

Revista Brasileira de Musicoterapia

REVISTA DA UNIÃO BRASILEIRA
DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA



UBAM

UNIÃO BRASILEIRA DAS
ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA



EDITORIAL

Este número traz artigos inéditos com artigos em português e espanhol. Apresenta temas pertinentes ao fazer musicoterapêutico no contexto social, no trabalho com clientela específica, na discussão sobre a importância do enquadre para a formação do vínculo terapêutico na Abordagem Plurimodal de Musicoterapia. Apresenta também o tema do empreendedorismo na cidade de Belo Horizonte e região metropolitana e um texto com as vozes de musicoterapeutas que atuam ou atuaram na Marinha do Brasil. O texto sobre empreendedorismo, ao apresentar os valores cobrados por sessões de musicoterapia e as variáveis envolvidas nesse valor, é um tema inédito na Revista. As vozes de musicoterapeutas que atuam nas Forças Armadas – Marinha do Brasil, igualmente inédito, revela mais um local de atuação e o enquadre de perfil deste profissional.

O fazer profissional específico está na articulação teórica sobre a musicoterapia em grupo a partir de revisão bibliográfica realizada por Rosemyriam Cunha. Este artigo traz, nas articulações teóricas, bases para organização desta modalidade de trabalho.

O tema do trabalho com a Saúde mental é contemplado a partir de revisão integrativa no texto de Felipe Freddo Breunig e Gustavo Araújo, sobre a inserção da musicoterapia no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira seus desafios e as possibilidades da musicoterapia superar o paradigma biomédico e funcionar enquanto ferramenta de atenção psicossocial e produção de saúde mental coletiva.

O trabalho com pessoas surdas é tema neste número no texto de Thabata Moraes Silva e Noemi Ansay, que traz a música no cotidiano de pessoas surdas. A partir de entrevistas e a necessidade de elaborar e adaptar métodos e técnicas da musicoterapia e educação musical enfatizam as preferências e formas de vivenciar música pontuadas pelos participantes.

O questionamento sobre o valor dos atendimentos de musicoterapia e as variáveis envolvidas na constituição final desse valor na cidade de Belo Horizonte e região metropolitana levou os autores Gabriel Estanislau, Wagner Ribeiro, Abner Davi Barbosa, Mariana Oliveira da Cruz Soares e Marina Horta Freire a realizar um survey entre os musicoterapeutas da região e identificar os valores e as variáveis envolvidas na construção desse valor.

A formação do vínculo terapêutico é apresentado por Alfonso López Ruiz dentro da Abordagem Plurimodal em Musicoterapia – APM. O autor considera a importância do enquadre do paciente e, os elementos envolvidos nesse processo presentes na APM são então discutidos, e trazidos sob duas dimensões: do paciente e do terapeuta.

O trabalho de musicoterapia nas Forças Armadas do Brasil – Marinha do Brasil apresenta o perfil e atuação do musicoterapeuta, seu objetivo e desafios. Raquel Ribeiro Arantes Moreira e Fernanda Valentin relatam, através das vozes das musicoterapeutas, que o objetivo principal do musicoterapeuta na Marinha do Brasil é a promoção da saúde e o grande desafio está em desempenhar o serviço como profissionais da saúde em consonância com as atividades militares.

Este volume 26, primeiro de 2019, oferece aos leitores encontros com informações ímpares na atuação profissional do musicoterapeuta.

Ótima leitura!

Clara Márcia Piazzetta

Editora Chefe

REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA MUSICOTERAPIA EM GRUPO

REFLECTIONS ON THE PRACTICE OF GROUP MUSIC THERAPY

*Rosemyriam Cunha*¹

Resumo - Este trabalho apresenta uma revisão de literatura e uma proposta de articulação teórica sobre a musicoterapia em grupo. A revisão mostrou o contexto dos manuscritos publicados sobre o tema, nos últimos dez anos, nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Um total de 240 resumos foram lidos e organizados em quadros conforme a característica dos textos, dos participantes e da área de saber dos periódicos. Após a organização dos textos em um painel e dos comentários sobre as publicações, foi tecida uma articulação teórica baseada em autores como Even Ruud, Mercedes Pavlicevic, Milton Santos e Thomas Turino. Essa construção destacou sete marcas do espaço grupal musicoterapêutico: o compartilhamento que potencializa a participação das pessoas de acordo com suas possibilidades de ação; o espaço grupal musicoterapêutico como o locus da expressão da coletividade, sem que a individualidade seja desconsiderada; a presença do/a musicoterapeuta; a consideração do tempo de elaboração do participante para entender-se na execução e colaboração com os demais na ação grupal; as especificidades da música que permeia o espaço relacional do grupo; a estimulação da cognição sensível; o processo grupal fundado em técnicas e procedimentos da musicoterapia.

Palavras-Chave: musicoterapia, grupo, espaço grupal musicoterapêutico, teoria da musicoterapia em grupo.

Abstract - This work presents a literature review and a theoretical proposal on music therapy group practices. The review showed the context of the English, Portuguese and Spanish manuscripts published on the topic along the last ten years. A total of 240 abstracts were read and organized in charts according to the characteristics of the texts, the participants and the area of knowledge of the journals. Following both the organization of the texts in a panel and the commentaries on the publications, a theoretical articulation based on authors as

¹Musicoterapeuta. Professora de curso de graduação em Musicoterapia UNESPAR - Campus de Curitiba II. Doutora em Educação (UFPR). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0536970443232460>. Contato: rose05@uol.com.br

Even Ruud, Mercedes Pavlicevic, Milton Santos e Thomas Turino was woven. The theoretical construction highlighted seven marks of the group music therapy space: the shared and participative musical action; the music therapy group space as a locus where the participants can collectively express themselves although individuality is also considered; the presence of the music therapist; the recognition of the participants' time and individuality; the specific nature of the music that permeates the group space; the sensitive cognition stimulation; the foundation of the group process on music therapy techniques and procedures.

Keywords: music therapy, group, group music therapy space, group music therapy theory.



MUSICOTERAPIA

Introdução

A interação com grupos foi sempre uma constante na trajetória de meus fazeres musicoterapêuticos. Desde os estágios da graduação, quando optei por trabalhar com pessoas idosas, a prática da musicoterapia em grupo me instiga. Segui, depois, por mais de quinze anos criando grupos e formas de interagir com a diversidade que cada um deles apresentava, coordenei um projeto de extensão que agregava pessoas da comunidade, seus familiares e os alunos estagiários do curso de graduação da instituição onde trabalho. Foram oito anos de Encontros Abertos de Musicoterapia, inventando e confirmando metodologias de trabalho intercomunitário. Atualmente, coordeno outro projeto, desta vez levando a prática grupal musicoterapêutica para escolas da cidade na companhia de uma equipe de alunos integrantes da proposta.

Os mais de 20 anos de trabalho fizeram crescer a inquietação sobre as estratégias que utilizamos na interação com grupos e os recursos teóricos disponíveis para apoiar nossos fazeres. Mais do que isso, o tempo de prática aumentou a sensação de que as teorias de grupo vindas de outras áreas de conhecimento não preenchiam as necessidades e nem explicavam os eventos vivenciados na realidade da prática grupal musicoterapêutica. No decorrer da jornada, a perspectiva sociológica de Even Ruud (1998) e o pensamento comunitário de Mercedes Pavlicevic (2006) deram sentido à forma de trabalho que consegui implementar. Impossível pensar nas interações musicais grupais sem enxergar o ser relacional e o contexto social que se manifesta no seio da grupalidade.

Em 2010, em parceria com a professora Lisa Lorenzino, construímos uma ótica de apreciação do ambiente da prática musical em grupo que chamamos por aspectos afetivos, sociais, físicos e cognitivos do fazer musical coletivo. Esse trabalho foi uma tentativa de colocar a dinâmica interacional grupal em uma divisão didática que permitisse, ao fracionar o todo e entender

as partes, construir uma nova visão da totalidade (FREIRE, 2005). Desde então, a busca por uma compreensão dos eventos que acontecem quando as pessoas se reúnem para tocar e cantar coletivamente continua viva, principalmente quando essa ação acontece no espaço musicoterapêutico. Este trabalho apresenta, de forma sucinta, as reflexões tecidas no decorrer desse tempo de fazeres e questionamentos.

Painel Literário

Para iniciar a reflexão, está disponibilizado a seguir, um painel que resume os trabalhos sobre a musicoterapia em grupo publicados nos últimos dez anos. Trata-se de uma revisão de literatura que considerou os manuscritos cujos títulos e/ou resumos apresentaram os termos “musicoterapia e grupo”.

A busca foi realizada no Portal de Periódicos Capes com as palavras “musicoterapia e grupos” para as publicações na língua portuguesa e espanhola, e “*music therapy and groups*”, para os artigos em inglês. Como nenhum artigo da Revista Brasileira de Musicoterapia (RBMT) foi encontrado na sondagem, optou-se por fazer uma busca manual nesse periódico e também na InCantare, de forma a incluir, na revisão, os dois periódicos brasileiros especializados na nossa área.

O total dos dados reunidos foi tematizado e organizado em três categorias: a) conforme o caráter da publicação: relatório de pesquisa, relato de prática, revisão de literatura e proposta teórica; b) a população dos grupos: famílias, crianças, jovens, adultos e idosos; c) a área de conhecimento do periódico e publicação: específicos da musicoterapia, medicina, psicologia, psiquiatria, arte e música, gerontologia, enfermagem e pediatria.

Esta sistematização pretendeu mostrar a abrangência da produção mundial sobre o tema no recorte escolhido, sem que a totalidade fosse um critério. Interessou aqui, o contato com a construção teórica sobre grupos de musicoterapia nos últimos dez anos.

Music Therapy and Group

Com o descritor *music therapy* e a palavra *group*, no Portal de Periódicos Capes, foram encontrados 22.300 textos. A busca selecionou os artigos que figurassem os termos *music therapy* e *group* no título ou no resumo. Como a totalidade não era um critério para essa revisão, optou-se por fazer um recorte no número de manuscritos encontrados de forma que houvesse pouca discrepância entre o número de textos acessados em português e espanhol, no mesmo portal, que somaram 170. Assim, para otimizar a presente revisão, chegou-se a selecionar os 200 primeiros trabalhos listados no Portal, na língua inglesa. A seguir estão organizadas, em quadros, as informações obtidas.

ARTIGOS PUBLICADOS NO PORTAL CAPES EM INGLÊS			
	Total: 184	Participantes	Periódicos
Relatório de pesquisa	124	Adultos: 75 Idosos: 15 Jovens: 11 Crianças: 11 Família: 3	Medicina: 22 Psiquiatria: 19 Específicos: 17 Psicologia: 14 Música, arte, terapia: 13 Enfermagem: 11 Gerontologia: 6 Pediatria: 3
Relato de prática	24	Adultos: 10 Jovens: 5 Crianças: 4 Idosos: 2 Família: 1	Específicos: 16 Música, arte, terapia: 5 Métodos qualitativos: 1
Revisão de Literatura	1	Temática	Específicos: 1
		Práticas interprofissionais que colaboram com a da musicoterapia;	

MUSICOTERAPIA

Construção Teórica	8	Modelo de prática musical; Papel da musicoterapia na intervenção com crianças com autismo; Conceitos de Musicoterapia Comunitária; Conceituação de processo de grupo; Música e conflitos de identidade; Música como criação humana; Musicoterapia na recuperação da saúde.	Específicos: 8
Trabalhos Repetidos	27		

Quadro 1: Informações dos textos em inglês selecionados no Portal CAPES
 Fonte: CUNHA, 2020

Para a construção do Quadro 1, um conjunto de 200 resumos foi lido. Destes, 184 se enquadraram nos critérios da busca. Destacaram-se, nesse total, 124 relatórios de pesquisa. É importante ressaltar que, nos relatos de pesquisa, o termo *grupo* assumiu duplo sentido. Houve textos em que os autores se referiram ao grupo como a reunião de pessoas envolvidas no fazer musical coletivo em um mesmo tempo e espaço², sentido aqui preconizado. Já em outros, a palavra significava participantes individualizados englobados em grupos por apresentarem situação semelhante no contexto da pesquisa, como por exemplo, grupo controle, grupo de crianças que atingiram objetivos propostos. Essa última conotação de grupo não interessa para esse estudo, mas, como nos resumos nem sempre foi possível distinguir se os autores se referiam a um ou outro tipo de agrupamento, optou-se por contabilizar os trabalhos por se enquadrarem nos critérios de inclusão.

²Essa definição de grupo se baseia nas ideias de (Barbu-lurascu, 2010) que considerou o grupo como a reunião de pessoas que tem propósitos em comum no qual subgrupos e alianças entre os participantes emergem constantemente.

Dessa forma, a maioria dos manuscritos encontrados na língua inglesa são resultados de pesquisa quantitativa de delineamento experimental ou quase experimental. Em geral, nesses trabalhos, as palavras pesquisadas aparecem em relação a grupos controle e grupo de intervenção, mas raramente foi indicado se as intervenções ocorreram de forma individual ou coletiva. Quanto aos participantes, adultos e idosos foram os mais estudados; pesquisas com o grupo familiar figuram em pequeno número. Em relação às áreas em que os periódicos das publicações se enquadraram, a ênfase foi para a biomédica, em seguida, para os periódicos específicos da musicoterapia, *Voices: A World Forum for Music Therapy* e o *Nordic Journal of Music Therapy*.

Já nos relatos de prática, adultos e jovens foram os mais estudados, enquanto que o grupo familiar figurou em um trabalho. Esses relatos de caso apareceram mais nos periódicos *Voices: A World Forum for Music Therapy* e o *Nordic Journal of Music Therapy*. Já os oito artigos que apresentaram perspectivas de construção teórica articularam diferentes temas, apenas um foi dedicado para o processo grupal em musicoterapia (RADULOVIC, 2016). Infelizmente, apenas o resumo dessa publicação estava disponível. Quanto às revisões de literatura, um dos artigos do quadro se enquadrou nessa categoria. 27 textos eram repetidos.

No Quadro 2, disponibilizado a seguir, encontram-se organizados os dados relativos à busca por artigos publicados em português e espanhol, também no Portal de Periódicos Capes, entre 2009 a 2019. Um total de 170 textos emergiu com as palavras “musicoterapia e grupo”. Destes, 20 se enquadraram no critério de apresentar os dois termos no título ou no resumo. Também aqui, os relatos de pesquisa foram maioria. Repetiu-se a condição de não estar especificada a formação grupal nas intervenções quando os desenhos das pesquisas eram experimentais ou quase experimentais. Crianças e adultos destacaram-se nas populações estudadas, houve o predomínio dos periódicos da área biomédica. Interessante a presença de investigações no campo da odontologia com adultos e crianças. Os relatos de

práticas repetiram as mesmas categorias das pesquisas de campo: área biomédica concentrada em crianças e adultos. A única produção teórica versou sobre a dança na intervenção musicoterapêutica.

Musicoterapia e Grupo

A seguir estão os dados obtidos com as palavras “musicoterapia e grupos”, referentes às publicações na língua portuguesa e espanhola.

ARTIGOS PUBLICADOS NO PORTAL CAPES EM PORTUGUÊS E ESPANHOL				
		Total: 20	Participantes	Periódico
Relatório de pesquisa	de	13	Crianças: 5 Adultos: 4 Idosos: 2 Jovens: 1 Família: 1	Saúde, medicina: 6 Odontologia: 2 Psicologia: 2 Educação, música: 2
Relato de Prática		4	Adultos: 2 Crianças: 2	Medicina: 1 Pediatria: 2 Psicologia: 1
Revisão de Literatura		0	Temáticas	
Construção Teórica		1	Dança em musicoterapia	Educação: 1
Trabalhos Repetidos		2		

Quadro 2: Informações dos textos em português e espanhol selecionados no Portal CAPES
 Fonte: CUNHA, 2020

A busca manual realizada na RBMT e na InCantare revelou a produção de 20 artigos sobre a temática pesquisada. Dessa somatória, dez artigos eram relatos de pesquisa com ênfase nos participantes adultos e crianças. Os relatos de prática figuraram em número de quatro. Destes, três resumos não caracterizaram os participantes; o quarto indicou a intervenção com crianças. Duas revisões de literatura versaram sobre musicalidade e processos

interdisciplinares. A produção teórica tratou da improvisação, conceituação de comunidade e planejamento de intervenções no âmbito do processo grupal.

Acredita-se que outras produções sobre grupos em musicoterapia, principalmente as publicadas na RBMT e InCantare, possam não constar na listagem aqui apresentada. Esse fato se deu pela ausência dos termos de busca nos títulos ou resumos dos textos. No entanto, chamou a atenção a pouca produção teórica sobre os processos grupais de musicoterapia em relação ao significativo número de artigos que versam sobre grupos. Com isso procura-se ressaltar que a prática musicoterapêutica em grupos é um fato assumido no âmbito da profissão, porém contraditoriamente, o entendimento teórico dessa realidade tem sido pouco estudado.

ARTIGOS PUBLICADOS NA RBMT EM PORTUGUÊS E ESPANHOL		
Relatório de pesquisa	Total: 13	Participantes
	7	Crianças: 2 Adultos: 2 Idoso: 1
Relato de Prática	1	Crianças: 1
Revisão de Literatura	1	Temática
		Utilização da música por musicoterapeutas e outros profissionais em psicoterapia de grupo
Construção Teórica	3	1. Musicoterapia improvisatória com grupo de jovens. 2. Planejamento de intervenções grupais. 3. Conceito de Comunidade como construção de coletivos.
ARTIGOS PUBLICADOS NA INCANTARE EM PORTUGUÊS E ESPANHOL		
Relatório de pesquisa	Total: 7	Participantes
	3	Adultos: 3
Relato de Prática	3	---
Revisão de	1	Temática

Literatura		Musicalidade clínica em processos grupais
Construção Teórica	0	---

Quadro 3: Informações dos textos selecionados na RBMT e InCantare Fonte: CUNHA, 2020

Espaço Grupal Musicoterapêutico

Há uma especificidade que precisa ser levada em conta quando se trabalha com grupos de musicoterapia: o espaço grupal é um espaço musical. Diferente de outros trabalhos em grupo, o movimento grupal musicoterapêutico se forma quando os participantes se expressam ao tocar, cantar e movimentar no ritmo que o próprio grupo produz. A comunicação se desenvolve mediada pelo fazer sonoro, por gestos e movimentos corporais, por trocas não verbais intrínsecas à produção sonora de cada grupo. Esse conjunto de códigos sonoros e gestuais, somados à presença de instrumentos musicais, forma o espaço grupal musicoterapêutico.

A ideia de espaço aqui adotada vem de empréstimo da geografia social cunhada pelo professor Milton Santos (2006). Ele definiu o espaço como o fenômeno que resulta da ação, da atividade que as pessoas fazem em determinado território geográfico. Assim, ao agir junto com outros para ouvir, tocar, cantar e movimentar-se no ritmo de uma produção sonora em comum, o grupo cria um espaço distinto e próprio da prática da musicoterapia: o espaço da prática grupal musicoterapêutica. As relações interpessoais e intrapessoais que acontecem nesse espaço, por consequência, são também matizadas pela ação que ali ocorre. São relações sociomusicais (TUOMI et al, 2017) que se concretizam na performance participativa (TURINO, 2008). O termo *relações sociomusicais* situa a especificidade do ato de fazer música no âmbito das ações humanas (TURINO, 2008; SMALL, 1998) que, quando em grupo, oportunizam trocas diversas entre os participantes. Entre as trocas estão o contato visual, a comunicação de gestos, a produção sonora simultânea ou em turnos, entre outras relações que caracterizam a atividade social.

Esta trama comunicacional acontece pela via performance participativa (TURINO, 2008), uma maneira de fazer parte da criação sonora em que cada participante colabora com o fazer musical coletivo com o recurso que lhe é possível. Nesse contexto, ações como bater palmas, produzir som instrumental ou vocal, dançar, olhar, ouvir, andar, ou apenas estar e fazer parte do grupo são consideradas formas de participação. Encontra-se nessa explicação, a primeira marca ³ do grupo musicoterapêutico aqui destacada: o compartilhamento que potencializa a participação das pessoas de acordo com suas possibilidades de ação sem que haja destaque para a execução um ou outro membro do grupo, e sim, para o espaço sonoro que todos juntos conseguem criar.

Por esta ótica, fazer música junto com outras pessoas, ou o fazer musical coletivo acarreta na comunicação expressiva que integra as pessoas (BARBU-IURASCU, 2010). Diferente de outros grupos, a integração aqui não significa coesão grupal, ou todos fazendo a mesma coisa ao mesmo tempo, pelo contrário, a criação sonora pode muitas vezes, destacar contradições, desencontros de ações (uns cantam, outros tocam, outros só observam), parte do grupo pode estar imerso na produção sonora, outra parte pode estar desinteressada no que acontece em determinado momento e voltar a criar sons em outro instante. Também pode acontecer que a produção agregue os participantes em ações uníssonas ou correlacionadas. Essa diversidade de manifestações evidencia o material que o grupo coloca à disposição do/a musicoterapeuta para que este/a entenda e trabalhe com aquele coletivo em específico. Independente de papéis, ou dinâmicas grupais, no espaço grupal musicoterapêutico, as diferentes formas de relação são consideradas *interações*, e revelam como os participantes dão conta da construção das relações sociomusicais.

³ Marca no sentido do verbo marcar, que segundo o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa (CUNHA, 2007) significa ressaltar, delimitar, firmar.

Esta visão entende que a participação no espaço sonoro grupal musicoterapêutico demanda dos participantes coordenação de movimentos do corpo, do pensamento e do sentimento. Essa dinâmica do pensar, sentir e agir (HELLER, 1985) se traduz em atenção, concentração, ativação da memória, associação de ideias, resolução de problemas, troca de turnos, troca de ideias, elaboração de sentimentos, expressão de pensamentos, criatividade, postura corporal, para citar alguns aspectos. Com isso, pode-se dizer que o fazer musical em grupo é uma ação complexa que acontece simultânea à criação do espaço sonoro musicoterapêutico.

A listagem das dinâmicas de pensar, sentir e agir, como a apresentada acima, é simples de ser escrita e parece se configurar naturalmente quando as pessoas tocam e cantam juntas. Porém, ao contrário, são atitudes particulares, individualizadas, que se movimentam no seio da grupalidade. Mesmo que um resultado grupal possa ser alcançado, cada participante, ao colaborar com a formação do espaço sonoro, vai expressar, por meio da música, das palavras e de atitudes, os pensamentos e sentimentos que resultam de suas próprias vivências. Essa é a segunda marca aqui sugerida, a produção musical do espaço grupal musicoterapêutico: as expressões acontecem na coletividade, sem que a individualidade seja desconsiderada. Esse conjunto de expressões se torna visível e audível graças ao contexto ambíguo, contraditório que a arte permite formar (VYGOTSKY, 1999). Sem que haja certo ou errado, as relações sociomusicais são apenas fatos que se manifestam no fazer musical.

Por esse entendimento, o grupo se torna um espaço expressivo democrático e horizontalizado que permite variadas formas de experimentar o mundo, de construir uma realidade diferente da vivida no cotidiano. Ele se constitui em um ambiente onde o compartilhamento se torna possível na troca de sentidos musicais pessoais e coletivos que, advindos da cultura, de experiências sociais prévias, marcam cada participante com suas histórias e cada grupo com uma sonoridade própria.

Os grupos musicoterapêuticos, em geral, são formados por pessoas que se envolvem no fazer musical com o objetivo de desenvolver e ampliar suas formas de ação e participação (RUUD, 1998) no meio em que vivem. Os grupos podem ser diversos na sua formação, como, por exemplo os intergeracionais e os comunitários. Por outro lado, formações mais homogêneas reúnem participantes de acordo com critérios como idade ou capacidade de desempenho de funções. Em comum, os grupos têm como referência o profissional musicoterapeuta. Daí se presume que os objetivos, as maneiras de interagir com os participantes, variam conforme a realidade grupal com a qual o/a musicoterapeuta se depara.

O/a musicoterapeuta é um/a profissional preparado/a para intervir e interagir nesse espaço de comunicação peculiar. Sua responsabilidade é entender o conjunto de mensagens e conduzir as informações obtidas para o desenvolvimento do processo grupal. Sensibilizado para escutar e estruturar sentidos à criação grupal age junto aos participantes e com eles compõem o espaço grupal musicoterapêutico. O/a musicoterapeuta tem o papel de sustentar a ação sonora em favor dos objetivos e anseios do grupo. Ele acolhe os eventos, trabalha causa e efeito, transita do verbal para o musical (RUUD, 1998), do concreto para o simbólico, na busca por fortalecer o potencial individual e coletivo com o qual trabalha. O/a profissional musicoterapeuta é a terceira marca do espaço grupal musicoterapêutico aqui destacada.

Nos grupos musicoterapêuticos, o fazer musical compartilhado nem sempre acontece de imediato. Há participantes que logo se conectam com o compartilhar, cantar e tocar; já outros precisam de um tempo maior de convívio para se sentirem à vontade nas interações e conseguirem participar da construção sonora. A construção do espaço musical, embora seja participatória, se revela processual e capaz de fomentar dinâmicas de pensar e agir que atuam na cronologia da formação do espaço. Conforme a influência desses detalhes no espaço grupal, os encontros podem ser fluidos, renderem relações sociomusicais antes não manifestadas, enquanto que outros se

desenrolam mais atados a interações periféricas ou na formação de subgrupos (PAVLICEVIC, 2006). Essas formas de expressão, as possíveis ao grupo no momento do encontro, podem ser vistas como partes de um processo que admite avanços e retrocessos. Essa é a quarta marca do espaço grupal musicoterapêutico a ser ressaltada: cada participante tem um tempo individualizado para se entender na experiência musical e na colaboração com os demais na ação grupal.

