

Revista Brasileira de Musicoterapia

REVISTA DA UNIÃO BRASILEIRA
DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA





REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

Uma publicação da

União Brasileira das Associações de
Musicoterapia

ANO XIX NÚMERO 21 / 2016



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



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 Católica – 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 Beggato

(Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR/FAP)

Comissão Editorial

Clara Marcia Piazzetta (UNESPAR/FAP); 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 XVIII, n 21, (2016)

Semestral
Resumo em português e inglês
ISSN 2316-994X



SUMÁRIO

Editorial	6
------------------------	---

Artigos

- 1) A aplicação da música, realizada por musicoterapeutas e por outros profissionais, com bebês: uma revisão sistemática.

The application of music, done by music therapists and other professionals, with babies: a systematic review.

(Andre Brandalise)8

- 2) Utilización de la técnica de Estimulación Rítmico-Auditiva como agente de intervención para pacientes con enfermedad de Parkinson. Una revisión sistemática.

Use of a Rhythmic-Auditory Stimulation Technique as agent of intervention for patients with Parkinson's disease. A systematic review.

(Rosa Traina; Veronika Diaz Abrahan; Nadia Justel)26

- 3) Tradução, adaptação transcultural e evidências de validade da escala *Improvisation Assessment Profiles* (IAPs) para uso no Brasil: Parte 2

Translation, transcultural adaptation and validity evidences of the Improvisational Assessment Profiles Scale (IAPs) for use in Brazil: Section 2

(Gustavo Schulz Gattino, Karina Daniela Ferrari, Graciane Azevedo, Felipe de Souza, Flavia Christine Dal Pizzol, Daniel da Conceição Santana)51

- 4) Mario de Andrade e a Musicoterapia

Mario de Andrade and the Music Therapy

(Gregório José Pereira de Queiroz)73



- 5) Musicoterapia social e comunitária: uma organização crítica de conceitos
Social and Community Music Therapy: a critical organization of concepts
(Rosemyriam Cunha)93
- 6) Comunidade em musicoterapia - construindo coletivos
Community Music Therapy - constructing collectives
(Marly Chagas)117



Editorial

Com satisfação chegamos a mais uma edição da Revista Brasileira de Musicoterapia. Este número inaugura a publicação em fluxo contínuo, isto é, a submissão de trabalhos encontra-se constantemente aberta, não havendo uma data previamente estabelecida. A medida que os trabalhos chegam, eles são encaminhados para avaliação e assim que são aprovados e, passam por todo o processo de correção, ajustes e revisão seguem para publicação. Quando atingido o número de artigos suficientes para uma edição, encerra-se a mesma e abre-se uma nova. Essa forma de funcionamento, permite que os trabalhos sejam publicados com mais rapidez, dando mais movimentação a Revista.

Nessa edição contamos com seis artigos. O primeiro deles “A aplicação da música, realizada por musicoterapeutas e por outros profissionais, com bebês: uma revisão sistemática”, de autoria de Andre Brandalise, oferece uma síntese da literatura acerca das intervenções musicais, com bebês, realizadas tanto por musicoterapeutas como por outros profissionais. A revisão sistemática demonstrou haver interesse de várias áreas do conhecimento acerca da utilização da música com bebês, principalmente em prematuros.

Na sequência temos o artigo em língua espanhola “Utilización de la técnica de estimulación rítmico-auditiva como agente de intervención para pacientes con enfermedad de Parkinson. Una revisión sistemática”, das autoras Rosa Traina, Veronika Diaz Abrahan e Nadia Justel. O artigo, uma revisão de literatura, focaliza a utilização do ritmo como via de tratamento para as alterações motoras fruto da enfermidade, através da aplicação da técnica de estimulação rítmica auditiva.

O artigo “Tradução, adaptação transcultural e evidências de validade da escala *Improvisation Assessment Profiles* (IAPs) para uso no Brasil”, dos autores Gustavo Schulz Gattino, Karina Daniela Ferrari, Graciane Azevedo, Felipe de Souza, Flavia Christine Dal Pizzol, Daniel da Conceição Santana,



apresenta a segunda parte da pesquisa sobre a criação da versão da escala para uso no Brasil, a partir dos processos formais de tradução, bem como pela análise do instrumento no que se refere à sua adaptação transcultural. A escala foi avaliada e verificou-se evidências de validade no que se refere ao conteúdo da escala na sua clareza e relevância, tornando habilitada sua aplicação no Brasil.

Gregório José Pereira de Queiroz trata em seu artigo “Mário de Andrade e a Musicoterapia”, da importância de incluir na literatura da Musicoterapia, o trabalho de Mario de Andrade, *Terapêutica Musical*, tanto por seu valor histórico, como também por conter elementos que vieram a se tornar significativos no desenvolvimento da musicoterapia, destacando-se o papel do ritmo e da melodia em sua relação com o ser humano.

“Musicoterapia social e comunitária: uma organização crítica de conceitos”, da musicoterapeuta Rosemyriam Cunha, a partir de artigos publicados da Revista Brasileira de Musicoterapia e no livro *Community Music Therapy*, a autora apresenta um quadro com uma organização crítica das opiniões de musicoterapeutas a respeito de suas práticas. Estão presentes os desafios, tensões, dúvidas e sucessos ao enfrentarem condições específicas em seus trabalhos.

E finalmente o artigo de Marly Chagas, “Comunidade em Musicoterapia - construindo coletivos”, relaciona o conceito de Comunidade como construção de coletivos da Teoria Ator-Rede e a atuação Musicoterapêutica Comunitária. A autora parte dos trabalhos das musicoterapeutas Grazielly Aquino e Raquel Siqueira Silva dentro da abordagem das redes e propõe uma ação clínica na concepção de que a comunidade é rede e a intervenção é sempre política.

Sheila Beggato

Editora Geral da Revista Brasileira de Musicoterapia

A APLICAÇÃO DA MÚSICA, REALIZADA POR MUSICOTERAPEUTAS E POR OUTROS PROFISSIONAIS, COM BEBÊS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

THE APPLICATION OF MUSIC, DONE BY MUSIC THERAPISTS AND OTHER PROFESSIONALS, WITH BABIES: A SYSTEMATIC REVIEW

Andre Brandalise¹

Resumo: O objetivo deste estudo foi o de oferecer uma síntese da literatura acerca das intervenções musicais, realizadas por musicoterapeutas e por outros profissionais, com bebês. Uma revisão sistemática da literatura foi conduzida e demonstrou haver interesse de várias áreas do conhecimento acerca da utilização da música com bebês, principalmente na condição de prematuros. As metodologias de pesquisa empregadas são bastante variadas bem como os resultados alcançados. Os estudos demonstram que música faz bem não somente ao bebê como também aos familiares e cuidadores facilitando a sucção, o relaxamento, o sono, a diminuição de permanência no hospital para os prematuros, maior frequência de amamentação e diminuição de estresse para os pais, entre outros objetivos.

Palavras-chave: Musicoterapia, bebês, revisão sistemática.

Abstract: The aim of this review is to provide an evidence-based synthesis of the research literature on music intervention, done by music therapists and other professionals, with babies. The study has demonstrated that there is interest from several disciplines in better understand the possible applications of music with this population. The applied research methodologies are diverse and so are the results, promoting wellbeing not only for the babies but for their families/caregivers, facilitating breastfeeding, relaxation, sleep, a quicker

¹ Bacharel em música (UFRGS, RS), especialista em musicoterapia (CBM-RJ), mestre em musicoterapia (NYU, EUA) e PhD em musicoterapia (Temple University, EUA). Nesta última universidade foi bolsista por dois anos exercendo as funções de professor-assistente e de supervisor. Brandalise é diretor-fundador do Centro Gaúcho de Musicoterapia (POA, RS), vinculado ao Instituto de Criatividade e Desenvolvimento (ICD). É autor dos livros “Musicoterapia Músico-centrada” (2001) e “I Jornada Brasileira sobre Musicoterapia Músico-centrada” (2003).

discharge of premature babies from the hospital, more breast milk production and less parents stress, among other goals.

Keywords: Music therapy, babies, systematic review.

Introdução

Música faz bem para bebês e para seus cuidadores. Não somente quando utilizada via gravações ou canto dos pais mas também via sons do corpo e improvisações. Esta afirmação é resultado deste estudo que, entre os achados, detecta que quando se pensa em música aplicada ao bebê há uma prevalência significativa de pesquisas direcionadas ao bebê na condição de prematuro. De acordo com Standley e Swedberg (2011), há uma incidência crescente de nascimentos prematuros (nascimento que ocorre na trigésima sétima semana de gravidez ou antes desse tempo) nos Estados Unidos o que faz aumentar o custo geral médico e, conseqüentemente, maior interesse no entendimento e nos cuidados em relação a este fenômeno. Porém, o mais grave é o fato de ser esta condição a maior causa de morte entre os bebês. Além do mais, os indivíduos que sobrevivem, correm riscos de sequelas tais como transtornos do desenvolvimento, perdas de visão e/ou audição e problemas no neurodesenvolvimento.

Um dos principais objetivos, no cuidado com o bebê prematuro, é o de estimulá-lo a adquirir habilidades para alimentar-se e ganhar peso. O ganho de peso é o que propicia que receba alta hospitalar. Ao mesmo tempo, o nascimento prematuro de um bebê e os cuidados que requer geram, em suas famílias, estresse. A música tem sido importante nesta dinâmica, com os bebês e cuidadores, e tem gerado interesse em profissionais de diversas áreas.

Objetivos da Revisão Sistemática

1. Identificar os trabalhos de pesquisa que examinam a eficiência do uso de música por musicoterapeutas e por outros profissionais, com bebês.

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XVIII n° 21 ANO 2016
BRANDALISE, A. A aplicação da música, realizada por musicoterapeutas e por outros profissionais, com bebês: uma revisão sistemática. (p. 8-25)

2. Identificar os objetivos e resultados dos trabalhos de pesquisa.
3. Examinar os tipos de intervenção musicais e suas eficiências com esta população.
4. Identificar os tipos de música que vêm sendo utilizados nestes tratamentos.

Metodologia

Critérios de inclusão

Foram incluídos artigos escritos por musicoterapeutas e por outros profissionais que mencionaram a utilização da música no trabalho com bebês e com familiares. Somente artigos relatando pesquisa foram incluídos. Não houve delimitação de período de publicação.

Método de busca

A busca foi conduzida através do uso das bases de dados computadorizadas MEDLINE, CINAHL e PsycInfo. Os descritores utilizados foram “Music therapy”, “music”, “infants” e “newborns”.

Uma busca eletrônica também foi efetuada nos seguintes periódicos:

1. *Journal of Music Therapy* (AMTA, de 1964 até o presente momento)
2. *Revista da Associação Brasileira de Educação Musical-ABEM* (de 1992 até o presente momento)
3. *Nordic Journal of Music Therapy* (de 2000 até o presente momento)
4. *Music Therapy Perspectives* (de 1982 a 2011)
5. *The Arts in Psychotherapy* (de 1980 até o presente momento)
6. *Music Therapy* (de 1981 a 1995)
7. *Voices* (de 2001 até o presente momento)

Tabela 1:

Autor(a)/País/Ano	Área de conhecimento	Tipo de estudo e de intervenção musical	Resultado(s)
Whipple (EUA, 2000)	Musicoterapia	Ensaio clínico randomizado com pais que receberam orientação (uso da música e da massagem). Foram utilizadas músicas da preferência dos pais.	Os pais que receberam orientação reportaram terem feito mais visitas à UTI do que os pais que não receberam. O período de hospitalização de seus filhos foi menor e o ganho de peso maior.
Ilari (Brasil, 2002)	Educação musical	Revisão da literatura sobre a percepção e a cognição musical durante o primeiro ano de vida.	_____
James, Spencer, Stepsis (inglaterra, 2002)	Medicina	Ensaio clínico randomizado no pré-natal. Foi utilizada a canção <i>Little Brown Jug</i> , da <i>Glen Miller Band</i> devido à sua tessitura e aspecto rítmico.	Estímulo musical pré-natal altera o comportamento do feto e perdura após o nascimento. Este achado sugere haver algum tipo de programação ou aprendizado simples mesmo antes do nascimento.

Chou, Wang, Chen, Pai (Taiwan, 2003)	Enfermagem, medicina	Ensaio clínico randomizado com bebês prematuros recebendo sucção endotraqueal. A música utilizada foi pré-gravada (chamada “Transitions”, Dr. Schwartz) que combina os sons do útero com sons vocais femininos que, presumidamente, a criança experiência de sua mãe ao nascer.	Os bebês em musicoterapia obtiveram maior oxigenação do que os do grupo controle. Também retornaram mais rapidamente ao nível da linha de base de saturação.
Loewy, Hallam, Martinez (EUA, 2006)	Musicoterapia, psicologia, enfermagem	Ensaio clínico randomizado. Cuidadores cantando canções de ninar respeitando o ritmo de respiração das crianças.	Musicoterapia pode ser uma alternativa, em termos de custo-benefício e segurança, à sedação farmacológica.
Bouhairie (Canadá, 2006)	Medicina	<i>Cross sectional survey</i> com equipes da UTI neonatal e da pediatria oncológica.	A maioria dos respondentes concordou que as músicas de preferência dos pacientes pode reduzir o estresse e melhorar a qualidade do sono. Integrantes de ambas as equipes são favoráveis à utilização da música em suas unidades.
Arnon, Shapsa, Forman, Regev, Bauer, Litmanovitz, Dolfín	Medicina e enfermagem	Ensaio clínico randomizado. Foram utilizadas canções de	A utilização de música tocada/cantada reduziu o batimento cardíaco e

(Israel, 2006)		ninar	com promoveu sono mais
		características suaves,	profundo nos bebês.
		rítmicas, repetitivas	
		com misturas de	
		elementos musicais	
		ocidentais e orientais	
		interpretadas por voz	
		feminina e	
		acompanhada por	
		percussão.	
	Musicoterapia	Ensaio clínico	A maior parte dos
	(EUA, 2008)	randomizado. Três	dados fisiológicos foi
		grupos: 1) chupeta +	inconclusiva. No
		música, 2) somente	entanto, houve
		chupeta e 3) nem	diferenças dos grupos 1
		chupeta e nem música.	e 2 em comparação com
		Foram utilizadas	o grupo 3: bebês mais
		canções de ninar com	autoregulados e menor
		foco nas vogais,	estresse.
		gravação da voz	
		materna seguida de	
		outras vozes femininas,	
		instrumentações	
		simples (i.e., voz	
		acompanhada por	
		piano).	
	Musicoterapia,	<i>Repeated-measures</i>	Intervenções musicais
	enfermagem	<i>design.</i>	promoveram a redução
		Utilização de canções	na frequência e na
		de ninar pré-gravadas.	duração do choro em
		Características: simples,	prematuros.
		ritmos suaves,	
		harmonias simples e	
		timbres leves.	

Hodges, Wilson (EUA, 2010)	Enfermagem	<i>One-group repeated-measures crossover design.</i> As canções de ninar utilizadas foram de escolha e aplicadas pelo musicoterapeuta. Características: simples, previsíveis, estáveis e suaves).	Não houve efeitos significativos na oxigenação, atividade motora e alívio de comportamento. No entanto, houve aumento de duração do sono.
Lubetzky, Mimouni, Dollberg, Reifen, Ashbel, Mandel (Israel, 2010)	Medicina, enfermagem	Ensaio clínico randomizado	A exposição à música de Mozart baixou significativamente o REE (<i>resting energy expenditure</i>) em prematuros o que pode explicar o ganho de peso observado.
Standley & Swedberg (EUA, 2011)	Musicoterapia	<i>Post hoc analysis</i>	Bebês com pouco peso no nascimento foram encaminhados à musicoterapia (NICU-MT) e ganharam mais peso do que os que não foram. Bebês prematuros em NICU-MT, de 24-28 semanas, recebem alta antes do que os bebês não submetidos à música.
Teckenberg-Jansson, Huotilainen, Pölkki, Lipsanen, Järvenpää	Musicoterapia, psicologia, medicina	<i>Repeated-measures design.</i> Foi utilizada uma lira	Musicoterapia combinada com cuidado “Canguru”

(Finlândia, 2011)	de dez cordas, afinada em escala pentatônica (objetivando harmonias consonantes). Foi também realizada intervenção com voz feminina (objetivando transmitir emoções).	(DT) fez diminuir o pulso e a respiração e aumentou a oxigenação. A DT teve maior impacto na pressão sanguínea do que o cuidado “Canguru” sem aplicação da música.
Addressi (Itália, 2012)	Educação musical	Pesquisa ação (<i>action research</i>) quanti-quali. Rotinas de “troca de fraldas” podem atuar como estruturas cognitivas e afetivas para ampliar a experiência musical das crianças pequenas.
Vianna, Barbosa, Carvalhaes, Cunha (Brasil, 2012)	Musicoterapia	Ensaio clínico randomizado. Sessão dividida em 4 momentos: 1) expressão verbal com o apoio de musicoterapeutas; 2) expressão musical com o apoio de musicoterapeutas; 3) canções de ninar e relaxamento (podendo ser utilizado repertório erudito gravado) e 4) fechamento (verbalizações acerca da sessão). A amamentação foi significativamente mais freqüente com o grupo submetido à musicoterapia durante a internação, no momento da alta hospitalar e 60 dias após a alta.

<p>Loewy, Stewart, Dassler, Telsey, Homel (EUA, 2013)</p>	<p>Musicoterapia, enfermagem e medicina</p>	<p>Ensaio clínico randomizado com mães de bebês prematuros</p>	<p>Três intervenções de música ao vivo demonstraram alterações no batimento cardíaco relacionadas ao tempo. Os mais baixos foram relacionados às canções de ninar e ritmos. Comportamentos de sucção demonstraram diferenças através de intervenções rítmicas. Ganho calórico e sucção foram maiores com o uso de canções de ninar de preferência dos pais. Música fez diminuir a percepção dos pais acerca do estresse.</p>
<p>Halsbeck (Alemanha, 2014)</p>	<p>Musicoterapia</p>	<p>Ensaio clínico randomizado utilizando intervenções ao vivo replicando sons do útero, canções de ninar de preferência dos pais e padrões rítmicos sincronizados com a batida do coração do bebê.</p>	<p>Musicoterapia criativa pode apoiar o bebê prematuro e facilitar o desenvolvimento de sua musicalidade promovendo a autoregulação e o desenvolvimento.</p>

Garunkstiene, Buinauskiene, Uloziene, Markuniene (Lituânia, 2014)	Musicoterapia	<i>Repeated-measures crossover design.</i> Foram utilizadas canções ninar gravadas e tocadas/cantadas.	Impacto benéfico de canções de ninar cantadas no comportamento e batimento cardíacos dos prematuros. O cantar foi mais eficiente do que as canções gravadas.
Ettenberger, Miller, Serrano, Parker (Colômbia, 2014)	Odel-Cárdenas, medicina, terapia ocupacional	Método misto no estudo com bebês prematuros e seus cuidadores	Foi observada uma tendência de ganho de peso nos dois grupos experimentais e diminuição de tempo de hospitalização em um dos grupos. Mães reportaram que musicoterapia as fez sentirem-se melhor, que fez bem para o bebê e para a relação de ambos.
Giordano, Leitner, Waldhoer (Áustria, 2016)	Schrage-Göral, Música e Medicina	Ensaio clínico randomizado. Foram utilizadas músicas gravadas e músicas tocadas/cantadas.	Música pode auxiliar a autoregulação de bebês prematuros em risco e aumento/melhora da qualidade do sono.

Resultados

Esta revisão demonstrou que há interesse, de várias áreas do conhecimento, acerca do estudo e da aplicação da música com bebês, principalmente na condição de prematuros (ver Tabela 1) e que as pesquisas

vêm ocorrendo, com certa sistemática, desde o início deste século. Foram detectadas 20 pesquisas; realizadas por musicoterapeutas (6 estudos), por educadores musicais (2 estudos), pela parceria entre musicoterapeuta, psicólogo e enfermeiro (1 estudo), pela parceria de musicoterapeuta com médico e terapeuta ocupacional (1 estudo), pela parceria de musicoterapeuta com enfermeiro (1 estudo), por médicos (2 estudos), pela parceria de médicos com enfermeiros (4 estudos), pela parceria de músicos com médicos (1 estudo) e, por fim, por enfermeiros (2 estudos).

As pesquisas ocorreram em vários países: Estados Unidos (7 estudos), Brasil (2 estudos), Israel (1 estudo), Colômbia (1 estudo), Canadá (1 estudo), Itália (1 estudo), Inglaterra (1 estudo), Alemanha (1 estudo), Áustria (1 estudo), Finlândia (1 estudo), Lituânia (1 estudo), Austrália (1 estudo) e Taiwan (1 estudo). Com exceção do continente africano, foram detectadas pesquisas em todas as outras regiões do mundo.

Quanto aos benefícios da utilização da música com bebês

Os resultados são bastante amplos (ver Tabela 1). Os estudos demonstram que a aplicação da música com bebês pode promover diminuição do período de internação do bebê prematuro (ETTENBERGER et al., 2014; WHIPPLE, 2000), alteração do comportamento fetal (JAMES et al., 2002), maior oxigenação (CHOU et al., 2003; TECKENBERG-JANSONN et al., 2011), alternativa à sedação farmacológica (LOEWY et al., 2006), redução do estresse do bebê (BOUHAIRIE, 2006; WHIPPLE, 2008), melhora na qualidade do sono (ARNON et al., 2006; BOUHAIRIE, 2006; GIORDANO et al., 2016; HODGES & WILSON, 2010), alteração do batimento cardíaco (ARNON et al., 2006; GARUNKSTIENE et al., 2014; LOEWY et al., 2013; TECKENBERG-JANSONN et al., 2011), maior autoregulação (GIORDANO et al., 2016; HALSBECK, 2014; WHIPPLE, 2008), redução da frequência e duração do choro (KEITH et al., 2009), ganho de peso (ETTENBERGER et al., 2014; LOEWY et al., 2013; LUBETZKY et al., 2010; STANDLEY & SWEDBERG, 2011), atuação como

estruturas afetivas e cognitivas (ADDESSI, 2012), aumento na frequência da amamentação (VIANNA et al., 2012), alteração no comportamento de sucção (LOEWY et al., 2013), acolhimento às mães (ETTENBERGER et al., 2014), diminuição da percepção dos pais acerca do estresse (LOEWY et al., 2013) e desenvolvimento da musicalidade (HALSBECK, 2014).

Quanto às metodologias de pesquisa utilizadas

O *design* de pesquisa mais utilizado foi o Ensaio clínico randomizado (11 estudos). Também foram detectados *repeated-measures crossover design* (4 estudos), revisão da literatura (1 estudo), *survey* (1 estudo), *post hoc analysis* (1 estudo), *action research* (1 estudo) e método misto (1 estudo).

Quanto à maneira de aplicar a música

Os estudos demonstram que os profissionais têm priorizado a utilização de canções de ninar (7 estudos) e a utilização de voz feminina (6 estudos). Também foram detectadas outras formas de apresentar a música para os bebês: gravação de sons do útero (CHOU et al., 2003; HALSBECK, 2014), música associada com massagem (WHIPPLE, 2000), música associada a cuidado “Canguru” (TECKENBERG-JANSONN et al., 2011; VIANNA et al., 2012), música associada à utilização da chupeta (WHIPPLE, 2008) e música associada a relaxamento (VIANNA et al., 2012). Dois estudos (HALSBECK, 2014; LOEWY et al., 2006) mencionaram a preocupação de, durante a intervenção musical, sincronizar o andamento da canção com os batimentos cardíacos dos bebês.

Em três estudos (ARNON et al., 2006; HODGES & WILSON, 2010; KEITH et al., 2009; TECKENBERG-JANSONN et al., 2011), houve a preocupação de detalhar as características das peças musicais utilizadas. Entre elas: que fossem estáveis, suaves, rítmicas, de timbres leves, harmonias consonantes, repetitivas e previsíveis. Em dois estudos (TECKENBERG-JANSONN et al., 2011; WHIPPLE, 2008), a intervenção foi realizada através de

instrumentação simples (i.e., voz acompanhada por piano e lira de dez cordas afinada em escala pentatônica, respectivamente).

Em termos de métodos de musicoterapia, nota-se uma significativa prioridade na utilização da recriação (utilização de material musical pré-existente). Catorze estudos utilizaram este método (ARNON et al., 2006; CHOU et al., 2003; ETTENBERGER et al., 2014; GARUNKSTIENE et al., 2014; GIORDANO et al., 2016; HODGES & WILSON, 2010; JAMES et al., 2002; KEITH et al., 2009; LOEWY et al., 2006; 2013; LUBETZKY et al., 2010; VIANNA et al., 2012; WHIPPLE, 2000; 2008). Três estudos propuseram o método de criação via improvisação musical, que consiste no desenvolvimento de material musical inédito pelo paciente e pelo terapeuta (GIORDANO et al., 2016; HALSBECK, 2014; VIANNA et al., 2012). Um estudo utilizou o método receptivo, que é quando os pacientes são submetidos à escuta musical (TECKENBERG-JANSONN et al., 2011). A possível razão para a preferência da utilização do método recreativo será discutida na seção seguinte deste artigo.

Discussão

O bebê prematuro recebe uma atenção importante por parte de diversas áreas, conforme mencionado no início deste artigo. Os objetivos são bastante variados e as pesquisas procuram abranger as mais diversas necessidades não somente do bebê prematuro como também dos familiares e dos cuidadores. E, neste sentido, nota-se a facilitação em dois sentidos: alívio do estresse experienciado pelos pais que estão com seus bebês prematuros em centros de tratamento intensivo e o fortalecimento do vínculo pais-filhos.

Em termos de metodologia de pesquisa, parece haver uma prevalência na utilização do ensaio clínico randomizado (ECR). A maioria das pesquisas com bebês tem o foco na condição de prematuro, conseqüentemente, em ambiente hospitalar o que favorece a seleção de amostragem. Também, com

esta população, a organização de diferentes dinâmicas de abordagens para diferentes grupos, o que é requerido pelo *design* (ECR), é favorável.

Quanto às maneiras de aplicar a música, chama a atenção o fato de os estudos priorizarem o método recreativo de musicoterapia, ou seja, cantar e/ou tocar músicas pré-existentes (i.e., canções populares e canções de ninar) para os bebês e cuidadores. Este fato também mereceu a reflexão de Barcellos (2006) que procurou melhor entender o motivo para que este método (recriação) seja o mais utilizado nesta área. Barcellos foi uma das pesquisadoras que integrou a equipe de pesquisa com mães e bebês prematuros, liderada pela musicoterapeuta Martha Negreiros (2012), na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Uma das hipóteses de Barcellos (2006) foi o fato de perceber que estas mães experienciavam uma dose alta de estresse em decorrência das incertezas acerca dos prognósticos dos filhos prematuros. Ao ver de Barcellos (2006), as mães necessitavam de um apoio, de uma sustentação que pode ser oferecida através da utilização de um material musical pré-existente, por uma canção conhecida. Esta hipótese de Barcellos é coerente com os achados acerca das características do repertório proposto por vários dos autores revisados neste estudo. Vários pesquisadores reportaram, em detalhes, as características do repertório que solicitaram: harmonias e melodias previsíveis, timbres suaves, voz feminina. Sete estudos, entre os vinte selecionados, solicitaram a aplicação de canções de ninar com os bebês. Somente três estudos (GIORDANO et al., 2016; HALSBECK, 2014; VIANNA et al., 2012) propuseram a utilização da improvisação (criação de material musical inédito pelo paciente e/ou pelo terapeuta) na abordagem com esta população. Há certamente um aspecto relacionado à prática da improvisação que contradiz a demanda por segurança, estabilidade e previsibilidade mencionadas anteriormente: quem improvisa corre riscos. Há, certamente, que se ter cuidado com a utilização deste método (improvisacional) pois o estresse vivenciado pelos pais é justamente o de seus bebês estarem em risco. No entanto, por outro lado, a improvisação pode

oferecer uma liberdade de expressão e de apoio que um material pré-existente talvez não consiga. A peça musical criada no aqui-e-agora da experiência musicoterapêutica pode servir como um território de acolhimento para um conteúdo novo e necessário para os bebês e para seus cuidadores.

Considerações Finais

Esta revisão demonstra, através dos resultados e discussão apresentados, a utilização da música abrangendo metodologias de pesquisa variadas e objetivos amplos com bebês. A música faz bem ao bebê e a seus cuidadores.

Conforme mencionado anteriormente, a utilização da música com bebês e familiares promoveu:

- melhora na sucção;
- ganho de peso;
- diminuição de tempo de internação hospitalar para os prematuros;
- aumento da frequência da amamentação;
- diminuição de estresse para os pais;
- alteração do comportamento fetal;
- maior oxigenação;
- alternativa à sedação farmacológica;
- melhora na qualidade do sono;
- alteração do batimento cardíaco;
- desenvolvimento da autoregulação (fundamental para a integração);
- atuação como estrutura afetiva e cognitiva;
- redução da frequência e duração do choro;
- desenvolvimento da musicalidade.

O resultado desta revisão convida a que mais trabalhos de pesquisa sejam empreendidos e divulgados fazendo com que ocorra aumento de

incentivo direcionados a estes estudos. Um maior número de pessoas poderá ser, então, beneficiada. Bebês e seus cuidadores serão, em maior número, acolhidos e apoiados fazendo da inauguração de uma nova pessoa no mundo um momento com menos tensão e estresse. Com mais celebração, música e criatividade.

Referências

ADDESSI, Anna Rita. Interação vocal entre bebês e pais durante a rotina da “troca de fraldas”. **Revista da ABEM**, Porto Alegre, V. 20, 21-30, jan. jul. 2012.

ARNON, Shmuel; SHAPSA, Anat; FORMAN, Liat; REGEV, Rivka; BAUER, Sofia; LITMANOVITZ, Ita; DOLFIN, Tzipora. Live music is beneficial to preterm infants in the neonatal intensive care unit environment. **Birth**, V. 33, 131-136, Jun. 2006.

BARCELLOS, Lia Rejane. Familiarity, Comfortableness and Predictability of Song as "Holding Environment" for Mothers of Premature Babies. **Voices: A World Forum For Music Therapy**, V. 6, 2016.

BOUHAIRIE, Annie; KEMPER, Kathi J.; MARTIN, Kathleen; WOODS, Charles. Staff attitudes and expectations about music therapy: pediatric oncology versus neonatal intensive care unit. **Journal of the Society for Integrative Oncology**, V. 4, 71-74, 2006.

CHOU, Lih-Lih; WANG, Ru-Hwa; CHEN, Shu-Jen; PAI, Lu. Effects of music therapy on oxygen saturation in premature infants receiving endotracheal suctioning. **Journal of Nursing Research**, V. 11, 209-216, 2003.

ETTENBERGER, Mark; ODELL-MILLER, Helen; CÁRDENAS, Cathérine Rojas; SERRANO, Sérgio Torres; PARKER, Mike; LLANOS, Sandra Milena Camargo. Music therapy with premature infants and their caregivers in Colombia – a mixed methods pilot study including a randomized trial. **Voices**, V. 14, 2014.

