

# Revista Brasileira de Musicoterapia



Ano 1 - Número 2 - 1996

# *Revista Brasileira de Musicoterapia*

Ano I – Número 2 – 1996

Uma publicação da  
União Brasileira das Associações de Musicoterapia



Associações filiadas:

Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro  
Associação Mineira de Musicoterapia  
Associação de Musicoterapia do Paraná  
Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia  
do Estado de São Paulo  
Associação Bahiana de Musicoterapia  
Sociedade Goiana de Musicoterapia  
Associação de Musicoterapia do Rio Grande do Sul

Secretariado da UBAM

Ronaldo Pomponet Millecco – Secretário Geral

Anna Lucia Leão Lopez

Gislaine Fois Coelho Abramof

Marco Antonio Carvalho Santos

Marly Chagas Oliveira Pinto

Endereço para correspondência:

Av. Graça Aranha, 57 / 12º andar

Cep: 20030-002 – Rio de Janeiro - RJ



# *Definição de Musicoterapia*

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

A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento.

## **Music Therapy Definition**

*Music Therapy is the use music and/or it's musical elements (sound, rhythm, melody and harmony) by a qualified music therapist, with a client or group, in a process designed to facilitate and promote communication, relationships, learning, mobilisation, expression, organisation and other relevant therapeutic objectives, in order to meet physical, emotional, mental, social and cognitive needs.*

*Music Therapy aims to develop potentials and/or restore functions of the individual so that he or she can achieve better intrapersonal and/or interpersonal integration and, consequently, a better quality of life, through prevention, rehabilitation or treatment.*

Federação Mundial de Musicoterapia Inc. - 1996.  
Comissão de Prática Clínica.

*Clinical Practice Commission*  
*World Federation of Music Therapy Inc. - 1996.*

Lia Rejane Mendes Barcellos - Presidente - Brasil  
Diane Allison - Austrália  
Dr. Even Ruud - Noruega  
Dr. Chava Sekeles - Israel  
Dr. Bárbara Wheeler - USA  
Marco Antonio Carvalho Santos - Brasil



## Notas

A Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) promoveu em setembro (dias 23 a 27) do corrente ano, em Ribeirão Preto, a 3ª Semana de Musicoterapia, coordenada pela Profa. Maria Helena Cury. O evento reuniu além dos alunos de musicoterapia da cidade, um grande grupo de alunos de Salvador, e outros de Curitiba. Contou com a participação dos professores da UNAERP, musicoterapeutas Cláudia Lellis e Dalva Linhares Vieira, e musicoterapeutas de vários estados que realizaram palestras e workshops: Fernando de Oliveira Pereira (PR), Marília Schembri (MG), Maristela Smith (SP), Lilian Coelho (SP), Marco Antonio C. Santos (RJ).

O Conservatório Brasileiro de Música (CBM) promove em outubro (dias 24 a 26), no Rio de Janeiro, um seminário nacional para debater a formação dos musicoterapeutas, reunindo coordenadores, professores de musicoterapia, musicoterapeutas ligados à formação, representantes das associações e dos alunos dos diversos cursos. Entre os temas propostos para o encontro estão a atualização dos professores de musicoterapia, a formação musical, a produção de monografias, o incentivo à pesquisa, o estágio e a supervisão, a divulgação dos cursos e da carreira, a pós-graduação e os cursos de extensão e atualização.

A UBAM realiza, durante o encontro, reuniões de seu Conselho Deliberativo, constituído pelos representantes das associações estaduais com o objetivos de avaliar os trabalhos desenvolvidos até agora, definir os próximos passos da entidade e eleger o Secretariado para o período subsequente.



# Sumário

Evaluación de los efectos psicológicos de la música através de un diferencial semántico <i>Profesor: Francisco Blasco - Universitat de València.</i> . . . . .	5
Musicoterapia aplicada no tratamento e prevenção do stress <i>Raul Jaime Brabo</i> . . . . .	24
Musicoterapia para gestantes Da comunicação pré-natal à massagem para bebês. <i>Mt. Fernando de Oliveira Pereira.</i> . . . . .	27
Musicoterapia utilizada no tratamento de artrite reumatóide juvenil <i>Anna Lucia Leão Lopez e Paula Carvalho</i> . . . . .	31
A Musicoterapia e expressão corporal na educação infantil <i>Nicole Jeandot</i> . . . . .	35
Musicoterapia - aspectos da construção de uma carreira <i>Marco Antonio Carvalho Santos</i> . . . . .	41
Musicoterapia em Ribeirão Preto <i>Mt Claudia Lélis</i> . . . . .	46
A formação do musicoterapeuta brasileiro <i>Sheila Beggiato Volpi.</i> . . . . .	50
Determinismo musicoterápico Notas Introdutórias <i>Jaira Perdiz de Jesus.</i> . . . . .	54
Musicoterapia Breve com uma paciente que me foi apresentada como terminal Sertaneja tecendo uma colcha de retalhos <i>Jaira Perdiz de Jesus.</i> . . . . .	58
Transferência e Contratransferência em Musicoterapia Reflexões sobre o artigo "A Natureza Polissêmica da Musica e a Musicoterapia" <i>Prof. Dr. Rolando Benenzon</i>	



## **Editorial**

*A União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) completa o seu primeiro ano de existência lançando o segundo número da Revista Brasileira de Musicoterapia. Consideramos que isto só foi possível graças ao apoio recebido das associações e cursos de musicoterapia e de musicoterapeutas que, nos estados onde ainda não existem estas instituições, se empenharam em distribuir a nossa publicação. Queremos destacar, em especial, o apoio da UNAERP, da APEMESP e do CBM.*

*Neste número estamos completando a publicação dos trabalhos apresentados no VIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia (São Paulo, outubro de 1995) e abrimos espaços para novas contribuições, numa das quais o Dr. Benenson discute um dos artigos publicados no primeiro número desta revista. Além disso apresentamos a definição de Musicoterapia aprovada durante o VIII Congresso Mundial de Musicoterapia (Hamburgo, julho de 1996) pela Federação Mundial de Musicoterapia.*



# *Evaluación de los efectos psicológicos de la música a través de un diferencial semántico*

*Profesor: Francisco Blasco.  
Universitat de València*

Músicos, psicólogos y filósofos están de acuerdo en que la música puede provocar cambios en las personas que la escuchan. Dichos cambios pueden ser de tipo emocional y/o fisiológico. Tradicionalmente, las técnicas evaluadoras de las respuestas a la música se han basado en respuestas fisiológicas, listas de adjetivos e indagaciones filosóficas.

Las hipótesis de la mayor parte de los estudios de tipo fisiológico es que la frecuencia y/o amplitud de los procesos humanos controlados por el sistema nervioso reflejan respuestas a la música. Las más frecuentemente estudiadas hacen referencia a la velocidad del corazón, velocidad de la respiración, amplitud de la misma, respuesta psicogalvánica de la piel. Otras medidas que se han incluido son electroencefalograma, electromiografías, electrooculografía, pupilografía, electrogastrografía,...

Abeles (1980) sugiere que los dos principales métodos de evaluación de las respuestas emocionales son los informes verbales y las medidas psicológicas. Listas de adjetivos de verificación, escalas de diferencial semántico y escalas de clasificación son las principales técnicas utilizadas. Las listas de adjetivos de control fueron utilizadas extensamente por todos los estudiosos en las investigaciones de hace algunas décadas sobre los efectos de la música en el estado anímico de las personas.

La técnica tradicional para valorar las respuestas de tipo anímico se basa en el uso de los adjetivos descriptores. Eagle (1971) destaca tres métodos básicos que han sido utilizados en muchas descripciones verbales: a) listas de adjetivos, b) el diferencial semántico y c) varios tipos de escalas. De ellos el más comúnmente utilizado es el mencionado en primer lugar y es también el que pusieron en práctica Schoen y Gatewood (1927) por primera vez. En esta experiencia se presentaron 10 fragmentos musicales a 32 sujetos feme-



niños en dos ocasiones distintas bajo similares condiciones. Este proceso se repitió hasta alcanzar una muestra de 20.000 sujetos y una amplia variedad de composiciones (Hargreaves, 1986. p. 110). Se realizaron solamente análisis descriptivos pero los resultados fueron suficientemente coherentes para llegar a la conclusión de que un fragmento musical que provoca una reacción específica producirá con alta probabilidad la misma reacción en diferentes ocasiones.

La técnica del diferencial semántico es la más recientemente desarrollada y por lo tanto menos utilizada para el estudio de las respuestas a los estímulos musicales. Esencialmente esta técnica intenta medir los conceptos de los sujetos con el uso de adjetivos separados por 5 ó 7 grados entre dos polos opuestos.

Eagle (op. cit.) usó la técnica del diferencial semántico en un estudio que buscaba respuesta a tres cuestiones: a) ¿Afecta el estado de ánimo previo a la respuesta dada a la música?. b) ¿Afecta el orden de presentación de la música a la respuesta?. c) ¿Se mantienen similares respuestas tanto en la música vocal como en la instrumental?.

274 sujetos graduados y no graduados en música describieron su estado de ánimo presente sobre una escala de 10 grados y la respuesta a 20 selecciones musicales en términos de cinco pares de adjetivos bipolares (bueno-malo, agradable-desagradable, animado-sombrío, deprimido-regocijado, alegre-triste). Los 10 fragmentos vocales incluían rock, folk, country, baladas e himnos y los fragmentos instrumentales, jazz, marchas, semiclásica y clásica. Eagle dedujo que el estado de ánimo previo del que escucha influye en la respuesta a la música, pero el orden de presentación no afecta de manera significativa. En cuanto a la tercera cuestión Eagle establece que las respuestas no se mantienen igual en la música vocal e instrumental.

Hargreaves (1986, p.128) sugiere que la técnica dimensional para el estudio de las respuestas a la música está todavía en sus primeros pasos y no aporta una base adecuada para llegar a conclusiones firmes acerca de la amplitud de las dimensiones de las respuestas a la música. Opinión distinta es la de Miller (1992, p. 418) cuando dice que la técnica del diferencial semántico ha sido fecunda, y pone como ejemplos su utilización para:

- Examinar los efectos de complejidad del significado de la música, por Crozier (1974), Hare, (1975), y Bragg y Crozier (1974).
- Examinar las diferencias afectivas entre la música seria y



la popular con oyentes expertos y no expertos, por Accurso (1967).

- Keil y Keil (1966), en pruebas culturales.
- O' Briant y Wilbanks (1978), para determinar los efectos del estado anímico previo en el significado de una pieza musical en el sujeto que escucha.

Pero es también Miller quien hace una reflexión sobre los inconvenientes del diferencial semántico basándose en las siguientes críticas:

- Compromete a los sujetos en una conducta que puede no tener lugar fuera de la situación experimental.
- El uso de una corta lista de adjetivos o de factores, no recoge de ninguna manera la riqueza de la experiencia musical. La técnica es por definición reduccionista.
- Esta técnica parte de esquemas de factores analíticos y la situación del que escucha está completamente determinada por el experimentador que elige según su criterio las escalas y los estímulos.
- La técnica requiere un buen nivel de habilidades y conocimientos para aplicarla.
- Esta técnica, por sí misma, no es suficiente para solucionar problemas psicológicos.

El trabajo que aquí se expone se enmarca en este ámbito pretendiendo, entre otros objetivos, poner a punto un instrumento fiable, tipo diferencial semántico, para colaborar en el estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, ya que estamos de acuerdo con Benenzon (1981. p. 13) en que la Musicoterapia desde el punto de vista científico "es una especialización científica que se ocupa del *estudio e investigación del complejo sonido-ser humano*, sea el sonido musical o no, tendente a buscar los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos del mismo". "La Musicoterapia es una especialización científica porque debemos establecer un límite entre los aspectos históricos en donde están incluidas las leyendas y las *claras investigaciones sobre el efecto de la música y el sonido en el ser humano*, en los animales y en las plantas". (En p. 16): "*Los estímulos sonoro-musicales pueden desencadenar expresiones orgánicas y psicológicas de la dinámica del ser humano que permiten aumentar el conocimiento de su funcionamiento*".

Como hemos podido leer al principio, músicos, psicólogos y filósofos están de acuerdo en que la música puede provocar cambios



en las personas que la escuchan. En nuestra opinión es necesario crear instrumentos que nos faciliten objetivar dichos cambios.

Según Schoen y Gatewood (op. cit.), los cambios se producen en función del carácter de la música. Si ésta es alegre, los cambios reflejarán aspectos relacionados con la alegría y viceversa. Opinamos que es necesario construir un instrumento que permita cuantificar el conjunto de rasgos definitorios de una pieza musical.

Eagle (1971), citado anteriormente, dedujo que el estado de ánimo previo del que escucha influye en la respuesta a la música. ¿En que medida?. Para conocer este dato hay que valorar el estado anímico previo.

“Altshuler en sus observaciones clínicas de la aplicación de la Musicoterapia, constató que los pacientes deprimidos pueden ser estimulados con mayor prontitud con música triste que con música alegre.” (citado por Benenzon, 1981, p. 62). A través de los instrumentos que vamos a utilizar en este experimento, podemos observar cuanto hay de cierto en estas palabras y en que medida, puesto que el sujeto tiene que describir su estado anímico previo.

El experimento que les presentamos a continuación indaga en ese complejo sonido-ser humano y trata de valorar de forma científica, la influencia que determinada música ejerce sobre un individuo y el grupo al cual pertenece.

## Objetivos

Como hemos ido comentando, los objetivos de este trabajo son los siguientes:

- Construir, validar y poner a punto un instrumento fiable para evaluar los estados anímicos de los sujetos, así como los cambios que se produzcan, tras ser sometidos a una audición musical.
- Construir, de igual modo, un instrumento que permita caracterizar los atributos principales de una pieza musical de un modo lo más universal posible, saliendo de los límites impuestos por el criterio del investigador.
- Aplicar estos instrumentos al estudio de la autopercepción de cambios emocionales en sujetos adultos, tras la audición de ciertas piezas musicales.
- Colateralmente, intentar comprobar la tesis de Eagle (1971) acerca de la influencia decisiva del estado emocional previo en las respuestas a la música escuchada.



## Instrumentos

Al objeto de medir los efectos psicológicos de la música, Doménech, Blasco y López (1987), construyeron los diferenciales semánticos DBL-2 y DBL-3, eligiendo para ello una lista de palabras extraídas de lo que escribieron, libremente, 150 estudiantes universitarios, no músicos, mientras escuchaban distintos fragmentos musicales. Unas veces se les pedía que caracterizaran la música que oían y otras su estado de ánimo. De este modo se atenúan los efectos limitadores de otras escalas construídas con atributos definidos a priori por el investigador.

La escala DBL-2, cuyo objeto era definir el carácter de la música, se construyó a partir de atributos de las piezas musicales, seleccionados entre los que usaron los mencionados estudiantes al caracterizar la música, y la DBL-3 para definir el estado anímico del sujeto, antes y durante/después de la audición musical, se construyó con una selección de adjetivos relacionados con el estado de ánimo de los sujetos.

La DBL-2 (tabla 1) tiene un total de veintinueve atributos con sus respectivos contrapuestos, entre los que hay una escala de siete grados con el fin de que el sujeto o sujetos puedan señalar, con una cruz en forma de aspa (x), de manera cuantitativa subjetiva, lo que ellos opinan de esa cualidad de la pieza musical. En el caso de la DBL-3, (tabla 2) el total de atributos es de treinta y los sujetos señalarán en función del estado anímico.

a b c d e f g

Ej: Rápida l...l...X...I...I...I...I Lenta

En este ejemplo, las letras a,b,c,d,e,f,g, vienen a significar lo siguiente, en relación a una pieza dada:

- a) Muy rápida
- b) Bastante rápida
- c) Algo rápida
- d) Ni rápida ni lenta
- e) Algo lenta
- f) Bastante lenta
- g) Muy lenta

Por lo tanto la señal puesta en el ejemplo significa que el sujeto opina que esta pieza musical es "Algo rápida".

El resultado de la valoración si se refiere a un grupo, será al correspondiente a la media entre las frecuencias obtenidas en cada



atributo, lo cual definirá el perfil del carácter de esa pieza musical desde el punto de vista de ese grupo. El perfil individual se obtiene uniendo con una línea los puntos señalados.

TABLA 1:

Escala Caracteriológica Musical DBL-2

Doménech, Blasco y López

	a	b	c	d	e	f	g	
1. Activa	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Pasiva
2. Ágil	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Pesada
3. Agradable	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Desagradable
4. Alegre	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Triste
5. Armoniosa	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Disarmoniosa
6. Bella	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Fea
7. Buena	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Mala
8. Coherente	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Incoherente
9. Calmosa	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Tempestuosa
10. Clara	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Confusa
11. Corta	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Larga
12. Dinámica	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Inmóvil
13. Divertida	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Aburrida
14. Fuerte	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Débil
15. Importante	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Trivial
16. Majestuosa	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Humilde
17. Masculina	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Femenina
18. Monótona	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Variada
19. Ordenada	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Desordenada
20. Original	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Repetida
21. Profunda	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Superficial
22. Rápida	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Lenta
23. Religiosa	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Profana
24. Rítmica	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Disrítmica
25. Sencilla	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Complicada
26. Sosegada	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Ansiosa
27. Suave	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Brusca
28. Sublime	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Vulgar
29. Transcendente	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Reservado



TABLA 2:

Escala de los efectos psicológicos de la música DBL-3  
Doménech, Blasco y López.

	a	b	c	d	e	f	g	
1. Abierto/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Reservado/a
2. Acompañado/al	..... ..... ..... ..... ..... .....							Solo/a
3. Activo/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Pasivo/a
4. Despierto/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Adormecido/a
5. Afortunado/al	..... ..... ..... ..... ..... .....							Desafortunado/a
6. Alegre	..... ..... ..... ..... ..... .....							Triste
7. Animado/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Desanimado/a
8. Dependiente	..... ..... ..... ..... ..... .....							Independiente
9. Bueno/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Malo/a
10. Cómodo	..... ..... ..... ..... ..... .....							Incómodo
11. Divertido	..... ..... ..... ..... ..... .....							Aburrido
12. Dominante	..... ..... ..... ..... ..... .....							Sumiso/a
13. Emprendedor/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Cohibido/a
14. Enamorado	..... ..... ..... ..... ..... .....							Desenamorado
15. Esperanzado/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Desesperanzado/a
16. Estable	..... ..... ..... ..... ..... .....							Inestable
17. Eufórica/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Melancólico/a
18. Evadido/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Preocupado/a
19. Extrovertido/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Introvertido/a
20. Feliz	..... ..... ..... ..... ..... .....							Infeliz
21. Fuerte	..... ..... ..... ..... ..... .....							Débil
22. Inspirado/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Sin inspiración
23. Libre	..... ..... ..... ..... ..... .....							Atado/a
24. Masculino	..... ..... ..... ..... ..... .....							Femenino
25. En paz	..... ..... ..... ..... ..... .....							En guerra
26. Próximo/a	..... ..... ..... ..... ..... .....							Distante
27. Relajado/o	..... ..... ..... ..... ..... .....							Tenso/a
28. Responsable	..... ..... ..... ..... ..... .....							Irresponsable
29. Sensible	..... ..... ..... ..... ..... .....							Falso/a

La escala de evaluación de los efectos psicológicos de la música DBL-3, pretende evaluar el estado de ánimo de un sujeto o grupo antes y durante/después de la audición de la pieza musical elegida. Su construcción y forma de evaluar es similar a la escala DBL-2,



descrita anteriormente, si bien, la utilidad y objeto de medida es diferente.

En este caso son distintos adjetivos, en tanto que lo que se quiere conocer son los diversos aspectos o factores emocionales en relación al propio sujeto mediante introspección.

La unión de los puntos señalados con una línea será el perfil anímico presente del sujeto. El resultado de la valoración si se refiere a un grupo, será el correspondiente a la media entre las frecuencias obtenidas en cada atributo, lo cual dará el perfil resultante del estado anímico del grupo.

## Procedimiento

La pieza musical elegida debe tener una duración reducida, entre cinco y diez minutos, y tratarse, obviamente, de un solo tiempo o movimiento, esto es, el fragmento será solo allegro, adagio, etc. y sin cambios de velocidad o carácter.

