

Revista Brasileira de Musicoterapia



Ano III - Número 4 - 1998

Revista Brasileira de Musicoterapia

Ano III – Número 4 – 1998

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

Sumário

- A Influência das Músicas Infantis no Desenvolvimento
Psicomotor da Criança* 5
Anna Lúcia Leão López
- Musicoterapia: Algumas Reflexões* 27
Martha Negreiros de S. Vianna
- Reflexões Teóricas sobre a Musicoterapia* 29
Márcia Godinho C. de Souza
- Pesquisa na Clínica Musicoterápica: a Canção como Âncora
Terapêutica* 33
Márcia Maria da Silva Cirigliano
- Approach "Brandalise" de Musicoterapia (Carta de
Canções)* 41
André Brandalise
- Da "Re-Criação Musical à Composição"
– um Caminho para a Expressão Individual
de Meninos de Rua* 56
Lia Rejane Mendes Barcellos
- Lateralização das Funções Musicais
na Epilepsia Parcial* 66
Cléo Monteiro Franá Correia
- A Musicoterapia na Neuropsiquiatria Infantil:
os Estados Autísticos* 70
Leomara Craveiro de Sá

Editorial

Apresentamos neste número os trabalhos de três musicoterapeutas que completaram, recentemente, seus cursos de mestrado: Márcia Cirigliano (RJ), André Brandalise (RS) e Cléo M. F. Correia (SP). Márcia e André concluíram mestrados em Musicoterapia nos Estados Unidos (Temple University e New York University, respectivamente) e Cléo em Neurociências na Escola Paulista de Medicina. Este número inclui ainda, um artigo relativo à pesquisa sobre a Musicoterapia no tratamento de estados autísticos, em desenvolvimento na Universidade Federal de Goiás, desde o final de 1995.

Esta produção demonstra o movimento da carreira em busca do aprofundamento da teoria e prática musicoterápica em todo o país. Outras pesquisas estão sendo realizadas e já foram apresentadas em eventos científicos realizados em todo o Brasil e estarão presentes no II Encontro Latino-Americano de Musicoterapia, em novembro de 1998, no Rio de Janeiro.

Vivemos um momento importante na trajetória da Musicoterapia. Além do aprofundamento da clínica, da teoria e da pesquisa, novas Associações de Musicoterapia foram criadas (em Ribeirão Preto e na Paraíba) e a Universidade Federal de Goiás acaba de criar o primeiro curso de graduação numa instituição federal no Brasil.

A UBAM espera continuar a contribuir com a sua participação nesse processo de amadurecimento da carreira, fortalecendo os laços de solidariedade entre os profissionais e suas associações, favorecendo o intercâmbio e a divulgação da produção dos musicoterapeutas do nosso país.

A Influência das Músicas Infantis no Desenvolvimento Psicomotor da Criança

Anna Lúcia Leão López

“Somos às vezes, desafiados por um som, impulsionados por um ritmo ou atraídos por uma melodia. Somos puxados pela música para fora de nós mesmos e levados a interagir com o outro, pelo prazer que nos causa fazer música ou partilhar esta experiência.” (Barcellos, 1992, p.9)

O objetivo é analisar a importância da linguagem musical e seus elementos constitutivos no desenvolvimento psicomotor infantil.

O objetivo deste artigo é focar a importância da linguagem musical e seus elementos constitutivos no desenvolvimento psicomotor infantil. A reflexão sobre este tema é oriunda da prática musicoterápica e do estudo da psicomotricidade, levando a observações significativas a respeito da intrínseca relação música/movimento.

A linguagem musical e seus elementos constitutivos tem uma intrínseca relação com a linguagem corporal, ou seja, música e movimento estão intimamente ligados. As manifestações sonoro-musicais fazem parte da própria essência humana, podendo ser utilizadas para auxiliar o desenvolvimento psicomotor infantil.

A linguagem sonora-musical não pode ser vista separadamente da linguagem corporal. A música, considerada como uma forma de comunicação e valorizando o ato criativo, evidencia a genuína expressão do indivíduo. É da prática musicoterápica que decorrem as observações para o desenvolvimento deste tema.

Linguagem musical e sua estrutura

A respeito da importância do entendimento da estrutura da linguagem musical, parece oportuno enfatizar que a partir dela a criança expressa-se de maneira espontânea, revelando-se de forma autêntica e utilizando todo seu potencial corporal e psíquico. É levado

em consideração sua estrutura melódica e harmônica, o conteúdo de suas letras, e principalmente sua estrutura rítmica.

“O conhecimento e a compreensão das estruturas normais, mesmo levando em consideração a totalidade dos aspectos nelas envolvidos, não representariam senão um instrumento auxiliar para uma verdadeira apreciação da música, uma vez que as formas servem apenas de meio de expressão. O que realmente importa é aquilo que efetivamente, por intermédio dessas formas, acaba por ser expresso. Este *conteúdo*, então, teria que se tornar acessível, pelo menos nos seus traços gerais, por meio da estrutura sonora. E estes traços gerais do conteúdo, segundo *Kretschmar*, se encontrariam exatamente nos *afetos*. ” (1989, p. 156)

Nesse sentido, a estrutura musical dos temas infantis leva à expressão da criança, não apenas corporal, mas sobretudo de sentimento e de afeto. Estas manifestações são impulsionadas pelos temas musicais, estimulando as crianças à uma atividade, sendo praticamente impossível uma observação passiva por parte destas. A importância terapêutica se dá a partir da resposta da criança, isto é, a partir da interação desta face ao estímulo musical recebido.

A estrutura destes temas musicais não se dá ao acaso, possuem eles uma estrutura rítmica quase sempre binária, com melodia e harmonia simples. O ritmo será sempre associado à movimentação da criança. Pode-se, neste caso, citar como exemplo a música “Marcha-Soldado”, através da qual é possível um trabalho da marcha da criança. A melodia e harmonia, por serem facilmente memorizáveis, possibilitam uma expressão vocal da criança.

É importante destacar a importância do ritmo no desenvolvimento psicomotor da criança. A estrutura rítmica das músicas infantis vai interligar-se com o ritmo do andar, do correr, do falar, do brincar e do ritmo da criança relacionar-se com o meio ambiente e com as pessoas.

O ritmo está associado não apenas à música propriamente dita, mas também ao desenvolvimento de esquemas corporais e temporais que são importantes para o desenvolvimento do andar, do dançar, e também da fala, da leitura e da compreensão de processos como a duração (o rápido e o lento) e sucessão (o antes, o depois e o simultâneo). Aquele “tá-tá-tá” interminável que a criança produz batendo uma colher no fundo de uma panela ou outro objeto qualquer, ao contrário do que parece, está estabelecendo novas relações a cada som que provoca: mais força, mais barulho; sons que duram mais, outros menos e timbres diferentes para materiais diversos.

Existe uma íntima relação entre o desenvolvimento da linguagem verbal e da linguagem não-verbal (no caso, musical). Inicialmente o bebê tem uma expressão pré verbal, onde se incluem os balbucios (que são bastante sonoros); com o decorrer do seu desenvolvimento a criança vai brincando com as sílabas até chegar à expressão verbal. A música serve de grande ajuda, pois quando a criança está cantarolando uma melodia, sem que se dê conta, está desenvolvendo a linguagem verbal e sendo trabalhada de maneira prazerosa, sendo importante que seja proporcionado um espaço para que se expresse.

As letras infantis apresentadas neste trabalho, são aquelas nas quais são nomeadas as partes do corpo e ainda apresentam jogos de coordenação motora, proporcionando às crianças um conhecimento de seu próprio corpo.

A música "Brincadeira do Eco", serve como exemplo de uma atividade psicomotora utilizando a linguagem musical.

Brincadeira do Eco – Bia Bedran

Eco, eco, eco, eco

Eco, eco, eco, eco

É a brincadeira do eco,

Todos que estão presentes

Prestem atenção em mim

Primeiro eu faço sozinha

É pra repetir no fim

Palma, palma, palma, palma

Palma, palma, palma, palma

Quatro estalos vamos dar

Quatro estalos vamos dar

Palma, palma, pé, pé, pé

Palma, palma, pé, pé, pé

Palma, estalo, palma e pé

Palma, estalo, palma e pé

Eco, eco, eco, eco

Eco, eco, eco, eco

É a brincadeira do eco

Aumentando o movimento

Desenhando pelo ar

Cada parte do nosso corpo com

as mãos vamos tocar

Cabeça, ombro, joelho e pé

Cabeça, ombro, joelho e pé

Pé, joelho, ombro e cabeça
Pé, joelho, ombro e cabeça
Orelha, olho, nariz e boca
Orelha, olho nariz e boca
Peito, canela, barriga, calcanhar
Peito, canela, barriga, calcanhar
Eco, eco, eco, eco
Eco, eco, eco, eco
A brincadeira do eco
Quero ver de que maneira
Vai fazer pra descobrir
Um barulho, um ruído
Parecido com este aqui
barulho de beijo, de cavalgada, soltando o ar sonoramente pelos lábios e trem.

Eco, eco, eco, eco

Eco, eco, eco, eco

A brincadeira do eco.

Com esta música pode-se realizar um trabalho onde as crianças vão nomeando e localizando as partes de seu corpo, também podendo experimentar as possibilidades sonoras que este oferece, com isso, vão adquirindo consciência e internalizando seu esquema corporal.

A construção musical do tema transcrito acima, "Brincadeira do Eco", apresenta semelhanças com cantigas de roda, das quais podemos citar como exemplo "Pirulito que bate-bate". A utilização deste trabalho musical também contribui para o desenvolvimento da coordenação sensório-motora, sendo importante ressaltar que nesta atividade a criança é estimulada de uma maneira prazerosa, encontrando no *brincar* poderoso instrumento para sua melhor evolução.

Como foi possível verificar, o ser humano desenvolve-se internamente e externamente através das experiências rítmicas. Nesse particular, o ritmo enquanto elemento vital para o indivíduo, estimula o movimento de tal forma que não é possível pensar em movimento sem ritmo e vice-versa.

De acordo com Gainza (1988, p. 22/23), "a música e o som, enquanto energia, estimulam o movimento interno e externo no homem; impulsionando-o à ação e promovem nele uma multiplicidade de condutas de diferente qualidade e grau. O bebê toca os objetos que tem ao seu alcance, brinca com eles, explora-os e escuta o resultado sonoro da sua ação. Energia física e afetividade estão

intimamente entrelaçadas na criança; esta gosta de explorar o mundo sonoro e manipula os sons espontaneamente.”

A criança com um distúrbio neurológico, por exemplo, ao realizar uma atividade musical, canaliza toda sua energia para esta. No início, seu movimento vai expressar-se de uma forma descoordenada, aleatória e apenas como descarga de energia. Aos poucos, ela vai se organizando internamente, tornando seu movimento mais coordenado e com um sentido. A pura descarga de energia se liga ao afeto que a criança investe na ação, trazendo-lhe prazer nas atividades.

A música transcrita abaixo pode exemplificar as considerações acima, sobre uma atividade musical ligada à expressão corporal, com o objetivo de melhora da coordenação motora, percepção de alto e baixo, controle do corpo (no momento de levantar e descer) e desenvolvimento da linguagem verbal através do canto.

Música:

Olha a aranha subindo na parede

Veio a chuva forte e a derrubou

Já passou a chuva, o sol já vai surgindo

E a dona aranha continua a subir.

Ao ouvirem esta música, as crianças são impulsionadas a movimentarem-se de acordo com a letra; procuram uma parede e começam a realizar os movimentos sugeridos pela música (subir na parede, escorregar e voltar a subir). A forma prazerosa com que a criança realiza a atividade, proporcionada pela música, é de grande valia para o desenvolvimento psicomotor infantil ser trabalhado e obter uma boa evolução.

O ritmo do movimento é algo vivo; constitui uma expressão natural do estado de ânimo e da natureza de cada indivíduo. O ritmo do movimento deve ser experimentado e percebido. A percepção do ritmo do movimento evoca a alegria deste. Daí a importância de trabalhar-se uma atividade musical partindo do ritmo individual da criança, para poder posteriormente, se necessário, modificá-lo.

Ainda sobre questões do ritmo e do movimento, observa-se que, mesmo quando bebê, a criança experimenta movimentos rítmicos – ela mama em um certo ritmo. Mais tarde ela engatinha, anda e corre ritmicamente, assim como, quando escreve, seus movimentos são rítmicos. Todos estes movimentos variam, mais ou menos, de indivíduo para indivíduo, sob a influência do meio ambiente e da relação mãe/bebê.

Destaca-se, também, que o ritmo pode ser percebido através de vários sentidos:

- **Audição:** o ritmo auditivo é observado na música, na fala, nas ondas batendo na praia etc.
- **Sentido cinestésico:** o ritmo cinestésico é encontrado em movimentos, tais como respirar, andar, correr e dançar.
- **Tato:** o ritmo pode ser percebido através do tato, o qual é utilizado para trabalhar com crianças surdas, por exemplo, com as mãos em cima de um tambor o ritmo é percebido através da vibração do instrumento, quando este é percutido (o sentido cinestésico também é envolvido aqui).
- **Visão:** visualmente, o ritmo é experimentado através dos movimentos das pessoas e dos animais, das árvores curvando-se ao vento, das ondas encrespando-se na superfície do mar. O ritmo também pode ser observado no arranjo e na relação das cores, linhas e formas das paisagens, na pintura, na escultura e na arquitetura.
- **Senso de tempo:** o comprimento das notas e duração dos intervalos podem ser observados; e a sensação de princípio/meio/fim, que a estrutura musical apresenta.

Com o conhecimento da estrutura da linguagem musical, enfatizando o ritmo como elemento vital para o indivíduo, vemos a estreita vinculação entre música e movimento. Ressaltando a relação do desenvolvimento sonoro/musical com desenvolvimento psicomotor. O item a seguir, procura inserir a expressão musical dentro de um contexto sócio-cultural.