Pavlicevic (2006) explicou com detalhes as várias formas de presença e ausência que podem ser manifestadas pelos participantes em grupos musicoterapêuticos. Entre estas estão as físicas, mentais e emocionais. A autora conferiu igual valor para ausências e presenças. Seu trabalho sublinhou que uma forma de estar no espaço não é mais importante do que a outra. Assim, pode-se entender que as formas de participar no grupo criam avanços e retrocessos no processo grupal. É uma dinâmica que se desencadeia no rastro de formas expressivas diversas e possíveis que se concretizam nas interrelações. Presenças e ausências são acatadas por presentificarem o tempo que os participantes demandam para se sentirem em grupo no espaço do fazer musical. A partir desse movimento de avançar e retroceder, musicoterapeuta e participantes irão fortalecer as relações intragrupo. O desenvolvimento do espaço grupal musicoterapêutico depende do processo interacional de seus participantes. A ambição é que pausas, retrocessos e desenvolvimentos formem uma base segura para a construção sólida da autonomia e do protagonismo dos participantes.

A quinta marca que distingue o espaço grupal musicoterapêutico, na visão aqui construída, é a música que permeia as relações que ali ocorrem. As interações acontecem por meio de melodias, canções, ritmos e expressões corporais que são expressadas tanto nos padrões estéticos socialmente convencionados como por criações que fogem ao código musical e social formal. A concepção de música se alarga, então, nesse espaço. Nele, considera-se música a relação que acontece entre timbres, alturas,

intensidades, ritmos, gestos, emissão da voz em sonorizações, balbucios ou canções. A música pode ser pré-existente (já gravada ou veiculada na mídia) como também pode ser composta pelo grupo. De uma ou outra forma, ela reflete a formação grupal, os interesses e motivos que levam aquele coletivo, em específico, a se reunir e criar sonoridades. Resultante da ação das pessoas, essa música é um recurso vivido, experienciado no grupo em situações de convivência e partilha (TURINO, 2008). Ela influencia, impacta os participantes. Da mesma forma, ela, a música, é modificada pelo grupo tanto em relação à atribuição de sentidos, como em formas de cantar ou tocar. Ela permite que a grupalidade soe; é a sonoridade que situa o grupo em uma dimensão afetiva, cognitiva e de ação. O grupo é a geografia, a ecologia, a música é a ação que cria um espaço de ligação/religação entre os participantes. Ela se torna território compartilhado, ela assume uma concretude, outra pele, ela é ação que busca, provoca um resultado, uma reação. Ela é “território simbólico” (MAFFESOLI, 2007) de vinculação.

A sexta marca aqui proposta, é a estimulação da cognição sensível. O termo cognição sensível foi inspirado na argumentação de Pereira, Camargo e Stecz (2016) que defenderam a arte como uma forma de conhecimento. Esses autores citaram a sensibilidade, a percepção e a afetividade como importantes aspectos na construção de conhecimentos. A estimulação sensorial é um evento implícito à prática da musicoterapia. As sensações que os participantes percebem ao pegar na pele do pandeiro, nas cordas do violão, ao sentirem o toque de uma percussão rítmica sobre suas mãos, ao ouvirem timbres diferenciados, são elementos integrantes do espaço grupal musicoterapêutico e que desencadeiam sentimentos e pensamentos muitas vezes inéditos. Uma das características dos grupos musicoterapêuticos se funda na importância da sensorialidade para a construção de saberes e conhecimentos.

Os estímulos sensoriais fazem caminhos de memória (PEREIRA et al, 2016) que podem ser reavivados quando os participantes se envolvem nos processos de pensar, sentir e agir que ocorrem no espaço grupal

musicoterapêutico. Para dar sentido a sons ouvidos, a dinâmica cerebral se baseia nesses registros mnemônicos, ou seja, a memória trabalha em variadas direções e conexões (PEREIRA et al, 2016). A tarefa depende estritamente da capacidade da audição do material sonoro e das sensações táteis, visuais produzidas no grupo. O movimento da memória é diferente de pessoa a pessoa e desempenhado de acordo com a possibilidade de quem recebe os estímulos. Pereira et al (2016) destacaram que a dinâmica mnemônica sensível se funda na memória implícita. São sensações que muitas vezes não podem ser traduzidas em discurso verbal. Trata-se da memória de experiências e percepções.

Denominamos aqui esse conhecimento por *cognição sensível*, uma inteligência que envolve os saberes que são gerados a partir de órgãos dos sentidos, mas que “tocam a sensibilidade do indivíduo” (PEREIRA et al, 2016, p.76). É um saber que ocorre espontaneamente, no ambiente da cotidianidade, em atividades que envolvem objetos e pessoas. De acordo com os autores, essa memória tem efeitos profundos e duradouros pois o cérebro ocupa mais com o registro da memória implícita do que com outros tipos de memória (PEREIRA et al, 2016, p.77). As noções sugeridas pelos autores citados ressoam na visão social de Turino (2008) que percebeu as dinâmicas de sentir, pensar e agir amplamente potencializadas quando as pessoas se relacionam por meio da música em ações participatórias.

O processo é a sétima marca do espaço grupal musicoterapêutico a ser evidenciada neste texto. No decorrer do processo, prima-se pela regularidade dos encontros do grupo. Em geral, nos primeiros dias de trabalho musicoterapeuta e participantes combinam a periodicidade dos encontros, se semanais ou quinzenais, por exemplo. A regularidade visa fortalecer as relações sociomusicais dos participantes ao oferecer a segurança do retorno. Como os encontros musicoterapêuticos são fundamentados em técnicas e intervenções próprias ao saberes do campo, e em geral com a utilização de instrumentos musicais, a emissão da voz cantada e a estimulação da

movimentação corporal rítmica, o/a musicoterapeuta tem à sua disposição um certo panorama das experiências que poderão ser vivenciadas no espaço grupal. Dessa forma, os combinados, ou contratos, que se estabelecem no início dos processos, são voltados para o bem desenvolver das experiências sonoras.

Pavlicevic (2006) descreveu os procedimentos iniciais de processos grupais de musicoterapia no livro *Groups in Music*. Nessa obra também se encontram indicativos de formação grupal, como grupos abertos, semiabertos, fechados, grupos que se conhecem, que não se conhecem, institucionais ou particulares. Sobre o processo, a autora tratou da descrição destes como longos, breves ou de um encontro apenas. No conteúdo por ela tratado, as conversas sobre horários, local de reunião, uso dos instrumentos musicais, entre outros eventos, são pontos fundamentais a serem tratados.

No que se refere às técnicas utilizadas pelo musicoterapeuta, Ruud (1998) exemplificou que a recriação, ou reprodução de música já existente, pode ter potencial para expressar o que afeta os participantes, para revelar suas biografias musicais e para caracterizar a sonoridade do grupo. O autor considerou na improvisação, ou criação momentânea de trechos sonoros, potenciais caminhos para a mudança do grupo de um estado (cognitivo ou afetivo), para outro. Já a composição, o registro e manutenção de criações do grupo de forma que possam ser reproduzidas novamente na forma original, ele indicou como uma possibilidade para o grupo expressar o que o afeta e os anseios dos participantes. O importante é reafirmar que, sejam quais forem os procedimentos e intervenções, o processo musicoterapêutico se ancora em técnicas que são próprias ao trabalho musicoterapêutico e que facilitam a construção do espaço grupal musicoterapêutico.

MUSICOTERAPIA

Reflexões finais

Conforme a revisão de literatura mostrou, a produção de pesquisas e textos sobre a prática com grupos musicoterapêuticos é numerosa, principalmente na língua inglesa. Nos idiomas português e espanhol, os estudos são em menor número, porém a quantidade é expressiva. No entanto, a teorização a respeito da intervenção musicoterapêutica grupal é escassa. O fato contraditório, muita prática e pouca teoria, chamou a atenção.

Com apoio na revisão de literatura, constatamos que a pesquisa com grupos musicoterapêuticos aconteceu nas mais distintas áreas do conhecimento e com populações de todas as idades. As descrições das formações dos grupos deixaram a desejar, pois não foi possível identificar, na maioria dos manuscritos, se a intervenção foi grupal ou se os grupos foram arranjos da posição de participantes em conjuntos por semelhança: grupo controle, grupo experimental. De acordo com os relatos, as intervenções foram eficientes, porém, mais pesquisas foram solicitadas para validar os resultados apresentados. Os artigos que estruturaram reflexões teóricas sobre o trabalho em grupo de contexto musicoterapêutico versaram sobre dança, musicoterapia e autismo, conceituações em musicoterapia comunitária e processo grupal, articulações da musicoterapia com saúde, identidade e música.

Após mostrar os resultados da revisão, foi tecida uma articulação teórica que destacou sete marcas, próprias ao espaço grupal musicoterapêutico. Entre eles estão: 1) o compartilhamento que potencializa a participação das pessoas de acordo com suas possibilidades de ação (performance participativa para Turino); 2) o espaço grupal musicoterapêutico como o locus da expressão da coletividade, sem que a individualidade seja desconsiderada; 3) a presença e postura do/a musicoterapeuta; 4) a consideração do tempo de elaboração do participante para entender-se na execução e colaboração com os demais na ação grupal; 5) as especificidades da música que permeia o espaço relacional

do grupo; 6) a estimulação da cognição sensível, 7) o processo grupal fundado em técnicas e procedimentos da musicoterapia.

O trabalho musicoterapêutico com grupos tem se colocado como opção de intervenção, mas ainda carece de um discurso, próprio ao nosso campo, que explique suas especificidades e possibilidades de ação. O conjunto de ideias aqui apresentado, embora apoiado em teóricos da musicoterapia e de áreas afins, trata-se de uma proposição particular cuja intenção foi a de instigar discussões e construções teóricas futuras.

Aportes teóricos que fundamentem a construção do espaço grupal musicoterapêutico são uma demanda. Esse manuscrito pretendeu, mais do que ressaltar essa lacuna, colaborar com a produção sobre o assunto. Por esta ótica, o presente texto se coloca como um convite para a discussão e fundamentação desse tema com foco na especificidade da nossa ação.

Referências

BARBU-IURASCU, Viorica. (2010). The social and relational aspects of making music. **Linguistic and philosophical investigations**, 9. Disponível em: www.addletonacademicpublishers.com. Acesso em: 25 outubro 2010.

CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexicon Editora Digital, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 2005.

HELLER, Agnes, **Teoria de los sentimientos**. 3ª edição Barcelona: Editora Fontamava, 1985.

MAFFESOLI, Michel. **O ritmo da vida**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

PAVLICEVIC, Mercédès. **Groups in music: strategies from music therapy**. London, UK: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

PEREIRA, Luiz Fernando; CAMARGO, Marcos.; STECZ, Solange. **Arte e conhecimento tudo a ver!** Curitiba: Alvaro Borges, 2016.

RADULOVIC, Ranka. The application of music choice method in group of adolescents admitted in the institution of social care. *Nordic Journal of Music Therapy*, v. 25, n.1, p. 61-61, 2016. Disponível em: DOI: [10.1080/08098131.2016.1179977](https://doi.org/10.1080/08098131.2016.1179977). Acesso em: 20 de outubro 2019.

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

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**. Técnica e tempo. Razão e emoção. 4^oed. São Paulo, SP: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

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

TUOMI, Kirsi, ALA-RUONA, Esa., Oldfield, Amelia. Literature Review of Early Childhood Music Therapy Between 1990-2012. **Voices: A World Forum for Music Therapy**, v.17: n.2, p.1-29, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.15845/voices.v17i2.888>. Acesso em: 9 setembro 2019.

TURINO, Thomas. **Music as social life**: The politics of participation. Chicago, Ill: The University of Chicago Press, 2008.

VYGOTSKY, Lev Semenovitch. **Psicologia da arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Recebido em 01/12/2019
Aprovado em 11/04/2020

MUSICOTERAPIA

POSSIBILIDADES E DESAFIOS DA MUSICOTERAPIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E NA SAÚDE MENTAL COLETIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA¹

POSSIBILITIES AND CHALLENGES OF MUSIC THERAPY IN PSYCHOSOCIAL CARE AND COLLECTIVE MENTAL HEALTH: AN INTEGRATIVE REVIEW OF ITS INSERTION IN THE CONTEXT OF THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM

Felipe Freddo Breunig², Gustavo Araújo³

Resumo - Este trabalho buscou investigar a inserção da musicoterapia no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Buscou-se compreender os desafios e as possibilidades da musicoterapia superar o paradigma biomédico e funcionar enquanto ferramenta de atenção psicossocial e produção de saúde mental coletiva. Foi realizada uma revisão integrativa de estudos publicados entre os anos de 2001 e 2018 que tinham como escopo intervenções de musicoterapia nesse contexto. Foram selecionados treze artigos, que foram analisados conforme espaço ou serviço de inserção da musicoterapia. Verificou-se que, no âmbito do hospital psiquiátrico, é um desafio para a musicoterapia funcionar enquanto ferramenta de desinstitucionalização. Mesmo assim, surgem possibilidades de intervenções não balizadas no modelo biomédico. Já no contexto dos CAPS, surgem aberturas para a musicoterapia relacionar-se com outros núcleos profissionais, o que traz o desafio da quebra da centralidade do saber médico, e da articulação dos saberes específicos da área neste contexto. Outra possibilidade surgida foi a criação de grupos musicais, que incorporaram uma dimensão estética às intervenções terapêuticas, possibilitando uma real inserção social dos usuários. Também se verificou a inserção da musicoterapia na comunidade, enquanto estratégia de promoção de saúde mental. Conclui-se que a inserção da Musicoterapia na

¹ Artigo de conclusão do curso de pós-graduação em Musicoterapia, pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Musicoterapia pela Faculdade de Candeias.

² Especialista em Musicoterapia (Faculdade Candeias), Graduado em Educação Física (UFRGS), Especialista em Educação e Saúde Mental Coletiva (UFRGS), Residência em Saúde Mental Coletiva (ESP/RS). E-mail: felipebreunig@yahoo.com.br

³ Professor orientador do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Musicoterapia (Faculdade de Candeias). Mestre e Doutor em saúde da criança e do adolescente pela faculdade de medicina da UFRGS e Professor de Especialização em Musicoterapia no Centro Nacional de Ensino Superior, Pesquisa, Extensão, Graduação e Pós-Graduação (CENSUPEG) e faculdade Candeias (BA). Email: mtgustavoaraujo@gmail.com.br
<http://lattes.cnpq.br/4224526792963874>

Reforma Psiquiátrica Brasileira acontece de variadas formas, e é acompanhada por diversos desafios para sua ampliação.

Palavras-chave: Musicoterapia; Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial; Saúde Mental Coletiva

Abstract - This work aimed to investigate the insertion of music therapy in the context of the Brazilian Psychiatric Reform. We sought to understand the challenges and possibilities of music therapy to overcome the biomedical paradigm and to function as a tool for psychosocial attention and collective mental health production. An integrative review of studies published between the years 2001 and 2018 was carried out, which focused on music therapy interventions in this context. Thirteen articles were selected, which were analyzed according to space or service of insertion of music therapy. It was verified that, within the psychiatric hospital, it is a challenge for music therapy to function as a deinstitutionalization tool. Even so, there are possibilities for non-target interventions in the biomedical model. In the context of the CAPS, there are openings for music therapy to relate to other professional nuclei, which brings the challenge of breaking the centrality of medical knowledge and articulating the specific knowledge of the area in this context. Another possibility was the creation of musical groups, which incorporated an aesthetic dimension to the therapeutic interventions, allowing a real social insertion of the users. It was also verified the insertion of music therapy in the community, as a strategy to promote mental health. It is concluded that the insertion of Music Therapy in the Brazilian Psychiatric Reform happens in several ways, and is accompanied by several challenges for its expansion.

Keywords: Music therapy; Psychiatric Reform; Psychosocial Attention; Collective Mental Health



MUSICOTERAPIA

Introdução

Até meados da década de 1970, o tratamento em saúde mental no Brasil era baseado no modelo manicomial. Aqueles que fossem considerados loucos, doentes mentais ou incapazes de ter uma vida considerada normal eram internados em grandes hospitais psiquiátricos. Goffman (2001) denominou-os como Instituições Totais, sendo que funcionavam a partir da compreensão de que era necessário isolar estas pessoas para tratá-las. O sofrimento psíquico era compreendido enquanto doença mental, a partir de um enfoque biológico e organicista, e o tratamento tinha forte influência de uma perspectiva moral. Isto acarretava internações por longos períodos de tempo, que produziam rompimento de vínculos sociais, familiares e perda de identidade. Desta forma, os manicômios constituíam-se em grandes asilos que produziam exclusão, iatrogenia e institucionalização.

No final da década de 1970, surgem no país movimentos de trabalhadores e familiares destes pacientes, que passam a denunciar para a sociedade civil tal violação de direitos humanos, e que lutam pela desconstrução do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico (AMARANTE; NUNES, 2018). Tais movimentos surgem juntamente com outros movimentos sociais que denunciavam a situação da saúde como um todo no Brasil, e que desembocaram no movimento de Reforma Sanitária, possibilitando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no início dos anos 1990. Na esteira destes movimentos é que vão se consolidando em alguns pontos do país, ao longo da década de 1980 e 1990, estratégias e ações que visavam a desmontagem e substituição total do hospital psiquiátrico por outros tipos de serviços, os quais potencializassem a reinserção das pessoas à vida familiar, social e comunitária (AMARANTE; TORRE, 2001). De fato, inicia-se uma Reforma Psiquiátrica, um processo social complexo, que ocorre nos âmbitos técnico-assistencial, epistemológico, jurídico-político e sociocultural (AMARANTE, 2003).

A partir da promulgação da lei 10.216 no ano de 2001, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica, houve um marco político e judicial que amparou tal processo no país. Esta lei redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estabelece a criação de serviços extra-hospitalares e comunitários de saúde mental com orientação para a reinserção social, além de proibir a internação em instituições com características asilares (BRASIL, 2001). A partir de então se iniciou um processo de implementação de uma Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do SUS, que possibilitou a criação de novos serviços e dispositivos, visando a desinstitucionalização e a territorialização do cuidado em saúde mental. Diversas portarias ministeriais possibilitaram o deslocamento de recursos federais aos municípios para que fossem criados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oficinas terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, residenciais terapêuticos, programas de geração de renda, entre outras estratégias alternativas de cuidado em saúde mental.

O advento da Reforma Psiquiátrica também traz a compreensão de que a assistência em saúde mental não deve acontecer como uma ação isolada e restrita a serviços especializados; e sim como um tema transversal a todo sistema de saúde, perpassando seus diferentes níveis de complexidade; inclusive no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), que passa a ser considerado espaço privilegiado para a produção de saúde mental. Em 2011, por meio da portaria GM/MS nº 3088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual permite que o conjunto de ações em saúde mental já existentes no âmbito do SUS tomem uma nova dimensão. Esta portaria visa garantir a integração e articulação dos diferentes pontos de atenção em saúde mental, de uma forma que possibilite um cuidado em rede e no território.

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica, em suas múltiplas facetas, desencadeou um processo de desinstitucionalização da loucura e da atenção em saúde mental. Para além da simples substituição de uma instituição por outros tipos de serviços, a desinstitucionalização implicou também em uma

reorientação das concepções acerca do sofrimento psíquico, do cuidado e da assistência em saúde mental no país. Implicou em

desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico, ou seja, reconstruir a complexidade do objeto, desmontando o conceito de doença, retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência (YASUI, 2010, p. 20).

Portanto, ocorre uma transição paradigmática, indo da superação do modelo biomédico organicista, em direção a emergência de novos paradigmas que possam sustentar a prática acerca do cuidado em saúde mental enquanto produção de vida no território. Evidencia-se nesse contexto a emergência e o entrecruzamento de dois paradigmas principais: a Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2007) e a Saúde Mental Coletiva (OLIVEIRA; SALDANHA, 1993). Em comum, estes paradigmas buscam estabelecer dispositivos de intervenção pautados pela idéia de desinstitucionalização, buscando compor uma “clínica ampliada”, transdisciplinar e voltada para o território.

Desta forma, pensar a atenção psicossocial atualmente implica em lançar mão de uma multiplicidade de ações e intervenções, que em última instância, terão como objetivo a produção de vida no território. Intervenções estas que muitas vezes extrapolam o setting clínico tradicional, e que transbordam os limites de um serviço específico. Não mais centradas na figura do médico, e sim no próprio usuário do SUS, ocorrendo de forma descompartmentalizada e compartilhada entre variados núcleos profissionais, em rede e de forma inter e transdisciplinar. Assim emerge cada vez mais neste cenário complexo a necessidade de pesquisas em saúde na interface com a área social, que possam dar conta das complexidades próprias deste campo de atuação. Em se tratando do trabalho em saúde mental no âmbito do SUS, é necessário ampliar a compreensão acerca da inserção das profissões neste contexto, bem como possibilidades de superação do modelo biomédico.

É nesse contexto que surge a necessidade de se pensar a inserção, atuação e contribuição das profissões dentro do modelo psicossocial, inclusive da musicoterapia. Portanto, o objetivo deste trabalho é investigar a inserção da musicoterapia no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira em seus variados âmbitos. Interessa aqui compreender os desafios e as possibilidades da musicoterapia em superar o paradigma biomédico e funcionar enquanto ferramenta de atenção psicossocial e produção de saúde mental coletiva.

Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa dos estudos publicados entre os anos de 2001 e 2018 que tinham como escopo intervenções de musicoterapia em CAPS, Hospitais Gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos, Atenção Primária em Saúde, ou em quaisquer outros serviços ou contextos relacionados à Rede de Atenção Psicossocial do SUS. A referência do ano 2001 como marco de início do período compreendido neste trabalho se deve a este ser o ano de promulgação da lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil, marco legal e jurídico para este processo em nosso país.

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Scielo, Lilacs, Indexpsi. Também foram realizadas buscas nos seguintes periódicos: Revista Brasileira de Musicoterapia, Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia (Incantare) e Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. A escolha das bases de dados se deu considerando critérios de abrangência e relevância das mesmas. Os periódicos escolhidos correspondem àqueles que mostram maior relevância no país enquanto escopo para a produção acadêmica nas áreas da Musicoterapia e da Atenção Psicossocial, respectivamente. A busca nas bases de dados se deu utilizando-se os seguintes descritores: Musicoterapia e Saúde Mental.

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI n° 26 ANO 2019
BREUNIG Felipe Freddo; ARAÚJO Gustavo. Possibilidades e desafios da musicoterapia na atenção psicossocial e na saúde mental coletiva: uma revisão integrativa sobre sua inserção no contexto da reforma psiquiátrica brasileira (p. 28-50)

A partir dos resultados desta busca, procedeu-se a leitura dos títulos dos trabalhos, a partir da qual pôde se excluir todos aqueles estudos que claramente não se referiam a saúde mental no contexto de serviços do SUS, ou que não fossem ligados ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Também se excluíram estudos em que o mote fosse o uso da música como processo auxiliar em intervenções específicas de outros núcleos profissionais, e que não fosse relacionado qualquer processo ligado diretamente à musicoterapia, assim como os trabalhos que tratavam sobre saúde do trabalhador. Também se considerou apenas uma das versões daqueles trabalhos que apareceram em mais de uma plataforma de busca.

A partir dessa primeira seleção, procedeu-se a leitura dos resumos dos trabalhos cujos títulos não deixavam claro o contexto de realização, a partir da qual se pôde excluir novamente trabalhos que não se adequaram a este estudo. A busca nos periódicos se deu de forma manual, a partir da leitura do título dos artigos, e quando necessário, dos seus resumos. A revisão e análise dos materiais se deu a partir de referenciais teóricos da Atenção Psicossocial, Saúde Mental Coletiva e da área da Musicoterapia.

Resultados e discussões

Foram selecionados treze artigos que se adequaram aos critérios propostos por esta revisão. Destes, dois foram encontrados na base de dados Lilacs, três nos Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, dois na Revista Incantare e seis na Revista Brasileira de Musicoterapia. Não foram achados artigos condizentes com a proposta deste estudo nas bases de dados Scielo e Indexpsi.

Puchivailo e Holanda (2014) realizaram uma pesquisa bibliográfica acerca dos aspectos relacionados ao uso terapêutico da música ao longo da

história da humanidade, desde a pré-história até o período presente, enfatizando sua incorporação pela ciência psiquiátrica. Também situam o surgimento da Musicoterapia enquanto ciência e disciplina independentes, após a Segunda Guerra Mundial. Concluíram que nas últimas décadas notaram-se mudanças acontecendo na compreensão do sofrimento psíquico, da loucura, das formas de cuidado e sobre a contribuição do musicoterapeuta neste novo cenário que vem se desenhando.

Zanini (2002) realizou estudo teórico-prático com dois grupos de adultos internados em uma instituição psiquiátrica. Um dos grupos era formado por pacientes diagnosticados com transtornos esquizofrênicos, e o outro grupo por pacientes diagnosticados com dependência química de álcool. A autora comparou aspectos da produção musical dos dois grupos, buscando similaridades e diferenças entre eles. Ela evidenciou semelhanças entre a forma de cantar e na estrutura rítmica das músicas escolhidas, porém percebeu diferenças em questões relacionadas à expressividade e escolha de repertório dos grupos, enfatizando tais diferenças enquanto consequências do quadro patológico dos pacientes. Também concluiu que foi possível melhorar a integração entre os pacientes, sua movimentação corporal, além de ter havido a emergência de conteúdos que faziam parte da história de vida de cada paciente.

Câmara et al (2013) realizaram pesquisa qualitativa focada nas narrativas de mulheres internadas em um hospital de saúde mental, com o objetivo de compreender o impacto de uma atividade semanal em grupo de musicoterapia na vivência diária das mulheres internadas. Evidenciaram a produção de um sentimento de acolhida entre as pacientes, o que possibilitou a criação de um espaço de escuta e externalização das emoções, redução de dores emocionais e de sintomas.

Arndt e Volpi (2012) realizaram estudo qualitativo acerca do uso de técnicas de recriação musical (canções) junto a mulheres internadas em

hospitais psiquiátricos. As autoras apontaram que o uso de canções em um contexto musicoterapêutico pôde auxiliar no resgate da história de vida e na expressão de conteúdos, possibilitando construção de sentidos e ressignificação para mulheres que se encontravam em profundo sofrimento psíquico.

Silva e Volpi (2015) realizaram pesquisa qualitativa e exploratória, com caráter ex-post-facto, acerca de um trabalho com musicoterapia para pessoas adultas com histórico de longa permanência em hospitais psiquiátricos. As autoras discutiram sobre as ressonâncias do trabalho de musicoterapia na qualidade do convívio social do público atendido, a partir de uma intervenção em formato de roda de música. Concluíram que foi possível proporcionar aos participantes um ambiente de convívio musical, que possibilitou que estes se colocassem de forma singular e espontânea, estimulando também manifestações corporais importantes.