El Adagio de Albinoni (8 min) y la primera parte de la Obertura Cubana de Gershwin (5 min), fueron las dos piezas utilizadas en el experimento.

Con el fin de caracterizar cuantitativamente las diferencias entre ambas piezas, conseguimos que un grupo normativo compuesto por 41 profesores titulados por el conservatorio definiera el carácter de ambas piezas a través de la escala DBL-2. Cada experto juzgó, por tanto, ambas piezas.

Los resultados que figuran a continuación de los ítems reseñados, corresponden a la suma de sujetos que señalaron en los dos grados de la parte izquierda o derecha (Bastante y Muy), es decir, el 90,2% que acompaña al ítem Agradable, significa que 37 sujetos consideran que esta pieza musical es Bastante o Muy agradable.

De estos resultados queremos destacar que ambas músicas coinciden en que son:

Adagio	Obertura Cubana
Agradable: 90.2%	80%
Bella: 90.2%	65.9%
Buena: 82.9%	68.3%
Clara: 87.8%	68.3%

Y son opuestas en los ítems 4, 22 y 26.

El Adagio es Triste (65.9%) y la Ob. Cubana es Alegre (92.7%)



Lento (78%)  
Sosegado (68.3%)

Rápida (58.5%)  
Ansiosa (53.7%)

Y los ítems particulares de cada una de las piezas, ordenados según el porcentaje obtenido, son:

Adagio	
Sublime,	95.1%
Armoniosa,	87.8%
Calmosa,	87.8%
Profunda,	87.8%
Ordenada,	82.9%
Suave,	80.5%
Coherente,	80.5%
Sencilla,	63.4%
Trascendente,	53.7%

Ob. Cubana	
Dinámica,	92.7%
Ágil	90.2%
Rítmica	87.8%
Activa	85.4%
Divertida	78%
Profana	70.7%
Variada	56.1%

Tras un análisis t-test para grupos pareados se demostró que los sujetos percibían diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre ambas piezas en los atributos esperados por hipótesis, aunque estas diferencias no correspondieran con percepciones opuestas necesariamente. Únicamente en los ítems 17 (masculino/femenino) y en el 20 (original/repetida) no se produjeron diferencias significativas (i.e.  $p > .05$ ).

Resumiendo los resultados más característicos de la escala DBL-2, podemos afirmar que el Adagio quedó definido como una pieza bella, triste y lenta, sublime, armoniosa y profunda; y la Obertura Cubana como una pieza bella, alegre y rápida, dinámica, rítmica y divertida. Además son opuestas en los atributos: *triste-alegre, lenta-rápida, y sosegada-ansiosa. También lo son en los atributos: pesada-ágil, calmosa-tempestuosa, profunda-superficial, religiosa-profana y suave-brusca* en los que las medias grupales se hallan claramente en mitades opuestas de la escala bipolar.

Podemos considerar ambas piezas, por tanto, caracteriológicamente opuestas en estos atributos, y por lo tanto los efectos psicológicos que pudieran causar en los individuos de un mismo entorno socio cultural, deberían estar asociados a estas diferencias, entre otros factores.

Para el estudio de los cambios anímicos percibidos por introspección del propio sujeto, utilizamos el instrumento DBL-3.



La consigna a dar al sujeto o grupo fue siempre la misma y en los siguientes términos:

*Antes de la audición:* "Debe indicar con una cruz en forma de aspa (x) sobre el punto exacto, en cada atributo o concepto, según sea más cercano al concepto de la izquierda o de la derecha, a la pregunta *¿Cómo se siente?*

Transcurrido el tiempo suficiente para señalar en todos los ítems, se pide que vuelvan la hoja para señalar en la otra cara y para no verse afectados por la evaluación previa.

*Durante/después de la audición:* "Mientras está oyendo esta pieza musical, debe volver a señalar en la forma indicada anteriormente, contestando a la pregunta *¿Cómo se siente ahora?*

El resultado de la valoración de los efectos de la música será igual a la diferencia entre los dos perfiles si se trata de un solo individuo. En el caso de un grupo, se debe realizar un análisis estadístico basado en las diferencias entre las medias y desviaciones estándar de los perfiles grupales correspondientes al antes y al después. Pero, precisamente ése es uno de nuestros objetivos.

## Resultados

La prueba de evaluación de los efectos de la música, medida con el instrumento DBL-3 fue pasada a estudiantes universitarios no músicos, 80 sujetos en el caso del Adagio y 71 en la Ob. Cubana. Ambos grupos eran de la E.U. de Fisioterapia y de la E.U. de Magisterio de la Universidad de Valencia. Su edad oscilaba entre los 18 y los 23 años.

TABLA 3

Resultados grupales para el ADAGIO. Significación de las Diferencias antes-después tras un análisis t para grupos pareados.

Ítem	média (S)	antes média (S)	significación (p)
1	2,825 (1,357)	4,885 (1,855)	,000
2	2,075 (1,123)	5,000 (1,714)	,000
3	2,600 (1,132)	5,100 (1,428)	,000
4	2,762 (1,434)	4,662 (1,599)	,000
5	2,787 (1,456)	3,775 (1,842)	,000
6	2,500 (1,322)	5,100 (1,556)	,000
7	2,687 (1,318)	4,850 (1,379)	,000



Ítem	média (S)	antes média (S)	significación (p)
8	3,875 (1,554)	4,162 (1,775)	,250
9	2,537 (0,941)	3,100 (1,446)	,003
10	2,812 (1,370)	2,662 (1,501)	,480
11	2,825 (1,016)	4,062 (1,011)	,000
12	3,987 (1,206)	5,000 (1,283)	,000
13	3,300 (1,391)	4,062 (1,461)	,002
14	2,462 (1,466)	2,912 (1,969)	,023
15	2,450 (1,492)	3,450 (1,827)	,000
16	3,075 (1,652)	3,550 (1,855)	,049
17	3,925 (1,581)	5,887 (1,369)	,000
18	4,687 (1,327)	3,762 (1,944)	,000
19	3,325 (1,516)	5,125 (1,418)	,000
20	2,500 (1,331)	3,487 (1,706)	,000
21	3,250 (1,505)	4,512 (1,743)	,000
22	3,137 (1,250)	2,800 (1,586)	,096
23	2,850 (1,707)	3,175 (1,947)	,219
24	5,700 (1,885)	5,800 (1,694)	,422
25	2,250 (1,555)	2,375 (1,694)	,564
26	3,125 (1,529)	4,825 (1,861)	,000
27	3,275 (1,630)	2,412 (1,674)	,001
28	2,387 (1,153)	2,812 (1,332)	,006
29	1,775 (0,886)	1,550 (0,855)	,033
30	1,950 (0,967)	2,100 (1,279)	,363

**TABLA 4**

Resultados grupales para la OBERTURA CUBANA. Significación de las Diferencias antes-después tras un análisis t para grupos pareados.

item	media (s) antes	media (s) después	significación (p)
1	2,704 (1,408)	2,267 (1,352)	,007
2	2,281 (1,436)	2,211 (1,413)	,168
3	2,985 (1,634)	2,000 (1,195)	,000
4	2,901 (1,657)	1,915 (1,307)	,000
5	2,802 (1,390)	2,380 (1,346)	,001
6	2,563 (1,381)	2,098 (1,333)	,002
7	2,704 (1,428)	2,112 (1,214)	,000
8	4,478 (1,511)	4,422 (1,317)	,750



item	media (s) antes	media (s) después	significación (p)
9	2,647 (1,070)	2,352 (1,016)	,023
10	2,845 (1,167)	2,605 (1,439)	,233
11	3,112 (1,326)	2,281 (1,233)	,000
12	3,971 (1,095)	3,535 (1,340)	,003
13	3,084 (1,079)	2,521 (1,169)	,000
14	2,746 (1,754)	2,563 (1,645)	,134
15	2,732 (1,341)	2,352 (1,232)	,002
16	2,985 (1,572)	3,042 (1,581)	,765
17	3,718 (1,578)	2,605 (1,419)	,000
18	4,211 (1,362)	2,943 (1,413)	,000
19	3,253 (1,490)	2,690 (1,545)	,003
20	2,422 (1,317)	2,070 (1,246)	,001
21	3,295 (1,580)	2,605 (1,516)	,000
22	3,436 (1,461)	2,704 (1,247)	,000
23	2,957 (1,439)	2,267 (1,298)	,001
24	6,183 (1,407)	5,718 (1,734)	,005
25	2,352 (1,364)	2,577 (1,499)	,263
26	2,943 (1,629)	3,239 (1,808)	,209
27	3,098 (1,354)	3,366 (1,701)	,270
28	2,535 (1,252)	3,253 (1,500)	,000
29	1,859 (0,883)	2,422 (1,327)	,001
30	2,098 (0,958)	2,112 (1,115)	,902

Se obtuvieron los coeficientes de fiabilidad alfa de Cronbach para DBL-3 en ambas piezas, antes y durante/después, resultando valores entre 0,91 y 0,92. y, por tanto, se consideró que el instrumento, aunque perfectible, podía considerarse adecuado. Por tanto, se procedió al estudio de los efectos psicológicos de las dos piezas por análisis de las respuestas antes y después de escuchar la música, mediante DBL-3.

Las tablas 3 y 4 nos muestran las diferencias entre las medias antes/después y sus desviaciones estandard, y si éstas son o no significativas, pero veamos los datos de otra manera: en la tabla 5, con un ejemplo, donde la columna de la izquierda representa los grados en que se sitúan los sujetos antes de la audición. (El total de cada fila indica el número total de sujetos en cada grado, antes de la audición musical). La fila de arriba nos indica los grados que los sujetos han señalado durante/después de escuchar la música, (por lo tanto, la última fila corresponde a los totales en cada grado



después de la audición). Cada casilla nos indica el número de sujetos que, estando en un cierto nivel inicial (fila), han pasado a cierto nivel final (columna).

Veámoslo con el ejemplo. Situación Antes de la audición: en el grado 1, "muy acompañado", se han situado 25 sujetos. Situación Después de la audición musical, estos 25 sujetos se han distribuido de la manera siguiente: Muy acompañados 0; Bastante acompañados 2; Algo acompañados 1; situación neutra 4; Algo solos 6; Bastante solos 3 y Muy solos 9.

**TABLA 5:**

Distribución de los sujetos antes-después  
item 2. Acompañado/a-solo/a. (Adagio)

Desp ues Antes	1	2	3	4	5	6	7	Total fila
1		2	1	4	6	3	9	25
2	4	3	3	2	9	12	4	37
3			1	2	3	4	1	11
4			2		1			3
5					1		2	3
7							1	1
Total columna	4	5	7	8	20	19	17	80

Hasta ahora hemos hablado de datos grupales que sin duda suavizan los resultados individuales. En éstos hay *cambios según la sensibilidad del sujeto, según su estado anímico inicial y según las asociaciones que el individuo tenga durante la audición*. Para ver un ejemplo de los cambios individuales seguiremos con el ítem 2. Ver los resultados en la Tabla 6.

**TABLA 6:**

Nº de sujetos y Magnitud de los cambios.

Valores negativos indican cambios hacia alto estado de ánimo.



Ítem 2. Acompañado/a-solo/a. (Adagio)

Nº de grados	Nº de sujetos
-1	6
0	6
1	8
2	8
3	17
4	19
5	7
6	9
Total	80

Como podemos observar una gran mayoría se traslada hacia la derecha (bajo estado de ánimo), y de éstos hay 19 que lo hacen 4 grados, 7 sujetos, 5 grados y 9 sujetos, 6 grados, lo cual significa pasar de un estado de ánimo al opuesto.

Las diferencias más pequeñas se producen en los ítems:

ítem 24: "Masculino-femenino" porque son muchos los que no cambian (49), y el número de sujetos que cambia está casi totalmente compensado entre la derecha (18) y la izquierda (13).

ítem 30, "Verdadero-falso": el número de sujetos que cambia son 40 bien distribuidos, (20 hacia cada lado) y 40 que no cambian, pero aunque las diferencias grupales no son significativas, sí existen diferencias individuales que podrían ser investigadas.

Como puede verse en la tabla 3, correspondiente al Adagio, la gran mayoría de ítems producen diferencias significativas ( $p < .05$ ) en los sujetos, por lo que podemos concluir que la audición del Adagio de Albinoni cambia sustancialmente el estado anímico de los oyentes, según autopercepción. Estos cambios se producen en el sentido esperado por hipótesis, según el carácter de la pieza mencionada y descrito por el grupo de expertos, es decir, desde estados de ánimo altos hacia bajos.

Teniendo en cuenta por una parte el punto de partida, es decir, el estado anímico del grupo antes de la audición musical, por otra parte el perfil caracteriológico del Adagio resultante del grupo normativo y finalmente el perfil psicológico grupal después de la audición, tenemos que hacer las siguientes consideraciones:

El estado anímico del grupo *antes de la audición* se puede definir (ver medias y desviaciones estandard en tabla 3) como bastante



abierto, acompañado, activo, despierto, alegre y animado; algo fuerte y próximo y ni eufórico ni melancólico.

Recordemos que el carácter de la música se da por parte del grupo normativo como triste, sublime, armoniosa, calmosa, profunda, ordenada,...

*Después de la audición* el grupo se define algo reservado, solo, pasivo, adormecido, triste, desanimado, débil y distante y también bastante melancólico.

En cuanto a los resultados de la Obertura Cubana, podemos observar en la tabla 2 los cambios producidos, significativos ( $p < .05$ ) también en la mayoría de los ítems y en la dirección predicha. Sin embargo, la magnitud de dichos cambios es menor que en el caso del Adagio. Esto se puede deber a lo siguiente:

a) La Ob. Cubana tiene menor poder de movilización que el Adagio.

b) El estado anímico de los sujetos es bastante alto inicialmente por lo que no pueden producirse cambios de gran magnitud hacia estados de ánimo más altos.

No obstante, se comprobó, que los sujetos que inicialmente manifestaron poseer un estado anímico más bajo mejoraron más que el resto de sujetos. Por ejemplo, hay un sujeto con cambios tan considerables como los siguientes:

Antes	Durante/después	Diferencia
Ítem 1 Bastante reservada	Algo abierta	
Ítem 3 Muy pasiva	Bastante activa	" 5 "
Ítem 4 Algo adormecida	My despierta	" 4 "
Ítem 6 Bastante triste	Algo alegre	" 3 "
Ítem 7 Bastante desanimada	Algo animada	" 3 "
Ítem 11 Bastante aburrida	Algo divertida	" 3 "
Ítem 16 Muy inestable	Bastante estable	" 5 "
Ítem 17 Bastante melancólica	Algo eufórica	" 3 "
Ítem 18 Bastante preocupado	Algo evadido	" 3 "
Ítem 21 Bastante débil	Bastante fuerte	" 4 "
Ítem 22 Muy sin inspiración	Algo inspirada	" 4 "
Ítem 29 Muy sensible	Bastante insensible	" 5 "

Esto refuerza la constatación de Altshuler (op.cit.) en cuanto a



que los pacientes deprimidos pueden ser estimulados con mayor prontitud con música triste que con música alegre.

Finalmente ofrecemos unos datos que dan una perspectiva general de un modo muy sencillo. Hemos obtenido la media de todos los ítems para cada sujeto, excepto el 24: (masculino-femenino) que resultaba estar ligada únicamente al sexo de los sujetos, con una distribución bimodal (no normal). Según esta media se han clasificado los sujetos en tres categorías:

- Categoría 1, si la media es menor que 3 (nivel anímico alto)
- Categoría 2, si la media es igual o mayor que 3 e igual o menor que 5 (nivel anímico medio, y
- Categoría 3, si la media es mayor que 5 (nivel anímico bajo).

Los resultados son los que siguen:

	Adagio	
	ANTES	DESPUÉS
Nivel alto	46	11
Nivel medio	34	63
Nivel bajo	0	6

Para completar más la información podemos añadir que de los 46 sujetos del nivel alto inicial, 33 pasan al nivel medio y 3 al nivel bajo; 10 no cambian. De los 34 sujetos del nivel medio inicial, 1 pasa al nivel alto, 30 no se mueven y 3 al nivel bajo.

	Obertura Cubana	
	ANTES	DESPUES
Nivel alto	44	57
Nivel medio	25	13
Nivel bajo	2	1

Completando la información tenemos que de los 44 que inicialmente están en el nivel alto, 41 no cambian y 3 pasan al medio. De los 25 que estaban en el nivel medio, 16 pasan al alto y 9 no cambian.



De los dos que había en el nivel bajo, 1 pasa al medio y el otro no cambia.

## Conclusiones

El análisis de la fiabilidad del instrumento confeccionado DBL-3 (alfa de Cronbach del orden de 0.9), indica que este diferencial semántico ha sido suficientemente depurado para los propósitos que nos planteamos. Sin embargo, un estudio detallado ítem por ítem, demuestra que alguno de los adjetivos (bipolares) podría eliminarse o sustituirse (por ejemplo, parece que el ítem masculino-femenino no es bien entendido y, por otra parte, puede ser interesante estudiar si el factor música conocida-desconocida, es importante), por lo cual continuaremos el proceso de puesta a punto.

El instrumento construido para caracterizar las piezas musicales de un modo más universal, DBL-2, nos ha permitido averiguar qué atributos son los que se perciben por parte de expertos músicos como significativamente diferentes, e incluso opuestos, en las dos piezas musicales elegidas por nosotros, el Adagio de Albinoni y la Obertura Cubana de Gershwin.

La aplicación del DBL-3 a la autopercepción del estado anímico antes y después de escuchar cada pieza musical, muestra que ambas piezas producen diferencias significativas entre los estados previo y posterior en la mayor parte de ítems, siendo además estos cambios, por lo general de diferente sentido en ambas piezas.

Los cambios emocionales que produce la música son muy significativos y dignos de consideración, ya que en esta experiencia los cambios han afectado hasta un 87.5% de los sujetos de la muestra.

En cuanto a la influencia del estado anímico previo, afirmado por Eagle (op. cit.), nuestro estudio no es definitorio, ya que en el caso del Adagio, la correlación entre el estado inicial y final de los sujetos (medias) es baja y no significativa (coeficiente de Pearson= 0,1402;  $p > ,1$ ), mientras que en el caso de la O. Cubana la correlación es alta (coef. de Pearson= 0,73;  $p < ,001$ ). Por tanto, será preciso realizar más experiencias en este sentido.

Concluyendo, creemos que hay suficientes datos para afirmar que un grupo durante/después de la audición del Adagio de Albinoni, ha modificado su percepción del estado anímico, siendo los cambios en general descendentes y en la audición de la Ob. Cubana, los cambios se han reflejado en sentido contrario. La influencia de ésta es menor ya que el grupo parte de un estado anímico medio-alto y



la música es alegre. Comparando los resultados de ambas piezas, se producen diferencias en sus efectos que son atribuibles a sus distintas características, lo cual refuerza la afirmación de Schoen y Gatewood, en referencia a que los cambios se producen en función del carácter de la música.