GARUNKSTIENE, Rasa; BUINAUSKIENE, Jurate; ULOZIENE, Ingrida; MARKUNIENE, Egle. Controlled trial of live versus recorded lullabies in preterm infants. **Nordic Journal of Music Therapy**, V. 23, 71-88, 2014.

GIORDANO, Vito; SCHRAGE-LEITNER, Leslie; GÖRAL, Katharina; WALDHOER, Thomas; OLISCHAR, Monika. The influence of music-based

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XVIII n° 21 ANO 2016

BRANDALISE, A. A aplicação da música, realizada por musicoterapeutas e por outros profissionais, com bebês: uma revisão sistemática. (p. 8-25)

interventions on a EEG activity in newborns at risk. **Nordic Journal of Music Therapy**, V. 25, 2016.

HALSBECK, Friederike Barbara. The interactive potential of creative music therapy with premature infants and their parents: a qualitative analysis. **Nordic Journal of Music Therapy**, Noruega, V. 23, 36-70, 2014.

HODGES, Ashley L.; WILSON, Lynda Law. Effects of music therapy on preterm infants in the neonatal intensive care unit. **Alternative Therapies**, V. 16, 72-73, 2010.

ILARI, Beatriz Senoi. Bebês também entendem de música: a percepção e a cognição musical no primeiro ano de vida. **Revista da ABEM**, Porto Alegre, V. 7, 83-90, set. 2002.

JAMES, D. K.; SPENCER, C. J.; STEPSIS, B. W. Fetal learning: a prospective randomized controlled study. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, V. 20, 431-438, 2002.

KEITH, Douglas R.; RUSSELL, Kendra; WEAVER, Barbara S. The effects of music listening on inconsolable crying in premature infants. **Journal of Music Therapy**, V. 46, 191-203, 2009.

LOEWY, Joanne; HALLAN, Cathrine; MARTINEZ, Christine. Sleep/sedation in children undergoing EEG testing: a comparison of chloral hydrate and music therapy. **American Journal of Electroneurodiagnostic Technol.**, V. 46, 343-355, 2006.

LOEWY, Joanne; STEWART, Kristen; DASSLER, Anner-Marie; TELSEY, Aimee; HOMEL, Peter. The effects of music therapy on vital signs, feeding, and sleep in premature infants. **Pediatrics**, V. 131, 902-918, abr. 2013.

LUBETZKY, Ronit; MIMOUNI, Francis B., DOLLBERG, Shaul; REIFEN, Ram; ASHBEL, Gina; MANDEL, Dror. Effect of music by Mozart on energy expenditure in growing preterm infants. **Pediatrics**, V. 125, 24-28, Jan. 2010.

STANDLEY, Jayne M.; SWEDBERG, Olivia. NICU music therapy: post hoc analysis of an early intervention clinical program. **The Arts in Psychotherapy**, V. 38, 36-40, 2011.

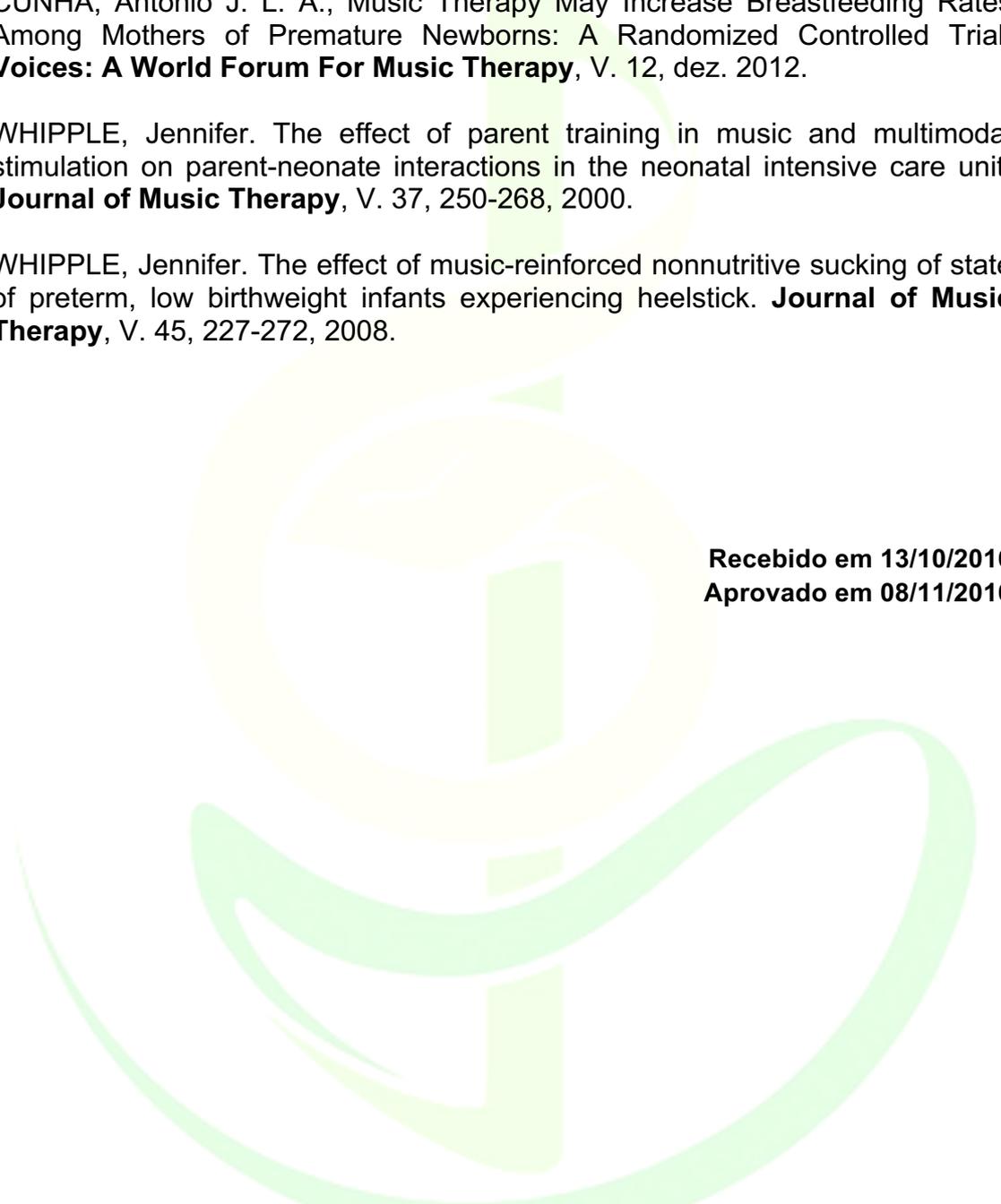
TECKENBERG-JANSONN, Pia; HUOTILAINEN, Minna; PÖLKKI, Tarja; LIPSANEN, Jari; JÄRVENPÄÄ, Liisa. Rapid effects on neonatal music therapy combined with kangaroo care on prematurely-born infants. **Nordic Journal of Music Therapy**, V. 20, 22-42, 2011.

VIANNA, Martha N. S.; BARBOSA, Arnaldo P., CARVALHAES, Albelino; CUNHA, Antônio J. L. A., Music Therapy May Increase Breastfeeding Rates Among Mothers of Premature Newborns: A Randomized Controlled Trial. **Voices: A World Forum For Music Therapy**, V. 12, dez. 2012.

WHIPPLE, Jennifer. The effect of parent training in music and multimodal stimulation on parent-neonate interactions in the neonatal intensive care unit. **Journal of Music Therapy**, V. 37, 250-268, 2000.

WHIPPLE, Jennifer. The effect of music-reinforced nonnutritive sucking of state of preterm, low birthweight infants experiencing heelstick. **Journal of Music Therapy**, V. 45, 227-272, 2008.

Recebido em 13/10/2016
Aprovado em 08/11/2016



MUSICOTERAPIA

UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DE ESTIMULACION RÍTMICO-AUDITIVA COMO AGENTE DE INTERVENCIÓN PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

USE OF A RHYTHMIC-AUDITORY STIMULATION TECHNIQUE AS AGENT OF INTERVENTION FOR PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE. A SYSTEMATIC REVIEW

Rosa Traina², Veronika Diaz Abrahan³, Nadia Justel⁴

Resumen - Durante los últimos años, las investigaciones acerca del abordaje musicoterapéutico en pacientes con Enfermedad de Parkinson han crecido notablemente. Los pioneros en este campo tuvieron en cuenta las consecuencias ocasionadas por los dos tratamientos principales para abordar los síntomas de la enfermedad: La terapia farmacológica y el tratamiento neuroquirúrgico. El primero es el más utilizado, pero sus resultados son efectivos sólo a corto plazo, provocando que, a largo plazo, se generen situaciones que alteren aún más la autonomía y calidad de vida de quienes padecen la enfermedad. El segundo supone un riesgo mayor que el que puede generar la terapia farmacológica, ya que aún se encuentra en investigación y, por lo tanto, se desconoce su efectividad. Considerando los efectos producidos por dichos tratamientos, se comenzaron a estudiar qué avances a nivel motriz podrían obtenerse a través de terapias complementarias no farmacológicas. Es así que emerge la musicoterapia, al establecerse la existencia de conexiones entre los sistemas auditivo y motor. Este trabajo es una revisión de la literatura que se focaliza en la utilización del ritmo como vía de tratamiento para las alteraciones motoras producto de la enfermedad, a través de la aplicación de la técnica de estimulación rítmica auditiva.

Palabras clave: Musicoterapia; Estimulación rítmico auditiva; Parkinson; alteraciones motoras.

² Universidad Nacional de Buenos Aires. Email: rosatraina@hotmail.com.ar

² Universidad Nacional de Buenos Aires. Universidad Nacional de Córdoba. Laboratorio Interdisciplinario de Neurociencia Cognitiva, Centro de Estudios Multidisciplinarios en Sistemas Complejos y Ciencias del Cerebro, Escuela de Ciencia y Técnica, Universidad de San Martín (LINC – UNSAM - CONICET). Email: abrahamveronika@conicet.gov.ar

⁴ Universidad Nacional de Buenos Aires. Laboratorio Interdisciplinario de Neurociencia Cognitiva, Centro de Estudios Multidisciplinarios en Sistemas Complejos y Ciencias del Cerebro, Escuela de Ciencia y Técnica, Universidad de San Martín (LINC – UNSAM - CONICET). Email: nadiajustel@conicet.gov.ar

Abstract - In recent years, research on music therapy approach in patients with Parkinson's disease have increased dramatically. The pioneers in this field took into account the consequences caused by the two main treatments to treat the symptoms of the disease: Drug therapy and neurosurgical treatment. The first is the most widely used, but its results are effective only in the short term, causing long-term situations that alter even more the autonomy and quality of life of those suffering the disease. The second involves a greater risk than the one generates by drug therapy because it is still under investigation and, therefore, its effectiveness is unknown. Considering the effects of such treatments, the researchers began to study what progress could be made in the motor level through non-pharmacological complementary therapies. Thus emerges music therapy, due to the existence of connections between the auditory and motor systems. This paper is a revision of literature which focuses on the use of rhythm as a means of treatment for movement disorders product of Parkinson disease, through the application of the technique of auditory-rhythmic stimulation.

Keywords: Music Therapy, Rhythmic Auditory Stimulation; Parkinson; Motor Disturbances.

Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno neurodegenerativo que ocasiona tanto síntomas motores como no motores, afectando la capacidad de quienes la padecen de desarrollarse de manera autónoma. A lo largo del tiempo se investigó de manera exhaustiva qué terapias resultaban efectivas para mejorar, entre otros síntomas, la marcha, la postura y el estado de ánimo de los pacientes. Universalmente, la terapia farmacológica es la más utilizada, pero los cambios obtenidos no se mantienen a largo plazo. Por lo tanto, se fueron investigando otros tipos de terapias no farmacológicas que complementen dicho tratamiento. Entre ellas surge como posibilidad de tratamiento la musicoterapia, basándose en la utilización del ritmo, a través de la técnica rítmica auditiva, para mejorar los trastornos en la marcha. En la presente revisión se hace especial hincapié en la importancia de incorporar

musicoterapia como terapia complementaria a la farmacológica en los tratamientos para la EP y en la creación y aplicación de la técnica rítmico auditiva sobre las alteraciones producidas en la marcha, junto con los beneficios que se obtienen al utilizarla dentro de un proceso musicoterapéutico. Para ello se consultó bibliografía nacional e internacional que diera cuenta de la pertinencia de la utilización de la técnica con esta población dentro de un abordaje musicoterapéutico propiamente dicho.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos indexadas, tales como ScienceDirect, Pubmed y Taylor & Francis, enfatizando en las publicaciones recientes, con las palabras claves “Enfermedad de Parkinson, musicoterapia, Rhythmic auditory stimulation”. En primer término se obtuvieron un total de 2.991 artículos. Posteriormente, se ajustó la búsqueda seleccionando los más pertinentes teniendo en cuenta los objetivos planteados y las fechas de publicación. En total, se preseleccionaron 140 artículos y se analizaron las referencias de los mismos para orientar una segunda fase de búsqueda. Los manuscritos relevantes forman parte de este trabajo.

Enfermedad de Parkinson

La EP, descrita en 1817 por James Parkinson, es considerada una enfermedad degenerativa del sistema nervioso. Su evolución es lenta, progresiva y las lesiones anatómicas se encuentran en estructuras subcorticales, tales como el locus niger y el núcleo coeruleus, afectando las cortezas motora, premotora y prefrontal (OSTROSKY-SOLIS, 2000). Entre los neurotransmisores afectados se encuentran tanto la dopamina como la noradrenalina, acetilcolina y serotonina (YÁÑEZ-BAÑA, 2010).

La sustancia negra compacta es la zona sobre la cual se origina la causa de la enfermedad, sitio en el que se encuentra la mayor cantidad de cuerpos dopaminérgicos del cerebro (OSTROSKY-SOLIS, 2000). Junto con la sustancia

negra reticulada forman parte de los ganglios basales. Estos están ubicados a ambos lados del tálamo y, además de contener a la sustancia negra, comprenden al cuerpo estriado y al núcleo caudado, putamen y el núcleo accumbens (VARGAS-BARAHONA, 2007).

El principal neurotransmisor implicado en la enfermedad es la dopamina. Sus funciones abarcan desde el control del movimiento hasta el desarrollo de conductas de carácter emocional. Normalmente, se sintetiza en el cuerpo estriado, en las terminaciones nerviosas de las neuronas dopaminérgicas cuyos cuerpos celulares están ubicados en la sustancia negra. Una vez capturado dentro de las vesículas de las terminaciones nerviosas, el neurotransmisor es liberado al espacio sináptico. De esta manera, se conforma la vía de control de movimiento denominada vía nigroestriatal, la cual en la EP se encuentra afectada (OSTROSKY-SOLÍS, 2000).

Con respecto al núcleo coeruleus, principal núcleo noradrenérgico, se llegan a perder el 70% de sus neuronas. Por lo tanto, se ven afectadas las principales funciones de dicha estructura, como la regulación de respuestas autonómicas, cognición y control motor, influyendo en la postura corporal (SANTOS, GARCÍA-ANTELO, IVÁNOVIC-BARBEITO, DÍAS-SILVA & SOBRIDO, 2012).

Los síntomas ocasionados por la EP pueden ser motores, tales como bradicinesia, temblor en reposo, rigidez muscular e impedimento del balance postural, conocidos como síntomas cardinales de la enfermedad (VARGAS-BARAHONA, 2007), y no motores, como anosmia e hiposmia (i.e. pérdida del sentido del olfato y reducción parcial del sentido del olfato, respectivamente; ROSS, ABBOT, PETROVITCH, DAVIS & NELSON, 2006), alteraciones del sueño (somnolencia, insomnio y trastornos de conducta en la fase REM), disautonomías funcionales (obstrucción intestinal, gastroparesia, disfunciones urinarias y sexuales; BARBOSA, 2010), pérdida de peso, fatiga, alteraciones respiratorias y dermatológicas (CHACON, 2010), hipotensión ortostática (i.e.

presión arterial anormalmente baja producida por adoptar una posición erecta) y trastornos de la sudoración (ARIAS-RODRÍGUEZ & MORÍS-DE LA TASSA, 2009). Estos últimos se desarrollan en la fase pre clínica de la enfermedad (ARIAS-RODRÍGUEZ & MORÍS-DE LA TASSA, 2009; BARBOSA, 2010; YÁNEZ-BAÑA, 2010). Asimismo, con frecuencia se desarrollan trastornos neurocognitivos asociados a la enfermedad, tales como demencia tipo Alzheimer o afectaciones psiconeurológicas focales (e.g. alteraciones frontales, visuales, mnémicas; PEREA-BARTOLOMÉ, 2001). Entre las funciones cognitivas más afectadas se encuentran: la memoria, funciones visuoespaciales, funciones ejecutivas, lenguaje, velocidad de procesamiento de la información, atención, praxias (GIANNAULA, 2010; PASCUAL-LEONE & PRESS, 2009; RODRÍGUEZ-CONSTENLA, CABO-LÓPEZ, BELLAS-LAMAS, & CEBRIÁN, 2010; SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, 2002) . También emergen síntomas como trastornos en el estado de ánimo (PEREA-BARTOLOMÉ, 2001) debido a depresión, apatía y ansiedad (BARBOSA, 2010; FERNÁNDEZ-PRIETO et al., 2010; NOÉ-SEBASTIÁN, IRIMIA-SIEIRA, POMARES-ARIAS, MARTÍNEZ-VILA, & LUQUIN-PIUDO, 2001; OSTROSKY-SOLIS, 2000). Por la administración iatrogénica de fármacos es común que se desarrollen cuadros psicóticos (NOÉ-SEBASTIÁN et al., 2001; RODRÍGUEZ-CONSTENLA et al., 2010).

Síntomas motores

Los temblores, definidos como temblores en reposo, constituyen un signo inconstante para la identificación de la enfermedad, pero se encuentran presentes en la mayoría de los perjudicados por este trastorno. En general, afecta a una o ambas manos y antebrazos, siendo menos frecuente en pies, mandíbula, labios o lengua (VARGAS-BARAHONA, 2007). Aparecen en los momentos de relajación muscular y desaparecen o se atenúan durante el movimiento o el mantenimiento de una actividad, durante el sueño y, en

ocasiones, durante la relajación muscular completa (CAMBIER & MASON, 1975).

La bradicinesia implica movimientos lentos. Como dato clínico, es el síntoma que parece estar más asociado a los déficits dopaminérgicos causantes de la enfermedad (ARIAS-RODRÍGUEZ & MORÍS- DE LA TASSA, 2009). La expresión gestual se encuentra empobrecida, debido a la rareza del pestañeo y la reducción de la mímica, dando de esta manera una máscara fija al enfermo de Parkinson, impidiendo que se puedan reflejar las emociones. En algunos casos, la amimia predomina de un solo lado de la cara, dando la impresión de una paresia lateral (i.e. debilidad muscular; CAMBIER & MASON, 1975). Este síntoma se evidencia en la reducción del balanceo de los brazos durante la marcha, el cual al inicio puede ser percibido como asimétrico. Las mayores dificultades se presentan al intentar ejecutar un movimiento de manera rápida, voluntaria y alternada (e.g. flexión y extensión del índice). Por este motivo, el enfermo de Parkinson se ve obligado a economizar sus movimientos. Al disminuir la amplitud de los movimientos, aparece el bloqueo como única respuesta (i.e. inhibición de la contracción muscular). A pesar de la bradicinesia, puede aparecer la acatisia, fenómeno caracterizado por la incapacidad de permanecer de manera inmóvil y realizar pataleos en el suelo (CAMBIER & MASON, 1975).

La rigidez muscular se manifiesta a través de las modificaciones en el tono postural. La característica más sobresaliente es la firmeza y tensión del tono muscular. Involucra a todos los grupos musculares, especialmente al tronco y las extremidades, ya que son los grupos que mantienen una postura flexionada. Además, la cara, lengua y laringe también son afectados por este síntoma (VARGAS-BARAHONA, 2007). La rigidez se manifiesta en la disminución del balanceo, en particular de la mano (CAMBIER & MASON, 1975). Como elemento fundamental del síndrome parkinsoniano se observa una distonía axial en flexión (i.e. espasmos musculares que contorsionan al

cuerpo, sobre la zona del tronco y extremidades superiores). Precocemente, aparece a nivel del codo. A medida que la enfermedad avanza se acentúa, afectando a la cabeza y al tronco, que se inclinan hacia adelante. Los miembros superiores permanecen en flexión y aducción, mientras que los miembros inferiores son afectados en menor grado. Esta modificación del tono postural afecta especialmente a la marcha, la cual queda reducida a pequeños pasos sin agilidad (CAMBIER & MASON, 1975).

A lo largo del tiempo se realizaron investigaciones sobre diferentes tipos de terapias no farmacológicas que complementen el tratamiento de pacientes con EP. Los estudios sobre Música y Medicina y Musicoterapia han propuesto nuevos tipos de tratamientos basándose en la utilización de los diferentes elementos del discurso musical o técnicas específicas utilizadas por los musicoterapeutas. En la presente revisión nos focalizaremos en la utilización del ritmo, y el uso de la técnica rítmico auditiva, para mejorar los trastornos en la marcha.

Música y Modularidad

Desde la antigüedad, la música cumple un rol importante en todas las culturas. Surge por la necesidad de las sociedades para comunicarse, de manera simultánea al lenguaje. Puede ser considerada como un lenguaje organizado, dentro del cual existe un sistema de reglas que coordinan la serie de elementos que la componen, o como elemento cultural (SORIA-URIOS, DUQUE, GARCÍA-MORENO, 2011). Asimismo, es entendida como el lenguaje que permite comunicar, evocar y reforzar la memoria y las emociones (JUSTEL & DIAZ-ABRAHAN, 2012). Por otra parte, es considerada como una organización temporal compleja de eventos acústicos que, principalmente, se percibe a través del sistema auditivo, y que cuenta con cualidades inherentes

que son funcionales para el trabajo sobre aspectos muy específicos de la conducta motora (THAUT, 1988).

El sistema a través del cual la música es procesada es el modular, formulado por Fodor en 1983 (PERETZ & COLTHEART, 2003), quien establece que los módulos mentales cuentan con las siguientes características típicas: velocidad de procesamiento, automaticidad, especificidad de dominio, encapsulación de la información, especificidad neuronal y carácter innato (PERETZ & COLTHEART, 2003). La teoría de la modularidad no sostiene que para que una facultad sea considerada modular deben estar presentes todas las características, sino que puede serlo aún en ausencia de alguna de ellas. Es por eso que se las describe como típicas, y no necesarias. En relación al tema, Fodor considera que la encapsulación de la información es una característica necesaria de los sistemas modulares, más importante que las demás. Dicha propiedad implica que el procesamiento de la información dentro de un módulo no se ve afectada por la influencia del sistema central (i.e. Sistema operativo de conocimiento enciclopédico involucrado en operaciones de alto nivel, como por ejemplo la resolución de problemas). Sin embargo, Peretz y Coltheart (2003) proponen considerar igual de importante a la especificidad de dominio, ya que sería desprolijo describir a un sistema como modular si no contara con una operación específica a un dominio de entrada (input) o salida (output).

Al considerar la existencia del sistema modular para el procesamiento musical se está considerando que existe un sistema mental de procesamiento de información que es específico para el procesamiento de la música, dentro del cual convergen módulos individuales que procesan sus diferentes componentes (PERETZ & COLTHEART, 2003). Es así que dentro del módulo de input musical se organizan dos sub-sistemas paralelos e independientes, que cumplen con la función de especificar secuencias tonales y temporales.

En relación al tema del presente artículo, es de suma importancia considerar al sistema de especificidad temporal, el cual contiene dos componentes que permiten comprender a la actividad rítmica: el componente de análisis del ritmo y el de la métrica. El primero se encarga de la división de lo que se está oyendo en grupos temporales basados en la duración del sonido, sin tener en cuenta la periodicidad del mismo. El segundo se ocupa de extraer la regularidad temporal, alternando entre beats fuertes y débiles. El cuerpo lo manifiesta al representar los beats fuertes con golpes espontáneos de los pies. Una vez realizado este proceso, la ruta temporal, junto con la tonal, envían sus outputs al lexicón musical. Dicho sistema contiene las representaciones de frases musicales a la que uno ha sido expuesto a lo largo de su vida. Cada vez que uno se encuentra inmerso en la actividad musical, es posible acceder a los módulos encargados del procesamiento musical (PERETZ & COLTHEART, 2003).

Hoy en día se sabe que el procesamiento musical comprende a un amplio circuito de regiones que se localizan en ambos hemisferios cerebrales, predominando en el lado derecho el procesamiento de alturas (DIAZ-ABRAHAN & JUSTEL, 2012; LICHTENSZTEJN, 2009; PERETZ & ZATORRE, 2005), produciendo cambios de actividad en el hemisferio izquierdo al aprender música y activando regiones de todo el cerebro, de manera bilateral, tanto en la corteza, como en la neocorteza, paleo y neocerebelo, al escuchar, ejecutar o componer música (LEVITIN & TIROVOLAS, 2009). Existen 8 dimensiones o elementos del discurso que caracterizan a la música (Altura, ritmo, timbre, tempo, métrica, contorno, intensidad y ubicación espacial) los cuales pueden modularse independientemente. (LEVITIN & TIROVOLAS, 2009; LICHTENSZTEJN, 2009; PIERCE, 1983), presentando un mecanismo de procesamiento especializado. En personas que a lo largo de su vida han tenido entrenamiento musical, el tono se procesa en el hemisferio izquierdo, específicamente en la corteza prefrontal dorsolateral; el ritmo, la métrica y el

tempo en los ganglios de la base y el cerebelo; la melodía y el contorno melódico se procesan en el hemisferio derecho, en el giro temporal superior. De manera bilateral, se procesan el timbre, los intervalos y la semántica musical, en el giro y surco temporal superior, lóbulo temporal dorsal, y áreas posteriores del lóbulo temporal, respectivamente. Por último, la sintaxis musical se procesa en los lóbulos frontales de los hemisferios izquierdo y derecho, y en áreas adyacentes que procesan la sintaxis del habla (JUSTEL & DIAZ-ABRAHAN, 2012).

Es importante mencionar que las estructuras mencionadas anteriormente para el procesamiento del ritmo son las mismas estructuras que en EP se encuentran afectadas. Por lo tanto, podría considerarse al ritmo como una vía de entrada para el tratamiento de la enfermedad, dado que al estimular estas áreas a través de diversas señales rítmicas externas se favorece desde la planificación hasta la ejecución de movimientos. Además, las experiencias musicales rítmicas a las que un sujeto se expone a lo largo de su vida se conservan en el sistema de representación del sonido, y es posible acceder a las mismas a partir de la escucha musical, independientemente del daño cerebral con el que cuente la persona. En este caso, las respuestas que se originan frente a tal exposición son espontáneas, lo cual favorece la creación de un patrón de sonido en función de los movimientos generados.

Respuestas fisiológicas a la música

Los circuitos neurales y la memoria auditiva comienzan a formarse a partir del 5to mes de gestación. En relación a ello Lichtensztein (2009) dice: “Luego de nacer los patrones rítmicos básicos comienzan a desarrollarse. Al comer, gatear y caminar, cada niño encuentra una cadencia, fraseo, ritmos motores particulares que se mantienen bastante consistentes a lo largo de la vida” (p. 30). De esta manera, y junto con la influencia que ejercen los ritmos

externos sobre los internos durante la vida intrauterina, comienzan a desarrollarse patrones rítmicos básicos (LICHTENSZTEJN, 2009).

Por otro lado, a través del estímulo musical se activan circuitos específicos de áreas del cerebro que se encuentran asociadas con la emoción, tales como la ínsula, la corteza cingular, hipotálamo, hipocampo, amígdala y corteza pre-frontral. Asimismo, Boso, Politi, Barale y Emanuele (2006); Swallow (2002) y Caruso (1997) sostienen que tanto la dopamina como las endorfinas se encuentran involucradas en el procesamiento perceptual y emocional de la experiencia musical en el cerebro. Además, la música puede acceder a sustratos neurales que se relacionan con reforzadores primarios, activando el circuito de recompensa, funcionando como incentivo y elevando la motivación. Es importante mencionar que, cuando personas no-músicas escuchan música placentera, se produce un aumento en la activación del estriado ventral, incluyendo al núcleo accumbens (estructura implicada en respuestas a estímulos altamente placenteros) a la vez que disminuye la activación de la amígdala (CHANDA & LEVITIN, 2013). La dopamina, por ejemplo, cumple un rol fundamental en respuestas naturales a estímulos placenteros. Cuando un sujeto escucha música placentera, este mensajero químico se libera en estriado y área tegmental ventral (BOSO et al., 2006; LICHTENSZTEJN, 2009). Es importante resaltar que previamente se mencionó que la dopamina es uno de los neurotransmisores más importantes involucrados en la EP.

Interacción entre alteraciones motoras y sistema auditivo y motor.

Existe una amplia red cortical y subcortical distribuida a lo largo de nuestro sistema nervioso que involucra aspectos motores, sensoriales y cognitivos encargados del procesamiento de ritmo.

A lo largo del tiempo se investigó de manera exhaustiva las posibles conexiones entre los sistemas auditivo y motor, y se llegó a confirmar la existencia de un vínculo natural entre ambas regiones mediante la corteza

premotora. Los primeros datos fueron proporcionados por Rossignol y Melvill-Jones (1976), quienes hallaron que existen vías audio-motoras que viajan a través de conexiones reticuloespinales, a nivel del tronco encefálico. Así, los patrones sonoros, a través de la vía reticuloespinal, incrementan y regulan la excitabilidad de las motoneuronas de la médula espinal. De esta manera, se constituye la facilitación audioespinal, en donde las respuestas motoras se producen en relación al tiempo de un ritmo musical, presentado ya sea antes como durante la ejecución de un movimiento. También pueden mencionarse proyecciones auditivas en el cerebelo a través del núcleo pontino y al colículo inferior como fuente de información auditiva mediante proyecciones talámicas en el cuerpo estriado de los ganglios basales. En cuanto a las conexiones, quedó demostrado que se producen en una gran variedad de niveles de la columna vertebral y de estructuras corticales y subcorticales (THAUT, 2010). El sistema auditivo, en comparación con otros sistemas sensoriales, nos permite detectar la estructura y temporalidad de patrones rítmicos (NOMBELA, HUGHES, OWEN & GRAHN, 2013) y, de esta manera, en una nueva escucha, predecir parámetros temporales del sonido (DALLA BELLA, BENOIT, FARRUGIA, SCHWARTZE & KOTZ, 2015).