Vivarelli (2006) realizou um relato de um caso clínico a partir de sua intervenção musicoterapêutica em um CAPSi com um menino de 4 anos com diagnóstico de autismo. A partir de um olhar psicanalítico, a autora propôs que a música pode ter efeito de uma estrutura simbólica para o sujeito, da qual ele pode lançar mão para se fazer representar. Pontuou que, a partir da exploração do universo sonoro do menino, associada ao uso de técnicas improvisacionais, foi estabelecida uma relação de vínculo, concluindo que assim foi possível lhe auxiliar a ingressar no mundo da linguagem.

Bárbara (2006) também realizou relato de um caso clínico, o qual retratou uma intervenção musicoterapêutica em um CAPS com uma mulher adulta em intenso sofrimento psíquico. A autora referiu que, a partir da utilização de técnicas de composição e recriação musical, com o uso de canções, foi possível que a usuária pudesse elaborar sua história de vida, seu passado e suas angústias, assim havendo uma diminuição de situações de risco e construção de novas possibilidades de vida.

Cardoso e Cunha (2011) realizaram pesquisa de caráter qualitativo com dois grupos musicoterapêuticos de adultos em um CAPSad, onde investigaram e descreveram as trocas afetivas e psicossociais geradas nestes grupos no decorrer das interações sonoro-musicais. Concluíram que as ações, expressões, produções musicais e interações afetivas dos participantes no âmbito dos grupos só foram possíveis com a criação de uma situação social através da intervenção musicoterapêutica, o que não seria possível em um espaço de internamento fechado e descolado da realidade social dos usuários.

Silva (2009) abordou possíveis conexões entre a Teoria Ator-Rede e a Musicoterapia, sugerindo a construção de uma pesquisa na área que siga o processo de construção dos fatos e fenômenos, a partir do conceito de rede. Propôs pensar a musicoterapia, ela mesma, enquanto rede, que conecta-se e amplia-se para múltiplas direções. Trouxe como exemplo para pensar estas questões o surgimento de um grupo musical a partir de uma oficina musicoterapêutica em um centro psiquiátrico. Concluiu que a musicoterapia deve fluir com as possibilidades e probabilidades que as teorias, ações, trabalhos e pesquisas colocam.

Silva e Nunes (2015) discutiram sob a ótica da Teoria Ator-Rede o surgimento de grupos musicais no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Discutiram o movimento de inclusão gerado por estes grupos, que passaram a fazer produções que foram apreciadas socialmente mediante critérios estéticos. Demarcaram a importância do musicoterapeuta na transição de um agenciamento terapêutico para um agenciamento estético-criativo. Concluíram que a participação de usuários e terapeutas nestes grupos, num movimento de fazer música juntos, correspondeu em uma redistribuição dos lugares de poder e de autoridade, num conjunto exercício de micro-democratização das relações constitutivas do agenciamento musicoterápico.

Silva e Moraes (2007) fizeram relato de experiência sobre uma intervenção que iniciou com pacientes dentro de uma instituição psiquiátrica,

continuou no âmbito do CAPS quando estes saíram da instituição, e prosseguiu com a criação de um grupo musical. As autoras pontuaram que, nesta experiência, o musicoterapeuta saiu de seu lugar tradicional, sendo que o funcionamento do grupo ocorreu de modo rizomático, não havendo um lugar central de tomada de decisões. Concluíram que esta experiência possibilitou a abertura de um lugar de mestiçagens no corpo da Musicoterapia, com a estética da música e outras estéticas, além da desconstrução das relações terapeuta-cliente e normal-anormal.

Silva et al (2012) discutiram sobre a importância da criação de grupos musicais no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que passaram a produzir trabalhos e se apresentar em diversos espaços sociais, inserindo-se no âmbito da cultura. Refletiram acerca da dimensão estética que passou a engendrar-se nestes trabalhos, o que possibilitou uma ampliação do âmbito das práticas possíveis para o musicoterapeuta. Concluíram que os grupos musicais no contexto da saúde mental surgiram como efeito de práticas musicoterapêuticas, ao mesmo tempo que também promoveram um redesenho das práticas musicoterapêuticas na saúde mental (transformações recíprocas).

Peixoto e Teixeira (2013) analisam uma proposta de Musicoterapia com mulheres moradoras de um bairro de Goiânia. Discutiram a musicoterapia enquanto estratégia de promoção de saúde mental, visando empoderar as pessoas para tomada de decisões, enfatizando a ideia de transversalidade e trabalho em rede. Evidenciaram uma maior expressão emocional das mulheres participantes, bem como a construção de uma rede de apoio mútuo entre elas, com resgate de suas identidades culturais, fortalecimento dos vínculos comunitários, resultando no estabelecimento de escuta entre elas. Concluíram que a musicoterapia pode funcionar enquanto ferramenta de fortalecimento dos recursos psicossociais comunitários que produzem saúde mental.

Os treze trabalhos selecionados nesta revisão mostraram diversas possibilidades de inserção da musicoterapia no contexto da Reforma

Psiquiátrica brasileira. Foram observadas variações e similaridades entre estes trabalhos, que se deram no que tange o público-alvo, contexto de inserção da prática, estratégias de intervenção, objetivos e reflexões acerca do tema.

Quanto ao contexto de inserção da musicoterapia a que se referiam os treze trabalhos analisados, tem-se que: um trazia discussão teórica acerca da inserção da música e da musicoterapia no contexto da saúde mental; três eram trabalhos de intervenção no contexto de hospitais psiquiátricos; um tratava sobre intervenção com pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, sem especificar o espaço que ocorria a intervenção; três foram sobre intervenções no contexto dos CAPS; quatro abordavam a criação de grupos musicais de usuários de saúde mental; um foi sobre intervenção na comunidade.

A Musicoterapia e o Hospital Psiquiátrico

Com o advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, processo este iniciado ainda no final do século XX, buscou-se a consolidação de um novo modo de se conceber o sofrimento psíquico, a loucura e o cuidado em saúde mental. Entre os objetivos deste movimento, está a construção de novas estruturas que possibilitem o cuidado e a reinserção destas pessoas, e que priorizem a liberdade e a autonomia. Conseqüentemente, isso implicaria na desconstrução do aparato hegemônico de atenção em saúde mental até então existente no país, ou seja, os hospitais psiquiátricos.

Desde seu princípio, a Reforma Psiquiátrica visava a extinção gradual e progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, sendo os mesmos substituídos por outras formas de cuidado nas situações de crise e risco (leitos em hospitais gerais, hospitais dia, CAPS). No entanto, isto nunca se efetivou plenamente, sendo que no ano de 2017 ocorreu significativo retrocesso quanto a esta questão. Conforme resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2017), aumentou-se o valor de repasse dos recursos federais para os

hospitais psiquiátricos, e também se possibilitou a partir de então a abertura de novos leitos nestas instituições, que passaram a ser consideradas não mais como estruturas a serem desativadas gradualmente; e sim enquanto mais um ponto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Isto implica em um importante retrocesso, que põe em risco o próprio processo de Reforma Psiquiátrica que ocorria até então no país (AMARANTE; NUNES, 2018).

Considerando-se os três trabalhos acerca da musicoterapia no âmbito de hospitais psiquiátricos (ZANINI, 2002; ARNDT E VOLPI, 2012; CAMARA ET AL, 2013), pode-se pensar nos seguintes desafios: como suas práticas podem funcionar enquanto ferramenta de desinstitucionalização e de efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica se elas ocorrem justamente dentro de uma instituição que em essência vai na contramão de tais princípios? Como proporcionar práticas musicoterapêuticas que visem singularidade, autonomia e produção de vida em um espaço predominantemente orientado pelo olhar generalizador calcado no modelo biomédico?

Pode-se perceber o quanto a influência do modelo biomédico neste tipo de instituição pode ser decisiva na estruturação geral das intervenções musicoterapêuticas a partir do estudo de Zanini (2002). Nele, os critérios diagnósticos foram elementos centrais, tanto na organização das intervenções grupais quanto na análise e discussão dos resultados. Diante do desafio de superação do modelo biomédico na prática da musicoterapia, pode-se pensar em outras formas de organização e enfoque das intervenções musicoterapêuticas nestes espaços, que estejam mais centrados nos aspectos singulares dos usuários do que propriamente aspectos gerais psicopatológicos.

É o que indicam os trabalhos de Arndt e Volpi (2012) e de Camara et al (2013). Nestes trabalhos, que também foram realizados com a perspectiva da intervenção musicoterapêutica grupal, os diagnósticos psicopatológicos dos participantes não são os balizadores principais para a organização das

intervenções, ainda que sejam citados ou considerados. As intervenções grupais admitiram pacientes com diferentes hipóteses diagnósticas em um mesmo grupo, abrindo brechas para outras possibilidades de intervenção e análise do trabalho, possibilitando um trabalho centrado mais nos usuários, e menos em seus diagnósticos.

Em Camara et.al (2013) se estabelece enquanto critérios para participação no grupo musicoterapêutico não estar em risco de auto ou heteroagressão, além do próprio desejo das pacientes em querer participar das intervenções. Isto possibilitou que as autoras realizassem uma análise distinta do modelo biomédico, ao valorizar a vivência subjetiva das mulheres, suas crenças e explicações para seus adoecimentos. Também enfatizaram o entendimento do sofrimento psíquico enquanto processo saúde-doença-cuidado, e não como uma categoria nosológica.

Outro desafio para a musicoterapia é o tempo imposto pela instituição em relação aos pacientes, que muitas vezes desconsidera o tempo singular de cada paciente. É o que aponta Camara et al (2013), ao admitirem que o espaço de internação psiquiátrica pode ser bastante nocivo ao usuário, na medida que lhe impõe as rotinas da instituição e desconsidera suas singularidades enquanto pessoa em sofrimento psíquico que lá está internada, e o seu tempo próprio. Assim, os autores enfocam sua intervenção justamente nesta questão, ao tentar favorecer aspectos que remetam a este tempo singular de cada participante do grupo, seus gostos, rotinas pessoais e cotidianas.

Já Silva e Volpi (2015), realizaram intervenção com pessoas com histórico de longa permanência em hospital psiquiátrico. Diferentemente dos três estudos citados anteriormente, os participantes da intervenção deste trabalho não se encontravam mais internadas neste tipo de instituição. As autoras problematizam justamente a questão dos efeitos da institucionalização na vida destas pessoas, sobre seus corpos, e sobre suas noções de tempo e rotina. Realizam uma intervenção em formato de roda de música, cujo objetivo

principal não é tratar os efeitos de patologias, e sim os efeitos da própria internação psiquiátrica. Problematizam justamente a questão do diagnóstico enquanto balizador de um trabalho musicoterapêutico:

Entende-se aqui que, independentemente de qualquer diagnóstico, lidamos com pessoas e suas singularidades. (...) A partir disso foi possível, estabelecer objetivos para o trabalho musicoterapêutico, que partiu das observações das potencialidades dos indivíduos. (SILVA E VOLPI, 2015, p. 157-158).

Outro ponto importante neste trabalho é o formato roda de música proposto. Com este formato, as autoras afirmam que priorizaram a participação e a espontaneidade, proporcionando um ambiente de convívio musical em que todos participantes do grupo podiam se colocar, a partir da singularidade de cada um dos participantes. Assim, referem que foi possível buscar desconstruir o tempo vigente para aquelas pessoas, que ainda era o tempo da instituição psiquiátrica, ajudando-as a compor um tempo singular próprio de cada um.

Musicoterapia no CAPS

Nos três trabalhos sobre a inserção da musicoterapia nos espaços dos CAPS (BÁRBARA, 2006; VIVARELLI, 2006; CARDOSO; CUNHA, 2011), surgem outros desafios e possibilidades para as intervenções. Uma primeira questão que surge pode ser evidenciada no trabalho de Bárbara (2006), que a partir de seu relato de um caso clínico em que atuou de forma articulada com uma terapeuta ocupacional, faz um alerta acerca da necessidade de se lançar mão de múltiplas formas de abordagens, a partir de ações essencialmente interdisciplinares e multi-institucionais. Portanto, traz a possibilidade de abertura da musicoterapia para relacionar-se com saberes e núcleos profissionais variados. No entanto, a autora também alerta que, diante desta possibilidade surgem pelo menos dois desafios: a centralidade do saber médico, e o risco de se abrir mão dos saberes específicos.

Amarante (2007) afirma que a saúde mental é uma área muito extensa e complexa do conhecimento, não se restringindo à psicopatologia, e nem se reduzindo ao estudo e tratamento de doenças mentais. Refere que a natureza desse campo envolve uma complexa rede de saberes para além da psiquiatria. Assim, desconstrói a idéia de centralidade do saber médico, ao afirmar que esse campo contribui para um pensamento que funciona em termos de complexidade, simultaneidade, construcionismo e transversalidade de saberes.

Já o trabalho de Vivarelli (2006) relata uma intervenção musicoterapêutica acoplada a um olhar essencialmente psicanalítico, onde abrir mão dos saberes específicos é uma possibilidade desejada. A autora enfatiza que, ao se dirigir ao sujeito e não à doença, o profissional deve justamente despir-se de seus saberes específicos para mergulhar no trabalho direto com os usuários, e aprender a inventar as intervenções e criar algo novo a partir disso. Demarca uma diferença em relação ao trabalho multidisciplinar, onde a idéia de núcleo específico é mantida.

Ao salientar o enfoque interdisciplinar na intervenção musicoterapêutica no CAPS, e ao enfatizar a importância de que o trabalho se dê totalmente a partir da escuta de cada situação, Bárbara (2006) traz o conceito de “clínica ampliada”. Refere que a partir deste conceito pode se pensar acerca de uma ampliação dessa escuta dos sujeitos, que vai desembocar no entendimento de que a singularidade destes também se dá “nas práticas cotidianas, na comunidade, na possibilidade de ir e vir e no reconhecimento de que, assim como o desejo está para além do psíquico, a vida deve estar para além de muros (BÁRBARA, 2006, p. 101).

Já em Cardoso e Cunha (2011) a intervenção musicoterapêutica proposta é articulada entre conceitos da Reforma Psiquiátrica com conceitos da musicoterapia social. Sua intervenção, realizada com dois grupos musicoterapêuticos em um CAPSad, realça a importância da criação de um espaço em que sejam possíveis trocas sociais e afetivas. Convém comentar

que os critérios utilizados para criação destes grupos não foram baseados em aspectos psicopatológicos. Um dos grupos foi constituído por usuários que já se conheciam há mais tempo, tendo uma relação de vínculo, além de noções parciais de instrumentos musicais e o desejo de compor; o outro grupo foi composto por usuários que ainda não se conheciam, sem experiências prévias musicais e que desejavam apenas distrair-se cantando e tocando músicas que gostavam. Os autores descreveram a produção musical destes grupos e compreenderam os aspectos musicais e não-musicais expressos enquanto elementos constitutivos da realidade social dos indivíduos participantes, a qual abarca seus modos de viver, pensar e sentir.

Grupos de Música em Saúde Mental

Uma das possibilidades surgidas enquanto consequência de processos musicoterápicos em hospitais psiquiátricos, com pacientes egressos destas instituições e usuários atendidos em CAPS, é a criação de grupos musicais. Questões relacionadas a estes tipos de grupos, comumente compostos por usuários e terapeutas, são discutidas em quatro trabalhos: Silva (2009), Silva e Moraes (2007), Silva et al (2012) e Silva e Nunes (2015).

Uma das potencialidades evidenciadas é a incorporação de uma dimensão estética compartilhada socialmente, a partir da produção musical destes grupos. Silva et al (2012) referem que esta dimensão foi o elemento que possibilitou uma real inserção social dos usuários, deslocando-os do lugar de “loucos” ou “usuários de saúde mental” para o lugar de “artistas criadores”. Porém, Silva e Nunes (2015) afirmam que, ao mesmo tempo, as produções destes grupos marcam uma diferença, pois a repercussão nas mídias destes grupos traz junto uma vinculação com o campo da saúde mental. Assim, conclui-se que tais intervenções ocorrem também na dimensão sócio-cultural da Reforma Psiquiátrica, e não somente na dimensão da assistência.

No entanto, enfatiza-se a dimensão estética como *consequência* das intervenções musicoterapêuticas, e não como uma *premissa* ou preocupação prévia. Muitos destes trabalhos surgiram como produto ou consequência de intervenções musicoterápicas, as quais focalizaram prioritariamente o âmbito terapêutico, e não necessariamente o aspecto estético. E quanto aos musicoterapeutas, estes ocuparam um lugar importante nessa transição de lugares: se tornavam vetores de dissolução de lugares previamente instituídos (terapeutas e usuários); mas também se tornavam vetores de transformação do sentido das práticas musicais, de um agenciamento terapêutico para um agenciamento estético-criativo (SILVA; NUNES, 2015).

Silva et al (2012) referem que, com a criação destes grupos musicais houve a possibilidade de uma ampliação no âmbito das práticas possíveis para o musicoterapeuta. Diante disso, surge um novo desafio para os musicoterapeutas, como Silva (2009) coloca, quando questiona o porquê de não se considerar tais práticas também enquanto musicoterapêuticas? Em sua dissertação acerca de sua experiência junto ao grupo “Mágicos do Som”, Silva (2007) aponta que tais práticas podem ser também entendidas enquanto musicoterápicas, mas com importantes “atravessamentos político-midiático, sócio-econômico e clínico, concomitantemente” (p. 124), além de entender que se trata de uma prática que não dissocia clínica e política, e que tem tendências à transdisciplinaridade. Nesta perspectiva, também cabe repensar o *setting* musicoterapêutico, como proposto no trabalho de Silva e Moraes (2007), que propõe a musicoterapia numa ampliação de setting, ou em outros settings que não apenas aquele tradicional do consultório. As autoras falam em se buscar outras formas de atuação, falam de “uma clínica no espaço da vida ou um espaço de vida na clínica” (p.147).

Assim, pode-se pensar que, mesmo que nestes trabalhos haja um atravessamento da dimensão estética, não se pode dizer que não mais

possuam um caráter terapêutico também. Podemos pensar numa ressignificação da dimensão terapêutica neste âmbito de intervenção.

Musicoterapia na Comunidade

O trabalho de Peixoto e Teixeira (2013) foi o único a trazer a possibilidade da musicoterapia inserida em uma comunidade, enquanto estratégia de promoção de saúde mental. Os autores referiram que a intervenção musicoterapêutica ajudou as mulheres participantes a conseguir perceber e expressar fatores positivos para sua saúde mental, dada a constatação de que existia uma dificuldade de se nomear o que trazia sofrimento e o que trazia saúde mental. Assim foi possível potencializar a construção de uma rede de apoio mútuo entre elas, com fortalecimento dos vínculos comunitários existentes. Neste contexto, a musicoterapia teria função prioritária de fortalecimento dos recursos psicossociais disponíveis que possibilitam produção de saúde mental.

Bruscia (2014) denomina de ecológicas todas as práticas musicais ou musicoterápicas onde o foco primário é a promoção de saúde no âmbito de alguma comunidade sociocultural, ou mesmo aquelas situadas em algum meio ambiente físico diferente do *setting* tradicional. Nestas práticas, o “cliente” pode ser tanto um indivíduo quanto um grupo, ambos considerados em seus vários contextos (família, trabalho, comunidade, governo, sociedade, cultura, meio ambiente, etc). Questões de gênero, raça, etnia e orientação sexual também recebem atenção nestes tipos de prática. Situa neste âmbito a musicoterapia comunitária, cujo olhar será direcionado para aspectos referentes à integração dos clientes com a comunidade, e vice-versa. Já Chagas (2016) situa a musicoterapia comunitária enquanto uma ação clínica que concebe a comunidade enquanto rede, sendo que as intervenções serão sempre políticas, na medida que buscam mediação, tradução, mistura de situações, objetos, músicas, teorias e costuras de sentidos, potências e vínculos.

É possível pensar aqui na emergência da possibilidade da musicoterapia funcionar enquanto ferramenta potencializadora da efetivação da Reforma Psiquiátrica, ao proporcionar olhares e intervenções que deslocam totalmente o olhar da instituição para o território de vida, suas potencialidades e vulnerabilidades, situando a produção de saúde mental no âmbito das relações cotidianas e comunitárias. Desta forma, opera-se uma desinstitucionalização de fato, não só em termos da instituição física, mas também do objeto doença mental instituído pela psiquiatria, já que o sofrimento psíquico passa a ser entendido a partir de explicações compostas pelas próprias pessoas, a partir de suas experiências singulares. Operam-se também possibilidades de empoderamento para o enfrentamento de situações adversas ou produtoras de sofrimento, a partir de ações situadas no âmbito da coletividade e da cooperação.

Considerações finais

A partir de uma revisão integrativa, este trabalho buscou empreender uma reflexão acerca das possibilidades e desafios para a musicoterapia intervir no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. De maneira nenhuma se busca esgotar esta discussão ou delimitá-la a este estudo, que traz apenas algumas nuances circunscritas a um escopo restrito de pesquisa.

Diante de tantas possibilidades de inserção do musicoterapeuta no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, que contribuem com criatividade para a construção de um novo olhar para a saúde mental e a desinstitucionalização do cuidado, cabe questionar o porquê da presença destes profissionais em serviços da RAPS ainda não ser algo consolidado no Brasil todo. Talvez isso esteja também relacionado a questões anteriores que são prementes na área no Brasil, tais como, a regulamentação da profissão. Regulamentar a profissão poderia possibilitar que o musicoterapeuta pudesse

adentrar de fato no âmbito das políticas públicas de saúde, contribuindo para a concretização destas políticas de forma interdisciplinar e interssetorial. Alguns passos já foram dados nessa direção: criação do código brasileiro de ocupações (CBO) para o musicoterapeuta, que permite que suas ações sejam consideradas dentro do SUS; promulgação da portaria que institui as práticas integrativas em saúde no âmbito do SUS, no ano de 2016, onde a musicoterapia também está incluída. Mas talvez o maior desafio esteja no próprio processo de Reforma Psiquiátrica, que neste momento encontra-se em xeque em nosso país, cujo conservadorismo político e social vem promovendo o desmanche das políticas públicas que visam igualdade e justiça social.

Referências

AMARANTE, Paulo et al. **A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica**. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, v. 1, p. 45-65, 2003.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p.2067-2074, 2018.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Saúde em debate, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

ARNDT, Andressa; VOLPI, Sheila. **A canção e a construção de sentidos em musicoterapia: história de mulheres em sofrimento psíquico**. Revista Brasileira de Musicoterapia, Ano XIV n, p. 27-38, 2012.

BÁRBARA, Bianca Bruno. **Interdisciplinaridade em Reforma**. Revista Brasileira de Musicoterapia, Ano X, n 8, p 100-108, 2006.

BRASIL, Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL, Constituição. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRUSCIA, K. **Definindo a Musicoterapia**. 3ª. Edição. Dallas, Texas. Barcelona Publishers, 2014.

CÂMARA, Yzy Maria Rabelo; CAMPOS, Maria dos Remédios Moura; CÂMARA, Yls Rabelo. **Musicoterapia como recurso terapêutico para a saúde mental**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 2013, 5.12: 94-117.

CARDOSO, Leonardo Nascimento; CUNHA, Rosemyriam Ribeiro dos Santos. **Trocas Afetivas e Psicossociais em Musicoterapia: grupos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**. Revista InCantare, v.2, p. 74 – 94. 2011.

CHAGAS, Marly. **Comunidade em musicoterapia: construindo coletivos**. Revista Brasileira de Musicoterapia, ano XVIII, nº 21, p. 117-139, 2016.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª Ed. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2001 [1961].

OLIVEIRA, D. C.; SALDANHA, O. L. **Da instituição à sociedade: a trajetória da saúde mental coletiva**. Revista Saúde Mental Coletiva, v. 1, p. 40-50, 1993.

PEIXOTO, Maria de Matos; TEIXEIRA, Célia Ferreira da Silva. **Musicoterapia comunitária: contribuição para a saúde mental da comunidade**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 5, n. 11, p. 102-113, 2013.

PUCHIVAILO, Mariana Cardoso; HOLANDA, Adriano Furtado. **A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da**

música à musicoterapia. Revista Brasileira de Musicoterapia, ano XVI, nº 16, p. 122-142, 2014.

SILVA, Luciana Lançarim da; VOLPI, Sheila Maria O. Beggiato. **Ressonâncias do trabalho musicoterapêutico em grupo no contexto da saúde mental: mergulhando no universo da loucura.** Revista InCantare, v. 6, n. 02, p. 149-171, 2015.

SILVA, Raquel Siqueira da. **Cartografias de uma experimentação musical: entre a musicoterapia e o grupo mágicos do som.** 2007. 127 folhas. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia

SILVA, Raquel Siqueira da. **Ressonâncias entre a teoria ator-rede e a musicoterapia.** Revista Brasileira de Musicoterapia, ano XI, n. 9, p. 2-10, 2009.

SILVA, Raquel Siqueira da; MORAES, Marcia. **Musicoterapia e saúde mental: relato de uma experimentação rizomática.** Psico, v. 38, n. 2, p. 139-147, 2007.

SILVA, Raquel Siqueira; MORAES, Marcia; NUNES, João Arriscado; AMARANTE, Paulo; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Reforma psiquiátrica brasileira e estética musical inclusiva.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 4, n. 8, p. 105-114, 2012.

SILVA, Raquel Siqueira; NUNES, João Arriscado. **Quando a terapia se torna arte: Teoria Ator-Rede e cocriação musical.** Estudos e pesquisas em Psicologia, v. 15, n. 4, p. 1238-1257, 2015.

VIVARELLI, Bianca Lepsch. **A música, as palavras e a constituição do sujeito: ressonâncias na clínica do autismo e da psicose infantil.** Revista Brasileira de Musicoterapia, ano X, n. 8, p. 109-126, 2006.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010

ZANINI, Claudia Regina Oliveira. **Musicoterapia: Semelhanças e Diferenças na Produção Musical de Alcoolistas e Esquizofrênicos.** Revista Brasileira de Musicoterapia, Ano V, nº6, p. 97-109, 2002.