## Bibliografía

- ABELES, H.F. (1980). Responses to Music. En D.A. Hodges (Ed.), *Handbook of Music Psychology* (pp. 105-140). Lawrence, KS: National Association for Music Therapy.
- ACCURSO, R. (1967). (Citado por Miller, 1992). *The Development and Application of a Semantic Differential for Sounds*.
- ASMUS, E.P., Jr. (1985). The Effect of Time Manipulation on Affective Responses to a Musical Stimulus. En G.C. Turk (Ed.), *Proceedings of the Research Symposium on the Psychology and Acoustics of Music*. (pp. 97-110). Lawrence: University of Kansas.
- BENENZON, R. (1981). *Manual de Musicoterapia*. Ed. Paidós Educador. Barcelona.
- BRAGG, B. y Crozier, J. (1974). The Development With Age of Exploratory Sound Sequences Varying in Uncertainty Level. En D.E. Berlyne (Ed.), *Studies in the new Experimental Aesthetics*. New York: John Wiley.
- CROZIER, J. (1974). Verbal and Exploratory Responses to Sound Sequences Varying in Uncertainty Level. En D.E. Berlyne (De.), *The New Experimental Aesthetics* (pp. 27-90). New York: John Wiley.
- DOMÉNECH, Blasco y López. (1987). *Musicoterapia en la Formación del Terapeuta*. Ed. Nau Llibres. Valencia.
- EAGLE, (197.1). Citado por Radocy, R. E. y Boyle, J. D. (1988). *Psychological Foundations of Musical Behavior*. Ed.. Charles C. Thomas. Springfield, Illinois.
- GABRIELSSON, A. (1973). Adjective Ratings and Dimension Analyses of Auditory Rhythm Patterns. *Scandinavian Journal of Psychology*, 14, 244-260.
- GABRIELSSON, A. (1979). Dimension Analyses of Perceived Sound Quality of Sound-Reproducing Systems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 20, 159-169.
- HARGREAVES, D. J. (1986). *The Developmental Psychology of Music*. Ed. Cambridge University Press 1986.
- HARGREAVES, D.J., y Coleman, A.M. (1981). The Dimensions of Aesthetic Reactions to Music. *Psychology of Music*, 9, 15-20.
- HYLTON, J. (1 981). Dimensionality in High School Student Participants' Perceptions of the Meaning of Choral Singing Experience. *Journal of Research in Music Education*, 29, 287-304.
- KEIL, C. y Keil, A. (1966) Musical Meaning: A Preliminary Report. *Ethnomusicology*, 10 (2), 153-173.
- MILLER, R.F. (1992). En Colwell, R. *Handbook of Research on Music Teaching and Learning*. Ed. McMillan.
- O'BRIANT, M. y Wilbanks, W. (1978). The Effect of Context on the Perception of Music. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 12 (6), 441-443.



RADOCY, R. E. y Boyle, J. D. (1988). Psychological Foundations of Musical Behavior. Ed.. Charles C. Thomas. Springfield, Illinois.  
 SCHOEN, M. y Gatewood, E.L. (1927). An Experimental Study of the Nature of Musical Enjoyment. En M. Schoen (Ed.), The Effects of Music. New York: Harcourt, Brace.

*Paul Jeanne Brabe*

Resumo: O stress é dignificável e representa a como uma das maiores causas da mortalidade no mundo moderno. Apesar de ser por vezes patológico, de ardeza para a maioria com evidentes sintomas psicológicos orgânicos.

Na base de novas técnicas para tratar e controlar o stress, a sua dimensão de forma global a qualidade de vida do ser humano, através dos princípios que permitem uma abordagem não invasiva, através de respostas específicas que nosso cérebro utiliza mediante alguns estímulos, dentro das e sem.

Baseada nas técnicas psicológicas, desenvolve uma técnica que utiliza a musicoterapia e a biofeedback, para obter resultados rápidos e eficazes no tratamento e prevenção do stress.

*Propósito*

1 - A música utilizada dentro da música eletro e produzida pelo computador (G.K) e utilizada de maneira de maneira a controlar o stress e a ansiedade.

2 - Características das ondas cerebrais medidas por microcomputador, de acordo com o tempo.

3 - Características das ondas cerebrais medidas por microcomputador, de acordo com o tempo.

4 - Características das ondas cerebrais medidas por microcomputador, de acordo com o tempo.

5 - Características das ondas cerebrais medidas por microcomputador, de acordo com o tempo.

6 - Características das ondas cerebrais medidas por microcomputador, de acordo com o tempo.

7 - Características das ondas cerebrais medidas por microcomputador, de acordo com o tempo.

1. Musicoterapia desde 1980, com o uso de um computador, em vídeo e áudio de um computador (G.K), produzida de maneira de maneira a controlar o stress e a ansiedade. S.P. 1994-1995.



# ***Musicoterapia aplicada no tratamento e prevenção do stress***

*Raul Jaime Brabo*<sup>1</sup>

*Resumo:* o stress é cientificamente comprovado como uma das maiores causas de mortalidade no mundo moderno, responsável por diversas patologias de ordem psico-somática com evidentes sintomatologias orgânicas.

Na busca de novas técnicas para tratar e controlar o stress, a fim de melhorar de forma global a qualidade de vida do ser-humano, cientistas vem descobrindo princípios que permitem uma abordagem não invasiva, através de respostas específicas que nosso cérebro efetua mediante alguns estímulos, dentre eles, o som.

Baseado nesses princípios, desenvolvi uma técnica que alia a musicoterapia e a eletroestimulação, para obter resultados rápidos e concretos no tratamento e prevenção do stress.

## **Princípios:**

1 - A relação absoluta entre as ondas elétricas produzidas pelo cérebro (E.E.G), e os estados de consciência ou atividades e comportamentos mentais no homem.

1929- Classificação das ondas cerebrais medidas por microvolt por segundo, ou ciclos por segundo:

Beta= vigília (stress) frequências mais rápidas. 13-30 ciclos por segundo.

Alfa= relaxamento (bem estar físico e mental). 8-13 ciclos por segundo.

Theta= criatividade/meditação (crianças, artistas). 3-8 ciclos por segundo.

Delta= sono profundo, frequências mais lentas. 0,05-3 ciclos por segundo.

2 - "Resposta induzida por frequência": fenômeno que evidencia a modificação das ondas cerebrais, frente a estímulos exteriores, dentre eles o som, ao qual, certas áreas do nosso cérebro tende a

1 Musicoterapeuta desde 1991 (s.p), músico com formação em violino e gaita de fole escocesa (bagpipe), professor de musicoterapia na Faculdade Marcelo Tupinamba-S.P - 1994 -1995.



adotar o mesmo padrão de frequência do estímulo sonoro, após 12 minutos de estimulação em média, bem como, a seguir as variações do estímulo, se essas forem lentas e progressivas.

Essa estimulação evidencia-se predominantemente no hemisfério direito, provocando um equilíbrio da atividade cerebral dos hemisférios direito e esquerdo, que é o princípio da sincronização hemisférica, que induz a um rebaixamento natural da frequência da atividade hemisférica esquerda, de ondas beta para ondas alfa.

3 - Conhecimento teórico e prático dos conceitos da física acústica .

O som como fenômeno vibratório, e suas características:

Intensidade-decibéis

Frequência-Hertz

Timbre-Harmônicos

Duração-Tempo

Fenômenos Acústicos (propagação do Som):

Reflexão

Absorção

Comprimento de Onda:

Para que um tom seja bem reproduzido num ambiente, metade do comprimento de sua onda deve caber naquele espaço, ex:

333 hz - 0,5 metro

50 hz - 3,33 metros

20 hz - 8,33 metros (nesse caso, o espaço pode ser um problema)

Comportamento de propagação dos tons graves, que preenchem o espaço, contornam os obstáculos, e o ganho de reprodução através da interferência de onda. Comportamento dos tons agudos, que viajam em linha reta.

4 - Características do Equipamento:

Faixa de resposta de frequência

Potência

Compatibilidade.

5 - "Sensibilidade do ouvido":

A audição responde diferentemente à sensibilidade de tons médios, entre 500 hz e 4000 hz, tons abaixo ou acima dessas frequências são percebidos com volume mais baixo, isso vale para intensidade normal do som (60-80 db), a medida que o volume aumenta, aumenta a sensibilidade dos tons baixos e altos.

6 - Eletroestimulação nervosa transcutânea - T.E.N.S:

É um método eficaz para se conseguir um relaxamento fisiológico, racional e não invasivo, de áreas específicas da musculatura.



Baixa frequência- 40 a 100 pulsos por minuto:

Promove analgesia e relaxamento demoradamente, com efeito residual duradouro.

Alta frequência- 100 pulsos por segundo:

Promove analgesia e relaxamento imediatos, com efeito residual fugaz.

A aplicação conjugada de baixa e alta frequência, potencializa (soma dos efeitos separados) o resultado, ou seja, analgesia e relaxamento imediatos, com efeito residual duradouro.

A eletroestimulação estimula o organismo a liberar endorfinas ( hipófise ) e encefalinas (hipotálamo), bem como, facilita a eliminação das toxinas musculares, nutrindo melhor as células, estimulando a circulação sanguínea.

7 - Tratamento:

Aplicação da eletroestimulação:

Aparelho - miotens 14.

Objetivo: relaxamento muscular.

## **Musicoterapia:**

Sensibilização do paciente frente ao som enquanto fenômeno vibratório, utilizando frequências baixas.

Treinamento auditivo enfocando os elementos do som.

Aguçar a qualidade de audição do paciente, levantar seu histórico musical.

Despertar no paciente os benefícios da Alfagenia, através da resposta induzida por frequência.

Reforçar a importância do relaxamento.

Resultados:

Qualidade de vida = aumento da resistência física, das defesas imunológicas, bem estar físico e mental, vitalidade sexual, memória, capacidade de concentração, criatividade, confiança, otimismo, poder de decisão.

Dificuldades: apoio financeiro para aquisição de equipamento adequado, e bolsa de estudo para pesquisa.



# *Musicoterapia para gestantes*

## *Da comunicação pré-natal à massagem para bebês.*

*Método desenvolvido pelo autor  
Mt. Fernando de Oliveira Pereira.<sup>1</sup>*

Esta alternativa em saúde tem por objetivo principal demonstrar comprovadamente que a relação mãe/bebê e casal/bebê pode se tornar excelente desde a gestação e que se pode manter a qualidade dessa relação com a aplicação da massagem para bebês - Shantala, após o primeiro mês depois do parto.

Durante cinco anos, de 1987 a 92, estudamos, sob orientação particular e institucional, em vários estados do Brasil, genética humana, embriologia humana, obstetrícia, neurofisiologia fetal, psicocombriologia, pediatria básica, psicologia pré-natal e da gravidez e massagem para bebês. Com a perspectiva holística e unibiótica da saúde humana, estruturamos este método de musicoterapia para gestantes. Sendo musicoterapeuta e tendo o som e o movimento como matéria prima principal de trabalho, consideramos a comunicação pré-natal e a massagem para bebês como a estrutura do método.

Propomos o estabelecimento precoce do vínculo mãe-futuro bebê, família-futuro bebê, através do som e do movimento. Afirmamos que podemos aproveitar a energia e os elementos da música como recurso de qualidade na relação da gestante (casal) com o bebê em formação, contribuindo assim com a qualidade do vínculo pré e perinatal. As sessões de musicoterapia para gestantes são preferencialmente particulares, ao casal. A partir do quinto mês de gestação. Onde ensinamos sobre o desenvolvimento auditivo e tátil do feto, sobre a importância do relaxamento e os exercícios práticos de comunicação pré-natal através da voz: falando, cantando e contando histórias e da audição de músicas selecionadas. Passado o primeiro mês após o parto, a técnica de massagem para bebês é ensinada domiciliarmente, concluindo o ciclo de comunicação, fortalecendo o vínculo com o bebê e sua saúde integral, acompanhando também o

---

1 Musicoterapeuta graduado em Curitiba (1986).



desenvolvimento dos bebês com visitas e contatos trimestrais, ficando à disposição dos casais para qualquer informação ou consulta.

A recente possibilidade de observar a vida fetal com aparelhos de alta tecnologia demonstra capacidades sensoriais até a pouco tempo não imaginadas. O desenvolvimento do ultra-som, dos microscópios eletrônicos de varredura, da microfilmagem e microfotografia entre outros, possibilitaram aos cientistas constatar cada vez mais as potencialidades do feto. Essas descobertas apresentam um ser com sensibilidade, memória e inteligência notáveis. Os pais que consideram essa sensibilidade, memória e inteligência de seus filhos desde a vida intra-uterina criam um ambiente positivo para o desenvolvimento dessas capacidades. As respostas do bebê são comprovadas sem dúvidas. A comunicação com o feto por parte dos pais cria um elo afetivo e sadio. Este vínculo precoce possibilita as mães e pais perceberem respostas e reações especiais de seus bebês desde os primeiros dias de vida. A tranquilidade demonstrada pelos bebês ao serem amamentados ouvindo as melodias que sua mãe cantava durante a gestação, quando estava relaxada é uma resposta clara da comunicação pré-natal. A voz do pai cantando as melodias ou contando as mesmas historinhas que praticou durante a gestação, falando ao lado da barriga, exerce uma força de atração e prazer no bebê e esse prazer é recíproco quando o pai sente-se entendido e correspondido por seu filhinho.

Estamos pesquisando mais atentamente a função das endorfinas na memorização física da sensação de prazer e bem-estar experimentada pelo feto quando sua mãe pratica o relaxamento com música.

Trabalhamos em solo fértil e de promissor futuro científico e prático. A divulgação correta dessas informações é fundamental para o progresso desta arte de proporcionar melhores recursos à saúde humana desde sua sementeira. A sensibilização de pais e mães quanto às capacidades do feto é importante para a melhoria da qualidade do vínculo desta relação e um eficaz preventivo à saúde dos bebês e da família.

## **Palestras e Cursos**

- As palestras, com 60 minutos de duração, utilizando recursos áudio-visuais (video-cassete, retroprojektor, slides e aparelho de som) terão por objetivos:



\* expor os fundamentos teóricos deste método em musicoterapia,

\* demonstrar os resultados da prática do método com depoimentos,

\* divulgar os benefícios da utilização do método para a saúde dos bebês e

\* responder questionamentos dos participantes.

- Os cursos teórico/vivenciais terão no mínimo dez horas de duração, onde serão expostos os fundamentos teóricos do método, o resultado de experiências em sessões de musicoterapia para gestantes e "casais grávidos", a dinâmica das sessões e o ensino da técnica de massagem para bebês - Shantala. Instrumentalizando os pais a realizarem a massagem em seus bebês e os profissionais a ensinarem corretamente a técnica.

- Os estudantes terão acesso ao processo de construção de um método em musicoterapia.

- Os profissionais musicoterapeutas conhecerão um novo método e estarão informados para utilizá-lo.

- Os casais e gestantes, além de informações importantes sobre a utilização da energia e dos elementos da música como recurso de qualidade durante a gestação, aprenderão a técnica de massagem para bebês - Shantala.

- São oferecidos 4 módulos de cursos:

Módulo 1 - para estudantes de musicoterapia

Módulo 2 - para casais e gestantes

Módulo 3 - para musicoterapeutas

Módulo 4 - para profissionais de áreas afins.

- Os custos serão os seguintes:

Transporte - por via aérea quando o percurso da viagem compreender mais de seis horas.

Estadia e alimentação - por conta do promotor do evento.

Preços: Módulo 1 - com até 20 participantes R\$500,00

com mais de 20 participantes R\$600,00

Módulo 2 - com até 20 participantes R\$600,00

com mais de 20 participantes R\$800,00

Módulo 3 e 4 - com até 20 participantes R\$700,00

com mais de 20 participantes R\$900,00

- Observações : O local para realização do curso deverá ter



espaço o suficiente para os participantes sentarem-se ao chão com as pernas esticadas.

O material utilizado para aprendizagem da técnica da massagem para bebês será um boneco flexível do tamanho de um bebê para cada participante.

O material didático necessário (retroprojektor, projetor de slides, aparelho de som para fitas cassete e vídeo cassete) serão providenciados pelo promotor do evento.

Pode-se associar a palestra e o curso. Aquela antecedendo este, servindo de instrumento de divulgação.

Sugestão de horários:

Palestra- sexta-feira às 20:00 h

Curso - sábado das 8:30 às 11:30 h e

das 13:30 às 18:00 h

domingo das 9:00 às 12:00 h. ou

das 14:00 às 17:00h.

O curso será contratado através de um termo de compromisso assinado pelas partes, acordando as condições com pelo menos duas semanas de antecedência. A divulgação, cobrança de inscrições e taxas, lanche, preparação do local para realização do evento correrão por responsabilidade e conta do promotor do evento.

Endereço Postal: Caixa Postal 7901 cep 80.011-970  
Curitiba - Pr.



# *Musicoterapia utilizada no tratamento de artrite reumatóide juvenil*

*Anna Lucia Leão Lopez  
Paula Carvalho<sup>1</sup>*

Musicoterapia é uma especialização científica, que utiliza a música e seus elementos constitutivos como linguagem terapêutica objetivando a integração ou a reintegração do indivíduo na sociedade.

É muito comum nos perguntarem se, para ser atendido na Musicoterapia, é preciso saber tocar algum instrumento. A resposta é não. Qualquer pessoa que possua um mínimo de movimentação nos pulsos, consegue tocar um chocalho, ganzá ou um reco-reco e acompanhar uma música bem popular que frequentemente ouvimos no rádio ou músicas folclóricas que aprendemos quando crianças.

Para nós, musicoterapeutas, o importante na terapia não é a produção estética mas, simplesmente, a produção em si mesma. Podemos trabalhar de forma diretiva (sugerindo músicas e atividades) ou não diretivas (devendo vir do paciente a sugestão). Trabalhamos também com a improvisação musical livre, também sem a preocupação com rimas ou melodias complicadas.

Sabemos que o adulto já carrega em si uma noção estética e com ela uma crítica muito grande. Mas quando este adulto entra numa sala de Musicoterapia, ele encontra alguém que não exige dele nada além daquilo que ele é capaz de dar. Há um respeito pelo que o paciente fala, canta ou toca. A inibição inicial logo dá lugar à vontade de cantar e tocar. Ao prazer.

O setor de Musicoterapia funciona na ABBR há mais de 30 anos, atendendo a diversos tipos de patologias como por exemplo: Encefalopatia Crônica da infância, Síndromes Genéticas, Mielopatias, Artrites e deficiências físicas também causadas por traumatismo, AVC, PAF, entre outros.

Falando especificamente de Artrite Reumatóide Juvenil, temos

---

<sup>1</sup> As autoras são musicoterapeutas da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), Rio de Janeiro, e, respectivamente, vice-presidente e presidente da AMT-RJ.



atendido a casos desde o estado inicial da doença até pacientes já em uso de cadeira de rodas.

Os primeiros objetivos estabelecidos para atendimento a este tipo de clientela são:

- Relação Terapêutica,
- Manutenção da movimentação ativa - trabalhamos com instrumentos musicais de percussão e melódicos, além de utilizarmos aparelhagens de som convencional, por terem os instrumentos musicais formas, tamanhos, texturas e pesos diferentes, a forma de tocá-los exige diversos movimentos da coordenação motora fina e ampla;
- Comunicação e expressão de sentimentos - os pacientes costumam cantar e tocar. Neste momento, sem se dar conta que a atividade o leva a novas movimentações, o paciente esquece ou minimiza a dor para se entregar ao prazer de tocar, cantar e, desta forma, expressar seus sentimentos, angústias, medos, alegrias, desejos, enfim, tudo aquilo que somente com as palavras ele não consegue dizer.

Os resultados dos atendimentos são bastante satisfatórios pois, temos observado que, durante os mesmos, os pacientes não se queixam de dores no momento em que tocam e acabam por conseguir realizar atividades que, muitas vezes, em outros atendimentos apresentam dificuldade em executar.

Iremos expor o caso de um jovem de 12 anos, diagnosticado desde os 4 anos como Artrite Reumatóide Juvenil (ARJ).

Sob a denominação de Artrite Reumatóide Juvenil são incluídas diferentes síndromes de artrite inflamatória crônica da criança, pela apresentação de alguns fatos clínicos semelhantes e o desconhecimento de sua etiopatogenia. Elas apresentam, entretanto, grandes diferenças clínicas e possivelmente etiologias de Artrite Reumatóide do adulto.

No caso do jovem X (como iremos chamá-lo), as articulações acometidas foram: coluna cervical, mãos, punhos e joelhos. A lesão da coluna cervical causou um torcicolo permanente e a limitação de movimentos na coluna lombar e torácica. Nas mãos houve perda da extensão, levando à deformidade das mesmas (punho fica em flexão constantemente). As articulações dos joelhos afetadas (as mais acometidas na ARJ), provocaram dificuldades na marcha. Com



relação ao crescimento, houve um retardamento nas regiões afetadas.

No tratamento da ARJ os objetivos e recursos, segundo Achilles Cruz Filho, são:

- Experiências motoras e sensitivas;
- Auto imagem, estilo de vida e relacionamento social;
- Manter a integridade da criança inserida no grupo social a que pertence;
- Relação família-médico;
- Controlar a doença;
- Evitar e prevenir as deformidades;
- Manter o paciente em família e na escola;
- Permitir um desenvolvimento físico e afetivo adequados;
- Suporte psicológico;
- Exercícios adequados, que devem ser diários para se evitar as hipertrofias musculares e contraturas;
- Repouso;
- Uso de talas, aparelhos e, às vezes, a cirurgia.