Con respecto a las redes involucradas tanto en el sistema auditivo como en el motor, se pueden mencionar dos: la red basal-tálamo-cortical, que se encarga de la detección parámetros temporales y de la autogeneración de movimientos, implicada específicamente en la iniciación y sincronización de movimientos en relación a la duración de un estímulo, y la red cerebelo-tálamo-cortical, que está involucrada en la codificación de la estructura temporal y congruencia de los movimientos en señales externas basadas en eventos temporales. En cerebros sanos, estas redes permiten que la persona pueda extraer las características temporales de una secuencia de sonidos, como por ejemplo, el ritmo de una canción (DALLA BELLA et al., 2015).

Dada la sensibilidad del sistema auditivo frente a la temporalidad de eventos musicales, puede considerarse a esta cualidad para influir sobre el sistema motor y proporcionar la regularización temporal en función de producir cambios en la marcha del paciente con EP (NOMBELA et al., 2013). Además, debido a la velocidad y al tiempo con el que se procesa el ritmo en el sistema auditivo, puede resultar un estímulo útil para incidir sobre el sistema motor (THAUT, 2010).

En el caso de personas con EP se presentan alteraciones en la marcha como consecuencia de los síntomas motores (bradicinesia, rigidez e inestabilidad postural). Dichas alteraciones se manifiestan a través de pequeños pasos (reducción en la longitud de la zancada), reducción de la velocidad, festinación (i.e. arrastre de los pies) y freezing (bloques; DALLA BELLA et al., 2015; FERNÁNDEZ-DEL OLMO, ARIAS & CUDEIRO-MAZAIRA, 2004). Con respecto a los movimientos simultáneos, los pacientes con EP presentan lentitud en la duración del movimiento y largas pausas entre cada movimiento. Estos aspectos conducen a limitar la autonomía de la persona, aumentar la posibilidad de caídas, afectar la calidad de vida (FERNÁNDEZ-DEL OLMO et al., 2004) y, en ocasiones, provocar la institucionalización (DALLA BELLA et al., 2015). El origen de este deterioro puede deberse a la deficiente sincronización interna, es decir el mecanismo que coordina de manera precisa todos los movimientos de nuestro cuerpo (NOMBELA et al., 2013). Por lo tanto, cuando los mecanismos de sincronización interna se encuentran afectados, se produce un déficit en el rendimiento motor. Sin embargo, en personas que presentan dificultades para iniciar y controlar el movimiento internamente, las señales rítmicas externas pueden ser fuente de información para que la ejecución del movimiento sea posible, ya que tienen efecto sobre las funciones motoras. Esto se debe a que la capacidad para oír y producir ritmos no se encuentra afectada (el input). De esta manera, aunque exista una patología cerebelosa, contamos con la capacidad para seguir el

patrón rítmico de un evento musical (THAUT, 2003). Es por esto que se puede pensar que el ritmo constituye una vía de entrada para trabajar en función de mejorar la salida del rendimiento motor y la coordinación interna deficitaria (DALLA BELLA, et al, 2015; NOMBELA et al., 2013; THAUT, 2003).

Otra estructura implicada en el control motor es el cerebelo, que también se encarga de funciones de percepción sensorial y cognición que incluyen la iniciación, planificación y sincronización de movimientos (THAUT et al., 2008). Bower (1997) así como Parsons y Fox (1997), sostienen que las funciones del cerebelo operan como un sistema de soporte global en la adquisición y procesamiento de la información sensorial, en pos de optimizar y coordinar la entrada de dicha información (THAUT et al., 2008). A partir de lo expuesto anteriormente, es posible pensar, entonces, que a través de la estimulación rítmica una persona puede internalizar ritmos externos, estableciendo un patrón determinado que podrá repetirse aún en la ausencia de sonido (NOMBELA et al., 2013). Por lo tanto, tomando esta información se podría estimular desde la actividad musical para lograr mejoras a nivel de los mecanismos de sincronización y así conducir a un proceso que tenga como objetivo mejorar la postura y la marcha de personas con EP.

Musicoterapia

Bruscia, en 1987, definió a la musicoterapia como un proceso sistemático de intervención donde el terapeuta ayuda al cliente a conseguir un estado de salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que a través de ella se desarrollan como fuerzas dinámicas de cambio (BRUSCIA, 2007). Por otro lado, para la World Federation of Music Therapy, la musicoterapia es *“el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física,*

social, comunicativo, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos” (WFMT; 2011, p.1).

En el libro “Musicoterapia, métodos y prácticas”, Bruscia (2007) explica que la musicoterapia es considerada sistemática, dado que está basada en el conocimiento, se encuentra orientada a los objetivos, es organizada y regulada. Los componentes principales son el diagnóstico, tratamiento y evaluación de los resultados. De esta manera, se constituye, a través del tiempo, un proceso. En cuanto al cliente, el tiempo es considerado un proceso de cambio, mientras que para el terapeuta es una secuencia de intervenciones ordenadas temporalmente. Para que el proceso sea considerado musicoterapéutico es necesaria la participación de un musicoterapeuta calificado, un cliente y la música. En ausencia de alguno de estos componentes no podría hablarse de musicoterapia. A diferencia de otras modalidades, la musicoterapia utiliza a las experiencias musicales como agentes de intervención. En terapia, la música no es un objeto que opera sobre quién está siendo tratado, sino que es “una experiencia multifacética que involucra a la persona, el proceso, el producto y el contexto” (BRUSCIA, 2007; p. 20). Fomentar la salud es la meta principal de cada proceso musicoterapéutico, teniendo en cuenta que la salud es la integridad del cuerpo, la mente y el espíritu.

En EP, específicamente, los objetivos están orientados a mejorar el rendimiento motor de las personas, la calidad de vida y reducir la dependencia farmacológica (NOMBELA et al, 2013). El trabajo en musicoterapia con EP consiste en complementar el tratamiento farmacológico con música, ya que la aplicación farmacológica no actúa a largo plazo con respecto a la marcha y suele ocasionar deterioros mayores en otras áreas. De esta forma, utilizando a la música como tratamiento complementario, se refuerzan aspectos saludables de la vida de las personas. Para lograr un tratamiento satisfactorio es necesario

considerar la eficacia del ritmo sobre áreas neurológicas que se encuentran afectadas en EP, y pensarlas dentro de un proceso terapéutico en el que se incluya el trabajo de un musicoterapeuta en función de las necesidades del sujeto con EP.

Debido a las conexiones existentes entre el sistema auditivo y motor, las cuales fueron presentadas en apartados anteriores, Thaut (2010) propone desde un enfoque musicoterapéutico al entrenamiento de la marcha para el trabajo con personas con EP. Dicho proceso se lleva a cabo a través de técnicas específicas basadas en la estimulación auditivo-rítmica (EAR), las cuales forman parte de un protocolo estándar funcional para la musicoterapia neurológica y otras disciplinas de rehabilitación. El modelo de musicoterapia neurológica fundada por Thaut (2009), se define como la aplicación terapéutica de la música en personas que padecen déficit cognitivos, sensoriales y motores causados por enfermedades neurológicas, basada en el modelo neurocientífico de percepción y producción musical. Las técnicas de EAR se basan en la teoría del arrastre, proceso que permite sincronizar sensaciones internas a partir de estructuras rítmicas externas. De esta manera, a partir de un patrón rítmico estructurado se genera una secuencia de sonidos que marcados en un tiempo específico, permiten anticiparse al sonido y constituir un mapa de movimiento (NOMBELA et al., 2013). Las señales auditivas pueden ser proporcionadas a través de un metrónomo (con una frecuencia del 10% por encima de la cadencia habitual del paciente), o de un ritmo musical en conjunto con la actividad de un metrónomo.

Las investigaciones realizadas se focalizaron principalmente en el efecto de la rítmica sobre los movimientos de los brazos y en la marcha (THAUT, 2010). Las señales auditivo rítmicas (SAR) operan como marcadores que obligan al sujeto a sincronizar el movimiento con dicha señal. Por ejemplo, golpeando el dedo índice en función de un ritmo, hecho que demuestra mejoras en la estabilidad corporal del paciente con EP, a diferencia de sujetos sanos.

Con respecto a la marcha, hay varios estudios que señalaron que con la utilización de SAR disminuye la cantidad de bloqueos tanto en la marcha en línea recta como en los giros, y que mejoran la estabilidad corporal del sujeto que recibe el tratamiento. Otras mejorías se observaron en la velocidad de la marcha, frecuencia y longitud del paso tras utilizar un metrónomo junto con el ritmo de una canción (FERNÁNDEZ-DEL OLMO et al., 2004). Por ejemplo, se realizó un estudio con 31 pacientes con EP y 10 sujetos ancianos sanos. En el caso de los pacientes 21 de ellos se encontraban medicados, mientras que los 10 restantes no. Para llevar a cabo el estudio se dispusieron 4 condiciones para que los pacientes caminaran: Caminar a su máxima velocidad sin señales rítmicas externas; Caminar siguiendo señales rítmicas externas (SAR), marcando el pulso; Caminar siguiendo las señales auditivas externas que están un 10% más rápidas que el pulso de base (SAR) y, por último, caminar sin señales externas, para comprobar si quedó un registro de lo trabajado. Las señales auditivas fueron presentadas a través de la grabación del metrónomo dentro de música editada y los pasos de los pacientes se registraron a través de pedales computarizados. Se obtuvieron mejoras tanto en la marcha, como en la frecuencia y longitud del paso, dando cuenta de la efectividad del entrenamiento del ritmo mediante SAR incluso en presencia de déficits a nivel de ganglios basales (MCINTOSH, BROWN, RICE & THAUT, 1997).

Por otro lado, Hayashi, Nagaoka y Mizunu (2005) proponen la EAR sin entrenamiento de la marcha para determinar el potencial de estas técnicas sobre la depresión y los disturbios en el paso, sin realizar movimientos en la EP. Es decir, sin incluir ejercicios de movimiento y en ausencia de un coordinador. La propuesta consistía en escuchar durante 120 minutos, de 3 a 4 semanas durante una hora al día, canciones familiares para los pacientes. Los resultados arrojados por la investigación evidenciaron cambios en el paso y velocidad de la marcha y elevación del estado de ánimo en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, Marrón-Cañas, Gibraltar-Conde y Montes-Castillo

(2011) sostienen que la musicoterapia receptiva, en este caso la escucha musical por sí sola no necesariamente implica la activación de funciones mentales superiores ni de áreas involucradas en el control motor. La musicoterapia activa resulta más eficiente, considerando el correcto uso de música y señales auditivas como adyuvante en la rehabilitación neurocognitiva en función de las necesidades y potencialidades de cada paciente en particular (MARRÓN-CAÑAS et al., 2011).

Calidad de vida en relación a la salud

En la EP, los síntomas que emergen afectan la funcionalidad y expectativas sobre el bienestar físico, mental y social del individuo, repercutiendo directamente sobre la calidad de vida relacionada con la salud (FRADES-PAYO, FORJAZ & MARTÍNEZ-MARTÍN, 2009). La calidad de vida en relación a la salud (CVRS) incluye a la salud física y mental, y sus consecuencias, abarcando áreas sociales, ambientales, económicas. Refleja de manera predominante experiencias internas, apuntando a obtener una valoración subjetiva de la repercusión de la afección de la enfermedad y del tratamiento en la vida del sujeto. Incluye aspectos no médicos de la enfermedad, haciendo hincapié en la evaluación subjetiva de la vida como un todo. Autores como Shumaker y Naughton (1995) proponen que la CVRS consiste en evaluaciones subjetivas sobre el estado de la salud, cuidados sanitarios y actividades de promoción y prevención de la salud, con el propósito de alcanzar el bienestar general a través del logro de objetivos vitales. El foco está puesto directamente sobre el impacto de la enfermedad, de las terapias y el bienestar físico, mental y social, en combinación con el funcionamiento objetivo y la percepción subjetiva de la enfermedad. Como dimensiones fundamentales sobre las cuales incide la CVRS se encuentran el funcionamiento físico, psicológico-cognitivo y social.

Estudios realizados han puesto de manifiesto que entre los diversos tratamientos que se llevan a cabo en la EP, los más utilizados son los farmacológicos y quirúrgicos. Los resultados de estos tratamientos muestran mayor eficacia en la mejoría de la CVRS (MARTÍNEZ-MARTÍN & DEUSCHL, 2007). Estudios realizados con terapias complementarias no farmacológicas como la musicoterapia, también mostraron mejorías con respecto a los síntomas cardinales y en relación a la CVRS (FRADES-PAYO et al., 2009). Por ejemplo, Pacchetti y colaboradores (2000) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de la musicoterapia activa en EP, evaluando cambios a nivel motriz, el bienestar emocional y la calidad de vida. Por otro lado, se comparó este tratamiento con el de terapia física, ya que era la más utilizada como intervención no farmacológica. Se seleccionaron 32 pacientes con EP idiopática para ser parte del estudio. Todos ellos debían responder a la terapia con fármacos (Levodopa o tratamiento dopaminérgico) y encontrarse en los niveles 2 o 3 de la escala de Hoehn y Yahr (1967). Se dividió al grupo en 2, donde 16 pacientes recibirían musicoterapia 2 horas semanales, mientras que los 16 restantes estarían expuestos a terapia física, 1 hora y media por semana. A su vez, estos se dividieron en subgrupos de 8 personas, dado que se considera el número ideal de pacientes para una sesión grupal. La duración del estudio fue de 3 meses. Los resultados arrojados por la investigación indicaron que la musicoterapia activa fue efectiva en cuanto al rendimiento motor, mejorando de manera significativa la bradicinesia. También se evidenciaron cambios significativos en cuanto a aspectos emocionales de la CVRS en este grupo de pacientes. El único síntoma que mejoró con la terapia física fue la rigidez, quedando fuera de su alcance las esferas emocionales y la CVRS. Las actividades en musicoterapia incluían un primer momento de escucha y relajación a través de la visualización de imágenes, ejercicios de respiración, expresión facial y vocalización, realización de movimientos siguiendo la rítmica de una canción, improvisación, expresión corporal libre y,

hacia el final, un espacio de verbalización sobre lo acontecido (PACCHETTI et al., 2000).

Conclusiones

Teniendo en cuenta los datos presentados en esta revisión y las relaciones existentes entre el procesamiento de la música y las conexiones rítmico-auditivas, es necesario considerar tratamientos no farmacológicos para el abordaje de la EP, no sólo por los efectos secundarios que éstos provocan, sino también por la resistencia que el cuerpo genera frente a la medicación, produciendo que los síntomas no puedan ser aplacados y conlleven a generar condiciones más incapacitantes de lo esperado. Existen fuertes evidencias de que el uso de musicoterapia activa en pacientes con EP es eficaz no sólo porque el componente rítmico contribuye a mejorar habilidades motoras, sino también por el carácter afectivo que la música posee. Teniendo en cuenta a este otro factor, la música influye en el procesamiento motivacional y emocional de la persona, elevando el estado de ánimo y generando situaciones placenteras dentro de un proceso terapéutico (PACCHETTI et al., 2000; THAUT, 1998; 2003; 2009; 2010).

En los últimos años se ha investigado de manera exhaustiva las terapias que resultan efectivas para mejorar, entre otros síntomas, la marcha, la postura y el estado de ánimo de los pacientes con enfermedad de Parkinson. Dentro del abanico de posibilidades se pueden mencionar a las intervenciones brindadas por la Musicoterapia. Específicamente la técnica de estimulación rítmico-auditiva, descrita por Michael Thaut, constituye una herramienta de intervención eficaz en el trabajo con pacientes con alteraciones motoras, específicamente en EP. Los resultados obtenidos en diversas investigaciones dan cuenta de la eficacia de la misma, favoreciendo más que la terapia física, la velocidad de la marcha, el movimiento de los brazos y la postura

(MCINTOSH et al., 1997; PACCHETTI et al., 2000; THAUT, 1988). A la vez, a través del uso de la música, se obtienen valores más altos en lo que refiere al estado anímico de este tipo de pacientes que los conseguidos con la terapia farmacológica. Asimismo, no resulta una intervención invasiva y nociva para el organismo de las personas, lo cual conduce a mejorar la calidad de vida en relación a la salud y permite realizar una actividad placentera dentro de un tratamiento terapéutico. En varios países se incluye dentro del plan de tratamiento de musicoterapia de manera primordial.

Como plantea Bruscia, un proceso musicoterapéutico sólo existe en presencia de un musicoterapeuta, un beneficiario y la música. En ausencia de alguno de estos elementos no es posible hablar de musicoterapia. Es preciso, entonces, que esta información comience a difundirse dentro del ámbito de la disciplina, para realizar un correcto uso de la técnica. De esta manera, se incrementarían las herramientas para el trabajo con personas con EP, beneficiando a un mayor porcentaje de personas afectadas. Una vez que se comience a tener en cuenta la aplicación de la técnica, será posible pensar en tratamientos que abarquen de modo posterior a los trastornos no motores y neurocognitivos, favoreciendo de manera integral el desarrollo en sociedad de los pacientes con EP. Por lo tanto, si empezamos a considerar las herramientas que tenemos a nuestro alcance, y optamos por la difusión, será posible crecer como disciplina.

Referencias

ARIAS-RODRÍGUEZ, M. y MORÍS-DE LA TASA, G. Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 48 (1), S21-S25, 2009.

BARBOSA, E.R. Manifestaciones premotoras de la enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 50 (1), S9-S11, 2010.

BOSO, M.; POLITI, F.; BARALE, P. y EMANUELE, E. Neurophysiology and neurobiology of the Musical Experience. **Functional Neurology**, 21 (4), 187-91, 2016.

BRUSCIA, K. **Musicoterapia, métodos y prácticas** (2da Edición), México, Pax México, 2007.

BRUSCIA, K. **Modelos de improvisación en Musicoterapia**. Agruparte Producciones.

CAMBIER, J. y MASSON, M. Síndromes Parkinsonianos. **Manual de neurología**, cap. 13, Barcelona, Toray-Masson, 1975.

CARUSO, C. **Silbando en la oscuridad: Música y Psicósomática**. (pp25-41), Buenos Aires, Topia Editorial, 1997.

CHACÓN, J.R. Concepto de enfermedad de Parkinson. Enfermedad multisistémica: ¿Todos los núcleos son iguales? **Revista de Neurología**, 50(4), S2-3, 2010.

CHANDA, M. y LEVITIN, D. The neurochemistry of music. **Trends in Cognitive Sciences**, 17(4), 179-193, 2013.

DALLA BELLA, S.; BENOIT, C. E.; FARRUGIA, N.; SCHWARTZE M. y KOTZ S. A. Effects of musically cued gait training in Parkinson's disease: Beyond a motor benefit. **Annals Of The New York Academy of Sciences**, 1337, 77-85, 2015.

FERNÁNDEZ-DEL OLMO, M.; ARIAS, P. y CUDEIRO-MAZAIRA, F.J. Facilitación de la actividad motora por estímulos sensoriales en la enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 39(9), 841-847, 2004.

FERNÁNDEZ-PRIETO, M.; LENS, M.; LÓPEZ-REAL, A., PUY, A., DIAS-SILVA, J.J. y SOBRIDO, M.J. Alteraciones de la esfera emocional y el control de los impulsos en la enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 50 (2), S41-9, 2010.

FRADES-PAYO, B.; FORJAZ, M. J. y MARTÍNEZ-MARTÍN, P. Situación actual del conocimiento sobre calidad de vida en la enfermedad de Parkinson: I. Instrumentos, estudios comparativos y tratamientos. **Revista de Neurología**, 49 (11), 594-598, 2009.

GIANNAULA, R. Alteraciones cognitivas y demencia en la enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 50 (1), S13-6, 2010.

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XVIII n° 21 ANO 2016

TRAINA, R., *et al.* Utilización de la técnica de estimulación rítmico-auditiva como agente de intervención para pacientes con enfermedad de parkinson. Una revisión sistemática.

(p. 26-50)

HAYASHI, A.; NAGAOKA, M. y MIZUNU Y. Music therapy in Parkinson's disease: Improvement of parkinsonian gait and depression with rhythmic auditory stimulation. **Parkinsonism and related disorders**, 12 (2), S 76, 2006.

HOEHN M.M. y YAHR M.D. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. **Neurology**, 17,427-442. 1967

JUSTEL, N. y DIAZ-ABRAHAN, V. Plasticidad cerebral: Participación del entrenamiento musical. **Suma Psicológica**, 19 (2), 97-108, 2012.

LEVITIN, D.J. y TIROVOLAS, A. K. Current advances in the cognitive neuroscience of music. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 1156, 211-231, 2009.

LICHTENSZTEJN, M. **Música & Medicina. La aplicación especializada de la música en el área de la salud**. Buenos Aires, Elemento, 2009.

MARRÓN CAÑAS, L. A.; GIBRALTAR CONDE, A.; y MONTES CASTILLO, M.L. La música y la señalización auditiva como adyuvantes en la rehabilitación de la enfermedad de Parkinson. Revisión sistemática cualitativa. **Revista Mexicana de Medicina, Física y Rehabilitación**, 23 (1), 20-29, 2011.

MARTÍNEZ-MARTÍN, P. y DEUSCHL, G. Effect of medical and surgical interventions on health-related quality of life in Parkinson's disease. **Movement Disorders**, 22 (6), 757-65, 2007.

MCINTOSH, G.C.; BROWN, S.H.; RICE, R.R. y THAUT, M.H. Rhythmic auditory motor facilitation of gait patterns in patients with Parkinson's disease. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, 62 (1), 22-6, 1997.

NOÉ-SEBASTIÁN, E.; IRIMIA-SIEIRA, P.; POMARES-ARIAS E.; MARTÍNEZ-VILA, E. y LUQUIN-PIUDO, M.R. Trastornos neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 32(7), 676-681, 2001.

NOMBELA, C.; HUGHES L.E.; OWEN A. E. y GRAHN, J. A. Into the groove: Can rhythm influence Parkinson's disease? **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, 37, 2564-2570, 2013.

OSTROSKY-SOLIS, F. Características neuropsicológicas de la Enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 30 (8), 788-796, 2000.

PACCHETTI, C.; MANCINI, F.; AGLIERI, R.; FUNDARO, C., MARTIGNONI, E. y NAPPI G. Active music therapy in Parkinson's disease: an integrative method for motor and emotional rehabilitation. **Psychosomatic Medicine**, 62, 386-93, 2000.

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XVIII n° 21 ANO 2016

TRAINA, R., *et al.* Utilización de la técnica de estimulación rítmico-auditiva como agente de intervención para pacientes con enfermedad de parkinson. Una revisión sistemática.

(p. 26-50)

PASCUAL-LEONE, A. y PRESS, D. Trastornos cognitivos y comportamentales en la enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 29 (2), 152-157, 2009.

PEREA-BARTOLOMÉ, M. V. Deterioro cognitivo en la enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 32 (12), 1182-1187, 2001.

PERETZ, I. y COLTHEART, M. Modularity of music processing. **Nature Neuroscience**, 6, 688-691, 2003.

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

PIERCE, J.R. **The science of musical sound**. New York: W.H. Fregman, 1983.

RODRÍGUEZ-CONSTENLA, I.; CABO-LÓPEZ, I.; BELLAS-LAMAS, P. y CEBRIÁN E. Trastornos cognitivos y neuropsiquiátricos en la enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 50(2), S33-9, 2010.

ROSS G.W.; ABBOTT R.D.; PETROVITCH H.; TANNER C.M.; DAVIS D.G.; NELSON J., et al. Association of olfactory dysfunction with incidental Lewy bodies. **Movement Disorder**, 21 (12), 2062-7, 2006.

ROSSIGNOL, S. y MELVILL-JONES, G. Audio-spinal influence in man studied by the H-reflex and its possible role on rhythmic movements synchronized to sound. **Electroencephalography and Clinical Neurophysiology**, 41 (1):83-92, 1976.

SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ, J.L. Déficit neuropsicológicos en la enfermedad de Parkinson. Relación con variables clínicas. **Revista de Neurología**, 35 (4), 310-317, 2002.

SANTOS, H.; GARCÍA-ANTELO, M.J.; IVÁNOVIC-BARBEITO, Y.; DÍAS-SILVA, J.J. y SOBRIDO, M.J. Tratamiento de los trastornos de la marcha en la enfermedad de Parkinson. **Revista de Neurología**, 54 (5), S61-8, 2012.

SHUMAKER, S.A. y NAUGHTON, M.J. The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En SHUMAKER S.A. & BERZON R.A. **The International Assessment of Health related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis**. New York: Rapid Communication; p.3-10, 1995.

SORIA-URIOS, G.; DUQUE, P. y GARCÍA-MORENO, J. Música y cerebro: fundamentos neurocientíficos y trastornos musicales. **Revista de Neurología**, 52, 45-55, 2011.

THAUT, M. H. Rhythmic intervention techniques in music therapy with gross motor dysfunctions. **The arts in Psychotherapy**, 15, 127-137, 1988.

THAUT, M.H. Neural basis of rhythmic timing networks in the human brain. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 999, 364–373, 2003.

THAUT, M. H.; STEPHAN, K. M.; WUNDERLICH, G.; SCHICKS, W.; TELLMAN, L.; HERZOG, H., et al. Distinct cortico-cerebellar activations in rhythmic auditory motor synchronization. **Cortex**, 45 (1), 44-53, 2009.

THAUT, M. y COL. Neurologic Music Therapy Improves Executive Function and Emotional Adjustment in Traumatic Brain Injury Rehabilitation. **The Neurosciences and Music III—Disorders and Plasticity: Annals of the New York Academy of Sciences**, 1169, 406–416, 2009.

THAUT, M. H. Rhythmic auditory stimulation in rehabilitation of movement disorders: a review of current research. **Music Perception**, 27 (4), 263-269, 2010.

VARGAS-BARAHONA, L.M. Enfermedad de Parkinson y la Dopamina. **BUN Synapsis**, 2 (2), 11-15, 2007.

YÁÑEZ-BAÑA, R.M. Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. ¿Deben revisarse los actuales criterios diagnósticos? **Revista de Neurología**, 50 (4), S9-11, 2010.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. **What is Music Therapy?** Recuperado el 16 de octubre del 2015, <http://.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>

Recebido em 08/08/2016
Aprovado em 17/10/2016

MUSICOTERAPIA

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA ESCALA *IMPROVISATION ASSESSMENT PROFILES* (IAPs) PARA USO NO BRASIL: PARTE 2

TRANSLATION, TRANSCULTURAL ADAPTATION AND VALIDITY EVIDENCES OF THE IMPROVISATIONAL ASSESSMENT PROFILES SCALE (IAPs) FOR USE IN BRAZIL: SECTION 2

*Gustavo Schulz Gattino*⁵, *Karina Daniela Ferrari*⁶, *Graciane Azevedo*⁷, *Felipe de Souza*⁸, *Flavia Christine Dal Pizzol*⁹, *Daniel da Conceição Santana*¹⁰

Resumo - este artigo tem o propósito de apresentar a segunda parte da pesquisa sobre a criação da versão para uso no Brasil da escala *Improvisation Assessment Profiles* (IAPs) a partir dos processos formais de tradução, bem como pela análise do instrumento no que se refere à sua adaptação transcultural. A escala foi avaliada ainda por um conjunto de especialistas que verificou evidências de validade no que se refere ao conteúdo da escala na sua clareza e relevância. Concluindo, a escala apresentou padrões elevados de clareza e relevância e está habilitada para aplicação dentro do território brasileiro.

Palavras-Chave: tradução, adaptação transcultural, evidências de validade, *Improvisation Assessment Profile*.

⁵ Professor Assistente dos cursos de bacharelado, mestrado e doutorado em musicoterapia na Faculdade de Humanidades (Departamento de Comunicações e Psicologia) da Universidade de Aalborg, Dinamarca. Email: gattino@hum.aau.dk

⁶ Professora titular da Licenciatura em Musicoterapia da Universidade de Buenos Aires. Chefe do serviço de Musicoterapia no Sanatorio San José e no Hospital Dr. Teodoro Alvarez. Email: kferrari@centromtd.com.ar

⁷ Aluna do curso de Especialização em Musicoterapia da Faculdade de Candeias, Santa Catarina. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0691567174081441>. Email: nanytazevedo@gmail.com

⁸ Musicoterapeuta, professor do Curso de Especialização em Musicoterapia da Faculdade de Candeias. Email: d3madeira@hotmail.com

⁹ Musicoterapeuta formada pela Faculdade de Artes do Paraná. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9139522343665509>. Email: flaviapizzol@yahoo.com.br

¹⁰ Musicoterapeuta formado no curso de Musicoterapia do Complexo Educacional das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Membro das comissões Científica, Publicação e Mercado de Trabalho da Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do Estado de São Paulo (APEMESP). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4243959806535128>. Email: daniel.musicoterapia@gmail.com

Abstract - this article is intended to present the second part of the research which created the Improvisation Assessment Profiles (IAPs) version in Brazil according to a formal translation process and the analysis of the instrument in relation to its cross-cultural adaptation. The scale was also evaluated by a panel of experts who found validity evidences as regards the content in the range of clarity and relevance. In conclusion, the scale showed high standards of clarity and relevance and is enabled for application within the Brazilian territory.

Keywords: translation, cross-cultural adaptation, validity evidences, Improvisation Assessment Profiles.

Introdução

O termo 'avaliação' em Musicoterapia possui diferentes significados e aplicações conforme o contexto onde está inserido. Segundo o Dicionário de Musicoterapia (KIRKLAND, 2013), existem dois grandes termos em inglês associados a prática avaliativa em musicoterapia: "assessment" e "evaluation". O termo *assessment* está relacionado a observações mais profundas sobre a história do paciente com o propósito de se investigar possíveis objetivos a serem trabalhados no processo musicoterapêutico e que serão incluídos no plano de tratamento do referido caso. Segundo Bruscia (2003), nesta categoria de avaliação o musicoterapeuta está interessado na análise de três aspectos: relação global da pessoa com a música, história clínica, história de vida do paciente e características musicais da pessoa (o que consegue e o que não consegue fazer musicalmente). Essa fase dura em média de três a quatro encontros com o paciente. Sem uma adequada avaliação, as intervenções do musicoterapeuta terão um caráter mais experimental do que programático. Por sua vez, o termo *evaluation* tem o intuito de observar a evolução do paciente durante o processo de tratamento (KIRKLAND, 2013). Em outras palavras, o interesse deste tipo de avaliação é verificar se os objetivos estabelecidos como plano de atendimento foram atingidos e se o paciente apresentou mudanças a partir do início da aplicação do tratamento musicoterapêutico.