Música como expressão sócio-cultural

“A música é uma das artes e, como tal, um dos elementos da cultura. É um elemento *temporal*, isto é, que acontece no tempo, e vem acompanhando o homem através dos tempos. Com ele evolui como agente e, ao mesmo tempo, como resultado de uma relação dialética *homem-mundo*” (Barcellos, 1992, p. 36).

A importância da cultura em relação à musicoterapia, é que a partir e por meio dela, entra-se em comunicação com o indivíduo mais facilmente, dando-lhe um ponto de referência, ou um parâmetro da realidade.

A dança, que também é uma expressão artística, poderá ser definida como a exteriorização, com gestos, das imagens, dos ritmos musicais que o homem sente e cria a partir de sua própria natureza e do mundo que o cerca. A dança parece surgir diretamente dos

ritmos psicológicos fundamentais do corpo humano, como que adquirindo uma real dimensão humana.

Desde os remotos tempos a dança, assim como a música, é parte de experiências vitais da humanidade, sendo forma de expressão do amor, da morte, das guerras, das religiões, do trabalho, das festas, ou seja, uma forma que a humanidade encontrou para expressar suas emoções.

As manifestações folclóricas musicais, por exemplo, músicas de Natal, Carnaval, Festa Junina, Páscoa, entre outras, se caracterizam por seu valor social, uma vez que são executadas em datas festivas, estimulando as crianças a se integrarem a uma coletividade, incentivando-as a um convívio social. É importante, assim que a criança esteja apta, quer motoramente, quer emocionalmente, a um atendimento em grupo, proporcionando-se assim, uma melhora das relações interpessoais.

Para os primitivos, a dança como que nasceria originalmente dos ritmos da respiração, da pulsação do coração, além dos ritmos da natureza ou de sua imitação, considerados como fonte comum também da própria música." (1973, p. 45/46).

Se encarada como expressão corporal, conforme o transcrito acima, a dança está intrinsecamente ligada à expressão sonoro-musical do ser humano, então, quando é utilizada a música em um trabalho com criança com distúrbio neurológico, este trabalho musical impulsionará uma manifestação corpórea, ou seja, serão desenvolvidos o ritmo, a expressão verbal, a coordenação motora, a atenção e concentração em uma atividade e, quando esta atividade for realizada em grupo, objetivará, também, a socialização e trará, implícita, uma conscientização de limites. Desta forma, a criança encontrará, através deste contexto musical, uma importante ferramenta para construção de seu esquema corporal.

As manifestações sonoro-musicais são representações de valores e costumes das diferentes épocas. Estas manifestações envolvem a emoção e o movimento, fazendo parte da própria essência do homem.

Esta breve observação destaca a importância de levar em consideração o contexto sócio-cultural em que o indivíduo vive, pois ele é fruto do meio onde foi criado; segue-se o item que falará a respeito da linguagem musical vista como uma forma de comunicação e enquanto ato criativo.

Música como forma de comunicação e enquanto ato criativo.

Parece oportuno apresentar, aqui, algumas definições de Psicomotricidade com o objetivo de obter embasamento teórico, para poder interligar a prática psicomotora com a prática musicoterápica, ou seja, atividade psicomotora com atividade musical.

Ajuriaguerra definiu Psicomotricidade como: “uma técnica que por intermédio do corpo e do movimento dirige-se ao ser na sua totalidade. Ela não visa a readaptação funcional por setores e, muito menos, a supervalorização do músculo, mas a fluidez do corpo no meio. Seu objetivo é permitir ao indivíduo melhor sentir-se e, através de um maior investimento da corporalidade, situar-se no espaço, no tempo, no mundo dos objetos e chegar a uma modificação e a uma harmonização com o outro” (1995, pág.20).

A definição da Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP) é: “uma ciência que tem por objetivo o estudo do homem, através do seu corpo em movimento, nas relações com seu mundo interno e externo” (1995, p.20/21).

Para *Saboya*, a psicomotricidade é “um meio que utiliza o corpo em movimento, visando a harmonização do indivíduo com seu mundo interno e externo” (1995, p.21).

A musicoterapia tem como um dos principais objetivos, a abertura de canais de comunicação. A música é uma linguagem, não-verbal, que proporciona uma intensa comunicação. Tal comunicação, nesse sentido, pode ser entendida como “ato de fazer uma ação comum, ou tornar uma ação comum a dois (no caso, na relação musicoterapeuta/criança), a muitos ou a todos” (1995, p.59).

“A comunicação nasce da necessidade e do desejo” (*Saboya*, 1995, p.59). Necessário é aquilo que não se pode dispensar, que é essencial para a vida, que leva o ser a manter-se vivo. Desejo é a vontade para querer alguém ou alguma coisa com um determinado fim. Então, é fundamental para o ser humano ter vontade de se comunicar, para poder interagir com o meio que o cerca e mantê-lo vivo.

O ser, recebe na vida intra-uterina, uma série de comunicações da mãe e do mundo. Da mãe, seus sons, suas posturas e movimentos e seu tônus variado, com significados de prazer e desprazer. Do mundo, uma melodia sonora com grandes variações. Ele nasce com a audição e a propriocepção ricas.

A música pode estabelecer contato sem a linguagem verbal e, através da musicoterapia, encontra-se um potencial não utilizado em outros meios de comunicação. A música tem grande importância

onde a comunicação verbal não é utilizada. Para crianças com dificuldade de contato e que geralmente são receptivas à música, esta se tornará o elemento através do qual a comunicação poderá ocorrer. A comunicação pode ser descrita como verbal, emocional, propiciando uma interação em termos motores. Sendo uma forma de comunicação, a música constitui uma das possibilidades de interação humana.

A criança quando experimenta as possibilidades sonoro-musicais dos instrumentos, dos objetos, do ambiente (sala de terapia) e do próprio corpo; se depara com a sua produção sonora, expressando muito de si, aflorando o ato criativo. A potencialidade de cada criança é particular, e o seu desenvolvimento implica no auto-conhecimento.

Sobre a criatividade, *Margareth Mead* diz que “é a descoberta e a expressão de algo que é tanto uma novidade para o indivíduo criador, quanto uma realização por si mesma” (Novaes, p.20).

Maslow chama a atenção para a criatividade auto-realizadora, enfatizando as forças motivacionais no comportamento criativo, e *Rogers* coloca, sabiamente, que a criatividade tem como razão principal a tendência do homem para “realizar-se a si próprio, para torna-se no que em si é potencial”.

Nessa perspectiva, a criança quando cria, está expressando seu potencial mais genuíno e desenvolvendo o seu modo de agir diante da vida. Como diz *Schachtel*, “a criatividade resulta da abertura para o mundo exterior”.

Edimar Leite destaca que “a criatividade é uma dimensão da existência humana que evidencia o potencial do indivíduo para mudar, crescer e aprender ao longo de toda sua vida. A capacidade criadora está diretamente associada ao processo de viver e organizar as experiências vividas, ampliando o repertório existencial do indivíduo” (1994, p.207).

No caso da criança com distúrbio neurológico, através da criatividade tem a oportunidade de poder mudar, crescer e ampliar o seu modo de atuação diante da vida; pode experimentar a vivência do criar. Ela pode tocar um instrumento e *produzir* o som deste, pode criar sons e experimentar com seu corpo possibilidades sonoras.

As pessoas foram condicionadas a aceitar passivamente as situações como se houvesse pouco a fazer, passando esta idéia para a criança. Na atividade musical ela age de forma ativa pessoal e criativa, desencadeando o processo de mudança. As próprias decisões implicam em compreender a si mesmo, estando em contato com

sentimentos de esperança, criatividade, alegria, angústia e frustração, entre outros.

Segundo *Rollo May*; “a criatividade é a manifestação básica de um homem realizando o seu eu no mundo ... o processo criativo deve ser estudado, não como o produto de uma doença, mas como a representação do mais alto grau de saúde emocional, a expressão de pessoas normais, no ato de atingir a própria realidade ... a criatividade ocorre num ato de encontro, e deve ser compreendida como tendo por centro esse encontro”.

O brincar de uma criança, por exemplo, tem as características essenciais do encontro, e é um dos importantes protótipos da criatividade do adulto.

Lowen (1984) defende a posição de que o prazer fornece a motivação e a energia ao processo criativo que, por sua vez, aumenta o prazer e a alegria de viver. A vida com prazer é uma aventura criativa, e, sem ele, apenas uma luta pela sobrevivência. O prazer está indissolúvelmente ligado à realização, quando esta oferece oportunidade para o uso da imaginação criativa. Mas a criatividade só floresce numa atmosfera de liberdade onde o prazer é a força motriz. Ser criativo, para *Lowen*, é ser imaginativo, no sentido de buscar aprofundar a compreensão da realidade para enriquecer a experiência que se tem dela. (Alencar, p.49)

A criança numa atividade musical tem a possibilidade de vivenciar o fazer criativo; motiva-se pelo prazer que a música lhe oferece. Ela passa pelo jogo de ir-e-vir mental, sem que haja a perda da realidade, criando uma forma de elaborar seus conflitos, anseios e fantasias. No ato ativo diante dos instrumentos, há a realização através do tocar, sendo este ato prazeroso e conseqüentemente, individual e criativo.

A prática clínica da musicoterapia é definida como uma modalidade terapêutica que emprega a linguagem específica da música e do som como objeto intermediário na relação com o paciente, essa linguagem leva a canais de comunicação que permitem a expressão e veiculação dos conteúdos internos do paciente sem que haja qualquer barreira preconceitual. Assim, os conflitos psíquicos existentes no paciente podem ser modificados e trabalhados dentro de um “setting” capaz de promover, sustentar e nutrir os processos terapêuticos; além de ser espaço potencial para a elaboração destes conflitos. Para o musicoterapeuta, o importante é a produção em si mesma e não uma elaboração estética.

A criação de um “setting” adequado possibilita ao paciente (no caso, a criança) usar livremente sua imaginação e fantasia, dialo-

gando sobre elas com o terapeuta. Este irá ajudá-lo a decodificar a linguagem simbólica que veicula essas atividades psíquicas, pois será criado um “setting” para a emergência do processo criativo (Giglio, 1977, p.183).

Lowen (1984), dá grande importância à vivência da criatividade como uma forma de auto-expressão e descarga energética; “todo ato criativo se inicia como uma excitação de prazer, passa por uma fase de germinação e culmina com a alegria da expressão” (p.25). Por exemplo, uma criança tocando um tambor, ao acompanhar uma música de sua preferência, terá o prazer de realizar a atividade, levando à gratificação no resultado sonoro.

Segundo *Novaes*, a criatividade é um processo contínuo de formular uma nova imagem de nós mesmos e esta em relação ao mundo. Imagem esta que precisa ser constantemente recriada e renovada desde a infância até a morte. O homem amadurece como ser individual e social, incorporando valores e padrões culturais. O espontâneo se identifica com o imaginário e o intuitivo que se estrutura em nós ampliando o poder de sermos livres para criar. “Na criação científica ou artística o tempo está sempre presente, suas facetas se interligam nas modalidades de expressão através de ritmos, formas, imagens, movimentos que se completam” (1977, p.261/264).

Segundo *Vygotski*, as brincadeiras e os jogos são processos através dos quais a criança combina entre si os dados da experiência construindo uma nova realidade, correspondente às suas curiosidades e necessidades. É preciso que a criança, para nutrir sua imaginação e aplicá-la em atividades adequadas, no caso a música, que lhe reforçam as estruturas e alongam os horizontes, possa crescer em um ambiente rico de impulsos e estímulos, em todas as direções. (Rodari, 1982, p.139)

Criatividade é sinônimo de “pensamento divergente”, ou seja, a capacidade de romper continuamente os esquemas da experiência. É criativa uma mente que trabalha, que sempre faz perguntas, que descobre problemas onde os outros encontram respostas satisfatórias, que é capaz de juízos autônomos e independentes, que recusa o codificado, que remanuseia objetos e conceitos sem se deixar inibir pelo conformismo. Todas essas qualidades manifestam-se no processo criativo. É principalmente na atividade artística que a criança pode realizar e desenvolver um modo de experiência integral. O trabalho artístico, tem como características importantes: o projetar, o dar sentido e a possibilidade de transformar a realidade. (Rodari, 1982, p.140/142/159)

A partir da veiculação da linguagem sonora/musical com a psicomotricidade e a expressão criativa, relatadas acima, segue-se o item a respeito da interligação entre música/corpo/ espaço sonoro.

Música, corpo e espaço sonoro.

Por meio das atividades musicais, a criança tem possibilidade de expressar-se corporalmente através da imitação e da mímica, da linguagem pré-verbal, de sentimentos e idéias que ela ainda não é capaz de expressar em palavras. A criança tem possibilidade de coordenar sua voz com música e movimentos de uma maneira espontânea e sem ansiedade.

O ritmo propicia estímulo e atividade, de forma que eles possam perceber e imitar a acentuação e a modulação da música e da linguagem. Ao mesmo tempo, mantém a atenção e a concentração. Isso cria a oportunidade de vivenciar ritmos e músicas, enquanto, simultaneamente, se exercitam através de movimento, dramatização, brincadeira e dança, em conjunto com a fala e o canto. O corpo humano, é um meio extraordinário de expressão da música.

Sobre a importância dos acalantos e das cantigas de roda, *Barcellos* diz que: "os acalantos, fazem parte do ninar que, sem dúvida, é uma forma de a mãe dar continência ao seu bebê. Já as cantigas de roda exercem um importante papel na elaboração de aspectos do desenvolvimento uma vez que as crianças podem assumir diferentes papéis dentro do jogo" (1992, p.15).

As crianças durante as cantigas de roda vivenciam de forma corpórea o ritmo das músicas, e são impulsionadas a realizarem os movimentos de acordo com que esta proporciona. Elas tem a possibilidade de elaborar seus conflitos psíquicos, através dos papéis que experimentam, solicitados pelas letras.