Na Musicoterapia, os objetivos são:

- Relação terapêutica;
- Manutenção da movimentação ativa;
- Comunicação e expressão de sentimentos;
- Sociabilidade e integração;
- Auto valorização;
- Participação;
- Experiências no contato com os instrumentos musicais.

O jovem X iniciou o tratamento no setor de Musicoterapia da ABBR em novembro de 1994, após uma primeira avaliação com o chefe do setor sendo elegível para o tratamento. Na instituição foi admitido em 01/08/92. Sendo esta do tipo multidisciplinar, é também atendido na Terapia Ocupacional, Hidroterapia, Cardioterapia, Cinesioterapia e Parafina.

Suas primeiras sessões foram individuais mas, logo passou para um grupo junto com um jovem de 16 anos, também diagnosticado ARJ.

Inicialmente era tímido e falava pouco (comportamento semelhante ao das crianças e jovens com ARJ). Atualmente, fala bastante de si, expressa seus desejos, é muito simpático, atencioso e alegre, parece sentir prazer nas sessões. Tem uma boa relação com o seu companheiro de grupo, incentivando e lhe dando força para aceitar



sua nova realidade, bem como, mantém uma boa relação com a terapeuta.

Gosta de tocar instrumentos percussivos colocando-os da seguinte forma: um atabaque grande na sua frente e um pandeiro em cada lado do seu corpo, sempre em posição sentado. Para tocar, utiliza duas baquetas (uma em cada mão) trabalhando os movimentos dos braços, pernas e tronco; faz rotação de tronco para tocar, o que ajuda a "quebrar" seu esquema corporal em bloco.

Outra atividade trabalhada nas sessões é com o bastão, fazendo movimento com este na vertical e na horizontal, ou apenas marcando o ritmo o que faz com "perfeição".

Sempre traz para o tratamento fitas com músicas de sua preferência, utilizando-as nas sessões (Bon Jovi, Double You, Dance Music, Latino, Engenheiros do Havaí, Roberto Carlos, sambas e músicas românticas). Sempre sugere a música "Felicidade", o que podemos interpretar como seu anseio pela felicidade.

Está sempre disposto a realizar as atividades, é receptivo às propostas, apesar das dificuldades motoras e das dores. Resiste, um pouco, aos movimentos corporais como, por exemplo, "dançar" devido às contraturas que apresenta.

Tem um grande apoio da família, ponto fundamental para a melhora e/ou controle da doença. É trazido para a instituição em transporte coletivo por um dos irmãos mais velhos, tendo que ser carregado no colo. Mora em São Cristóvão com seus familiares.

Achamos que a Musicoterapia tem sido de grande importância para o jovem X, lhe dando suporte afetivo, a possibilidade de movimentação com prazer, socialização e integração, aumento da auto estima e a sensação de alegria durante as sessões.

## **Bibliografia**

Filho, Achiles Cruz "Clínica Reumatológica" Ed. Guanabara Koogan



# *A Musicoterapia e expressão corporal na educação infantil<sup>1</sup>*

*Nicole Jeandot*

O Corpo da criança está sempre pronto a se expressar e é através do corpo que podemos estabelecer uma relação primeiro difusa, personalizada depois. Disposta a receber a criança deve ser disposta a dar. Porque utilizar a Música numa perspectiva de educação ou re-educacação global. Porque há relação estreita entre o MOVIMENTO e a MÚSICA. A música é arte completa.

Ela liga com todas as nossas faculdades:

- nossa motricidade e nosso sensorial pelo som e o ritmo.
- nossa afetividade pela melodia (os intervalos também)
- nossa inteligência por tudo que liga a simultaneidade ordenância toda da consciência da linguagem musical e particularmente a tudo que concerne a harmonia.

A música tem duas maneiras de ser considerada:

Ela é FIM para preparar intérpretes, musicistas, instrumentistas, bons ouvintes de música. Aqui é o papel do Conservatório, Academia, Faculdade de música. Ela é MEIO: considerando a educação musical como meio de desabrochar a personalidade da criança.

Se observamos um recém-nascido, constatamos que a primeira manifestação espontânea é o grito que acentua um gesto, um movimento, um desejo. Podemos pensar que já na criança existem os meios de expressão e os elementos que ajudarão o seu desenvolvimento harmonioso e equilibrado.

- A respiração onde se encontra a unidade do corpo humano.
- A expressão vocal cantada mais tarde falada traduzida pelo grito.
- O movimento que será um meio de expressão e integração social.

Enfim alguns meses mais tarde, o andamento será os primeiros passos à conquista do espaço.

Madame Montessori dizia:"seria necessário que os educadores compreendessem o valor do gesto e do movimento" na vida humana e particularmente na evolução da criança.

---

1 Tema apresentado em Workshop.



Todo verdadeiro conhecimento deveria ser adquirido pelo gesto. MARCEL JOUSSE fala : " Para ser educativo, um assunto apresentado deve ser ensinado ao ser inteiro."

Na medida onde se deixa a criança evoluir sem obstáculos, sem barreiras, sem impedimentos, no meio do grupo, esta medida favorece.

- o desenvolvimento da criança
- o seu desabrochamento individual.
- a sua adaptação no grupo social ao qual ela pertence
- e lhe permite também melhor se situar e agir no mundo.

Isto supõe do educador um conhecimento da criança: Conhecer a capacidade dela e seus limites também ,para evitar o desânimo ou fazê-lo parar.

## **Autodisciplina - Finalidade da Educação Motora**

O Adulto educador ou não educador, muitas vezes pensa que vai disciplinar a criança impondo a ela medidas disciplinares.

A criança pre-escolar ou escolar primária está ainda desajeitada na sua coordenação neuro-motora e a educação motora tem por finalidade ensinar a andar corretamente, correr, ficar em pé,

se sentar, se levantar,  
parar, ir onde mandar,  
fazer o que o conjunto deseja,  
apressar ou alargar o andamento,  
acalmar as suas necessidades de agitação.

A vontade das crianças é submetida à do ritmo.

Claro no início elas cometem muitos erros, são pouco graciosas, recusam executar o que a música convida a executar.

Mas pouco a pouco, elas tomam consciência das possibilidades, possuem, adquirem destreza e agilidade.

Os gestos se aperfeiçoam e as crianças se familiarizam com as noções de espaço e de tempo. Elas se aproximam e participam do grupo.

A atenção delas se desperta. A educação motora pouco a pouco dará o seu lugar a educação rítmica.

A observar: procurar no início a simplicidade das melodias que se adaptam ao comportamento da criança. Partir da criança para levá-la pela música ao que, desejamos para ela.

Ao preparar a sua sessão de musicoterapia em grupo devemos



pensar sempre em todas as crianças que frequentam este momento musical.

No início, as crianças não parecem escutar a música, elas correm o mais depressa possível, executam movimentos desordenados.

## **A Iniciação Rítmica**

Não é ginástica, nem uma serie de exercícios para flexibilizar o corpo. É um estudo graduado de ritmos que se traduz pelos movimentos do corpo em deslocações livres ou segundo as evoluções previstas.

A iniciação rítmica tem por finalidade essencial suscitar REFLEXOS RAPIDOS E NITIDOS? EXATOS.

Ela canalisa os esforços: Acalma os nervosos

estimula os lentos e tímidos

obriga a obedecer não à vontade do outro mas à música.

É uma disciplina individual e de grupo. Ela desperta as aspirações artísticas, desinteressadas e ajuda a formação musical.

A educação rítmica colabora com o desenvolvimento mental.

## **A Criança Escuta a Música**

Ela escuta também a educadora

Fazemos apelo à memória quando pedimos para executar um movimento sugerido ou ordenado pela música. Sua vontade é submetida à vontade do ritmo: Ela deve parar, alargar, executar ao mesmo tempo que o instrumeto toca mandando.

Um domínio de si sempre maior é exigido na medida que os exercícios são mais difíceis.

A rítmica dá à criança o senso de responsabilidade em relação aos outros; ela deve considerar os seus colegas, o lugar deles na formação coletiva, a participação deles no grupo.

A educação rítmica não somente desenvolve corporal e moralmente a criança, ela toca a sensibilidade da criança, desenvolve o seu senso estético ao mesmo tempo que ela a inicia à música e afina o ouvido dela.

É importante numa sessão de educação rítmica prever exercícios de destreza a agilidade com objetos.

Exercícios de reflexos e domínio de si, de atenção e de procura do senso e respeito do trabalho em grupo.: grupo de 2, 3, 4, cirandas, rodas, filas, farândola.



Exercícios de iniciação musical quer dizer reconhecer ouvindo: ritmos de andamento, correr, trote, galope, valores de notas, pausas, compassos, linha melódica - frases melódicas.

A IMAGINAÇÃO deve ser solicitada pela INTERPRETAÇÃO LIVRE ou A EXPRESSÃO ESPONTÂNEA.

Enfim o senso estético deve ser cultivado:

-pela escolha dos trechos musicais

-pelo valor da execução.

A IMAGINAÇÃO desempenha em nossa vida , um papel muito importante, muito mais do que podemos supor.

A imaginação criadora - heurística - não é algo que se acha só reservado aos poetas, filósofos e inventores. Essa mesma tem muito a ver com cada um de nossos atos. A imaginação forma o "QUADRO META" sobre o qual funciona o nosso mecanismo automático. Atuamos ou fracassamos ao agir, não por causa da "vontade" senão devido à imaginação.

O ser humano atua, sente e se desenvolve, sempre de acordo com o que imagina ser a verdade acerca de si mesmo e do ambiente que o rodeia. O sistema nervoso não distingue jamais a diferença existente entre uma "experiência imaginada" de uma "experiência real". Em um ou outro caso, reage automaticamente à informação que se subministrou pelo seu prosencéfalo. Seu sistema nervoso reage apropriadamente com respeito ao que você "pensa" ou "imagina" ser a verdade.

Pois segue-se, de tudo isso, que se nossas imagens mentais e idéias concernentes a nós mesmos se acham deformadas ou se mostram irreais, então nossas reações com respeito ao ambiente serão também inadequadas. Se nos afiguramos a nós mesmos atuando de maneira determinante, isso será similar a desenvolvermos assim a realidade autêntica.

A prática da imaginação ajuda a fazer mais facilmente e com maior perfeição. A CIBERNÉTICA considera o cérebro, o sistema nervoso e o sistema muscular como SERVO- MECANISMO sumamente complicado (como uma máquina) este novo conceito não faz significar que o ser humano seja uma máquina senão que o cérebro e o corpo físico da pessoa funcionam como uma máquina com a qual o indivíduo opera.

A nós acreditarmos que a IMAGINAÇÃO É PODEROSA E PODE INFLUIR SOBRE A NOSSA VONTADE.

SEM IMAGINAÇÃO COMO EXPRESSAR?

Madame E.LECOURT no seu livro em colaboração com os



doutores Jean e Marie Aimee GUILLOT e jacques JOST " La musicotherapie et les méthodes nouvelles" define a EXPRESSÃO CORPORAL desta maneira:

É EXPERIMENTAR, TRADUZIR POR MOVIMENTOS CORPORAIS UMA MENSAGEM SONORA SUSCITANDO: ESTADOS AFETIVOS ÚTEIS À TERAPIA PROCURADA" Não é dança como pode muitas vezes pensar, nem dança rítmica ela oferece uma ajuda ao extriorizar estados psicológicos e contribui para uma maior comunicação entre os seres humanos.

A expressão corporal que exige uma disciplina, liberta as energias, orienta para uma união orgânica do movimento, da voz e dos sons percebidos, que podem ser produzidos por tambor, castanholas, batidas de pé, palmas ou ainda por uma melodia de linha pura e simples.

A EXPRESSÃO CORPORAL estimula o desejo de descobrir, conhecer, utilizar cada vez mais as suas possibilidades motoras e aplicá-las na vida cotidiana. Não somente ela correlaciona as diversas partes do corpo, mas dá a possibilidade de experimentar o movimento no tempo e no espaço.

"A LINGUAGEM É EXPRESSÃO HUMANA dizia MARCEL JOUSSE, ELA É TÃO CORPORAL QUANTO FALADA."

A EXPRESSÃO CORPORAL desenvolve a sociabilização, a adaptação, a concentração, a memória e a sensibilização.

## Prática

Sobre a SONATE do RONDO em ut Maior de W.A.MOZART  
fazer experimentar aos participantes das três fases:

Educação motora

Educação rítmica

Expressão corporal

Fazer ouvir a peça inteira num clima de silêncio e de atenção.  
Pedir o que os participantes sentiram.

Na educação motora pode fazer andar sobre os passos da melodia, parando, parando e esconder o rosto, parando e sentar-se, parando e permanecer imóvel etc...

Na educação rítmica procurar que os participantes respiram com o ritmo da melodia.

Procurar as frases para trabalhar melhor.

Primeira frase, andamento com saltitos

segunda frase, andamento com desajeito



terceira frase, corrida o ritmo é mais rápido parece.

quarta frase, há uma sucessão de frases curtas que fazem pensar em uma discussão.

a última repete a primeira frase.

O que podemos pensar ? o que nos traz esta música? qual estória posso dramatizar?

Frase A - Crianças que brincam de "marela"

Frase B uma outra criança vem atrapalhar

Frase C corrida uma atrás da outra

Frase D todas as crianças correm para pegar aquela que atrapalhou a discussão.

Frase A recomeça a brincar calmamente.

Esta foi a interpretação de um grupo de crianças de rua de 8 até 12 anos

**A MÚSICA NÃO É SÓ APRENDER NOTAS**

**TOCAR PARTIÇÕES**

**É SENTIR PARA VIVÊ-LA E EXPRESSÁ-LA**



# *Musicoterapia - aspectos da construção de uma carreira*

*Marco Antonio Carvalho Santos<sup>1</sup>*

Há vinte anos se formava no Rio de Janeiro a primeira turma de um curso de graduação em Musicoterapia no Brasil. Neste Simpósio estão presentes algumas das pessoas que participaram desse movimento pioneiro - Cecília Conde, a fundadora do curso de musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música, e duas alunas da primeira turma: Lia Rejane M. Barcellos, atual presidente da Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia e Maristela Pires da Cruz Smith, coordenadora deste Simpósio e presidente da APEMESP.

Começo falando da história da nossa carreira. Minha preocupação não é apenas a de prestar homenagens, que são seguramente merecidas, mas de refletir, ainda que de forma breve, sobre a própria trajetória da musicoterapia. A experiência clínica ensina a todos nós a importância de uma anamnese bem feita. Através dela podemos recuperar aspectos, às vezes, esquecidos pelo próprio cliente que só pelas nossas perguntas, os reencontra na memória. Aos poucos vão se revelando fatos, sentimentos, detalhes que possibilitam uma compreensão mais profunda daquela pessoa que começamos a atender. Talvez a imagem da anamnese seja infeliz pelo risco de sugerir que a musicoterapia precise de um tratamento, ou esteja doente. A minha intenção é, antes, a de mostrar que a história pode desempenhar um papel decisivo quando se trata de obter clareza a respeito de uma situação que exige nossa participação.

Conhecemos a história da nossa própria carreira? Creio que não. Alguns textos registraram os "fatos" mais importantes de um determinado período. O primeiro número do Boletim da ABMT, a antiga sigla da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro, trazia um artigo de Doris Hoyer de Carvalho onde a musicoterapeuta procurava registrar os primeiros movimentos no sentido do estabelecimento de um novo campo terapêutico. Não se encontra nele, no entanto, uma preocupação em analisar as condições em que se dá

---

<sup>1</sup> Musicoterapeuta, coordenador do Curso de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música.



esse movimento embora fique um registro sobre instituições e profissionais que tomaram as iniciativas pioneiras, o que, sem dúvida, é importante para nós.

Cabe considerar que uma carreira não se constitui socialmente a partir da simples vontade dos seus membros, mas através de um intrincado processo pelo qual se torna conhecida, tem a sua necessidade reconhecida por setores expressivos da sociedade, até se tornar, por fim, objeto de um certo "consenso" social. Se isso hoje já se tornou claro para muitos dos musicoterapeutas, é bom lembrar que muitos anos atrás, quando existiam apenas três cursos de musicoterapia no Brasil e um número bem menor de profissionais formados, ainda não havia suficiente clareza a esse respeito. Um exemplo disso foram as primeiras tentativas de regulamentar a profissão. É que na ocasião o entusiasmo com as possibilidades da nova carreira e a nossa falta de experiência nos levava a acreditar que isso fosse possível na época.

Numa sociedade complexa o reconhecimento de uma nova especialidade, como a musicoterapia, envolve questões de ordem científica (capacidade de justificar teoricamente junto à comunidade científica os princípios e métodos da nova prática e demonstrar a sua eficácia na clínica) e questões políticas como o convencimento de amplos setores a respeito da sua importância e eficácia. Esse convencimento é o resultado de um trabalho sistemático de divulgação e do debate em diferentes espaços sociais, visando difundir a teoria e a prática da musicoterapia. A nossa profissão já teve de enfrentar, no Brasil, incompreensões e resistências de outros profissionais da área de saúde (embora não só dessa área) marcadas, muitas vezes, por forte espírito corporativo. Não é difícil de entender este tipo de atitude num país onde os recursos para a saúde se revelam constantemente insuficientes e as verbas para pesquisa extremamente escassas, tornando-se objeto de forte disputa. Além, é claro, da tradição autoritária do país, que se manifesta em atitudes avessas ao diálogo e leva profissionais a se considerarem os "donos" de certas áreas e procurarem excluir os demais por mecanismos administrativos em lugar de buscar um debate sério e democrático das questões.

Não devemos, no entanto, superestimar as dificuldades. Podemos registrar não só realizações mas uma série de tendências favoráveis ao crescimento da musicoterapia em várias direções. Em primeiro lugar cabe apontar a criação de novos cursos de graduação e pós-graduação em instituições conceituadas e em estados ou cidades onde não havia antes a possibilidade de formar musicoterapeu-



tas. É o caso da Universidade Federal de Goiás que formou, no primeiro semestre do corrente ano, a sua primeira turma de pós-graduados em Musicoterapia, da Universidade Católica de Salvador e da Universidade de Ribeirão Preto que criaram cursos de graduação em Musicoterapia. O Conservatório Brasileiro de Música já oferece curso de pós-graduação na área, contribuindo para o aprofundamento da reflexão e formando profissionais capacitados para a docência e a pesquisa. A criação de novos cursos revela um interesse pela carreira na área acadêmica e manifesta a existência concreta de uma demanda social por profissionais.

Não disponho de dados atualizados sobre a situação profissional nos diversos estados onde existem cursos e/ou associações de Musicoterapia. No Rio de Janeiro podemos assinalar alguns concursos públicos municipais e estaduais que abriram vagas específicas para musicoterapeutas, caracterizando um avanço no reconhecimento prático da profissão. O Encontro Latino Americano de Musicoterapia realizado no ano passado contou com o apoio e a participação de órgãos governamentais voltados para a área de saúde, educação, justiça e de políticas sociais (como a assistência a meninos de rua, menores infratores, drogados). Novos campos de atuação têm se aberto aos musicoterapeutas como é o caso do atendimento a idosos e a pacientes aidéticos. Não pretendo apresentar um balanço completo do que está ocorrendo na área profissional mas apenas identificar alguns movimentos que considero significativos e promissores.

É preciso, no entanto, considerar que a existência de tais movimentos não é suficiente para justificar uma acomodação da nossa parte nem cairmos em algum tipo de triunfalismo. A consolidação da musicoterapia implica ainda num trabalho multifacetado envolvendo um conjunto de esforços. Gostaria de enfatizar alguns aspectos que exigem, na minha opinião, consideração urgente do conjunto dos profissionais e estudantes brasileiros de musicoterapia.

1 - Sem *pesquisa, publicações* e um esforço de *qualificação acadêmica* de uma parte dos seus profissionais a musicoterapia não alcançará *reconhecimento junto à comunidade científica*. Estes três aspectos se articulam intimamente. A realização de pesquisa sistemática implica na disponibilidade de recursos - exige trabalho, tempo de estudo, equipamentos e, muitas vezes, instalações específicas. Não pode ser realizada adequadamente de forma amadorística, improvisada, nem deve ser considerada como uma iniciativa puramente individual. Implica em conjugação de esforços e estabelecimento de prioridades como forma de evitar a dispersão e o



desperdício. A pesquisa necessita ainda de continuidade, na medida que não se improvisa pesquisadores e o seu trabalho só amadurece e frutifica depois de certo tempo. É preciso acumular experiência, entrosar os pesquisadores e isso não se produz da noite para o dia.