Sobre os possíveis tipos de aplicações das práticas avaliativas em musicoterapia Wigram, Pedersen e Bonde (2002) oferecem cinco possibilidades conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1. Aplicações das práticas avaliativas em musicoterapia

	Propostas	Função
A	Avaliação do diagnóstico	Obter de evidências para sustentar a hipótese diagnóstica
B	Avaliação geral do paciente	Identificar necessidades gerais do paciente a partir de uma perspectiva holística e recomendar intervenções relevantes
C	Avaliação da intervenção musicoterapêutica	Obter evidências que sustentam a musicoterapia como forma de intervenção
D	Avaliação anterior ao tratamento	Determinar nas primeiras duas-três sessões uma intervenção relevante para o paciente
E	Avaliação da eficiência do tratamento	Avaliar a eficiência da Musicoterapia depois do término do processo terapêutico

De acordo com a Wigram e Wosch (2007), a variedade dos instrumentos e modelos de avaliação em musicoterapia dependem dos seguintes fatores: proposta do instrumento, foco principal, população, variável dependente, método de análise e tipo de coletas de dados (quantidade de avaliações por exemplo). Por esta razão, a quantidade de instrumentos avaliativos ao redor do mundo é expressiva. Contudo, segundo a revisão de Jacobsen (2012), as a maior parte das avaliações em musicoterapia não foram sistematizadas e não passaram por processos de validação. Cabe destacar que Sabbatella (2004) apresentou anteriormente uma revisão da literatura a respeito da padronização dos instrumentos de avaliação em musicoterapia, onde analisou 41 referências publicadas em 11 revistas de musicoterapia entre 1985 e 2001. A autora encontrou a mesma falta de detalhes e o foco limitado sobre os procedimentos metodológicos na avaliação de musicoterapia, incluindo detalhes sobre coleta de dados, categorias de dados e medição, áreas de avaliação, interpretação e

relatórios. Gattino e colaboradores (2014) realizaram uma revisão sobre os instrumentos validados em musicoterapia e até aquele momento foram encontrados 4 avaliações: *Category System of Music Therapy* (KAMUTHE, de Cristine Plahl), *Improvisation Assessment Profiles-IAPs* (em processo de validação, de Kenneth Bruscia), *Individualized Music Therapy Assessment Profiles* (IMTAP, de Holly Baxter e colaboradores), *Escala de Relações Intramusicais* (ERI, de Karina Ferrari) Posteriormente, os IAPs foram traduzidos e validados (conforme será apresentado neste artigo). Da mesma maneira, as escalas *Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders* (IMCAP-ND, de John Carpenente), *Music in Everyday Life* (MEL de Tali Gottfried & Grace Thompson) foram traduzidas nos últimos dois anos (CARPENENTE, 2016; GOTTFRIED, THOMPSON & GATTINO, 2016). Desta maneira, no Brasil existem oficialmente 7 instrumentos validados.

A partir do exposto, fica o seguinte questionamento: qual a necessidade de padronização/sistematização e validação de avaliações musicoterapêuticas? Em relação a padronização/ sistematização, quanto mais próximos forem os procedimentos e as interpretações avaliativas dos musicoterapeutas, mais fácil será o intercâmbio de informações entre diferentes profissionais tanto para finalidades científicas quanto para a prática clínica (Gattino, 2012). No que se refere à validade, a resposta é um pouco mais complexa.

O processo de validação se refere ao estudo das propriedades psicométricas de um instrumento e consiste num processo contínuo onde o instrumento acumula evidências de validade em relação às suas possíveis aplicações. Em outras palavras, a validação de um instrumento não se esgota em uma pesquisa somente. Os processos de validação se referem a tradução e adaptação de escalas, aplicação e comparação da escala com instrumentos de outras disciplinas. Ainda incluem a verificação da relevância e clareza dos dados da escala e comparação dos resultados da escala aplicada a diferentes

populações. Em síntese, se não estudamos as propriedades das avaliações usadas em musicoterapia, não há como afirmar que elas funcionam para o que se propões e ainda não podemos atribuir possíveis usos desses instrumentos para populações distintas para as quais a avaliação for criada (Gattino et al., 2010). Além disso, a falta de instrumentos validados em musicoterapia enfraquece a comprovação dos resultados obtidos na intervenção musicoterapêutica, pois se o instrumento utilizado para aferir as mudanças no paciente não foi testado de modo criterioso os resultados mensurados por tais avaliações são duvidosos (Gattino et al., 2010).

Concordando com o que foi apresentado até este momento, o objetivo deste artigo é apresentar a tradução, adaptação transcultural e evidências de validade da escala *Improvisation Assessment Profiles-IAPs* (Perfis de Valoração da Improvisação) de Kenneth Brusica. Esse instrumento ainda não havia sido oficialmente traduzido no Brasil, visto que esta é a primeira tradução a ser realizada com autorização da editora Charles Thomas Publishers que detém os direitos autorais da escala, juntamente com a autorização do autor do instrumento, o musicoterapeuta Kenneth Bruscia. Além disso, esta é a primeira tradução que segue os critérios e procedimentos metodológicos usados para a tradução e adaptação transcultural de escalas. Ao final deste artigo está a versão completa da escala, originalmente publicada em 1987 no livro *Improvisational models of music therapy* de Kenneth Bruscia e uma versão resumida da escala que foi enviada por Bruscia especialmente para este artigo de tradução e validação o qual foi elaborada no ano de 2012. Segundo o autor, esta é uma versão funcional da escala.

Algumas considerações sobre os perfis dos IAPs

No primeiro artigo desta pesquisa, foram apresentadas as distintas características do instrumento de avaliação, a descrição dos seus seis perfis (saliência, tensão, autonomia, variabilidade, integração e congruência, bem

como as suas distintas formas de aplicação. Alguns destes perfis necessitam de uma maior reflexão do que outros, especialmente os perfis de saliência, tensão, variabilidade e congruência. Esses perfis possuem diferentes formas de uso e interpretações que merecem ser destacadas nesta publicação antes da apresentação dos processos de tradução, adaptação e validação da escala.

Algumas considerações sobre o perfil saliência

Posteriormente à publicação do manuscrito, Bruscia relatou em uma entrevista ministrada por Brynjulf Stige (2000) considerações importantes sobre a forma de interpretar esse perfil. Para ele, a saliência inclui não só ouvir para determinar quais elementos musicais são mais importantes, mas também determinar os perfis e as escalas que são mais relevantes. Esse perfil é útil para guiar a consciência musical enquanto se improvisa, concentrando-se na análise de uma única improvisação sobre os elementos mais significativos, e para identificar as semelhanças e diferenças entre as várias improvisações musicais. A saliência é crucial também segmentar a improvisação e determinar quais os elementos musicais criam a "forma" da improvisação.

O perfil saliência não fornece uma análise holística e abrangente; faz exatamente o contrário, limita o terapeuta aos aspectos da improvisação apresentados como os mais significativos. Nesse sentido, é possível afirmar que os IAPs realizam um grande esforço de compreensão a partir da obtenção de várias improvisações diferentes desde o ponto de vista do paciente em uma ampla variedade de condições, que pode ser considerada incompleta dentro do espectro de possibilidades do paciente, e logo comparar dados. Bruscia destaca ainda que a ênfase no perfil saliência reflete uma abordagem fenomenológica à avaliação da improvisação.

Para o autor, não se pode culpar ninguém por tomar um enfoque mais centrado nos IAPs utilizando apenas determinadas escalas e perfis em sua abordagem de trabalho. Na verdade, em certas situações, é o senso de comum

que o musicoterapeuta baseia-se na compreensão dos problemas clínicos do diagnóstico e tratamento de certas populações e o terapeuta define a avaliação apenas aos aspectos de uma improvisação que refletem ou revelam essas questões envolvidas. Portanto, esta modificação do IAPs é certamente razoável e muitas vezes justificada. Bruscia (2000) coloca ainda que o uso perfil saliência para orientar uma determinada análise é mais consistente com uma abordagem qualitativa, embora limitando a análise para as escalas e perfis específicos o enfoque mais consistente seria uma abordagem quantitativa.

Algumas considerações sobre o perfil tensão

A chave para interpretar o perfil de Tensão é o reconhecimento de suas várias influências recíprocas. A tensão musical pode existir no estímulo musical, no improvisador como produtor e no improvisador como ouvinte. Dessa forma, a tensão mutuamente essas distintas variáveis. Por exemplo, quando o improvisador toca com tensão, a música soa tensa; quando a música soa tensa, o improvisador reage com tensão; e quando o improvisador reage com a tensão, ele / ela começa a fazer música de modo mais tenso. Este circuito reacionário pode servir para aumentar, reduzir ou modular os níveis de tensão no processo de improvisação ou o próprio produto. Outra área de influência mútua está dentro da música. A tensão de um dos elementos ou o processo musical são afetados reciprocamente. Por exemplo, quando existe uma tensão no elemento de timbre, a tensão é também criada nos outros elementos. E quando há tensão no processo de integração rítmica (superdiferenciação), o resultado é a tensão rítmica.

Normalmente, a complexidade, a diferenciação e contraste criam altos níveis de tensão, enquanto que a simplicidade, a fusão e estabilidade criam níveis mais baixos. Os equilíbrios entre esses opostos (por exemplo, de integração e de variabilidade) geralmente criam níveis de tensão cíclicos. É muito interessante para interpretar quando essas tendências são revertidas, ou

quando os níveis de tensão entre os elementos musicais começam a interagir. Por exemplo, quando a fusão rítmica é acompanhada por uma tensão de um volume elevado, uma sensação de urgência é transmitida. A pergunta que orienta a interpretação é por que há tanta força, poder ou energia para manter a figuração rítmica, e a estabilidade rítmica unida. A direção e o fluxo de tensão também é uma consideração importante. Quando a tensão se acumula, há um movimento até a diante, previsibilidade e uma expectativa de descarga no futuro. O foco está centrado sobre o que vai acontecer. Quando a energia é armazenada por longos períodos sem libertação, sem descarga, as situações de clímax ou catarse são esperadas. Quando o clímax se torna demasiado frequente ou intenso, o fluxo de energia perde seu impacto. Por outro lado, quando a tensão é liberada, há um movimento em retrocesso e uma previsibilidade e expectativa de que a energia será dissipada. O foco é sobre o que aconteceu. Quando a tensão é continuamente libertada sem se acumular, ocorre um esgotamento de energia e comprometimento. As situações de clímax e catarse não acontecem, e o resultado pode ser o tédio.

Algumas considerações sobre o perfil variabilidade

O perfil de Variabilidade se preocupa com a tendência dos indivíduos para manter ou mudar situações ao longo do tempo. Assim, o perfil reflete as relações temporais entre ideias e sentimentos do passado, presente e futuro. A regularidade é preservada quando há necessidade de permanência, estabilidade, previsibilidade, "tradição" ou seletividade. Quando levado ao extremo, a regularidade leva a fixações, obsessões, compulsões, perseverança e ritualismo. A uniformidade é preservada, mantendo ou repetindo ideias ou sentimentos anteriores, e minimizando a introdução do novo e do diferente. A manutenção do que se tem e a não aceitação de cada mudança ou ideia nova que aparece permite que se construa uma base segura para o presente, e uma direção clara para o futuro. No entanto, quando a uniformidade é preservada de

forma rígida e convincente, não há segurança nesta e não há uma direção para o futuro. Ao manter o que já se tem, se realiza o processo de viver o presente no passado, ou de reviver o passado no presente. Este, portanto, é um processo regressivo. À medida que o futuro não é procurado, também se refere a um processo estático. Os processos regressivos e estáticos são muito importantes. Não habilitar o presente ou o futuro poder ser uma forma de indulgência do tempo. Fazer pausas, esperar ou estar suspensão pode ser uma exploração das possibilidades existentes antes de seguir adiante. Contudo, quando isso é levado ao extremo, ficar no passado regressivamente pode levar a anular a possibilidade do presente e o futuro, e nunca mais voltar a partir da regressão. Sem focalizar no futuro, no futuro, o presente é incompreensível, e o passado não tem qualquer significado ou propósito.

Em relação às mudanças, a mudança ocorre quando há necessidade de divergência, experimentação, liberdade, flexibilidade e adaptação. Quando levada ao extremo, a mudança leva à dispersão, impulsividade, desorganização, descontinuidade e fragmentação. A mudança é feita através da apresentação de novas ideias e sentimentos, minimizando a repetição ou manutenção dos mesmos. O processo é inovador e liberal. Deve-se explorar, inventar e criar algo novo para melhorar e crescer. Uma pessoa não pode ser limitada ao conhecido e confortável. No entanto, quando levadas ao extremo, as mudanças excessivas significam que não há nenhum mapa para orientar o curso de exploração, e não há nenhum sentido racional ao inventado ou criado. Desse modo, o presente torna-se aleatório e o futuro errático, sem orientação do passado. A mudança requer avançar no tempo, prevendo o futuro e formulando expectativas sobre o que será desenvolvido para mais além do presente e do passado, de modo progressivo e dinâmico. Sem olhar para o futuro, esperando que alguma coisa vai emergir, o presente se torna imprevisível e o passado se torna sem sentido. De modo distinto, quando levada ao extremo, o futurismo e a inovação tornam-se rígidos na sua

preservação da aleatoriedade e descontinuidade. Paradoxalmente tornam-se forças regressivas, conservadoras e estáticas.

Algumas considerações sobre o perfil congruência

O perfil Congruência aponta como o paciente se sente sobre seus próprios pensamentos e sentimentos e como as suas experiências internas são consistentes com suas expressões externas. Para interpretar este perfil, algumas perguntas podem ser úteis. É preciso refletir se as ideias do paciente são consistentes umas com as outras, com o outro e com os sentimentos associados a essas ideias. Ainda cabe questionar se estes sentimentos são ambíguos, ambivalentes ou dissociados. Outro ponto de reflexão é se alguns elementos musicais enviam uma mensagem e os outros elementos e processos enviam uma outra mensagem distinta. Do mesmo modo, deve-se questionar se as partes simultâneas são consistentes em relação aos sentimentos e expectativas. Ainda pode-se verificar se as relações de papéis entre as partes e elementos são consistentes uns com os outros e se os sons musicais são consistentes com a linguagem corporal e a verbalização do paciente.

Metodologia

As metodologias de tradução e adaptação transcultural diferem entre si em relação ao tipo de instrumento, no que refere-se à sua forma de preenchimento (se preenchido pelo avaliando ou por um avaliador externo), pela quantidade de etapas (que podem incluir análises mais simples ou mais complexas das evidências de conteúdo do instrumento, no que diz respeito à validade), assim como a forma de traduzir, por tradutores específicos da área ou por tradutores bilíngues que não possuem um conhecimento aprofundado no tipo de instrumento em questão (Guillemin, 1993; Sperber, 2004, Wild et al,

2005). Ainda, há divergências sobre o papel do comitê de especialistas na análise do instrumento traduzido. Desta maneira optou-se - para os IAPS - por uma mescla de modelos unindo o caráter prático proposto por Sperper e o foco na realização de diversas revisões e versão do instrumento de avaliação proposto por Guillemim e colaboradores (1993), Wild e colaboradores (2005) e Sperber (2004). Da mesma maneira, a verificação da adaptação transcultural ocorreu segundo as diretrizes para testes educacionais e psicológicos de 2014, propostas pela *American Educational Research Association (AERA)*, *American Psychological Association (APA) National Council on Measurement in Education (NCME)*, no que diz respeito às evidências de validade relacionadas ao conteúdo.

Etapas da tradução, adaptação transcultural e evidências de validade

A tradução ocorreu segundo as seguintes etapas: autorização da tradução; elaboração de duas traduções independentes; análise das traduções e criação de uma versão única (versão 1); retrotradução; revisão e harmonização da retrotradução e elaboração da versão 2; revisão pelo comitê de especialistas; verificação das evidências de conteúdo e elaboração da versão 3; reconciliação e elaboração da versão final. Cabe destacar que, no que se refere às evidências relacionadas ao conteúdo, o foco foi buscar o quanto o conteúdo da escala estava claro e relevante a partir da análise dos especialistas.

Resultados

Os resultados serão descritos conforme os dados obtidos nas diferentes fases do estudo:

Autorização da tradução: a permissão para a tradução dos IAPs em português do Brasil foi alcançada mediante a autorização do autor do

instrumento, Kenneth Bruscia e pela autorização da editora *Charles Thomas Publishers*, que detém os direitos autorais. A editora autorizou a tradução na íntegra apenas das duas páginas onde estão descritos os seis perfis dos IAPs. O autor da escala autorizou também a publicação da versão resumida elaborada em 2012, para a publicação na Revista Brasileira de Musicoterapia.

Elaboração de duas traduções independentes: dois tradutores com domínio na língua inglesa realizaram uma tradução da escala de modo independente e enviaram para o pesquisador coordenador do estudo. Um dos tradutores em questão foi um musicoterapeuta.

Análise das traduções e criação de uma versão única: um musicoterapeuta com experiência na validação de instrumentos avaliativos comparou os dois instrumentos e criou uma versão única (a versão 1).

Retrotradução: a versão 1 foi retraduzida para o inglês por um tradutor fluente em português e língua inglesa. O tradutor desta versão não esteve envolvido nos processos anteriores de tradução.

Revisão e harmonização da retrotradução e elaboração da versão 2: a partir da revisão da retrotradução por um musicoterapeuta especialista em validação de instrumentos avaliativos, a versão 1 e a retrotradução foram comparadas e em seguida foi elaborada a versão 2 do instrumento.

Revisão pelo comitê de especialistas, verificação das evidências de validade e elaboração da versão 3: um comitê formado por quatro musicoterapeutas avaliou a descrição de cada perfil e de seus respectivos 5 gradientes, onde foram atribuídas classificações sobre o nível de clareza e relevância de cada perfil como um todo (evidências de validade relacionadas ao conteúdo). Para maior clareza, os musicoterapeutas deveriam marcar em cada perfil uma pontuação de 0 a 5 conforme as seguintes categorias: 0 (não entendi nada); 1 (entendi só um pouco); 2 (entendi mais ou menos); 3 (entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas); 4 (entendi quase tudo); 5 (entendi perfeitamente e não tenho dúvidas). No que diz respeito a relevância de cada

perfil, os musicoterapeutas deveriam atribuir os seguintes escores: 1 (não relevante); 2 (pouco relevante); 3 (relevante) e 4 (muito relevante).

Dentre as evidências de validade relacionadas ao conteúdo, os musicoterapeutas mostraram que os IAPs apresentam um percentual expressivo de clareza, já que em todas as análises dos quatro especialistas, as pontuações ficaram entre 4 e 5 pontos para todos os perfis. Dessa maneira, os perfis foram entendidos em quase tudo ou entendidos perfeitamente. Acredita-se que a taxa de respostas de entendimento perfeito não chegou aos cem por cento devido à complexidade do instrumento. No que diz respeito à relevância, todos os musicoterapeutas marcaram classificações entre 3 e 4 (relevante e muito relevante, respectivamente) para todos perfis, com exceção do perfil Saliência (dois musicoterapeutas marcaram como pouco relevante). A partir dessa evidência de validade, a descrição da tradução foi novamente revisada.

Reconciliação e elaboração da versão final: a partir da análise dos especialistas verificou-se que o instrumento foi considerado claro e relevante, sendo que apenas o perfil Saliência foi considerado pouco relevante para um dos musicoterapeutas. Atribuiu-se esta pouca relevância à dificuldade de interpretação deste perfil, na versão original do instrumento. Não é por acaso que, em 2000, Bruscia realizou várias considerações novas sobre este perfil - o colocando numa posição diferente - inclusive sendo o primeiro a ser avaliado na versão resumida criada pelo autor em 2012. Após a análise dos especialistas, fez-se uma pequena correção no perfil Integração, visto que a descrição dos gradientes deveria estar colocada no plural, já que este perfil sempre está relacionando mais do que uma parte de um elemento musical ou até mesmo dois elementos musicais distintos.

Sobre a versão resumida dos IAPs, esta passou por um processo de tradução diferente da versão original, por se tratar de um instrumento secundário. O método de tradução seguiu as recomendações de Sperber (2014), do original em inglês para o português (falado no Brasil), por dois

tradutores independentes, e as duas versões foram comparadas pelos pesquisadores até a obtenção da versão final. Esta sofreu retrotradução para o inglês por um tradutor não participante das etapas anteriores e que não esteve em contato com o texto original.

Considerações Finais

Os Perfis de Valoração da Improvisação (IAPs) de Kenneth Bruscia continuam atuais mesmo depois de quase 30 anos da sua versão oficial. A partir da sua complexidade e das suas amplas possibilidades de aplicação apresentadas nesse artigo, os IAPs podem ser considerados como um instrumento funcional e relevante tanto na parte da pesquisa quanto para a prática clínica. Sugere-se para a melhor aplicação deste instrumento a leitura da seção dedicada aos IAPs no livro original elaborado por Bruscia, assim como o fórum especial de discussão dos IAPs organizado pelo Nordic Journal of Music Therapy, no ano de 2000, que sugere ainda trabalhos adicionais e formas atualizadas de pensar a aplicação do instrumento. A versão resumida sugerida por Bruscia em 2012 não substitui a original, porém traz um caráter mais prático para a aplicação do instrumento.

Espera-se que a tradução do referido instrumento seja o primeiro passo para estudos de evidências de validade dentro do contexto brasileiro, com diferentes populações e formas de aplicar essa escala. Além disso, acredita-se que em trabalhos futuros poderão sugerir diferentes formas de interpretar a sua aplicação, partindo de teorias distintas daquelas sugeridas por Bruscia. Por fim, há uma expectativa que a tradução dos IAPs possa encorajar mais musicoterapeutas a utilizar um instrumento padronizado, sistematizado e com evidências de validade no Brasil, para uma maior consolidação da Musicoterapia como disciplina e como profissão.

Agradecimentos

Profundos agradecimentos a toda a equipe envolvida neste grande estudo em todas as etapas da pesquisa. Também, faz-se um agradecimento especial aos especialistas que colaboraram para este estudo, a editora Charles Thomas Publishers e especialmente a Kenneth Bruscia por sua generosidade e por tornar este sonho possível.

Referências

AERA, APA & NCME. **Standards for Educational and Psychological Testing**. Estados Unidos: American Educational Research Association, 2014.

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

BRUSCIA, K. **Reconocer, Descubrir, Compartir... en Musicoterapia: Conferencias Porteñas**, 2001. Buenos Aires: Asam, 2003.

CARPENTE, J. **Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders (IMCAP-ND) - versão brasileira**. Tradução por Gustavo Schulz Gattino. North Baldwin: Regina Publishers, 2016.

GATTINO, G.; WALTER, F; FACCINI, L. Fundamentos sobre validade para o campo musicoterapêutico. **Anais... X Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**. Salvador, Bahia, 2010.

GATTINO, G. **Musicoterapia aplicada à avaliação da comunicação não verbal de crianças com transtornos do espectro autista : revisão sistemática e estudo de validação**. Tese de doutorado. PPG em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

GATTINO, G.; ARAUJO, G; ORTEGA, I.; MAUAT, A. **Instrumentos de avaliação em musicoterapia validados no Brasil**. XIV Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. Brasília, Distrito Federal, nov 7-9, 2014.

GOTFRIED, T.; THOMPSON, G; GATTINO, G. **Music in everyday life by parentes with their children with autism**. 10th European Conference of Music Therapy. Viena, Austria, jul 5-9, 2016.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, vol 46, p. 1417-1432, 1993.

KIRLAND, K (ed). **International Dictionary of Music Therapy**. London: FISH Books, 2013.

JACOBSEN, S. Music therapy assessment and development of parental competences in families where children have experienced emotional neglect. **Tese de doutorado**. Doutorado em Musicoterapia. Universidade de Aalborg. Aalborg, 2012.

SABBATELLA, P. E. Assessment And Clinical Evaluation In Music Therapy: an Overview From Literature And Clinical Practice. **Music Therapy Today** ,vol.5, n.1, 2004.

SPERBER, A.D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, vol.126, p.124-128, 2004.

STIGE, B. (org). IAP revisited. **Archival material by Nordic Journal of Music Therapy 1998-2008**, 2000.

WIGRAM, T.; PEDERSEN, I.; BONDE, L. **A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2002.

WILD, D. [et al.] - Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. **Value Health**, Vol. 8, nº 2, p. 94-104, 2005.

WOSCH, T. & WIGRAM, T (Eds.). **Microanalysis: Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2007.

MUSICOTERAPIA

ANEXO I

Versão Brasileira da escala *Improvisation Assessment Profiles (IAPs)* de Kenneth Bruscia (1987)

SALIÊNCIA

Este perfil lida com a forma como, a certos elementos musicais, é dada mais saliência que outros. As escalas do perfil descrevem o quanto de proeminência e controle é dado a cada elemento, ou componente musical.

Submisso	Concordante	Contributivo	Controlador	Opressivo
----------	-------------	--------------	-------------	-----------

INTEGRAÇÃO

Este perfil lida com a forma como aspectos simultâneos da música são organizados. As escalas dentro do perfil descrevem até que extensão os componentes, dentro de cada elemento musical, são semelhantes, separados e independentes um do outro.

Indiferenciados	Fusionados	Integrados	Diferenciados	Super diferenciados
-----------------	------------	------------	---------------	---------------------

VARIABILIDADE

Este perfil lida com a forma como aspectos sequenciais da música são organizados e relacionados. As escalas neste perfil descrevem até que ponto cada elemento musical ou componente permanece o mesmo, ou muda.

Rígido	Estável	Variável	Contrastante	Aleatório
--------	---------	----------	--------------	-----------

TENSÃO

Este perfil lida com o quanto de tensão é criada, dentro e através de vários aspectos da música. As escalas do perfil descrevem o quanto cada elemento e componente musical acumula, sustenta, modula ou libera tensão.

Hipotenso	Calmos	Cíclico	Tenso	Hipertenso
-----------	--------	---------	-------	------------

AUTONOMIA

Este perfil lida com os tipos de papéis nas relações formadas entre os improvisadores. As escalas do perfil descrevem a extensão pela qual cada elemento e componente musical são utilizados, para conduzir ou acompanhar o outro.

Dependente	Seguidor	Companheiro	Líder	Independente
------------	----------	-------------	-------	--------------

CONGRUÊNCIA

Esta escala lida com até que ponto estados de sentimento simultâneos e relações de papéis são congruentes. As escalas do perfil descrevem o quão consistentes os elementos e componentes musicais são em relação a níveis de tensão e relações de papéis.

Não Comprometido	Congruente	Centrado	Incongruente	Polarizado
------------------	------------	----------	--------------	------------

MUSICOTERAPIA

MÁRIO DE ANDRADE E A MUSICOTERAPIA

MARIO DE ANDRADE AND THE MUSIC THERAPY

Gregório José Pereira de Queiroz¹

Resumo - A conferência e artigo *Terapêutica Musical*, de Mário de Andrade, precederam o início da musicoterapia brasileira. Faz-se mister conduzi-lo para ser incluído em nossa musicoterapia, por seu valor histórico, mas também por conter elementos que vieram a se tornar significativos no desenvolvimento da musicoterapia científica, em particular o papel do ritmo e da melodia em sua relação com o ser humano.

Palavras-Chave: musicoterapia brasileira, terapêutica musical, melodia, ritmo, Mário de Andrade.

Abstract - The Mario de Andrade's conference and article *Musical Therapy* preceded the beginning of Brazilian music therapy. It should be mister lead it to be included in our music therapy, for its historical value, but also contain elements that were to become significant in the development of scientific music therapy, in particular the role of rhythm and melody in its relation with the human being.

Keywords: Brazilian music therapy, musical therapy, melody, rhythm, Mario de Andrade.

¹ Graduado em Arquitetura (FAUUSP, 1981); especialista em "Educação Musical com área de concentração em Musicoterapia" (Faculdade Carlos Gomes, 2000) e em "Musicoterapia na Saúde" (Faculdade Paulista de Artes, 2002), Mestre em Psicologia Social, Instituto de Psicologia, (Universidade de São Paulo, 2017); gjpqueiroz@usp.br, <http://lattes.cnpq.br/4348956059988637>.

Mário de Andrade proferiu a conferência *Terapêutica Musical* na Associação Paulista de Medicina, em 1937, foi a seguir publicada na revista *Publicações Médicas*. Este é um dos primeiros, senão o primeiro, registro acadêmico do uso da música enquanto terapia no Brasil.

A conferência foi republicada em 1972 pela Livraria Martins Editora, como capítulo do livro *Namoros com a medicina*, edição da qual me utilizo para o presente artigo.

Na conferência, Andrade discursa sobre as possibilidades terapêuticas da música e, por conseguinte, pode ser considerado um precursor da musicoterapia no Brasil. Seu pioneirismo é patente em outras áreas, como na etnomusicologia brasileira, com extensa pesquisa de campo e trabalhos escritos a respeito de nossa música popular e folclórica. Medicina e terapia não são suas especialidades – apesar de declarar desejo de ser médico (ANDRADE, 1972, p. 7) –, entretanto é sabido que o vasto conhecimento, a inteligência e a curiosidade de Mário transbordam por muitas áreas.

Este texto permaneceu praticamente no esquecimento até ser republicado. A vasta produção de Mário demorou tempo a ser organizada para publicação. Em 1944, ele afirma em carta:

Muito desagradável é o resto dos meus inéditos, que ainda estão por se fazer. Conferências como o “Sequestro da dona ausente” e “Música de feitiçaria no Brasil” podem ser publicadas tal como estão, com a advertência em subtítulo “conferência literária” porque o trabalho definitivo era muito mais sério e científico. Tal como está não passa de sugestão pra trabalhos de outrem. (Andrade, 2015, p. 3)

Embora não cite na carta a conferência *Terapêutica Musical*, creio que as palavras poderiam também se referir a ela: uma sugestão de trabalho ainda por ser desenvolvida, uma vereda a ser desbravada, muito mais do que um trabalho “sério e científico”. Não obstante a modéstia do autor em se referir a textos científicos seus como sendo ‘mera literatura’, o desenho que ele faz do potencial terapêutico da música é bastante bem embasado – nos termos de

sua época, naturalmente. Alguns elementos mantêm interesse e validade ainda hoje.

Até onde tenho conhecimento, a conferência de Mário não foi precedida nem a ela sucedeu uma prática clínica a partir do que foi proposto como terapêutica musical. São considerações isoladas de uma prática; são comentários a respeito de potencial antevisto na música. Com toda a certeza, essa conferência não inaugurou ou deflagrou o interesse e a atuação musicoterápica em solo brasileiro. Se esta conferência constasse da classificação proposta por Jellison, entendo que estaria classificado como texto filosófico ou histórico (COSTA, 1989, p 39).

Quase quarenta anos se passaram da conferência e publicação do texto de Mário até se formar a primeira turma de graduados em musicoterapia no Brasil, mais precisamente no Rio de Janeiro. A republicação que ora utilizo para este artigo é contemporânea do início dos cursos de graduação que “foram fundados em 1971, no Paraná e Rio de Janeiro” (BARANOW, 1999, p. 2).

As considerações terapêuticas de Mário para a música partem de um ponto que, hoje em dia, é bastante considerado nas lides musicoterápicas: a música enquanto pertencendo ao contexto sociocultural de uma comunidade, e, neste caso, pertencendo ao contexto da brasilidade. Grande conhecedor da música erudita europeia, os estudos de Mário sobre a música brasileira são fonte importante à musicologia e etnomusicologia brasileira. Suas viagens o levaram ao contato *in loco* com diversas manifestações populares, em especial ligadas à música.