O efeito da música sobre o corpo é de sensibilização; ele responde concretamente e de uma maneira viva e participante; ele não se fecha em si mesmo, mas se comunica e se entrega. Não se pode compreender a música sem a experiência da mobilização corporal.

O corpo produz imagens estimuladas pela música e se comunica com ela; diferentes elementos são mobilizados. A movimentação abre as portas e faz compreender melhor seu sentido não através de uma teoria estática mas de forma global, de modo que a música se transforme em algo vivo e sentido.

Na conquista do espaço sonoro, na expansão do *eu* além de seus limites corporais, há uma noção que deve ser valorizada que é a significação simbólica do ruído, quer seja produzido por uma emissão vocal quer por uma ação sobre o objeto, o som, como o gesto, é

projeção simbólica do *eu* no espaço. Mais ainda que o gesto, o ruído enche o espaço da presença do indivíduo, dá volume a essa presença.

As crianças gostam do barulho. Os adultos também (quando são desculpabilizados por fazê-lo), com a condição que seja o barulho que eles fazem e não o que eles sofrem. O ruído apenas incomoda aqueles que dele não participam, porque o ruído é a afirmação de si mesmo, conquista de um espaço sonoro.

Inversamente, o silêncio é ausência, o silêncio nos envolve e cola-se na nossa pele, pois é redução do *eu* a sua dimensão corporal.

Mas ao contrário do gesto que é direcionado e limitado, a vibração sonora se propaga em todo o espaço vizinho e atinge todos aqueles que aí se encontram; assim o ruído é vivido como agressão e por isto carregado de culpa. Meu espaço sonoro é também o dos outros e isso dá necessariamente origem a uma comunicação que, segundo as circunstâncias, pode ser agressiva ou harmônica. No caso de crianças muito regredidas, como um paralisado cerebral severo, a única comunicação é através de sons primitivos, sons guturais; vistos como ruídos.

Os objetos (no caso, os instrumentos musicais) podem ter o papel de facilitadores, possibilitando através deles a simbolização. Eles são usados como meio de troca e de comunicação cada vez mais autêntica de conteúdo emocional. Os objetos são carregados de afetividade, eles assumem vários papéis até chegarem a exercer seu verdadeiro papel de objeto em relação ao *eu* do sujeito.

Na visão musicoterápica esse objeto seria o “objeto intermediário”, que é definido por *Rolando O. Benenzon* como “um instrumento de comunicação capaz de atuar terapêuticamente sobre o paciente mediante a relação, sem desencadear estados de alarma intensos”; outro conceito importante deste autor é o “princípio de iso que é a existência de um som, ou um conjunto de sons, ou fenômenos sonoros internos que nos caracteriza e nos individualiza. É um fenômeno de som e movimento interno que resume nossos arquétipos sonoros, nossas vivências sonoras gestacionais intra-uterinas, e nossas vivências sonoras de nascimento e infantis até nossos dias” (1985, p. 43/47).

Lapierre e Aucouturier atribuem ao outro a função de através das experiências motoras possibilitar a vivência de toda fantasmática corporal, vivenciar simbolicamente as questões do inconsciente. O outro atua propiciando situações que favoreçam o afloramento dessas questões e é o sujeito quem vai dando a forma de agir a esse outro.

O desejo do sujeito é o de ser dono de seus atos, verdadeiramente livre, não ser julgado e submetido afetivamente ao desejo do outro. O outro atua propondo objetos, materiais e sons ao sujeito, deixando que ele explore esses elementos sozinho, esperando o momento adequado para intervir, momento o qual o sujeito sente necessidade da sua figura e atuação. O outro é quem está a disposição do sujeito nesse processo de construção do si próprio e não o contrário, pois só assim o sujeito pode construir-se e viver com prazer, alegria e dinamismo.

Contribuições de Wallon.

Serão abordados neste item, questões relativas ao desenvolvimento psicomotor infantil, principalmente à luz da teoria de Wallon, sem deixar de tangenciar alguns conceitos de autores como Piaget. Nesse sentido a música enquanto mediadora entre o corpo e suas possibilidades de experiência encontra na afetividade um elemento facilitador.

Como embasamento teórico para este trabalho, considera-se *Wallon* fundamental. Alguns pontos da sua teoria são essenciais para analisar a influência das músicas infantis no desenvolvimento psicomotor infantil. Pontos como: o papel da emoção, a ligação do ato motor com ato mental, a visão do ser como organicamente social e o desenvolvimento da motricidade.

Para *Wallon*, ato motor e ato mental são intrinsecamente ligados. O ato mental se desenvolve a partir do ato motor e passa em seguida a inibi-lo sem deixar, no entanto de ser uma atividade corporal. O movimento inicialmente é automático, sendo apenas uma descarga motora. Com o decorrer do desenvolvimento, a criança passa a pensar antes de realizar um movimento, sendo este intencional.

O homem se relaciona com o mundo através do movimento e das representações. Primeiramente, o movimento é visto como resposta motora imediata sem parar para pensar, sendo automático e uma simples adaptação do indivíduo às circunstâncias atuais. Posteriormente, a representação se instaura, mudando a atitude do indivíduo, pois agora ele pensa antes de agir.

A motricidade humana pode trazer uma melhor inter-relação do indivíduo com o meio social, antes de poder modificar o meio físico. A ação do homem sobre a natureza tem duas *vias*, pois o homem transforma a natureza e se transforma a partir dela. Para *Wallon*, a emoção é individual e coletiva, sendo assim, contraditória na sua essência.

Para *Wallon*, existem três tipos de movimentos: ativo ou autógeno, passivo ou exógeno e deslocamento de segmentos corporais. Passivo é o movimento de luta contra a gravidade e o ativo são os movimentos de locomoção (marcha) e preensão (capacidade de buscar algo que lhe interessa).

No 1º ano de vida, dominam as relações emocionais com o ambiente e o acabamento da embriogênese. *Wallon* considera o estágio de impulsividade motora anterior ao estágio emocional; onde a descarga motora é feita, os movimentos sem intenção são gerados pela emoção de bem estar e mal estar. Por exemplo, quando o bebê está com fome, ele grita e se movimenta (uma descarga motora) demonstrando seu desprazer, após ser alimentado vivencia o estado de prazer e pouca atividade motora.

No 2º ano, há uma exploração intensa e sistemática do ambiente; a inteligência é prática, a partir das situações que o meio apresenta. É o estágio sensório motor, onde acontecem os jogos de alternância; a criança age sobre os objetos e tem conhecimento das suas possibilidades através dos movimentos e sons. Com o jogar e repetir, ela percebe, ajusta e conhece seus movimentos; repete e modifica. No final deste ano, a fala e as condutas representativas caracterizam a inteligência projetiva. No estágio projetivo, as principais aquisições são a marcha e a fala; o correr no sentido de agir sobre o mundo conhecendo-o, e a noção do *eu*.

Nos anos pré escolares, predomina a explicação da realidade. A criança deverá superar o sincretismo, no plano do pensamento, do discurso e do objeto. Explicar supõe definir; definição é dar qualidades específicas do objeto, integrá-lo a uma classe maior e diferenciá-lo das vizinhas, ou seja, diferenciação e integração; e explicar é determinar condições de existência. Tudo está ligado a tudo, além de estar em permanente devir.

Entre os 5 e 9 anos, o sincretismo diminui e o pensamento categorial predomina, permitindo a atribuição das qualidades específicas do objeto, tornando-o assim, distinto dos outros sem carregar consigo os demais atributos do objeto em que aparece. *Wallon* em relação ao sincretismo, fala que é preciso ser capaz de preservá-lo, tanto quanto discipliná-lo; uma vez que dele depende a possibilidade de combinações inteiramente novas e originais de idéias. Nele está a raiz do pensamento criador.

A palavra carrega a idéia, assim como o gesto a intenção. A reconquista da dimensão melódica da linguagem, como a emancipação do gesto ao controle da vontade, constituem objetivos de certas modalidades artística. E isto representa a importância de uma

atividade musical para a criança. A linguagem é capaz de conduzir o pensamento, nutri-lo e alimentá-lo, estruturando-se reciprocamente.

Wallon (1934/49) considera a criança como social desde o nascimento e proclama os processos afetivos como anteriores a quaisquer outros tipos de comportamento. Ele enfatiza a profunda vinculação existente entre afetividade e movimento, na base de todas as formas de interação da criança pequena, seja com o mundo social ou físico. Desta forma, para entender o pensamento da criança, é necessário se considerar o meio (físico, social, psicológico e ideológico) onde esta se desenvolve (Vasconcellos e Valsiner, 1995, p. 40).

Os aspectos emocionais, presentes no desenvolvimento da criança, são particularmente importantes na teoria de *Wallon*. Para ele, a emoção constitui a base inicial da formação da consciência do indivíduo. Através da emoção a criança adquire seqüências de ações diferenciadas e instrumentos intelectuais capazes de construir sua diferenciação e compreensão de si mesma e dos outros sociais (Vasconcellos e Valsiner, 1995, p.41).

Wallon considera o grito do recém-nascido como primeira forma de expressão da criança como parte de um *todo*. No grito do bebê, o sinal (disposição motora) e sua causa (evento interno ou externo) ainda não estão diferenciados. É a partir da reação fisiológica, que vão se constituindo as expressões emocionais que, ao se originarem das sensações simples, podem retornar a elas em formas diferenciadas.

Estas simples reações podem ser variações viscerais do tônus (atividade tônico-muscular), que são espasmos organizadores e reguladores do acúmulo de energia e podem se manifestar na forma de angústia, prazer e risos. Tais espasmos ou energias que existem inicialmente, em forma involuntária, caminham junto ao processo do desenvolvimento, ganhando significados intencionais.

Wallon define estas reações como fundamentais para a formação da atividade muscular e também como precursoras dos movimentos propriamente ditos, o que põe a emoção no berço do movimento (Vasconcellos e Valsiner, 1995, p. 43).

Para a criança com algum distúrbio neurológico que afete principalmente a parte motora, por exemplo uma criança portadora de Paralisia Cerebral, a realização de um movimento será super carregada de emoção. “Emoção fica identificada com o sistema de atividade que corresponde a situações reais, dando-lhe *tom e cor*” (Vasconcellos e Valsiner, 1995, p.43).

Segundo Vasconcellos e Valsimer, para *Wallon*, “a emoção pode ser entendida como uma reação postural na exteriorização da afetividade, sendo esta o conjunto dos processos psíquicos que acompanham as manifestações orgânicas da emoção, canalizando-o para dentro do próprio indivíduo.”

Emoção é, pois, simultaneamente um fator fisiológico e social, tornando-se desta forma essencialmente psicológico. Através da emoção, o indivíduo é capaz de fundir-se com as outras pessoas e via imitação diferenciar-se delas, num processo dialético onde a tonicidade muscular dá forma à expressão e ao gesto, constituindo-se em linguagem e formação do pensamento.

“O paradoxo da emoção está em ser, essencialmente, um distúrbio e empecilho à atividade e, ao mesmo tempo, o elemento motriz para a ação” (Vasconcellos e Valsiner, 1995, p.44).

A imitação inscreve-se entre dois termos contrários: fusão, alienação de si na coisa ou participação do objeto, e desdobramento entre o ato a executar e o modelo.

Nos primeiros movimentos da criança há uma unidade afetiva sensório-motora: seus gestos são os primeiros canais estruturados disponíveis na tarefa de transformação do mundo para ela incompreensível. Através de suas ações, a criança transforma o universo social ao mesmo tempo em que incorpora essa transformação a si, por um processo de diferenciação (Wallon, 1934).

Pela mediação dos gestos e da fala dos outros, ela constrói e utiliza instrumentos psicológicos, tais como a imitação, que a conduzirão, num futuro próximo, a discriminar sua própria perspectiva da de seus parceiros (Vasconcellos e Valsiner, 1995, p.53).

Para *Wallon*, assim como para *Piaget*, a imitação funciona como via de acesso à representação. Há um diálogo, uma ação comunicativa entre imitar e ser imitado. Ao longo dessas ações, a criança vai realizando a passagem do que *Wallon* chama de inteligência prática ou sensório-motora à inteligência verbal, que prescinde da presença física do modelo (Vasconcellos e Valsiner, 1995, p.55).

As crianças se motivam a reestruturar seus conhecimentos quando elas encontram e interessam-se por experiências que conflitam com suas previsões. *Piaget* chamou isto de *desequilíbrio*, e o seu resultado de *desequilíbrio*. Alguns autores denominam este processo de conflito cognitivo. A atividade encoraja o *desequilíbrio*, e permite a criança realizar à sua própria maneira o restabelecimento do equilíbrio através de métodos ativos (no caso, a música).

O princípio de conservação, segundo *Piaget*, refere-se ao conceito de que a quantidade de uma matéria permanece a mesma,

independente de quaisquer mudanças em uma dimensão irrelevante. A passagem da não-conservação para a conservação é um processo gradual, a mudança é em grande parte função das ações (cognitivas e sensório-motoras). De acordo com *Piaget*, as estruturas de conservação não podem ser induzidas por via direta, e sim, pela experiência ativa (Wadsworth, 1985, p.66).

Em relação ao parágrafo anterior, cita-se um exemplo de uma atividade musical que proporciona a criança o desenvolvimento do princípio de conservação. O exemplo seria a criança brincando com as mãos na música:

Mãozinhas, mãozinhas nós vamos bater
Depois as mãozinhas prá trás esconder

As crianças na brincadeira com as mãos proporcionada pela música, experimentam a possibilidade das suas mãos se esconderem mas permanecendo em seu corpo, apesar da ausência momentânea o objeto se conserva simbolicamente.

Assim, destaca-se a vinculação entre música e as diferentes formas de experimentação do corpo.