As verbas governamentais de pesquisa, por outro lado, estão sendo cada vez mais canalizadas para as pós-graduações, especialmente mestrados e doutorados, onde se concentra grande parte das equipes de pesquisadores. A inexistência de mestrados e doutorados na nossa área dificulta, portanto, a existência de financiamento para pesquisa sistemática em musicoterapia. Dificuldade não significa impossibilidade. Teremos de criar alternativas para a viabilização deste trabalho e poderemos fazê-lo se estivermos realmente convencidos da sua importância e nos mobilizarmos para isso. Além disso uma outra possível alternativa seria buscar, em áreas próximas à nossa, uma qualificação acadêmica para a pesquisa ainda não disponível na área de Musicoterapia. Musicoterapeutas podem se dirigir a mestrados e doutorados em Música, Educação, Psicologia entre outros.

A falta de publicações revela, por um lado, a não priorização desta questão pela categoria e, por outro, a quase inexistência de uma reflexão sistemática, característica do trabalho de pesquisa. A pesquisa cria uma forte pressão no sentido da divulgação dos seus resultados. Divulgá-los é uma forma de criar a possibilidade de novas interlocuções, de receber contribuições e críticas, sem o que a pesquisa não se desenvolve. É importante registrar que uma área próxima à nossa, a Arteterapia com uma estrutura acadêmica muito mais precária do que a nossa, já publica duas revistas diferentes no Brasil - uma no Rio e outra em São Paulo. A ausência de publicações periódicas de Musicoterapia representa atualmente, para nós, um retrocesso na medida em que já existiu no Rio um Boletim mimeografado do qual foram publicados 14 números e no Paraná uma Revista de Musicoterapia impressa da qual disponho de números publicados entre 1975 e 1977.

2 - A prática clínica precisa ser documentada e colocada em discussão para que possa aprimorar-se através da análise e crítica do conjunto dos musicoterapeutas. Ao expor o seu trabalho o terapeuta explicita os seus fundamentos teóricos o que implica em uma reflexão mais aprofundada a respeito da prática e um estudo contínuo da teoria. É urgente superar o medo de se expor entre os pares, em favor de uma visão mais aberta à crítica e à busca do desenvolvimento teórico e clínico. Já se disse muitas vezes que, assistindo à



apresentação de trabalhos em congressos e simpósios, pode-se construir uma imagem equivocada de uma carreira. Isso porque os trabalhos apresentam, principalmente, os êxitos deixando de lado os problemas e as questões não resolvidas. Questionar profundamente a nossa prática, discutir abertamente nossas dúvidas poderá contribuir para consolidar nosso campo.

3 - A consolidação de uma carreira é o resultado do trabalho coletivo de uma categoria. Coloca a necessidade da superação de uma consciência individualista por outra mais participativa e solidária. A tradição autoritária no Brasil sempre buscou afastar a possibilidade de uma democracia real. Um discurso democrático que nunca se concretiza em possibilidades efetivas de participação, acaba por criar a descrença nas instituições e, conseqüentemente, o desinteresse em participar de qualquer tipo de trabalho coletivo, salvo quando se vislumbra benefícios pessoais imediatos. Esta tem sido uma tradição nacional, criada contra o nosso povo que, ainda por cima é responsabilizado por esta situação. Já se disse que o povo não estava preparado para votar, que era preguiçoso, ignorante, que por sua causa o país não vai pra frente. Criou-se assim um espécie de consenso - não adianta fazer nada a não ser esperar que um dia alguém tome uma iniciativa. Trata-se de uma visão elitista que contribui para alimentar a passividade da maioria em benefício de uma minoria que monopoliza o poder. Hoje este consenso criado pelas elites através de uma conjugação de convencimento e coerção começa a ser rompido e as coisas começam a mudar. Na nossa carreira ainda sentimos muito fortemente o peso desta tradição. É pequeno o número dos que participam de forma ativa do movimento da categoria, e as associações de musicoterapia enfrentam, por isso, grandes dificuldades para realizar o seu trabalho. A responsabilidade de consolidar a nossa carreira cabe a todos nós e não poderemos esperar que alguns poucos façam o trabalho de toda a categoria. As tarefas precisam ser divididas solidariamente de forma a mobilizar o melhor de cada um para este esforço coletivo.

Diante do momento que vivemos, acredito que a formação dos musicoterapeutas precisa hoje focar essas questões da própria carreira. É claro que a formação clínica não pode deixar de ser considerada central. O musicoterapeuta é, básica e principalmente, um profissional da clínica. Isso não pode ser perdido de vista, mas precisamos ampliar a própria visão da inserção da clínica musicoterápica no contexto brasileiro de saúde e empenharmo-nos seriamente na produção de novos elementos que enriqueçam a nossa prática.



# *Musicoterapia em Ribeirão Preto*

*Mt Claudia Lélis*<sup>1</sup>

Gostaria de agradecer o convite para participar desta *mesa redonda* e cumprimentar os colegas musicoterapeutas do Brasil e do exterior.

O curso de graduação em Musicoterapia de Ribeirão Preto teve início em 1994. Como todo "Filho caçula" tem seus privilégios, temos tido a contribuição muito valiosa dos colegas de São Paulo, Rio de Janeiro e Curitiba; no que diz respeito à grade curricular, programas de disciplinas e mesmo com palestras e cursos de extensão. Deixo aqui o meu agradecimento e reconhecimento aos cursos e musicoterapeutas pioneiros no Brasil.

O curso de musicoterapia foi criado na Universidade de Ribeirão Preto, que é uma instituição particular, sob a coordenação da Prof. *Maria Helena Cury*, com a ajuda da *Mt Maristela Smith*. Tivemos a vantagem de ter quase todos os professores já contratados, mas estes vêm de outros cursos e pouco sabem de Musicoterapia. Estamos tentando despertá-los pra importância da interdisciplinariedade para que possamos fazer a ponte entre uma disciplina e outra. Mas, não tem sido fácil! Por outro lado, estamos em fase de acabamento do Ambulatório da Musicoterapia, onde temos duas salas: uma para atendimento em grupo, outra para atendimento individual, com todo material sonoro necessário. Neste sentido acho que é um bom começo, visto que na cidade, não existe nenhum trabalho sistematizado de Musicoterapia. E este ambulatório, visa atender a comunidade local e também ser um laboratório para os próprios alunos.

Contamos atualmente com 43 alunos no 1º e 2º anos do curso de Graduação, que hoje já podem ter acesso a outras faculdades e bibliotecas via INTERNET, através do setor de Multi-Atendimento da Unaerp, à sua disposição. Muitos alunos se associaram à Ape-mesp (Associação de Profissionais e Estudantes de Musicoterapia do Estado de São Paulo) visando uma maior integração como futuros profissionais.

Gostaria de fazer algumas considerações sobre as recomendações feitas no encontro *Latino-Americano*, sobre a formação do musicoterapeuta Brasileiro:

---

<sup>1</sup> Musicoterapeuta, professora de Musicoterapia da Universidade de Ribeirão Preto.



- 1- A necessidade do conhecimento musical prévio
- 2- A valorização e a vivência do aspecto cultural
- 3- Criação de novos espaços
- 4- Afinação do instrumento

#### 1 - *Sobre a necessidade do conhecimento musical*

Se acreditarmos que a música é o *Grande Canal* de comunicação com o outro, possibilitando a abertura de novos canais, como pode um musicoterapeuta não saber música?

Somos levados, desde cedo, a separar razão/emoção, conhecimento científico/arte, fazer/sentir. Penso na arte, no nosso caso específico: a música, como a possibilidade do encontro. Encontros interiores, encontros exteriores.

*Stephen Nachmanovitch*, em seu livro "*Ser Criativo*" escreve: *A música me ensinou a ouvir, não apenas o som, mas quem sou.*

A técnica musical é necessária até para que possamos nos libertar dela. (Um bailarino que quer dançar dança contemporânea, tem que passar pela formação clássica). É necessário que eu saiba o que a música, o fazer musical significa e provoca em mim, para que eu possa estar aberto para acolher as manifestações sonoras do outro, e entrar com ele em ressonância. E ainda, possibilitar que esta comunicação sonora continue e se amplie e, como consequência, amplie o universo individual e social do outro. Seria a "Espiral sonora", que Lia Rejane conceituou tão bem.

Todos somos seres sonoros e a música faz parte de nossas vidas desde milhões de anos. Mas, a formação de um musicoterapeuta pede mais que esta bagagem cultural assimilada inconscientemente. Pede o aprofundamento das técnicas musicais e musicoterápicas.

Nos cursos de graduação, devemos ter oportunidade de diversificar e ampliar o conhecimento musical, e aprender novas maneiras de usá-lo no *Setting Musicoterápico*.

Quando falo da necessidade de libertar da técnica, penso em liberdade para criar, improvisar, *brincar* com os sons. Uso a palavra "brincar", no sentido que descreve *Johan Huizinga*, em "*Homo Ludens*", é ter o espírito livre para explorar.

A brincadeira, na forma livre de improvisação, desenvolve nossa capacidade de lidar com o mundo em constante mutação.

#### 2 - *A valorização e a vivência do aspecto cultural*

Como disse o *Mt Joseph Moreno*, "*A história de nossa profissão tem aproximadamente 40 anos e as tradições de música e cura tem uma história de mais de 40.000 anos.*" E nos chama atenção para o respeito com estas tradições. A formação do musicoterapeuta deve



ter espaço para o conhecimento e a vivência multicultural. Sabemos tão pouco sobre a nossa cultura... *Mário de Andrade* em o "*Turista Aprendiz*" nos dá a dimensão desta riqueza cultural. Os cursos de musicoterapia podem ser laboratórios para pesquisar nossa cultura. Estamos carentes de pesquisa. Vejo aqui um outro campo de trabalho para o musicoterapeuta brasileiro que tenha esta veia pesquisadora...

### 3 - Criação de novos espaços

\* *Espaço para pesquisa* - como citei acima. As instituições são um terreno fértil para o desenvolvimento de pesquisas. Na nossa profissão, quase tudo é pioneiro, em termos de registro de experiências e novas áreas de atuação. Precisamos registrar os dados e escrever sobre isto.

\* *Espaço para intercâmbio* - Este simpósio é um grande momento de intercâmbio. Precisamos manter esta vela acesa entre um congresso e outro.

\* *Espaço para discussão do aspecto social* - neste momento de crise em que vivemos no Brasil, vejo mais que necessário que nós, musicoterapeutas, nos mobilizemos para dar nossa parcela de contribuição. Certamente podemos fazer algo mais além dos atendimentos em consultórios. Alguns musicoterapeutas já trabalham em instituições públicas, que a meu ver, é uma porta aberta para um trabalho social.

E o último ponto que coloco é sobre:

4 - *Afinação do instrumento* - E aqui faço uma metáfora, falo não só do instrumento musical mas do instrumento interior.

Afinar o instrumento musical que tocamos é uma questão do aprendizado da técnica. Afinar o instrumento interior requer algo mais. Precisamos descobrir e ouvir a própria voz, descobrir o próprio potencial criativo. O conhecimento do processo criativo substitui a criatividade. Temos que experimentar. Conhecer os próprios limites, estimula a intensidade. Não os limites que nos são impostos, estes nos amarram. Mas, quando experimentamos os limites interiores, podemos aprofundar nossas relações. Seja através da Musicoterapia Didática, antes ou depois de formados, seja através da prática supervisionada, ou seja através do contato constante com a música cantada, tocada ou improvisada, estaremos cuidando desta afinação interior.

Quando improvisamos com alguém, estamos no campo da entrega e da aceitação. Um não sabe o que o outro vai tocar, mas deverão estar dispostos à compartilhar aquele momento.



Através da prática compartilhada podemos conhecer o poder dos erros. Os erros nos oferecem oportunidades imprevistas. *“A prática é auto-correção e refinamento, é trabalhar em busca de uma técnica mais clara e mais confiável”*. “Os erros e os lapsos”, como já disse Freud, *“são informações inestimáveis do nosso inconsciente.”*

Certamente, afinar o instrumento interior não é fácil, é uma opção de vida que requer além da técnica, a prática, o risco, a entrega, a alegria, a experiência sensível, enfim a coragem de ouvir a voz que vem do coração.

Como canta um músico mineiro: *“Viver é afinar um instrumento, de dentro pra fora, de fora pra dentro.”*



# *A Formação do musicoterapeuta brasileiro*

*Sheila Beggiato Volpi<sup>1</sup>*

Gostaria de agradecer o convite para participar desta mesa-redonda e aproveitar para parabenizar os organizadores deste evento, em especial Maristela Smith.

Estou representando a Faculdade de Artes do Paraná, onde funciona o curso de Musicoterapia, em Curitiba. O curso enquanto graduação existe há 12 anos, desde 1983. Foi aprovado pelo MEC em agosto de 1986. Anteriormente, no início da década de 70, quando se iniciou o movimento de Musicoterapia no Paraná, foi criado um curso de Musicoterapia a nível de Especialização, que oferecia uma formação com duração de 2 anos.

De lá para cá, formaram-se a nível de graduação mais de 100 musicoterapeutas, além dos especialistas.

A Faculdade de Artes do Paraná é uma instituição pública, mantida pelo governo estadual, que oferece o curso de Graduação em Musicoterapia gratuitamente. Esta instituição é originária de uma escola de canto orfeônico e tem como o seu ponto forte os cursos de licenciatura em Ed. Artística, habilitação: em música, artes plásticas, artes cênicas e danças. Além da graduação em Musicoterapia oferece a graduação em artes cênicas (habilitação em interpretação teatral ou direção teatral) e dança.

O curso de Musicoterapia conta atualmente com, mais ou menos, 80 alunos matriculados nas 4 séries.

O número de vagas ofertadas anualmente são 40 vagas.

O candidato do curso de MT, na fase do vestibular, submete-se, além das provas de conhecimentos gerais, a provas específicas na área musical. Estas provas se constituem de:

- a) prática musical - apresentação de uma peça de livre escolha, num instrumento de sua preferência, ou canto;
- b) teoria musical;
- c) solfejo, memória auditiva e percepção auditiva;

---

<sup>1</sup> Musicoterapeuta, professora do curso de Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná.



d) improvisação rítmico-sonoro-corporal.

O curso de Musicoterapia tem a duração de 4 anos. Funciona no período matutino e os estágios acontecem no período vespertino. Sua carga horária total é de 3210 horas, sendo que destas 540 horas correspondem a estágios. Os estágios acontecem a partir do primeiro ano. No primeiro ano são propostas vivências musicoterápicas com caráter pedagógico; no segundo ano o trabalho dirige-se a relação aluno-música, aluno-música-musicoterapia; no terceiro e quarto anos, em observação e atuação clínica.

A faculdade possui um Laboratório de Musicoterapia, vinculado ao Centro de Pesquisa e Extensão da instituição, mas que, infelizmente, atualmente se encontra desativado, por motivos de força maior. Este laboratório tem o objetivo de oferecer atendimento gratuito a comunidade, e um espaço de estágio para os acadêmicos.

O curso de Musicoterapia na FAP estrutura-se em 3 áreas de conhecimento:

1) Área musical - onde são oferecidas disciplinas que auxiliem o aluno a desenvolver a seus conhecimentos musicais, de forma teórica e prática.

2) Área de sensibilização - são disciplinas que visam desenvolver a sensibilidade do aluno enquanto pessoa e futuro musicoterapeuta.

3) Área científica - disciplinas que oferecem conhecimentos para compreensão do ser humano normal e portador de algum distúrbio e como desenvolver o trabalho da musicoterapia com estes indivíduos.

Este ano, estamos tentando desenvolver um Projeto Pedagógico no Curso de Musicoterapia, pois é imprescindível estarmos atentos às mudanças, ao crescimento da Musicoterapia enquanto ciência, às novas tendências e às necessidades do mercado.

Considero importante, momentos como este, nos quais se pode discutir sobre a nossa formação, em como melhorá-la. Trabalho semelhante a este aqui, aconteceu no ano passado, no Rio de Janeiro, durante o Encontro Latino Americano de Musicoterapia. De grupos que discutiram a respeito da formação de musicoterapeuta, surgiram recomendações, às instituições que oferecem cursos de Musicoterapia, que considero pertinentes de serem apresentadas. São elas:

1) deve-se exigir conhecimento musical prévio do aluno de Musicoterapia.

2) que a cadeira de Etnomusicologia faça parte do currículo, sendo o enfoque dado em Musicoterapia.



3) a existência da cadeira de Psicologia da Música.

4) a existência de uma cadeira ou um programa que aborde o Desenvolvimento Musical da Criança Normal (desenvolvimento musical evolutivo).

5) que os coordenadores do curso sejam musicoterapeutas.

6) que se abram espaços para discussão da Musicoterapia na Área Social (meninos de rua, menores infratores, etc)

Discutiu-se ainda, a respeito da formação do docente em Musicoterapia, pensando, quem sabe, na existência de disciplinas didáticas opcionais, durante o curso de graduação. E que as instituições que oferecem o curso de Musicoterapia, priorizem o professor qualificado.

Tenho observado, nas supervisões de estágio dos alunos da FAP, que o pouco domínio musical do estagiário, prejudica consideravelmente a qualidade do seu trabalho clínico. Isto é bastante preocupante, no sentido que, se o nosso elemento de trabalho é a música e não se conhece bem a música, com o que se está trabalhando estão?

Parece-me que temos um dilema: onde a idealização do nível de conhecimento musical do aluno não tem correspondido a realidade. O que fazer? Selecionar melhor os candidatos durante o vestibular? Mas talvez corra-se o risco de não termos alunos, pois a exigência será superior a uma média real. Oferecer mais disciplinas que desenvolvam seu conhecimento musical durante o curso? Talvez, embora saibamos que 4 anos não é o tempo ideal para isto, mas quiçá é uma alternativa.

O que considero importante na formação do musicoterapeuta, é a sua capacidade de lidar com a comunicação não-verbal e com a linguagem sonoro-musical. É ter clareza das suas relações com o mundo sonoro, é vivenciar a Musicoterapia Didática. É buscar cada vez mais na música a compreensão do seu trabalho. É ser acima de tudo um pesquisador.

Resumindo, então, considero que os pontos básicos da formação do musicoterapeuta, seja enquanto acadêmico, ou enquanto profissional, são os seguintes:

- supervisão de seu trabalho clínico;
- aperfeiçoamento musical, buscando uma relação música/homem, cada vez mais íntima;
- atualização científica;
- desenvolvimento (crescimento) pessoal, através de um processo terapêutico;
- desenvolvimento de um espírito científico.



Pensar na formação do musicoterapeuta não significa pensar só no curso de graduação ou especialização que se faz numa instituição de 3º grau, mas significa pensar e se preocupar com sua formação sempre. A atualização, a pesquisa, a prática consciente deve ser a preocupação primeira do musicoterapeuta. Temos que nos preparar, ou tentar nos preparar para as novas possibilidades de atuação da Musicoterapia, vistas as mudanças do mundo moderno.

Gostaria de encerrar minhas breves palavras com um pensamento de Nietzsche:

Meu ensinamento diz: viver de tal modo que tenhas de desejar viver outra vez (...) Quem encontra no esforço o mais alto sentimento, que se esforce; quem encontra no repouso o mais alto sentimento que repouse; quem encontra em subordinar-se, seguir, obedecer, o mais alto sentimento, que obedeça. Mas que tome consciência do que é que lhe dá o mais alto sentimento, e não receie nenhum meio! Isso vale a eternidade.

Obrigada!

São Paulo, 09 de setembro de 1995.



# *Determinismo musicoterápico*

## *Notas Introdutórias*

*Jaíra Perdiz de Jesus<sup>1</sup>*

Esta comunicação foi elaborada para o VIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Surgiu das minhas inquietudes como uma principiante na musicoterapia desde 1990, quando de meus estudos, interesse e desenvolvimento na área. Nesta comunicação particularizo minhas experiências vivenciadas em minha formação musicoterápica e em trabalhos por mim desenvolvidos. Discuto o produto sonoro dos grupos musicoterápicos de que participei nas duas situações acima mencionadas. Desta inquietude, sugiro termos novos, como “determinismo musicoterápico”, “psicomusicoterapia” e a idéia de a psicomusicoterapia vir a ser reconhecida como um suporte para a psicoterapia contemporânea.