Stige propõe uma musicoterapia centrada na cultura, que considere o contexto cultural no qual vive o sujeito em terapia. Ele se interessou em “como definir cultura de uma maneira que seja pertinente para a musicoterapia” (2002, p. 38), porque o material musical de dentro de uma cultura terá importância para a prática musicoterápica. Ele sugere ainda que “ao olhar para suas próprias práticas à luz de outras práticas, eles [os musicoterapeutas] podem

ser capazes de avaliar suposições e procedimentos que têm sido tomados como certos” (2002, p. 195). O intenso diálogo entre cultura e terapia musical é o que Stige trouxe para a musicoterapia no começo do século XXI.

De certo modo, é o que fez Mário de Andrade no início do século XX: a partir dos estudos sobre música e, em especial daquela que é uma das vertentes mais fecundas em sua obra, sua pesquisa sobre música popular brasileira, surge a consideração a respeito do uso terapêutico da música. Entre diversos trabalhos sobre a música brasileira relacionada a outras atividades humanas, pode-se citar sua pesquisa no nordeste brasileiro a respeito da música do catimbó e da pajelança e, no Rio, da macumba (ANDRADE, 2015a, p. 8), da qual resulta a conferência escrita para a Academia Brasileira de Música, em 1933, *Música de feitiçaria no Brasil*, posteriormente publicada em livro. Como proposto posteriormente por Stige, o trabalho de Mário mostra bastante bem o interesse pela relação entre ser humano, suas práticas e sua música. Seus estudos sobre o possível efeito terapêutico da música estão intimamente vinculados ao contexto social e ao meio cultural no qual se faz música.

Mário começa a conferência *Terapêutica Musical* afirmando que a música tem “seu extraordinário poder de atuação sobre o indivíduo e sobre as massas” por conta de “duas cousas essenciais: da força contundente do seu ritmo, e da indestinação intelectual do seu som” (p. 13). Sobre o ritmo, afirma o seguinte:

Na música o ritmo aparece nu, o ritmo é puro, sem elementos que o disfarçam e o distraiam... Na música, como os sons não são representação de coisa alguma, e as melodias são puras imagens sonoras de sentido próprio, o ritmo se apresenta puro, indisfaçado, não desviado, contendo a sua significação em si mesmo. Daí poder ele se manifestar toda a sua violenta força dinâmogênica sobre o indivíduo e sobre as multidões. (p. 14)

MUSICOTERAPIA

Embora o ritmo se faça presente em praticamente tudo o que existe, é na música que, segundo Mário, ele se liberta das formas e surge na pureza de sua força. Segundo Zuckerkandl,

Enquanto melodia e harmonia são fenômenos essencialmente musicais, nativas do mundo das notas e não são encontradas em qualquer outro lugar (os adjetivos derivados destes termos podem ser aplicados apenas metaforicamente fora do campo da música), o ritmo é um fenômeno verdadeiramente universal. ... No animado como no inanimado, no microscópico e no macrocosmo, a natureza revela disposições para as quais nenhum conceito está melhor adaptado do que o de ritmo. Corretamente tem sido dito que o ritmo é uma manifestação do reinado da lei através do universo. (1973, p. 157-58)

Assim, não é tanto a presença do ritmo na música, pois que ele está presente em tudo ou quase tudo, mas é essa presença desnudada, por assim dizer, pela qual sua força se manifesta. Para Mário, “o ritmo musical é de todos os ritmos artísticos o de maior poder fisiológico, por se apresentar mais puramente” (ANDRADE, 1972, p. 15). Para ele, o ritmo pode ser um participante ativo de processos terapêuticos – em especial, devido a uma ação física e fisiológica sobre o organismo humano – e esta é uma das razões pela qual a música pode ter uso terapêutico.

Agora, o que Mário chama de “indestinação intelectual” é aquilo que os musicoterapeutas atualmente denominam na música ser seu caráter de “linguagem não verbal”. A música não está destinada ao mesmo tipo de apreensão intelectual e racional tal qual a linguagem discursiva. Não é a lógica do discurso verbal o que encontramos na música, mas alguma coisa outra.

Mário sequer utiliza o termo ‘linguagem’ para se referir à música nem a considera representação de algo: “o som musical não tem sentido algum, não diz coisa nenhuma reconhecível pela inteligência como representação, quer do mundo exterior, quer do nosso mundo interior” (p. 14), e adiante “a música... não contém imagens que sejam representações inteligíveis” (p. 19). Estas afirmações são polêmicas. Muitos filósofos da música e musicólogos consideram que a música é representação, em especial do mundo interior.

Para ficar somente com dois exemplos, temos Langer, a afirmar que “as estruturas tonais a que chamamos de música têm uma íntima semelhança lógica com as formas dos sentimentos humanos” (1980, p. 28), e, além do mais, é “uma expressão simbólica” dos sentimentos (p. 30), e Meyer, que, por sua vez afirma que a música representa ou algo que “reside exclusivamente dentro do contexto da própria obra” ou algo que “de alguma maneira se refere ao mundo extramusical dos conceitos, ações, estados emocionais e caráter” (1984, p. 1). Referida a si mesma ou a algo interior, para estes autores a música é representação. No entanto, para Mário de Andrade, a música nada representa.

Mais do que apresentar um conceito obsoleto, atualmente considerado pura velharia a enfeitar estantes poeirentas, Mário traz uma ideia bastante atual. Abordagens de musicoterapia como a Nordoff-Robbins e a musicocentrada afirmam ser a música algo outro que não representação que comunica algo. Nordoff e Robbins “colocam a atenção naquela entidade em toda criança que responde à experiência musical” (1977, p. 1). Para eles, a música é uma *experiência* com a qual interage a musicalidade humana. Responder, aqui, não significa o mesmo que uma resposta verbal, mas uma reação do conjunto do ser. Brandalise fundamenta o pensamento músico-centrado postulando que “a música não está posicionada entre terapeuta e paciente... [mas tem] a mesma importância dos outros dois agentes do processo” (2000, p. 30). Quer dizer, música não é comunicação entre dois polos, mas um agente no *setting* em pé de igualdade com os outros polos. Aigen afirma que música é feita de formas moventes e enquanto tal nos move e dá vida, não em sentido figurado, mas como um fato físico e emocional: “para Zuckerkandl, a cujas ideias Paul Nordoff expressou concordância em seus ensinamentos, o movimento na música é real” (2005, p. 148). Tomado como referência para o musicocentramento por Brandalise, Aigen e Ansdell, Zuckerkandl afirma:

Na música, experimento um movimento animado que não é meu próprio nem de ninguém mais, e o qual eu percebo diretamente, mais precisamente do que através da intermediação de um corpo cujo movimento seria – puro automovimento, não limitado por nenhum corpo, por nenhum “ser”. O ato de perceber este movimento deveria ser ele mesmo um movimento. O que o olho não pode alcançar – a saber, a percepção direta do movimento animado – pode ser alcançado pelo ouvido. No ato de ouvir, realidades viventes vêm em contato direto; ouvindo tons [musicais] eu me movo com eles; eu experimento seu movimento como meu próprio movimento. Ouvir tons em movimento é mover-se junto com eles. (1976, p. 175)

Para estes musicólogos e musicoterapeutas, música não é ‘linguagem não verbal’. Mais propriamente, ela é movimento que nos move, não por meio de uma comunicação, seja ela linguística ou não, mas porque a audição de música coloca o nosso ser em movimento. Estranha que pareça esta afirmação, ela é uma das bases do musicocentrismo.

Contudo, Mário considera que o “ritmo musical é de todos os ritmos artísticos o de maior poder fisiológico” (1972, p. 15) enquanto que os demais autores aqui citados consideram a música em seu todo (melodia, harmonia e ritmo) enquanto movimento que nos move o ser. Portanto, para estes outros autores, a questão não é apenas rítmica, mas musical; não é apenas fisiológica, mas de todo o ser.

Assim, vimos que algumas das colocações de Mário de Andrade alinham-se, ao menos em alguns aspectos, com duas abordagens da musicoterapia atual, assim como com o pensamento de Zuckerkandl. Com este paralelo, torna-se claro que algo do pensamento de Mário a respeito de música em terapia contém fundamento para este campo de estudo, não é apenas referência histórica.

A seguir, Mário fornece alguns exemplos, inclusive pessoais, a respeito dos efeitos do ritmo sobre o ser humano. Ao relatar suas experiências com a música diz que

Num estudo sobre a feitiçaria nordestina, já tive ocasião de analisar a rítmica musical de alguns dos nossos cantos de macumba e catimbó. Mostrei então esses dois efeitos diversos de sonolência ou de

exaltação. A sonolência é obtida pela monotonia de cantos curtos e lerdos, repetidos centenas de vezes, e cuja rítmica bem marcada se adorna, de quando em quando, de pequenas contradições, pequenas mutações matemáticas, a binaridade introduzida subitamente no ternário ou vice-versa, encurtamentos inesperados de compasso, provocando a fadiga de constantes readaptações dinâmicas do indivíduo e conseqüentemente a depressão, a sonolência, um enfraquecimento, uma incapacidade patológica de qualquer reação... Já noutras peças em que se busca a exaltação e o assombramento, a rítmica é duma violência marcada, duma igualdade inflexível, a dinâmica se acelera atingindo os alegros e às vezes os prestíssimos, de resto mais raros em nossas terras de calor. (p. 16).

Compare-se esta polarização entre ritmo monótono e exaltado com as colocações de Fachner (2006, p. 17), que descreve “desvios dos estados ‘normais’ de consciência e os divide em um continuum de estados ergotrópicos (excitação) e trofotrópicos (amortecimento)” e de Szábo a respeito da resposta perceptiva à audição de percussão monótona continuada (p. 58-59). As percepções de Mário antecedem e convergem com resultados encontrados em pesquisas posteriores. Convém ressaltar que suas percepções a respeito do ritmo se referiam, principalmente, a efeitos fisiológicos do som, com o que concordam os trabalhos de Fachner e Szábo.

Seguindo com o artigo, Mário comenta o quanto da “ininteligibilidade do som... vem o seu grande poder sugestivo... a imaginação predisposta começa a trabalhar com mais facilidade... [e] é fecundada pelo som e surge a ronda convidativa das imagens” (1972, p. 24). Seu entendimento quanto ao estímulo da música às imagens mentais sugere o caminho seguido no Método Bonny de Imagens Guiadas e Música (GIM). Contudo, no artigo, Mário de Andrade não faz proposições para a terapia musical seguir por este ou aquele caminho, apenas aponta potenciais terapêuticos existentes na música. Suas colocações são meramente especulativas a partir do que ele percebeu haver na relação entre música e ser humano. Entretanto, parecem ser especulações pertinentes.

A seguir, Mário questiona da música algo que estava em voga em seu tempo, mas que persiste talvez a qualquer tempo: a divisão da música entre músicas morais e “‘músicas amorais’... [como] os sambas cariocas e

marchinhas carnavalescas, por causa do texto que a eles está ajuntado” (p. 25). Música de boa qualidade e de má qualidade, música bem comportada e mal comportada, música digna e indigna: é contra este tipo de divisão que, antecipando colocações da musicoterapia, Mário se levanta. Comentando o caso do compositor que ajuntou “numa ‘Rapsódia Brasileira’ para piano, o Hino Nacional e a melodia do ‘Vem cá mulata’”, Mário se põe contrário às denúncias que fizeram ao compositor, “como se as deliciosas notas do sambinha fossem menos dignas que as do hino patriótico” (p. 25). Entrementes, a seguir, ele faz “uma confissão sincera: eu mesmo, com todas as experiências e conceitos estéticos que deformaram a minha espontaneidade, nunca pude ler ao piano essa infeliz rapsódia, sem sentir um danado de mal-estar” (p. 25).

Mário de Andrade passa em revista, então, casos relatados desde a antiguidade sobre a relação entre música e processos de cura, a começar da

feitiçaria dos *medicine-men* primitivos, passando pela medicina popular, pelo empirismo, pela medicina teúrgica das civilizações mais antigas; passando por Platão que já reconhecia na música além do poder de acalmar as perturbações da alma, a força de lutar contra as imperfeições do corpo (p. 28)

Ele afirma que “toda a história da Medicina conta as tentativas de empregar a música como elemento terapêutico, para curar tanto moléstias nervosas como quaisquer outras” (p. 29). Citando o Antigo Testamento, gregos e romanos antigos, o renascentista Galeno e o esoterismo antigo, chega à medicina de seu tempo, “com um Pinel, um Charcot, um professor Ball, um Dr. Rodrigues Méndez, que sistematizaram o emprego terapêutico da música nos hospitais de alienados” (p. 29).

Há a seguir uma série de relatos e exemplos da utilização da música pretensamente com fins curativos, medicinais e terapêuticos. Alguns relatos são anedóticos, outros antiquados, outros ainda de um cientificismo simplório: uma dor de cabeça violenta “curada a golpes de tambor” (p. 34), um compositor moribundo que se reanima ao ouvir suas próprias composições (p. 35), um médico que julgava “prudente e honesto o emprego da música em qualquer

doença” (p. 36), autores da Antiguidade que garantiam “ser a música um corretivo aos desperdícios amorosos das esposas afastadas dos maridos” (p. 43), as discussões a respeito de a música barulhenta diminuir as contrações do estômago e assim ajudar os dispépticos (p. 44), e também Pierre Janet que “cita o caso dum dos seus doentes, a quem bastava escutar música, principalmente de carácter militar, para que pudesse digerir sem fobia” (p. 44). Destes relatos se depreende casos fortuitos, talvez plausíveis circunstancialmente, devido a certas características da identidade sonora do sujeito envolvido, contudo sem deles se poder extrair um conceito geral nem mesmo um tipo de procedimento definido. O próprio Mário comenta que a terapêutica musical “ainda está no domínio do empirismo” e que “afirma-se muito, porém qualquer sistematização soçobra, e as provas são colhidas no anedotário individualista” (p. 53).

Mário tem o cuidado de separar casos em que o engano é a causa de uma pretensa cura, como ao mencionar que

na medicina popular imagina-se que o fumo, a reza e as cantorias curam veneno de cobra, apenas porque a cobra mordedora ou não era venenosa ou esgotara o veneno um pouco antes, também atribuem à música uma virtude excessiva que, ou não deriva dela, ou não deriva dela só. (p. 35)

Como separa também casos que considerou como charlatanismo óbvio, como a tentativa de “no século XVIII, o Dr. Gordon y Arosta que se preocupou da farmacopeia dos instrumentos” (p. 45), como a harpa para os histéricos, a flauta contra a tuberculose, o oboé como tonificante geral, o trombone contra a surdez, e assim por diante. Dentre os charlatães da farmacopeia musical inclui ainda o autor que “pretendeu estabelecer as relações entre a música e a astrologia... ao afirmar que as consonâncias e dissonâncias são perfeitamente equiparáveis aos elementos benéficos e maléficos dos planetas” (p. 47).

Traz ainda considerações de psicanalistas que, como Pierre Bugard, “nega com audácia os efeitos fisiológicos da música... afirmando

categoricamente que ‘a pretensa atuação fisiológica da música não passa na verdade dum ação psicológica inconsciente’” (p. 52). Mário comenta a esse respeito: “E eis-nos de novo engolidos pelo Inconsciente, essa espécie de tonel das Danaides, salvador de todas as velas da psicologia contemporânea” (p. 52).

Por outro lado, há relatos de orquestras montadas em manicômios, em que “se permite aos loucos fazerem sua música lá deles, constituídos em pequenas orquestrinhas de pancadaria” (p. 38). Assim também, o relato de “uma primeira experiência de música aos alienados do Juqueri [a qual] deu excelentes resultados, a julgar pela opinião mais autorizada dos próprios médicos assistentes” (p. 39). E acrescenta que “é possível imaginar todavia que, mesmo nesses casos de doentes mentais, a ação terapêutica da música não seja apenas psicológica, regulando imaginações exaltadas ou deprimidas” (p. 39).

No conjunto, as histórias e casos relatados compõem o compêndio mais amplo publicado em língua portuguesa sobre usos medicinais e terapêuticos da música, antes do advento da musicoterapia, de que tenho conhecimento. São, no total, 43 livros citados na bibliografia; a maior parte fornecendo subsídios para esta breve história dos primórdios da terapia musical. Creio que só por este motivo, o artigo de Mário de Andrade faz jus por ter seu lar no rol da bibliografia de currículos acadêmicos da musicoterapia brasileira.

Nota-se em boa parte dos relatos a ênfase dada à música enquanto elemento curativo, tal remédio ou fator a ser aplicado sobre a pessoa necessitada de cura. Esta visão de terapia musical se afasta totalmente daquela praticada na musicoterapia atual. Este talvez seja o aspecto de maior discordância, tornando-se ausência perceptível: o fato de não considerar a relação terapêutica no processo musicoterápico. Em nenhum momento Mário avança que elementos da psicanálise ou da psicologia pudessem fornecer a base para a terapia musical. Mário não desdenha da necessidade de um profissional habilitado para a ‘aplicação’ da terapia musical; não obstante, não

considera a necessidade de se estabelecer um vínculo terapêutico entre paciente e terapeuta musical.

Adiante no texto, ele afirma que

nada existe de definitivamente experimental que admita uma farmacopeia sonora, de que se tire aplicações específicas que nem com o quinino, o cálcio ou qualquer outro elemento químico. Fala-se, é certo, numerosamente, com insistência regular, no valor terapêutico da música, mas ainda não se conseguiu convertê-la a medicamento. (p. 53)

Ora, o que veio a ser a musicoterapia como a conhecemos não nasceu de se conseguir converter música em medicamento. Aquilo que Mário não enxergava no uso terapêutico da música continuou a não existir. A ideia de música enquanto farmacopeia realmente se mostrou contraproducente, para dizer o mínimo. O caminho tomado pela vertente principal da musicoterapia contemporânea foi aquele no qual musicoterapeuta e música atuam conjuntamente com o paciente no processo de regeneração ou recuperação do estado de saúde física, emocional, mental, psíquica, social e espiritual.

Com a graça e a precisão costumeiras, Mário faz a seguinte colocação:

De todo o vasto anedotário juntado e que antes parece desnortear a meloterapia, pois que a aplica tanto aos calvos esperançados como aos sofridos de amor, tanto aos tuberculosos como aos psicastênicos, o que a gente verifica de absolutamente certo, é que a música tem uma influência biológica, especialmente psicológica, fortíssima. Porém neste sentido, muito mais que as anedotas individualistas, a prova decisória está na utilização litúrgica da música em todas as situações sociais de todos os povos e de todas as civilizações, dos mais primários aos mais elevados. No culto do Vodou antilhano como no templo católico, no candomblé como entre os esotéricos, nas cerimônias cinegéticas guaranis como na caça à raposa dum baronete inglês, nas festas reais de qualquer tribo como no Sete de Setembro, encontramos sempre a música. E se nos parece a nós... [ser esta] apenas a burla enluvada com que a civilização e a cultura se disfarçam de ter as mesmas bases, as mesmas exigências e as mesmas manifestações essenciais de qualquer botucuda primitividade. Realmente essa música está exercendo sobre nós um efeito mais enérgico e mais imediatamente necessário que o do enfeite da arte. (p. 53-54)

Estas considerações merecem atenção. A relação evidente entre música e religiosidade, entre música e ritos religiosos de todas as culturas ainda está por ser investigada a fundo. O apontamento de Mário a respeito da presença e da importância da música em ritos sociais e, especialmente, em ritos religiosos indica um fato indiscutível. No entanto, este campo apenas começa a ser estudado em musicoterapia, por autores como Moreno (1988, 1995, 2004), Aldridge (2009), Fachner (2009), Queiroz (2015 e 2017) e outros.

Mário segue trazendo outra ideia a respeito do possível papel da música na cultura humana: “sempre, entre todas as artes e todos os elementos da vida, ela é a maior unaninizadora, a coletivizadora máxima, a mais possante força de conversão dos homens indivíduos, ao indivíduo grande, dum gesto só, a comunidade”, e completa afirmando que “a meloterapia, a meu ver, residirá na utilização desses poderes facilmente reconhecíveis, não exclusiva, mas especialmente aplicados à coletividade” (p. 55).

A ideia de aplicar musicoterapia a comunidades, a coletividades, em vez de aplicá-la a indivíduos isolados, é prática que se torna cada dia mais presente. Ansdell destaca o tema no livro *How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life* (2015). Ele considera a influência do lugar que cada pessoa ocupa em seu meio sociocultural à relação com a música. Afirma que “cada um de nós habita uma perspectiva e um espaço único do nosso mundo humano. Este muda de forma, qualidade e significado de acordo com a experiência atual que temos dele” (p. 41). E esta mudança de perspectiva altera todo o campo de relações entre o sujeito e a música. Tal conceito é consonante com o de identidade sonora cultural e grupal, como postulado por Benenzon (1988, p. 34-35), relativos ao ambiente social e ao grupo no qual o sujeito está inserido. Não apenas é preciso considerar o sujeito e seu contexto no *setting* musicoterápico, como o próprio *setting* se constitui na situação social em que o sujeito vive.

Por seu turno, Mário investigou o papel da música em diversas situações e atividades da sociedade brasileira. Poderíamos dizer, investigou a identidade

sonora brasileira, em termos de seu ISO cultural e grupal; aliás, este último “aponta diretamente ao conceito de identidade étnica” (Benenzon, 1988, p. 36).

Seu livro *Pequena História da Música* (2015b) atravessa a história da música ocidental para nela localizar a música erudita e popular brasileira, no estado em que se encontravam no início do século XX. Deste panorama maior, em outras obras situa diversas manifestações musicais brasileiras mais específicas, trazendo-as junto com o contexto no qual eram feitas. Como um exemplo disto, em meio a muitos, temos a afirmação de Mário, que “quando andei de viagem pelo Nordeste e me dedicava em especial a conhecer a musicalidade da região, me interessei desde logo pela feitiçaria. Isso em lógico porque feitiçaria e música sempre andaram fundidas uma na outra” (2015a, p. 2). Indicando que contexto social e musical são trazidos juntos.

Em outro exemplo de estudo de música e meio sociocultural, Mário descreve as músicas improvisadas pelo povo paulista numa manifestação deste em recepção a dois políticos nacionais. No artigo *Dinamogenias Políticas*, que faz parte do livro *Música, doce música*, as partituras de seis canções improvisadas pela população são anotadas na hora por Mário e depois analisadas. São canções inventadas, “pois na falta de hinos de circunstância e de cantigas apropriadas, o povo paulista se agarrou às dinamogenias rítmicas, que são mais fáceis de lembrar e mais incisivas psicologicamente” (1976, p. 105). Nelas encontra a presença recorrente de um “ritmo batido, de valores sempre iguais” (p. 107), contrariando a esperada presença de síncopas na música popular.

Antes de mais nada, elas trazem musicalmente uma grande lição: a ausência quase total de ritmos dos chamados “nacionais”. Os diletantes de nossa música e os compositores, todos de grande incultura brasileira, o que querem é fazer e escutar ritmos bamboleantes de síncopa. Isso é uma falsificação pueril da musicalidade nacional, já falei e repito. Restringir a manifestação musical brasileira ao remexer do Maxixe [hoje em dia, diríamos do samba] só porque é gostoso, é antes de mais nada uma cegueira. (p. 106-107)

Somente a última canção coletada traz o ritmo sincopado. Segundo Mário, esta “demonstra o estado de alma coletiva no momento em que... [é] criada a felicidade pela transformação fácil da esperança numa já-realidade, [e] o povo cai na dança” (p. 107) . Esse texto valeria outro artigo destrinchando-o e mostrando a riqueza da visão de Mário a respeito do *musicking* (Small, 1998, p. 9) brasileiro e suas correlações com a identidade sonora brasileira. Mas fiquemos com sua constatação, ou admoestação, de que a síncopa rítmica não é o atributo central da identidade sonora brasileira – a qual merece investigação mais aprofundada por parte de etnomusicólogos e musicoterapeutas, dentro do mapeamento da identidade sonora brasileira.

Entretanto, voltando ao texto *Terapêutica Musical*, após as interessantes colocações sobre a relação entre música e ambiente sociocultural, Mário passa a impor regras para a aplicação sistemática da música, colocando por terra boa parte do que ele próprio afirmara antes, inclusive sua própria contestação quanto a estabelecer linha divisória entre músicas ‘boas’ e ‘más’. Creio que vale a pena citar o trecho inteiro, um longo parágrafo, para vermos o quanto são importantes certos avanços construídos laboriosamente pela musicoterapia, os quais nos permitem compreender – não somente enquanto indivíduos, mas enquanto cultura musicoterápica – como certos procedimentos são equivocados.

Uma organização social que empregasse a terapêutica musical à coletividade, não é uma utopia, porque isso já existe, só faltando sistematização. Proibir-se-ia os rádios e demais elementos de pandifusão da música, de executar peças apaixonadas, violentas, marciais, depois das vinte horas... Todos os processos difusores do som seriam obrigados nessa hora, a executar só peças graves doces e serenas, para auxiliarem as crianças, os enfermos, os operários e as mães a dormir. Quando muito a um rádio apenas por noite, seria permitido a execução de cançonetas, “jazz”, sambas e tango, para os que se curam na dança, no jogo e no álcool, da irremediável superioridade humana. De manhã, alvoradas claras de claros acordes simples, em alegros moderados concitariam o ser à ginástica, ao banho e ao trabalho contente. Ritmos bem ordenados de danças e rondós populares seriam ouvidos nas usinas, nas fábricas, nos cais de mercadorias, facilitando os trabalhos. Nas temporadas de fabricação

intensiva, estas mesmas músicas ou quaisquer outras facilmente reconhecíveis de todos, seriam executadas mais rápido que no andamento ordinário – o que contribuiria não somente para dinamizar com mais rapidez os gestos, como, pela mutação sensível do andamento, a tornar consciente no operário a precisão de trabalhar mais rápido. No jantar, no almoço, viriam músicas bem digestivas, como essas fáceis, gostosas e mesmo banais, cantorias de ópera francesa e italiana, que só agradam por fora, ativam a disposição dos que não têm preconceitos e permitem conversar. (p. 55-56)

Estas ideias foram colocadas por Mário cerca 1937, quando do início do Estado Novo no Brasil, assim como do preâmbulo do que viria a ser a imposição de pensamentos autoritários pelo mundo, como o que obrigou a Europa à Segunda Guerra Mundial. Para nós poderá parecer absurdo, pois que estamos muito distantes desse tempo e deslocados em relação a essa mentalidade, mas a ideia de impor música coletivamente às pessoas talvez não fosse, então, tão estranha.

Apesar de certo humor com que ele escreve essas linhas, o que pode deixar antever certo distanciamento ou lirismo literário em relação ao que coloca, elas são mais do que a expressão de um indivíduo: são um documento que retrata a maneira dessa época pensar e propor soluções. Embora negasse a utilização da música como farmacopeia, ao final, é com uma coleção de receitas a serem impostas coletivamente que Mário encerra seu artigo. E, naturalmente, tal receituário está intimamente ligado à identidade sonora do próprio Mário, ou do tempo em que Mário viveu.

Por outro lado, se a música pode cumprir o papel de pastoreio coletivo – e talvez possa – cabe ao musicoterapeuta reconhecer os potenciais e os perigos de tal utilização. A utilização massiva da música pelas diversas mídias, pelos meios de comunicação onipresentes e por grupos detentores de poder (de qualquer poder para influir sobre os grupos humanos), com o sentido de causar qualquer desses efeitos descritos por Mário, à revelia dos indivíduos envolvidos nos processos, é ou deveria ser área de estudo e conhecimento da musicoterapia, mais do que de publicitários.

Além disso, Mário de Andrade não tinha em seu tempo e ao seu dispor o conhecimento a respeito da relação entre música e ser humano, como o que foi construído no Brasil e no mundo, a partir da década de 70 do século passado. Diversas linhas e abordagens musicoterápicas trabalharam em seu próprio território somando, ao final, suas experiências e descobertas. Sabe-se hoje que a identidade sonora de cada indivíduo, como de cada coletividade, é fundamental para se reconhecer a relação destes com a música (BENZON, 1988, p. 33-35). Reconhece-se hoje a importância do fazer musical (*musicking*) para que a pessoa participe efetivamente do processo musical, seja ele terapêutico ou estético (STIGE, 2002, p. 103; SMALL, 1998, p. 9). Pretende-se hoje que a musicalidade do indivíduo seja participante e atuante quando ele se envolve no fazer musical de qualquer espécie (ANSDELL, 2015, p. 101; QUEIROZ, 2003, p. 13; STIGE, 2002, p. 87; ZUCKERKANDL, 1976, p. 7).

Não se trata de desfazer do valor da pesquisa de Mário e de suas considerações, mas reconhecer o contexto – a cultura e o tempo – no qual proferiu sua palestra e publicou o artigo. Um tempo no qual não existiam certos fundamentos que, hoje em dia, para nós musicoterapeutas parecerão bastante óbvios.

Por outro lado, a conferência de Mário de Andrade tem aspectos premonitórios em relação ao potencial da música em terapia, assim como traz coleção ampla da informação existente em seu tempo, a respeito do uso da música como meio terapêutico. Algumas de suas considerações permanecem válidas, em especial aquelas essenciais sobre ritmo e melodia, o papel da música em grupamentos humanos e em contextos socioculturais, seu papel nos ritos que unem as pessoas, como nos religiosos e em outras atividades humanas. Em suma, é um documento histórico, mas ainda capaz de contribuir com ideias e ser referência sobre as raízes de nossa identidade sonora enquanto musicoterapeutas brasileiros.

REFERÊNCIAS

AIGEN, Kenneth. **Music-Centered Music Therapy**. Gilsum: Barcelona Publishers, 2005.

ANDRADE, Mário de. **Música de feitiçaria no Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2015a.

ANDRADE, Mário de. **Pequena História da Música Brasileira**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2015b.

ANDRADE, Mário de. **Música, Doce Música**. São Paulo: Livraria Martins, 1976.

ANDRADE, Mário de. **Namoros com a medicina**. São Paulo: Livraria Martins, 1972.

ANSDELL, Gary. **How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life**. Burlington: Ashgate Publishing Company, 2015.

BARANOW, Ana Léa Von. **Musicoterapia, uma visão geral**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

BENENZON, Rolando. **Teoria da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1988.

BRANDALISE, André. **Musicoterapia músico-centrada**. São Paulo: Apontamentos, 2001.

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

LANGER, Susanne. K. **Sentimento e forma**. São Paulo: Perspectiva, 1980.

FACHNER, Jörg. Music and Altered States of Consciousness: An Overview. In: D. ALDRIDGE & J. FACHNER. **Music and Altered States: Consciousness, Transcendence, Therapy and Addictions**. London: Jessica Kingsley, 2009, p. 15-37.

MEYER, Leonard. B. **Emotion and Meaning in Music**. Chicago: The University of Chicago Press, 1984.

MORENO, Joseph J. **Activa tu música interior**: musicoterapia y psicodrama. Barcelona: Herde, 2004.

MORENO, Joseph J. Candomblé: Afro-Brazilian Ritual as Therapy. In: KENNY, C. B. **Listening, Playing, Creating**: Essays on the Power of Sound. Albany: State University of New York Press, 1995, p. 217-232.

