelação do ser íntimo e do elo psíquico que nos une ao mundo e aos nossos semelhantes.* (MERLEAU-PONTY, 1945 *apud* MARTINI, 2006, p. 74–75).

Completando, Merleau-Ponty, mostrado por Martini (2006, p. 75), revela que “o sujeito falante situado e engajado em uma comunidade falante, [...] manifesta-se na linguagem como possibilidade de articular suas relações com o mundo e consigo mesmo; traduz suas experiências em linguagem”. Desse modo, a fala é considerada por ele como modos de relacionar-se com o mundo (MARTINI, 2006), pois

Se considerarmos a fala não como um resultado de processos mecânicos do aparelho fonador, nem tradução do pensamento, mas como dimensão de nossa existência, que exprime o nosso modo de ser no mundo intersubjetivo, ela permite ultrapassar as causalidades das explicações científicas e as análises reflexivas. A partir de um sentido que lhe é próprio, de seu caráter vivo, produtivo, enquanto meio de criação de um modo individual e coletivo, realizado pelos sujeitos falantes, a fala reflete a capacidade que o sujeito tem de inventar, sendo ela “instrumento de conquista do eu pelo contato com o outro”. (MARTINI, 2006, p. 20).

Somado a isso Bakhtin defende que “a palavra pode desempenhar papel meramente complementar, uma vez que [...], a comunicação verbal é sempre acompanhada por atos de caráter não verbal, como um gesto, dos quais ela é muitas vezes apenas o complemento” (CORRÊA; RIBEIRO, 2012, p. 335). A mesma ideia pode ser vista sob a música, na perspectiva de

Merleau-Ponty, para melhor compreensão sobre a noção de expressão “pelo fato de a significação musical não se separar dos sons que a conduzem” (MARTINI, 2006, p.100).

Assim, nessa parte foram explanados alguns dos aspectos que consideramos importantes sobre a linguagem. Vimos que desde sua aquisição a interação social se faz presente e é de fundamental importância para a comunicação entre os homens. Comprendemos, também, que embora a fala tenha um papel bastante peculiar na linguagem, outros aspectos, como gestos e sons, são, muitas vezes, partes necessárias para a comunicação.

Portanto, nós, como seres dotados de linguagem, especialmente da fala, recorremos a ela em todos os momentos do nosso dia, dizemos “Bom dia”, “Obrigado”, expressamos nossas ideias e opiniões, contamos histórias, falamos ao médico o que estamos sentindo, enfim, temos a linguagem a nossa disposição sem dificuldade para acessá-la. Contudo, a linguagem e conseqüentemente as interações sociais, podem apresentar-se prejudicadas em função de um comprometimento neurológico, como é o caso das pessoas com afasia, assunto que nos propomos discutir a seguir.

Afasia

O comprometimento repentino da linguagem de uma pessoa que já a havia desenvolvido é estudado desde a Antiguidade, os gregos já relatavam casos em que ocorria uma perda permanente da capacidade de falar. Porém, Marc Dax, em 1836, foi pioneiro nessas pesquisas, mostrando que um dano neurológico, localizado no hemisfério esquerdo, poderia causar a perda da fala, apontando, assim, diferenças entre os hemisférios cerebrais (SPRINGER; DEUTSCH, 1989).

Foram os estudos de Paul Broca, em aproximadamente 1861, que ganharam o interesse e a discussão da Sociedade de Antropologia, relacionando a fala com a localização cerebral, hoje a conhecida área de Broca. Logo, por sugestão de Trousseau o termo afasia começou a ser utilizado para se referir à perda da capacidade de falar ocasionada por uma lesão cerebral, este que permanece sendo empregado até os dias de hoje (SPRINGER; DEUTSCH, 1989). Desde então, a afasia tem sido alvo de muitos estudos que buscam maiores esclarecimentos sobre o assunto.

Diante disso, propomo-nos a pensar: *o que é afasia?* A Associação Americana Nacional de Afasia (NATIONAL APHASIA ASSOCIATION, s/d, p. 2) nos responde essa pergunta dizendo que afasia é “um distúrbio da comunicação adquirido que interfere na habilidade da pessoa processar a linguagem, porém sem afetar a inteligência. [...] prejudica a habilidade de falar e de compreender outras pessoas [...]”.

A afasia é um dos distúrbios mais comuns de linguagem que tem maior ocorrência do que a paralisia cerebral, a doença de Parkinson e a distrofia muscular, por exemplo. Estima-se que mais de 100.000 norte-americanos adquiram a afasia anualmente¹⁴ (NATIONAL APHASIA ASSOCIATION, s/d).

Como já dito, a afasia decorre de uma lesão cerebral que “pode ser de origem traumática, infecciosa, vascular, degenerativa” (LEINIG 1977, p. 109), sendo o acidente vascular cerebral (AVC) a causa mais comum da afasia, mostrado por pesquisas em que cerca de 25%-40% das pessoas que se recuperam de um AVC têm esse distúrbio (NATIONAL APHASIA ASSOCIATION, s/d).

Pelo fato da afasia estar relacionada a um dano neurológico duas grandes vertentes, sobre a natureza dessa lesão, são defendidas: 1º- a visão mecanicista, iniciada por Broca, sobre a localização do cérebro em que “a superfície do córtex cerebral é conceituada como um mosaico de territórios

¹⁴ Não foram encontrados dados sobre a afasia no Brasil.

distintos, cada um agindo como “centro” para o controle de uma função mental particular” (KAGAN; SALING, 1997, p. 19); 2º- a visão integral, ou holística, que se opõe a fragmentação do funcionamento cerebral, dizendo “que a função mental deveria ser concebida globalmente e considerada como um produto do funcionamento do córtex cerebral inteiro” (KAGAN; SALING, 1997, p. 19).