A música é uma linguagem específica. Possui estruturas, cuja formação não encontra correspondente específico na linguagem verbal. Como a própria música (produto sonoro organizado), a partitura não possibilita uma única interpretação. As interpretações são dadas pelo sujeito que, tomando a linguagem de sinais da partitura, dá significado ao produto musical. Este produto musical, por sua vez, é individual e coletivo simultaneamente, já que identifica seu produtor (autor), porém escapa do domínio exclusivo deste e passa a ter as marcas do intérprete.

Mediante o entendimento da música com uma linguagem, é possível considerar que o produto sonoro de um paciente em musicoterapia traz uma relação significado significante. Desta forma, as várias linguagens simbólicas, como transposição, podem ser utilizadas para a compreensão do produto sonoro.

É a luz do entendimento anteriormente exposto que venho observando o produto sonoro e sentindo a necessidade de viabilizar, por uma nomenclatura, a compreensão do produto sonoro do “setting” musicoterápico. Coloco assim para uma discussão aberta pelo leitor (ouvinte) a denominação *determinismo musicoterápico*.

---

<sup>1</sup> Graduada em Educação Artística. Habilitação em Música pela Universidade Federal de Goiás. Especialista em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente cursando Graduação em Psicologia.



Esta terminologia, que ousou cunhar, emerge de meus estudos sobre o processo musicoterápico e de minhas experiências e observações oriundas de atuação nesta área.

Desde que me interessei pelos conhecimentos musicoterápicos e busquei a minha formação nesta área, tive a oportunidade de estar em diferentes grupos de profissionais da área, com a finalidade de elaborar um trabalho de autoreconhecimento musicoterápico (Musicoterapia Didática). Nestes trabalhos percebi que as pessoas nos grupos, frente aos instrumentos musicais, tocavam-nos revivendo um possível caos sonoro e posteriormente era feita uma organização sonora. A predominância deste produto musical residia em estruturas rítmicas binárias. As canções que apareciam, também como produção musical, eram na sua maioria de ninar e folclóricas, com predominância de intervalos de 3ª, esquema harmônico elementar (I-IV-V) e canções populares com o mesmo tipo de estrutura. O caos sonoro era estabelecido no "setting" musicoterápico, possibilitando reviver a angústia primária ou primitiva, numa possibilidade regressiva no aqui-agora.

No trabalho intitulado "Pesquisa Sonoro-Plástica em Hospital Psiquiátrico" que realizei em Goiânia, nos anos 91 e 92, com pacientes ditos psicóticos, constatei uma produção sonora equivalente àquela encontrada nos grupos de profissionais musicoterapeutas citados anteriormente. As estruturas sonoro-musicais, produto de um caos sonoro revivido pelos psicóticos, mostravam-se semelhantes às expressões identificadas no grupo de profissionais.

Durante o meu curso de Especialização em Musicoterapia, feito na U.F.G. (de 1993 a 1995), tive a oportunidade de realizar meu estágio com diversos adultos dentre os quais pessoas cegas de nascença e outras que perderam a visão após ter um idade cronológica correspondentes à de adulto. Nestes grupos, identifiquei também o estabelecimento de um caos sonoro revivido no "setting" musicoterápico. Nesta produção sonora prevaleciam estruturas rítmicas binárias, canalizando-se para a construção de uma possível organização a partir do ritmo. Assim, em três grupos com características diferentes pude reconhecer um processo musicoterápico com similitudes no seu desenvolvimento.

Minhas experiências levaram-me a uma indagação básica: como denominar na linguagem musicoterápica o fenômeno constatado repetidamente no "setting" musicoterápico?

Encontrei-me em grandes dificuldades. Tive então de recorrer a outra área de conhecimento e utilizei-me de conhecimentos psico-



terápicos. Independente da abordagem psicoterápica, o produto do "setting" musicoterápico sugere-nos uma comunicação regressiva (pré-verbal e não-verbal) que é estabelecida tendo como produto sonoro estruturas rítmicas variadas, prevalecendo-se na maioria delas, o ritmo binário. A essa comunicação regressiva podemos utilizar para compreender o fenômeno, termos como "estruturas", "arquétipos", "figura-fundo", um tipo de memória ainda não estabelecida.

Esta possível comunicação regressiva identificada pode sugerir uma etapa inicial do processo primário de formação da personalidade, possíveis diálogos mãe-bebê / pré-verbal ou até mesmo uma memória intra-uterina quando, de uma simbiose, parte-se para uma estrutura de individuação. Esta comunicação regressiva musicoterápica dá-nos a possibilidade de refletir até sobre os denominados "nós" da doença psicótica. Na minha observação (anos 91 e 92), constatei que os grupos com os quais trabalhei reproduziram sistematicamente ritmos binários elementares, ligados à nossa vida biológica intra-uterina como ou . Por que estas pessoas tocara este ritmo durante 2 anos repetidamente, se não houve intervenção quando de meu trabalho? Esta foi uma indagação levantada por mim.

Minhas experiências conduziram-me a uma certeza (mesmo provisória) que me levou também a outra pergunta. Uma certeza é que o caos sonoro revivido, embora seja angustiante, pode ser um espaço intersubjetivo, no qual psicóticos e neuróticos encontra em igualdade de condições para ser e produzir. Deste modo, a possibilidade de utilizar a linguagem musical apresenta-se igual tanto para os ditos psicóticos como para os ditos neuróticos. Assim sendo, poderá este tipo de "regressão" ser o suporte da psicoterapia contemporânea? Estaremos desenvolvendo a "psicomusicoterapia"? Tudo isto está a sugerir que a construção de uma linguagem musical (ritmo, melodia, harmonia) possa vir a ser a elaboração de um processo primário para o secundário numa linguagem específica diferenciada?

Após formular tantas questões, não posso deixar de reconhecer minhas próprias limitações humanas, assim também, no momento, a limitação de conhecimentos científicos quanto ao determinismo genético, ao determinismo biológico e ao "determinismo musicoterápico", termo que estou sugerindo levando em conta ser o som um elemento estruturante da personalidade.

Coloco assim para uma discussão aberta este termo que surge



de uma necessidade sentida, sobretudo, na minha atividade como musicoterapeuta.

## Bibliografia

- ANZIEU, D. *O eu-Pele*. Casa do Psicólogo Livraria e Editora, São Paulo, 1989.
- BENENZON, R. O. *Manual de Musicoterapia*. Enelivros, Rio de Janeiro, 1985.
- BENENZON. *O Autismo, a Instituição e a Musicoterapia*. Enelivros, Rio de Janeiro, 1987.
- BENENZON. *Teoria da Musicoterapia*. Summus Editorial, São Paulo, 1988.
- BENENZON. *Musicoterapia en la Psicosis Infantil*. 1.ed. Paidós, Buenos Aires (Argentina), 1976.
- BENENZON. *Musicoterapia en Psiquiatria*. 2.ed. Barry, Buenos Aires (Argentina), 1972.
- BILEMJIAN, Jaíra P. J. Relatório de Pesquisa. *Pesquisa Sonoro - Plástica em Hospital Psiquiátrico* - ISBN 794 - 80 - 7284 -002 - 8
- BILEMJIAN. Relatório de Pesquisa. *Pesquisa Testificação Sonoro Plástica* - ISBN 7893/85 - 7284 - 001 - X
- BILEMJIAN. Relatório de Pesquisa. *Pesquisa da Influência Sonoro Plástica em Pacientes de Hospital Psiquiátrico* - Registro nº 81.123
- BILEMJIAN. Relatório de Pesquisa. *Deficiência Visual e a Musicoterapia*. Monografia Apresentada no Curso de Especialização em Musicoterapia Trabalho não Publicado - 1993 - 1995
- BION, W.R. *Volvendo o Pensar*. Ediciones Hormé S.A.E. - Editorial Paidós - 4 ed., Buenos Aires (Argentina), 1990.
- WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*. Imago Editora, Rio de Janeiro, 1975.
- WINNICOTT. *El Hogar, Nuestro Punto de Partida*. 1.ed. Paidós Psicología Profunda, Buenos Aires (Argentina), 1993.
- WINNICOTT. *Exploraciones Psicoanalíticas I*. 1. ed. Paidós Psicología Profunda, Buenos Aires (Argentina), 1991. (1ª reimpressão, 1993)



# *Musicoterapia Breve com uma paciente que me foi apresentada como terminal*

## *Sertaneja tecendo uma colcha de retalhos<sup>1</sup>*

*Jaíra Perdiz de Jesus<sup>2</sup>*

### **Resumo**

Este estudo apresenta a musicoterapia com uma mulher de 70 anos de idade com câncer terminal, que "solicitou" a musicoterapia de modo não-convencional. O trabalho nasceu de fatos sincrônicos e posteriormente houve a intencionalidade nele. A abordagem desse caso sugere a validação ética do mesmo, já que os procedimentos profissionais não foram os estabelecidos pela prática usual. O trabalho foi oferecido à paciente atendendo sua solicitação para expressar seus afetos, sem estar explicitamente contratado para tal. A técnica desenvolvida foi da utilização de audição musical.

### **História Clínica**

A. foi diagnosticada em dezembro de 92 com câncer no seio, necessitando fazer uma mastectomia seguida de terapia de radiação. Em janeiro do ano seguinte, sua única filha soube pelo médico que a operou que se tratava de um tumor maligno. A atitude da filha foi de ocultar da mãe e do restante dos familiares a situação grave da saúde de A..

Em 93, A. sentia dores ósseas, mas o que lhe comunicavam sobre sua saúde era que poderia estar com osteoporose. Em 94, retirou o outro seio, segundo me informaram, para melhorar suas dores ósseas. Nesta cirurgia, a equipe deixou uma lâmina do bisturi em seu corpo, o que provocou dores muito mais intensas do que as anteriores. Dois meses após, a lâmina foi expelida do corpo pela pele onde antes havia drenos da cirurgia. Acreditando agora poder aliviar as dores, A. esperou melhorar, o que não ocorreu.

1 Trabalho apresentado no VIII Congresso Mundial de Musicoterapia - Hamburgo, Alemanha - 14 a 20 de Julho de 1996.

2 Especialista em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás.



Desde sua primeira cirurgia em 93, os exames de cintilografia já acusavam pontos ósseos comprometidos. A grande dificuldade de sua única filha admitir para a mãe e familiares o diagnóstico começou a ser desvelada. Os familiares (parentes e contraparentes) começaram a entender que o câncer estava em estado avançado, que, em vez de ser extirpado, tomara o organismo.

Foi durante uma hospitalização sua - setembro de 94 - que realizamos o processo breve de musicoterapia. Neste período, A., sentindo muitas dores, esteve muito deprimida, negando-se a alimentar-se, chegou mesmo a desidratar-se. Não concordava com o atendimento médico e recusava-se a ser hospitalizada para recuperar-se. Foi mediante resistências que se deu essa hospitalização.

## **Um Pouco da História de A.**

A., hoje com 70 anos (1994), nasceu no interior do Estado de Goiás, Brasil, e é de família de origem numerosa. No início do século, seu pai teve tuberculose e como a família vivia em local sem condições para tratamento adequado, A. foi entregue ainda bebê a uma parenta próxima que passou posteriormente a adotá-la. A. foi recebida na sua família afetiva com muita disponibilidade, já que o casal não tinha filhos. Depois, A. teve uma única irmã. Estudou nos melhores colégios da época, estudou piano e formou-se em Direito. Casou-se com um dentista, que tocava cavaquinho, 16 anos mais velho que ela. Teve uma única filha, que enviuvou após 2 anos de casada, ficando com um bebê de 2 meses. A. tem uma relação muito próxima com esta filha e para ela, a viuvez de sua filha foi vivida com grande intensidade (luto e perda).

A. nunca trabalhou na profissão e sempre foi muito voltada para a crença espírita, mesmo sendo educada na religião católica. Um comportamento característico de A era não compartilhar com os outros (parentes, contraparentes e amigos) suas dificuldades relacionadas com a afetividade.

## **O Encontro pela Musicoterapia**

A. era uma pessoa das minhas relações pela vida. Ao saber de seu estado de saúde, decidi visitá-la. Eu morava a mais ou menos 200 km de A. Desloquei-me da minha cidade, levando comigo B., que é sua cunhada (82 anos), irmã de seu marido (86 anos). Ao entrarmos no quarto do hospital, ela se emocionou muito com a nossa



presença e começou a chorar. Comovida, procurava manifestar constrangimento de termos viajado tanto para visitá-la. Sua cunhada disse-lhe que a viagem tinha sido ótima e alegre, pois ouvimos músicas folclóricas (sertanejas antigas) e outras. Conta-lhe que cantamos muito juntas. Nesta hora, o clima emocional desfez-se e, então, começamos a falar sobre música. Ela recordou-se de uma certa música com este trecho: "Sertaneja... esse canto é todo seu, na ilusão deste poema, eu cantava um diadema para te ofertar...". Ela se emocionou, mas não conseguiu cantar com melodia expressiva e nem recordara a letra toda. Imediatamente, sua única irmã, que estava no quarto, emocionou-se e ambas reconheceram pela fala que aquela música trazia-lhes memórias vivas do tempo de internato (quando criança) na cidade do interior em que viveram e ambas lembram-se de fatos daquele período. Fluiu muita emoção. Neste instante, a paciente começou a introduzir fatos "engraçados" no diálogo, contando segredos seus e da irmã, do tempo vivido. As memórias estavam podendo ser revividas. Parte de suas dificuldades estavam sendo expressas através das lembranças que ela guardava em segredo. Fatos, acontecimentos, memórias eram relembradas nesse acontecimento fortuito através da música.

Era grande a dificuldade de A. em saber que estava morrendo e da própria família de lidar com esta realidade que era, então, camuflada com mentiras e com um otimismo exacerbado. Sua família queria oferecer-lhe risos, alegrias e estímulos, dissuadindo toda informação que pudesse levá-la a perceber a extensão da gravidade de sua doença. Arquetetava-se uma situação artificial de otimismo.

Na verdade, A. sabia de seu estado de saúde, mas possivelmente não conseguia conviver com esse saber. Por outro lado, o grau de intolerância dos familiares às manifestações de seus sentimentos era comparável à incapacidade que a família tinha de tomar contato com esse adoecer. Pode-se considerar que essa paciente teve de viver num estado de isolamento, sem expressar sua dor física e psíquica. Parecia-me que naquele momento não havia ninguém que pudesse compartilhar de sua dor. Não havia liberdade para falar sobre a doença. A paciente estava sujeita a um contingente tal que a impedia de saber e de falar. O modo como a família atuava, já descrito anteriormente, era risos e alegrias, recusando-se a falar qualquer coisa sobre seu sofrimento. "Nada de choro!" Era a lei.

A literatura acerca de terapias com pacientes terminais aponta, no entanto, outros modos de expressão comunicacional, dentre os quais a música como uma possibilidade de ser o agente transforma-



dor dessas dificuldades. Nosso encontro já dera sinais dessa possibilidade, pois foi, exatamente, a música que desencadeara, como narrado anteriormente, a fluência da emoção e provocara um certo expressar de dificuldades emocionais.

Esses fatos levaram-me a perceber a possibilidade de a música ter correspondência com a história musical de A.; a música apresentava-se como o objeto que facilitaria uma relação vincular. A situação ocasional levou-a a lembrar lembranças e tive a percepção clara de que, nesta paciente, abriu-se um canal de comunicação e de que seria possível utilizar a linguagem musical e uma música compatível com sua identidade Sonora - um ISO - para abrir o espaço intersubjetivo ou transacional para aquela paciente expressar os seus conteúdos afetivos. A música poderia ser utilizada para dar continuidade ao processo do reencontro.

Toda essa situação ocasional levou-me, naquele instante, a vislumbrar a possibilidade de tornar útil aquele episódio circunstancial e tentar sistematizar um trabalho musicoterápico adequado e capaz de auxiliar A. a enfrentar esse seu momento.

Aquela interação ocorrera sem a aquiescência da paciente. Eu, porém, me percebi sem impedimentos para propor ajudar, pois não era "cúmplice" dessa interação, tampouco do jogo emocional estabelecido pela família.

Outro dado relevante para eu acreditar na possibilidade do processo musicoterápico foi a liberdade e a facilidade de A. para conversar sobre música nesse encontro por saber que eu sou musicoterapeuta.

Por conhecer um pouco da história de vida de A. e por observar o quanto pela música ela conseguia lembrar o tempo perdido no passado, de modo descontraído pela circunstância musical, decidi oferecer-lhe um pouco do que sei como musicoterapeuta e também a aprender com ela sobre a vida e a morte.

Lembrei-me, particularmente, de que a literatura registra a terapia de curta duração como útil para pacientes terminais, principalmente para aqueles que não têm um único e simples problema para resolver nesta etapa da vida. Possivelmente, essa terapia seria um suporte brevíssimo para poder dar continuidade ao vivido.

Para propor a minha ajuda, perguntei a A. se queria ouvir a música intitulada Sertaneja citada anteriormente. Ela disse que gostaria, mas no hospital não achava adequado, pois lá reclamavam de qualquer "barulho" extra. Eu, então, disse-lhe que viria no outro fim de semana e traria uma fita gravada para ouvirmos juntas,



baixinho, sem incomodar o hospital. Ela concordou. A partir desse encontro, mais um desafio estava se iniciando para mim como musicoterapeuta.

Em minha cidade, preparando-me para o atendimento de A., realizei um levantamento musical e encontrei a música Sertaneja, lembrada pela paciente. Na verdade, eu havia percebido que o processo musicoterapêutico já se instalara de maneira não convencional quando de minha visita e que a música Sertaneja possibilitaria à paciente rever pontos de sua vida localizados na memória. Gravei, então, a referida música em fita cassete e a levei quando de minha nova visita.

Retorno à cidade de A. e vou ao hospital vê-la no nosso segundo encontro musical. Chegando lá, sua irmã estava no quarto. Para evitar o clima de formalidade e manter a descontração do nosso primeiro encontro, não peço que ela saia. Comunico à paciente que trouxe a música. Ela imediatamente quer ouvi-la. Sua irmã tenta interferir na escolha sugerindo uma peça erudita. Comunico-lhe que sua escolha será respeitada. A paciente também manifesta sua vontade, recusando a audição de peças eruditas. Pede para escutar logo a música escolhida.

A presença de sua irmã no quarto foi mantida por eu entender que seria uma possibilidade de sensibilizá-la para compartilhar das memórias que ambas reviveriam, como também que seria melhor aproximá-las no campo afetivo, já que sua irmã era uma das pessoas que conviveria com ela continuamente na sua doença. Então, ouvimos, as três, a música Sertaneja.

Ao ouvi-la, A. canta e chora. Ela e sua irmã cantam com muita emoção. Logo após, ambas falam de sua infância, dos pais, do internato em colégio onde viveram, falam da canção preferida do seu pai e, então, eu proponho que nós três cantemos esta canção que é também do folclore gaúcho - Casinha Pequeninha.

A. e sua irmã choram muito e, após cantarmos esta canção, A. recorda histórias de sua infância as quais envolvem o pai, relatos sobre viagem de avião deste e manifestação de sexualidade. As lembranças são todas orientadas para a figura do pai. A mãe ficou esquecida neste encontro. Todo o tema é voltado para o pai que falecerá há 40 anos, vítima de câncer. É importante registrar que seus pais adotivos, ambos, sofreram com câncer. Sua mãe recuperou-se e faleceu anos após, de infarto. Seu pai contraiu a doença que se prolongou durante anos, levando-o a um grande sofrimento. Estas filhas absorveram, de tal forma, a experiência de compartilhar dessa



doença, que isso dificultava a convivência até mesmo com a idéia de qualquer pessoa vir a ser diagnosticada com um tumor cancerígeno.