MORENO, Joseph J. The Music Therapist: Creative Arts Therapist and Contemporary Shaman. In: **The Arts in Psychotherapy**, vol. 15, 1988, p. 271-280.

NORDOFF, Paul e ROBBINS, Clive. **Creative Music Therapy**: individualized treatment for the handicapped child. New York: The John Day Company, 1977.

QUEIROZ, Gregório J.P. **Uma visão psicossocial do papel da música na umbanda e na reorganização das id/entidades**. Dissertação de Mestrado: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

QUEIROZ, Gregório J.P. Umbanda Music and Music Therapy. **Voices**, vol. 15 n° 1. <https://voices.no/index.php/voices/article/view/780/677>, 2015.

QUEIROZ, Gregório J. P. **Aspectos da Musicalidade e da Música de Paul Nordoff e suas implicações na prática clínica musicoterapêutica**. São Paulo: Apontamentos, 2003.

SMALL, Christopher. **Musicking**: the meanings of performance and listening. Middletown: Wesleyan University Press, 1998.

STIGE, Brynjulf. **Culture-Centered Music Therapy**. Gilsum: Barcelona Publishers, 2002.

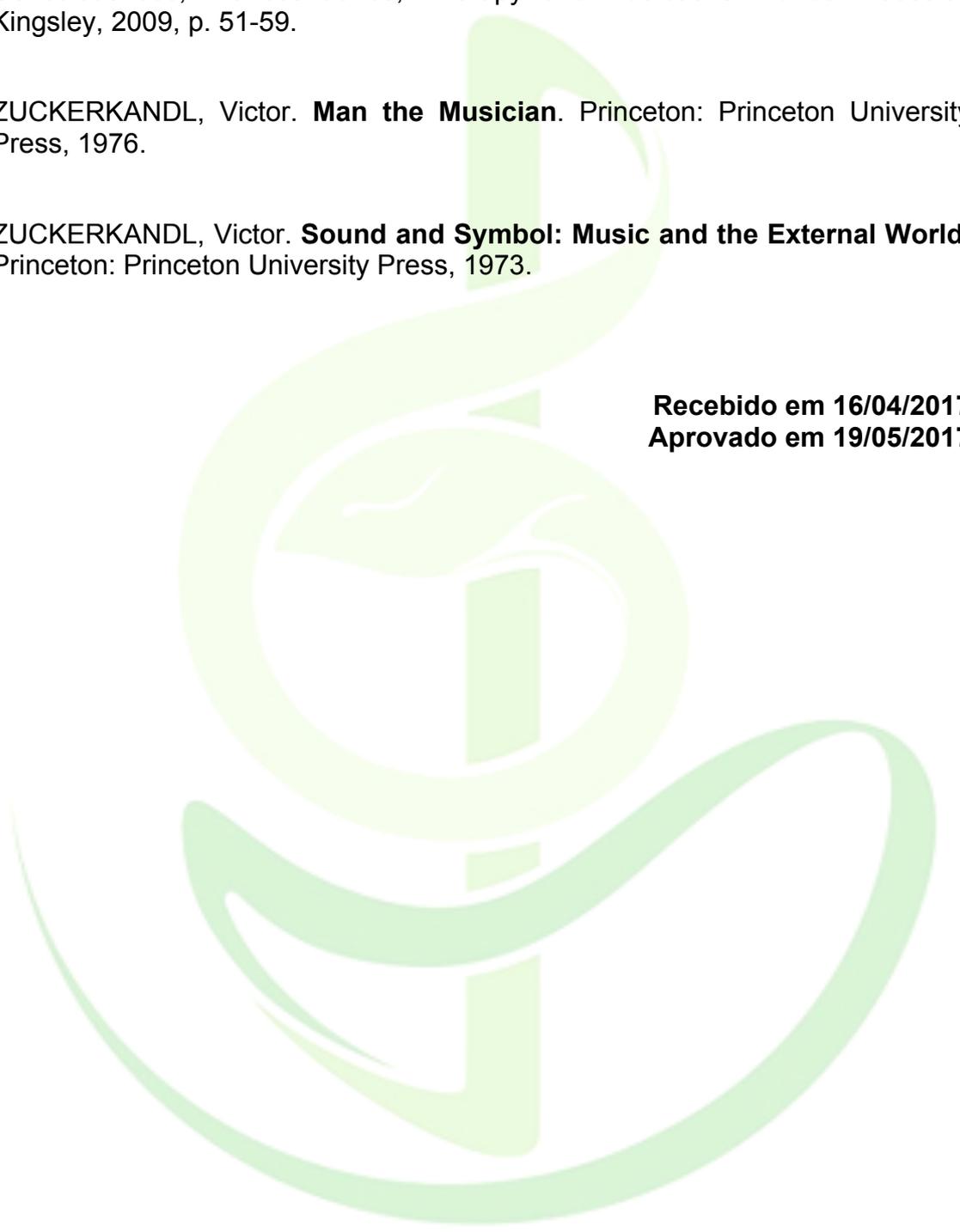
SZABÓ, Csaba. The Effects of Listening to Monotonous Drumming on Subjective Experiences. In: ALDRIDGE, D. & FACHNER, J. **Music and Altered States**:

Consciousness, Transcendence, Therapy and Addictions. London: Jessica Kingsley, 2009, p. 51-59.

ZUCKERKANDL, Victor. **Man the Musician**. Princeton: Princeton University Press, 1976.

ZUCKERKANDL, Victor. **Sound and Symbol: Music and the External World**. Princeton: Princeton University Press, 1973.

Recebido em 16/04/2017
Aprovado em 19/05/2017



MUSICOTERAPIA

MUSICOTERAPIA SOCIAL E COMUNITÁRIA: UMA ORGANIZAÇÃO CRÍTICA DE CONCEITOS

SOCIAL AND COMMUNITY MUSIC THERAPY: A CRITICAL ORGANIZATION OF CONCEPTS

Rosemyriam Cunha¹

Resumo - As intervenções musicoterapêuticas estão em constante processo de desenvolvimento e atualização. Musicoterapia social e comunitária foram denominações atribuídas a abordagens que se distinguiram de práticas convencionadas por modelos e métodos musicoterapêuticos tradicionais. Baseado em artigos publicados da Revista Brasileira de Musicoterapia e no livro Community Music Therapy, este trabalho apresenta um quadro com uma organização crítica das opiniões de musicoterapeutas a respeito de suas práticas. Suas visões enfatizaram a presença de desafios, tensões, dúvidas e sucessos no enfrentamento de condições específicas de trabalho nas quais cultura, sociedade e grupalidade foram elementos fundamentais de suas atuações.

Palavras-Chave: Musicoterapia social, musicoterapia comunitária, prática musical em grupo.

Abstract - Music therapy interventions are always under a process of development and actualization. Approaches that are different from those rooted on conventional music therapy methods or models have been named as social and community music therapy. Based on articles published in Revista Brasileira de Musicoterapia and in the Community Music Therapy book, this work presents a chart with a critical organization of the conceptions music therapists have about their practices. Their opinions emphasized the presence of challenges, tension, doubts and successes they faced when working with unique conditions in which culture, society and groups were essential issues for their activity.

Keywords: Social Music Therapy. Community, Music Therapy. Group music-making.

¹ Professora do curso de Musicoterapia na UNESPAR Campus II Curitiba - Faculdade de Artes do Paraná. Doutora em Educação (UFPR, 2008) com Pós-doutorado em Educação Musical na McGill University, Canadá (2011). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0536970443232460> Email: rose05@uol.com.br

Introdução

Quando, no exercício da prática profissional, o campo de ação nos impele a criar processos de interação distintos dos até então indicados, a agir em ambientes físicos incomuns perante os vigentes; o ímpeto primeiro é a busca por fundamentos que deem alguma sustentação e direção para a qualidade do trabalho. Mesmo ciente de que a construção do conhecimento é dinâmica, ainda mais com o auxílio dos recursos tecnológicos da atualidade, as modificações impostas pelo desenvolvimento das sociedades é desafiador para as áreas de intervenção humana.

No campo da musicoterapia, ciência e prática que participa desta dinâmica de atualização, profissionais se depararam com a necessidade de alterar e expandir aspectos relacionais de suas práticas como o espaço físico, a forma de produzir música e as interações com os participantes. Pavlicevic e Ansdell (2004) usaram termos como angústias e tensões para exemplificar o que sentiram e pensaram quando se viram em situações inesperadas e que abalaram suas concepções sobre a abordagem musicoterapêutica. A esse movimento de construção teórico-prática que se ampliou para intervenções nos espaços onde as pessoas ou a comunidade se estabelece, se relaciona e vive, chamamos aqui de musicoterapia social e comunitária.

A inquietação indicada pelos autores acima citados parece ter habitado outros profissionais que também se defrontaram com necessidades práticas inéditas ou diferentes. Tal desassossego nos tem levado a compor textos com reflexões sobre esse movimento profissional. Neste trabalho foram articulados pensamentos de autores nacionais e estrangeiros que escreveram sobre a musicoterapia social e comunitária. O tema está abordado sob o entendimento de que uma construção teórica se fortalece quando gerada a partir da experiência, da interação com os participantes no espaço da criação musical.

Assim, foi organizado um painel crítico sobre os conceitos atribuídos à musicoterapia social e comunitária encontrados em artigos publicados na Revista Brasileira de Musicoterapia nos últimos dez anos e os conceitos encontrados no livro *Community Music Therapy* (PAVLICEVIC, ANSDELL, 2004). A articulação entre a musicoterapia social (MTSo) e a musicoterapia comunitária (MTCom) se deu pela razão de não se encontrar, na literatura estrangeira, o uso da denominação *musicoterapia social*. Em contraponto, nas produções nacionais os termos variam entre *musicoterapia social*, *musicoterapia comunitária*, e *musicoterapia social e comunitária*. Sem a pretensão de abranger toda a produção sobre o tema e muito menos de determinar terminologias, o objetivo aqui proposto foi o de entender os fundamentos utilizados pelos autores consultados e construir um paralelo que mostre pontos de aproximação entre as práticas propostas. Parte-se do pressuposto de que o conhecimento do pensamento e das formas de agir que os profissionais adotaram ao se defrontarem com situações práticas inéditas pode ajudar na construção teórica de abordagens diferenciadas que resultam do desenvolvimento do campo de ação. Por essa razão, destacamos os fundamentos que nortearam as intervenções e as posturas dos profissionais aqui pesquisados.

Discussão Teórica

A prática musicoterapêutica denominada por MTSo se harmoniza com o movimento de outras profissões que também se voltaram à coletividade (termo aqui sempre usado em contraponto à individualidade). São práticas de cuidado, acolhimento e atendimento que centralizaram suas ações no contexto das relações sociais e culturais nas quais a existência humana se realiza. Aqui não está desconsiderada a diversidade funcional, intelectual, cultural dos participantes, mas o que interessa nessa perspectiva, é a forma como as

peças estabelecem, experimentam e expressam a vida, apesar de, e com suas condições existenciais pessoais, sociais e culturais.

Nesta perspectiva, toma-se como referência fundante para o pensamento da prática da MTSO e MTCom, a realidade primeira (ORTEGA Y GASSET, 2003) que é a vida humana, o fato de que as pessoas se encontram em um mundo e nele operam atos, constroem relações que geram sentimentos, pensamentos, demandas, a partir de condições existenciais. Essas trocas ou experiências sociais são efetivadas na trama das interações, nos processos de existir nas variadas dimensões da vida. Assim, as atividades realizadas no cotidiano possuem uma complexidade (diferente de linearidade), que se revela na miríade de atividades do dia a dia como o trabalho, o lazer, o aprendizado, a fruição estética. Essa complexidade também incide sobre as estratégias de ação usadas na cotidianidade ou seja, na criação de pensamentos, atitudes, sentimentos que sedimentam o enfrentamento da realidade circundante.

Assim, é importante compreender as interações sociais como um dos aspectos centrais da vida humana. A vida cotidiana se caracteriza pela teia das relações humanas que existe onde quer que as pessoas vivam juntas. Essa teia relacional se dá pela mediação da ação e do discurso, ou seja, pela presença de componentes objetivos e simbólicos que propiciam o relacionamento interpessoal (ARENDR, 2007).

Também fazem parte da vida cotidiana o trabalho, a vida privada, os lazeres, o descanso. Heller (2008) definiu vida cotidiana como “a vida de todo homem...do homem inteiro” (p.31). Com isso ela quis dizer que as pessoas participam dos eventos cotidianos com todos os aspectos de sua individualidade, com seus sentidos, suas capacidades intelectuais, sentimentos e ideais. Outras marcas da cotidianidade, como considerou a autora, são a heterogeneidade dos significados atribuídos aos fatos e a importância dada às atividades nela exercidas. As pessoas nascem inseridas na vida cotidiana e

nela compartilham diversidades. A pluralidade, a diferença é condição humana pois, embora sejamos todos os mesmos, isto é, humanos, “não há quem seja igual a qualquer outra pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir” (ARENDDT, 2007, p. 16).

A espontaneidade e a criatividade fazem parte do existir e são ingredientes próprios da arte, ação humana absorvida pela vida cotidiana. Se pensarmos o existir como esta trama de ações e relações que as pessoas realizam no dia a dia, não há como deixar de inserir a arte e, principalmente o uso da música como um recurso nele presente. Ruud (1998), na sua visão sociológica da prática musical, atribuiu a essa prática um caráter politizado quando esta acontece no âmbito da musicoterapia voltada á comunidade. O autor significou essa ação como a construção de arenas de interação entre aqueles que são ameaçados de isolamento em relação à comunidade. O conceito chave indicado por ele foi o de usar a musicoterapia como instrumento que encoraja a participação, a construção de redes de convivência, o fortalecimento dos participantes no sentido da inserção e ação na rede comunitária. Ruud continuou seu pensamento ao dizer que o “aspecto solidário da musicoterapia é a construção de respeito pelas idiossincrasias musicais, isso significa intensificar a dignidade pessoas com quem trabalhamos” (p.4).

Essa dinâmica de pensar, sentir, agir para expressar musicalmente o que acontece na vida se concretiza no decorrer da execução musical. A ação musical e seu produto são os mediadores das modificação ensejadas na participação grupal e comunitária. Aigen (2006) afirmou que a música é um veículo para ajudar as pessoas a fazerem alterações, transições na vida. Sua opinião foi compartilhada por Ruud quando este explicou que, para os musicoterapeutas, a música nunca foi vista como algo praticado como arte em essência, mas sim como algo a favor da realização pessoal e social dos participantes. Nesse sentido, a música permite a formação e a condição de pertencimento a grupos e os musicoterapeutas têm técnicas e teorias que lhes

permitem trabalhar em espaços de coletividade com aqueles que se sentem apartados da sociedade.

Turino (2008), ao estudar processos de prática musical coletiva escreveu que essa prática, por ser uma atividade humana e estar imbricada nas dinâmicas da vida, revela aspectos da situação histórica e socioeconômica, simbolizando pensamentos sobre os fatos do mundo. Por esta razão é que, no âmbito musicoterapêutico cujo cerne se estabelece na proposta da *performance participativa*², o uso da música e de seus elementos possibilita a promoção e a reabilitação emocional e social das pessoas. Quando se trata da musicoterapia social e comunitária (MTSo e Com), a ação musical coletiva preconiza fortalecer e apoiar os participantes no desenvolvimento de estratégias de ação, resistência e sobrevivência frente os eventos da vida cotidiana.

A musicoterapeuta argentina Patrícia Pelizzari ministrou, no XV Seminário de Musicoterapia realizado no Rio de Janeiro em 2015, uma oficina que versou sobre a MTCom. Na ocasião, a profissional resumiu alguns dos fundamentos que, de acordo com sua experiência, caracterizam o campo de ação da MTCom. Entre eles foram citados: 1- eixos sociais como as questões de gênero, violência e tráfico, 2- determinada participação como uma comunidade, uma escola, um hospital, um grupo, 3- o musicoterapeuta, 4- a equipe interdisciplinar. Entre as marcas do trabalho, ela destacou a percepção de como este se estabelece, ou seja, *na* comunidade ou *com* a comunidade. As intervenções podem iniciar marcadas por uma inserção *na* comunidade e, no processo, se tornar *com* a comunidade. Nesse caso, o musicoterapeuta

² Performance participativa é uma prática musical especial na qual não existe distinção entre artista e audiência, ela é formada apenas por participantes e estes desenvolvem diferentes papéis no conjunto da ação. A atividade tem a característica de acatar a contribuição possível dos participantes para a constituição do som e do movimento. Esse tipo de evento musical destaca as interações sociais que acontecem no decorrer da prática que visa mais a participação, o envolvimento na ação do que o resultado final. (TURINO, 2008).

estimula os participantes na sensibilização para o trabalho e o reconhecimento de culturas e demandas próprias do grupo. No decorrer dos encontros, o diálogo entre as posturas do musicoterapeuta e a dos participantes tende a levar o trabalho a tornar-se *com, junto com a comunidade*. Ciente de que a comunidade reproduz a organização social nos aspectos macro e micro, a ação do musicoterapeuta se volta para as seguintes questões: - a favor de quem nos dirigimos? - qual padrão cultural seguimos? Suas respostas devem se direcionar ao encontro dos padrões culturais daquela comunidade e para a construção de subjetividades voltadas para o interesse da comunidade. A musicoterapeuta concluiu que essa dinâmica complexa de relações marcam o trabalho do musicoterapeuta inserido na comunidade e está baseada na *espontaneidade sonora* que permite a *investidura* individual e coletiva na criação musical, ou seja, a imersão do corpo, da voz, do movimento, do sentimento, do pensamento no ato de fazer música.

Os autores que dialogaram nesta discussão teórica convergem em ideias que marcam a MTC como uma prática direcionada à grupalidade. Nela, a cultura da comunidade, soma das vivências cotidianas, da vida possível de ser realizada, serve de tela para o desenvolvimento da atividade musical. A prática musical se caracteriza por aspectos políticos como a participação, a solidariedade, a resistência, a construção de estratégias para a resolução de problemas. O musicoterapeuta, mais um profissional da equipe interdisciplinar, se volta para a execução desses desafios e precisa, dessa forma, de posturas teórico e técnicas que encontram os ideais comunitários. A espontaneidade, a criatividade, a arte, se tornam as bases para as relações intragrupo e para impulsionar mudanças.

MUSICOTERAPIA

Estratégias Metodológicas

Este trabalho foi construído a partir de uma revisão de literatura comparativa (SCHNEIDER; SCHIMITT, 1998) O ponto de partida do trabalho com os textos foi reunir os pensamentos dos autores sobre suas práticas e depois extrair deles aspectos similares e também os contraditórios. Para isso foram consultados artigos publicados na Revista Brasileira de Musicoterapia nos últimos dez anos e os quatorze capítulos do livro *Community Music Therapy* (PAVLICEVIC; ANSDELL, 2004). Os critérios de inclusão foram restritos ao recorte de data citados, ao livro mencionado e ao fato de que o assunto tratado nos manuscritos fosse referente à MTSO e à MTCom. Resenhas e entrevistas foram excluídas. No livro, os 14 capítulos foram pesquisados, destes dois não foram citados por não apresentarem por parte dos autores, de forma explícita, definições e conceitos de interesse aos propósitos desta revisão.

Na Revista Brasileira de Musicoterapia, no recorte de tempo proposto, os artigos publicados somaram 91. Destes, sete tratavam do tema e fizeram parte do estudo. Após o fichamento bibliográfico, foi construído um painel com a reunião das opiniões dos autores. Esse painel crítico foi a base para a construção de uma compreensão interpretativa dos dados compilados. A reflexão se deteve às formas de entendimento dos profissionais musicoterapeutas a respeito de suas práticas quando estas se concretizaram em formatos, ambientes e relacionamentos diferentes daqueles modelos por eles entendidos como tradicionais. A partir dessa perspectiva de análise, a compreensão relatada pelos próprios autores sobre suas vivências, deram destaque aos sentidos e à singularidade do fenômeno estudado.

MUSICOTERAPIA

Apresentação dos Dados

Conforme proposto nas estratégias metodológicas, os dados encontrados na pesquisa realizada nos volumes da Revista Brasileira de Musicoterapia e nos capítulos do livro Musicoterapia Comunitária (*Community Music Therapy*), foram organizados em uma painel. O painel, disponibilizado a seguir na forma de quadro, mostra como os autores compreenderam e interpretaram as práticas, as interações, os participantes, a música, a própria musicoterapia, quando denominaram por Musicoterapia Comunitária o conjunto de relações travadas no modelo ampliado e distanciado do tradicional.

No painel³ encontram-se reunidos por temas os conceitos retirados de sete artigos e de dose capítulos do livro citado. Os autores estão indicados à esquerda do quadro e o tema em destaque, na direita.

AUTORES	TEMA
Ruud, Even (2004). Pavlicevic, Mercedes; Ansdell, Gary (2004)	Dados Históricos
<p>Ruud: Ao ser reinventada como profissão nos meados do séc. XX, a musicoterapia (MT) foi definida como um tratamento profissional baseado na relação entre o cliente/paciente e o terapeuta, tendo na música o meio para regular esta interação. Ela era presente em ambientes de cuidado à saúde e escolas especiais. As forças sociais ou contextos culturais existentes fora da sala de atendimento foram pouco considerados até quando os musicoterapeutas se deram conta de que saúde-doença e limitações advindas das deficiências mereciam um olhar e pensamento ampliado que englobasse essas circunstâncias na totalidade vivida pelas pessoas. Entendeu-se que há aspectos nas doenças que se agravam com a falta de sensibilidade, compreensão a aceitação da sociedade. A partir dessas conclusões, os musicoterapeutas passaram a usar a música como ponte entre pessoas e comunidades, para criar espaços de compartilhamento de valores artísticos e humanos pela via da criação musical.</p>	

³ Os textos extraídos do livro aqui estudado para a formação do painel foram traduzidos pela autora.

<p>Ansdell e Pavlicevic: O termo Musicoterapia Comunitária (MTCom) foi utilizado pela primeira vez por Florence Tyson em 1973. Os escandinavos praticavam uma musicoterapia social e culturalmente orientada desde os 70, sob a tutela de Ruud. Stige, em 1993 chamou seu trabalho de MTCom e defendeu sua tese de doutorado nesse tema em 2003. Embora o nome seja mais ou menos datado, a prática é mais antiga, muitos musicoterapeutas dizem ter trabalhado de maneira mais ampla, na defesa de aspectos sociais e culturais antes do surgimento do rótulo.</p>	
<p>Pavlicevic, Mercedes; Gary Ansdell (2004). Aigen, Kenneth (2004). Davidson, Jane (2004). Aasgaard, Trygve (2004). Oselame, Mariane, Ruth Barbosa Machado e Marly Chagas (2014)</p>	<p>Princípios Teóricos Fundamentais: Cultura, Prática Musical, Contexto da Prática, Ética</p>
<p>A Cultura</p> <p>Pavlicevic e Ansdell: A MT tradicionalmente adotou o modelo da psicologia individual, privada, embora sempre aconteça em um contexto sociocultural e político. A MT que visa criar comunidades e espaço cultural é algo diferente, para pessoas diferentes e em lugares diferentes. Chamada por MTCom, ela não é um modelo que cabe para todos, ela é sensível e voltada ao ambiente social e cultural no qual se desenvolve. Toda prática musicoterapêutica se estabelece em um lugar, uma sociedade e cultura. Mas aqui, a cultura é o elemento de trabalho via música.</p> <p>Oselame, Machado e Chagas: Somos sujeitos de uma cultura, estamos sujeitados a ela por laços mais ou menos visíveis, todos estão condicionados a ela. Uma cultura é sua gente, sua comunidade, suas representações, seus projetos. As diferentes práticas terapêuticas estão se abrindo a novas abordagens que possibilitem diminuir a vulnerabilidade social frente às enfermidades físicas e psíquicas.</p> <p>A prática musical:</p> <p>Pavlicevic e Ansdell: As relações que se travam na ação musical, a resolução de problemas e a construção de estratégias para interagir durante a experiência musical são os recursos do trabalho. A música é considerada uma ação humana, individual, coletiva, social. Uma força cultural, política e estética. A música, na prática da MTCom, se torna a própria ecologia social e cultural. A prática musical se volta para a participação, o desenvolvimento e a mudança.</p> <p>Davidson: Pesquisas mostram que o pensamento musical resulta de um processo que</p>	

depende de interações e aprendizados sociais, de convenções socioculturais. Em algum ponto da vida, aquela melodia ou intervalos que a pessoa cantarola, foi aprendida em um contato social. Com isso, relativiza-se a noção de que fazer música é algo natural para entendê-la como uma prática socialmente aprendida.

Ansdell: A música deve ser compreendida dentro de sua cultura e seus usos, como um evento social, uma experiência vivida. A música é feita pelas pessoas em processos de interação. Há uma conexão entre a capacidade humana de fazer música, as relações de companheirismo, amizade e o aprendizado cultural que explica o desenvolvimento da habilidade de expressão via música. A atividade musical é orientada pela ação, processo e contexto. São as relações que revelam o sentido da prática musical, o sentido da música que ali é praticada.

Aigen: A prática musical no contexto da MTCom pode forjar uma forma de arte que cria significados comuns e convida à participação. Ao compartilhar esse significados e a produção sonora, os participantes vivem a experiência de se sentirem parte de algo maior do que eles mesmos.

O Contexto da prática:

Pavlicevic: Aqui o contexto da vida, da existência é o espaço de ação, não há limites entre o fora e o dentro, não há “como fechar a porta para a vida do dia a dia” (p.43). Por isso as portas podem ficar abertas, os espaços de encontro são salões, praças, abrigos que comportam grandes grupos que se juntam para cantar e dançar. O contexto passa a ser primordial, tanto quanto a prática e a teoria, ele é que vai definir como a prática será desenvolvida. Por contexto se entende a realidade mental, física e social coletiva, de todos os participantes. O grupo direciona o fazer musical, o trabalho musicoterapêutico conforme seu estado mental, físico e social.

Aasgaard: Diferentes ambientes e participantes determinam os sentidos das atividades uma vez que a MT nunca acontece em um vácuo contextual.

A Ética:

Pavlicevic e Ansdell: Os valores e costumes são diferentes para cada contexto. É preciso conhecer o ambiente em que se desenvolve a prática e os aspectos simbólicos ali vigentes e trabalhar nos limites da flexibilidade e na amplitude de ação possível. Entender que: 1- existem diferentes maneiras de se abordar os fatos, a MT não preconiza uma postura única e estanque;

2- o que é bom para uns pode não ser para outros e vice versa; 3- sempre incluir, acolher e valorizar qualquer tipo ou capacidade de interação no fazer musical, no processo do grupo; 4- o profissional deve estar apto à abertura para alternativas de trabalho que nem sempre estão baseadas nas teorias e técnicas convencionais métodos e técnicas reconhecidas no campo; 5- aceitar o lugar do grupo, o resultado da ação e descobrir com o grupo o que fazer, como fazer música; 6- reconsiderar, reavaliar limites da prática de acordo com o contexto cultural e social onde ela se dá.

Wood, Stuart; Verney, Rachel e Atkinson, Jessica (2004). Pavlicevic, Mercedes; Ansdell, Gary (2004). Stige, Brynjulf (2004). Aigen, Kenneth (2004). Amir, Dorit (2004). Pelizzari, Patricia (2010). Oselame, Mariane, Machado Ruth B., e Chagas, Marli (2014); Krob, Daniéli; Silva, Laura F. (2012). Andrade, Maeve, Cunha, Rosemyriam (2015). Batista, Carolina, Cunha, Rosemyraim (2009. Dreher, Sofia (2011).

Modelo Tradicional x Modelo Ampliado

Wood, Verney e Atkinson: As técnicas e teorias embasam um trabalho que se dá em um ambiente neutro, a sala de musicoterapia fechada, que pretende preservar a díade sem que os fatos que acontecem no exterior os atrapalhem. O terapeuta e o paciente trabalham em sessões de horários e frequência combinados e são estabelecidos limites entre o dentro e o fora do espaço terapêutico como distintos. São convenções que se repetem e que dão espaço para a execução de outras como os relatórios, a interpretação e teorização dos fatos.

Wood, Verney Atkinson: Mudar do paradigma da prática confidencial confinada em ambientes especializados como clínicas, dirigido para um tipo específico de clientes. Esse modelo tem sentido e, para muitos casos, ainda é o indicado. Porém, não é um formato que abrange a totalidade da ação musicoterapêutica.

MUSICOTERAPIA

X

Pavlecevic e Ansdell: Aqui o contexto da vida, da existência é o espaço de ação, não há

limites entre o fora e o dentro, não há “como fechar a porta para a vida do dia a dia” (p.43), por isso as portas podem ficar abertas, os espaços de encontro são salões, praças, abrigos que comportam grandes grupos que se juntam para cantar e dançar.

Ansdell: Tradicionais objetivos da MT se voltaram para dois discursos: música e terapia. Com a MTCom um terceiro suporte se faz necessário, o discurso sobre comunidade: como a música é um fenômeno social e cultural e como ela cria e sustenta a comunidade, ou seja a música e suas relações com a vida sociocultural.

Wood, Verney e Atkinson Na estrutura de inserção comunitária, os musicoterapeutas sabiam que os participantes, quando iniciavam seus processos de reabilitação após acidentes neurológicos, nunca viveram isolados, não eram ilhas, eles vinham acompanhados de familiares, amigos, esposas, crianças. A participação se amplia para os fatos da vida que acontecem fora do grupo, pois o grupo se fortalece na vivência musical e na troca verbal, afetiva, emocional.

Stige: Utilizar a música, a sonoridade para trabalhar com a comunidade para construir, promover bem estar social na comunidade. Esta é uma das formas mais antigas de ação da MT. Os rituais de cura dos indígenas sempre foram curas em um contexto, sempre envolveram outras pessoas mais que o terapeuta e o cliente, e sim grupos e comunidades. Mas no campo musicoterapêutico atualmente há um desenvolvimento dessa visão, um movimento cultural, um campo de prática mais sensível à cultura. Os profissionais estão atentos à mudanças sociais e culturais. A existência humana é coexistência, a música pode ser uma forma de coexistir. A MTCom se aproxima da terapia e do trabalho social que se volta para a criação de um ambiente saudável, suporte social, e redes de cuidado, ao invés de se debruçar sobre o desempenho de funções de cada participante.

Aigen: MTCom, um dos significados desse termo é o de identificar um novo nível de intervenção para os musicoterapeutas ... e demanda por um nova ética e valores referentes a aspectos como a natureza pública da prática que se distancia da confiabilidade. Se a grupalidade é fortalecida, entende-se que os membros do grupo também o serão.

Amir: Alargar conceitos, limitações de dentro-fora, cultura-contexto, individualizado-coletivo, comunal. Os participantes são encorajados, pelo musicoterapeuta, a fazer música para e com os outros, no grupo, na comunidade, com amigos, com familiares. Assim, ele ajuda os

participantes a encontrarem um lugar na coletividade. Isso sugere que o musicoterapeuta vai fazer música junto com o grupo, ele vai partilhar, participar na ação da comunidade ou grupo e também celebrar o sucesso.