Além dessas duas visões, nos últimos anos, um novo olhar sobre a afasia tem surgido com críticas sobre o modo como esse distúrbio tem sido tratado pela medicina, de forma a acentuar o cérebro e a linguagem, em que “a doença ganha um corpo, mas o doente perde seu corpo [...]” (VIEIRA, 2006, p. 242). Percebendo-se no próprio tratamento médico da afasia, muitas vezes, essencialmente focado na medicação e/ou cirurgia (FONSECA; VIEIRA, 2004, p. 103) o que mascara “*questões relacionadas à linguagem e aos efeitos subjetivos que as afasias promovem*” (VIEIRA, 2006, p. 235).

A valorização da subjetividade da pessoa que se encontra em um quadro afásico é a posição apoiada pelo presente artigo, pois “estar sem a possibilidade da linguagem – ler, escrever, falar e entender – é o que traz sofrimento ao doente” (VIERIA, 2006, p. 243) limitando seu potencial de comunicação (LEUNG, 2008) e podendo causar, dentre outras questões, muita frustração e isolamento (SACKS, 2007; RIDDER, 2002), uma vez que

A afasia compromete o indivíduo nos aspectos social, familiar, profissional e sexual, ocasionando-lhe perda do poder, alteração da condição econômica e das relações interpessoais, tornando o indivíduo afásico marginalizado por estes fatores estigmatizantes que interferem nos papéis que o sujeito ocupa na coletividade e na sua própria capacidade de exercê-los. (LAMÔNICA; PEREIRA, 1998, p. 106).

A fim de validar a afirmação acima citada, Lamônica e Pereira (1998) realizaram um estudo em que entrevistaram 71 pessoas com afasia para compreender as principais mudanças percebidas pelas mesmas após adquirirem esse distúrbio. Foram pesquisados cinco fatores: familiar, social, econômico, afetivo e sexual, sendo que o social, aspecto enfatizado nesse

trabalho, foi considerado pelos entrevistados o segundo índice que apresentou maior mudança em suas vidas, tanto para os homens (85,71% - 42) quanto para as mulheres (77,27% - 17), depois do acometimento cerebral que causou a afasia.

Diante desse panorama, percebe-se que a qualidade de vida, um conceito subjetivo que envolve “as percepções individuais positivas e negativas do estado físico, psicológico e social, a posição na vida, o contexto cultural e sistema de valores em que o sujeito vive relacionado a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (PUTNOKI; HARA; OLIVEIRA; BEHLAU, 2010, p. 485), muitas vezes está comprometido na vida das pessoas com afasia dificultando, dentre outros aspectos, suas relações sociais.

Musicoterapia

Apresentaremos agora a musicoterapia como possibilidade de tratamento para a pessoa com afasia que, ao encontro da posição de subjetividade descrita acima, procura trabalhar e valorizar os aspectos pessoais de cada um, assim como suas interações sociais, visto que a musicoterapia tem seu foco nas habilidades e potencialidades da pessoa (RIDDER, 2002). Por meio dessa é possível criar situações para que a pessoa “possa buscar novas possibilidades de adaptação às novas situações e condições que a vida lhe traz” (SOUSA, 2007, p. 24).

A valorização da pessoa e não de seu problema também foi revelada em uma pesquisa de Forsblom e Ala-Ruona (2012), realizada na Finlândia, que entrevistou seis musicoterapeutas atuantes na área de neuroreabilitação. Uma das conclusões da pesquisa foi a unanimidade relatada pelos musicoterapeutas quanto ao dar prioridade aos seus clientes, o que afetou na qualidade de interação paciente-terapeuta. Sacks também aponta nessa direção ao afirmar que (2007, p. 215) “com distúrbios da fala como a afasia, o

terapeuta e sua relação com o paciente – uma relação que envolve não só a interação vocal e musical, mas contato físico, gestos, imitação de movimentos e prosódia - é parte essencial da terapia”.

Além dos aspectos que acabaram de ser citados, estudos demonstraram que em algumas pessoas com afasia, principalmente quando afetada a expressão verbal, encontra-se, comumente, uma preservação na capacidade de apreciação musical e até para cantar, mesmo com as dificuldades na fala (ROCHA; BOGGIO, 2013; LEINIG, 2008, 1977). Este canto, como definiu Oliver Sacks (2007, p. 211), não envolve “só as melodias, mas também a letra de ópera, hinos ou canções”, além de possibilitar a expressão de pensamentos e sentimentos, refletindo em sua vida emocional, pois

Ser capaz de cantar palavras pode ser muito tranquilizador para tais pacientes, pois mostra-lhes que suas habilidades de linguagem não estão irrecuperavelmente perdidas, que as palavras ainda estão “neles”, em algum lugar, embora seja preciso música para fazê-la aflorar. (SACKS, 2007, p. 211).

Tais argumentos elegem a musicoterapia como uma opção no tratamento para pessoas com afasia, pois reconhecidamente “o musicoterapeuta diferencia-se de outros profissionais terapeutas por observar e escutar o conjunto de expressões essencialmente musicais trazidas pelo cliente [...]” (DULEBA; NUNES, 2006, p. 44). Além disso, pode-se afirmar que musicoterapia é “uma terapia autoexpressiva, que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa” (MILLECCO FILHO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001, p. 110).