A música como “mediadora” entre o corpo e suas experiências

Apresenta-se adiante, algumas maneiras de conceber a noção de corpo, segundo *Ajuriaguerra*. As definições sempre se referem ao corpo, mas tem-se a impressão de que as linguagens diferem e que não é sempre o mesmo corpo que se analisa. A música será utilizada para exemplificar os diferentes modos de abordagens.

- O corpo é uma entidade física, cuja atividade própria evolui do automatismo para o voluntário. Através de sua evolução, o corpo atua pela ação do outro, tornando-o corpo atuante e transformador. O corpo nos é dado, é a substância do homem, que confirma sua existência. O corpo nos pertence, mas ele faz parte do mundo das formas da natureza, ele é superfície e interior, é inerte e palpitante, habitáculo e habitado.

Neste item duas questões são levantadas. A primeira, sobre o desenvolvimento motor segundo o referencial de *Wallon*, que diz que movimento inicia-se de forma automática e aos poucos se torna voluntário. Na atividade musical, a criança começa tocando um instrumento aleatoriamente e somente como uma descarga motora.

A medida em que seu desenvolvimento psicomotor evolui, o movimento passa a ser voluntário e a ter um objetivo, como por exemplo, acompanhar ritmicamente uma música no pandeiro. Outra questão é a visão filosófica do corpo em uma constante interação com o meio.

- A atividade do corpo se desenvolve no campo de suas próprias transformações e nos limites. A criança descobre seu corpo devido aos deslocamentos que lhe são impostos e por sua atividade automático-reflexa para adquirir em seguida, graças à maturação, uma capacidade de movimentos dissociados. Ele será o receptor e o emissor dos fenômenos emocionais.

A partir da movimentação pelo espaço, a criança descobre os limites do seu corpo e conscientiza-se das partes deste. Nas experiências corporais é estabelecida uma relação entre o corpo e o espaço, onde é vivenciada a interferência afetiva entre estes, ou seja, são assimiladas pela criança as informações do meio em que se encontra, devolvendo a este, através de reações, os estímulos recebidos.

- O corpo situa-se em um espaço e em um tempo. A ação não é uma simples atividade motora, mas, no plano das estruturas, ela é um círculo sensitivo-motor e, durante sua realização, uma atividade com um fim definido em um espaço orientado em relação ao corpo.

O corpo vive sob pressão de necessidades biológicas, de uma certa cronologia, horas de sono/vigília e de fome/espera, onde o *ritmo* com que vão ocorrer, influenciará na organização biológica, que mais tarde, constituirá os hábitos sociais.

- O corpo é uma totalidade na qual pode-se isolar diferentes componentes. Vivenciando inicialmente seus diversos fragmentos como totalidades, a criança será mais tarde capaz de descobrir que estas diversas partes correspondem a uma totalidade, que é o seu corpo.

Neste ponto, um exemplo de uma música que ajuda a percepção das partes do corpo para mais tarde ser visto como uma totalidade é:

*“Cabeça, ombro, joelho e pé
joelho e pé, joelho e pé...”*

(com decorrer da música são citadas todas as partes do corpo).

A música será trabalhada com a criança apontando as partes do corpo solicitadas.

- A noção do corpo só pode ser compreendida se considerarmos o outro como co-formador. O conhecimento do outro dará à criança a possibilidade de perceber que, se o outro é formado por partes ou fragmentos que formam uma totalidade, estes mesmos fragmentos estando nela e sendo reconhecidos por ela são de fato também uma espécie de totalidade na qual a imagem especular do outro está implícita. É importante ressaltar aqui, a fase da imitação e do espelho.

Segundo *Wallon*, é a partir do olhar do outro que nos constituímos. A criança imita um modelo presente (normalmente a mãe) para poder dissociar-se do outro, fazendo o uso deste modelo para representar, criando assim, a sua individualidade. Nas brincadeiras a criança representa o tempo todo.

- O conhecimento do corpo é em grande parte reconhecido através das contribuições da linguagem; a nomeação confirma o que é percebido, reafirma o que é conhecido e permite verbalizar aquilo que é vivenciado.

A utilização da música para um melhor conhecimento do corpo, nomeando suas partes, pode ser trabalhada de forma lúdica através da música:

*“Pula macaquinho de galho em galho
Coça a cabecinha, coça a barriguinha
Pula macaquinho de galho em galho...”*;

E assim vão sendo solicitadas as partes do corpo, na música as crianças realizam o movimentos propostos de forma prazerosa.

- O “diálogo tônico” é a linguagem principal da afetividade; desempenha um papel determinante na aquisição da noção de vivência corporal.

Segundo o referencial da teoria de *Wallon*, o “diálogo tônico” é uma relação não-verbal entre a mãe e o bebê, onde tónus e emoção vão estar intimamente ligados.

Todas estas abordagens de experimentação do corpo através da linguagem musical são de grande valia, estimulando o aprofundamento para a reflexão de como a música pode ser utilizada no sentido de favorecer uma melhor vivência corporal. O referencial teórico de *Wallon* é a base para as observações feitas por este trabalho, principalmente, por ser um autor que enfatiza a afetividade.

Conclusão

A linguagem sonoro-musical acompanha o ser humano desde a vida intra-uterina até a morte, sendo uma forma de comunicação que possibilita a expressão autêntica do indivíduo e todo seu potencial criativo.

Através da prática musicoterápica e o estudo da psicomotricidade, encontram-se subsídios para entender a interligação da música com o movimento. É levada em consideração a estrutura da linguagem musical: melodia, harmonia, conteúdo das letras e, principalmente, o ritmo.

A expressão musical tem que ser compreendida dentro de um contexto sócio-cultural, pois cada sociedade cria, através de seus costumes e hábitos, maneiras próprias de perceber e vivenciar a música. Numa visão psicomotora, a expressão musical é uma ferramenta hábil para experimentação do corpo nas suas diversas possibilidades.

As contribuições teóricas de *Wallon* permitem um melhor entendimento do desenvolvimento psicomotor infantil, especificamente, no que se refere às emoções enquanto fundamentais para um equilíbrio global da criança.

Pode-se então concluir que a linguagem musical e seus elementos constitutivos influem de maneira significativa no desenvolvimento psicomotor infantil.

Bibliografia

- AJURIAGUERRA, J. de. *Manual de Psiquiatria Infantil*. Editora Masson do Brasil Ltda, Livraria Atheneu.
- ALENCAR, Eunice M. L. Soriano de, Angela M. R. Virgolim (Org.) *Criatividade – Expressão e Desenvolvimento* Petrópolis, RJ Vozes, 1994.
- BARCELLOS, Lia Rejane *Cadernos de Musicoterapia 1/2*. Rio de Janeiro, Ed. Enelivros, 1992.
- BENZON, Rolando O. *Manual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro. Enelivros, 1985.
- BOTELHO, Janice Cardoso *Um Olhar Psicomotor sobre a História da Dança – Da Pré-História à Idade Média* Monografia elaborada por exigência curricular do curso de pós-graduação *latu sensu* em Psicomotricidade – IBMR Rio de Janeiro, 1995.
- DE LA TAILLE, Yves; OLIVEIRA, Marta Kohl de; DANTAS, Heloysa. *Piaget, Vygotsky, Wallon – Teorias Psicogenéticas em Discussão*. São Paulo – SP. Summus, 1992.
- ESCOTTO, Amélia. *Criatividade, Mudança e Tomada de Decisão: Uma Visão Integrativa*. Trabalho apresentado na disciplina Processo Decisório do Curso de Mestrado em Administração da PUC – RJ, 1996.
- FUX, Maria. *A Música e sua Comunicação através do Corpo*. Boletim n.º9 da Associação Brasileira de Musicoterapia Rio de Janeiro, 1979.

- GAINZA, Violeta Hemsy de. *Estudos de Psicopedagogia Musical*. São Paulo – SP. Summus, 1988.
- GARROTE, Alessandra Garcindo Dayrell. “*O Papel do outro na construção do sujeito: algumas abordagens sob a ótica construtivista*”. Rio de Janeiro, 1996. Monografia elaborada por exigência curricular do curso de pós-graduação *latu senso* em educação psicomotora – IBMR.
- HOLLE, Britta. *Desenvolvimento Motor na Criança – Normal e Retardada*. Editora Manole, 1990.
- LA PIERRE E AUCOUTURIER. *A Simbologia do Movimento*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- MAY, Rollo. *A Coragem de Criar*. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira, 1982.
- MEDINA, Carlos Alberto de *Música Popular e comunicação – Um ensaio sociológico* Petrópolis, Rio de Janeiro. Ed. Vozes, 1973.
- WADSWORTH, Barry J. *Inteligência e Afetividade na Criança na Teoria de Piaget* São Paulo, SP. Pioneira, 1985.
- RODARI, Gianni. *Gramática de Fantasia*. São Paulo, Summus, 1982.
- RUUD, Even (org.) *Música e Saúde* São Paulo – SP. Summus, 1991.
- SABOYA, Beatriz. *Bases Psicomotoras : Aspectos Neuropsicomotores e Relacionais no Primeiro Ano de Vida*. Rio de Janeiro Ed. Trainel, 1995.
- SCHURMANN, Ernst F. *A música como linguagem – Uma abordagem histórica* São Paulo Ed. Brasiliense, 1989.
- VALSINER, Jaan; VASCONCELLOS, Vera Maria Ramos de *Perspectiva co-construtivista na psicologia e na educação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

Musicoterapia: Algumas Reflexões

Martha Negreiros de S. Vianna

Ao me deparar com o tema proposto para esta mesa¹, “Reflexões teóricas”, o primeiro pensamento que me ocorreu foi um pouco engraçado: nunca vi teoria andando sozinha, pensei; isto é, o referencial teórico implica, necessariamente, numa articulação com a prática e numa posição subjetiva do sujeito que ocupa este lugar de terapeuta – posição esta sustentada por conceitos que possam direcionar a leitura do trabalho e sua condução. No nosso caso, o trabalho a que nos propomos é terapêutico e esta condição pré-estabelecida sugere algumas questões para serem discutidas.

A primeira delas, a meu ver, já citada na palestra da Lia Rejane, diz respeito à subjetividade do terapeuta e que irá determinar sua forma possível de conduzir o tratamento e seus limites. O trabalho pessoal do terapeuta parece inquestionável, pois como assinala o psicanalista húngaro Sandor Ferenczi, quem quer que queira tratar deve antes ser tratado. A importância desta tarefa pessoal se torna evidente na prática clínica. Clínica esta que só existe na relação terapeuta/cliente, lugar onde ressoam e se revelam questões referidas à Transferência e sua amplitude.

Por ser a música nosso instrumento de trabalho, muitas vezes se apresenta para nós uma dúvida (que pode virar conflito ou não), sobre qual seja o efetivo agente terapêutico: o profissional musicoterapeuta qualificado ou a música. As possíveis respostas a esta questão já apontariam para o referencial teórico de cada profissional. Numa orientação comportamental e/ou biológica, por exemplo, tenderíamos a pensar o agente terapêutico como sendo a música ela mesma. Ou seja, sustentariamos a posição de que a própria forma musical traria a priori um sentido irreduzível e fechado em si mesmo. Neste caso, o propagado conceito de ISO desenvolvido por Dr. Benenzon, aqui entendido como pólo identificatório das histórias sonoro-musicais de cada sujeito e/ou grupos, não teria a menor consistência ou razão de existir. Por outro lado, se entendemos a

1 Fórum de Musicoterapia promovido pela Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

música como linguagem, porque capaz de gerar sentidos e produzir subjetividade, o eixo desta prática, estaria centrado na transferência que se estabelece com o terapeuta, na suposição pelo cliente de um saber deste sobre seu sofrimento. A música irá provocar, sem dúvida, os mais diversos efeitos, enquanto objeto intermediário e não enquanto agente da transferência, pois este só poderá ser um sujeito propriamente dito. Patrícia Pellizari indaga: que busca o paciente no encontro com o musicoterapeuta, superar seu mal estar graças à música ou encontrar uma resignificação de seu mal estar através dela? Neste ponto nos perguntamos: quem viabiliza esta resignificação? Se atribuirmos esta função à música, ela mesma, teríamos um universo de compositores e músicos em estado de graça, imunes à miséria neurótica ou sofrimentos comuns, imunes também aos infernos psicóticos, enfim, a miséria da condição humana.

Ressignificar implica encontrar novos sentidos, novas possibilidades e isto só se dá através da linguagem e será aqui considerado o humano irremediavelmente atravessado pela linguagem. E assim sendo, a dicotomia verbal e não-verbal perde muito da importância que lhe é atribuída.

Por último, cabe destacar que é a partir de uma concepção do que é o humano que irão se delinear os diferentes referenciais teóricos e formas de intervenção do musicoterapeuta, como diz Patricia: o discurso da musicoterapia é um discurso clínico.

Espero que estes pontos levantados nesta breve exposição tenham podido trazer alguns elementos para serem pensados e discutidos aqui entre nós.

Referência

PELLIZARI, PATRICIA; in "*Musicoterapia Psicoanalítica: el malestar en la voz*", Ricardo Resio Editor, Buenos Aires, 1993

Reflexões Teóricas sobre a Musicoterapia

Márcia Godinho C. de Souza¹

Recebi o honroso convite de participar desta mesa redonda² que buscará trazer e compartilhar algumas reflexões teóricas sobre a Musicoterapia, esta profissão que escolhemos para exercer.

Primeiramente tentarei traçar breves considerações sobre a palavra teoria, ou "Theoria".

Na Grécia antiga este termo possuía o significado de especulação ou vida contemplativa. Aristóteles, em sua *Ética a Nicômaco*, identificava a *theoria* com a beatitude. Enfim esta identificação torna a teoria oposta à prática. Seria então toda e qualquer atividade que tivesse por fim a contemplação.