MUSICOTERAPIA

Recebido em 16/05/2019
Aprovado em 08/01/2020

MÚSICA NO COTIDIANO DE PESSOAS SURDAS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA O TRABALHO DO EDUCADOR MUSICAL E MUSICOTERAPEUTA

*MUSIC IN EVERYDAY'S DEAF PEOPLE: CHALLENGES AND POSSIBILITIES
FOR THE WORK OF THE MUSIC EDUCATOR AND MUSIC THERAPIST*

Thabata Moraes Silva¹, Noemi Nascimento Ansay²

Resumo - Pessoas surdas, historicamente, sofreram e sofrem exclusão educacional, social e cultural em nossa sociedade. Em contrapartida a comunidade surda mostra empenho na construção de conhecimento, nas discussões sobre as singularidades culturais, artísticas e didáticas que envolvem esse grupo. Pensando nisso, o objetivo da pesquisa foi investigar a importância da música no cotidiano das pessoas surdas. Para isso, foi aplicado um questionário, com perguntas abertas e fechadas utilizando a ferramenta *Google Forms*. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética/Plataforma Brasil e pode ser localizado através do número CAAE 80787617.0.0000.0094. O público alvo foram pessoas surdas maiores de 18 anos que concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram computadas e analisadas 47 respostas ao questionário. A partir de uma reflexão dos resultados da pesquisa, conclui-se a necessidade de elaborar e adaptar métodos e técnicas da musicoterapia e educação musical que enfatizem as preferências e formas de vivenciar música pontuadas pelos participantes. E, dessa forma, instrumentalizar musicoterapeutas e educadores musicais, para atender pessoas surdas, proporcionando uma melhor relação desse sujeito com a música e sua inserção na sociedade.

Palavras - chave: musicoterapia, surdez, perda auditiva

Abstract - Deaf people, historically, suffer an educational, social and cultural exclusion in our society. On the other hand, the deaf community shows commitment in the construction of knowledge, in the discussions about the cultural, artistic and didactic singularities that involve this group. With this in mind, the aim of the research was to investigate the importance of music in the

¹Bacharel em Musicoterapia pela Unespar Campus Curitiba II. Currículo Lattes:<http://lattes.cnpq.br/0213823112962897>.

² Docente do curso de Bacharelado em Musicoterapia da UNESPAR- FAP. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2522951277654216>.

daily lives of deaf people. For this, a questionnaire was applied, with open and closed questions using the Google Forms tool. The work was submitted to and approved by the Ethics Committee / Plataforma Brasil and can be found at 80787617.0.0000.0094. The target audience was deaf people over 18 years of age who agreed with the informed consent form. 47 responses were computed and analyzed. Based on a reflection of the research results, can be noticed the need to elaborate and adapt methods and techniques of music therapy and education music, which emphasize the preferences and ways of experiencing music punctuated by the participants. And, in this way, instrumentalize music therapists and music educators, to attend deaf people, providing a better relationship between this subject and music and their insertion in society.

Keywords: music therapy, deafness, learning loss.

Introdução

Pesquisar sobre a música no cotidiano de pessoas surdas se constitui um desafio, considerando que o público alvo desta pesquisa sofreu/sofre uma exclusão educacional, social e cultural em nossa sociedade (BRITO, 1993; SACKS, 1999; LOPES, 2005; THOMA, 2005; STROBEL, 2007; FINK, 2009). Por outro lado a comunidade surda, na contemporaneidade, mostra um vigor na construção de conhecimento, nas discussões sobre as singularidades culturais, artísticas e didáticas que envolvem esse grupo. (STROBEL, 2007; SACKS, 1999; THOMA, 2005).

Cabe esclarecer que quando falamos da surdez, existe uma tendência a generalizarmos e tratarmos esse grupo de forma homogênea. No entanto, encontramos muitas singularidades e diferenças entre os sujeitos que compõem este coletivo, como os níveis de perdas auditivas, a idade onde ela ocorreu, o contexto social, familiar, escolar e cultural da qual faz parte a pessoa surda. E esses aspectos parecem ser fundamentais na discussão da temática e na forma como o surdo interage com a música.

Quando nos referimos a relação do surdo com a música é fundamental que se esclareça que tradicionalmente a música foi definida como “a arte de combinar os sons”, limitando aos aspectos auditivos a experiência musical, mas para Aharonián (2008), a música não é simplesmente a organização do som. O autor afirma que essa definição é incompleta, pois a música também é linguagem, potencial expressivo e seu objetivo é a comunicação.

Desta maneira podemos questionar se a música é apenas um fenômeno sonoro, físico, ou se podemos conceituá-la de forma diferenciada, levando em conta aspectos relacionados à cultura, aspectos visuais, performáticos da execução musical, o movimento, a dança e também a letra das canções sinalizadas em línguas de sinais, por pessoas surdas.

Assim, este trabalho pretende apresentar dados obtidos da investigação de campo, que ocorreu por meio da aplicação de questionários em formulário próprio, no *Google Forms*, a fim de destacar a importância da música no cotidiano das pessoas surdas, na sociedade, na aprendizagem e no conhecimento de mundo.

Metodologia

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas, tendo como referência o trabalho de Ansay, Maestri e Costa (2013). A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdos e tem como principais referenciais os estudos de Bardin (1979) e Minayo (2003).

Em algumas perguntas foram utilizadas imagens no questionário, para ilustrar os artistas (cantores, compositores, grupos musicais). As imagens estão disponíveis nas redes sociais e sua utilização segue a normativa da Lei 10.406 de 10 de Janeiro de 2002 (BRASIL, 2002)³. Neste sentido, como a pesquisa é acadêmica e não visa fins comerciais, a utilização das mesmas, tem apenas uma preposição ilustrativa e pedagógica, visto que a pessoa surda compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais.⁴

Para a aplicação do questionário, a plataforma escolhida foi o *Google Forms*, que segundo Silva, Lós e Lós (2011) tem uma diversidade de características vantajosas, uma vez que ela está em um meio favorável que é a

³ Art. 20 : Salvo se autorizadas, ou se necessárias à administração da justiça ou à manutenção da ordem pública, a divulgação de escritos, a transmissão da palavra, ou a publicação, a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a respeitabilidade, ou se se destinarem a fins comerciais. (Vide ADIN 4815).

⁴ DECRETO Nº 5.626, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005. Lei nº 10.436 Art. 2o: Para os fins deste Decreto, considera-se pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais - Libras. (BRASIL, 2005)

internet. Os autores ainda pontuam que “os paradigmas emergentes da educação cada vez mais se aliam ao uso das tecnologias e novos rumos são criados e possibilitados de serem atingidos” (SILVA, LÓS e LÓS, 201, p. 9)

Foram aplicados dois questionários pilotos, em pessoas surdas, para possíveis adequações na terminologia, a fim de proporcionar uma melhor adaptação para o grupo de participantes em questão. De acordo com Gerhardt e Silveira “[...] depois de redigido, o questionário precisa ser testado antes de sua utilização definitiva, por meio da aplicação de alguns exemplares em uma pequena população escolhida” (GERHARDT e SILVEIRA, 2009, p. 71).

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi disponibilizado na primeira página do questionário, os participantes não foram identificados e apenas os respondentes acima de 18 anos foram incluídos na amostra. Para divulgação foi filmado um vídeo, pelas autoras, em Língua Brasileira de Sinais (Libras) e a divulgação feita nas redes sociais, junto com um convite, também foram enviados e-mails para instituições de educação de surdos e associações de pessoas surdas. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética/Plataforma Brasil, e pode ser localizado através do número CAAE 80787617.0.0000.0094.

Resultados/Discussão

Para a composição do trabalho, quatro sujeitos foram excluídos da amostra, três deles por optarem pela opção ‘não quero participar da pesquisa’ e um por ser menor de idade, sendo assim 47 respostas foram computadas para análise.

Algumas questões, por serem de caráter facultativo, obtiveram um número menor de respostas que o número total de respondentes. Devido a isso todas as porcentagens foram contabilizadas baseadas no número total da

amostra do questionário e não no número de respondentes de cada questão em específico, a fim de sistematizar os resultados.

Caracterização

Quanto à caracterização dos indivíduos, a primeira questão dizia a respeito à idade, nessa o maior número de respondentes possuía entre 30 e 59 anos, sendo 61,70%, seguido de 18 a 29 anos, 31,91% e 60 anos ou mais, 4,25%. Um dos participantes não relatou a idade.

A segunda questão tratava da localidade dos participantes da pesquisa, o local predominante foi o Estado do Paraná, com 68,08% dos indivíduos, seguido do Rio Grande do Sul, 8,51%, Rio de Janeiro e Rondônia, cada qual com 6,38%, e por fim, São Paulo, Distrito Federal, Acre e Argentina, cada um com 2,12% da amostra. Um participante não noticiou a localidade.

Ao que diz respeito ao grau de escolaridade dos participantes, 27,65% do sujeitos relataram possuir ensino superior incompleto, seguido de 25,53% com especialização, 12,76% mestres, 10,63% com ensino médio incompleto, 6,38% ensino médio completo, ensino superior completo e doutorado cada, 2,12% com fundamental incompleto e curso técnico cada. A opção ensino fundamental completo não obteve respostas. Nessa questão é importante destacar que a pesquisa foi divulgada principalmente em meio acadêmico, nas universidades que possuíam o curso letras libras.

A questão seguinte abordou a profissão dos participantes, que em sua maioria são professores, sendo 31,91%, seguidos de estudantes com 14,89%, auxiliares de informática com 6,38%. As profissões pedagogo, bancário, psicólogo e auxiliar administrativo tiveram cada uma 4,25%, e designer gráfico, artista visual, do lar, analista de sistema, administração, pensionista, instrutor de Libras, auxiliar de produção, cozinheiro, farmacêutico, funcionário público,

diretor de cinema, maquiador, profissional de 'academia' e operador obtiveram cada um, 2,12%. Três pessoas não informaram suas profissões.

Quanto a auto denominação identitária, 89,36% se consideraram surdos e apenas 10,63% deficientes auditivos. Quanto ao grau da perda auditiva, a maior parte dos participantes, 78,72%, possui o grau profundo, seguido de 10,63% com grau severo, 4,25% moderado, e 2,12% leve. Três pessoas não sabiam dizer o nível de perda auditiva. Quanto a aparelho auditivo⁵, 63,89% não utilizavam e 36,17% utilizavam. Apenas 12,76% possuíam implante coclear⁶, 87,23% não.

Ao que se refere às causas da perda auditiva, 40,42% se deram por doenças, 34,04% por causas desconhecidas, 8,51% por questões hereditárias, 8,51% por partos prematuros. Lesões traumáticas, Síndrome de Minière⁷, toxicidade, anoxia cerebral, Síndrome Waardenburg⁸ e incompatibilidade sanguínea (RH negativo) obtiveram, cada um, 2,12%. Ruídos e tumores não obtiveram respostas por parte dos participantes da pesquisa.

Em relação a quando aconteceu a perda auditiva, a sua maioria relata que foi no nascimento, 57,44%, seguida de 0 a 12 anos, com 34,04%, 29-60 anos, 6,38%. As opções 12 a 18 anos, 18 a 29 anos e mais de 60 anos não

⁵ Os aparelhos de amplificação sonora individual (AASI) têm como princípio básico de seu funcionamento a captação do som ambiente, sua amplificação e tratamento do sinal acústico, e o direcionamento do sinal amplificado e tratado para a orelha, via conduto auditivo externo, sempre que as condições anatômicas permitirem, ou via transmissão óssea, quando houver. Disponível em http://auditivo.fmrp.usp.br/protese_auditivas.php. Acesso em 03/07/2018.

⁶ O implante coclear multicanal é uma prótese computadorizada, inserida cirurgicamente no ouvido interno, que substitui parcialmente as funções da cóclea, transformando energia sonora em sinais elétricos. Estes sinais são codificados e enviados ao córtex cerebral. Este tipo de implante é conhecido popularmente como "ouvido biônico".

⁷ Doença da orelha interna (LABIRINTO) caracterizada por PERDA AUDITIVA NEUROSENSORIAL flutuante, ZUMBIDO e episódios de VERTIGEM, e sonoridade auricular. É a forma mais comum de hidropisia endolinfática. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/008745> . Acesso em: 02/08/2018

⁸ Síndrome Waardenburg é uma condição autossômica dominante, que tem como sintoma mais preocupante a deficiência auditiva. (MARTINS; YOSHIMOTO; FREITAS, 2003)

obtiveram respostas. Apenas 1 participante não soube dizer quando sua perda auditiva ocorreu.

Ao que concerne às principais formas de comunicação, 87,23% dos participantes alegaram utilizar língua de sinais, 55,31% oralidade, 29,78% escrita. Nenhum dos participantes utiliza português sinalizado.

Relação dos surdos com a música e seus elementos

No segundo segmento do questionário, que concerne a relação dos participantes com a música. Uma das questões alude ao aspecto/elemento que mais chama atenção da música. Entre as alternativas, que permitiam mais de uma resposta, estavam ritmo, letra, vibração, performance (show, coreografia, desenvoltura dos artistas) e nenhum. Vibração obteve 74,46% das respostas, seguida de performance com 36,17%, ritmo com 29,78%, letra 17,02% e nenhum com 6,38%.

Estas respostas confirmam os dados de Ribeiro (2012) que afirma que uma das melhores metodologias a ser trabalhada para desenvolver referências com música para pessoas surdas é estimulá-las a sentir a vibração com seu próprio corpo e, dessa forma compreender o movimento musical.

O aspecto performático e do uso da Língua Brasileira de Sinais também foi destacado pelos participantes surdos. Para Ansay, Maestri e Costa (2013) está opção relaciona-se a divulgação e valorização da Libras, por meio de vídeos, redes sociais e a inclusão cultural da pessoa surda.

Já quanto ao aspecto rítmico, Willems (1975) afirma que o ritmo musical tem princípios biológicos e é estruturador no nível orgânico, ou seja, todo ser humano possui uma percepção rítmica: batimentos cardíacos, movimentos corporais, respiração e outros. Desta maneira, surdos e ouvintes, podem perceber e desenvolver musicalidade (HAGUIARA-CERVELLINE, 2003).

Música, mídia, cultura e surdez

Já a questão que abordou os gêneros musicais preferidos mostrou a pluralidade nas escolhas dos participantes. Nessa mais de uma questão poderia ser assinalada. O gênero preferido foi o Pop com 42,55%, seguido de Rock e Eletrônica, cada qual com 36,17%, Samba e Jazz com 25,53% cada, Sertanejo com 23,40%, Religiosa com 21,27%, Pagode e MPB com 17,02% cada e, por fim, Metal com 4,25%. Cinco participantes assinalaram a opção outros e comentaram gostar de Reggae, Hip Hop, Piano e Violino e Clássica.

O questionário apresentou também uma questão onde várias fotos de artistas foram dispostas a fim de investigar quais eram os artistas reconhecidos pelo público alvo. Dos quarenta e seis artistas dispostos para reconhecimento na questão, os cinco artistas que mais se destacaram foram: Michael Jackson com 91,48%, Roberto Carlos e Xuxa com 87,23% cada, Ivete Sangalo com 85,10% e Fábio Júnior com 80,85%. As porcentagens de quantos sujeitos conheciam cada artista estão dispostas nos gráficos a seguir.

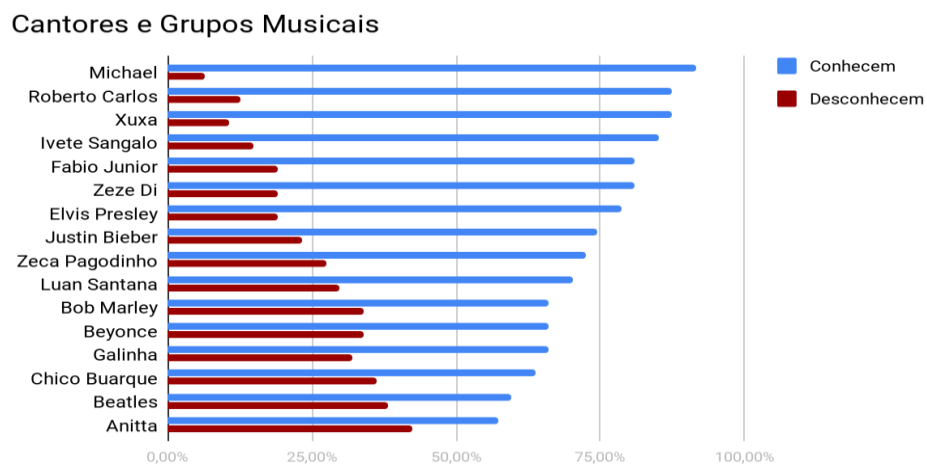


Gráfico 1 - Cantores e Grupos Musicais Conhecidos e Desconhecidos pelos Participantes. Fonte: Questionário aplicado pelas autoras (2018)

Cantores e Grupos Musicais

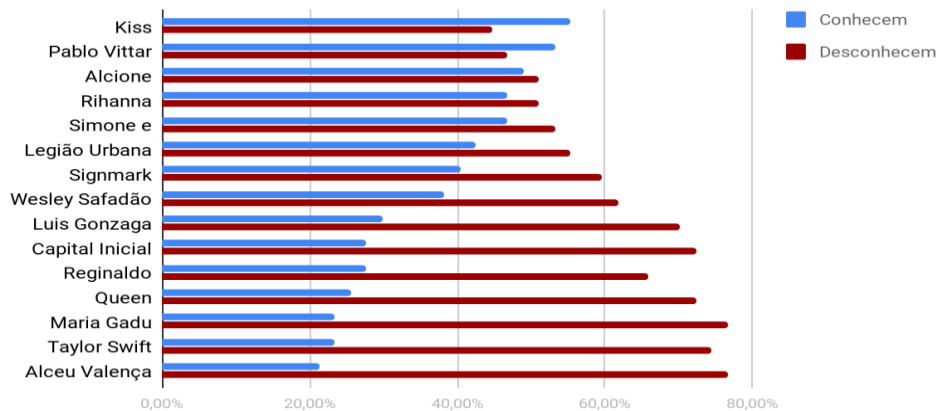


Gráfico 2 - Cantores e Grupos Musicais Conhecidos e Desconhecidos pelos Participantes.
 Fonte: Questionário aplicado pelas autoras (2018)

Cantores e Grupos Musicais

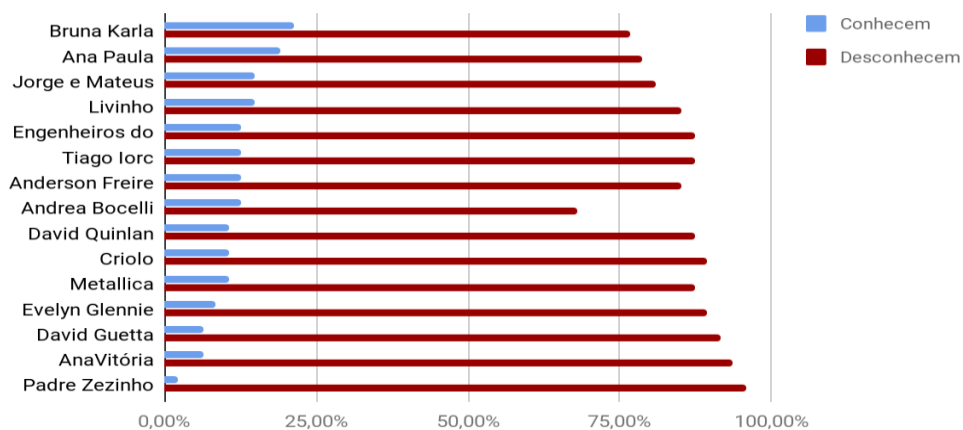


Gráfico 3 - Cantores e Grupos Musicais Conhecidos e Desconhecidos pelos Participantes.
 Fonte: Questionário aplicado pelas autoras (2018)

Quanto a clipes musicais, 70,21% disseram assistir e 29,78% não, e 59,57% dos participantes relataram que buscam notícias sobre o meio musical, enquanto que 40,42% não.

Observando essas questões pode-se dizer que a música está presente no dia a dia das pessoas surdas. Esse público está inserido em uma sociedade

que majoritariamente é ouvinte, e acaba sendo influenciado por ela, porém é sempre importante destacar que independente das características dos indivíduos, as minorias linguísticas-culturais, devem ser respeitadas, e conceitos e/ou crenças não devem ser impostas.

E, mesmo que a música esteja presente e faça parte do cotidiano dos surdos, é interessante observar que a relação com a música ocorre de forma diferente para esse público, que utiliza mais de estímulos táteis e visuais para apreciar essa linguagem artística.

Musicalidade e história sonora musical das pessoas surdas

Refletindo sobre a construção da musicalidade do surdo e da história sonora musical desses sujeitos, foi encontrado na pergunta que aborda sobre lembranças musicais que 55,31% relataram lembrarem-se das músicas de infância e 44,68% não. Alguns participantes trouxeram também relatos de artistas que marcaram essa época, como Sandy e Junior, Xuxa, Trem da Alegria, Balão Mágico, Queen e ABBA.

Já em relação ao contexto musical familiar, 57,44% dos participantes pontuaram que as pessoas ouvem música em suas casas e 42,55% não.

Moreira (2007) pontua que a construção de identidade é um dos aspectos mais importantes no desenvolvimento humano e que as músicas vivenciadas em uma determinada época, marcam e passam a fazer parte da história de vida.

Esses aspectos, apresentados nas questões do questionário, nos remetem a história sonora musical dos participantes, e nos faz refletir que essa construção pode ocorrer nesses indivíduos independente do nível de surdez, já que eles estão inseridos na sociedade e recebem influências dela ela, além de possuírem uma musicalidade inata de acordo com alguns autores (LOURO, 2012).

A opinião dos participantes quanto ao potencial de aprendizagem por meio da música se deu por 78.72% que acreditam nesta possibilidade e 19.14% que não é possível aprender por meio da música. Um participante escolheu a opção 'outros'.

Segundo Chiarelli e Barreto (2005) a música no contexto educacional auxilia a percepção, estimula a inteligência e a memória, e tem relações com habilidades linguísticas e lógico-matemáticas. As autoras ainda afirmam que “[...] ao atender diferentes aspectos do desenvolvimento humano: físico, mental, social, emocional e espiritual, a música pode ser considerada um agente facilitador do processo educacional [...].”(CHIARELLI e BARRETO, 2005, p. 9).

Importância da música

O questionário contou também com uma questão relacionada a importância da música para os seres humanos. Nessa, 82.97% responderam afirmativamente e 14,89% que não. Apenas um participante optou pela opção 'outros'.

Esta resposta confirma o que Hagiara-Cervelline (2003), Ribeiro (2012), Saks (2007), Louro (2012), Rodrigues (2017) pontuam ao afirmar que o ser humano, independente de sua condição sensorial, é sensível e responde a música. Louro (2012) pontua que música é uma das ferramentas mais eficientes para o desenvolvimento psicomotor do ser humano. Ao encontro de Louro, Sekeff (2002) traz que a música pode contribuir para o desenvolvimento humano nos aspectos físico, mental, social, emocional e espiritual. Além de possibilitar a inserção dos indivíduos em diferentes contextos: social, cultural e ideológico (SEKEFF, 2002).

Sendo assim, a música é importante pois proporciona desenvolvimento biopsicossocioespiritual e a inserção de seus apreciadores em diferentes

contextos. E, para pessoas surdas tal afirmação continua a se aplicar, uma vez que a musicalidade é inerente ao ser humano e resposta a música podem emergir pelo estímulo sonoro, visual ou tátil.

Considerações finais

Na atualidade pretende-se que a educação musical tenha uma perspectiva inclusiva, visto que nos documentos que cercam o assunto há uma preocupação com esse público. A lei nº 10.436 Art. 3º decreta a obrigatoriedade disciplina Libras nos cursos de licenciatura (BRASIL, 2005). E a lei nº 11.769 marca a obrigatoriedade da música enquanto disciplina nos ambientes educacionais (BRASIL, 2008). Observando esses documentos é certo que há a necessidade de preparar os educadores musicais para ensinar pessoas surdas.

Enquanto a educação musical objetiva a aprendizagem, a musicoterapia visa atingir fins terapêuticos, por meio da música e seus elementos. Trabalhos no contexto musicoterapêutico com pessoas surdas ainda são de pouca expressividade quantitativa, porém há achados de que a musicoterapia para esse público exerce benefícios, promovendo um espaço de socialização, aprendizagem, expressão dos sentimentos, do desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor dos participantes.

Nos achado dessa pesquisa observou-se que a música está presente no dia a dia das pessoas surdas, e que muitas vezes faz parte da história de vida desses indivíduos. Foi possível também observar as melhores estratégias pedagógicas e terapêuticas da música para esse público.

Pensando nesses dois contextos, educação musical e musicoterapia, os resultados da pesquisa apontam para a utilização da música em diferentes momentos da vida, diversos contextos socioculturais, a utilização da vibração, ritmo e estímulos visuais, além do uso da Libras.

Referências

AHARONIÁN, Coriún. **Introducción A La Música**. 3ª edición. Montevideo, Uruguay. Ediciones Tacuabé, 2008.

ANSAY, Noemi Nascimento; MAESTRI, Rita de Cássia.; COSTA, Aldemar Balbino da. A música no cotidiano de pessoas surdas. **Anais do XV Fórum Paranaense de Musicoterapia**, 2013.

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

BRASIL. Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União 2002.

BRASIL, Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 2005. Disponível em: . Acesso em: .

BRASIL. Lei 11.769 de 18 de agosto de 2008. Altera a Lei n. 9394/96, para dispor sobre a obrigatoriedade do ensino de música na educação básica. Brasília: Presidência da República, 2008.

BRITO, Lucinda Ferreira. **Integração social e educação de surdos**. Rio de Janeiro: Babel, 1993.

CHIARELLI, Lígia Karina Meneghetti; BARRETO, Sidirley de Jesus. A importância da musicalização na educação infantil e no ensino fundamental: a música como meio de desenvolver a inteligência e a integração do ser. **Rev Recre@rte**. 2005.

FINK, Regina. **Ensinando Música ao Aluno Surdo**: perspectivas para a ação pedagógica inclusiva. Tese (doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2009.

GERHARDT, Tatiana Engel.; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

HAGUIARA-CERVELLINE, Nadir. **A Musicalidade do Surdo: Representação e Estigma**. São Paulo: Plexus Editora. 2003.