Assim, podemos abordar alguns objetivos trabalhados na musicoterapia com o afásico, Wagner (1988) cita três grupos de objetivos para o tratamento neuromusicoterapêutico, que estão relacionados com a expressão de emoções, linguagem falada e estimativa psicomotora. Nessa mesma direção, Leinig (1977, p. 110-111) aponta os seguintes: “elevar o ânimo do

paciente, proporcionando-lhe novos interesses; aumentar as unidades da fala intencional [...]; promover descarga emocional; promover a socialização [...] e desenvolver a memória tonal”.

Convém ressaltar que esses objetivos não são únicos e nem temos a pretensão de cristalizá-los; como dissemos, é preciso olhar para as subjetividades. Contudo, os mesmos permitem-nos visualizar não apenas a relação musicoterapia-afasia, mas também seu foco na socialização, como será comentado a seguir.

O primeiro objetivo está relacionado à reabilitação da linguagem, principalmente a linguagem verbal, e para falar dele voltaremos à capacidade de cantar frequentemente preservada no afásico, como mostrou Leinig (1997, p. 111) “o canto é uma atividade que se deve empregar predominantemente com afásicos”. Sendo incentivada, pelo musicoterapeuta, a dicção de palavras presentes nas canções, principalmente as já conhecidas pela pessoa com afasia, pois, como relatou Baumann (2002), é um importante recurso que traz a tona as experiências pessoais e culturais do afásico proporcionando uma sensação de segurança e integração.

Sacks (2007, p. 210) exemplifica esta situação, na qual um afásico conseguiu, cantando junto com sua musicoterapeuta, “pronunciar todas as palavras de *O’man river*, e depois as de muitas outras baladas e canções que ele aprendera na juventude [...]”.

Estudos apontaram a diferença entre voz cantada e voz falada. A primeira, no que se refere à frequência, pode ser até sete vezes maior do que a segunda, enquanto que a intensidade da voz cantada chega a ser até seis vezes mais forte do que a voz falada (OLIVEIRA, 2007). Também, “[...] ao cantar é necessário uma maior carga de expressão, os músculos faciais são mais utilizados [...]” (SILVA, 2004, p. 5), sendo o canto “uma gestualidade oral, ao mesmo tempo contínua, articulada, tensa e natural, que exige um

permanente equilíbrio entre os elementos melódicos, linguísticos, os parâmetros musicais e a entonação coloquial” (TATIT, 2002, p.13).

Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001) apontaram muitas funções do canto, cada uma com objetivos a serem alcançados. O canto corporal adequa-se ao trabalho com a afasia, uma vez que “tanto no trabalho corporal, quanto no reaprendizado, o canto leva à gratificação, desenvolvendo nas pessoas, o processo de reabilitação” (MILLECCO FILHO; BRANDÃO; MILLECCO, 2001, p. 107), trabalhando uma melhor articulação vocal, memórias tonais e articulatórias.

Para a reabilitação da linguagem verbal ainda podemos citar a terapia de entonação melódica, que é baseada nos três elementos da fala: a melodia, o ritmo e seus pontos de tensão (LOEWY, 2004), por meio do “o uso de intervalos melódicos próximos aos do canto na fala e a marcação do ritmo da fala com a mão esquerda” (ROCHA; BOGGIO, 2013, p. 135).

Diante do exposto podemos concluir que a musicoterapia pode auxiliar na recuperação da linguagem verbal da pessoa com afasia. Especialmente no que se refere ao canto, podemos apontar um importante recurso, pois à medida que contribui para a reabilitação da linguagem, estende seus benefícios aos aspectos sociais e de qualidade de vida da pessoa com afasia.

Isto posto, podemos abordar o segundo objetivo musicoterapêutico referente à expressão e a comunicação da pessoa com afasia, porque a musicoterapia está diretamente relacionada à interação social e “a razão [disso] é que criar e escutar música é um meio natural e fácil de relacionar com os outros” (BRUSCIA, 2000, p. 69).

Assim, percebemos que a comunicação analógica, ou seja, aquela que envolve gestos, expressões faciais, inflexões da voz, enfim tudo que é não-verbal é o tipo de linguagem mais utilizada pelo musicoterapeuta (DULEBA; NUNES, 2006), que, como levantado anteriormente, diferencia estes profissionais dos demais terapeutas.

Nesse aspecto concordamos com Sousa (2007) que relata a possibilidade da música, por exemplo, expressar sentimentos e emoções sendo um meio de comunicação. Esta característica da música, a nosso ver, é bastante trabalhada na musicoterapia, “pois a abertura de canais de comunicação é um dos seus principais objetivos” (SOUSA, 2007, p. 19).

Sobre esse assunto, Bruscia (2000) explica que existem diferenças entre a comunicação verbal e a musical, cada uma possui seu próprio *status* e nenhuma substitui a outra. Contudo a música pode incluir palavras, movimentos e imagens, o que a possibilita não comunicar “apenas algo que é exclusivamente musical, ela pode enriquecer outras formas de comunicação verbal e não-verbal” (BRUSCIA, 2000, p. 71).