Dando um salto histórico, Kant em seus estudos sobre teoria e prática, nos coloca duas conceituações que julgo importante atentarmos para uma compreensão da evolução do conceito sobre teoria:

³"...teoria é um conjunto de regras também práticas quando são pensadas como princípios gerais e se faz abstração de uma quantidade de condições que, porém, têm influência necessária sobre a sua aplicação. Inversamente, chama-se prática, não um ato qualquer, mas só o que atua um fim e é pensado em relação a princípios de conduta representados universalmente."

A partir deste pressuposto Kantiano, já podemos começar a reflexão teórica. Verificamos que para ele uma coisa está ligada à outra, a prática à teoria e vice-versa. Coloca-nos que a teoria deve ser pensada como *princípio geral*. Sabemos que a música é uma linguagem universal e dentro de seus parâmetros digamos sonoros, aqui englobando todos os aspectos e elementos que a constituem, possui em seu bojo a possibilidade de abarcar princípios que também são universais. Por exemplo, o mundo sonoro seja ele ontogênico (sons, ritmos, movimentos corporais, etc) ou filogênico (não-verbais, sons da natureza e tantos sons que vem seguindo, se transformando

1 Musicoterapeuta – Telefax:(021) 621-3658 – Tel: (021) 621-3076

2 Fórum de Musicoterapia promovido pela Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

3 Abbagnano Nicola. Dicionário de Filosofia. Pg 916

e evoluindo junto com a própria evolução da humanidade), vem carregado de informações desde as mais remotas até as mais atuais.

Em estudos recentes de Engenharia Genética já se verificam as possibilidades de se isolar informações no DNA cada vez mais específicas. Quem sabe este não é um dos caminhos para a pesquisa e futura formulação de fundamentos teórico científicos sobre o mundo sonoro e suas implicações? Quem sabe não poderemos fundamentar neste nível, que existem sistemas rítmicos microfísicos que se unem à padrões macrofísicos. Acredito que o estudo e o campo para reflexão teórica se torna cada vez mais amplo, e mais amplo se torna quando o profissional Musicoterapeuta está *atuando*, em movimento, em dinâmica, em constante busca desta teorização, acompanhando os estudos e descobertas gerais da ciência, como também fazendo ciência. Acredito também que a prática Musicoterápica é um dos locais mais profícuos para esta evolução teórica. Mas como o conhecimento científico é *provisório*, a cada dia se renova, (ontem mesmo vi a reportagem sobre um aparelho que em cinco minutos se poderá diagnosticar AIDS e Câncer como outros tipos de doenças), devemos estar flexíveis quanto às mudanças, avaliando, inferindo mas principalmente abertos para o novo conhecimento.

Quero aqui colocar que quando falo abertos para o novo conhecimento, acredito de antemão que os *princípios que regem e fundamentam a Musicoterapia enquanto profissão científica e terapêutica no estudo, pesquisa e tratamento de diversas problemáticas, esteja dentro de cada um de nós para que no momento de se descobrir novos caminhos ou atuar terapêuticamente, você Musicoterapeuta não duvide do potencial de tratamento da profissão que escolheu*. “Toda a prática, é teórica. O pensar e o fazer, são inseparáveis. Verifica-se necessário a meu ver, que o Musicoterapeuta não deva ter somente a teoria *que segundo William Batista,*¹ *sendo científica não é um acrescentamento interpretativo ao corpo da ciência, mas é o esqueleto desse corpo*”. Portanto, o preenchimento deste esqueleto dependerá das atuações individuais e de classe como musicoterapeuta, atuações interdisciplinares como agenciador de saúde, promovendo através de seu canal de conhecimentos e junto com os outros profissionais, movimentos e ações que beneficiem a sua atividade fim, que é o bem-estar e qualidade de vida, de ser do seu cliente.

Duhem já observava:² *“Uma teoria verdadeira não é a que dá, das aparências físicas, uma explicação conforme à realidade; é antes*

1 idem.

2 ibidem.

uma teoria que represente, em modo satisfatório, um conjunto de leis experimentais”.

Verifico que os princípios que fundamentam e regem a Musicoterapia, são bastante convincentes para que o Musicoterapeuta perceba que este esqueleto teórico é forte calcificado e pronto para ser estudado cada vez mais, ampliando a forma do terapeuta de pensar sobre a teorização de sua profissão.

Em Física, Bateson coloca que uma das coisas mais importantes no universo é o que ele chama de “*padrão que une*”. Acredita ele que nas relações é que se dá o padrão que une.

Em Musicoterapia, quando na ação terapêutica, verifico que muitas vezes tenho entre o cliente e eu um objeto intermediário, seja este um instrumento musical, um canto, um som. Mas a forma como me relaciono com este objeto, é que vai muitas vezes definir o como eu estabeleço a relação ou melhor, o como se estabelece a relação. Então, qual seria o padrão que une? Acredito que aí, na evolução teórica Musicoterápica, devem estar a priori no profissional Musicoterapeuta, fundada as bases na origem dos estudos sobre a música e o elemento sonoro e suas funções e relações com o humano, a humanidade, o universo. Este esqueleto teórico deve estar dentro de nós, como está o nosso próprio esqueleto, que sustenta o nosso corpo, a nossa massa corporal. Este esqueleto não está à mostra, mas fornece os movimentos e a harmonia necessária para que você comunique a que veio.

O corpo teórico então é a junção entre as bases que fundamentam a profissão, e a forma deste corpo dependerá dos profissionais que nela atuam.

Eu tenho este esqueleto teórico sobre a Musicoterapia dentro de mim, mas no momento da ação terapêutica devo transcendê-lo para estar em relação direta com o paciente. O objeto intermediário já não é mais um intermediário, porque a relação já se estabeleceu, encontrei o princípio de ISO; encontrei o padrão que une. O que se une não é por igualdade e sim por diferenças. A música pode ser de todos e para todos, mas a música enquanto terapêutica é pessoal e intransferível, no momento da ação terapêutica, ela é minha, me pertence, faz parte do meu psiquismo e traz meus conteúdos mais remotos e me faz relacioná-los infinitamente de forma cognitiva, cinestésica, sensorial, numa rede infinita tecida pela emoção, este lugar que ainda se estudará muito por este tempo, *o lugar da emoção*. Muitas vezes não consigo verbalizar mas quando a música alcança meus meios outros de comunicar de todas as formas já ditas anteriormente, já posso trazer elaboradas situações onde a palavra

não alcança, e a elaboração vem também no verbal, pela linguagem e musicalidade das palavras, campo teórico-científico também profícuo para estudos.

Nosso cérebro é muito antigo, e nesta década dedicada ao cérebro, cabe também a nós Musicoterapeutas, iniciarmos ou darmos continuidade aos estudos que venham a colaborar com este esqueleto teórico da Musicoterapia. A música é muito antiga, como o nosso cérebro. Não devemos nos esquecer que as emoções se vivem mais do que se consegue dizer. A música possibilita esta travessia entre o racional e muitas vezes é ponte direta para o sistema límbico ou espaço das emoções mais arcaicas. A música é uma linguagem arcaica e nada melhor que uma linguagem que tenha fundamentos semelhantes para ser o objeto intermediário para se estabelecer relações que serão diferenciadas, dependentes do sujeito e suas experiências; enfim trazendo à tona um sistema, integrando sujeito consigo e com o outro através do canal sonoro-musica-emoção. Enfim, *“o padrão que une”*.

Assim, podemos dizer que a teoria ou as teorias, na busca da procedência de um fundamento repousa em um princípio e um início.

¹... Um início oferece a procedência e origem, um princípio funda e acompanha, desde a origem, o percurso do itinerário. E então todo o itinerário passa a ser inspirador e é seguido da sua origem e em seu percurso por um princípio que o anima. Se se perde o vigor desse princípio, percurso e itinerário entram em crise. Para depois recomençar em outros termos e na alusão a outro destino”.

...As teorias são necessárias e não são estáticas, estão em constante transformação como está o ser-humano.

Como diz Nietzsche: ²“É preciso a angústia de ser um caos para se gerar uma estrela”.

Friedrich Nietzsche

³*“Suave, a melodia que se ouve. Criadora, a música que não se ouve mas se escuta em toda a melodia”.*

Emmanuel Carneiro Leão

1 Livro: *Ética na Comunicação*. Editora Mauad – Rio de Janeiro, 1995. William Batista – *Ética e Contemporaneidade – Sujeito e Destruição do Destino*.

2 Epígrafe de Emmanuel Carneiro Leão em seu livro *“Existência e Psicanálise”*.

3 Livro: *Ética e Comunicação*. Editora Mauad – Rio de Janeiro – 1995. Emmanuel Carneiro Leão – *Ética e Comunicação*, Pg. 22.

Pesquisa na Clínica Musicoterápica: a Canção como Âncora Terapêutica¹.

Márcia Maria da Silva Cirigliano

Considerações Iniciais:

Muito se escreve em Musicoterapia acerca de reações dos pacientes ao processo terapêutico. Sem dúvida, é de grande importância que se reflita sobre tais aspectos. Acompanhar a evolução dos atendimentos clínicos, seu prognóstico, bem como o aprimoramento da postura profissional devem constituir alguns dos principais elementos norteadores de nossa prática. Entretanto, talvez ainda falte, na literatura de que ora dispomos, discussões mais sistematizadas no tocante à figura do musicoterapeuta, seus sentimentos e/ou intervenções, presentes na singularidade da relação terapêutica que estabelece com cada paciente. O que sente o musicoterapeuta, por exemplo, frente a comportamentos específicos de seu paciente, tais como irritação, silêncio, isolamento, e tantas outras formas de resposta, nem sempre positivas e/ou manejáveis? Como responde, especialmente a nível musical, a situações causadoras de desconforto, impotência, ansiedade? É neste sentido que se pretende descrever alguns aspectos de um estudo de caso, tema central da disciplina intitulada II Projeto Independente, no programa de Mestrado em Musicoterapia da Temple University, U.S.A. (Cirigliano, 1996).

Minha trajetória profissional em Musicoterapia sempre recebeu forte influência da teoria psicanalítica. Não poderia ser diferente, dado que, antes de ingressar no Curso de Formação de Musicoterapeutas, já trazia uma graduação e experiência prática (atendimento em consultório, supervisão e análise pessoal) em Psicologia. A monografia conclusiva da Graduação em Musicoterapia (Cirigliano, 1991) e alguns trabalhos apresentados em eventos da categoria (Cirigliano, 1988, 1990, 1993) expressam o propósito de articular conceitos psicanalíticos (em particular, os de associação livre e atenção flutuante) à prática musicoterápica.

¹ Trabalho apresentado no IX Simpósio Brasileiro de Musicoterapia - Rio de Janeiro, 1997.

Ainda que, cursando o Mestrado em Musicoterapia, em um país onde a Psicanálise não é exatamente priorizada, tive a oportunidade, através de contatos com o orientador, de, não apenas fortalecer minhas reflexões teóricas, relacionando-as com a prática, mas organizá-las seguindo os parâmetros da Pesquisa Qualitativa. Em outras palavras, como selecionar um tópico, contextualizá-lo a nível de revisão bibliográfica, estabelecer um propósito de investigação, método e análise dos dados coletados e, finalmente, apresentar os resultados, tecendo conclusões acerca dos mesmos? Em que medida tal investigação contribuiria à produção teórico-prática em Musicoterapia?

Para efeito de palestra, a ser apresentada no presente evento, torna-se inviável a exposição integralmente traduzida de uma dissertação de Mestrado. Segue-se, portanto, seu resumo, nos passos empreendidos ao longo destes últimos seis semestres de estudo, indagações, aprendizado e, acima de tudo, desejo de encorajar o aprofundamento de cada musicoterapeuta no singular universo musical de si mesmo.

Introdução

Dentre as variadas expressões musicais, as canções sempre me sensibilizaram por sua riqueza e poderosa complexidade. Tanto a nível pessoal como no trabalho de clínica musicoterápica, o cantar se faz presente, não tanto em termos de produção estética, mas como significativa forma de auto-expressão. Consequentemente, o registro de sua ocorrência em sessões musicoterápicas é fundamental em meus relatórios clínicos.

Trabalhando com a técnica de Improvisação Musical Livre e, particularmente com crianças de comportamento autista, pude observar um fato curioso. Em várias ocasiões, sem me dar conta, cantava um trecho de acalanto e/ou alguma canção infantil, à medida que improvisava melodicamente. A frequência com que isso ocorria com um paciente em especial chamou ainda mais a minha atenção. Através de orientação recebida para a dissertação, procedi ao enfoque deste paciente para refletir acerca da ocorrência das mencionadas canções infantis/acalantos nos momentos de minhas improvisações melódicas. Algumas perguntas foram levantadas: havia a ocorrência de canções específicas? Elas se repetiam? Quando? O que isso poderia estar significando? Consultando os relatórios de sessões, devidamente documentadas, pude então estabelecer os critérios, a seguir citados, para o estudo.

Contexto Pessoal

O paciente em questão foi atendido em consultório particular, com frequência de duas vezes por semana, pelo período de três anos. Devido à impossibilidade de proceder à obtenção de formulário de consentimento dos responsáveis, informações referentes a diagnóstico, duração do tratamento e situações de material de sessão que não dizem respeito ao tema exposto, embora necessárias para efeito de contextualização, são mascaradas no intuito de preservar o paciente e sua família. Uma vez que a presente discussão recai sobre a figura do musicoterapeuta, tal variável não veio a interferir no tratamento dos dados.

Contando quatro anos de idade, apresentando comportamento autista e escassa comunicação verbal, o menino gostava de vocalizar enquanto eu cantava para ele. Apreciava igualmente o som do pandeiro e me acompanhava sonoramente nas ocasiões em que eu utilizava o violão. Melodias simples, de estrutura básica de I-IV-V-I eram por ele apreciadas: respondia com sorriso, contacto visual, vocalizações e, às vezes, alguma célula rítmica percutida no pandeiro.