LOPES, Maura Corcini. A invenção da surdez: cultura, identidade e diferença no campo da educação. In: THOMA, Adriana da Silva; LOPES, Maura Corcini. **A invenção da Surdez**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.

LOURO, Viviane. **Fundamentos da aprendizagem musical da pessoa com deficiência.** São Paulo: Editora Som, 2012.

MARTINS, Carlos Henrique F.; YOSHIMOTO, Fabiana B.; FREITAS, Priscila Z. Síndrome de Waardenburg: Achados Audiológicos em dois irmãos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.** 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOREIRA, Shirlene Vianna. **Identidade musical em pacientes com esclerose múltipla:** um estudo piloto. Dissertação (Mestrado em Música). 2007.

RIBEIRO, Daniela Prometi. **Glossário Bilingue da Língua de Sinais Brasileira: Criação de sinais dos termos da música.** Tese (mestrado). Brasília: UnB. 2013.

RODRIGUES, Igor Ortega. **As Cores do Som: O Potencial Musical do Surdo.** São Paulo: Memnon. 2017.

SACKS, Oliver Wolf. **Vendo Vozes.** São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SACKS, Oliver Wolf. **Alucinações musicais.** Tradução de Laura Teixeira Mota. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SEKEFF, Maria de Lourdes. **Da Música, Seus Usos e Recursos.** São Paulo: Editora UNESP. 2002.

SILVA, Adriana Freire da; LÓS, Dayvid Evandro da Silva; LÓS, Djalma Rodolfo da Silva. Web 2.0 e Pesquisa: **Um Estudo do Google Docs em Métodos Quantitativos.** 2011. Disponível em: http://www.pucrs.br/famat/viali/tic_literatura/artigos/outros/14626.pdf. Acesso em:

STROBEL. Karin Lilian. História dos surdos: representações “mascaradas” das identidades surdas 2007. In QUADROS, R. M. de e PERLIN, G. **Estudos surdos II.** Petrópolis: Arara Azul, 2007.

THOMA, Adriana da S. Surdo: esse “outro” de quem fala a mídia. In: SKLIAR, C. **Um olhar sobre as diferenças.** Porto Alegre: Mediação, 2005.

WILLEMS, Edgar. **Introducción a La Musicoterapia**. Sociedad Argentina de Educación Musical. Buenos Aires, 1975.

Recebido em 16/02/2020
Aprovado em 05/04/2020

MUSICOTERAPIA E EMPREENDEDORISMO: ESTUDO SOBRE A REMUNERAÇÃO DE MUSICOTERAPEUTAS NA CIDADE DE BELO HORIZONTE E REGIÃO METROPOLITANA

Music Therapy and Entrepreneurship: study about music therapists remuneration in the city of Belo Horizonte and metropolitan region

Gabriel Estanislau¹, Wagner Ribeiro², Abner Davi Barbosa³, Mariana Oliveira da Cruz Soares⁴, Marina Horta Freire⁵

Resumo - A Musicoterapia começou a se desenvolver em Minas Gerais na década de 1970 e tem crescido consideravelmente nos últimos anos, devido à abertura do curso de Graduação na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O presente trabalho, de cunho descritivo e exploratório, objetivou investigar a remuneração do profissional musicoterapeuta em Belo Horizonte e região metropolitana (Grande BH), por meio do desenvolvimento e distribuição de um questionário online em 2018. Os itens do questionário aborda questões acerca dos valores cobrados por sessões e a relação entre os valores, locais de atuação e modalidades de sessão (individual/grupo). Ao todo 19 musicoterapeutas responderam ao questionário, com faixa etária entre 22 e 53 anos de idade, a maioria graduada pela UFMG entre 2013 e 2018. A remuneração por sessão apresentou grande variação, tanto nas sessões individuais quanto em grupo, e nos vários locais de atuação relatados, com valor mínimo de R\$45,00 e máximo de R\$300,00 reais. Dentre os dados coletados, a localização geográfica e os diferentes locais de atuação foram fatores determinantes para essa variação. A partir desses resultados, espera-

¹Bacharel em Música Habilitação Musicoterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Coordenador Geral da Casa da Musicoterapia. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6918029479890051>. E-mail: ggstanis@gmail.com

²Graduando em Música Habilitação Musicoterapia pela UFMG, integrante da Casa da Musicoterapia. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9027847524343646>

³Bacharel em Música Habilitação Musicoterapia pela UFMG, Coordenador da Casa da Musicoterapia. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0991975935798144>

⁴Graduanda em Música Habilitação Musicoterapia pela UFMG. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1533652023448002>.

⁵ Bacharel em Musicoterapia, Mestre em Neurociências, Doutora em Música. Professora Assistente do curso de Graduação em Música Habilitação Musicoterapia da UFMG. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1301269894536856>

se contribuir com reflexões acerca do empreendedorismo e do desenvolvimento da Musicoterapia na região estudada e no Brasil.

Palavras-Chave: musicoterapeuta, empreendedorismo, remuneração profissional.

Abstract - Music therapy began to develop in Minas Gerais in the 1970s and has grown considerably in recent years, due to the opening of the undergraduate course at the Federal University of Minas Gerais (UFMG). This descriptive and exploratory study aimed to investigate the remuneration of the professional music therapist in Belo Horizonte and the metropolitan region, through the development and distribution of an on line questionnaire in 2018. The questionnaire item said dress questions about values charged per session and the relationship between values, professional places and session modalities (individual / group). In all 19 music therapists who answered the questionnaire, aged 22 to 53 years old, most graduated from UFMG between 2013 and 2018. The remuneration per session varied widely, both in individual and group sessions and in the various professional places reported, with a minimum value of R\$45.00 and a maximum of R\$300.00 Reais. Among the data collected, geographic location and different professional places were determining factors for this variation. From these results, it is expected to contribute with reflections on entrepreneurship and the development of music therapy in the studied region and Brazil.

Keywords: music therapist, entrepreneurship, professional remuneration.



MUSICOTERAPIA

Introdução

Desenvolvida desde os anos 70 em Minas Gerais (MG), a Musicoterapia teve uma maior movimentação com a criação da primeira Associação de Musicoterapia do estado, em 1978 (BARCELLOS, 1993). Na capital do estado, Belo Horizonte (BH), e em sua região metropolitana, podemos dizer que a Musicoterapia teve um grande avanço nos últimos anos, devido à abertura do curso de Graduação na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2009. Antes disso as práticas eram isoladas na cidade e com poucos profissionais formados atuando. A graduação oferecida pela UFMG proporcionou um movimento próprio dentro da cidade, e cidades vizinhas, tanto para a formação do profissional musicoterapeuta, como para o acesso à informação e ao tratamento musicoterapêutico para a população.

Um ponto importante no processo de reconhecimento e desenvolvimento da Musicoterapia em BH foi a criação, em 2017, da terceira associação de musicoterapeutas do estado: a Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia de Minas Gerais (APEMEMG). Essa Associação foi fundada⁶ por alunos e profissionais que sentiam a necessidade de unir forças e interesses na luta pela profissão no estado de Minas Gerais, tendo como principais objetivos: promover o uso e desenvolvimento da Musicoterapia no estado; representar e congregar estudantes e profissionais; prestar serviços de consultoria na área; e orientar o exercício da profissão (APEMEMG, 2018).

Esse movimento vai ao encontro do movimento nacional de busca pelo reconhecimento e regulamentação da Musicoterapia como profissão. Hoje a Musicoterapia é uma Ocupação reconhecida pelo Ministério do Trabalho com o número de CBO 2263-05. O reconhecimento vem sendo planejado, orientado e

⁶ A APEMEMG realizou seu fórum pró-associação e sua assembleia geral em outubro de 2017, porém seu registro ainda não foi efetivado devido a trâmites jurídicos.

acompanhado pela Comissão de Políticas de Organização Profissional (POP) da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) (GONÇALVES, 2017). Segundo a Comissão, o processo de reconhecimento é condição essencial para a regulamentação e esta se dá através de uma espiral aberta, formada pelo intercâmbio com outros países (entre profissionais e estudantes, enquanto prática e pesquisa, em encontros dentro e fora de centros universitários), pesquisas e formações criteriosas (supervisão), organização de classe (prática), inserção em políticas (teoria da Musicoterapia e a formação profissional) e reconhecimento popular (também baseado na prática), sendo todos esses processos pautados pela ética profissional.

Um outro ponto importante a ser considerado nesse processo de desenvolvimento diz respeito às práticas empreendedoras e de sustentabilidade desses profissionais. O fortalecimento e confiança dos musicoterapeutas e dos futuros profissionais vêm a partir do conhecimento de que é possível fazer, trabalhar e empreender na área da Musicoterapia, como uma profissão ainda em construção e em busca de reconhecimento social (FREIRE, 2007; SANTOS, 2011). O Empreendedorismo é caracterizado por Louis Jacques Fillion (2000) como um processo em que o indivíduo denominado como empreendedor é uma pessoa que imagina, desenvolve e realiza visões através de contextos sociais. O empreendedorismo dentro do campo da Musicoterapia é um tema atípico que necessita de mais pesquisas e investimento.

A remuneração profissional é um tópico importante do empreendedorismo, já mencionada em pesquisas anteriores de Musicoterapia em outros países. Register (2002) descreve uma investigação descritiva realizada nos Estados Unidos, em 2002, com mais de 700 musicoterapeutas registrados na *American Music Therapy Association* (AMTA), que mostrou grande diversidade entre as modalidades de trabalho, populações atendidas e

remuneração dos profissionais estudados. Tais variações também aparecem, ainda maiores, em pesquisas realizadas na Nova Zelândia em 2008 e 2016, que demonstraram grande disparidade salarial, devido às diferenças entre números de horas trabalhadas por semana, e pouco aumento do valor cobrado por sessão em 8 anos de investigação (TWYFORD, 2009; MOLYNEUX et al, 2016). Na segunda investigação neozelandesa (MOLYNEUX et al, 2016), assim como em um estudo feito na Romênia (FRATILA, 2018), são apontadas remunerações maiores para profissionais autônomos, que também têm gastos maiores para montagem e manutenção do espaço de trabalho. Molyneux e colaboradores (2016) também ressaltam que musicoterapeutas neozelandeses decidem e aferem o valor cobrado por sessão baseando-se em outros musicoterapeutas, profissionais de áreas afins, acordos governamentais, e, principalmente, no que a instituição e a família podem pagar.

O presente trabalho partiu da seguinte pergunta-problema: “qual a remuneração dos musicoterapeutas na cidade de BH e região metropolitana?”, e objetivou investigar a remuneração do profissional musicoterapeuta que atua nessas localidades. Dessa forma, pretende-se contribuir com reflexões futuras acerca do empreendedorismo e do desenvolvimento da Musicoterapia no estado e no país.

Metodologia

Esta investigação é de cunho descritivo e exploratório, fundamentada em Laville e Dionne (1999). Sendo descritiva, a pesquisa permite uma enumeração detalhada do tópico pesquisado, estabelecendo, assim, uma relação entre as variáveis no contexto/objeto de estudo analisado. Sendo exploratória, a pesquisa permite aprofundamento inicial sobre o tema

pesquisado, visto que o tema da remuneração ainda é pouco explorado no âmbito da Musicoterapia.

A pesquisa foi realizada por meio de um questionário online, desenvolvido pelos autores na plataforma *Google Forms*. O questionário continha perguntas acerca dos valores cobrados pelas sessões de Musicoterapia e as relações dos valores com modalidade das sessões (individual ou em grupo), locais de atuação e localização geográfica. Tendo em vista que a Musicoterapia em Belo Horizonte tem sido desenvolvida de forma heterogênea, os locais de atuação foram subdivididos em: (i) Consultórios particulares (espaço próprio do musicoterapeuta); (ii) Sublocação de espaço (espaços compartilhados (coworking)); (iii) Atendimento Domiciliar; e (iv) Instituições privadas e/ou Empresas. A localização geográfica, por bairro ou cidade da região metropolitana, foi perguntada para os atendimentos em consultórios particulares, sublocações e domicílios. Cada respondente poderia dar mais de uma resposta para cada modalidade de sessão e local de atuação, para contemplar diferentes bairros/cidades. Outra variável perguntada aos entrevistados foi a vinculação ou não com algum plano de saúde. Dois exemplos de itens do questionário, para a modalidade de atendimento domiciliar em grupo, podem ser observados na Figura 1, abaixo.

Em relação ao atendimento DOMICILIAR EM GRUPO

6. Responda em quais bairros você os realiza e o valor cobrado (por paciente/cliente) para cada um destes bairros. Ex: Centro - R\$xx,xx ; Pampulha R\$xx,xx ; etc *

7. Qual o tempo médio da sessão DOMICILIAR EM GRUPO? *

Marcar apenas uma oval.

10 a 30 minutos

30 a 60 minutos

mais de 60 minutos

Figura 1: Exemplo de itens do questionário. (Fonte: os autores)

Para a inclusão ou exclusão dos dados foram escolhidos os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- Ser musicoterapeuta;
- Atuar na Grande BH (região composta pela cidade de Belo Horizonte e cidades da sua região metropolitana).

Critério de exclusão total de dados:

- Não ser musicoterapeuta. Para atender a este critério, o questionário continha o campo “*Formação*”: caso a pessoa que respondesse esse questionário não optasse pela opção de Graduação ou Especialização em Musicoterapia os dados deste eram desconsiderados.

Critérios de exclusão parcial de dados:

- Regiões incompatíveis: caso fossem citados locais que não fizessem parte da região pesquisada, esses dados eram desconsiderados;
- Informações incompletas: caso houvesse informações insuficientes para compor a pesquisa, como, por exemplo, não descrever o valor ou o bairro os dados eram desconsiderados.

O questionário ficou disponível do dia 03 ao dia 22 de agosto de 2018, a divulgação foi feita via serviços de entrega de mensagem (*whatsapp*) e era de livre acesso e distribuição, sendo que qualquer um poderia enviar para algum outro musicoterapeuta. O anonimato dos musicoterapeutas foi mantido e nenhum dado que pudesse identificar esses profissionais foi descrito neste trabalho. A pesquisa se encaixa no projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o número CAAE 20283619.2.0000.5149.

As respostas ao questionário foram analisadas utilizando o programa Microsoft Office Excel 2013. Os resultados são apresentados priorizando o valor cobrado por sessão, a localização geográfica e a modalidade da sessão (individual ou em grupo). Questões sobre os locais de atuação e a vinculação a plano de saúde também são ressaltadas.

Resultados

Ao todo 19 pessoas responderam ao questionário, relatando 75 diferentes atuações/remunerações profissionais. Todas as respostas atenderam aos critérios de inclusão (ser musicoterapeuta e atuar na Grande BH), porém 3 dados foram parcialmente desconsiderados por não conterem todas as informações requeridas. Na Figura 2, abaixo, são apresentadas as respostas desconsideradas, por não conter os valores cobrados por sessões, sendo o nome do bairro e a modalidade de atendimento as únicas informações contidas.

Dados Excluídos		
Bairro	Valor	Tipo
Buritis		Loc Prop. Indv.
Buritis		Loc Prop. Grupo
Prado		Sub Loc. Grupo

Figura 2: Respostas excluídas das análises. (Fonte: os autores)

Todas as pessoas que participaram da pesquisa são musicoterapeutas, formados em nível de graduação e/ou especialização. Dentre os 19 participantes, 17 se graduaram na UFMG, entre os anos de 2013 e 2018, um(a) musicoterapeuta se graduou em 1992 na Faculdade Marcelo Tupinambá (São Paulo) e outro(a) tem o título de especialista pelo Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro (CBM-RJ) desde 2016. A média de idade desses

musicoterapeutas foi de 26 anos, sendo que a menor idade foi de 22 e a maior idade de 53 anos. É interessante ressaltar o fato de a maioria dos respondentes terem se formado na UFMG, podendo indicar que a prática e o desenvolvimento atual da Musicoterapia mineira se dão principalmente por causa do acesso a formação no próprio estado.

Ao todo foram 26 bairros belorizontinos contemplados em 62 respostas, destacando-se os bairros: Barreiro, Floresta, Pampulha, Planalto e Santa Efigênia. A região metropolitana foi representada pela cidade de Santa Luzia. Para facilitar as análises por localização geográfica, a Grande BH foi dividida nas seguintes regiões: Barreiro, Centro-sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Pampulha, Venda Nova e região metropolitana. A seguir é apresentado um gráfico (Figura 3) com a distribuição das atuações profissionais por região da Grande BH e o valor remunerativo médio por sessão em cada região. A região Centro-sul, que contém bairros como Floresta, Santa Efigênia e Lourdes, foi a mais contemplada nas respostas (32,8%), seguida da região da Pampulha (24,1%). Entretanto, a maior remuneração por sessão foi encontrada na região Oeste, com o valor médio de R\$120,80, região que concentrou apenas 10% das respostas. As menores remunerações por sessão, abaixo de R\$60,00 reais, foram encontradas no Barreiro (R\$55,00), em Venda Nova (R\$58,30) e na região metropolitana (R\$60,00) - localidades de menor condição socioeconômica.

MUSICOTERAPIA

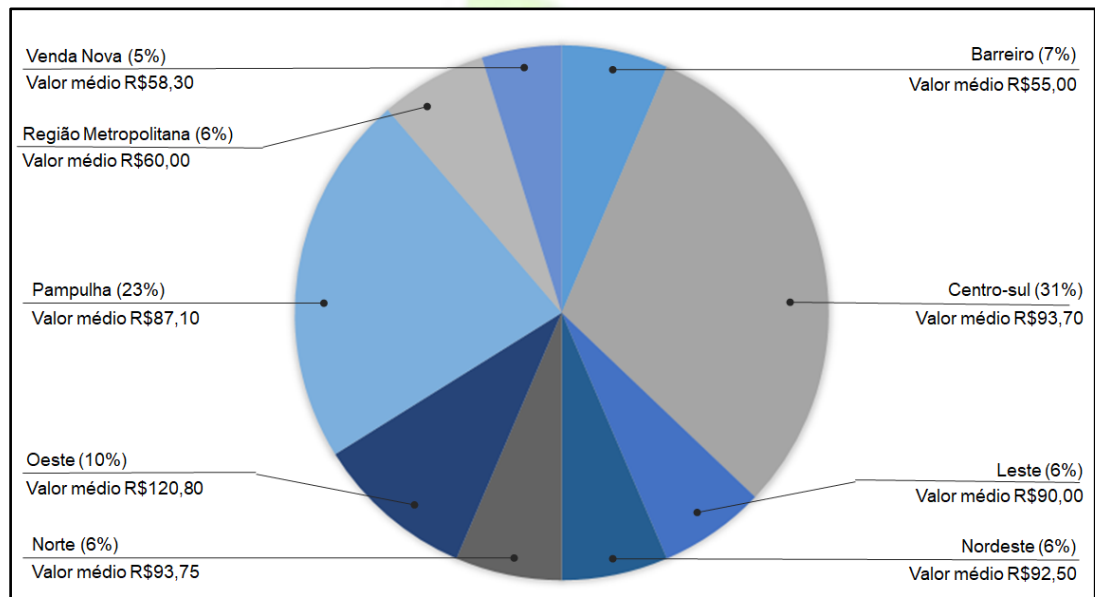


Figura 3: Distribuição das atuações profissionais por região da Grande BH e valor remunerativo médio por sessão em cada região. (Fonte: os autores)

Pode-se notar que uma grande variedade de bairros e regiões da Grande BH foi contemplada, com o número de bairros sendo 36,8% maior do que o número de musicoterapeutas respondentes. Este fato pode se dar devido ao grande número de atendimentos em domicílio, os quais representaram 67,7% das atuações profissionais descritas, em oposição a 32,3% de outras modalidades (local próprio, sublocação e instituições/empresas). A modalidade domiciliar se mostra característica em Belo Horizonte e merece destaque, pois foi demonstrada uma representação de 78,9% de profissionais que realizam a Musicoterapia em domicílio. As diferenças econômicas entre bairros/regiões fez com que um mesmo profissional domiciliar tenha relatado diferentes valores por sessão.

A maior parte da atuação profissional relatada foi de sessões individuais (88,7% das respostas), em oposição a apenas 11,3% de sessões grupais. Para sessões individuais, o valor mínimo descrito pelos musicoterapeutas foi de

R\$45,00 reais e o valor máximo foi de R\$300,00 reais por sessão. A média cobrada por sessão de Musicoterapia Individual na Grande BH em 2018 foi de R\$86,95 reais e a mediana foi de R\$85,00 reais. A variação dos valores diz muito sobre seus locais de atuação, mas principalmente sobre sua localização geográfica e vínculo profissional. O menor valor de sessão individual estava vinculado ao trabalho em uma Empresa/Instituição (R\$45,00), e o maior valor estava vinculado ao trabalho autônomo, em espaço sublocado (R\$300,00). Os menores valores por sessão individual de Musicoterapia foram cobrados nos bairros com menores condições sócio econômicas da região metropolitana, e o maior valor foi cobrado em bairro considerado região nobre da capital. Quanto aos subtipos de locais de atuação, as divisões ficaram como se segue:

Local Próprio:

- Valor Mínimo: R\$ 62,50
- Valor Máximo: R\$ 100,00
- Média: R\$ 79,33
- Mediana: R\$ 85,00

Espaço Sublocado:

- Valor Mínimo: R\$ 60,00
- Valor Máximo: R\$ 300,00
- Média: R\$ 111,00
- Mediana: R\$ 100,00

Atendimento Domiciliar:

- Valor Mínimo: R\$ 50,00
- Valor Máximo: R\$ 130,00
- Média: R\$ 85,61
- Mediana: R\$ 90,00

Instituições/Empresas:

- Valor Mínimo: R\$ 45,00

- Valor Máximo: R\$ 120,00
- Média: R\$ 69,00
- Mediana: R\$ 60,00

Em relação às sessões grupais, o valor mínimo descrito pelos musicoterapeutas foi de R\$50,00 reais e o valor máximo foi de R\$150,00 reais. A média cobrada por sessão de Musicoterapia Grupal na Grande BH em 2018 foi de R\$86,00 reais e a mediana foi de R\$90,00 reais. Aqui a localização geográfica também foi uma variável determinante no valor cobrado pelas sessões de Musicoterapia: o menor valor de sessão em grupo estava vinculado a um bairro com menor condição socioeconômica da região metropolitana, e o maior valor estava vinculado a um bairro na região nobre da capital. Quanto aos subtipos de locais, não foi possível definir valores sobre sessões de grupo em locais próprios uma vez que os dados dessa modalidade estavam faltando e foram excluídos, conforme comentado anteriormente.

Espaço Sublocado:

- Valor Mínimo: R\$ 80,00
- Valor Máximo: R\$ 100,00
- Média: R\$ 90,00
- Mediana: R\$ 90,00

Atendimento Domiciliar:

- Valor Mínimo: R\$ 50,00
- Valor Máximo: R\$ 100,00
- Média: R\$ 70,00
- Mediana: R\$ 70,00

Instituições/Empresas:

- Valor Mínimo: R\$ 60,00
- Valor Máximo: R\$ 150,00
- Média: R\$ 98,00

- Mediana: R\$ 100,00

Observando-se os valores mínimos e máximos de sessão enumerados acima, pode-se perceber que as diferenças entre as remunerações de profissionais estavam mais ligadas à modalidade da sessão (individual ou em grupo) do que ao local de atuação (local próprio, sublocação, domicílio ou instituição/empresa). Apesar da grande diversidade de locais de atuação relatada pelos musicoterapeutas, a variação de valores também estava mais ligada às regiões geográficas da cidade, conforme foi mostrado na Figura 3.

É importante diferenciar as atuações profissionais realizadas de forma autônoma (local próprio, sublocação e domicílios) das atuações em Instituições e Empresas. As atuações autônomas representaram 79,5% das respostas, e apresentaram valores entre R\$50,00 e R\$300,00 reais por sessão (média de R\$87,19 reais). Já os trabalhos de Musicoterapia realizados em Instituições e Empresas representaram 20,5% das respostas, com valores entre R\$45,00 e R\$150,00 reais por sessão (média R\$83,50 reais). As médias foram semelhantes, apesar da discrepância entre os valores máximos cobrados nessas formas de atuação.

Por fim, em relação aos planos de saúde, apenas duas respostas foram obtidas, com valor mínimo de R\$57,00 (Unimed) e máximo de R\$75,00 (não especificado). Assim, a média de valor encontrado pago por planos de saúde de musicoterapeutas na Grande BH em 2018 foi de R\$66,00 por sessão.

Não foi encontrada relação do valor cobrado por sessão com o tempo de formado ou com a idade dos musicoterapeutas respondentes. Não foi possível verificar a relação entre o valor cobrado e o tempo de sessão, pois a grande maioria das respostas (93%) diziam que as sessões variavam entre 30 e 60 minutos, sem especificação mais exata de sua duração. Sessões menores que 30 minutos (apenas 1 resposta) não apresentavam cobrança de valor menor,

bem como sessões maiores que 60 minutos (apenas 2 respostas) não necessariamente apresentavam cobrança de valores maiores que o restante, apontando novamente a localização geográfica e a modalidade da sessão como fatores mais importantes na variação da remuneração do musicoterapeuta.

Considerações Finais

O presente artigo apresentou uma pesquisa descritiva e exploratória sobre a remuneração do profissional musicoterapeuta na cidade de BH e região metropolitana em 2018. Os principais resultados indicaram a extensa variação dos valores cobrados por sessão (entre R\$45,00 e R\$300,00 reais), apresentando como fator principal a heterogeneidade na localização geográfica. Foram identificados maiores valores nas sessões individuais e em trabalhos autônomos. A diversidade também foi identificada nos locais de atuação, com destaque aos atendimentos domiciliares. Tais variações nos remetem à diversidade remunerativa relatada também em outros países em pesquisas semelhantes (REGISTER, 2002; TWYFORD, 2009; MOLYNEUX et al, 2016).

Olhar para os valores cobrados por sessão é apenas um passo para compreender o cenário e o desenvolvimento da Musicoterapia em Minas Gerais. Podemos destacar pontos relevantes a serem considerados nesse processo de desenvolvimento profissional e econômico, como: a precificação feita pelos profissionais da área, as práticas empreendedoras e de sustentabilidade dos profissionais musicoterapeutas e o crescente reconhecimento da profissão por famílias e profissionais de áreas afins.