Também, convém mencionar que, como mostraram Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001), os diálogos musicais realizados na musicoterapia entre os membros do grupo e/ou entre terapeuta e cliente abrem espaço para a expressão e a comunicação e, assim, quando a música é “utilizada como forma não-verbal, ela pode substituir a necessidade de palavras e desse modo fornecer uma forma segura e aceitável de expressão de conflitos e sentimentos que seriam difíceis de expressar de outro modo.” (BRUSCIA, 2000, p. 71).

Assim sendo, podemos melhor compreender a musicoterapia como colaboradora para o incentivo da comunicação e da expressão da pessoa com afasia, aproveitando “toda expressão sonora vocal do paciente, como um canal de comunicação [...]. Trata-se não só de recuperar, mas de ampliar a gama de possibilidades por meio da criatividade” (WAGNER, 1988, p. 142). Por meio desse caminho a socialização pode ser trabalhada no afásico que perdeu, parcialmente ou totalmente, a linguagem verbal, buscando novas formas comunicativas e interacionais por meio da música e de outros elementos tanto não-verbais quanto verbais.

MUSICOTERAPIA

Caminhos metodológicos

A fim de avaliar o papel da musicoterapia para a socialização e comunicação da pessoa com afasia foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada para a realização de uma pesquisa de campo. A opção da entrevista se deu pela “maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz: registro de reações, gestos etc.” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 200). A escolha do instrumento levou em consideração também o caráter qualitativo da abordagem desse estudo e a possibilidade de analisar não apenas o discurso oral, mas também, o comportamento, as expressões faciais e as inflexões da voz.

O roteiro foi utilizado para entrevistar familiares de pessoas com afasia que tivessem realizado atendimentos musicoterapêuticos no Centro de Atendimentos e Estudos em Musicoterapia “Clotilde Leinig” - CAEMT da UNESPAR – Campus de Curitiba/FAP nos últimos 18 meses. Com essa delimitação foi encontrado 1 (um) caso correspondente.

A partir do embasamento teórico desenvolvido na revisão de literatura foi elaborado, para a entrevista, um roteiro com questionamentos sobre as mudanças percebidas na rotina, na comunicação e no relacionamento social de seu familiar depois do acometimento cerebral que causou a afasia e, também, sobre sua percepção a respeito do trabalho musicoterapêutico.

Após a aprovação do comitê de ética CEP/FAP sob o parecer nº 653.119, entramos em contato com a família do Sr. João¹⁵, pela intermediação da estagiária de musicoterapia que o tinha atendido, sendo que eles permitiram sua realização e ofereceram sua casa para nos receber.

No dia e horário marcados a estagiária, que já conhecia a família, nos acompanhou a fim de nos apresentarmos; Os mesmos estavam à nossa espera e nos receberam afetuosamente.

¹⁵ Nome fictício.

A entrevista foi realizada na varanda, por ser um espaço mais amplo do que a sala, e teve duração de trinta minutos, sendo a mesma gravada e transcrita posteriormente. Foram, também, registradas reações, dificuldades e outras manifestações advindas dos entrevistados. Nossa proposta inicial era entrevistar apenas um familiar, contudo, além da esposa e da filha, Sr. João esteve presente, respondendo, muitas vezes, as perguntas voluntariamente.

Sr. João, atualmente com 74, anos foi acometido por um AVC isquêmico em agosto de 2013, tendo sido diagnosticado com afasia de Broca não fluente e apresentado dificuldades motoras em seu lado direito, especialmente na perna. Ainda no hospital começou os atendimentos em musicoterapia que depois foram continuados na sua residência e, posteriormente, transferidos para o CAEMT. Os atendimentos totalizaram 48 sessões no período de 19 de agosto de 2013 a 5 de dezembro de 2013. É importante informar que a musicoterapia foi o único tratamento realizado por Sr. João.

A maior parte das respostas foi dada pela esposa do Sr. João que o fez de forma breve e objetiva. A partir da análise das respostas percebemos que na percepção do Sr. João, de sua esposa e de sua filha, a musicoterapia pode contribuir de forma direta – relacionada aos objetivos alcançados *no desenvolvimento* do trabalho musicoterapêutico – e de forma indireta – relacionada aos objetivos alcançados *no entorno* do trabalho musicoterapêutico.

QUADRO 1.0 – contribuições da musicoterapia de acordo com a percepção dos entrevistados.

| DIRETAS | INDIRETAS |
|--------------------------|--------------------------|
| Melhora na comunicação | Restauração da autonomia |
| Promoção da socialização | Recuperação da rotina |

Como mostrado no quadro acima, alguns objetivos alcançados no tratamento musicoterapêutico foram pontuados; a melhora na comunicação,

que foi relatada inclusive pelo próprio Sr. João, constituiu-se a contribuição mais referida na entrevista, visto a dificuldade que o mesmo tinha para interagir verbalmente, percebendo uma melhora nesse aspecto.

Nesse ponto, o canto apareceu como um recurso importante para tratamento do Sr. João, conforme apontado por Leinig (1997) a respeito de sua predominância no trabalho da musicoterapia com afásicos, sendo considerado pelos entrevistados um momento de prazer: *“ele gostava quando ela [estagiária] vinha, ficava cantando com ela. Era muito bom... a gente gostou”* (esposa).