Pelizzari: Los que trabajamos en y con la comunidad estamos buscando un equilibrio entre paradigmas, luchas de poder, prácticas instituidas y prácticas emergentes. Transitamos una línea de conflicto: el paradigma asistencialista y mercantilizado versus el paradigma colectivo y promocional. Una musicoterapia que se dedique a la promoción y prevención de la salud colectiva es una musicoterapia sociopolítica. La diferencia entre Musicoterapia clínica y comunitaria no esta dada por los recursos, objetos sonoros y técnicas, sino por un nuevo constructo paradigmático, un nuevo posicionamiento mental. La MTCOM propone una experiencia con las formas sensibles de los significados sociales, con las expresiones estéticas grupales y con los símbolos de una comunidad. La expresión de un grupo es también un sistema complejo que articula y reproduce lo biológico y lo psico – social, las condiciones de vida, el espacio de lo cotidiano y la historia en el presente.

Oselame, Machado e Chagas: Musicoterapia Clínica e Comunitária não está dada pelos recursos e técnicas utilizadas, senão por um novo constructo paradigmático, um novo posicionamento mental.

Krob e Silva: A MTCOM tem como um dos focos principais as interações sociais, conseqüentemente, envolvendo questões de identidade sonora e social, singularização, poder, violência, drogas e construções territoriais da região... questões que podem ser abordadas sob a ótica musicoterápica da prática ecológica. Segundo Bruscia (2000), essa prática inclui aplicações da música e da musicoterapia na promoção da saúde nos vários estratos socioculturais da comunidade, ocorrendo em grupos ou comunidades naturais já existentes e objetivando mudanças terapêuticas no sistema ecológico e nos indivíduos que dele participam. Uma das práticas auxiliares da área ecológica é o chamado Ativismo em Musicoterapia.

Andrade e Cunha: Quanto às mudanças, o perfil do musicoterapeuta social (Guazina *et al*, 2011) nos aponta que a prática musicoterapêutica tende a favorecer a construção de novas perspectivas de vida baseadas em autoestima, empoderamento, autonomia, solidariedade, criatividade, musicalidade, dignidade e cidadania por meio da ação musical.

Batista e Cunha: Os conceitos fundantes da Musicoterapia Comunitária, propõem o trabalho

em comunidades onde vivem pessoas que têm histórias em comum, que compartilham serviços e áreas geográficas, com o objetivo de promover relações saudáveis naquele meio. Ela ultrapassa o *setting* de tratamento. Aqui estão consideradas ideias de coletivo, do bem-estar da comunidade, dos conflitos e contradições existentes no meio concreto no qual as pessoas convivem e vivem suas práticas cotidianas.

Dreher: Existência de um sentimento em comum que move a todos no lugar, o sentimento de mudança, de transformar o local, aquele bairro, num local bom para se viver e conviver.

Wood, Stuart; Verney, Rachel e Atkinson, Jessica (2004). Procter, Simon (2004). Batista, Carolina; Cunha, Rosemyraim (2009). Oselame, Mariane; Machado, Ruth B. e Chagas, Marli (2014). Krob, Daniéli; Silva, Laura F. (2012); Dreher, Sofia (2011).

Objetivos

Stuart, Atkinson e Verney:- Promover mudanças que gerem a construção da agência, da concretização de iniciativas e de estratégias de enfrentamento da vida como esta se coloca na situação atual do participante.

Procter: - Alargar mais os limites da prática musicoterapêutica convencional .

Batista e Cunha: - Considerar as ideias de coletivo, do bem-estar da comunidade, dos conflitos e contradições existentes no meio concreto no qual as pessoas convivem e vivem suas práticas cotidianas.

Dreher: - Promover a transformação na postura dos sujeitos envolvidos, com vistas a melhorar sua autoestima. - Experimentar um processo de crítica e autocrítica, tornando-se formadores de opinião e (re) conhecendo sua liberdade de expressão. – Colaborar com a inserção dos usuários em espaços promotores de cidadania. - Desenvolver atividades e ações pedagógicas, educativas, informativas, culturais recreativas, na perspectiva da mobilização comunitária. -Colocar os moradores “em movimento”, possibilitando o reconhecimento das dificuldades e limites, bem como a busca de iniciativas de emancipação a partir da identificação, do desenvolvimento das potencialidades locais e também da valorização do território, que possui uma totalidade de famílias em vulnerabilidade social.

<p>Krob e Silva: - Elaborar de um mapa acústico e o estabelecer pontos de influência relacional entre a paisagem sonora urbana coletiva e o aspecto comportamental da população. – Conhecer indicadores da forma com que se estabelecem as inter-relações sociais nos níveis musical e histórico.</p>	
<p>Wood, Stuart; Verney, Rachel e Atkinson, Jessica (2004). Powell, Harriet (2004). Procter, Simon (2004). Zharinova-Sanderson, Oksana (2004). Andrade, Maeve; Cunha, Rosemyriam (2015).</p>	<p>A ação do musicoterapeuta</p>
<p>Wood, Verney Atkinson: O musicoterapeuta faz parte da ação, canta junto, faz parte do grupo, não nega seu papel de musicoterapeuta, mas agrega a ele o papel de cantar, ouvir, interpretar, ao mesmo tempo em que participar se faz imprescindível. O musicoterapeuta adere ao contexto social e cultural e dele faz parte. Dele não se espera que saiba o que fazer, mas que ele faça junto com o grupo e que juntos encontram o sentido da ação. O profissional deve olhar para as restrições e desgostos que ocorrem quando há a necessidade ou a pretensão de ampliar as oportunidades de fazer música e conviver de forma diferente do modelo tradicional.</p> <p>Powell: Ele ouve e responde, fortalece, facilita e conecta. Auxilia a unir as pessoas na ação de fazer música, nas prática da música ao vivo, encoraja potencialidades a se desenvolverem, se manterem em ação, promove oportunidades de experiências novas que enriqueçam a vida dos grupos, da comunidade.</p> <p>Zharinova-Sanderson: Os musicoterapeutas precisam provocar e desenvolver pensamentos novos sobre como a música e a musicoterapia em geral promovem relações saudáveis e bem-estar na comunidade.</p> <p>Andrade e Cunha: Em 2011 foi composto o perfil do musicoterapeuta social (GUAZINA et al., 2011), documento que mostra o musicoterapeuta social com sua ação voltada para o atendimento dos usuários da rede socioassistencial, o que inclui os projetos sociais.</p>	

QUADRO 1: PAINEL DEMONSTRATIVO DAS CONSIDERAÇÕES DE AUTORES SOBRE A MUSICOTERAPIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

Discussão dos Dados

No quadro acima encontram-se tópicos com informações relacionadas à MTCom e à MTSo como: dados históricos, princípios teóricos, modelos tradicional em contraste com o modelo ampliado, objetivos e ação do musicoterapeuta. A concentração das opiniões dos autores forneceu dados para reflexões que reafirmam conhecimentos e mostram convergências nas formas de pensar e agir de musicoterapeutas de diferentes países.

A prática que aqui está denominada por MTCom não se constitui algo novo no campo musicoterapêutico. Desde a década de 1970 percebe-se a preocupação com uma teorização que dê fundamentos, que explique essa prática. A busca se deu em função de tensões e contradições encontradas pelos profissionais que se deparam com as modificações que esta prática impõe ao campo quando comparada ao modelo tradicional que preconiza um ambiente fechado onde a díade terapêutica trabalha em confidencialidade.

Dentre as considerações tecidas, figuram como centrais, os aspectos que englobam as circunstâncias da vida cotidiana realizada pelas pessoas e que colocam em evidência outras dimensões do existir que não só sintomas de saúde/doença. Aí estão incluídas as forças e convenções sociais, os elementos valorizados na cultura e a realidade político-econômica.

O princípio fundante da prática da MTCom é a cultura, e por meio desta, a criação, manutenção e fortalecimento da grupalidade ou comunidade. São os elementos culturais que serão os mediadores das relações grupais. Entre estes, a música figura como uma convenção social, uma criação humana, logo, uma ação feita pelas pessoas com alguma finalidade. Por isso, ela pode ser colocada a serviço da comunidade para estabelecer processos relacionais. A interação, a dinâmica interpessoal gerada na criação sonora

torna-se a força de apoio para as apropriações, compreensões, permanências e modificações de eventos trabalhados coletivamente.

Por aí já se percebe que, embora não sejam as técnicas e os recursos os elementos determinantes da musicoterapia social e comunitária, a epistemologia que a suporta, o ambiente físico, o espaço musical e todas as relações simbólicas e interpessoais que acontecem nessa prática também a caracterizam. Assim, essa prática, que emerge da realidade sociocultural vivida pelo grupo, exige flexibilidade teórico-prática do musicoterapeuta. Uma vez que valores e convenções, interesses e necessidades se modificam de grupo a grupo, cabe ao profissional a maleabilidade de pensamento e ação frente às condições simbólicas e concretas encontradas no ambiente de interação.

A prática da MTCom tem por base o entendimento de que o modelo convencional de intervenção individualizada, confidencial e reservado não é suficiente para a interação com a comunidade. No contexto em que as ações se voltam para a grupalidade, para a comunidade, há demanda do compartilhamento de relações musicais em ambientes de convívio amplos e abertos. Nessa prática, as tensões intragrupo favorecem a resolução problemas, a criação de estratégias de enfrentamento, pois se considera que ali, a música que é produzida é de todos, é elemento comum aos participantes e o meio pelo qual as dinâmicas de resistência e fortalecimento se estabelecem. Dessa forma, a criação sonora tem sua força e valor na medida em que envolve e congrega as pessoas, acolhe a diversidade, estabelece redes relacionais, estimula a agência e autonomia e ressoa a resistência e a possibilidade de mudanças.

No que tange aos encontros e distanciamentos entre as posturas teóricas, os autores indicaram algumas similaridades na conceituação e formas de conceber suas práticas. Entre elas encontramos: 1- a MTSo/ MTCom é uma realidade no campo; 2- que se apresenta como um desafio, um ponto de tensão por deslocar o posicionamento teórico e prático

convencional, aprendido e praticado até então. Entre esses deslocamentos, os mais citados foram: 3- as práticas musicoterapêuticas realizadas em espaços não convencionais e nem sempre privados nos quais a relação participante, musicoterapeuta e produção sonora fica exposta, sem a privacidade usualmente preconizada; e 5-a fundamentação em conceitos e pressupostos epistemológicos que consideram a cultura, a sociedade, a economia e a política como centrais, sendo 6- a música uma ação humana que se insere ou resulta dessas dimensões.

Entre os tópicos que se distanciaram encontramos: 1- o ambiente físico de trabalho concentrado, conforme autores europeus, em clínicas de saúde mental, enquanto que os brasileiros e um argentino (PELIZZARI, 2010), citaram associações de bairros e centros comunitários; 2- a abordagem também se diferencia entre os autores dos dois continentes, pois alguns dos autores do livro fazem atendimentos individualizados para depois ampliarem a abrangência para familiares, colegas de trabalho, enquanto que no Brasil os processos relatados já iniciam com grandes grupos ou com a própria comunidade.

Outro fato que chamou a atenção foi a denominação da prática. Entre os artigos de autores brasileiros, dois deles citaram o termo musicoterapia social, outros cinco utilizaram o termo musicoterapia comunitária. No livro os autores fizeram referência ao seu trabalho como sendo musicoterapia comunitária e, em nenhuma oportunidade foi citado qualquer direcionamento prático ou teórico chamado por musicoterapia social. Quanto à musicoterapia social, houve o destaque, em dois textos brasileiros e um argentino, para a epistemologia e a forma de pensar do profissional como elementos determinantes dessa especificidade, mais do que o ambiente, as técnicas e procedimentos. Sobre a prática musical encontrou-se que no ambiente brasileiro a recriação é mais presente se comparada à improvisação, experiência predominante entre os casos relatados no livro.

Reflexão Final

Um resumo expandido deste texto foi apresentado no VI Congresso Latino Americano de Musicoterapia (CLAM), realizado na cidade de Florianópolis no ano de 2016⁴. Ao preparar o conteúdo que seria mostrado na mesa redonda, o peso teórico do artigo tornou-se demasiado. Essa sensação nos levou a entender que os trabalhos que tratam de princípios teóricos tendem a ser áridos e de difícil leitura. Mesmo que epistemologia e conceituações sejam uma necessidade nos campos de ação, os relatos da prática, por revelarem a trama vivida no aqui e agora da ação musicoterapêutica são mais leves e atraentes. Por essa razão, tanto no evento como na presente reflexão final, nos aproximamos um pouco mais de uma *epistemologia do sentimento*, para encerrar esse estudo sobre a MTCom e a MTSO. Essa licença poética (ou teórica), nos permitiu pensar nessa prática como uma ação baseada no encontro entre pessoas que se dispõem a exercer a solidariedade, a sobrevivência, a resistência, o enfrentamento, a permissão e o acolhimento.

Este direcionamento à implicação - do musicoterapeuta e dos participantes - engloba sentimento, pensamento e participação (HELLER, 1985) em uma via de ação que rompe com imaginários de concentração de saber, de poder. Por isso, o grupo/a comunidade, assume o sentido do ambiente que agrega, se torna um destino, um lugar para seus integrantes. O que importa é ser no grupo. Ser criança, ser velho, ser jovem, ser adulto, e juntos formar um espaço de trocas, de criação, de repertórios de sonoridades, de opiniões, de solicitações, de se dar ao direito de esperar pelo reencontro.

Pretende-se estabelecer, com a ação social e comunitária, arenas de prática onde os participantes podem vivenciar a interação, a integração. São

⁴ O resumo está publicado nos Anais do VI CLAM, sem o quadro conceitual e as considerações tecidas a partir dele.

arenas relacionais nas quais a própria presença é a denúncia de uma sociedade que não vê, não escuta, não toca, não se implica.

Com isto, os deslocamentos do pensar, sentir e agir se realizam na abertura para o novo; na transgressão de noções tradicionais para iniciativas que possam atingir as necessidades do vivido, do sentido, muito embora as dúvidas e tensões se façam presentes no campo teórico e prático.

Estas posturas só se tornarão viáveis e factíveis se o agenciamento for um ideal em comum a todos os integrantes. Instaure-se assim, uma participação intercambiante, nela todos são partícipes de um conjunto de relações que criam e recriam interações sociais ao fazer, refazer e confirmar a cultura. Nesse cenário, a música, vinculação de sonoridades, ação sociocultural, convenção social, figura como mediadora das forças que levam musicoterapeuta e participantes a agir motivados a resistir e expandir possibilidades de vida.

Referências

AIGEN, Kenneth. Conversations on creating community: performance as music therapy in New York City. In: PAVLICEVIC, M., e ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

ANDRADE, Maeve; CUNHA Rosemyriam. A dimensão de saúde na prática da musicoterapia social. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano XVII, n.18, p.64-84, 2015.

ARENDT, Hanna. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ASSGAARD, Trygve. A pipe among white coats and infusion pumps: community music therapy in a paediatric hospital setting. In: PAVLICEVIC, M., e ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

BATISTA, Carolina; CUNHA, Rosemyriam. A inserção da musicoterapia na rotina de uma comunidade albergada. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, n.9, p. 71-86, 2009.

DAVIDSON, Jane. What can the social psychology of music offer community music therapy? In: PAVLICEVIC, M., e ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

DORIT, Amir. Community music therapy and the challenge of multiculturalism. In: PAVLICEVIC, M., e ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

DREHER, Sofia C. A musicoterapia e sua inserção nas políticas públicas— análise de uma experiência. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, n.11, p.11-36, 2011.

GUAZINA, Laize *et al.* Perfil do musicoterapeuta social. **União da Associações de Musicoterapeutas Brasileiros**, 2011

HELLER, Agnes. **Teoria de los Sentimentos**. 3ª ed. Barcelona: Fontamava, 1985.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

KROB, Daniéli B., SILVA, Faulra Franch S. “Comigo não violão!”: Musicoterapia com mulheres em situação de violência doméstica. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano XIV, n.12, p. 27-38, 2013.

ORTEGA Y GASSET, José. **A rebelião das massas**. Ebook Libris disponível em: www.ebooksbrasil.com/eLibris/ortega.htm, 2003. Acesso em: 09 jan. 2015.

PAVLECEVIC, Mercedes. Learning from Thembaletu: Towards responsive and responsible practice in community music therapy. In: PAVLICEVIC, M.; ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

OSELAME, Mariane; MACHADO, Ruth B., & CHAGAS, Marly. Um estudo sobre as prática da musicoterapia em direção à promoção da saúde. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano XVI, n.16, p. 102-12, 2014.

PAVLECEVIC, Mercedes; ANSDELL, Gary. Introduction: The ripple effect. In: PAVLICEVIC, M., e ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

PELLIZZARI, Patricia. Musicoterapia comunitaria, contextos e investigación. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano XII, n.10, 2010.

POWEL, Harriet. A dream wedding: from community music to music therapy with a community. In: PAVLICEVIC, M.; ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

PROCTER, Simon. Playing politics: Community music therapy and the therapeutic redistribution of musical capital for mental health. In: PAVLICEVIC, M.; ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

SCHNEIDER, Sérgio, SCHIMITT, Cláudia Job. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v.9, p.49-87, 1998.

RUUD Even. **Music Therapy: improvisation, communication, and culture**. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

Ruud, Even. Foreword: Reclaiming Music. In: PAVLICEVIC, M. and ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

STIGE, Brynjulf. Community music therapy: culture, care and welfare. In: PAVLICEVIC, M. and ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

TURINO, Thomas. **Music as Social Life. The politics of participation**. Chicago: The University of Chicago Press, 2008.

WOOD, Stuart; VERNEY, Rachel & ATKINSON, Jessica. From therapy to community: making music in neurological rehabilitation. In: PAVLICEVIC, M.; ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare**. England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

ZHARINOVA-SANDERSON, Oksana. Promoting integration and social culture change: community music therapy with traumatised refugees in Berlin. In:

PAVLICEVIC, M.; ANSDELL, G. (Ed.). **Community Music Therapy: Culture, care and welfare.** England: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

Recebido em 26/11/2016
Aprovado em 19/05/2017



MUSICOTERAPIA

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XVIII n° 21 ANO 2016
CUNHA, R. Musicoterapia social e comunitária: uma organização crítica de conceitos.
(p. 93-116)

COMUNIDADE EM MUSICOTERAPIA CONSTRUINDO COLETIVOS¹

COMMUNITY MUSIC THERAPY CONSTRUCTING COLLECTIVES

Dra. Marly Chagas²

Resumo - O objetivo desse artigo é relacionar o conceito de Comunidade como construção de coletivos da Teoria Ator-Rede de Bruno Latour e a atuação Musicoterapêutica Comunitária. Para isso, parte da apresentação do ponto de vista conceitual de Latour e da metodologia Ator Rede (TAR) que busca a análise de controvérsias, detendo-se nos conceitos de grupo ou comunidade, redes e porta-vozes; exemplifica a pesquisa social das musicoterapeutas Grazielly Aquino e Raquel Siqueira Silva dentro da abordagem das redes e propõe uma ação clínica na concepção de que a comunidade é rede e a intervenção é sempre política. Conclui compreendendo que faz parte dos deveres políticos do cientista social devolver aos atores a capacidade de produzirem suas próprias teorias acerca do que forma o social. Para o musicoterapeuta, a política estaria na atitude de mediar, traduzir, misturar as situações, objetos, música, teoria e costurar sentidos, potências e vínculos. Convivendo em territórios tão dramáticos como os dos dias atuais, podemos encontrar na arte algumas das respostas que precisamos para nos auxiliar a construir outras maneiras de produzirmos novas subjetividades, promovermos coletivos em que haja invenção.

Palavras-Chave: Musicoterapia Comunitária, pesquisa, teoria Ator Rede, política

Abstract - The purpose of this article is to relate the concept of community as construction of collectives of Actor-Network Theory of Bruno Latour and the acting of Community Music therapy. To this end, starts from the presentation of

¹ Artigo baseado em pesquisa conceitual realizada no Núcleo de Pesquisa José Maria Neves, do Conservatório Brasileiro de Música- Centro Universitário em 2013

² Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. e-mail marlychagas53@gmail.com

the conceptual point of view of Latour and of the methodology Actor-Network that seeks the analysis of disputes, emphasizing on the concepts of group or community, networks and spokespersons; exemplifies the social research of Music therapists Grazielly Aquino and Raquel Siqueira Silva inside the network approach and proposes a clinical action in conception that the community is network and the intervention is always political. Concludes realizing that is part of the social scientist's political duties to give the actors the ability to produce their own theories about what forms the social. For the music therapist, the policy would be the attitude of mediating, translating, mixing situations, objects, music, theory and connecting senses, powers and links. Living in territories as dramatic as those of the present days, we can find in the art some of the answers we need to help us to build other ways to produce new subjectivities and promote collectives where there is invention.

Keywords: Community Music therapy, Research, Actor-Network Theory, Politics

1- Da apresentação de um ponto de vista e de uma metodologia para pesquisar uma Comunidade

A concepção do sociólogo francês Bruno Latour, na qual a sociedade

não se refere a uma entidade existente em si mesma, governada por suas próprias leis; (...) significa o resultado de um acordo que, por razões políticas, divide artificialmente as coisas em esfera natural e esfera social. (LATOURE, 2001, p. 355)

Pode ser uma afirmação surpreendente para alguns de nós. É corriqueiro lançarmos mão de uma ideia de sociedade para designar uma série de fatos e fenômenos que, para Latour, não possuem lei ou ordem que, *a priori*, possa justificá-los. Facilmente, explicamos situações através de estruturas que parecem existir: “Essa é a força social”, ou “A violência é um problema tipicamente social”. Na percepção de Latour, essas palavras podem ter significados muito diferentes, que não poderemos entender sem um cuidadoso rastreamento. Social não é um adjetivo que se acrescenta a um fenômeno; nem tão pouco se refere a algo estabilizado.

Ao adotar esse ponto de vista, faz-se necessário abandonar muito do nosso antigo ideário. Conceitos tais como identidade sonora, identidade cultural, função agregadora da música não tem sentidos *a priori*. Essas palavras ganham novos nexos ao buscamos as associações que se estabelecem com um fato musicoterapêutico qualquer e suas controvérsias. A própria identidade, na era das impermanências, cede lugar às subjetividades produzidas na multiplicidade de identificações sempre renovadas. (BAUMAN, 1998; HALL, 2006) A função agregadora da música, só citada como exemplo, ao ser rastreada, olhada de perto, se apresentará com conexões que extrapolam a simplicidade apontada em uma função.

O significado de social, portanto, não pode ser tomado como um material ou como um domínio particular, homogêneo, já que não fornece explicação de um determinado estado de coisas. Latour concebe a interessante imagem de que *social* não é uma cola capaz de fazer tudo aderir, mas é a diversidade do que é colado. A sociologia de Latour, redefinida como “ciência da vida em conjunto” (2008, p. 14), organiza a possibilidade de delinear associações, investigar um conjunto plural, múltiplo e heterogêneo, associações e conexões reconstruídas em cada momento,

Eis a razão pela qual irei definir o social não já como um domínio especial, uma realidade específica ou uma coisa particular, mas apenas como um movimento muito particular de reassociação ou de reagrupamento. (*idem*.p. 21)

Como consequência das constantes reassociações e reagrupamentos, não encontramos um grupo, tal como tradicionalmente se concebe, mas apenas, e constantemente, formação de grupo (*idem* p. 47). Por analogia, poderemos dizer – não há comunidades, há formação de comunidades.

A obra de Latour é destinada à pesquisa social. Partir desse ponto de vista, obrigatoriamente provocará no pesquisador social a redefinição de seu objeto e de seu método de investigação. O importante serão as associações e reassociações, os agrupamentos e reagrupamentos percebidos. A tarefa é observar movimentos e fluxos para colocar em evidência algum aspecto dessa constante formação de grupo ou de comunidade.

Na observação do movimento, é a própria pesquisa - o indagar do pesquisador – que, incluída como uma das conexões existentes, contribuirá para fazer emergir algumas articulações do complexo emaranhado estudado. Não existirá associação alguma *a priori*, não há teoria de comunidade estabelecida a ser constatada.

Não existe grupo relevante algum no qual seja possível afirmar que constitui os agregados sociais, nenhum componente estabelecido que se possa usar como ponto de partida incontroverso. (LATOUR, 2008. p. 50)

A investigação assim concebida liga-se à metodologia de trabalho da Teoria Ator Rede (TAR) que, através de uma Sociologia das Redes (ou das Associações), entende a comunidade como um coletivo dinâmico onde se associam humanos e não-humanos, actantes com igual interesse para a investigação. Pesquisar a comunidade nessa abordagem é andar em uma corda bamba, um equilíbrio precário que se desestabiliza constantemente. As associações investigadas não se devem simplesmente a pessoas, mas igualmente a máquinas, animais, textos, sons, músicas, instrumentos, instituições. A TAR permite verificarmos uma multiplicidade de materiais heterogêneos conectados em forma de uma rede que tem múltiplas entradas, está sempre em movimento e aberta a novos elementos que podem se associar de forma inédita e inesperada. (LATOUR, pp 47-57)

O velho fraco se esqueceu do cansaço e pensou
Que ainda era moço pra sair no terraço e dançou
A moça feia debruçou na janela
Pensando que a banda tocava pra ela (Chico Buarque, A Banda)³

A rede é instável. A concepção de sua dinâmica segue a pista da conceituação deleuziana de rizoma: uma união de múltiplos, conectada em qualquer lugar. (DELEUZE, GUATTARI, 1995, p.15-24)

Para estudar uma rede, procuraremos atores e porta-vozes. Ator é “qualquer coisa que modifica com sua incidência um estado de coisas (LATOUR, 2008, p. 106)”,

³ BUARQUE, CHICO. A Banda. Álbum Chico Buarque de Holanda, 1968, faixa 1.

Por definição a ação é deslocada. A ação é tomada, prestada, distribuída, sugerida, influída, dominada, traída, traduzida. Se diz que um ator é um ator-rede em primeiro lugar para sublinhar que representa a maior fonte de incerteza a respeito da origem da ação (*Idem*, p. 74)

O porta-voz pode condensar e evidenciar expressões de outros *actantes*. Os porta-vozes “falam pela rede” (PEDRO, 2010, p. 90), eles se deixam visibilizar e resumem a performance de outros *actantes*. Identificá-los é conseguir uma porta de entrada para a rede, já que falam em nome desse coletivo (*Idem*).

A rede funciona sob a lógica das traduções que operam aproximações e efetuam passagens. Nas redes, vale o princípio da conectividade: o que pode ser aproximado, conectado (LATOUR, 2008, p 91), *linkado*, modificado pelo encontro. São as diversas instâncias que buscam traduzir diferenças pelos deslocamentos efetuados, sejam estes geográficos, linguísticos ou sonoros.

A *tradução* designa a

apropriação singular que cada ator faz da rede e na rede. A multiplicidade das traduções pode encontrar nas controvérsias uma oportunidade de expressão, que o método da cartografia permite delinear. (*ibdem*)

A tradução, sempre uma traição, é o que conecta. Latour avisa que deveríamos conservar “como um tesouro precioso” os rastros que aparecem nos vacilos dos atores a respeito do que os faz atuar. (LATOUR, 2008, p.74)

Na rede, cada elemento é simultaneamente um ator, cuja atividade consiste em fazer alianças com novos elementos, e uma rede, capaz de redefinir e transformar seus componentes. Os agentes sociais não estão contidos unicamente em corpos: um ator é uma rede moldada por relações heterogêneas, ou seja, ele é um efeito de rede que, por sua vez, participa e molda outras redes. Na medida em que a rede se caracteriza por estabelecer

um campo de tensões heterogêneas, a síntese não é um resultado necessário. Ensina Rosa Pedro: “Pensar as redes implica também em *pensar com a rede*” (PEDRO, R. 2008, 2013 p. 3)

A ferramenta utilizada para apreender as associações de uma comunidade vista como coletivos sócio-técnicos é a cartografia: um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação acontecem na paisagem. A tarefa do cartógrafo é “dar língua aos afetos que pedem passagem” (ROLNIK, 1989, p. 15). Descrever, registrar, documentar e aceitar em seu trabalho a presença de materiais diversos e inesperados que acompanham a trajetória de sua pesquisa.

2 - O musicoterapeuta como um pesquisador social dentro da abordagem das redes

Como vimos, esses autores se referem a uma percepção particular em relação às sociedades, comunidades, coletivos, grupos, que é convocada por pesquisadores sociais. Citarei aqui o exemplo de dois musicoterapeutas que utilizaram o referencial teórico das redes para realizar sua pesquisa.⁴

2.1 - Sobre os efeitos da musicoterapia numa instituição de Saúde Mental de longa permanência, acolhendo as dissonâncias

Grazielly Braga de Aquino, musicoterapeuta brasileira, realizou seus estudos de Mestrado na Universidade Federal Fluminense (2009) cartografando uma ação no âmbito da Saúde Mental como musicoterapeuta de grupo de mulheres com uma média de 40 anos de internação, de setenta a cento e cinco anos de idade, em um manicômio hoje denominado Hospital de

⁴ Marcello da Silva Santos pesquisou nesse referencial, em sua tese de doutorado *Contemporaneidade e Produção de Conhecimento, a invenção da profissão de musicoterapeuta. (2011)*. A complexidade de seu trabalho não permitiu um resumo nesse artigo, mas recomendo a sua leitura integral http://www.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/pos_eicos/arqanexos/arqteses/marcellosantos_dout.pdf

Psiquiatria e Geriatria Teixeira Brandão HPGTB. A clínica da musicoterapia foi pensada a partir do conceito de Ritornelo, de Deleuze e Guattari e o resultado é um comovedor trabalho que entrelaça a Reforma Psiquiátrica Brasileira, poesia, a vidas das mulheres, canções...

Aquino é funcionária da própria instituição que pesquisa e, atendendo a essas mulheres como musicoterapeuta, pondera:

Ser musicoterapeuta é estar num lugar mestiço, porque a musicoterapia é um híbrido transdisciplinar, que é arte e ciência ao mesmo tempo. Portanto, nessa cartografia os meus limites enquanto profissional também se refazem o tempo todo. Sou também pesquisadora. Penso que assumir uma postura clínica numa instituição como essa, me faz assumir simultaneamente uma postura política, pois não é possível fechar os olhos para as práticas. É preciso habitar o caminho do meio, pois somos nós, profissionais, os mediadores entre duas instâncias: os usuários e a administração institucional. Por muitas vezes fazemos da nossa voz, a voz do outro, daquele que não tem acesso, e lutamos para que esse seja escutado. Portanto, essa pesquisa também se trata de um comprometimento ético meu para com essas pessoas. (2009, p.13)

A autora informa que de 2003 a 2009, cerca de cem mulheres que viviam no Núcleo Teixeira Brandão (HPGTB) morreram. Umas nunca tiveram a oportunidade de habitar um espaço mais digno do que a enfermaria do manicômio; outras tiveram a oportunidade, mas não quiseram. “Depois de tanto tempo institucionalizadas, têm muito receio de viver fora do hospital” (p. 26). Apesar dos receios apresentados por elas, existe um trabalho técnico oferecido para que essas mulheres exercitem ao máximo a autonomia possível. São estimuladas saídas para lazer, compras, almoços, idas ao banco, ao médico e, se possível, mudarem-se para residências terapêuticas. Aquino interroga: “Seria possível pensar numa desconstrução manicomial dentro do próprio manicômio?” (*Idem*)

As dificuldades de pesquisar em rede são apontadas logo no início, quando a autora discute a necessidade de pensar o dentro e o fora da

instituição longe dos dualismos que a própria instituição impõe, propondo uma tentativa de encarar o muro concreto entre manicômio e sociedade sem limitar dois mundos.