Nesses relatos lembrados pela paciente, esta descreve um dia em que seu pai sai de casa numa manhã e não volta para o almoço retornando somente no outro dia. O pai fora convidado para fazer parte de uma comitiva da cidade em que viviam para viajar, pela primeira vez, de avião até uma outra cidade próxima. Aceitando o convite, não teve tempo de comunicar à família. Recorda, então, que quando brincava com a sua irmã no quintal da casa onde moravam e, ao ouvir o barulho do avião no ar e vê-lo, gritou, desejando que ele caísse na sua "peteca", sem saber que seu pai estava lá dentro. Agora recrimina-se pela brincadeira, tantos anos após, e incomoda-se com o fato de ter gritado tanto aquilo. Sua irmã ri meio sem graça e admira-se de ela recordar esse fato tão longínquo. Ela, então, discorre mais para a irmã e para mim. Ela fala das brincadeiras em que tentava imitar as pessoas que fumavam. Volta a expressar o desejo que teve desde pequena de fumar. É bom registrar que para elas a causa de seu pai contrair câncer foi o fato de fumar. No entanto ela, a paciente, nunca fumou.

Após seu relato compartilhado com a irmã, volto ao tema musical, falando sobre a possibilidade de ela querer ouvir ou cantar algo mais. Imediatamente, ela sugere a canção "Índia" que lhe lembra o genro falecido em desastre aéreo. Pede também "Meu Primeiro Amor" e "Flor de Cafezal", canções que ela ouvia durante o luto do genro. Logo em seguida, diz que não quer ouvir mais tristeza e sugere ouvir algo alegre como os improvisos que uma cunhada tocava ao violão nos bons tempos de casadas. Esta cunhada também enviuvou por ocasião de outro acidente aéreo de que seu marido fora vítima coincidentemente. Fala do trecho musical que mais lhe agrada e lhe causa risos: "toda viúva que já está passada...".

A. diz que esta sua cunhada já está com mais de 70 anos, senão pediria para ela vir até sua cidade para cantarem juntas. Comenta sobre a impossibilidade de cantarem juntas. Fala que gostaria muito de ouvi-la cantando. Retornando à minha cidade, procuro esta cunhada. Conto-lhe o fato e ela se dispõe a gravar uma fita tocando e cantando. Ela canta, gravamos, cantamos, ela recita versos e repete "a moda de viola". Eu retorno à cidade de A. no dia seguinte da gravação, levando duas fitas gravadas. Uma com a canção que ela sugerira e outra com a gravação, ao vivo, da cunhada.

No terceiro encontro, a paciente já estava em casa. Ficou decidido que agora ficará em casa e não mais hospitalizada. Quando nos



encontramos, comunico-lhe que trouxe as fitas gravadas. Ela pede para ouvir primeiro "Lá na Venda". Ao ouvi-la, fala espontaneamente da saudade daquele tempo de sua vida e continua revelando suas reminiscências. Pede para gravar uma mensagem à cunhada que lhe solicitara a receita de uma bacalhoadada. Logo após, ouvimos a seleção de música sertanejas mencionadas no segundo encontro. A. ouve as músicas, expressa sua emoção, chorando muito, e pede para aumentar o volume do gravador, quando ela associa o que ouve a memórias que fluem de sua história de vida, o que sugere a possibilidade de retornar aos pontos mais expressivos na sua história associados à expressão musical para, num outro momento, poder seguir mais livremente. Convido-a para ouvirmos uma música sertaneja - minha intervenção com uma música gravada - que lhe trouxe de "presente".

Falo, então, o nome da música e pergunto-lhe se conhece. Ao ouvir o nome "Colcha de Retalhos", ela diz que não gosta de retalhos e que não conhece a música. Mesmo assim se dispõe a ouvi-la. Fica emocionada durante a audição e chora. Fala que gostou da beleza da música e que o tema colcha de retalhos não lhe é muito agradável, pois lembra a sogra que fazia muito esse tipo de trabalho. Conta que, recentemente, uma vizinha, já idosa, fez um trabalho semelhante a esse e presenteou seu neto. Fala também, em seguida, que esta morrerá, sem poder terminar uma almofada.

Comenta, então, que ela terminou esse trabalho e hoje é utilizada por ela mesma para descansar quando das dores de cabeça. Pede, então, que eu vá ao seu quarto e traga-lhe a almofada. Pega-a e acaricia-a muito. Fala, então, que irá construir sua colcha de retalhos com cada visita que vier vê-la, com cada amigo que a procurar.

Neste momento, A. demonstra estar mais aberta às relações com as pessoas, atitude diversa da que ela e a família adotaram após os incidentes de suas "tragédias" na história da vida. Diz também acreditar que não "arriba" desta vez não!... Eu, sugerindo uma forma brincalhona, digo-lhe que "arribar" ela pode, só que nós não sabemos para onde. Ela chora muito e eu compartilho de seu choro. Ela fala em Deus e na sua fé religiosa.

Retorno à minha cidade deixando com A. a fita gravada. Após alguns dias telefono-lhe para saber notícias do seu estado geral e fico sabendo mais uma vez que sua filha não aceita participar-lhe a gravidade de sua doença. Para ocultar-lhe isso, fato que me causou surpresa, sua filha adulterou o laudo médico, trocando o diagnóstico



por osteoporose. Apesar de reconhecer que sua mãe está “feliz”, a filha não quer que ela receba mais visitas, pois poderá “desconfiar de que está muito doente”. Assim sendo, não voltei mais. Encerrei esta possibilidade musical, pois nem música a filha queria que a mãe ouvisse, pois não deseja vê-la chorando.

## **Discussão e Conclusão**

1. O paciente terminal é um paciente fronteiro, já que ele está nos limites do símbolo e do concreto, simultaneamente.

2. A técnica utilizada no caso aqui descrito foi sugerida pela paciente - audição musical, compatível com seu interesse musical.

3. Este trabalho foi brevíssimo, já que se tratava de doente apresentada como terminal. Mesmo brevemente, este trabalho possibilitou à paciente o resgate e o reencontro através do musical, bem como a elaboração de experiências de separação e de história pessoal que ficaram à deriva, esquecidas, sem que A. pudesse resgatá-las e até pensar numa possível reparação simbólica.

4. Compartilhar o espaço sonoro intrasubjetivo com pessoas que estão numa possível situação de morte iminente, perda de vida e de partida é um trabalho muito mobilizador para o musicoterapeuta e também para o paciente.

5. Num processo de 3 sessões ou encontros, esta paciente trouxe novamente para a superfície pontos de sua história de vida. Percebi-a psicologicamente favorecida para abordar sua vida afetiva, já que, anteriormente, ela deixava este aspecto para outro plano. Dava prioridade a questões práticas e à objetividade do dia-a-dia. Quando foi hospitalizada, já não conseguia mais manter-se somente no aspecto objetivo. Sua subjetividade estava emergindo através da música.

Nos três encontros, esta paciente vai atrás do resíduo emocional guardado durante anos e o encontra, através da musicoterapia.

6. Os relatos da paciente, após a audição da música Sertaneja, sugeriram-me a possibilidade de interpretar suas manifestações como desejos incestuosos e sua grande culpa relacionada com esses desejos. A paciente revelou configurações muito primitivas. Por que entre tantos fatos registrados na sua memória acerca de sua história de vida, ela revelou-nos esse desejo incestuoso? Este refletiria seu nível de angústia passado concomitantemente com seu nível de angústia agora sentindo-se doente? Seria pertinente considerar que os temas, voar e passáros apresentados na letra de música Sertaneja



tenham relação com o relato verbal da paciente em que a temática girou em torno de avião e voar?

7. Houve uma mudança na expressão espontânea do tempo musical. A identificação com o ritmo ternário, binário, quaternário foi encontrada. A proximidade dos tons musicais (menores), o estilo musical (folclore - sertanejo e improvisos), a variação das formas (valsa, guarania, canção), o desenho melódico descendente de algumas músicas, a estrutura harmônica básica de V-I e pouca possibilidade de modulação destas peças mostram o reconhecimento de identidade sonora desta paciente, colocado nas suas próprias escolhas.

8. Numa perspectiva de análise pura, a escolha musical apresentada pela paciente sugere uma elaboração regressiva e muito primária. O caminho do processo analisado é melhor compreendido na linguagem musical. As raízes da cultura predominaram musicalmente.

9. As letras das músicas escolhidas, com grande conteúdo emocional, sugerindo partida e saudade, têm também numa estrutura elementar uma beleza melódica. Há nas letras vários discursos musicais. Na música estilo repentista ou improvisada (Lá na venda), percebo na letra a intenção manifesta da "violação do tabu". Esta letra musical tem uma estrutura repetitiva e menciona vários segmentos da comunidade, viúva, mulher casada, padre, o moço, que "transgridem a regra pela bebida". No exercício de transgressão da regra - já que nossa cultura, nos anos 50, não aceitava que certos personagens fizessem uso da bebida - fazê-lo, então, representava um atentado aos valores da cultura e o texto musical permite a todos em geral essa possibilidade. Enquanto a letra é flexível, a música pura é díspare em relação à letra. A melodia e a harmonia - apoio do texto - são a mesma na música toda, possibilitando o improviso sobre o jogo de dominante - tônica (V-I), tensão - relaxamento.

10. As intervenções, procurei fazê-las o mais sutilmente possível, seguindo as pistas da paciente, escolhendo uma música no estilo folclórico sertanejo gravada.

11. A possibilidade de a música transportar o paciente a etapas regressivas de sua vida novamente é confirmada. Pela música, então, uma possível regressão no aqui-agora pelo espaço musical é viabilizada.

12. Observo que a solicitação para um trabalho como este exige prontidão e emergência. Uma grande energia é desprendida do musicoterapeuta.



13. A análise do conteúdo semântico das letras das músicas não foi tão valorizada por mim nesta discussão, já que considero que, ao contrário da música pura que favorece aflorar um conteúdo profundo, a letra impede que o paciente encontre substratos profundos mobilizados.

14. Com a confirmação do diagnóstico de câncer, a família ficou exposta a uma comoção. Em consequência, esteve desordenada no momento de maior angústia grupal, situação que evoluiu para maior grau de ordenação e organização, mesmo a paciente continuando em estado grave.

15. Todo paciente doente é potencialmente um paciente depressivo. A morte é a mais importante fonte de angústia para os seres humanos.

16. O comportamento desta paciente no seu grupo familiar e social teve mudanças significativas. Ela apresentou mais facilidades de expressar seus afetos - positivos ou negativos - com grande intensidade afetiva. Essa observação deu-se durante o ano seguinte desse atendimento. Após romper suas barreiras internas pelo encontro da musicoterapia, barreiras estas construídas por si mesma (defesas), seu espaço egóico aumentou, facilitando sua expressividade.

17. Este trabalho foi realizado em setembro de 94. Penso que, nessa época, a paciente considerada clinicamente terminal encontrava-se num período de sua doença em que ela negava a realidade a ser vivida, chegando a iniciar um processo depressivo. Concomitantemente, a esperança de viver mantida pela paciente passou por fases que alternavam entre: 1) projetos de vida, esperança e raiva, mágoa expressa contra o marido e familiares; 2) esperança e "barganha com Deus", período em que rezava muito, fazia promessas e negava-se a tomar as doses de sedativo prescritas pelo médico, oferecendo suas dores e orações em sacrifício aos familiares que a rodeavam; 3) esperança, planos e muito sofrimento quando decide aceitar toda a medicação prescrita, pedindo muitas vezes para morrer. Todas essas fases que observei no seu comportamento foram longas, exceto esta última, quando, a partir de fevereiro de 96, começou a predominar o desejo de morrer. Foi hospitalizada na última semana do mês de março deste ano, quando a falta de ar que sentia exigiu seu internamento. Entrou em coma no dia 27 de março, vindo a falecer no dia 29 do mesmo mês. Durante o período de setembro de 94 a 29 de março de 96, esta paciente não retomou a audição musical.



18. A música e a imantação da experiência humana da qual fica a qualidade afetiva.

## **SERTANEJA**

Autor: René Bittencourt

Tom: m

Ritmo: binário

Forma: valsa - canção

Estilo: sertanejo - folclórico

Período Musical:

Sertaneja, se eu pudesse  
Se papai do céu me desse  
Um espaço prá voar  
Eu corria a natureza,  
Acabava com a tristeza  
Só prá não te ver chorar  
Na ilusão deste poema  
Eu roubava um diadema  
Lá do céu pra te ofertar.  
Onde a fonte rumoreja  
Eu erguia a tua igreja  
E dentro dela o teu altar  
Sertaneja, por que choras quando eu canto?  
Sertaneja, se este canto é todo teu.  
Sertaneja, prá secar os teus olhinhos  
Vai ouvir os passarinhos  
Que cantam mais do que eu...

## **CASINHA PEQUENINA**

Autor: Desconhecido

Tom: m

Ritmo: quaternário

Forma: canção

Estilo: tradicional do folclore gaúcho

Período Musical:

Tu não te lembras da casinha pequenina  
Onde o nosso amor nasceu.



Tu não te lembras da casinha pequenina  
Onde o nosso amor nasceu  
Tinha um coqueiro do lado  
Que coitado, de saudades, já morreu.  
Tinha um coqueiro do lado  
Que coitado de saudades, já morreu.  
Tu não te lembras mais das juras e perjuros  
Que fizeste com fervor?  
Daquele beijo demorado, prolongado  
Que selou o nosso amor?  
Tinha um coqueiro do lado  
Que coitado, de saudades, já morreu.  
Tinha um coqueiro do lado  
Que coitado de saudades, já morreu.

## ÍNDIA

Autor: J. A. Flores, M. O. Guerreiro e José Fortuna

Tom: m

Ritmo: ternário

Forma: valsa - guarânica

Estilo: sertaneja- paraguaia

Período Musical:

Índia;

Teus cabelos nos ombros caindo

Negros como a noite que não tem luar

Teus lábios de rosa para mim sorrindo,

E doce meiguice desse doce olhar,

Índia da pele morena,

Tua boca pequena eu quero beijar

Índia, sangue tupi,

Tens cheiro da flor,

Venha que eu quero te dar

Todo o meu grande amor

Quando eu for embora para bem distante

E chegar a hora de eu dizer adeus,

Fique nos meus braços só mais um instante!

Índia, levarei saudade

Da felicidade que você me deu.

Índia, sangue tupi,



Sempre comigo vai,  
Dentro do meu coração,  
Flor do meu Paraguai.

## MEU PRIMEIRO AMOR

Autor: Hermínio Gimenez, José Fortuna e Pinheirinho Júnior

Tom: m

Rítmo: quaternário

Forma: guarânica

Estilo: sertaneja - paraguaia

Período Musical

Saudade, palavra triste

Quando se perde um grande amor,

Na estrada longa da vida

Eu vou chorando a minha dor.

Igual uma borboleta

Vagando triste, por sobre a flor.

Seu nome sempre em meus lábios

Irei chamando, por onde eu for.

Você nem sequer se lembra

De ouvir a voz deste sofredor

Que implora por seus carinhos

Só um pouquinho, do meu amor.

Meu primeiro amor

Tão cedo acabou,

Só a dor deixou

Neste peito meu.

Meu primeiro amor

Foi como uma flor

Que desabrochou

E logo morreu.

Meu primeiro amor

Foi como uma flor

Que desabrochou

E logo morreu.

Nesta solidão

Sem ter alegria

O que me alivia

São meus tristes ais,



São prantos de dor, que dos olhos caem  
É porque bem sei  
Quem eu tanto amei,  
Não verei jamais.

## FLOR DE CAFEZAL

Autor: Luís Carlos Paraná

Tom: M

Rítmo: quaternário

Forma: canção

Estilo: sertanejo - folclórico

Período Musical:

Meu cafezal em flor, quanta flor! Meu cafezal  
Meu cafezal em flor, quanta flor! Meu cafezal  
Ai menina, meu amor, branca flor no cafezal  
Ai menina, meu amor, branca flor no cafezal  
Cada florada lindo véu de branca renda  
se estendeu sobre a fazenda  
Lá no manto nupcial  
E de mãos dadas fomos juntos pela estrada  
Toda branca e perfumada lá na flor do cafezal  
Meu cafezal em flor, quanta flor! Meu cafezal  
Meu cafezal em flor, quanta flor! Meu cafezal  
Passa-se a noite vem o sol ardente e bruto  
Morre a flor e nasce o fruto no lugar de cada flor  
Passa-se o tempo em que a vida é todo encanto  
Morre o amor e nasce o pranto  
Por que amargo de uma dor  
Meu cafezal em flor, quanta flor! Meu cafezal  
Meu cafezal em flor, quanta flor! Meu cafezal  
Ai menina, meu amor, branca flor no cafezal  
Ai menina, meu amor, branca flor no cafezal  
Cada florada lindo véu de branca renda  
se estendeu sobre a fazenda  
Lá no manto nupcial  
E de mãos dadas fomos juntos pela estrada  
Toda branca e perfumada lá na flor do cafezal  
Meu cafezal em flor, quanta flor! Meu cafezal  
Meu cafezal em flor, quanta flor! Meu cafezal



Passa-se a noite vem o sol ardente e bruto  
Morre a flor e nasce o fruto no lugar de cada flor  
Passa-se o tempo em que a vida é todo encanto  
Morre o arnor e nasce o pranto  
Por que amargo de uma dor

## LÁ NA VENDA

Autor: Desconhecido  
Tom: M  
Ritmo: ternário  
Forma: improviso - popular  
Estilo: repentista  
Período Musical: anos 50

Lá na venda  
Lá na vendinha  
Lá na venda  
Lá na vendinha  
É lá mesmo é que tem  
Dá boa pinguinha  
Toda mulher que tem seu marido  
Toda mulher que tem seu marido  
Não bebe na vista, mas bebe escondido  
Não bebe na vista, mas bebe escondido  
Toda viúva que tem presunção  
Toda viúva que tem presunção  
Debaixo da cama tem seu garrafão  
Debaixo da cama tem seu garrafão  
Lá na venda  
Lá na vendinha  
Lá na venda  
Lá na vendinha  
É lá mesmo é que tem da boa pinguinha  
É lá mesmo é que tem da boa pinguinha  
Toda moça do Rio de Janeiro  
Toda moça do Rio de Janeiro  
Tem sua cachaça dentro do banheiro  
Tem sua cachaça dentro do banheiro  
Todo padre que tem sua coroa  
Todo padre que tem sua coroa



Também vai na venda e bebe da boa  
Também vai na venda e bebe da boa  
Todo moço que é bonitão  
Todo moço que é bonitão  
Também vai na venda tomar seu pifão  
Também vai na venda tomar seu pifão  
Lá na venda  
Lá na vendinha  
É lá mesmo é que tem dá boa pinguinha  
Etá pinguinha boa!

## COLCHA DE RETALHOS

Autor: Raul Torres  
Tom: M  
Ritmo: ternário  
Forma: valsa-guarânia  
Estilo: sertaneja - paraguaia  
Período Musical:

Aquela colcha de retalhos  
Que tu fizestes, juntando pedaço em pedaço, foi costurada.  
Serviu para o nosso abrigo em nossa pobreza  
Aquela colcha de retalhos está bem guardada.  
Agora, na vida rica que estais vivendo  
Terás como agasalho, colcha de cetim,  
Mas, quando chegar o frio no teu corpo inteiro,  
Tu hás de lembrar da colcha e também de mim.  
Agora, na vida rica que estais vivendo,  
Terás como agasalho, colcha de cetim,  
Mas quando chegar o frio no teu corpo inteiro,  
Tu hás de lembrar da colcha e também de mim.  
Eu sei que hoje não te lembras  
Dos dias amargos  
Que juntos fizeste o lindo trabalho  
E nesta tua vida alegre tens o que queres  
Eu sei que esqueceste agora a colcha de retalhos.



## Abstract

### *A brief music therapy with a patient with cancer who was presented to me as terminal.*

“Sertaneja” interweaving a patchwork bed spread.