A socialização também foi citada, uma vez que, pelo relato da esposa do Sr. João, houve mudanças no seu relacionamento social que foi descrito como a falta de paciência dele para com outras pessoas. Assim, a estagiária se constituiu como uma das primeiras pessoas fora do círculo familiar com quem Sr. João interagiu depois do episódio do AVC, cantando seu repertório de canções e salmos evangélicos e tocando acordeom e escaleta, instrumentos musicais preferidos, com ela. Essa relação foi descrita por Baumann (2002) sobre a importância do acolhimento das canções e das expressões musicais trazidas pelo afásico, a fim de promover segurança, integração, experiências pessoais e culturais.

Para a realização da terceira etapa dos atendimentos do Sr. João foi necessário seu deslocamento de casa para o CAEMT. Essa questão foi levantada por sua filha: *“Foi bom ele sair, ele se distraía [...] ele começou a sair sozinho para ir pra faculdade”*. Logo, percebemos a restauração da autonomia do Sr. João, o primeiro momento, depois do AVC, em que o mesmo se locomoveu sozinho, desencadeando no retorno de suas atividades cotidianas, voltando a trabalhar, aspecto que influenciou para o término dos atendimentos musicoterapêuticos, e a frequentar a igreja.

Ademais, notamos, como algo muito relevante, o vínculo estabelecido entre Sr. João e sua família para com a estagiária, que foi bastante intenso e

significativo, apesar dos atendimentos terem transcorrido durante um curto período de tempo. Tal fato nos revela que não apenas o Sr. João foi beneficiado pela musicoterapia, mas também sua família. Este acontecimento confirma a proposição de Sacks (2007) sobre a essencialidade, principalmente no que se refere a distúrbios linguísticos, da relação terapeuta-paciente para os resultados da musicoterapia, como nos disse Sr. João “A [estagiária] é como se fosse da minha família”.

Reflexões finais

Diante dos pontos apresentados neste artigo, percebemos a relevância em se ampliar os estudos que englobem os aspectos subjetivos e, mais especificamente, os sociais da vida da pessoa com afasia, que não tem sido abordado com a mesma ênfase da reabilitação da linguagem.

A linguagem tem como uma de suas funções a comunicação, sendo através dela que a socialização é constituída, ou seja, a nossa capacidade de relacionamento com outras pessoas. Sob essa ótica, compreendemos que a linguagem – verbal e não-verbal – é uma importante mediadora, um elo de nossas relações sociais que nos acompanham por toda a vida, possibilitando a nossa identidade¹⁶ e lugar no mundo em que vivemos.

Logo, imaginemos o impacto da afasia na vida de uma pessoa que de repente teve interrompida a capacidade de se comunicar. Vem a pergunta: *E agora?*

A transformação que a afasia provoca na vida da pessoa é devastadora; Por isso, concordamos com a importância de um olhar para além da lesão cerebral e da linguagem. O ser humano que é diagnosticado com a

¹⁶ Consideramos identidade como o conjunto de características que diferencia cada pessoa, tornando-a única, ou seja, “os caracteres próprios e exclusivos duma pessoa: nome, idade, estado, profissão, sexo, etc.” (FERREIRA, p.459, 2008).

afasia é, antes de tudo, uma pessoa possuidora de singularidades, cultura, valores e histórias.

Dessa forma, parece-nos preciso assinalar essa postura para com os profissionais que atuam no tratamento das pessoas com afasia, como no caso do trabalho musicoterapêutico.

Assim, buscamos, neste artigo, apresentar uma explicação sobre a musicoterapia no tratamento de pessoas com afasia focando os aspectos subjetivos, sociais e, conseqüentemente, a qualidade de vida que são, inquestionavelmente, comprometidas por esse distúrbio. A musicoterapia apresenta-se como uma possibilidade de trabalho com essas pessoas visto que muitos mantêm preservada a capacidade de cantar e de apreciar músicas.

Os objetivos da musicoterapia que mais ressaltamos foram a reabilitação da linguagem e a abertura de novos canais de comunicação, trabalhados por meio das experiências sonoro-musicais, em especial, o canto. É importante lembrar que um objetivo não substitui o outro e, embora tenham sido separados didaticamente, ambos se complementam, proporcionando, dentre outras contribuições, a promoção da socialização dessa pessoa, que muitas vezes se encontra em sofrimento e isolada do convívio social.

A entrevista realizada com o Sr. João e seus familiares nos proporcionou uma aproximação da realidade estudada. Os objetivos percebidos e a abordagem escolhida pela estagiária complementaram-se aos descritos na literatura. Contudo, uma questão nos saltou aos olhos: a qualidade da relação terapeuta-paciente estabelecida durante o processo.

O vínculo formado com a estagiária, este que envolveu também a família do afásico, bem como seu acolhimento frente às expressões, gostos e singularidades do Sr. João, percebidos no uso do repertório e instrumentos musicais, teve um papel significativo nos resultados percebidos pelos entrevistados. Além disso, o trabalho musicoterapêutico foi significativo para Sr. João e sua família, no que se refere ao enfrentamento das sequelas do AVC e

na reestruturação familiar, através da restauração da comunicação, socialização, autonomia e rotina.

Portanto, defendemos a postura de valorização dos aspectos subjetivos que envolvem esse distúrbio, perpassando os objetivos de reabilitação da linguagem, com uma escuta atenta sobre a qualidade de vida das pessoas com afasia. Encontramos, também, na musicoterapia um caminho eficiente e condizente a nossa percepção para o tratamento do afásico, possibilitando, dentre outros objetivos, a promoção da socialização que, como vimos, é bastante afetada com a afasia.