No primeiro ano de atendimento, apresentava frequentes flutuações de humor. Havia sessões em que chorava, distanciava-se do "setting", atirava instrumentos musicais a esmo, sem qualquer motivo aparente. A ocorrência de estereotípias com as mãos, comum em seu comportamento, tendia a diminuir à medida em que interagia comigo nas improvisações musicais, seja vocalizando, utilizando algum instrumento ou apenas ouvindo.

A participação dos pais merece destaque, pela dedicação demonstrada para com o desenvolvimento de seu filho, não obstante as limitações. Embora separados, o casal sempre se empenhou em levar o filho para atendimento, além de manter assiduidade às sessões periódicas de avaliação. O fato de o pai pertencer ao meio musical e a mãe à área de Educação também pareceu contribuir favoravelmente: observava-se o quanto a criança era musical e habituada a receber constante estimulação no ambiente familiar, pelas respostas, tanto musicais, quanto no tocante à colocação de limites e outras solicitações no âmbito terapêutico.

Contexto Profissional

Esta seção da pesquisa é dedicada à toda a revisão de literatura necessária para propiciar suporte às idéias em estudo. A influência da música no comportamento humano, bem como as pesquisas

realizadas com bebês e suas reações à estimulação musical (e, em especial à voz materna) exemplificam alguns temas relevantes à discussão sobre a importância dos acalantos e canções infantis na história musical de cada indivíduo. Ressalvas devem ser feitas no tocante às influências ambientais e culturais, elementos importantes na composição do mosaico musical de cada um.

Para fins de apresentação em plenária, uma extensa descrição bibliográfica resultaria fatigante. No entanto, há duas idéias que necessitam ser esboçadas, ainda que rapidamente. Diaz de Chumaceiro (1995) considera as cantigas de ninar como "cantos transicionais" (transitional tunes), ou seja, canções que funcionam como facilitadoras do processo de separação na relação mãe-bebê. No contexto terapêutico, a mesma autora nomeia os acalantos como "transicionais-transferenciais". Em contrapartida, as canções trazidas pelo terapeuta são chamadas "canções contratransferenciais".

Um segundo conceito, enunciado nas teorias de Reik (1960) veicula a idéia da "melodia fantasma" (haunting melody), aqui particularizada em relação ao terapeuta. São canções que "insistem em aparecer", muitas vezes sem que, no momento o terapeuta consiga se dar conta, expressões de idéias inconscientes que, no "setting" terapêutico podem ser muito significativas e reveladoras de diversas questões contratransferenciais.

A articulação de ambos os pressupostos acima foi de particular importância para a reflexão dos dados coletados.

Propósito de Investigação

Minha percepção do paciente, à luz dos relatórios de sessão pode se resumir às seguintes perguntas:

- 1) O que eu fazia para me comunicar com aquela criança, cujo processo de crescimento estava tendo a chance de acompanhar?
- 2) O que acontecia comigo enquanto eu cantava e improvisava musicalmente?

Segundo o que observava, algumas vezes eu improvisava para estimular sua vocalização. Em outras ocasiões, era tão somente para acalmá-lo. Mas, em muitas vezes, o meu cantar se manifestava contratransferencialmente, como tentativa de, por exemplo, lidar com a ansiedade que o choro dele provocava em mim.

Sem dúvida, o canto e o violão eram frequentemente utilizados nas sessões musicoterápicas. Também os acalantos, familiares ao paciente. Mas, para além disso, canções infantis, algumas provenientes de contos de fadas apareciam, em trechos, às vezes quase imperceptíveis, nas improvisações melódicas.

Metodologia

Várias canções poderiam ser escolhidas e a seleção se deu a partir do agrupamento de sessenta sessões, relatadas mais detalhadamente, para que houvesse uma amostra razoavelmente adequada à análise pretendida. Além de possuírem letra em português, as canções destacadas são familiares aos ouvidos brasileiros, em parte pela influência americana, especialmente no que diz respeito aos contos de fadas.

Primeiramente foram listadas cinco canções das sessenta sessões mencionadas. O período de tempo do tratamento musicoterápico correspondia ao de maior ocorrência das canções, de agosto de 1989 a fevereiro de 1990. Entretanto, isto não quer dizer que estas canções (e outras) não apareceram em outras épocas. O recorte no tempo e número de canções só é feito para facilitar a organização de dados. Portanto, foram agrupados os seguintes títulos: Brahms' Lullaby, Some Day My Prince Will Come (tema do conto Branca de Neve), Rock-a-bye Baby, Have Yourself A Merry Little Christmas, A Dream is a Wish (tema do conto Cinderela).

O critério de listagem se deu por ocorrência em mais de três vezes, o suficiente para chamar a minha atenção. Ou seja, se o trecho de uma canção ocorria uma ou duas vezes, isso poderia ser mera coincidência; acima disso, era digno de nota.

A seguir, as canções foram agrupadas em termos da possível relação com temas organizados em seis categorias, a seguir: circunstâncias da criança; minha percepção da criança e seus sentimentos; como a canção se relaciona à criança; como a canção se relaciona à minha percepção e sentimentos; mudanças na resposta da criança mudanças em mim

Tais categorias expressam a minha percepção das reações do paciente, bem como as minhas próprias. Quaisquer mudanças em ambos foram descritas, de acordo com o momento em que a canção era cantada.

Durante a coleta de dados, mantinha-me direcionada a questões, em relação ao paciente, tais como: o que ele está sentindo?/ O que acontece com ele?/ Será que ele está triste?/ Por que?/ Ele se sente mal?

Em relação às minhas questões contratransferenciais, tentava traduzi-las em construções como: gostaria de ajudá-lo/ sinto-me ansiosa/ não sei como intervir/ percebo-me impotente frente à situação.

O principal aspecto da canção a ser focado era a letra. Hipotizava-se que haveria algum verso, ou mesmo palavra que eu

poderia ligar ao que estava acontecendo, no momento da sessão em que a canção era trazida. O propósito norteador da investigação era examinar cada momento e retirar, da letra da canção, aquilo que eu considerava que poderia explicar a razão pela qual o comportamento observado ocorreu (ou, se modificou) na situação terapêutica. Não importava que trechos das canções eram cantados, nem mesmo se era só a melodia que surgia. O porquê de determinada atitude minha, ou mudança no momento terapêutico, teria seu equivalente na(s) palavra(s) contida nas canções. Sem dúvida, um árduo trabalho de "associação livre" em Musicoterapia (Cirigliano, 1988).

Resultados

Foi registrado o aparecimento de três a oito vezes para as seguintes canções: Brahm's Lullaby, Some Day My Prince Will Come, Rock-a-bye Baby e Have Yourself a Merry Little Christmas. Comparando-se a A Dream Is a Wish, esta apresentou ocorrência de quatorze vezes.

Esta última canção se configurou como resposta musical à determinadas situações terapêuticas em que o fluxo do diálogo terapêutico se encontrava, por alguma razão, interrompido. A partir da ocorrência da canção, o movimento na sessão era retomado: como se a canção desempenhasse o papel de liberar qualquer eventual impedimento à comunicação terapêutica.

Apesar, e para além, dos aspectos perdidos nas traduções, é importante examinar alguns tópicos. Em primeiro lugar, a mensagem da canção traz a idéia de que é muito importante sonhar, ter um propósito na vida, uma razão para viver. Em segundo lugar, "o sonho é um desejo expresso pelo coração", ou seja, o que se tem de mais emocional, profundo em termos da verdade de cada um. Finalmente, segundo partes da letra, o desejo está sempre presente, "não importa o luto, não importa o mal que atormenta", mensagem esta que dá ao ser humano, a esperança de superar as próprias dores e perdas, e sempre recomeçar.

A função desempenhada pela canção foi basicamente fazer com que a sessão readquirisse movimento, propiciando, tanto respostas da criança como, principalmente, maior presença minha como terapeuta. Quanto às demais canções investigadas, nenhuma apresentou padrões comuns que levassem a conclusões significativas.

Conclusão

Ao final da análise dos dados, conclui-se que a canção mencionada, tendo em vista minhas circunstâncias no "setting" terapêutico, funcionava como o meu próprio acalanto. Em outras palavras, constituía-se uma forma de estar "ancorada", quando me defrontava com situações desafiantes e, por vezes, insolúveis.

Embora levando em conta o impacto que a canção exercia para mim, bem como as reações do paciente, não considero apropriado proceder a uma interminável discussão acerca de aspectos transferenceis/ contratransferenceis. Isso já existe em quantidade suficiente na literatura especializada. Acima de tudo, a canção me propiciava relaxamento, levando-me, assim a estar mais atenta para "escutar" o paciente. Era, em suma, um acalanto, no sentido de funcionar como âncora terapêutica pessoal, sem significar ameaça, nem qualquer efeito nocivo ao paciente.

Este estudo pode ser de utilidade a outros musicoterapeutas em seus trabalhos clínicos, na medida em que lhes propicie refletir sobre suas próprias âncoras musicais, que, se conscientizadas e devidamente utilizadas (não como mecanismo defensivo), podem representar uma ferramenta de trabalho que facilite a comunicação terapêutica. Em outras palavras, guardados os aspectos do contexto de improvisação musical, o musicoterapeuta pode lançar mão de seus próprios elementos de ancoragem para mobilizar respostas em contexto terapêutico. A imagem da âncora traz justamente a idéia de alcançar o paciente, musicalmente, onde quer que ele esteja.

Desnecessário comentar que a descoberta e uso das âncoras musicais requer cuidado, auto conhecimento, atenção e, sobretudo, sensibilidade para perceber o momento adequado de intervir. Somente através da prática e investigação clínica parece ser possível aprofundar este conhecimento. Em suma, uma viagem para dentro de si mesmo enquanto musicoterapeuta que, também traz uma história musical.

Que o presente estudo possa encorajar os profissionais de Musicoterapia a refletir mais detidamente sobre seu comportamento frente aos desafios que os pacientes nos trazem. Que esta auto-reflexão possa motivar outras tantas e que discussões nessa direção proliferem no meio musicoterápico. Que os profissionais ousem se expor, guardados os devidos limites éticos e pessoais. Que outras âncoras musicais venham a ser compartilhadas e, no futuro possa-se teorizar mais detalhadamente. Mas, por enquanto, este "desejo" é apenas um "sonho", expresso pelo coração.

Referências Bibliográficas

- CIRIGLIANO, Márcia Maria da Silva. *Improvisação musical livre, associação livre e atenção flutuante: possíveis relações entre musicoterapia e psicanálise*. Trabalho apresentado no IV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Rio de Janeiro, RJ, 1988.
- CIRIGLIANO, Márcia Maria da Silva. *Das possíveis relações entre musicoterapia e psicanálise à emergência de um novo termo: atenção flutuante musical*. Monografia apresentada como parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Formação de Musicoterapeutas. Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro, 1991
- CIRIGLIANO, Márcia Maria da Silva. *Atenção flutuante musical: uma reflexão psicanalítica quanto ao papel do musicoterapeuta*. Trabalho apresentado no VI Congresso Mundial de Musicoterapia. Rio de Janeiro, RJ, 1990. (Traduzido para o idioma espanhol para apresentação no VII Congresso Mundial de Musicoterapia, Vitoria, Espanha, 1993).
- CIRIGLIANO, Márcia Maria da Silva. *A dream is a wish: a therapist's song*. Dissertação de Mestrado. Temple University, Philadelphia, USA, 1996
- DIAZ DE CHUMACEIRO, C.L. *Lullabies are "transferential transitional songs": further considerations on resistance in musicotherapy*. Arts in Psychotherapy, 1995, 22, 353-357.
- REIK, T. *The haunting melody*. New York: Grove Press Inc., 1960.

Approach “Brandalise” de Musicoterapia (Carta de Canções)¹

André Brandalise²

Introdução

Esta proposta surgiu a partir da experiência clínica de seis anos com um grupo formado por oito adolescentes portadores da Síndrome do Autismo, com o qual venho trabalhando no Centro TEACCH Novo Horizonte, em Porto Alegre. A medida em que o processo musicoterapêutico era desenvolvido, passava a perceber alguns importantes aspectos na dinâmica do mesmo. Em primeiro lugar, a importante conexão/relação que os integrantes do grupo estavam estabelecendo com a forma musical “CANÇÃO” em suas interações. Segundo, notava que os mesmos não eram beneficiados da mesma forma dada a heterogeneidade da população, ou seja, os diferentes níveis de comprometimento os afetavam de forma completamente diferente. Percebia que existiam aqueles que podiam expressar-se com mais facilidade nas sessões, e não entendia que era devido ao fato de terem sido “eleitos” como porta-vozes do grupo, mas pelo fato de serem menos comprometidos. E, finalmente, notava a importância que “estrutura” (da sessão e do processo como um todo) possuía para o satisfatório desenvolvimento destes indivíduos em seus processos. Era preciso que eu, enquanto facilitador desta relação (indivíduo-canção), apresentasse diferentes estratégias terapêuticas contendo estruturas externas claras vindo a auxiliar o “interno” desorganizado destes indivíduos. Através desta intervenção, favoreceria a interação de cada um dos integrantes do grupo. Todas estas questões apresentavam-se como sendo extremamente ricas como

1 Este trabalho foi escrito originalmente em língua inglesa e trata-se da síntese da tese que foi submetida às exigências ao grau de Mestrado em Musicoterapia, pela “School of Education, Health, Nursing and Arts Professions” da New York University (NYU), EUA. Dezembro, 1997.

2 Bacharel em Música – (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) – Especialista em Musicoterapia – (Conservatório Brasileiro de Música – RJ) – Mestre em Musicoterapia – (New York University – EUA)

áreas de investigação. Estava nascendo o approach Brandalise de musicoterapia (Carta de canções).