*This paper presents a case study in music therapy with a seventy-year-old woman with cancer who “asked for” music therapy sessions in a non-conventional way. The originated from accidental facts which further developed as intentional ones. The approach use in case suggests its own ethical validity since the procedures were not established by standard practices. This work was carried out with the patient as an answer for her request to express her emotions. The sessions were delivered free since the music therapist was not a member of the hospital staff nor was under private contract with the patiente. The technique in use was that of recorded music.*

## Bibliografia

- BENENZON, Rolando - “Teoria da Musicoterapia” - Ed. Summus, São Paulo, 1988.
- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes - “Cadernos de Musicoterapia I” - Enelivros: Rio de Janeiro, 1992 .
- BRUSCIA, Kenneth E. - “Case Studies in Music Therapy” - Barcelona Publishers, EEUU, 1991.
- BOEMER, Magali R. - “A morte e o morrer” - Cortez Editora - 2 edição, 1989.
- BION, W.R - “Volviendo a pensar”- Ediciones Horné S.A.E. - Editorial Paidós - Buenos Aires - 4 edição, 1990.
- FREUD, Sigmundo - “Obras completas” - vol.2 - p.1745 / 1850 - Editorial Biblioteca Nueva - Madrid (Espanha) 4 edição, 1981.
- JAFFÉ, Aniela e outros - “A morte à luz da psicologia” Editora Cultrix - São Paulo, 1980.
- KUBLER-ROSS, Elizabeth - “Sobre a morte e o morrer” - Ed. Martins Fontes - 4 edição, 1991 - São Paulo.
- LOWENKRON, Theodor Salomão - “Psicoterapia Psicanalítica Breve” - Ed. Artes Médicas - Porto Alegre, 1993.
- MUNRO, Susan - “Music Therapy in Palliative Hospital Care” - MMB / EEUU, 1984



# *Transferência e Contratransferência em Musicoterapia*

*Reflexões sobre o artigo*

*"A Natureza Polissêmica da Música e a Musicoterapia"  
de Lia Rejane Mendes Barcellos e Marco Antonio C. Santos,  
publicado na Revista Brasileira de Musicoterapia,  
ano I, no 1, 1996.<sup>1</sup>*

*Prof. Dr. Rolando Benenzon*

Tradução de Anna Lúcia Leão Lopez e Marco Antonio C. Santos  
Lendo o artigo de Lia Rejane e Marco Antonio e pensando na  
minha experiência clínica de trinta anos, surgiram em mim uma  
série de idéias, que é necessário elaborar e discutir.

## **Estímulo musical e Musicoterapia**

Devemos diferenciar a leitura de um fragmento musical, da  
leitura deste mesmo fragmento durante uma sessão de musicoterapia.  
Da mesma forma é distinta a análise de uma poesia literária e  
essa mesma poesia recitada numa sessão psicanalítica. Provavel-  
mente há aspectos da análise que podem coincidir, porém isso não  
se deve generalizar.

Um estímulo musical aplicado a um paciente pode produzir  
efeitos motores, sensoriais e afetivos, porém estas respostas não  
configuram a musicoterapia. Musicoterapia é uma psicoterapia que  
utiliza o movimento, o som, a música e os instrumentos corporo-so-  
noro-musicais para produzir uma relação (vínculo) entre musicote-  
rapeuta e paciente, ou grupos de pacientes, visando melhorar a  
qualidade de vida dos mesmos.

No primeiro caso, estamos falando da utilização da música em  
técnicas de psicomotricidade, kinesiologia, terapia ocupacional ou  
em psicologia, quando se aplicam para técnicas comportamentalistas.  
Estamos dentro da antiga concepção científica de causa-efeito.

No segundo caso, estamos falando de um processo, ou seja, de  
uma relação que transcorre no tempo, o que permite, o desenvolvi-

<sup>1</sup> Tradução de Anna Lúcia Leão Lopez e Marco Antonio C. Santos



mento da transferência, o efeito bipessoal da regressão e o aparecimento da contratransferência. Tudo isso encadeado nesta progressão e aonde musicoterapeuta e paciente estão comprometidos.

## **Princípio de Heisenberg**

Estamos dentro da nova concepção da ciência (princípio de Heisenberg), exposta por Perrotta, cujos pontos epistemológicos essenciais, entre outros, são:

1. Não existe observador objetivo e neutro. O operador é sempre parcial e comprometido.

2. A presença do operador e seus instrumentos perturba o fenômeno numa magnitude impossível de determinar.

3. Não há nada que possa considerar-se um fenômeno em si mesmo; a interação entre operador e fenômeno é inevitável.

4. A conjunção entre o operador e o fenômeno produz uma nova condição em que aparecem fenômenos que são produtos de ambos e nos quais é impossível separar o que pertence ou provém do operador do que pertence ou provém do fenômeno.

5. A causalidade de todo fenômeno é múltipla. As relações da causalidade são complexas e não lineares.

6. As variáveis que intervêm em um fenômeno são infinitas. Somente é possível conhecer parcialmente algumas delas. Qualquer redução do número de variáveis com a pretensão de tornar o fenômeno mais fácil de ser estudado altera fundamentalmente o mesmo e conduz a conclusões errôneas.

7. É impossível determinar o momento em que começa um fenômeno. O conceito de incerteza estende-se até o instante inicial. Isto indica que é impossível determinar com precisão as seqüências causais.

8. Não é possível fragmentar um fenômeno para seu estudo. Os fenômenos devem ser sempre tomados como totalidades.

9. As afirmações feitas sobre um aspecto parcial de um fenômeno não podem estender-se à sua totalidade nem tampouco podem validar-se para a dita parcialidade. O contexto deve sempre ser levado em conta.

10. A subjetividade do operador é importante. Os fenômenos devem ser captados de maneira livremente especulativa, porém estas especulações devem ser submetidas a sistemas de verificação coerentes com o tipo de processo que se estuda.

Estes conceitos epistemológicos pleitearam uma profunda revi-



são metodológica da física; mas podem ser aplicados quase com exatidão à musicoterapia.

## **Comunicação Digital e Analógica**

Devemos agregar mais dois conceitos aos anteriores também fundamentais para a musicoterapia, que são: Comunicação Digital e Comunicação Analógica.

Neste momento estou fazendo um relato, me comunicando com os senhores através da comunicação digital. Estou usando uma série de signos convencionais. Uso uma palavra para nomear algo e é óbvio que a relação entre o nome e a coisa nomeada está arbitrariamente estabelecida. As palavras são signos arbitrários que se manejam de acordo com a sintaxe lógica da linguagem.

Não existe nenhuma correlação entre a palavra e a coisa que representa, com exceção das palavras onomatopaicas. Não há nada particularmente similar a uma mesa na palavra "mesa" (expressões de Watzlawick).

Em contrapartida, na comunicação analógica encontra-se algo particularmente similar à coisa no que se utiliza para expressá-la. Por isto, a comunicação analógica tem suas raízes em períodos muito mais arcaicos da evolução, e portanto encerra uma validade muito mais geral do que o modo digital da comunicação verbal, relativamente recente e muito mais abstrato.

Podemos inferir então que a comunicação analógica é tudo o que seja comunicação não verbal; postura, gestos, expressão facial, inflexão da voz, a seqüência, o ritmo, a cadência das palavras, os indicadores comunicacionais que, inevitavelmente, aparecem em qualquer contexto em que tem lugar uma interação.

O homem é o único organismo que utiliza tanto os modos de comunicação analógicos como os digitais.

## **Transferência e Contratransferência**

Façamos um corte em um momento de uma sessão de musicoterapia e observemos: o musicoterapeuta está produzindo um fenômeno musical. Este fenômeno musical se produz em um dado momento de uma relação com o paciente. Está funcionando uma comunicação analógica, entre ambos. Esta comunicação coloca em marcha, no paciente, a transferência.

A transferência é a atitude do paciente de repetir, com a figura



do musicoterapeuta, os mesmos episódios ocorridos primitivamente na história deste paciente, na sua relação materno, paterno-infantil, ou seja, colocar no presente o passado.

Esta atitude que é a característica da compulsão à repetição, que têm os seres humanos, se dá de forma constante em uma sessão de musicoterapia. Isto demonstra que a memória do não-verbal é analógica.

O fenômeno transferencial provocará no paciente uma resposta à produção musical e ao que a rodeou. Esta resposta será através de uma mesma ou de uma outra expressão musical, ou de um gesto, ou de uma mudança de postura, ou de um movimento, ou de uma modificação de odor ou de um movimento ocular. Todas estas formas de comunicação analógicas provocam no musicoterapeuta a contratransferência.

A contratransferência é o sentir do musicoterapeuta do impacto que a transferência produziu no seu inconsciente. Esta sensação contratransferencial só se pode perceber e conscientizar se o musicoterapeuta se permitiu regredir junto com o paciente a esse passado que está presente nesse instante da sessão. Do contrário nunca poderá reconhecer o que está se passando com seu paciente. Por isso a regressão é um fenômeno bipessoal.

Só então o musicoterapeuta se sentirá estimulado a expressar uma produção rítmica ou melódica ou sentirá a necessidade de produzir um intervalo de terça ascendente ou descendente. Tudo isto dependerá do contexto não-verbal que nesse momento esteja funcionando. Por isso na musicoterapia, como em toda a linguagem analógica, os fatos estão presentes, não há ambigüidade, existe a falta de negativo simples, isto é, de uma expressão para "não", a lei de contradição não é válida nesta linguagem.

Não se pode, nem se deve traduzir a linguagem analógica para a linguagem digital. Portanto é muito complicado poder traduzir ou transcrever uma sessão de musicoterapia. Isto conceitualiza a supervisão em musicoterapia. Só se pode supervisionar o relato de uma sessão pelo relato mesmo do musicoterapeuta. O que se observa e através disso se infere é a transferência e contratransferência do musicoterapeuta no momento do relato em questão e não na tradução desse relato.

A contratransferência é uma investigação objetiva da subjetividade do musicoterapeuta. Por isso creio que não é válida a supervisão através da audição de um cassete ou de um vídeo. Mas sim, (devo esclarecer) na investigação técnica e metodológica onde a audição e



visualização constante de sessões de musicoterapia são um produto indispensável. Isto está sendo realizado por mim na supervisão em um hospital psiquiátrico de Cremona, Itália, onde se acompanha segundo a segundo a visualização de sessões de musicoterapia, são medidos os movimentos, as seqüências rítmicas, e outros fenômenos não-verbais.

## **Fenômeno Totêmico**

Voltando ao fenômeno comunicacional, em musicoterapia, descobri, como expus em outros artigos, o "Fenômeno Totêmico", apresentado no VIII Congresso Mundial de Musicoterapia, em Hamburgo.

O Fenômeno Totêmico é a possibilidade que tem o musicoterapeuta de induzir sutilmente, em um grupo, a reprodução de cenas primitivas da evolução do ser humano que, na realidade, seriam impossíveis de realizar em outros contextos, por estar totalmente reprimidas.

Chamei-o Fenômeno Totêmico em homenagem à Comida Totêmica, um dos rituais mais arcaicos da história da humanidade. Este tipo de ritual, observei-o em minha experiência clínica, que se realiza espontaneamente e de forma simbólica, em grupos de musicoterapia didática, próximo ao final dos laboratórios. O grupo costuma construir com os instrumentos musicais ao seu alcance, um totem que logo é protegido ou destruído segundo as variáveis históricas de cada grupo.

Conter é prevenir. Prevenir é fazer previsíveis aquelas pulsões que se percebem de antemão e que são impossíveis de reprimir. Portanto, o contexto não-verbal permite ao musicoterapeuta perceber e fazer previsíveis, através da transferência e contratransferência, a eclosão de cenas primárias, primitivas, proibidas em outros contextos.

Isto nos leva a pensar na formação de rituais terapêuticos, conscientes. Anna Freud fala do ritual, como forma de controlar, regular e integrar a agressividade. Ela notou que a capacidade de descarga agressiva e o refinamento do ritual para inibir e regular a descarga agressiva evoluem paralelamente. O ritual é o que consegue entrelaçar a comunicação analógica com a comunicação digital.

O Fenômeno Totêmico seria o colocar em marcha rituais, em



situação de tratamento visando modificar e conter positivamente descargas perigosas para a integridade e integração do indivíduo em sociedade. O contexto não-verbal, através da transferência e contra-transferência, favorece o aparecimento e repetição ao infinito dos rituais.

## **Correlação entre ISO Universal e ISO Gestáltico**

O ISO Universal contém no inconsciente as energias sonoras básicas herdadas de milênios e milênios. Estas energias sonoras são características de todo o gênero humano, com as variáveis das heranças mais recentes: Ocidente e Oriente, zonas frias, zonas tropicais, etc..

No homem ocidental de clima variado encontramos as seguintes energias sonoras entre outras: o ritmo binário, a escala pentafônica com seus intervalos de segunda e terça, a tônica e a dominante, o acorde perfeito, o ostinato, o canon, o silêncio.

O ISO Gestáltico contém no inconsciente as energias sonoras que se produzem desde o momento da concepção de cada indivíduo. Estas energias poderão modificar ou influenciar as que se encontram no ISO Universal. Isto quer dizer que ainda que a experiência indique que um ritmo binário, uma canção de ninar em intervalos de terça e segunda produza um estado de tranqüilidade, de previsibilidade, de contenção, também isto dependerá da história do sujeito em questão. Um indivíduo em cuja história aparece uma grave experiência conflitiva, como situações de guerra, onde se combinou o ritmo binário primitivo com o ritmo de marchas militares, este último ritmo influencia o anterior e o conduzirá a estados de excitação e de imprevisibilidade.

Neste caso diremos que o ISO Gestáltico se sobrepôs ao ISO Universal transformando a leitura da produção sonora, dependendo das transferências que o paciente realize com seu musicoterapeuta dentro do contexto não-verbal. É neste ponto que se evidencia a necessidade do conhecimento múltiplo do musicoterapeuta. Quer dizer, por um lado uma profunda formação nas expressões sonoro-musicais, para ter a habilidade de introduzir no contexto não-verbal, e no momento adequado qualquer fenômeno musical; e por outro, a formação psicoterápica para reconhecer a transferência e contra-transferência.



Tomemos quatro exemplos musicais:

exemplo 1

Flauta

Tambor

Palmas

exemplo 2

exemplo 3

violinos

violas

violoncelos

contrabaixos

exemplo 4



O primeiro pertence aos quatro primeiros compassos de um fragmento de uma primeira sessão de um grupo de musicoterapia.

Um paciente toca uma melodia com a flauta doce enquanto outros pacientes com pandeiros, tambores e palmas o acompanham com um ritmo. Este fragmento se repetiu insistentemente ao longo de toda a sessão.

Reconhecemos o ritmo binário, a melodia em intervalos de terças e segundas. Como primeira leitura formal, diremos que se gera um ISO Grupal que representa o momento clínico dos integrantes. As ansiedades persecutórias despertadas pelo primeiro encontro entre eles eram acalmadas pelo reconhecimento do ritmo binário (batimento cardíaco), e dos intervalos de canções de ninar. Como segunda leitura contratransferencial do musicoterapeuta, esta era uma defesa que o grupo utilizou para "estar", mas com a total impossibilidade de escutar-se e dialogar.

O segundo exemplo pertence a um fragmento musical do mesmo grupo na segunda sessão. Primeira leitura: se mantêm os mesmos elementos musicais da primeira sessão, mas aparecem os silêncios que entrecortam a melodia. Segunda leitura: o silêncio foi a primeira expressão do grupo, que permitia a alternativa de escutar-se e reconhecer-se mutuamente. "Estou mas também farei uma pausa para que tu também estejas".

O silêncio é o aspecto mais vulnerável da comunicação não-verbal. Silêncio (do latim *silentium*): abster-se de falar, falta de ruído. O musicoterapeuta deve trabalhar especialmente com o silêncio. Sempre me agradou ensaiar a seguinte definição de musicoterapia: A musicoterapia é a arte de combinar os silêncios para permitir a comunicação.

Escutar é uma função que se baseia na relação contrastante entre o som e o silêncio. Um bom musicoterapeuta é o que sabe escutar e manejar os silêncios.

O terceiro exemplo são os primeiros quatro compassos da Sinfonia no 5 em Dó menor de Beethoven. Muitos críticos se perguntaram por que ela ganhou tanta popularidade. Por que é a mais executada de todas as sinfonias e origem de vários arranjos populares? Foi o motivo inicial que representa o "V" do Código Morse e se converteu em símbolo da vitória durante a segunda guerra mundial?

Se escutamos o primeiro movimento da 5ª Sinfonia, fazendo abstração, e consideramos que é a expressão musical de um grupo de musicoterapia em sua primeira sessão vamos voltar a encontrar aspectos que a caracterizam, a saber:



a) aparece uma célula rítmica que se repetirá de forma constante durante todo o primeiro movimento.

b) esta célula rítmica se produz em ritmo binário.

c) a melodia se desenvolve em intervalos de terça e, em determinados momentos repetitivos, em segunda.

d) no segundo compasso aparece a tônica, o acorde perfeito, que é executado em uníssono por todos os instrumentos da orquestra.

e) no terceiro e quarto compassos se escuta a dominante que se resolverá indefectivamente em direção à tônica.

Todos estes aspectos tornam previsíveis, para o ser humano, os acontecimentos que se percebem. São como ecos do imprinting de sua época mais primitiva. Imprevisível é o fenômeno aleatório onde é muito difícil reconhecer a tonalidade, o ritmo, a interválica, e os silêncios cortam e entrechocam fragmentos musicais desconhecidos.

Para o musicoterapeuta estes modos de expressão aleatórios são pontos de busca interior, é a possibilidade de reconhecimento do que cada um tem dentro e o escuta no outro. São momentos inquietantes do grupo no diálogo e no escutar. As expressões aleatórias são telas projetivas que dependerão da constituição do Iso Grupal.

Em minha experiência clínica, são aspectos muito ricos, na busca de uma nova passagem de reconhecimento de identidade.

No quarto exemplo reproduzo os cinco primeiros compassos do segundo movimento do Concerto de Dó menor de Benedetto Marcello para oboé e orquestra, que aparecem no artigo de Lia Rejane e Marco Antonio. Voltamos a encontrar neste fragmento a aparição de fenômenos de tranquilização e de previsibilidade:

a) a repetição da tônica (sensação de estabilidade, de terra, tonificar);

b) aparecimento da dissonância que tende a resolver-se rapidamente;

c) um baixo contínuo, repetitivo;

d) aparece a melodia, apoiando-se no baixo contínuo, como um líder.

Neste momento aparecem as leituras transferenciais e contra-transferenciais, e as perguntas do musicoterapeuta, no momento em que se produz a interação com o grupo ou o paciente individual deveriam ser: a) a melodia do oboé é a representação de um solista, uma característica de isolamento? ou, b) é um líder apoiado pelo grupo, que necessita que se mantenha constantemente para tranquilidade de todos?, como ocorre no primeiro exemplo da primeira sessão do grupo de musicoterapia. A estas perguntas ou outras



deverá responder-se o musicoterapeuta enquanto interatua com o paciente.

Poderá assim, mais tarde, ao longo do processo, comprovar a partir da "compulsão à repetição" dos fenômenos transferenciais, se sua contratransferência pertence ao paciente e foi real ou se também se agregaram conflitos pessoais.

Por isso considero importante que toda formação em musicoterapia permita a possibilidade de submeter o musicoterapeuta a uma troca de papéis dramatizados de paciente e de musicoterapeuta, de forma individual e grupal. Esta formação que chamo de Musicoterapia Didática deve praticar-se tanto em grupo como individualmente.

Também considero importante acrescentar a isso uma supervisão de mais de cem horas de casos clínicos onde se possa elaborar e instrumentar a contratransferência em um contexto não-verbal. Elaborar e instrumentar a contratransferência em um contexto não-verbal supõe um enorme conhecimento da linguagem musical, da etnomusicologia e da história pessoal musicoterápica. É o reconhecimento dos próprios ISOS<sup>1</sup>.

Recordemos que a ética passa pela transferência.

## Bibliografia

- BARCELLOS, Lia Rejane M. e SANTOS, Marco Antonio C. "A Natureza Polisêmica da Música e a Musicoterapia". In Revista Brasileira de Musicoterapia, ano I, no 1, Rio de Janeiro: UBAM, 1996.
- BENENZON, Rolando. Music Therapy: Theory and Manual. USA: Charles C. Thomas Publisher, 1996.
- PERROTA, A.. Contratransferencia y Regresion. Buenos Aires: Ediciones Machi, 1993.
- WATZLAWICK, P.. Teoria de la Comunicacion Humana. Barcelona: Herder, 1995.

---

1 Identidades Sonoras (nota dos tradutores)