Referências

ALMEIDA, G. B. da M. **A infância:** a socialização e o brincar da criança. Disponível em: <http://www.fmb.edu.br/revista/edicoes/vol_3_num_1/A_INFANCIA_A_SOCIALIZACAO_%20E_O_BRINCAR_DA_CRIANCA.pdf> Acesso em: 15/08/2014.

BAUMANN, Monika. **Limitations and Open Spaces: Music Therapy in Neurological Rehabilitation.** In: World Congress for Music Therapy, 10, 2002. *Anais ...* Oxford. p. 119 – 132.

BORGES, L. C.; SALOMAO, N. M. R. Aquisição da linguagem: considerações da perspectiva da interação social. **Psicol. Reflex. Crit.**, v16, n2, 2003, p327-336. Disponível em <www.scielo.com>. Acesso em 25/08/2014.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia.** Tradução de: CONDE, M. V. F. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CORRÊA, G. T.; RIBEIRO, V. M. B. Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v16, n41, 2012, p331-341. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 16/07/2014.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto alegre: Artmed, 2000.

DUARTE, A. Heidegger e a linguagem: do acolhimento do ser ao acolhimento do outro. **Nat. hum.**, São Paulo, v7, n1, 2005, p1-23. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 01/07/2014.

DULEBA, D.; NUNES, T. R. *Quando eu Soltar a Minha Voz: Propostas para Ampliar um Olhar Musicoterápico*. **Revista Brasileira de Musicoterapia, UBAM**, ano X, n8, p42-54, 2006.

FIORIN, J. L. Linguagem e interdisciplinaridade. **Alea**, Rio de Janeiro, v10, n1, 2008, p28-53. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 01/07/2014.

FONSECA, S. C. da; VIEIRA, C. H. A afasia e o problema da convergência entre teoria e abordagens clínicas. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v16, n1, abril 2004, p101-106. Disponível em: <www.revistas.pucsp.br> Acesso em: 13/08/2014.

FORSBLOM, A.; ALA-RUONA, E. Professional Competences of Music Therapists Working in Post-stroke Rehabilitation. **Voices**, v12, n3, 2012. Disponível em: <https://voices.no> Acesso em: 10/06/2014.

GRIGOROWITSCHS, T. O conceito "socialização" caiu em desuso? Uma análise dos processos de socialização na infância com base em Georg Simmel e George H. Mead. **Educ. Soc.**, Campinas, v29, n102, 2008. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 7/8/2014.

HEIDEGGER, M. **A caminho da linguagem**. Tradução: SCHUBACK, M. S. Rio de Janeiro: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2003.

IDENTIDADE. In: FERREIRA, A. B. de H. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 7. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2008. p. 459.

KAGAN, A.; SALING, M. M. **Uma introdução à afasiologia de Luria: Teoria e aplicação.** Tradução: PITA, D. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

LAMÔNICA, D. A. C.; PEREIRA, A. C. M. M. Implicação da afasia no âmbito afetivo-social. **Mimesis**, Bauru, v19, n2, p105-117, 1998. Disponível em: <<http://www.usc.br>> Acesso em: 01/07/2014.

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

LEINIG, Clotilde E. **Tratado de musicoterapia.** São Paulo: Sobral editora técnica artesgráficas Ltda, 1977.

LEUNG, M. A Collaboration Between Music Therapy and Speech Pathology in a Paediatric Rehabilitation Setting. **Voices**, v8, n3, 2008. Disponível em: <<https://voices.no>> Acesso em: 10/06/2014.

LINGUAGEM. In: FERREIRA, A. B. de H. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa.** 7. ed. Curitiba: Editora Positivo, 2008. p. 518.

LOEWY, J. Integrating Music, Language and the Voice in Music Therapy. **Voices**, v4, n1, 2004. Disponível em: <<https://voices.no>> Acesso em: 13/06/2014.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2007.

MARTINI, O. A. **Merleau-Ponty: corpo e linguagem - a fala como modalidade de expressão.** Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2006.

MATALLO, E.; PÁDUA, M. de; **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática.** 13. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2007.

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

MORATO, E. M. Vigotski e a perspectiva enunciativa da relação entre linguagem, cognição e mundo social. **Educação & Sociedade**, ano XXI, n71, p149-165, Julho 2000. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 7/8/2014.

NATIONAL APHASIA ASSOCIATION: Perguntas e respostas sobre Afasia... Disponível em <http://www.aphasia.org/docs/Aphasia%20Brochure_Portugese.pdf> Acesso em: 01 de agosto de 2014.

OLIVEIRA, F. T. de. **Os efeitos do canto na musicoterapia**. Monografia (Graduação em musicoterapia) – Faculdade Paulista de Artes, São Paulo, 2007.

PALÁCIOS, G. A. Filosofia e linguagem. **Signótica**, v7, n1, p59-65, 1995. Disponível em: <www.revistas.ufg.br> Acesso em 30/06/2014.

PUTNOKI, D. de S.; HARA, F.; OLIVEIRA G.; BEHLAU, M. Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com o gênero, idade e uso vocal profissional. **Rev. soc. bras. fonoaudiol. [online]**, v15, n4, p485-490, 2010. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 23/7/2014.

RIDDER, H. M. **Communicating through singing**. In: World Congress for Music Therapy, 10, 2002. *Anais ... Oxford*. p. 1423 – 1435.