Faz-se necessário também olhar para outros aspectos, como a (auto) percepção do valor cobrado por cada um dos profissionais, os investimentos na

profissão, o público alvo e região de atuação, assim como para as despesas que estes profissionais têm para manter seus negócios, por exemplo: investimentos das sublocações, investimentos em cursos de atualização, supervisões, instrumentos, marketing pessoal, conforme também apontado por Fratila (2018). Outra questão importante para futuras pesquisas sobre o assunto é traçar uma perspectiva acerca do tempo de atuação, os níveis de atuação, os títulos de graduação e pós-graduação e suas correlações com os tipos de serviços e valores cobrados, assim como verificar a correlação entre esses dados profissionais, atendimentos particulares e atendimentos a planos de saúde, instituições privadas e públicas. Somente assim poderemos de fato entender o valor de cada sessão, da prestação de serviço e da remuneração desses profissionais.

Desenvolver uma prática profissional de forma empreendedora é um desafio, mas o fortalecimento e a confiança dos musicoterapeutas e dos estudantes (futuros profissionais) acontecem a partir do conhecimento de que é possível fazer, trabalhar e empreender na área da Musicoterapia. Este trabalho serve então como motivação inicial nessa jornada “acadêmica” do que é empreender em Musicoterapia em Minas Gerais. Esta pesquisa é importante no nosso campo profissional e se justifica pela ausência de investigações com esse conteúdo. Esperamos que através dela o tema “Empreendedorismo e Musicoterapia” possam ser incentivados e desenvolvidos dentro e fora da academia, e dentro e fora de Minas Gerais, buscando sempre o crescimento da profissão

Referências

APEMEMG - Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do Estado de Minas Gerais, 2018. Quem Somos. Disponível em: <<https://apememg.wordpress.com/sobre/>>. Acesso em: 23 de dez. de 2019.

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI nº 26 ANO 2019
ESTANISLAU, Gabriel; RIBEIRO, Wagner; BARBOSA Abner Davi; SOARES, Mariana Oliveira da Cruz; FREIRE, Marina Horta. Musicoterapia e empreendedorismo: estudo sobre a remuneração de musicoterapeutas na cidade de belo horizonte e região metropolitana. (p. 67-83)

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes; Music Therapy in Brazil. In: MARANTO, C. D (Org.). **Music Therapy: International perspectives**. Pipersville: Jeffrey books, 1993. Cap. 5, p. 104-129.

FRATILA, Lioara. An innovative approach of music therapy in kindergarten. Bulletin of the Transilvania University of Braşov, Special Issue **Series VIII: Performing Arts**, v. 11, n. 2, p. 79-88, 2018.

FILION, Louis. Empreendedorismo e Gerenciamento: processos distintos, porém complementares. **RAE Light**, v. 7, n. 3, p. 2-7, 2000.

FREIRE, Marina Horta, **A regulamentação profissional do musicoterapeuta**. 2007. 120 f. Monografia (Graduação em Musicoterapia) – Universidade de Ribeirão Preto, Faculdade de Musicoterapia, Ribeirão Preto, 2007.

GONÇALVES, Camila Siqueira Gouvêa Acosta Gonçalves; SANTOS, Marcelo. A UBAM é POP, a POP não poupa ninguém. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Curitiba, ano XIX, Edição Especial, p. 314-319, 2017.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean, **A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MOLYNEUX, Claire; TALMAGE, Alison; MCGANN, Helen. A music therapy New Zealand report on music therapy provision in New Zealand. **New Zealand Journal of Music Therapy**, n. 14, p. 25-54, 2016.

REGISTER, Dena. Collaboration and Consultation: A Survey of Board Certified Music Therapists. *Journal of Music Therapy*, v. 39, n. 4, p. 305–321, 2002.

SANTOS, Marcello da Silva. **Contemporaneidades e Produção de Conhecimento: A Invenção da Musicoterapia**. 2011. 171 f. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Programa EICOS, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI nº 26 ANO 2019

ESTANISLAU, Gabriel; RIBEIRO, Wagner; BARBOSA Abner Davi; SOARES, Mariana Oliveira da Cruz; FREIRE, Marina Horta. Musicoterapia e empreendedorismo: estudo sobre a remuneração de musicoterapeutas na cidade de belo horizonte e região metropolitana. (p. 67-83)

TWYFORD, Karen. An Education Training and Professional Practice Forum Report on the Remuneration of New Zealand Music Therapists in 2008. **New Zealand Journal of Music Therapy**, n.7, p.88-109, 2009.

Recebido em 02/01/2020
Aprovado em 12/05/2020



MUSICOTERAPIA

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI nº 26 ANO 2019
ESTANISLAU, Gabriel; RIBEIRO, Wagner; BARBOSA Abner Davi; SOARES, Mariana Oliveira da Cruz; FREIRE, Marina Horta. Musicoterapia e empreendedorismo: estudo sobre a remuneração de musicoterapeutas na cidade de belo horizonte e região metropolitana. (p. 67-83)

ELEMENTOS DEL ENCUADRE TERAPÉUTICO PARA LA CREACIÓN DEL VÍNCULO ENTRE PACIENTE Y TERAPEUTA EN EL ABORDAJE PLURIMODAL EN MUSICOTERAPIA (APM)

ELEMENTS OF THE THERAPEUTIC FRAMEWORK FOR THE CREATION OF THE LINK BETWEEN PATIENT AND THERAPIST IN ABORDAJE PLURIMODAL EN MUSICOTERAPIA (APM)

Alfonso López Ruiz¹

Resumo - El presente trabajo aborda la importancia del encuadre terapéutico como base para la creación del vínculo entre musicoterapeuta y paciente desde el punto de vista del Abordaje Plurimodal en Musicoterapia (APM). Se destaca la importancia del marco teórico, la especialización con la población a intervenir, el registro de las experiencias musicales, los instrumentos musicales del setting, el archivo de música editada y la supervisión, como elementos del encuadre terapéutico determinados en el APM. Estos elementos junto al encuadre interno del musicoterapeuta y la importancia de los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en musicoterapia, dan como resultado el establecimiento de un marco de actuación que posibilita y afianza la creación del vínculo entre paciente y terapeuta para el desarrollo del proceso terapéutico.

Palavras-Chave: encuadre terapéutico, abordaje plurimodal, musicoterapia.

Abstract - This paper addresses the importance of therapeutic framework as a basis for creation of the link between music therapist and client, from the point of view of *Abordaje Plurimodal en Musicoterapia* (APM). The importance of the framework is highlighted theoretical, specialization with the population to intervene, the record of experiences musical instruments, the musical instruments of the setting, the edited music file and the supervision, as elements of the therapeutic framework determined in the APM. These elements together, with the internal framework of the music therapist and the importance of transference and countertransference phenomena in music therapy, give as result of the establishment of an action framework that enables and strengthens the creation of the link between client and therapist for the development of the therapeutic process.

Keywords: therapeutic frame, plurimodal approach, music therapy.

¹Doctor en Ciencias de la Salud. Máster Oficial en Musicoterapia. Profesor en la Universidad San Antonio de Murcia (España). E-mail alopez3@ucam.edu

Introducción

Todos los procesos terapéuticos se establecen dentro de unas normas que los regulan, y que ayudan a que los pacientes puedan encontrarse cómodos dentro de la terapia y minimizar las resistencias. Dentro de esta dinámica encontramos dos aspectos fundamentales: el vínculo entre el paciente y el terapeuta, y la capacidad que tienen para trabajar en la consecución de los objetivos acordados (RONDÓN et al., 2009).

El encuadre terapéutico recoge unas constantes en el proceso terapéutico que facilitan la adherencia y el éxito del tratamiento, siendo estas constantes de tipo temporal, espacial, teóricas, funcionales ... y que comienzan dando información al terapeuta sobre si el paciente es capaz de comprometerse con ellas, pudiéndose considerar como la primera herramienta de cambio.

Como en cualquier otra terapia, en Musicoterapia el encuadre se establece como una organización, puesta de límites, un marco... que haga posible el desarrollo de la terapia y su éxito, y si bien tiene algunos parámetros distintos a otro tipo de terapias como por ejemplo la psicodinámica, comparte con ella elementos de su estructura. Por tanto, se hace necesario determinar aquellos elementos del encuadre terapéutico en Musicoterapia, ya sean inherentes o compartidos con otros enfoques terapéuticos, para la rigurosidad de la disciplina. El Abordaje Plurimodal en Musicoterapia (APM) (SHAPIRA, et. al. 2007) determina un cuadro terapéutico que tiene en cuenta no solo las constantes espacial, temporal o económica, sino aspectos como el registro de las experiencias musicales, el archivo de la música editada o la supervisión.

La relación terapéutica y el proceso terapéutico

Feixas y Miró (1993) indican que a diferencia de cualquier otro tipo de relación que pueda servir de ayuda como por ejemplo charlar con un amigo o un familiar, la relación terapéutica se distingue del resto en que debe ser

profesional; esta profesionalidad contiene otras características como la asimetría, porque parte de una demanda del paciente (o sus padres, una institución,..), el carácter retributivo – el terapeuta recibe una compensación económica por su trabajo-, y el encuadre. Según Pérez (2015),

los procesos terapéuticos se inician cuando alguien toma la decisión de conseguir una cita con quien llegará a ser su terapeuta; ello sucede habitualmente a través de la recomendación de alguien, rara vez por búsqueda en el directorio telefónico o por avisos clasificados. En todo caso, lo usual es que ese contacto sea indirecto –una secretaria o recepcionista–, de manera que el primer contacto real será en el momento de entrar al consultorio; este espacio, y lo que ocurra durante el primer encuentro, serán de capital importancia (PÉREZ, 2015, p. 53).

Por su parte Fuentes y Lorenzo remarcan que

el proceso terapéutico comienza cuando una persona se presenta delante del terapeuta en busca de ayuda por un problema concreto que le ocasiona un trastorno o malestar. A partir de este primer contacto con el cliente comienza la relación terapéutica y la terapia sí procede (apud, OBLITAS, 2004, p. 9)

Desde las teorías psicoanalíticas se han dado distintas definiciones de la relación terapéutica en base a aspectos como los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, la personalidad y la experiencia del terapeuta o las vivencias del paciente en la relación que se da entre terapeuta y paciente (ARANGO y MORENO, 2009).

El encuadre terapéutico

Usobiaga (2005,) recoge distintas acepciones de encuadre terapéutico: por ejemplo, Etchegoyen indica que “el encuadre supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar”(apud, USOBIAGA, 2005, p47), Winnicott lo define como “la suma de todos los detalles de la técnica” ”(apud, USOBIAGA, 2005, p47), y Bleger como “las constantes de un fenómeno, un método o una técnica, y el proceso al conjunto de las variables”.(apud, USOBIAGA, 2005, p47).

La literatura estudiada y reflejada en este artículo presenta las relaciones terapéuticas como relaciones formales, puesto que están limitadas a un espacio y temporalidad concretos. Esto facilita que el terapeuta no adquiera responsabilidades, obligaciones u otros roles con respecto al paciente, que no estuviesen definidas en el contrato terapéutico, contrato que dependiendo de la orientación psicológica puede ser verbal o escrito.

La relación terapéutica es un espacio que tal como dice Echegoyen (apud, USOBIAGA, 2005) contiene al paciente, pero también hay que tener en cuenta como indica Yáñez, que es una relación unilateral porque está centrada en el paciente, partiendo también de ser un servicio profesional como decía antes. Al mismo tiempo es formal por su delimitación en el tiempo y en el espacio, y ese tiempo es limitado, por ejemplo, se acaba cuando se alcanzan los objetivos terapéuticos, o la relación terapéutica se termina por otras circunstancias. Estas circunstancias pueden ser muy variadas y pueden partir del terapeuta o del paciente.

Feixas y Miró (1993, p.28) ven el encuadre como estructura para la relación terapéutica, es decir, “un conjunto de reglas fijadas por el terapeuta para hacer viable la psicoterapia”. También encontramos referencias al encuadre como setting (HERNÁNDEZ, 2009; RONDÓN et al., 2009).

Constantes del encuadre terapéutico en psicoterapia

Las constantes del encuadre serían aquellas que establecen un marco para la relación terapéutica; un contrato con unas reglas como:

- la constante espacial: el lugar donde se puede crear una intimidad segura aunque distanciada, entre el paciente y el terapeuta. Es decir, la seguridad de cohabitar un espacio en el que el paciente se encuentre contenido y pueda abrirse y expresarse con total comodidad y confianza.
- la constante temporal que provee de una estabilidad y una continuidad para que pueda darse el proceso terapéutico.

- una constante económica que establece la relación como una relación profesional, no dando cabida a otro tipo de relaciones o interjuegos relacionales, si está clara desde el inicio del proceso.

El encuadre interno del terapeuta

Para Hernández (2009), el elemento fundamental del encuadre es el terapeuta

lo que el paciente capta implícitamente, sobre todo, es que hay alguien allí, junto a él, que, a pesar de la dificultad, está intentando entender y es esa actitud mental, que también se ha denominado encuadre interno del terapeuta, la que se convierte en el elemento básico de contención y de esperanza recobrada (HERNÁNDEZ, 2009, p. 686).

Y considera muy importante lo que denominan el encuadre interno del terapeuta, que se corresponde con sus factores psíquicos, sus habilidades terapéuticas, el uso de la intuición, o la capacidad de escuchar sus mensajes e imágenes interiores para detectar los sentimientos transferenciales y contratransferenciales de su paciente en el proceso terapéutico.

Según Fiorini (apud, ARANGO y MORENO, 2009), el terapeuta aporta a la relación terapéutica: a) el contacto empático, que se evidencia en el terapeuta por medio de gestos de escucha y asentimiento que facilitan la conversación e infunden tranquilidad en el consultante; b) la calidez del terapeuta, que se manifiesta en los gestos y en el tono de la voz; c) la espontaneidad, que contribuye en la creación de un clima de libertad, creatividad y permisividad, y que se refleja en la capacidad del terapeuta para ajustarse a la situación sin dejar de ser él mismo; d) la iniciativa del terapeuta, que se evidencia en su vivacidad corporal; e) la actitud docente, que se evidencia en la utilización de los recursos que sean necesarios para lograr una experiencia emocional correctiva.

Es muy importante tener en cuenta el encuadre interno del terapeuta, ya que si atendemos a la lista de factores asociados al terapeuta para que el

paciente decida abandonar el tratamiento dados por Rondón et. al. (2009), encontramos cuestiones como:

- que el paciente perciba al terapeuta como inexperto, no le parezca confiable o lo perciba como desagradable;
- no sentirse suficientemente apoyado emocionalmente por el terapeuta;
- que el terapeuta tenga una relación con el paciente diferente a la terapéutica: profesional, afectiva, social o financiera;
- que además de un gran conocimiento técnico, el terapeuta no incentive que el paciente se involucre en el proceso.

Prestar atención al encuadre interno es importante porque tal y como indica Hernández (2009),

Un adecuado encuadre interno nos dotará de la capacidad para tolerar el hecho de sentirnos inseguros, nos permitirá esperar, dudar, tolerar la incertidumbre y la inestabilidad de la situación externa... y gracias a ello el encuadre externo se podrá ir flexibilizando y podremos adaptar nuestra técnica a aquello que el paciente y su familia pueden hacer y la realidad nos impone (HERNÁNDEZ, 2009, p. 687).

En cuanto a la técnica, Jiménez (2005) recoge que las destrezas del terapeuta deben:

- 1) Hacer surgir las quejas subjetivas del paciente y los patrones característicos de pensar, sentir y actuar del paciente (presentación del paciente).
- 2) Entender éstos en términos del modelo de tratamiento, por ejemplo, haciendo una evaluación diagnóstica o una formulación en un momento dado del caso (constructo del terapeuta).
- 3) Seleccionar una estrategia de intervención y técnicas apropiadas, guiado por el modelo de tratamiento (intervención del terapeuta)
- 4) Estimular la participación del paciente en estos esfuerzos (cooperación del paciente).

Jiménez (2005, s/p) también recoge el vínculo terapéutico como una alianza o compromiso interpersonal entre paciente y terapeuta, “que refleja las sendas contribuciones a la calidad y atmósfera global del proceso diádico

emergente, y caracterizado por niveles variables de relación de trabajo terapéutico (investidura personal de rol)". Wallin (2012) indica que

el vínculo de apego del paciente con el terapeuta es fundacional y primario. Ofrece una base segura que facilita la exploración, el desarrollo y el cambio. Tal sensación de seguridad surge de la eficacia del terapeuta para contribuir a que el paciente tolere, module y comunique sentimientos difíciles. En virtud de la seguridad generada por esas interacciones reguladoras del afecto, el vínculo terapéutico puede ofrecer un contexto para acceder a experiencias negadas o disociadas dentro del paciente que no han sido –y que quizá no pueden ser– puestas en palabras (WALLIN 2012, p. 25).

Priestley (1994) señala que en musicoterapia, al comienzo del trabajo con el paciente, es importante tener en cuenta cuestiones como que no haya tenido experiencias anteriores en terapia o con la Musicoterapia, y que establecer el vínculo con el paciente era uno de sus principales objetivos.

La relación y la alianza terapéutica

La mayoría de autores están de acuerdo que la relación terapéutica se compone de estos dos aspectos: la alianza terapéutica y los fenómenos transferenciales como elementos más importantes. Además, parten de dos premisas fundamentales al inicio de la misma, como son las capacidades de paciente y terapeuta para negociar un contrato apropiado para la terapia, y la colaboración que se dé entre ambos dentro de la relación.

Corbella y Botella (2003) recogen que

originariamente se formuló la relevancia de la relación terapéutica a partir del factor transferencial que el cliente aportaba al contexto psicoterapéutico, pero Zetzel (1956) distinguió entre transferencia y alianza sugiriendo que la alianza era la parte no eurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el in-sight y el uso de las interpretaciones del terapeuta para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta (CORBELLA y BOTELLA 2003, p. 206).

La relación terapéutica gira en torno a tres aspectos fundamentales: el vínculo terapéutico, la transferencia y la alianza terapéutica, y la descripción de estos tres fenómenos en psicoterapia - distintos entre sí-, tienen en cuenta el

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI n° 26 ANO 2019

LÓPEZ - RUIZ, Alfonso. Elementos del encuadre terapéutico para la creación del vínculo entre paciente y terapeuta en el abordaje plurimodal en musicoterapia (APM) (p. 84-105)

vínculo terapéutico como una unión afectiva entre paciente y terapeuta que durante todo el proceso terapéutico se va construyendo y reconstruyendo, y encuentra momentos de mayor fortaleza y otros de debilidad (FOSSA, 2012).

Como indican Corbella y Botella (2003) “el concepto de alianza terapéutica ha sido incorporado por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, pero distanciándose de la lectura transferencial proporcionada por el contexto psicoanalítico” (CORBELLA y BOTELLA, 2003, p. 206).

Opazo (2001, p. 185) señala que “la alianza terapéutica involucra fortaleza y calidad de relación, un lazo afectivo capaz de potenciar las motivaciones del paciente para alcanzar las metas y para realizar las tareas”.

En cuanto a las tareas, nos referimos a aquellas actividades que realizamos en la terapia para que el paciente encuentre una solución a sus problemas. También las solicitadas a los pacientes para que realicen fuera de la terapia; como señala Bernstein (1983)

los terapeutas a menudo piden a sus clientes que lleven a cabo determinadas tareas fuera de la sesión de terapia con el propósito de fomentar la transferencia de los cambios positivos del cliente al "mundo real". Esto se conoce con el nombre de "tarea" terapéutica (BERNSTEIN 1983, p. 317).

Gastón (1968, apud, CORBELLA y BOTELLA, 2003) estima 4 aspectos independientes en la alianza terapéutica: la relación afectiva del paciente con el terapeuta; la alianza de trabajo o la capacidad del paciente para actuar con propósito en la terapia; la comprensión empática y el compromiso del terapeuta; el acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y tareas del tratamiento.

Las metas serían los objetivos que acordamos con el paciente para su tratamiento; algo que nos puede ayudar a establecer los objetivos terapéuticos y negociar un orden inicial para abordarlos.

Uno de los temas más destacados para el establecimiento de la alianza terapéutica recogidos por Rondón et al. (2009) sería

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI nº 26 ANO 2019

LÓPEZ - RUIZ, Alfonso. Elementos del encuadre terapéutico para la creación del vínculo entre paciente y terapeuta en el abordaje plurimodal en musicoterapia (APM) (p. 84-105)

el consentimiento informado, que constituye una guía donde se establecen fines, medios, formación del terapeuta, relación terapéutica, y es preciso establecer los límites y finalidad de la psicoterapia, al igual que los riesgos y compromisos que conlleva dicho (RONDÓN et al. 2009, p. 140).

Por ejemplo, en cuanto a los compromisos se podría establecer en caso del trabajo en adicciones, que el paciente no consuma antes de las sesiones de terapia.

El encuadre terapéutico en el abordaje plurimodal

El encuadre terapéutico en el APM “toma en cuenta el encuadre como elemento básico para el despliegue de los fenómenos musicoterapéuticos” (SCHAPIRA et al., 2007, p.43), o más bien la continencia y estabilidad que provee, facilita que puedan darse los fenómenos musicoterapéuticos como la expresión de pensamientos y sentimientos en la música, o la traducción de cómo se relaciona el paciente con la música a cómo se relaciona con el mundo.

Desde la perspectiva del APM, la consideración del ser humano como unidad biopsicosocioespiritual significa reconocer al hombre desde su biología, de manera integral, y como un sujeto con vida psíquica y espiritual inmerso en un marco social con el que se interrelaciona en una mutua construcción dialéctica.

En el APM la musicoterapia se centra en la singularidad del paciente, partiendo de la interrelación de las esferas biofísica, psíquica, social y espiritual, y que todo lo que afecta a una de esas áreas afecta a las otras.

Para fundamentar el establecimiento del encuadre en el APM es importante tener en cuenta la visión que el abordaje tiene de las alteraciones o disfuncionalidades que sufre el ser humano, teniendo en cuenta que la enfermedad entonces no es una mera ausencia de salud – o de la salud física– sino que también cualquier alteración del mundo interno de un individuo, y su entorno social puede determinar el estado de enfermedad o discapacidad del

mismo. La salud entonces está vinculada con la calidad de vida, y esta comprende las dimensiones física, psíquica, espiritual y social del ser humano.

Constantes del encuadre terapéutico en el APM

El encuadre terapéutico en el APM parte de las constantes de la psicoterapia comentadas: temporales, espaciales, y económicas. Es importante remarcarlas por la necesidad de explicar pormenorizadamente a los futuros musicoterapeutas que la constancia en el espacio y en el tiempo son importantes en el desarrollo del proceso terapéutico, así como los aspectos económicos de las sesiones, ya que no establecerlos claramente puede influir negativamente en los procesos terapéuticos porque “no son el juego sino las reglas del juego. La intersubjetividad del encuadre le otorga al paciente la posibilidad de una continencia, establecida por la permanencia y solidez de sus componentes” (SCHAPIRA, 2007, p. 43).

El APM toma de Priestley (1994) que una de las bases de la musicoterapia es la creación del vínculo con el paciente, y expone tres niveles donde paciente y terapeuta se relacionan: la relación de adulto a adulto; la mezcla de emociones de paciente y terapeuta en la música; y la relación transferencial de los vínculos de la infancia, del paciente al terapeuta, que permite una reelaboración de los mismos.

Si atendemos a la primera premisa, las condiciones que establecen esa relación de adulto son el compromiso de asistir regularmente a las sesiones y o responsabilizarse del pago de las sesiones en el caso de pacientes privados. Además, indica otras cuestiones muy importantes a tener en cuenta, como el primer contacto entre paciente y terapeuta y la disposición de la sala de terapia.

A partir de aquí se establecen los elementos del encuadre propios del APM: marco teórico, población con la que trabajamos, registro de las experiencias musicales, instrumentos musicales, archivo de música editada y supervisión.

Marco teórico

Desde el APM es muy importante indicar a los pacientes en el establecimiento del encuadre terapéutico, el tipo de musicoterapia que se hace en las sesiones (SCHAPIRA, 2007). Esto ayuda al paciente a saber qué se va a encontrar en las sesiones y cómo lo vamos a hacer, y así podemos disipar las fantasías que habitualmente los individuos que no conocen la musicoterapia se hace de ella, o reconducir el pensamiento mágico que se genera en torno a los efectos del sonido, etc. Los fundamentos teóricos del APM se sintetiza en la siguiente tabla:

a)	Considerar al ser humano como unidad biopsicosocioespiritual
b)	Se inscribe dentro del pensamiento psicodinámico
c)	Suscribe a la postulación del determinismo psíquico
d)	Adhiere a la idea de música interna
e)	Adhiere a la concepción de ser en la música
f)	Considera que en el proceso musicoterapéutico se despliegan los mismos mecanismos de defensa que aparecen en un proceso psicoterapéutico analítico
g)	Concibe el concepto de transferencia y contratransferencia musicoterapéutica
h)	Toma en cuenta el encuadre como elemento básico para el despliegue de los fenómenos musicoterapéuticos
i)	Adhiere al principio de analogía
j)	Toma en cuenta el concepto de metáfora
k)	Postula el concepto de Representaciones Sociales Musicales
l)	Adhiere a la idea de "orígenes musicales"
m)	Postula la concepción de los ME-R
n)	Sostiene el concepto de musicalidad terapéutica

Fundamentos teóricos que sintetiza el APM. Fuente: SCHAPIRA et al.(2007, p. 59).

Una vez contextualizada la concepción biopsicosocioespiritual en la introducción del apartado, resumimos los postulados teóricos del APM en la siguiente tabla:

- Pensamiento psicodinámico: implica la existencia del inconsciente y que el ser humano tiene un aparato psíquico en constante movimiento y evolución
- Determinismo psíquico: todo lo que nos ocurre está relacionado con nuestro bagaje, nuestra historia de vida.
- Música interna: concepto tomado de Mary Priestley que se resume en que nuestro inconsciente está estructurado desde el sonido.
Ser en la música: tomada de las teorías de Nordoff y Robbins sobre que realmente lo que está sonando es él o la paciente.
- Transferencia y contratransferencia en la música: fundamental en el interjuego paciente-terapeuta.