Para pensar longe dos dualismos é preciso estar entre, no plano das multiplicidades, um lugar de passagem. Mas, como habitar esse mundo do meio? Não significa estar em cima do muro, pois já não importa se existe ou não um muro. Trata-se de habitar o lugar do limite, um estranho lugar que muda o tempo todo e por isso se torna um não-lugar. Um lugar a ser construído. (*Idem*, p. 29)

Aquino, com sensibilidade, vai traçando a rede em que as histórias das vidas das mulheres, a Reforma Psiquiátrica, as pequenas e grandes conquistas do cotidiano do manicômio ganham vida e emoção, tateando seus contornos e reinventando seu cotidiano através do entrelaçamento da clínica com a vida. Aquino expõe no terceiro capítulo “a narrativa das histórias e músicas cantadas nas sessões de musicoterapia. São elas: 1) “Limite – limitações e possibilidades – *“A minha casa fica lá de trás do mundo, onde eu vou em um segundo quando começo a cantar”*⁵; 2) A internação – *“Eu perguntei a Deus do céu: - Por que tamanha judiação?”*⁶; 3) O dinheiro possibilitando o vínculo com o mundo – *“Ei, você aí. Me dá um dinheiro aí Me dá um dinheiro aí”*⁷; 4) Um importante vínculo com um não-humano: os instrumentos musicais – *“Violão, companheiro dileto, és meu único afeto. Tudo que me restou”*⁸; 5) A musicoterapia e a horizontalidade das relações – *“Tu me ensina a fazê renda, que eu te ensino a namorá”*.⁹ 6) A morte – *“Não deixe o samba morrer, não*

⁵ RODRIGUES, LUPICÍNIO, Felicidade. 1952 (Nota da autora)

⁶ GONZAGA, LUIS; TEIXEIRA, HUMBERTO. Asa Branca, 1947. (Nota da autora)

⁷ FERREIRA, HOMERO, FERREIRA, GLAUCO; FERREIRA, IVAN; Me dá um dinheiro aí, 1960 (Nota da autora)

⁸ MOREIRA, ADELINO. Meu Dilema, 1960 (Nota da autora)

⁹ DOMÍNIO PÚBLICO, Mulher renderia. (Nota da autora)

deixe o samba acabar”;¹⁰ 7) Saudades, Amores perdidos, Amores Impossíveis – “*A minha vida foi sempre assim, só chorando as mágoas que não tem fim*”¹¹; 8) O Lar e as Seções – “*Vou ficando por aqui. Que Deus do céu me ajude*”.¹²; 9) Recuperando o gosto pela vida – “*Panela velha é que faz comida boa*”¹³.
(*Idem* pp 57- 74)

Dentre as conclusões, essa pesquisa alerta que em 2009 o Asilo Manicomial - ao contrário do que pensam muitos – ainda abriga mil e cem pessoas em leitos de longa permanência, que um dia foram excluídas do mundo pelo próprio manicômio. São totalmente dependentes da instituição para viver. Aquino propõe, através de seu compromisso ético com a pesquisa e com seu trabalho, que essas pessoas deveriam ser prioridade para as políticas públicas. (*Idem* p. 76)

Na busca do exercício de um olhar não dicotômico, Aquino percebeu que “os próprios sentimentos expressos nos grupos de musicoterapia se mostravam opositivos: ora desencanto, ora gratidão por estarem vivendo ali. A vida que tinham antes da internação e a que veio depois da mesma. A comida boa e a comida mal feita. A vida e a morte.” (*Ibidem*)

No decorrer da pesquisa, Aquino percebe que os encontros, as saídas do Núcleo - passeios e cafés propostos pelas mulheres - faziam as fronteiras se moverem, os limites se desestabilizavam.

Esse lugar é um lugar de muitas intensidades, lugar do caos, do estranhamento. Portanto, não é raro ser assustador. (...)]Foi re-criando canções que essas mulheres puderam contar algumas de suas histórias. Essa é uma experiência que, a meu ver, está na passagem, no limiar. Entre o que foi e o que ainda será. Seguimos assim re-criando

¹⁰ CONCEIÇÃO, EDSON. Não deixe o samba morrer, 1975 (Nota da autora)

¹¹ CARVALHO, JOBERT. Taí, 1930 (Nota da autora)

¹² VENÂNCIO, CORUMBA; GUIMARÃES, JOSÉ. Último pau de arara, 1956 (Nota da autora)

¹³ MOREXINHO, SILVEIRA, ARTUR. Panela Velha, 1083 (Nota da autora)

nossas próprias vidas e transformando-as em obras de arte.(2009, p. 76-78)

2.2) Grupos musicais em saúde mental: conexões entre estética musical e práticas musicoterápicas

Uma associação nunca é linear e os grupos se conectam de maneira múltipla. Estar atento às nuances dessas articulações é a tarefa do pesquisador. A musicoterapeuta Raquel Siqueira-Silva (2012), em sua tese de doutoramento, utilizou a metodologia da Teoria Ator Rede. Pesquisou controvérsias advindas das produções de grupos musicais com usuários de serviços de saúde mental. Seu campo foram grupos surgidos na clínica musicoterapêutica em Hospitais Psiquiátricos, e que ganharam espaço na mídia brasileira. Para Siqueira-Silva, no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os grupos musicais¹⁴ ¹⁵ contribuem para a popularização da discussão dos temas relacionados à saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira pretende a desinstitucionalização da loucura. A Luta Antimanicomial há muito se configura como uma das potências do movimento anti-hospício. Leis foram propostas e promulgadas. Direitos foram adquiridos nestes mais de trinta anos de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Apesar do propósito, nem sempre serviços, postos, centros de atenção e hospitais foram exitosos nessa tarefa.

Na pesquisa de Siqueira-Silva, percebe-se que os grupos musicais em saúde mental surgiram no Brasil com características específicas que produziram efeitos do contágio em rede. Esses efeitos possibilitaram o compartilhamento dos ideais da Reforma Psiquiátrica por usuários, familiares,

¹⁴ Foram estudados o Grupo Harmonia Enlouquece (HE) e o Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado

¹⁵ A pesquisa de Raquel Siqueira-Silva incluiu um estágio doutoral em Coimbra com o Grupo Musical Trazer pra Casa, que não enfocarei nesse artigo.

profissionais e outras pessoas afins às questões de saúde mental. (2012, p. 186).

Uma das controvérsias encontradas é a de que existem grupos em que se aplaude a doença.

Qualquer coisa que o maluco faz, aplaude-se. O grupo tem essa filosofia: o projeto é que se tenha qualidade muito profissional mesmo. Comentários: 'Como tocam bem, como são profissionais'. Ninguém chegou dizendo: 'Olha os maluquinhos"'. (Daniel Silva, entrevistado por Siqueira-Silva, 2012, p. 116)

Um dos efeitos observados na pesquisa é a visibilidade desses usuários ao ocuparem o lugar de músicos com possível geração de renda. Mas, ao mesmo tempo em que a nova função de artistas produzia renda e autoestima, os atores pesquisados citavam as dificuldades dessa visibilidade e as conexões com o lugar instituído da loucura. "Alguns não aguentaram a exposição. Aconteceu de usuário ficar chorando até a hora do palco!" (Francisco Sayão, entrevistado por Siqueira-Silva, *idem* p. 95).

Por outro lado, o grupo musical formado por profissionais de saúde e usuários, enfrentou a queixa da família de uma profissional de saúde: ao aparecer na TV, tocando com o grupo, não havia legenda que o identificasse como profissional, e não usuária. Os loucos podem ser músicos, mas os familiares dos profissionais de saúde se incomodam se seus parentes forem vistos como loucos. Ainda nesse mesmo mal-estar, os organizadores do Grupo Musical convidaram músicos para tocar com o grupo. Alguns não suportaram aparecer na mídia como maluco para os outros. "Uma flautista quer ser vista como profissional. Ela dava entrevista dizendo que estava só colaborando..." (Francisco Sayão, entrevistado por Siqueira-Silva, p95). No entanto, alguns vinham tocar gratuitamente: Kid Abelha, Moska, Barone entre outros. Certa feita, Siqueira-Silva conta que o Harmonia Enlouquece ganhou um prêmio e o

grupo foi recebê-lo no Museu Villa-Lobos e, nessa festa, dividiu o palco, com muita alegria, a Sandra de Sá. (*idem*, p. 72)

Outra controvérsia é apresentada pela imprensa que notifica a apresentação dos usuários nos espetáculos. Fala dos usuários, mas não relata a participação no palco de artistas consagrados que apoiam musicalmente a atividade. No Loucos por Música¹⁶, nas doze edições, eles [o HE] cantaram em todas as edições e a partir de 2007 outros grupos participaram... Gilberto Gil assistiu ao show e participou cantando Maluco Beleza junto com o HE [isto não saiu na imprensa], este foi o momento mais emocionante do projeto e receberam o cartão de quebrar o protocolo". (*idem*, p. 95-96)

A inclusão acontece e no mesmo movimento se desfaz para se refazer. O Grupo Harmonia Enlouquece foi convidado para participar da novela "Caminhos das Índias", fato que aumentou consideravelmente a visibilidade do grupo e acrescentou à cena cotidiana dos ouvintes uma importante discussão sobre as potencialidades da loucura. A novela, no entanto, nada gerou em arrecadação diretamente para o grupo. Os componentes não receberam cachê pela participação em dois capítulos. Até mesmo os figurantes receberam dinheiro por participarem da novela, menos os integrantes do grupo musical. Só a participação no folhetim televisivo já seria suficiente para a satisfação dos usuários? Estaria presente também uma ideia de que o pagamento pelo trabalho era a visibilidade na novela? Ou ainda, esta participação na novela

¹⁶ O projeto "Loucos por Música" tem caráter beneficente e visa arrecadar fundos para instituições sem fins lucrativos que utilizam a arte no tratamento psiquiátrico e na inclusão social de portadores de distúrbios mentais.

O projeto tem como foco principal a música, realizando shows que reúnem cantores consagrados, mas também conta com o apoio de artistas plásticos renomados que, durante os shows, criam obras que serão leiloadas no final do projeto.

A instituição a ser beneficiada será indicada por profissionais locais com o aval do Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental. (<http://www.hotsitespetrobras.com.br/cultura/projetos/39/196>)

teria o sentido terapêutico per si? Por que aos usuários, apenas a churrascaria? (p. 103)

O Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado também fez algumas apresentações na TV Brasil e em uma TV de São Paulo. Lula Wanderley (entrevistado por Siqueira-Silva) acredita que

saúde mental não é preparada para criar mecanismos financeiros de manutenção dos grupos. Eles vão ganhando estrutura quando recebem algum dinheiro da sociedade civil. O que é muito irregular (Lula Wanderley, entrevistado por Siqueira-Silva, (2012, p. 93)

Evidencia-se que a precariedade na formação destes grupos é muito grande e impede um desenvolvimento maior deles. “Faltam instrumentos musicais, aparelhamento técnico” (p. 93). (Lula Wanderley, entrevistado por Siqueira-Silva, *ibidem*)

Além de enfrentar esses desafios conflitantes, a pesquisa de Raquel Siqueira problematiza outras questões ligadas à remuneração e renda: “Teve um paciente que achou que nós estávamos lesando ele, isto fez com que fizéssemos critérios: querer participar, tocar instrumento e estar se tratando”. (Francisco Sayão, entrevistado por Siqueira-Silva, *idem*, p. 103)

A cada conexão, a rede se move, traduz e cria outros modos de funcionar e se agenciar.

A visibilidade oferecida pelas ligações midiáticas apresentaram conexões curiosas: os grupos musicais, embalados pela Reforma Psiquiátrica, apostaram na reinserção social dos usuários. No entanto, em evento patrocinado pela indústria farmacêutica, houve uma tentativa de impedir a execução da música “Sufoco da Vida”¹⁷, que fala dos medicamentos.

Estou vivendo
No mundo do hospital

¹⁷ JESUS, HAMITON; MACHADO, ALEXANDRE Sufoco de vida.

Tomando remédios
De psiquiatria mental

Estou vivendo
No mundo do hospital
Tomando remédios
De psiquiatria mental

Haldol, Diazepam
Rohypnol, Prometazina
Meu médico não sabe
Como me tornar
Um cara normal

Me amarram, me aplicam
Me sufocam
Num quarto trancado
Socorro
Sou um cara normal
Asfixiado

Minha mãe, meu irmão
Minha tia, minha tia
Me encheram de drogas
De levomepromazina

Ai, ai, ai
Que sufoco da vida
Sufoco louco
Tô cansado
De tanta
Levomepromazina

Ai, ai, ai
Que sufoco da vida
Sufoco louco
Tô cansado
De tanta
Levomepromazina

O grupo cantou a música, a despeito de qualquer coisa. Esta música passou a ser a mais conhecida do grupo e foi um sucesso já nesta apresentação. Em 2009, esta mesma música fez parte da trilha sonora do CD e novela “Caminho das Índias”. (*idem*, p. 72)

Outra controvérsia apontada é a que resulta do misto de humanos e não-humanos (vozes, instrumentos, ampliações, gravações) que compõe uma qualidade musical muito boa, colocando na cena musicoterapêutica a ênfase na produção estética de qualidade de mercado. Siqueira-Silva entende que lidamos com o sentido de inclusão social, um dos jargões da Reforma Psiquiátrica, já que, historicamente, os usuários de saúde mental foram excluídos do convívio com pessoas não portadoras de transtornos graves e se acreditava que eles eram incapazes de fazer muitas atividades. (*Idem*, p. 107) A estética musical funciona como um agenciador nessas associações. Ela serve para promover a inclusão social, fortalecendo as conexões que ratificam as capacidades de interação.

Conceber que algo ou alguém está “dando voz” ao usuário é ratificar a premissa de que ele não teria voz. Ao mesmo tempo, negar que sua voz não foi utilizada nem ouvida também é um risco. A noção que permeou o trabalho foi a de que os usuários sempre tiveram voz, ainda que abafada pelas segregações da razão, tomada como preponderante às outras. No entanto, a questão se apresenta quando o profissional de saúde mental defronta-se com um actante não-humano, por exemplo um microfone, que poderá amplificar sua voz e contribuir para que ele se expresse de modo audível e o mais inteligivelmente possível. (*Idem*, p. 188)

As controvérsias ligadas à própria ação musicoterapêutica também são pesquisadas pela autora. Uma delas é a convivência como potência de transformação, junto ao humor, à mobilização dos lugares preestabelecidos de terapeuta e paciente. Os terapeutas, nessa prática, convivem intensamente com os usuários: dividem hotel, viajam juntos de avião, compartilham longas horas de ônibus, e palcos de casas de shows almejados e frequentados por artistas já consagrados da música. Há uma modificação nas maneiras de interagir, ver, processar e conceber modos de atuação da musicoterapia em

saúde mental. O musicoterapeuta convive, compartilha, agencia mudanças em seus modos de atuar enquanto profissional e participar destas redes em outras conexões. (*Idem*, p. 67) Outra delas é a que indaga se a estética musical também pode ser um veículo terapêutico. Raquel pergunta: ao assistir aos ensaios dos grupos musicais, percebeu que a música bem executada, provocava falas de satisfação e de reconhecimento entre os usuários e profissionais, além do aplauso do público. Experiência de valor inestimável para qualquer artista. (*idem*, p. 110)

Raquel Siqueira conclui considerando os grupos musicais em Saúde Mental como um movimento musical, embora questione a própria opinião e a torne controversa: será que o isolamento presente nas práticas da história da saúde mental afetou a formação dos grupos musicais e eles não perceberam que estão criando um movimento musical? Ou, em contraponto, esta pesquisa estaria nomeando um termo sobrepondo-o a um fazer? Não pretendemos falar por eles. A fala dos profissionais não ratifica a ideia de um movimento musical. Em contrapartida, acreditamos que se pode configurá-lo, tal a multiplicidade de conexões que estes grupos engendram. (*idem*, p. 190)

Todos estes movimentos, diz Siqueira-Silva, mais ou menos estabilizados pelas conquistas macro e micropolíticas, estão em andamento e geram processos em que pessoas estão mudando suas rotinas... (*idem*, p. 185)

3) A ação clínica sem o interesse da pesquisa, mas na concepção de que a comunidade é rede e a intervenção é sempre política. Como nossas práticas clínicas podem se beneficiar com esse modo de pensar?

Que ligações poderão ser feitas entre as ideias aqui apresentadas e o trabalho do musicoterapeuta comunitário? Em primeiro lugar, desejo estabelecer uma diferença de estratégias entre um musicoterapeuta na

comunidade e um musicoterapeuta que trabalha com a comunidade, um musicoterapeuta comunitário. No primeiro caso, temos um profissional clínico que estabelece o seu consultório em uma área da cidade e atenderá pessoas que moram naquele lugar, realizará consultas individuais ou em grupo e seus objetivos estarão estabelecidos dentro do enquadre teórico-técnico da reabilitação, ou do desenvolvimento de habilidades cognitivas, ou da musicopsicoterapia. Certamente esse é um trabalho importante que leva benefícios àquelas pessoas e pode ter sua percepção embasada em processos de produção de subjetividades. O outro profissional, que denomino musicoterapeuta comunitário, trabalhará com a comunidade em constante formação, entrará em contato com uma rede de associações, problematizará um território, um movimento, um coletivo.

A perspectiva do pesquisador social pode ser muito útil ao musicoterapeuta comunitário. Ao começar o trabalho em uma comunidade, o que fazer? É preciso, tal como o pesquisador, encontrar uma porta de entrada. A quem procurar? Como vivem as pessoas? O que desejam? É habilidade básica para o musicoterapeuta comunitário entender aquele lugar em que está como algo a ser conectado através de portas de entradas, de análise de controvérsias e da tarefa de encontrar atores para iniciar algum trabalho no coletivo que se reinventa.

Podemos estar em uma comunidade como um cartógrafo: abertos aos afetos e às sonoridades das línguas que encontramos pelo caminho. A tradição aqui apresentada considera o pesquisador parte do pesquisado. “Objeto, sujeito e conhecimento são efeitos coemergentes do processo de pesquisar. Não se pode orientar a pesquisa pelo que se suporia saber de antemão acerca da realidade”. (PASSOS, BARROS, 2009, p. 18) Esse posicionamento transforma qualquer pesquisa em intervenção (*Idem*, p. 17). Ora, podemos como musicoterapeutas comunitários pensar no sentido inverso e na mesma

direção. Ao realizamos intervenções clínicas, partindo de uma prática não prescritiva, sem objetivos previamente estabelecidos, mas com metas traçadas ao caminhar; se entendemos as comunidades em que estamos como constantemente em movimento, formando-se e performando-se sempre; se atentamos aos movimentos surgidos com a perspectiva do espanto e da novidade, seremos musicoterapeutas-pesquisadores.

Um musicoterapeuta quer sair de uma clínica individual. Arrisca-se e entra porta-adentro de outro espaço clínico. Há um coletivo. O musicoterapeuta, sem objetivos anteriormente traçados, entra ele mesmo com sua vida, canções, histórias, temores no novo campo de trabalho.

Quando entro assim em um novo coletivo, meu maior desejo é que a música estabeleça relações novas naquele lugar. E, com essa intenção, transformo-me em porta-voz. Quero uma transversalidade de ações que se façam na clínica em acolhimento de um duplo registro tal como descreve Passos e Barros, anteriormente citados: por um lado, um sujeito, um grupo, uma coletividade com sua história, suas formas identitárias, verdades e memórias, mas por outro

a operação clinica deve ser entendida como uma operação de transversalidade entre os grupos, nos grupos, no que está além e aquém da forma dos grupos entre as formas ou no atravessamento delas. A rede conecta termos, dando consistência ao espaço intermediário. (p. 27- 28)

Se há uma dificuldade nesse olhar de tanta relatividade, há também uma beleza – a cada vez produzimos de novo. Não há lei geral, amanhã trará um contínuo reencantamento com a potência criadora da música. Não há neutralidade. Podemos estar envolvidos em um processo político que reorganiza as canções, as práticas, as vidas. As práticas, canções e vidas que são as nossas mesmas se reinventando. Nesta perspectiva, a Musicoterapia

pode provocar associações que permitem maior longevidade para as conexões produzidas pelas associações particulares de múltiplos elementos.

Na avaliação final do Projeto Buscando Caminhos, realizado pelo CBM em 2000 com Educadores de Meninos e Meninas em situação de risco social, obtivemos, Ronaldo Millecco e eu, o seguinte depoimento:
“Eu nunca me esqueço que a L. cantou para mim ‘O bêbado e o equilibrista¹⁸’. Na hora, o CD estava aqui. Ela pediu não sei a alguém para colocar. E aí ela falou assim: esta música retrata muito como ela me vê, porque é uma música linda, já pensou, você ser identificada com uma música daquela! Aquilo para mim foi uma .. (gesto) É legal que você conhece o outro através de uma música ! Você identifica a pessoa, né, como a pessoa é, a personalidade da pessoa, a força que a pessoa tem ou a fraqueza. Ou o encanto, né. Foi muito legal isto! A música dentro do teu momento. Momento em que tu tá bem, em que tu tá ruim. Como ela retrata tudo. ...”

A rede que se quer é a rede quente, transversal, não hierárquica, plena de desarranjos e novos arranjos na produção de realidade. Caosmose. (PASSOS E BARROS, p. 29; GUATTARI, 1992)

4) Por fim, a musicoterapia como ação política

Faz parte dos deveres do cientista social devolver aos atores a capacidade de produzirem suas próprias teorias acerca do que forma o social.

Para retomar um slogan da Teoria do ator-rede, é preciso ‘seguir os próprios atores’, quer dizer, tentar lidar com as suas inovações muitas vezes indomáveis, de modo a aprender com eles o que a existência coletiva se tornou nas suas mãos, que métodos é que elaboraram para a ajustar, e quais são os relatos que melhor definem as novas associações que foram obrigados a estabelecer. (LATOURETTE, 2006, p. 11)

Musicoterapeutas fazem constantemente essa prática: a canção é a escolhida, o instrumento é tocado da maneira possível – muitas vezes

¹⁸ BOSCO, JOÃO; BLANC, ALDIR. O bêbado e a equilibrista. 1979

construído pelas pessoas, a música é improvisada, composta pelos coletivos. Aproveitando a imagem utilizada por Latour de que social é o que é colado, são coladas à musicoterapia todas as heterogeneidades advindas dessa prática: apresentações, danças, dedicações, emoção, frustração. Mas a criação de todos é ruidosamente audível. A consequência dessa intervenção é política. A política está na atitude de mediar, traduzir, misturar as situações, objetos, música, teoria. Costurar sentidos, potências e vínculos. Política no sentido do esforço da tradução para o que se desloca nos grupos (LATOURE, 2004, p. 20), na efetivação do fazer elo de entendimento entre o sofrimento humano, a compaixão, a paixão, o singular e o coletivo; a abertura de espaços nos espaços públicos; a aplicação da musicopsicoterapia na saúde mental, na saúde do trabalhador, nas políticas junto à infância, aos idosos, à saúde da família. Política no combate ao desânimo tanto quanto no combate à arrogância e na preservação da esperança. Guattari, na proposição de um “paradigma ético-estético”, coloca no processo artístico a capacidade de renovação das relações sociais e de intensificação das dimensões criativas que atravessam outros universos de valor.

É evidente que a arte não detém o monopólio da criação, mas ela leva ao ponto extremo uma capacidade de invenção de coordenadas mutantes, de engendramento de qualidades de ser jamais vistas, jamais pensadas. (GUATTARI, 1992, p. 135)

Convivendo em territórios tão dramáticos como os dos dias atuais, podemos encontrar na arte algumas das respostas que precisamos para nos auxiliar a construir outras maneiras de produzirmos novas subjetividades, promovermos coletivos em que haja invenção.

Cantar
Desnudar-se diante da vida
Cantar é vestir-se com a voz que se tem
Achar o tom da alegria perdida
E não ter que explicar pra ninguém

A razão desta tal melodia
 Encharcada de sorriso e pranto
 No cantar a lembrança se cria
 E envelhece de repente
 Vai solta no ar
 Por isso eu canto
 Canto para amenizar
 Grande dor que me traz
 O sorriso de alguém
 Se a minha escola querida
 Cruzar a avenida
 Eu canto também
 No canto
 Vou jogando a minha vida pra você
 Por isso, fecho os olhos pra não ver¹⁹

Referências

- AQUINO, B, G. **Sobre os efeitos da musicoterapia numa instituição de Saúde mental de longa permanência**, acolhendo as dissonâncias. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Niterói: UFF, 2009. Orientadora Dra. Marcia Moraes. Disponível em <http://server.slab.uff.br/dissertacoes/2009/Grazielly.pdf>. Pesquisada em 05 de junho de 2013.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, vol. 1, 1995.
- GUATTARI, F. **Caosmose**: Um novo paradigma estético. São Paulo: Ed. 34, 1992.
- HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 1992.
- LATOUR, B. **Reensamblar lo social**, una introducción a la teoria Del actor-red. Buenos Aires: Manantial, 2008.

¹⁹ CRISTINA, TERESA, Cantar, 2007.

_____. Como prosseguir a tarefa de delinear associações?, in **Configurações**, 2006, nº 2.

_____. Se falássemos um pouco de política? In **Política e Sociedade**. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós – Graduação em Sociologia Política – v.1, n. 4 . Florianópolis: EFSC: Cidade Futura, 2004.

_____. **B. A esperança de Pandora**. Ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru, EDUSC, 2001.

PASSOS, E. BARROS, R.B. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS, KASTRUP & ESCÓSSIA. **Pistas do método da cartografia**, pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009, pp 17-31.

PEDRO, R. Redes e Controvérsias: Ferramentas Para Uma Cartografia da Dinâmica Psicossocial. In **VII Esocite – Jornadas latino-americanas de Estudos Sociais**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em <http://www.necso.ufrj.br/esocite2008/resumos/36356.htm>. Acessada em 08 de julho de 2013.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Edições Liberdade, 1989.

SIQUEIRA-SILVA, R. **Grupos musicais em saúde mental**: conexões entre estética musical e práticas musicoterápicas. Tese de doutoramento em Psicologia. Orientadora Dra Márcia Oliveira Moraes. Niterói: UFF, 2012, 100p. Disponível em <http://server.slab.uff.br/teses/2012/2012Raquel.pdf> Acessada em 12 de junho de 2013.

Recebido em 01/06/2016
Aprovado em 03/10/2016

ANEXO II

**Perfis de Valoração da Improvisação – Versão Reduzida
Kenneth Bruscia (2012)**

Escuta(s) Inicial(is)

IMPROVISADORES E INSTRUMENTOS:

**TÍTULO?
MEIO MUSICAL
DURAÇÃO:**

CONTEXTO DA SITUAÇÃO:

IMPRESSÕES GERAIS:

ELEMENTOS MUSICAIS MAIS SALIENTES: (Limitar a análise a estes elementos sempre que possível)

FORMA GERAL:

HÁ FRASES BEM FORMADAS?

ELEMENTOS MUSICAIS COM MAIOR TENSÃO: (Analisar este item se não analisado no perfil saliência)

OUTRAS FONTES DE TENSÃO:

Corpo

Título

Canto

Discussão Verbal

Escuta Subsequente dos Elementos-Foco

SEÇÕES DE IMPROVISAÇÃO

1 2 3 4

ELEMENTOS RÍTMICOS

Como o ritmo se relaciona com a batida básica (pulso)?	Fusionados Integrados Diferenciados
Como se relacionam as partes rítmicas?	Fusionados Integrados Diferenciados
Como ocorrem as mudanças na subdivisão do tempo?	Estável Variável Contrastante
Com qual frequência há mudanças rítmicas?	Estável Variável Contrastante
Como o paciente se relaciona com o tempo/pulso?	Seguidor Companheiro Líder
Como o paciente se relaciona com o ritmo?	Seguidor Companheiro Líder

SEÇÕES DA IMPROVISAÇÃO

1 2 3 4

TIMBRE

O quanto os timbres estão misturados?	Fusionados Integrados Diferenciados
Com qual frequência há mudanças de timbre?	Estável Variável Contrastante

Como o paciente se relaciona com o timbre?

| Seguidor | Companheiro | Líder |

VOLUME

Como as partes estão misturadas no volume?

| Fusionadas | Integradas | Diferenciadas |

Com qual frequência há mudanças de volume?

| Estável | Variável | Contrastante |

Como o paciente se relaciona com o volume?

| Seguidor | Companheiro | Líder |

TEXTURA

Como os registros estão misturados?

| Fusionados | Integrados | Diferenciados |

Com qual frequência há mudanças de textura?

| Estável | Variável | Contrastante |

Como o paciente se relaciona com a textura?

| Seguidor | Companheiro | Líder |

FRASEADO

Como as frases estão misturadas em tamanho/forma?

| Fusionadas | Integradas | Diferenciadas |

Com qual frequência há mudanças de frases?

| Estável | Variável | Contrastante |

Como o paciente se relaciona com o fraseado?

| Seguidor | Companheiro | Líder |

SEÇÕES DA IMPROVISAÇÃO

1 2 3 4

ELEMENTOS FÍSICOS

Quão coordenados são os movimentos corporais? | Fusionados | Integrados | Diferenciados |
Com qual frequência há mudanças na expressão corporal? | Estável | Variável | Contrastante |

ELEMENTOS TONAIIS

Quão bem a melodia se mistura na escala/tonalidade? | Fusionadas | Integradas | Diferenciadas |
Como melodias simultâneas estão misturadas? | Fusionadas | Integradas | Diferenciadas |
Como a melodia se mistura com a harmonia? | Fusionadas | Integradas | Diferenciadas |
Como a harmonia se mistura com a escala/tonalidade? | Fusionadas | Integradas | Diferenciadas |
Com qual frequência a escala e a tonalidade se alteram? | Estável | Variável | Contrastante |
Com qual frequência a melodia se altera? | Estável | Variável | Contrastante |
Com qual frequência a harmonia se altera? | Estável | Variável | Contrastante |
Como o paciente se relaciona com a escala e a tonalidade? | Seguidor | Companheiro | Líder |
Como o paciente se relaciona com a melodia? | Seguidor | Companheiro | Líder |

COERÊNCIA

Algum elemento musical incoerente?
Alguma característica física incoerente?
Alguma característica verbal incoerente?