ROCHA, V. C.; BOGGIO, P. S. A música por uma óptica neurocientífica. **Per Musi**, Belo Horizonte, n27, 2013, p132-140. Disponível em: <www.scielo.com> Acesso em: 17/6/2014.

SANTOS, C. **Língua + Linguagem = comunicação**. Acesso em: <http://www.filologia.org.br/anais/anais%20iv/civ12_5.htm> Acesso em: 23/7/2014.

SACKS, Oliver. **Alucinações musicais**: relatos sobre a música e o cérebro. Tradução: MOTTA, L. T. São Paulo. Companhia das letras, 2007.

SILVA, R. S. **A canção como recurso terapêutico na reabilitação da afasia**. Disponível em <<http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/artigo//2004%20%20Rosana%20Saldanha%20Silva%20A%20cancao%20como%20recurso.pdf>> Acesso em: 20/05/2014.

SOUSA, T. P. de. **A musicoterapia como auxílio na comunicação de pessoas com deficiência mental**. Monografia (Graduação em musicoterapia) – Escola de música e artes cênicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2007.

SPRINGER, S. P.; DEUTSCH, G. **Cérebro esquerdo, cérebro direito**. São Paulo. Summus editorial, 1989.

TATIT, L A. de M. **O cancionista**. 2. ed. São Paulo: Edusp, 2002.

VIEIRA, C. H. Sobre as afasias: o doente e a doença. In: LIER-DE-VITTO, M. F; ARANTES, L. (Org.). **Aquisição, patologias e clínica de linguagem**, São Paulo: EDUC, 2006. p. 235 – 246.

WAGNER, G. A avaliação Neurosonora-musical e o tratamento musicoterapêutico do afásico. Contribuição para uma neurosonorologia musical. In: BENENZON, R. **Teoria da Musicoterapia**, São Paulo: Summus editorial, 1988. p. 141–170.

Recebido em 23/04/2015
Aprovado em 11/07/2015

MUSICOTERAPIA

RESENHA CRITICA DE LIVRO:

Aigen, Kenneth. *The Study of Music Therapy: Current Issues and Concepts*. Nova York: Routledge, 2014.

André Brandalise - Centro Gaúcho de Musicoterapia-ICD

O Simpósio de 1982, organizado pela *New York University* (NYU) e intitulado *Music in the Life of Man* (A Música na Vida do Homem) foi um dos momentos mais importantes da história da musicoterapia (AIGEN, 2005; BRANDALISE, 2001, 2015). Forinash (comunicação pessoal, 2015), entende que deste evento surgiram quatro principais eixos que apontaram para o futuro da musicoterapia: música e bem estar, conceito de tempo, pesquisa qualitativa e a experiência de *self* em música. Este último, de acordo com a autora, relacionado com a produção de teorias inerentes à musicoterapia. Entre os participantes deste evento, um estudante de mestrado da NYU: Kenneth Aigen cuja motivação tem sido o desenvolvimento do que considera singular à teoria e à pesquisa da musicoterapia (1996, 1997, 1998, 2002, 2005a, 2005b; BRANDALISE, 1997). Através deste último livro, “Estudos de musicoterapia”, Aigen escreve mais um capítulo de sua rica trajetória como pensador. Seu principal objetivo foi o de tratar questões que considera relevantes no sentido de se entender a musicoterapia em vários de seus aspectos. Quis saber como a musicoterapia vem se desenvolvendo e como tem se relacionado com outras disciplinas acadêmicas. Discute definição e teoria e o faz de maneira abrangente pensando a relação que o Homem faz com música no sentido de alcançar bem-estar. Aigen apresenta o desenvolvimento do pensamento em musicoterapia e comenta posições contrastantes dentro deste campo de conhecimento.

O livro, que é dedicado a Clive Robbins, é dividido em seis partes. A primeira parte é composta por dois capítulos. No primeiro Aigen discute a identidade da profissão e no segundo a identidade do profissional musicoterapeuta pensando suas funções e disciplinas relacionadas.

Na segunda parte do livro Aigen direciona atenção à maneira como música é considerada em musicoterapia. Esta seção do livro é dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresenta as perspectivas psicodinâmicas e sociais que a musicoterapia músico-centrada desenvolve sobre música. No segundo capítulo discute os estilos musicais. O terceiro capítulo aborda a música como instrumento e os objetivos com ela. O último capítulo da segunda seção do livro trata a relação que existe entre a música que é utilizada com fins clínicos e a música que não é utilizada com este fim.

A terceira parte do livro discute os aspectos que Aigen chamou de não musicais em musicoterapia. No primeiro capítulo desta seção discute a questão da utilização da verbalização em musicoterapia. No segundo capítulo discute a relação cliente-terapeuta em musicoterapia. O fato de Aigen abordar este assunto é bastante importante pois há um debate que ocorre entre os próprios autores músico-centrados acerca deste assunto. Entre outras, envolve a crença sobre a existência ou não de transferência, contratransferência e intuição na dinâmica da musicoterapia.

A parte quatro do livro pergunta sobre como a musicoterapia se relaciona com outros usos da música na sociedade. Divide este assunto em três capítulos. No primeiro, o autor diferencia teoricamente a musicoterapia das práticas tradicionais de cura. No segundo, diferencia estas duas áreas no sentido de suas práticas clínicas. No terceiro capítulo aborda as origens e questões de definição da musicoterapia comunitária. Por fim, aborda a perspectiva de performance na musicoterapia comunitária.