O approach foi influenciado pelo Método "TEACCH", utilizado no Centro Novo Horizonte. TEACCH é uma sigla para Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children (Tratamento e Educação para Autistas e outras desordens de comunicação). Tem sua origem em 1966, na Divisão de Psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade da Carolina do Norte, Estados Unidos. Dr. Eric Schopler e sua equipe, através de um projeto de pesquisa, passaram a questionar a prática clínica que vinha sendo desenvolvida na sociedade americana, que acreditava que a Síndrome do Autismo advinha de uma causa emocional e deveria ser tratada através dos princípios da Psicanálise. De acordo com a psicóloga Soni Lewis e a terapeuta ocupacional Viviane De Leon (1995), o TEACCH é um programa que envolve esferas de educação e terapia. As várias horas de supervisão com a musicoterapeuta americana Barbara Hesser, minha orientadora durante a formação na New York University, permitiram-me perceber a grande influência que o approach vinha recebendo no que diz respeito à "comunicação". O approach Brandalise busca a aquisição de níveis cada vez mais aprofundados de comunicação, e conseqüentemente, níveis mais aprofundados de relação, segurança e confiança implicando em um curso de tratamento que visa facilitar atualizações do self dos indivíduos submetidos ao processo.

A "estrutura" também é característica extremamente importante na proposta do approach uma vez que acredito que algumas patologias, como o autismo e as psicoses, acarretam uma desorganização interna aos seus portadores. Sem um auxílio externo torna-se muito difícil a expressão, para estes indivíduos, uma vez que dependendo do nível de seus comprometimentos, podem vir a nem mesmo "compreender" a razão para estarem em uma sala "desconhecida/diferente", como o setting terapêutico. Como poderia a música auxiliar o trabalho com estes indivíduos?

Como mencionei anteriormente, num dado momento no processo terapêutico com um grupo composto por oito adolescentes, no Centro TEACCH Novo Horizonte, comecei a perceber frequentes interações com "canções" por parte dos integrantes. A canção passava a ter uma grande importância no processo terapêutico daquele grupo. Tal conexão (indivíduo-canção) estava sendo responsável pelo estímulo à comunicação e à transformação das "condições"¹

1 "Condição" foi um termo que utilizei baseado na "condition child" do approach

daqueles indivíduos. No entanto, passava a notar que o ambiente externo (a estrutura da sessão e do processo) poderia ser melhor estruturado no sentido de facilitar esta importante interação terapêutica que vinha acontecendo. A repetição é algo muito importante para estes indivíduos. Por esta razão, uma das intenções foi a de possibilitar uma estrutura externa mais claramente compreensível que possibilitaria repetições destas interações quando desejadas mas indo além: esta estrutura visaria facilitar o uso das canções não como meio terapêutico mas como a própria terapia. Através da interação com a canção, as questões terapêuticas poderiam vir a ser melhor exploradas.

Música e Comunicação

Musicoterapia implica o uso da música *como* terapia. Pensar sobre música (comunicação não-verbal) automaticamente me conduziu a pensar sobre as estruturas e funções da comunicação verbal. E, pensar sobre comunicação verbal me fez pensar sobre linguagem. Foi nos anos sessenta que o estruturalista Roman Jakobson desenvolveu a "Teoria das Funções da Linguagem" afirmando que, para que ocorra um apropriado funcionamento do sistema comunicacional é necessário que seis fatores estejam presentes e inter-relacionados: um código, um referente, uma mensagem (seleção e combinação de elementos de um determinado código), um canal (um suporte sobre o qual a mensagem é transmitida), um emissor (aquele que envia a mensagem) e um receptor (aquele que recebe a mensagem). (Celente apud Jakobson, 1994, p. 11)

Quando uma comparação é feita entre os tipos de comunicação (verbal e não-verbal) usando a presença dos fatores, muita semelhança pode ser observada. A linguagem musical também apresentará um código (musical), um referente (que não possui significado pré-determinado), uma mensagem (seleção e combinação de elementos pertencentes ao código musical), um canal (instrumentos musicais e voz), um emissor (que envia uma mensagem sonora) e um receptor (que recebe uma mensagem sonora). Cada fator será associado com uma específica função da linguagem. Todos os fatores que sustentam a comunicação verbal podem ser perfeitamente associados aos elementos sonoros, e conseqüentemente à prática da musicoterapia. A significativa diferença encontra-se no referente que, na

Nordoff-Robbins.

linguagem não verbal encontra-se desprovido de uma significação pré-estabelecida.

FIGURA 1
Os fatores e suas respectivas funções

ÊNFASE NO FATOR	determina	FUNÇÃO DA LINGUAGEM
Referente		Função Referencial
Emissor		Função Emotiva
Receptor		Função Apelativa
Canal		Função Fática
Mensagem		Função Poética
Código		Função Metalinguística

Em musicoterapia o vínculo é estabelecido através e com a bagagem sonoro-musical do indivíduo. Poder-se-ia entender, tal conexão, como sendo o “Princípio de ISO” estudado pelo psiquiatra argentino Rolando Benenzon. Os primeiros estudos sobre este assunto foram originalmente realizados por von Bektherev em 1916. Mais tarde por Ira Altshuler (1948) e, em 1971, por Benenzon, que define o Princípio de ISO dizendo que “para produzir um canal de comunicação entre o terapeuta e o paciente é necessário que o tempo mental do paciente e o tempo musical coincidam” (Benenzon, 1988, p.34). Em outras palavras, para que ocorra comunicação, em musicoterapia, o referente do paciente deve ser acessado via elemento sonoro e resignificado pelo mesmo.

Chamo este primeiro acesso ao “tempo” do paciente como sendo o encontro com um determinado nível de musicalidade deste indivíduo. Chamarei este primeiro nível de musicalidade, que nos é expresso por este indivíduo, de “ISo Gestáltico manifesto”¹.

De acordo com Elisa Celente², nas décadas de sessenta e setenta a teoria da literatura alemã começa a desenvolver a chamada

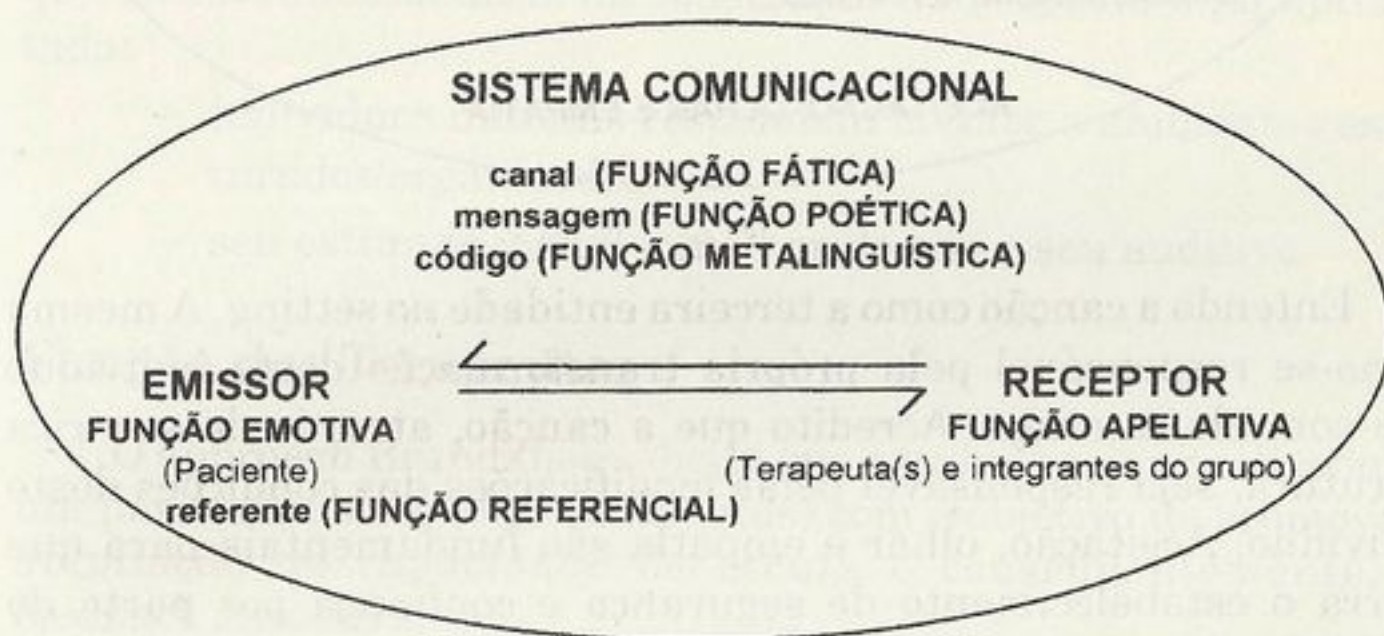
1 Segundo Benenzon ISo Gestáltico “é a noção de existência de um som, ou de um conjunto de sons, ou fenômenos sonoros internos que nos caracteriza e nos individualiza” (Benenzon, 1985, p.43). Acrescento, à teoria descrita por Benenzon, a hipótese de haver dois diferentes níveis de musicalidade (que compõe a identidade sonora de um indivíduo) que são acessados em diferentes momentos do processo musicoterapêutico: um primeiro, em nível periférico, que chamo de “ISo Gestáltico manifesto” e outro, em nível nuclear, que chamo de “ISo Gestáltico latente”.

2 Entrevista, concedida a mim, no dia 19 de março de 1998

“Estética da recepção” através de teóricos como Hans Robert Jauss e Wolfgang Iser. Segundo os mesmos, o receptor desempenha um papel muito importante na recepção da mensagem. Realiza a ação de “escuta” da mensagem que é enviada pelo emissor desvendando o objeto que é a experiência sendo transmitida pelo emissor. Os teóricos afirmam que todo tecido semiótico possui “espaços em branco” que Iser vem a chamar de “pontos de indeterminação”. São áreas que pretende-se sejam preenchidas pelo receptor em sua ação de “escuta”.

Proponho um esquema visual relacionando as teorias discutidas associadas à situação de musicoterapia.

FIGURA 2
Teoria das “Funções da Linguagem” de Jakobson
associada ao processo terapêutico

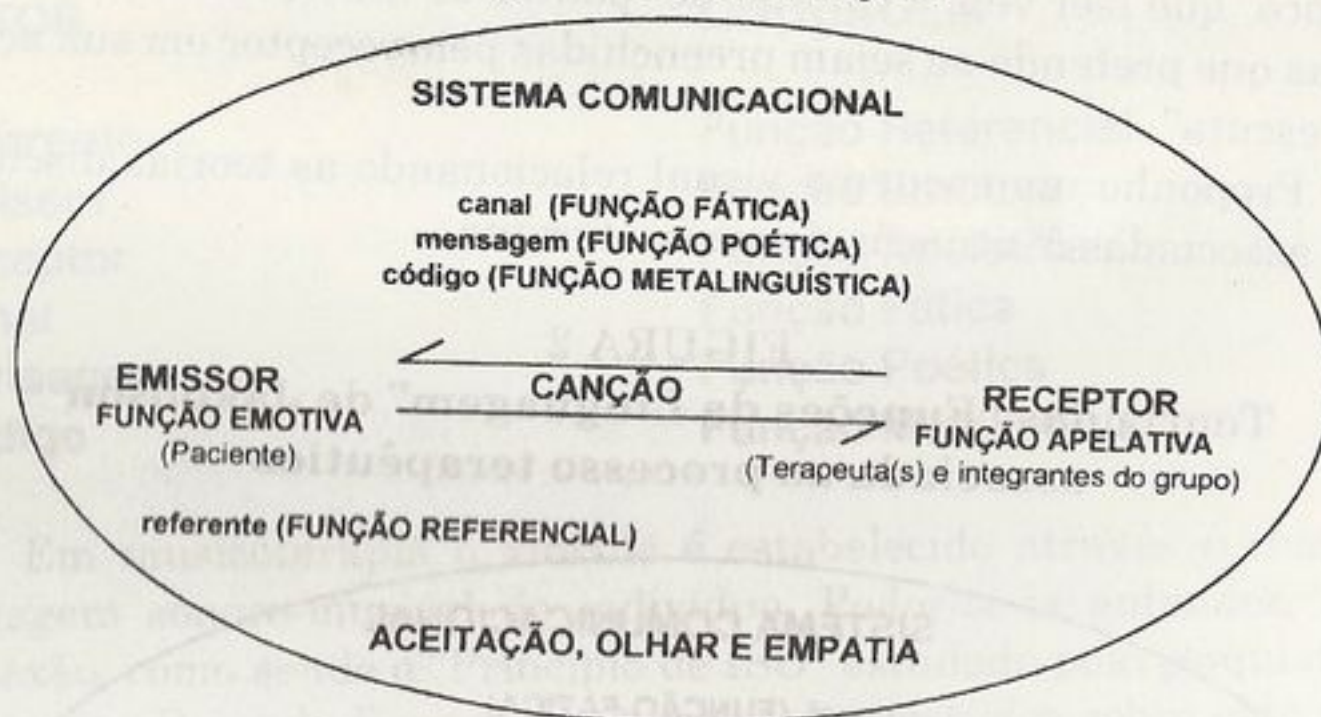


Quando se fala sobre um indivíduo portador de uma desordem de comunicação fala-se sobre um indivíduo que não estabelece um adequado funcionamento do sistema comunicacional proposto por Jakobson e previamente descrito. Minha prática vem demonstrando que, no momento em que a forma musical canção é utilizada como base de interação, estes indivíduos iniciam um novo processo no que diz respeito a suas capacidades de estabelecerem comunicação. Em outras palavras, são capazes de re-organizar suas “condições” através do preenchimento dos “pontos de indeterminação” oferecidos pela canção, ou seja, resignificando o material recebido. Estes indivíduos passam a “ser” e “estar” na e com a canção.

Qual seria o papel desta forma musical, como elemento terapêutico, auxiliando a reorganização do funcionamento do sistema

daqueles indivíduos portadores de qualquer tipo de desordem de comunicação?