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI nº 26 ANO 2019

LÓPEZ - RUIZ, Alfonso. Elementos del encuadre terapéutico para la creación del vínculo entre paciente y terapeuta en el abordaje plurimodal en musicoterapia (APM) (p. 84-105)

- Principio de analogía: dada por Smeijster indica que los procesos psíquicos del paciente producidos dentro del encuadre musicoterapéutico se despliegan en los procesos musicales.
- Concepto de metáfora: la metáfora como forma de entender el mundo, y la traducción de los pensamiento y sentimientos en música en aquellas personas que tienen capacidad de simbolizar (muy utilizado este concepto en los métodos receptivos).
- Representaciones Sociales Musicales: la música como representación, expresión... de la sociedad que la realiza o en la que se enmarca.
- Orígenes musicales: “todos venimos al mundo como músicos, o sea con la capacidad y el potencial de desarrollar habilidades musicales, y que cualquier persona que se desarrolla normalmente también se desarrolla musicalmente” (SCHAPIRA et al., 2007, p. 50).
- Modos Expresivos-Receptivos: basados en elementos de la comunicación como el lenguaje verbal, la gestualidad, la sonoridad y lo corporal, de las reglas y patrones de comunicación social apprehendidos.
- Musicalidad terapéutica: se fundamenta en el ser en la música, y por la que es necesario que el musicoterapeuta tenga un buen desempeño en lo musical (tocar instrumentos, cantar...) porque es el lenguaje en el que trabajamos.

Resumen de los postulados teóricos del APM. Fuente SCHAPIRA et al (2007)

Independientemente que el musicoterapeuta APM debe conocer y aplicar muy bien estos fundamentos teóricos, es importante que el primer encuentro con el paciente se propicie en la música, aplicando las dimensiones prácticas del modelo (una o varias), para que el paciente pueda ver y experimentar cómo es una sesión de musicoterapia. Estas dimensiones son:

- La improvisación musical terapéutica: improvisar musicalmente con un objetivo terapéutico, que incluye el análisis de la improvisación.
- El trabajo con canciones: escucharlas, crearlas, analizarlas, etc.
- El uso selectivo de la música editada: incluyendo aquella música que es más o menos relevante para el paciente.
- Las técnicas receptivas (anteriormente EISS): que incluyen el “tocar para”, “cantar para” o el baño sonoro entre otras (SCHAPIRA et al., 2007, p. 110-111).

Habitualmente en el Abordaje se inicia el proceso con el eje expresivo la improvisación musical terapéutica, sobre todo ya que se necesita tiempo para conocer los ejes receptivos del paciente.

En cuanto a la combinación teoría y práctica, Lehtonen (2003) destacaba del APM que,

todo musicoterapeuta clínico es consciente del hecho de que las diferentes teorías y modelos son como distintas clases de herramientas creadas para comprender y trabajar con un paciente. Hubo un tiempo en que solíamos poner las diferentes teorías y métodos en diferentes compartimentos, que no parecían tener demasiado en común (LEHTONEN, 2003, p. 161).

Población para el APM y especialización del musicoterapeuta

En cuanto a la población, una de las premisas del APM es la importancia de la especialización. Especializarse en un tipo de población ayuda a profundizar tanto en la tarea como en el estudio, para así ofrecer al paciente más posibilidades de crecimiento en su proceso terapéutico.

Cuando escuchamos a musicoterapeutas que trabajan al mismo tiempo con distintas poblaciones: autismo, embarazadas, geriatría... cuesta imaginar cómo lo hacen para estar al día y dar lo mejor a sus pacientes, porque para hacer un trabajo serio, estructurado, con un análisis del proceso como sustento... se necesita tiempo y esfuerzo.

La especialización es importante porque el acontecer en las sesiones de musicoterapia del APM ponen en marcha la totalidad de experiencias del individuo. Así Schapira et al. (2007), anota que las lógicas de intervención en el APM se han desarrollado considerando que todo individuo tiene un registro total de su experiencia de vida, que condiciona su presente y su futuro. Esto significa que en cada técnica propuesta, en cada sesión, no sólo se tiene en cuenta lo que se observa, sino se considera que eso que sucede está condicionado no sólo por el presente del paciente sino por los elementos de su historia que se activan en ese instante, y por las expectativas y/o consecuencias que eso que está aconteciendo le podrá acarrear, por tanto este condicionamiento de presente y futuro entronca también con las características compatibles entre personas que están teniendo experiencias de vida similares

(el diagnóstico de una enfermedad, una condición de diversidad funcional como el autismo, etc.), y poder conocer las características y/o acontecimientos comunes, permite una mejor detección y diferenciación de los elementos de la historia del paciente que se activen en el proceso, permitiendo una atención más focalizada y personalizada, atendiendo a su realidad global.

Estas cuestiones determinan que la estructura de las sesiones de musicoterapia en el APM, no están establecidas, sino que son flexibles y se desarrolla la selección de técnicas en base al proceso de paciente y el período que está atravesando psíquicamente.

Registro de las experiencias musicales

La grabación de las experiencias musicales está sustentada en el análisis, ya que no solo se realiza el análisis 'in situ', es decir, analizar lo que está ocurriendo en la sesión en cuanto a los elementos transferenciales y contratransferenciales en la música, sino que se realiza todo un análisis posterior, por ejemplo de las improvisaciones musicales terapéuticas, utilizando distintas herramientas de análisis como los IAP's de Bruscia, las tablas de Nordoff-Robbins o la Clasificación de las Interacciones Musicales de Pavlicevic (SCHAPIRA et al., 2007, p. 118). Este análisis es un muy importante para entender el proceso musicoterapéutico, ya que podemos escuchar aspectos del psiquismo del paciente en la música, que tal vez durante la sesión ha pasado desapercibido.

La grabación de estas experiencias, también nos sirve para poder escucharlas en sesiones posteriores junto al paciente, por ejemplo, aquella improvisación musical terapéutica o aquella canción que fue importante en su día y en una sesión posterior toma relevancia.

Instrumentos musicales

Dentro del encuadre terapéutico en el APM son muy importantes los instrumentos musicales. El setting instrumental debe ser siempre el mismo, y los

instrumentos que utilizamos en las sesiones no deben ser utilizados para otra cosa, ni introducir instrumentos en el setting que se utilizan habitualmente en un ámbito artístico o educativo, por ejemplo. El motivo es que el paciente establece una relación con esos instrumentos musicales y es importante que siempre estén a su disposición, mientras que, si los utilizamos para otras cosas, algún día puede faltar alguno del setting instrumental, y estamos dejando de ofrecer al paciente un elemento muy importante de su proceso terapéutico.

Es importante que los instrumentos musicales tengan buena sonoridad, y para ello es importante evitar los cotidiáfonos. El APM no elimina los cotidiáfonos, pero si el musicoterapeuta elabora un instrumento con un paciente, es de ese paciente, es un elemento importante de su proceso, y no se utiliza con otros pacientes, por ejemplo. Igualmente, no se introducen en el setting instrumentos personales del musicoterapeuta o con los que tenga un especial vínculo, por ejemplo, aquella guitarra que le regalaron en su día y que va a estar con miedo en las sesiones a que por ejemplo un niño autista con conductas agresivas destroce. Esto permite ver los instrumentos musicales del setting como una herramienta de trabajo, pudiendo así encontrar la neutralidad que requiere el oficio del musicoterapeuta.

Archivo de música editada

Al igual que tenemos un setting instrumental constante a disposición del paciente, también la música editada aporta un elemento de constancia y estabilidad en el encuadre musicoterapéutico desde el APM.

Es importante tener a disposición del paciente la música y las canciones que han sonado en la terapia. Y ya no solo las que hemos producido conjuntamente, sino que hablamos de música editada y canciones a las que alguna vez se ha hecho alusión, se han escuchado en la sesión, el paciente trajo alguna vez... por si es necesario en algún momento volverla a escuchar.

Supervisión

La supervisión es una constante dentro del proceso terapéutico y Schapira (apud LÓPEZ y NIETO, 2016, p. 47) señala que,

Si pensamos a la ética no como un conjunto de obligaciones a cumplir, sino como el consenso establecido en el seno de la comunidad acerca de los mejores criterios, valores y conceptos que deben orientar la conducta del musicoterapeuta, en función de los más elevados fines que se puedan atribuir a la construcción de conocimiento y al ejercicio de la profesión, debería prevalecer la noción de que la supervisión, en tanto práctica básica de la ética profesional, es una parte del trabajo del musicoterapeuta que debe realizarse a lo largo de toda la vida de trabajo. [...] La supervisión es una parte del trabajo, y como tal debe estar considerada dentro de los honorarios contratados, y como parte de la inversión necesaria de todo musicoterapeuta para su buen desempeño profesional (apud LÓPEZ y NIETO, 2016, p. 47).

Fenómenos transferenciales y contratransferenciales en Musicoterapia

Los fenómenos transferenciales y contratransferenciales forman parte de la relación terapéutica y del vínculo terapéutico, y como se ha expuesto anteriormente, es en el marco de un buen encuadre terapéutico donde pueden darse estos fenómenos (SCHAPIRA et al., 2007).

Desde hace varios años no se conciben más transferencia y contratransferencia como algo separado. En la visión “intersubjetiva” la contratransferencia y la transferencia son inseparables, interdependientes, y aspectos recíprocos de la relación terapeuta-paciente. En esta concepción, ambos forman un campo intersubjetivo que de alguna manera funciona como esa tercera zona de la que hablaba Winnicott, en donde cada individuo, terapeuta y paciente, co-construyen una relación y su posición dentro de ella, sobre la base de su historia personal y la experiencia que comparten en el trabajo con el otro.

Sabemos que estos fenómenos son en Musicoterapia diferentes a los del Psicoanálisis, porque por ejemplo en Musicoterapia la transferencia no se da solo en la proyección que pueda hacer el paciente sobre el terapeuta, sino que también en la proyección que éste hace en la música (HADLEY, apud, ESCHEN, 2002), es decir, la transferencia tiene una pluriobjetividad como se

indica desde el APM. Esto tiene muchas ventajas para el musicoterapeuta sobre el analista, ya que tiene más puntos de vista sobre la transferencia del paciente. Igualmente se produce en el musicoterapeuta una doble contratransferencia, hacia el paciente y hacia la música del paciente.

En definitiva, es el encuadre terapéutico el que facilita los fenómenos transferenciales y contratransferenciales, y sobre todo es el encuadre el que permite al musicoterapeuta pueda comprenderlos y manejarlos.

Elementos que facilitan el encuadre interno del musicoterapeuta en el APM

Como elementos que facilitan el encuadre interno del musicoterapeuta en el APM encontramos: la evaluación, el análisis y la musicalidad terapéutica.

Estos tres elementos no solo facilitan el encuadre interno del terapeuta, sino que como por ejemplo la evaluación, tanto inicial como continua que se lleva a cabo en el APM, favorece la colaboración entre paciente y musicoterapeuta.

Cuanto más estructurado esté el encuadre externo más posibilidad de flexibilizarlo existe, para que pueda desplegarse el encuadre interno del terapeuta porque la flexibilidad en el encuadre es un elemento también muy importante.

Además del análisis de lo que está ocurriendo durante la sesión, el análisis de las interacciones musicales o del discurso sonoro del paciente facilita que el musicoterapeuta - al ir conociendo la forma de ser en la música del paciente, los mecanismos de defensa que aparecen en el proceso musicoterapéutico y la analogía en la música de lo que ocurre internamente en el paciente - nos ayude a conocerlo mejor e ir adaptando el tratamiento musicoterapéutico a sus necesidades y posibilidades. Ferrari (SCHAPIRA et al., 2007, p. 197) señala que la evaluación inicial está centrada principalmente en instalar el encuadre y desde allí tratar de comenzar a realizar una alianza de trabajo, que nos permitirá ir construyendo la relación transferencial.

También es importante analizar los elementos del setting y procurar una estabilidad durante el proceso terapéutico.

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI nº 26 ANO 2019

LÓPEZ - RUIZ, Alfonso. Elementos del encuadre terapéutico para la creación del vínculo entre paciente y terapeuta en el abordaje plurimodal en musicoterapia (APM) (p. 84-105)

En cuanto a la musicalidad terapéutica, si en musicoterapia lo que hacemos es “musicking” - un concepto del pedagogo Small (1998), es decir, hacer música, escuchar música, pensar música, comprar la entrada de un concierto para él también es musicar, ... y en sesión convocamos al paciente a musicar todo el tiempo, se hace fundamental la musicalidad terapéutica o habilidades musicales del terapeuta. Lo que los musicoterapeutas necesitamos desarrollar [...] no es una musicalidad erudita sino una musicalidad terapéutica (SCHAPIRA et al., 2007, p.67). Desprendernos de la concepción de la música como arte, para concebirla como materia constituyente de procesos de interacción, de comunicación y argamasa de los procesos psicodinámicos – inherentes al concepto de “música interior” de Priestly (1994) emergentes en el encuadre musicoterapéutico.

El musicoterapeuta no solo tiene que ser empático, tener capacidad de escuchar, capacidad de comprensión emocional, tolerancia a la ambigüedad y a la intimidad, entre otros, como cualquier terapeuta, sino que tiene que tener también grandes capacidades musicales, y conocimientos para escuchar, analizar y comprender los fenómenos musicoterapéuticos que se dan en la consulta.

Discusión

En torno al encuadre terapéutico en el APM se dan tantos aspectos sobre los que reflexionar, que es muy necesario otorgarle la importancia que le corresponde para el actuar terapéutico del musicoterapeuta. Este actuar, como el de cualquier terapeuta de otra disciplina, necesita de un marco o reglas que faciliten el establecimiento del vínculo entre paciente y terapeuta, un espacio de contención donde el paciente se sienta cómodo y seguro, y donde se puedan desplegar todos aquellos elementos del proceso terapéutico que facilitan el cambio en el paciente.

El establecimiento de la alianza terapéutica en el APM pasa fundamentalmente por el encuadre terapéutico como contrato o acuerdo entre

paciente y musicoterapeuta, que ayuda a que ambos contribuyan de forma cualitativa al proceso. Desde el comienzo del proceso en el APM se produce una exploración entre ambos sujetos para determinar el punto de partida y las necesidades, en un desarrollo constante durante las sesiones, facilitando el cambio de manera gradual.

Así desde el inicio el paciente puede desplegar todo su psiquismo en la terapia, donde puede ir comunicando sus sentimientos, tolerarlos y modularlos, con la ayuda del musicoterapeuta que maneja sus miedos y resistencias.

En el APM el vínculo con el paciente se establece de forma triple: una relación de confianza entre paciente y terapeuta, una relación en la música y una relación del musicoterapeuta con los aspectos inconscientes del paciente; ya que en el abordaje “En términos transferenciales, se observan mecanismos como la introyección, proyección, identificación proyectiva, identificación introyectiva y resistencia, con las particularidades que le otorga el encuadre” (SCHAPIRA et al., 2007, p. 42).

El APM tiene en cuenta otras características para su encuadre que son muy importantes, como por ejemplo la supervisión. La supervisión es la herramienta que permite al musicoterapeuta acceder a una comprensión cabal de la problemática de las personas con las que trabaja, revisar los aspectos procedurales de sus intervenciones, comprender los aspectos relacionales conscientes e inconscientes implícitos en las dinámicas interactivas entre los participantes considerar la influencia de la institución de la institución en la que trabaja en su quehacer cotidiano, y advertir el involucramiento de aspectos propios en el devenir de una sesión o de un proceso terapéutico (SCHAPIRA, apud, LÓPEZ y NIETO, 2016, p. 45).

También es de suma importancia explicar correctamente a los pacientes la importancia del registro de las experiencias musicales en audio o en vídeo, para que sea un elemento normalizado dentro de la terapia.

Los elementos del encuadre internos del musicoterapeuta que aporta el APM establecen un componente acertado para el establecimiento del vínculo

terapéutico y lo que es más difícil, su buen desarrollo en el tiempo. Protegen al mismo tiempo a ambos, al paciente y al musicoterapeuta, y su importancia viene dada por la evaluación constante del proceso terapéutico, que requiere de un grado de conocimientos técnicos y de una flexibilidad del musicoterapeuta que permita la evolución del paciente.

Conclusiones

El encuadre es el elemento fundamental para el buen establecimiento de la relación y la alianza terapéutica, y el normal desarrollo del proceso terapéutico. Podemos afirmar que las reglas del encuadre dentro del APM proveen una doble seguridad: por una parte, al paciente, que le permitirá sentirse seguro y confiado para establecer un vínculo apropiado con el musicoterapeuta que facilite el cambio, y por otro lado, una seguridad al musicoterapeuta para poder desarrollar de la mejor manera posible su labor.

Todas y cada una de las constantes aportadas por el APM al encuadre terapéutico adquieren una relevancia fundamental, que aportan a la Musicoterapia unas características básicas e ineludibles para el establecimiento del vínculo entre paciente y musicoterapeuta, como sostén del desarrollo del proceso terapéutico.

Referências

ARANGO, Ana María y MORENO, Miguel Fernando. Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. **Acta Colombiana de Psicología**, 12(2), 135-145. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552009000200013&lng=en&tlng=es. 2009.

BERNSTEIN, Richard. **Beyond Objectivism and Relativism**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 1983.

CORBELLA, Sergi y BOTELLA, Luis. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. **Anales de Psicología**, 19, 2, 205-221. 2003.

ESCHEN, Johannes. **Analytical Music Therapy**. Londres: JKP. 2002.

Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI nº 26 ANO 2019
LÓPEZ - RUIZ, Alfonso. Elementos del encuadre terapéutico para la creación del vínculo entre paciente y terapeuta en el abordaje plurimodal en musicoterapia (APM) (p. 84-105)

FOSSA, Pablo. Obstáculos del proceso terapéutico: Una revisión del concepto de vínculo y sus alteraciones. **Revista de Psicología GEPU**, 3 (1), 101-126. 2012.

FEIXAS, Guillem y MIRÓ, María Teresa. **Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos**. Barcelona: Paidós. 1993.

FUENTES, María José y LORENZO, María del Carmen. El proceso terapéutico, en Oblitas, L. **¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?**. Bogotá: Psicom Editores. 2004.

HERNÁNDEZ, Laura. La flexibilidad del encuadre. Reflexiones a partir de la práctica clínica. **Clínica e investigación relacional**, 3 (3), pp. 684-694. 2009.

JIMÉNEZ, Juan Pablo. El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. **Aperturas Psicoanalíticas** n°20. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000341>.2005.

LEHTONEN, Kimmo. Introduction to Diego Schapira's article "Last Sounds of the Ship wreck" Towards Holistic and Patient-centered Music Therapy. **Nordic Journal of Music Therapy**, 12:2, 160-162, DOI: 10.1080/08098130309478086. 2003.

LÓPEZ, Alfonso y NIETO, Joaquín. (Eds.) **La Supervisión en Musicoterapia. Aproximaciones desde el contexto Hispanoamericano**. Murcia: Editum. 2016.

OBLITAS, Luis. **Cómo hacer psicoterapia exitosa**. Bogotá: Psicom Editores. 2004.

OPAZO, Roberto. **Psicoterapia integrativa: delimitación clínica**. Santiago: Ediciones ICPSI. 2001.

PÉREZ, Augusto. **Ser terapeuta. 30 años navegando en mundos ajenos**. Bogotá: El Manual Moderno. 2015.

PRIESTLY, Mary. **Essays on Analytical Music Therapy**. N.Y. :Barcelona Publishers. 1994.

RONDÓN, Ángela Patricia, OTÁLORA, Iván Leonardo., & SALAMANCA, Yenny. Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. **International Journal of Psychological Research**, 2(2), 137-147. 2009.

SCHAPIRA, Diego.; FERRARI, Karina.; SÁNCHEZ, V. y HUGO, M. **Musicoterapia Abordaje Plurimodal**. Buenos Aires: Adim Ediciones. 2007.

USOBIAGA, Elena. El encuadre y psicoanálisis. **NORTE de Salud Mental**, 23, 47-52. 2005.

WALLIN, David. **El apego en psicoterapia**. Bilbao: Desclée Brower. 2012.

Recebido em 04/06/2019
Aprovado em 26/03/2020



MUSICOTERAPIA

PERFIL E ATUAÇÃO DO MUSICOTERAPEUTA NA MARINHA DO BRASIL

PROFILE AND PERFORMANCE OF THE MUSIC THERAPIST IN THE BRAZILIAN NAVY

Raquel Ribeiro Arantes Moreira¹, Fernanda Valentin²

Resumo - As Forças Armadas do Brasil são essenciais na execução da segurança nacional, e são constituídas pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica. Este artigo tem como objetivo apresentar um levantamento sobre o perfil e atuação do musicoterapeuta na Marinha do Brasil. Para isso, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa em que foram entrevistadas quatro musicoterapeutas que atuam ou já atuaram neste contexto militar. Após análise os dados foram organizados em quatro categorias: vínculo de trabalho; competências e habilidades do musicoterapeuta; áreas de atuação e trabalho em equipe; e objetivos da musicoterapia. Os resultados mostram que duas musicoterapeutas já atuaram e três atuam na Marinha do Brasil com vínculo militar nas áreas de saúde mental, assistência social e reabilitação, em equipes multiprofissionais. De acordo com as entrevistadas, o objetivo principal do musicoterapeuta na Marinha do Brasil é a promoção da saúde e o grande desafio está em desempenhar o serviço como profissionais da saúde em consonância com as atividades militares. Tendo em vista o que foi apresentado, ressalta-se o empenho das musicoterapeutas em ampliar o número de profissionais dessa área, concomitantemente com o desejo de reconhecimento da relevância da musicoterapia nesse contexto.

Palavras-Chave: musicoterapia, marinha do Brasil, profissão em saúde.

Abstract - The Armed Forces of Brazil are essential in the implementation of national security and are constituted by the Navy, the Army and the Air Force. This article aims to present a survey on the profile and performance of music therapists in the Brazilian Navy. To this end, it developed a qualitative research in which four music therapists who work or have worked in this military context were interviewed. After analysis, data were organized into four categories: employment relationship; competences and skills of the music therapist; areas of expertise and teamwork; and objectives of music therapy. The results show

¹Graduanda em Musicoterapia (UFG). Goiânia/GO. mtraquelribeiro@outlook.com

²Doutora em Psicologia Clínica e Cultura - UnB. Mestre em Música e Graduada em Musicoterapia (UFG). Coordenadora da Graduação em Musicoterapia (UFG). Goiânia/GO. mtfemandavalentin@gmail.com

that two music therapists are already activated and three are activated in the Brazilian Navy with military ties in the areas of mental health, social assistance and rehabilitation, in multidisciplinary teams. According to the interviews, the main objective of the music therapist in the Brazilian Navy is to promote health and the big challenge is to use the service as health professionals in line with military activities. In view of what was presented, highlight it or the commitment of music therapists to increase the number of professionals in this area, concomitantly with the desire to recognize the relevance of music therapy in this context.

Keywords: music therapy, Brazil's navy, health profession.



Introdução

As Forças Armadas do Brasil (FA) são essenciais na execução da segurança nacional e são constituídas pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica. Essas forças visam defender a nação e garantir seus poderes constituídos, de lei e de ordem. São instituições nacionais organizadas com base na hierarquia e na disciplina sob autoridade suprema do Presidente da República, dentro dos limites da lei (MARINHA DO BRASIL, s/d).

A carreira militar mantém um alto nível de exigência para o profissional, envolvendo diversos sacrifícios pessoais. Isto é uma característica singular da carreira que exige, por exemplo, que o trabalhador se prive em, em alguns momentos, do convívio familiar e/ou mude de cidade (MARINHA DO BRASIL, s/d). O Estatuto dos Militares estabelece que deveres militares são um conjunto de elos firmes e morais que ligam o militar à Pátria. Esses deveres abrangem basicamente a dedicação e a fidelidade, como por exemplo, o culto aos símbolos nacionais; a seriedade e a lealdade aos superiores em todas as circunstâncias; a disciplina e o respeito à hierarquia; o rigoroso cumprimento das obrigações e das ordens (PASSOS, 2018).

O profissional militar pode constituir uma reserva de 1ª classe (militar de carreira) e 2ª classe (militar temporário) das FA, e independentemente de sua reserva deve, mesmo no período de folga, estar sempre pronto para convocações, que são regidas pelo código de ética militar. Quanto ao código de ética, existem alguns pontos importantes a serem destacados no que diz respeito aos valores militares como: coragem (decidir, executar a decisão, assumir risco de vida); dever (cumprir a legislação, obediência à autoridade, dedicação e responsabilidade); e patriotismo (respeito aos símbolos nacionais, sentimento de nação) (DPHCEX, online).

A Marinha do Brasil é responsável por conduzir operações navais, sendo a mais antiga das FA brasileiras. Foi criada em 1822 quando esteve envolvida

na guerra de independência do Brasil do domínio português. Participou da primeira e segunda guerras mundiais, disponibilizando patrulhas antissubmarino no Atlântico. Atualmente a Marinha possui o título de Poder Naval no Brasil (MARINHA DO BRASIL, s/d).

Dentre os espaços de atuação da Marinha, existe o Corpo de Saúde da Marinha (CSM), que visa suprir as demandas civis com Oficiais graduados em áreas da saúde, tais como: enfermeiros; nutricionistas; psicólogos; musicoterapeutas; farmacêuticos; entre outros (MARINHA DO BRASIL, s/d).

Desde 2004 abrem-se vagas para musicoterapeutas atuarem no CSM. Como profissional da saúde, o musicoterapeuta utiliza a música e todas as suas facetas para ajudar indivíduos a melhorar, recuperar ou manter a saúde, em um processo interpessoal. Nessa perspectiva, a saúde é compreendida de forma integral ao considerar os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais (BRUSCIA, 2016). Sobre pesquisas em musicoterapia no contexto militar, Pontes et al. (2006) verificou que a musicoterapia foi capaz de reduzir os níveis de ansiedade e *stress* ocupacional presente em policiais militares.

A partir do desejo da autora de atuar nesse contexto e da ausência de pesquisas científicas nessa área, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um levantamento sobre o perfil e atuação do musicoterapeuta na Marinha do Brasil.