A seção cinco do livro busca entender como a musicoterapia se preocupa com questões psico-biológicas. No primeiro capítulo apresenta a interação

entre teoria e musicoterapia. No segundo capítulo relaciona a musicoterapia com a ciência neurológica. Por fim, relaciona musicoterapia à teoria evolucionária.

Aigen finaliza o livro, em sua parte seis, refletindo sobre como a musicoterapia vem se desenvolvendo. Divide esta reflexão em dois capítulos. No primeiro abre uma perspectiva acerca das atuais abordagens teóricas e, no segundo capítulo, faz uma análise comparativa entre elas. Aigen abre a seção refletindo sobre a importância da teoria nas práticas da pesquisa e da clínica na musicoterapia e propõe uma perspectiva sobre os estágios de desenvolvimento da teoria da musicoterapia. Ele divide o desenvolvimento teórico em três estágios. O primeiro, de 1945 a 1964, foi período no qual a teoria que os musicoterapeutas utilizavam era importada da psicologia e onde os clínicos pioneiros não possuíam educação específica para atuarem. O segundo estágio, que abrange os anos de 1965 a 1981, é caracterizado por Aigen como sendo o momento na história da profissão onde os modelos musicoterapêuticos foram desenvolvidos prioritariamente a partir de suas práticas. Cita os exemplos da Nordoff-Robbins, BMGIM e o modelo analítico de Mary Priestley. No terceiro estágio de desenvolvimento teórico reforça a ideia de que o Simpósio Mundial de 1982 foi o berço das teorias prioritariamente musicoterapêuticas. Através da tabela 16.2 (p. 220), Aigen cronologicamente apresenta 13 orientações musicoterapêuticas que considera vigentes. Através da tabela seguinte (16.3, p. 222) Aigen relaciona estas 13 orientações musicoterapêuticas com seis diferentes tópicos: reflexão da prática, não ser modelo clínico, ênfase na música, foco integrador, crítica ao modelo médico e ênfase no contexto. Curiosamente, dentre as 13 perspectivas musicoterapêuticas, apontadas por Aigen como sendo as contemporâneas, doze possuem ênfase na música e dez criticam o modelo médico. Esta informação parece confirmar que está havendo movimento mundial no sentido

de fundamentar a prática e a pesquisa da musicoterapia através de teorias próprias.

Como uma das principais características do livro destaco a iniciativa de Aigen em abordar a questão da relação em dinâmica de musicoterapia. Em sua obra este tema não é abordado com clareza e profundidade. Este autor, mesmo quando pesquisa e reflete sobre o trabalho clínico e teórico da Nordoff-Robbins, não esclarece a posição dos clínicos estudados sobre questões relacionadas às dinâmicas que envolvem a relação terapêutica. Kenneth Aigen é diretamente influenciado pela prática músico-centrada da Nordoff-Robbins, que considerada *music-based* (baseada na música) e, neste livro, clarifica seu pensamento afirmando que os praticantes de modelos com esta característica (baseados na música), apesar de considerarem importante a questão do vínculo terapêutico, não o priorizam no sentido de fazer o entendimento sobre a eficiência do processo terapêutico em musicoterapia.

O livro é recente (2014) e foi bastante feliz em termos da perspectiva que visou abranger. Os temas escolhidos são muito atuais, são muito discutidos pela comunidade e merecem atenção no sentido do desenvolvimento da profissão. O livro é endereçado prioritariamente à comunidade mundial da musicoterapia no entanto, penso que faz convite a que interessados sobre o assunto, mesmo que de outras áreas profissionais, possam usufruir de uma leitura didática e abrangente. O livro é atraente.

Uma outra virtude do autor é seu sempre investimento em discutir os diversos temas da musicoterapia de forma imparcial e democrática apesar de também saber definir seus posicionamentos. Não se sente, lendo sua obra e este livro especificamente, que há a colocação de um maior peso naquilo que acredita como sendo o possível norteador para o futuro desenvolvimento da área. Isto é bastante importante e é bem feito por Kenneth Aigen.

Referências

AIGEN, Kenneth. The role of values in qualitative music therapy research. In M. Langenberg, K. Aigen, & J. Frommer (Ed). **Qualitative music therapy research: Beginning dialogues** (pp. 9-33). Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1996.

AIGEN, Kenneth. **Here we are in music: One year with adolescent creative music therapy**. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1997.

AIGEN, Kenneth. **Paths of development in Nordoff-Robbins Music Therapy**. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1998

AIGEN, Kenneth. **Playin' in the band: a qualitative study of popular music styles as clinical improvisation**. *The Nordoff-Robbins music therapy monograph series*, 3, Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2002.

AIGEN, Kenneth. **Music-centered music therapy**. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2005a.

AIGEN, Kenneth. Naturalistic inquiry. In B. Wheeler (Ed.), **Music therapy research** (pp. 352-364). Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2005b.

AIGEN, Kenneth. **The study of music therapy: current issues and concepts**. Nova York: Routledge, 2014.

BRANDALISE, André. **Kenneth Aigen por André Brandalise**. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 3, 61-72, 1997.

BRANDALISE, André. **Musicoterapia músico-centrada: Linda – 120 sessões**. São Paulo, SP: Apontamentos, 2001.

MUSICOTERAPIA

BRANDALISE, André. **The psychodynamics of music-centered music therapy group with people on the autistic spectrum.** Filadélfia: Temple University, no prelo, 2015.

Recebido em 15/11/2015
Aprovado em 17/12/2015