Metodologia

Este artigo trata-se de uma pesquisa qualitativa em que os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas, fruto de um trabalho de conclusão do curso de graduação em Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás. Ressalta-se que o propósito central de uma pesquisa qualitativa está em compreender objeto de estudo, levando em conta sua singularidade (MINAYO, 2011). No caso de entrevistas em pesquisas qualitativas, é importante ressaltar que a qualidade da entrevista depende da arte, da vivência

e da habilidade do investigador, responsável pela particularidade do trabalho que elabora (MINAYO, 2011).

Participantes

Foram entrevistadas quatro musicoterapeutas do sexo feminino, brasileiras e nascidas nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (uma no Rio Janeiro, duas em São Paulo e uma no Paraná). Todas elas são graduadas em musicoterapia, sendo duas formadas pelo Conservatório Brasileiro de Música (CBM) e duas pela Faculdade Estadual do Paraná (UNESPAR), associadas à Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro (AMTRJ) e possuem idade entre 34 e 46 anos.

Todas as entrevistadas cursaram pós-graduações, sendo elas: especialização em psicomotricidade, saúde mental e atenção psicossocial; psicossomática contemporânea, neurociências aplicada em reabilitação; história da música e análise musical; e mestrado em saúde materno infantil.

Das quatro entrevistadas duas estão em exercício e duas são reservistas, pois já finalizaram o período de serviço previsto. Quanto a forma de ingresso, duas foram por seleção de currículo e duas por concurso público.

Como forma de identificar as entrevistadas e a fim de preservar a identidade das mesmas, em acordo com as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Resolução nº 510/16, serão utilizados os termos Mt.1, Mt. 2, Mt. 3 e Mt. 4 ao referir as mesmas.

Instrumento de coleta de dados

Para esta pesquisa utilizou-se a entrevista semi-estruturadas como instrumento de coleta dados. A entrevista trata-se de uma conversa com um ou mais interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador que tem por objetivo a construção de informações, com temas pertinentes, tendo em vista o

objetivo traçado (MINAYO, 2011). Na entrevista semiestruturada, também denominada de semidiretiva ou semi-aberta, pode-se emergir informações de forma mais livre, e as respostas não ficam condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 2004). Deste modo, foi criado um roteiro com perguntas referentes ao tema de investigação proposto.

Procedimentos

Seguindo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFG, sob o parecer de nº 116884/19.

Em seguida, fez-se contato com a União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) e Associação Goiana de Musicoterapia (AGMT) para divulgação da pesquisa para os musicoterapeutas que atendessem ao seguinte critério: atuar ou já ter atuado na Marinha. Também foi feita uma chamada pública via email, *WhatsApp* e *Facebook*.

Aliado a isso, a pesquisadora realizou buscas nas redes sociais e encontrou uma musicoterapeuta que atendia ao critério de seleção. Por meio do contato com a primeira entrevistada, outras quatro musicoterapeutas foram selecionadas, mas uma delas não teve disponibilidade para realizar a entrevista. Todas as entrevistadas concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas ocorreram entre outubro e novembro de 2019 de forma online, por meio de chamada de vídeo pelo *Messenger* e *Skype*, e agendadas conforme disponibilidade das entrevistadas.

Realizadas de forma individual e gravadas em formato de áudio Mp4, as entrevistas tiveram duração de 36 minutos a 1 hora e 15 minutos. Para análise dos dados foi utilizado o método da análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Esse método prevê as etapas de pré-análise e criação de um perfil. Após a pré-análise do material coletado, ocorre uma transformação dos dados de sua

forma bruta em texto, permitindo o pesquisador esclarecer suas impressões do conteúdo. Concluída a etapa de transformação, passa-se à identificação de elementos peculiares do material presente na coleta de dados e a criação de categorias (BARDIN, 2011).

Resultados e Discussão

Com base nos dados analisados, foram construídas quatro categorias sobre o perfil e atuação do musicoterapeuta na Marinha do Brasil: 1. Vínculos de trabalho; 2. Competências e habilidades do musicoterapeuta; 3. Áreas de atuação e trabalho em equipe e 4. Objetivos da musicoterapia.

1. Vínculo de trabalho

A partir dos dados coletados, foi observado uma distinção entre os profissionais que atuam no serviço militar, já que eles podem ter vínculo como militar ou como civil.

O vínculo militar é federal e o profissional deve se subordinar às normas de hierarquia e disciplina militares. Para ser um militar é necessário passar por um processo seletivo da Marinha em que o profissional concorre a uma vaga temporária ou de carreira. O serviço militar temporário, opção atual para a área de musicoterapia na Marinha, pode ser exercido no período de no máximo 8 anos, constitui uma reserva de 2ª classe das FA e é estabelecido por meio de contrato, podendo ser renovado anualmente a depender da Marinha e/ou do profissional.

“Com o vínculo de contrato temporário, a gente renova anualmente com a Marinha tendo o interesse de ambas as partes, aí o contrato pode ser renovado por até 8 anos” (Mt. 3).

Outra possibilidade é o vínculo como civil, no qual o profissional é contratado para executar funções específicas, um trabalho terceirizado. De

acordo com Diniz (2018), o trabalho terceirizado é vinculado através de um contrato, com tempo determinado para execução de um serviço específico.

A Mt. 4 esclarece sobre a forma de pagamento para profissional enquanto civil ou terceirizado:

“Sobre o regime, pelos 8 anos que eu fui temporária, quando retornei, eu retornei como civil, eu não era mais militar, por dois anos eu retornei como civil e eu era uma prestadora de serviço pra Marinha, eles me pagavam com RPA, né? Um recibo de profissional autônomo” (Mt.4).

As três musicoterapeutas que estão atualmente em exercício possuem vínculo militar. Duas também atuaram como militares, mas estão como reservistas por terem cumprido o período de oito anos. Antes e após exercerem serviço como militares, as musicoterapeutas atuaram como civis. Ressalta-se que antes do ingresso da primeira musicoterapeuta militar da Marinha, só existia o serviço de musicoterapia com vínculo civil. Após elaboração de um projeto por parte de umas das entrevistadas, foi criado um quadro temporário para musicoterapeutas como militares.

Esse quadro temporário que possibilitou às musicoterapeutas um vínculo militar foi um ganho para a profissão e para os musicoterapeutas do Brasil. Além da visibilidade, o vínculo militar proporciona uma estabilidade que o trabalho terceirizado não provê.

No concurso público para o cargo de militar são realizadas: prova de títulos; prova física; entrevista e treinamento no período aproximado de 90 dias. O curso de treinamento da Marinha é realizado no Centro de Instrução Almirante Wandenkolk (CIAW), localizado no Rio de Janeiro.

Quanto a entrevista, a Mt. 2 descreve um pouco do processo por ela vivenciado:

“Eu já fiz banca e assim... você tem perguntas a nível de política, nível de religião, se a pessoa tem problemas com armas por se tratar de um serviço armado, se já manuseou arma, se já teve contato com armamento, se tem algum problema. Então, são perguntas meio assim, às vezes inusitadas, como se fosse uma prova oral” (Mt. 2).

Quanto ao treinamento, a Mt. 1 comenta:

“...teve um curso de formação (que) englobou um estágio. Foram dois meses. Foram três dias de adaptação e depois dois meses de formação... formação militar. Estudando sobre as forças armadas, sobre a Marinha, é... levanta cedo, vai marchar, vai ficar em sentido, vai prestar continência, vai estudar sobre hierarquia e disciplina” (Mt. 1).

O candidato que está em fase de treinamento fica no posto de guardamarinha, e após um ano, obtém o posto como segundo-tenente, podendo chegar ao posto de primeiro-tenente em 8 anos.

Especificamente, no treinamento militar existem fases em que o candidato precisa capacitar-se no manuseio de armas adquirir conhecimento sobre legislações específicas, hinos e canções que envolvem a ordem unida.

“Nesse treinamento a gente aprende sobre a legislação militar, legislação específicas da Marinha, documentação, leis específicas, regimentos militares. A gente aprende sobre armamento. Por ser das forças armadas, têm instrução de tiro, a gente aprende um pouco sobre os navios da Marinha. Tem atividade física também, faz parte das rotinas militares que é o que a gente chama de TFM (Treinamento Físico Militar). Tem ordem unida que são rotinas específicas de como marchar, prestar continência, todas essas coisas que envolvem cerimoniais militares, formaturas, alinhamento, que daí o nome específico da ordem unida”. (Mt. 3)

Assim, na compreensão das entrevistadas o musicoterapeuta que passa pelo treinamento militar tem a oportunidade de desenvolver competências como liderança e flexibilidade para atuar em um contexto com normas e legislações específicas.

2. Competências e habilidades do musicoterapeuta

O musicoterapeuta que deseja atuar no contexto militar deve ter competências específicas. De acordo com Rabaglio (2001), ter as

competências necessárias para o desenvolvimento de determinado trabalho gera excelência, qualidade e resultado. Sendo assim, competência pode ser definida como “conhecimentos, habilidades e atitudes que são os diferenciais de cada pessoa e tem impacto em seu desempenho nos resultados atingidos” (RABAGLIO, 2001).

Refletindo sobre as competências essenciais para a atuação do musicoterapeuta na Marinha, as musicoterapeutas entrevistadas ressaltam:

“Tem que ter uma personalidade muito forte, principalmente a gente enquanto musicoterapeuta, é complicado, eu acho que você tem ao mesmo tempo, quando você entra, você tem que ser humilde, você tem que chegar devagar, mas também se impondo, né? Porque se não, passam por cima de você”. (Mt. 2)

“[...] os pilares das forças armadas é a hierarquia e a disciplina, então eu acho que pro musicoterapeuta que vai trabalhar nas Forças Armadas, essa questão da disciplina é importante. O respeito, a postura, são coisas que são importantes. Saber trabalhar em uma instituição grande, que vai ter suas próprias regras, trabalhar em conjunto, tem também uma questão de liderança”. (Mt. 3)

“[...] disciplina, compromisso, eu acho que a gente tem que ter disponibilidade pra novos aprendizados, porque eles são apresentados pra nós a toda hora, a gente tem que ter resolutividade, você tem que ser objetivo, prático”. (Mt. 4)

As falas das musicoterapeutas remetem ao desenvolvimento de um perfil de liderança, com princípios rígidos de disciplina e hierarquia mas, ao mesmo tempo, sem desapossar da sensibilidade e de uma escuta ampliada desenvolvidas durante a formação em musicoterapia.

“O que é o perfil militar? É uma pessoa que é capaz de se impor em uma rigidez. Tem que ter um nível de rigidez que te sustente e te proteja, o musicoterapeuta precisa ter esse nível de rigidez consciente. Não tô falando de rigidez no sentido de ser uma pessoa dura, mas no sentido de ser uma pessoa que tem um prumo, que mostra que sabe o que tá fazendo e que batalha e que luta por aquilo” (Mt. 1).

“[...] eu não imaginava o que era uma postura militar, eu fui aprender depois que eu entrei, e aí, eu me descobri assim, entendeu? Você não tem a menor ideia que você tem um perfil militar, aí você faz uma prova, você entra, de repente você tá se descobrindo uma pessoa que exerce uma liderança, que é capaz de estar no lugar de gestão” (Mt. 1).

A formação do musicoterapeuta é dividida em três principais áreas: musical, científica e de sensibilização. Na área musical, procura-se o desenvolvimento das habilidades ao fazer musical, a compreensão da música como expressão: aspectos do mundo interno, como narrativa, com sentido e significado; como metáfora, além de abranger noções sobre teorias musical (UBAM, 2018). Na área científica, o objetivo das disciplinas é levar o aluno a conhecer, de forma teórica e prática, o corpo humano nos seus aspectos anatomo-fisiológicos, bem como, a estrutura e funcionamento do aparelho psíquico e dos processos psicológicos básicos. A área de sensibilização visa a consciência e a reflexão necessária para integrar a produção sonoro-musical com a corporal em atendimentos individuais ou grupais, de forma que desenvolva a sensibilidade do estudante enquanto pessoa e futuro musicoterapeuta (ZANINI, 2005). A Mt.1 comenta sobre como aspectos desenvolvidos durante a formação acadêmica se apresentam ao longo da carreira militar:

“Olha, tem que ser um profissional com muito jogo de cintura, porque o musicoterapeuta em sua essência de formação, são pessoas sensíveis ou acabam se sensibilizando ao longo da carreira. Tem que ter muito jogo de cintura, tem que ter muita sociabilidade, tem que ser uma pessoa sagaz nas relações, tem que entender como funciona as relações e tem que se impor, tem que se colocar” (Mt. 1).

A musicoterapia é competência do musicoterapeuta. Esse profissional possui nível superior, sendo graduado ou especializado em musicoterapia. Segundo a UBAM (2018), na matriz DACUM da musicoterapia, o musicoterapeuta deve ser capaz de realizar tratamento por meio de vínculo sonoro-musical; fazer música com finalidade terapêutica; analisar condições de pacientes/cliente/usuários; exercer atividades administrativas; entre outros.

Deste modo, o musicoterapeuta pode desenvolver habilidades no decorrer de sua formação e durante a atuação no serviço militar, como a capacidade de prever situações e tomar medidas preventivas ao se deparar com problemas, não fugindo das legislações e éticas militares e de sua essência de formação.

3. Áreas de atuação e trabalho em equipe

A Marinha do Brasil é dividida em Organizações Militares (OM), e dentro dessas organizações existem os Núcleos de Assistência (NA), que são regidas por diretorias específicas.

Atualmente, há três musicoterapeutas militares e estas atuam com vínculo temporário. Duas desenvolvem suas práticas no serviço de Saúde Mental (Diretoria de Saúde), e uma no serviço de Assistência Social (Diretoria de Assistência Social). O serviço de reabilitação atualmente está sem musicoterapeuta, entretanto, há um processo seletivo em andamento para o preenchimento da vaga.

Quanto ao público atendido, é importante ressaltar que os serviços da Marinha só podem ser utilizados por profissionais militares (em exercício ou não) e seus dependentes.

“Aqui nós atendemos os pacientes que têm direito ao sistema de saúde da marinha. Militares da ativa (ou não), dependentes desses militares, geralmente filhos, esposa. A gente atende aqui, não só do Rio de Janeiro mas atende militares do Brasil inteiro [...]” (Mt. 3).

O serviço de saúde mental funciona na Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) e existem setores específicos para as atividades desenvolvidas.

“Dentro desse hospital psiquiátrico você tem o setor de emergência, você tem dois setores, que é o de enfermagem masculina e feminina. Tem o Centro de Atenção Diária (CAD) que é como aquele hospital-

dia, são para pacientes esquizofrênicos, algumas outras comorbidades, bipolares, enfim...” (Mt. 2).

“[...] a gente leva os pacientes pro CAD, né? No caso, tem uma sala exclusiva pro atendimento de musicoterapia, até uma sala com isolamento acústico, com instrumentos musicais. Então, (levamos) os pacientes pra atender lá ou (atendemos) lá embaixo na enfermaria” (Mt. 3).

De acordo com a Mt. 4, o público dos serviços de musicoterapia na UISM são

“jovens, adultos e até idosos com demandas psiquiátricas. Por oito anos no setor de psiquiatria, os dois anos em que eu estive como civil foi estimulação precoce e reabilitação infantil, então de zero a seis anos [...]” (Mt. 4).

Os Serviços de Assistência Social da Marinha (SASM) foram a segunda NA a completar o quadro com os serviços de musicoterapia, conforme a Mt. 1 conta:

“eu fui parar na assistência social. É o primeiro caso na Marinha. A minha profissão é apoio à saúde. Então eu sou a primeira a atuar na assistência social da Marinha” (Mt. 1).

Segundo a Mt. 1, o maior público dos atendimentos no SASM são

“idosos de 60 anos pra cima. É um público idoso, é bem específico, são os militares veteranos, não dá pra dizer que são os ativos porque com 60 anos você não é mais ativo na Marinha, você entra pra reserva antes. Esse projeto é pra essa (clientela), militares, dependentes e pensionistas” (Mt. 1).

Quanto ao setor de Reabilitação, seu local de funcionamento e público-alvo, a Mt. 2 esclarece:

“Você tem a Policlínica Nossa Senhora da Glória, era a última organização militar em que eu estava trabalhando. Eu trabalhava com um grupo de pacientes com deficiência, desde a estimulação da parte de bebês, estimulação infantil, pacientes da área de reabilitação, parte neurológica, eu ficava com os autistas e Asperger” (Mt. 2).

As musicoterapeutas estão inseridas em equipes constituídas por profissionais das áreas de psicologia, enfermagem, educação física,

pedagogia, terapia ocupacional, psiquiatria, odontologia, nutrição e assistência social.

“Somos em duas musicoterapeutas, cinco terapeutas ocupacionais agora, enfermeira, um educador físico, tem uma equipe grande de técnicos de enfermagem, neste setor específico eles trabalham como os oficinairos no CAPS. Aqui no hospital nós temos também psiquiatra, psicólogo, dentista, nutricionista, assistente social, o trabalho acaba sendo bastante interdisciplinar” (Mt. 3).

Trabalhar em equipe é um desafio. Quando a equipe é formada por profissionais de diversas áreas e ainda em um contexto rígido como no ambiente militar, se torna um desafio ainda maior. As equipes de trabalho podem ser classificadas em multiprofissionais, com trocas limitadas e compartilhamento de informações de forma pontual ou inexistentes; interprofissionais, em que há troca de instrumentos, técnicas, metodologia e esquemas conceituais entre os profissionais; e multiprofissionais de modo transdisciplinar, com alto nível de trocas entre os profissionais, e em que se tem uma compreensão complexa do público atendido (JAFELICE & MARCOLAN, 2017).

Considerando tal classificação, as entrevistadas avaliam suas equipes de trabalho.

“Bom, a equipe, na minha leitura, ela é multiprofissional, mas a equipe acha, ela entende, dentro dos conhecimentos teóricos de cada um que é transdisciplinar, só que não é. As tarefas são divididas, a gente não consegue trocar, não tem tempo porque é muito trabalho. Quando a gente consegue se reunir, não dá tempo de contar o que cada um tá fazendo, então pra ninguém sobrecarregar de trabalho, as tarefas são divididas” (Mt. 1).

“A mentalidade infelizmente ainda é muito aquele olhar multidisciplinar, você tem vários profissionais mas todo mundo dentro do seu quadradinho, as pessoas pouco desenvolvem realmente um discurso de fato. Os profissionais também são capacitados e são bons, só que depois que você começa a entrar no esquema, que você acaba indo mais pra “bater o cartão”, receber o seu dinheiro no início do mês, a maioria acaba naquele “efeito galo”, marca o ponto, ninguém se aborrece, vira um trabalho multiprofissional” (Mt. 2).

“Na época que eu estive lá, (o trabalho era) multidisciplinar, mais pro final já tava talvez indo pra transdisciplinar. Mudou chefia de setor, as coisas estavam tendo um outro olhar, uma outra dinâmica, mas na maior parte do tempo foi multiprofissional” (Mt. 4).

“(A equipe em que trabalho é multiprofissional), porque a gente trabalha bastante em conjunto a ponto assim de atender junto, de um dar ideia pra oficina do outro, de atender junto na oficina, de fazer trabalhos interligados, eu acho que vai além, as trocas são bem grandes” (Mt. 3).

Percebe-se pelos relatos que, apesar do desejo e compreensão da necessidade de trocas, ainda é um desafio a efetivação de equipes multiprofissionais de forma transdisciplinar.

4. Objetivos da musicoterapia

Os objetivos da musicoterapia no contexto de saúde são variados e dependem da clientela atendida. Um deles é proporcionar experiências musicais ao indivíduo, promovendo melhoras em suas relações intra e interpessoais. Tais experiências podem ser de improvisação, composição, re-criativas ou receptivas. (Bruscia, 2017). A Mt.3 pontua que a promoção da saúde não acontece apenas ao paciente, mas chega até a equipe, ao ambiente como um todo.

“Acho que depende um pouco da OM, né? Mas, no geral, o objetivo da musicoterapia na marinha é o de proporcionar experiências musicais que promovam a saúde. Acho que o objetivo da musicoterapia em si, é promover a saúde através de experiências musicais, sejam elas verbais ou não” (Mt. 3).

As demais entrevistadas ressaltam como a musicoterapia se configura como um trabalho essencial dentro da Marinha do Brasil, que a reconhece como profissão necessária dentro do CSM.

“A musicoterapia na Marinha é uma ferramenta de promoção de saúde através da música, através das experiências musicais. Promoção de saúde não só do paciente atendido, mas também da equipe. A gente observa o quanto a musicoterapia mobiliza não apenas o paciente que está sendo atendido, mas o ambiente em si, o ambiente sonoro é transformado também” (Mt.3).

“Existe um reconhecimento da Marinha em relação a musicoterapia, ao profissional musicoterapeuta, eles entendem a importância do trabalho e por isso cada ano abre vaga” (Mt. 1).

“Acho que o objetivo principal da musicoterapia é somar com as outras áreas, mas por um viés que as outras áreas não chegam, não alcançam” (Mt. 2).

Elas demonstram o apreço pela profissão e o desejo de que se amplie as vagas para musicoterapeuta na Marinha do Brasil.

“Eu gostaria de expandir, eu queria que tivesse no Brasil inteiro, nos outros hospitais, no sistema de saúde em geral, em outras forças também. É um campo muito amplo, tem espaços, tem demanda, acho que o que falta é a gente enquanto musicoterapeuta conseguir se inserir, ocupar esses espaços. Mas o trabalho aqui é muito bem aceito, muito bem visto, respeitado. A musicoterapia é uma profissão muito respeitada como qualquer outra profissão da área da saúde e isso é muito legal” (Mt. 3).

“Olha, quando eu entrei na Marinha existia só uma vaga de musicoterapeuta no Brasil inteiro. O meu pensamento era: aqui eu vou ficar oito anos, eu preciso ampliar isso aqui, mais musicoterapeutas precisam vir. É de fundamental importância o musicoterapeuta estar inserido no serviço militar, seja de qual força for. Os militares usam muito a música, eles tem música pra tudo, então mais do que (adequado) um musicoterapeuta pra poder estar falando sobre a vida musical dos militares” (Mt. 4).

Nota-se que, apesar das dificuldades, por serem poucas profissionais atuando, existe um empenho em ampliar o serviço e obter o reconhecimento da instituição.

Considerações Finais

Este trabalho possibilitou o contato com musicoterapeutas que atuam na Marinha do Brasil como profissionais da saúde e também militares das FA. Além disso, promoveu um levantamento do perfil do musicoterapeuta que atua neste contexto militar. Verificou-se que duas musicoterapeutas já atuaram e três estão atuando na Marinha do Brasil, com vínculo militar, atuando nas áreas de saúde mental, assistência social e reabilitação, em equipes multiprofissionais.

Destaca-se o desafio das musicoterapeutas em desempenhar o serviço como profissionais da saúde e a realização de atividades militares, aliando sensibilidade e rigor. O interesse das musicoterapeutas de que se amplie o número de profissionais dentro das FA e de que haja reconhecimento da profissão por parte da Marinha, ficou em evidência em toda a pesquisa. É relevante pontuar que, a musicoterapia é uma profissão nova no quadro de oficiais temporários, mas com potencial para a inclusão desse serviço no quadro de oficiais de carreira, pertinente a altas demandas do serviço.

Como limitações do trabalho, não foi possível realizar entrevista com uma musicoterapeuta que atendia os critérios de inclusão, pois a mesma não teve disponibilidade de horário, durante o período da coleta de dados.

Quanto à questão de gênero, destaca-se que todas as musicoterapeutas que atuam na Marinha do Brasil são do sexo feminino. Isso provoca questionamentos e impulsiona a realização de outras investigações.

Destaca-se ainda o desejo da continuidade dessa pesquisa, com a realização de entrevistas com profissionais que atuam em conjunto com as musicoterapeutas entrevistadas, para que haja desta forma, uma compreensão mais aprofundada da musicoterapia nesse contexto.

MUSICOTERAPIA

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRUSCIA, K. E. **Definindo musicoterapia**. Tradução: Marcus Leopoldino. 3ª ed. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução na 466**, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

DPHCEX. Diretoria do Patrimônio Histórico e Cultural do Exército. Disponível em <http://www.dphcex.eb.mil.br/images/PRVT/Cartilha-2---VALORES-E-TICA-PROFISSIONAL-MILITARES---A3-Verso-Provisrio.pdf>. Acesso em: 30 Nov. 2019.

JAFELICE, Giovana Telles; MARCOLAN, João Fernando. Perception of mental health professionals about the multiprofessional work with residents. **Journal of Nursing UFPE** on line, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 542-550, jan. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11972>. Date Acesso em 15 July 2020. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a11972p542-550-2017>.

MARINHA DO BRASIL, s/d. **Marinha do Brasil protegendo nossas riquezas, cuidando da nossa gente**. Carreira militar. Disponível em <https://www.marinha.mil.br/carreira-militar>. Acesso em: 29 Nov. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 Dez. 2019.

PASSOS, Cases Fábio. **Legislação Militar**. Escola de Aprendizes-Marinheiros do Espírito Santo. Vila Velha, ES. Fev. 2018. Rev. 6. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/eames/sites/www.marinha.mil.br/eames/files/LEG MIL.pdf>. Acesso em 21 Dez. 2019.

PONTES, Siralberto Francisco; ZANINI, Cláudia Regina de Oliveira; CAIXETA, Cássia Maria Moura P. **A intervenção musicoterápica na polícia militar; uma ação buscando o tratamento da ansiedade e stress ocupacional**.

Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Musicoterapia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

RABAGLIO, Maria Odete. **Seleção por Competências**. 2ª edição, Editora: Educator, São Paulo, 2001.

UBAM. **Normativas do Exercício Profissional do Musicoterapeuta - Matriz Dacum**. 2018. Disponível em: <<http://ubammusicoterapia.com.br/wp-content/uploads/2018/08/DACUM-2-a.pdf>>. Acesso em: 21 Dez, 2019.

VALORES, DEVERES E ÉTICAS MILITARES. Vade-Mécum 10 (Portaria nº 156, de 23 de abril de 2002, Comandante do Exército). Brasília: SGE, 2002.

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira. O curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás - a formação e a identidade profissional do musicoterapeuta. **Revista UFG**, v. 7, n. 2, 29 set. 2005.

Recebido em 04/02/2020
Aprovado em 17/03/2020



MUSICOTERAPIA