FIGURA 3
Reorganização do sistema comunicacional, em terapia, através da relação terapêutica e da intervenção terapêutica da canção.



Entendo a canção como a terceira entidade no setting. A mesma torna-se responsável pela própria transformação deste indivíduo que com ela interage. Acredito que a canção, através de sua rica estrutura, seja responsável pelas modificações das condições deste indivíduo. Aceitação, olhar e empatia são fundamentais para que ocorra o estabelecimento de segurança e confiança por parte do paciente. De acordo com Rogers (Corsini apud Rogers, 1995),

“Quando os clientes são aceitos, recebem “olhar” e há empatia, suas auto-percepções tornam-se mais positivas e realistas, tornando-os mais expressivos, mais abertos e mais livres em suas experiências”. (p. 130).

E uma vez que temos esta grande estrutura funcionando de forma apropriada, qual seria a próxima etapa a seguir? Parece-me que uma intervenção terapêutica visando estimular este indivíduo (paciente/emissor) a continuar desenvolvendo sua relação com a canção que foi escolhida para servir como elemento de estruturação de sua organização comunicacional (sua “condição comunicacional” atual) com os receptores (terapeuta(s) e demais integrantes do grupo) e também no sentido de encorajá-lo ao aprofundamento de

seu auto-conhecimento e conseqüentemente, atualizações. Minha experiência clínica tem mostrado que à medida em que o processo vai sendo desenvolvido e as repetições de interação vão acontecendo (interação entre um indivíduo e uma canção) esta forma musical vai sendo transformada a ponto de poder vir a ser completamente modificada. Quanto mais a canção é interpretada mais a mesma pode ser alterada (em seus padrões rítmicos, melódicos e harmônicos, letra bem como em relação à maneira de interpretá-la) o que vem a refletir as modificações do próprio indivíduo (emissor/paciente) em seu processo.

O Approach

Como foi citado, na introdução deste artigo, o approach Brandalise tem influência do Método TEACCH. Entre as descobertas do Dr. Eric Schopler (Universidade da Carolina do Norte) destaco duas que foram fundamentais na construção da proposta aqui apresentada:

- indivíduos autistas respondem melhor a ambientes estruturados/organizados
- seu estímulo visual é melhor do que o seu auditivo.

Função dos Terapeutas

O approach Brandalise solicita que o trabalho seja realizado por um par terapêutico (dois terapeutas) com o objetivo de promover a ampliação da capacidade de escuta e conseqüentemente, de feedback assertivo.

Ao terapeuta cabe a) a responsabilidade pela audição e apoio à estruturação do sistema comunicacional; b) focalizar o fazer musical” e c) a supervisão das anotações realizadas pelo co-terapeuta nos relatórios individuais e de grupo.

Ao co-terapeuta cabe a) entrar na sessão com os relatórios (anexos 2 e 3) com a responsabilidade de anotar materiais relevantes que sejam trazidos pelos membros do grupo e b) apoiar vocal e instrumentalmente as atividades musicais que acontecem no setting terapêutico.

A Organização do Setting Terapêutico

As cadeiras dos terapeutas e pacientes devem ser organizadas antes do início da sessão em semi-círculo com os instrumentos apresentados nas extremidades (anexo 1)

Eestrutura da Sessão

a) Um semi-círculo de cadeiras é organizado (anexo 1). No horário da sessão, pacientes são encaminhados, da sala de espera ao setting terapêutico, pelo terapeuta. O co-terapeuta permanece esperando o grupo, sentado com os relatórios em suas mãos. Durante os cumprimentos os primeiros comentários começam a surgir e são anotados por este terapeuta no relatório descritivo; b) No segundo momento, terapeutas e pacientes estão sentados e esperando pelo início da sessão. O terapeuta já encontra-se pronto para apoiar o grupo harmonicamente (violão ou piano). Mais comentários surgem e são anotados pelo co-terapeuta; c) A sessão tanto pode ser iniciada por algum material trazido por um dos integrantes do grupo (técnica musicoterápica de improvisação musical livre) como por material trazido pelos terapeutas (técnica musicoterápica de improvisação musical orientada). Estas improvisações são chamadas de "pontes de condução" por conduzirem à primeira escolha de canção. Então, um integrante do grupo dirige-se até o "primeiro mural de apoio" (anexo 4); d) Os terapeutas somente observam o movimento que é realizado pelo paciente (em direção ao mural de apoio). O objetivo é de que os indivíduos realizem tal estrutura da forma mais independente possível. Se o paciente encontra problemas frente ao apoio, é estimulado a solicitar auxílio ao co-terapeuta. Quando isto acontece o co-terapeuta dirige-se até o paciente e inicia o processo de leitura dos nomes dos compositores e canções lentamente. Neste momento as anotações passam a ser realizadas pelo terapeuta. Os outros membros do grupo estão interagindo no processo de escolha daquele integrante. A única anotação que é realizada no relatório individual objetivo é a escolha da canção; e) Uma vez que a escolha é feita no primeiro mural de apoio, o co-terapeuta retorna ao seu lugar e assume novamente as anotações. O paciente, então, procura os cartões de apoio (anexo 5) referentes à canção escolhida. Os cartões contêm representações visuais das canções; f) Neste momento o paciente executa o movimento de colocar o cartão (referente a sua escolha) no segundo mural de apoio verticalmente na sua coluna que é identificada com seu nome e foto (anexo 6). Se preciso for, solicitará auxílio ao co-terapeuta que o ajudará em "prompt" ("hand-over-hand"); g) Uma vez que a escolha tenha sido feita e os cartões colocados, todos estarão sentados aguardando o início da interpretação da canção escolhida; h) A interpretação poderá começar com qualquer integrante do grupo ou com a harmonia do terapeuta. Está entendido que, durante a interpretação, qualquer integrante está convidado a expressar-se como desejar (corporalmente, através do

uso de instrumentos, dramatização, uso de voz etc.). É o momento onde o grupo é estimulado a interagir com o que é trazido por um determinado integrante e, se for "possível", com a permissão deste integrante, interação no "fazer musical"; i) Uma vez que a interpretação, da primeira canção, é encerrada todos retornam a seus lugares e aguardam o desenvolver da sessão. Isto pode significar uma nova "ponte de condução" (através de improvisação livre ou orientada) ou uma segunda escolha de canção diretamente e, finalmente j) a sessão estará encerrada após a interpretação da última canção.

Objetivos do Approach

São três objetivos gerais. O primeiro objetivo geral é o de favorecer interação aprofundada entre indivíduo e canção no processo terapêutico quando a canção é parte relevante no mesmo. Isto é alcançado através da seleção e organização do repertório do grupo em uma lista (anexo 4), de forma que os integrantes possam interagir com qualquer canção no momento que desejarem fazê-lo. A repetição com material básico favorecerá maior interação e, conseqüentemente, a possibilidade de mudança do material da canção assim como dos próprios pacientes.

O segundo objetivo geral é a promoção de uma maior autonomia daqueles indivíduos que possuem deficit comunicacional e desorganização interna. Isto é alcançado através de uma estrutura musical externa (a canção escolhida) que a) estimula a expressão do paciente; b) favorece segurança e familiaridade através de um nível aprofundado de relacionamento do mesmo com as canções (repetição) e c) estimula a iniciativa na ação da escolha (o solicitar, questionar, negar, sugerir, fazer etc.).

Por fim, o terceiro objetivo geral visa facilitar a construção de uma forma alternativa de comunicação para aqueles com severos deficits de fala. Isto é alcançado através de estratégias terapêuticas específicas: os apoios visuais (anexos 4, 5 e 6).

Defino de forma objetiva, o approach proposto, como sendo uma forma estruturada que visa auxiliar o relacionamento (ser humano-canção) em um nível aprofundado de comunicação e, conseqüentemente, segurança e confiança, entre terapeuta e paciente permitindo ao paciente uma mais aprofundada interação com suas questões subjetivas. Acredito que tal relação (indivíduo-canção) é extremamente significativa em processo de musicoterapia. Vejo esta ligação como sendo capaz de conduzir todo o processo, obviamente quando for o elemento escolhido pelo paciente. A canção funciona

como um elemento externo estimulando diversas formas de expressões pessoais visando suas transformações/modificações através de improvisação ao longo do processo.

Durante o processo terapêutico as canções vão sendo colocadas, pouco a pouco, em uma lista (chamada de "primeiro mural de apoio" – anexo 4) pelo(s) paciente(s). Desta forma podem recorrer a tais elementos quando desejarem fazê-lo. Uma canção não será necessariamente listada de acordo com seu compositor. Pode ser trazida, pelo paciente, em função de sua intérprete. Será colocada na lista conforme o desejo do paciente. Novos compositores/intérpretes e novas canções podem vir a fazer parte da lista e alguns outros poderão ser retirados da mesma. É importante a atenção, por parte dos terapeutas, em relação a estes movimentos. Não ocorrerão por puro acaso. Cada integrante do grupo possui uma ficha de relatório individual onde o co-terapeuta registra a escolha da canção de cada um. Os apoios visuais são estratégias terapêuticas de fundamental importância uma vez que auxiliam todos os integrantes (principalmente aqueles com deficit de fala) a participarem de forma homogênea na dinâmica da sessão bem como em adquirir independência/autonomia em e para suas escolhas de canção. É também importante destacar que o relatório descritivo deve ser preenchido com extremo cuidado pois é onde as principais interações (verbais e não-verbais) dos integrantes serão registradas em cada sessão.

Como opção para aqueles pacientes que não sabem ler e, por isto, apresentem dificuldades na utilização dos murais de apoio, o approach sugere duas alternativas: 1) o co-terapeuta deverá aguardar para ser requisitado para ajuda (estimulando a iniciativa do paciente, quando frente a um problema). O co-terapeuta, uma vez requisitado, dirige-se ao primeiro mural de apoio e lê o nome dos compositores. O paciente escolhe um dos compositores e o co-terapeuta, então, lê o nome das canções listadas daquele compositor escolhido. Novamente o paciente faz a sua escolha. O mesmo processo acontecerá frente às outras etapas da estrutura da sessão visando sempre uma maior autonomia do paciente frente a estas situações. 2) A segunda possibilidade, para aqueles que não lêem, é haver uma foto que represente cada um dos compositores listados e fotos que representem as canções listadas colocadas ao lados dos nomes no primeiro mural de apoio.

O approach prevê uma melhor comunicação e maior autonomia por parte dos integrantes do grupo. Isto implica que os terapeutas

passem a ter uma cada vez menor participação na ação de escolha por parte daqueles pacientes que não sabem ler.

O processo de seleção de repertório dependerá do nível de comprometimento do(s) paciente(s). Se possível for, a lista será construída a partir das interações e solicitações dos integrantes no grupo. Esta primeira fase começará a ocorrer já nos primeiros encontros de testificação. De acordo com a musicoterapeuta Lia Rejane Mendes Barcellos, "a testificação musical visa a observação das reações que os sons, o ritmo, os diferentes instrumentos, os diferentes tipos de estímulo evocam no cliente. O objetivo é o de observar as possibilidades de comunicação por parte do cliente: dificuldades, inibições, preferências, bloqueios e desejos quando frente a estímulos musicais e instrumentos". (Barcellos, 1979, p.11) Se, em decorrência do nível de comprometimento, não for possível identificar um repertório de canções será de responsabilidade do terapeuta a consulta a parentes do paciente os quais poderão informar dados relevantes sobre o background sonoro-musical do mesmo (focalizando sua interação com canções).

Se mesmo assim não houver material suficiente haverá a preparação para a introdução do "primeiro mural de apoio". Este fato é previsto pelo approach. Acredito que a relação indivíduo-canção sempre existe independente da condição (nível de comprometimento) que o indivíduo apresente. A instalação da estrutura de sessão e dinâmica de processo serão instalados dependendo das habilidades terapêuticas do terapeuta.

Uma vez que a relação (paciente-canção) é estabelecida, o approach passará a utilizar três técnicas musicoterápicas: a re-criação, a improvisação livre e a improvisação orientada. A técnica de re-criação musical é utilizada, em musicoterapia, a partir do momento em que um material já existente é interpretado. Diz-se que o mesmo é re-criado.

A técnica de improvisação musical orientada acontece quando a improvisação inicia a partir de um material que é trazido, ao setting, pelo terapeuta com a intenção de funcionar como uma primeira estrutura com a qual o paciente é estimulado a interagir. A técnica de improvisação musical livre acontece quando o material é trazido pelo paciente sem qualquer intervenção terapêutica mais diretiva.

Conclusão

"Música não é periférico à terapia. É a terapia" (Richard apud Aigen, 1997, p.6). Concordo com esta afirmação bem como acredito

no enorme poder terapêutico da canção no processo musicoterapêutico auxiliando as transformações de indivíduos.

Pouco ainda é conhecido sobre a relação ser humano-canção. O tema é complexo uma vez que é preciso a investigação de universos que são extremamente amplos: a canção e o ser humano. Nestes territórios, afirmações são ações delicadas.

O approach Brandalise (Carta de canções) de musicoterapia foi formulado, neste primeiro momento, visando trabalho terapêutico com indivíduos portadores de qualquer desordem de comunicação e com indivíduos portadores de psicose. A primeira intenção é a de investigar a utilização desta estrutura de trabalho com estas específicas populações por apresentarem dificuldades de organização interna e para as quais o ambiente externo estruturado é de grande importância terapêutica. No entanto, acredito que a proposta possa vir a ser ampliada para o tratamento musicoterapêutico com qualquer população onde a relação indivíduo-canção esteja presente.

Ainda há muito o que pensar. Muito o que aprofundar. Mas encontra-se aqui, apresentada à comunidade científica interessada no tratamento de autismo e psicoses, mais uma possibilidade de auxílio a estes indivíduos através da utilização da música.

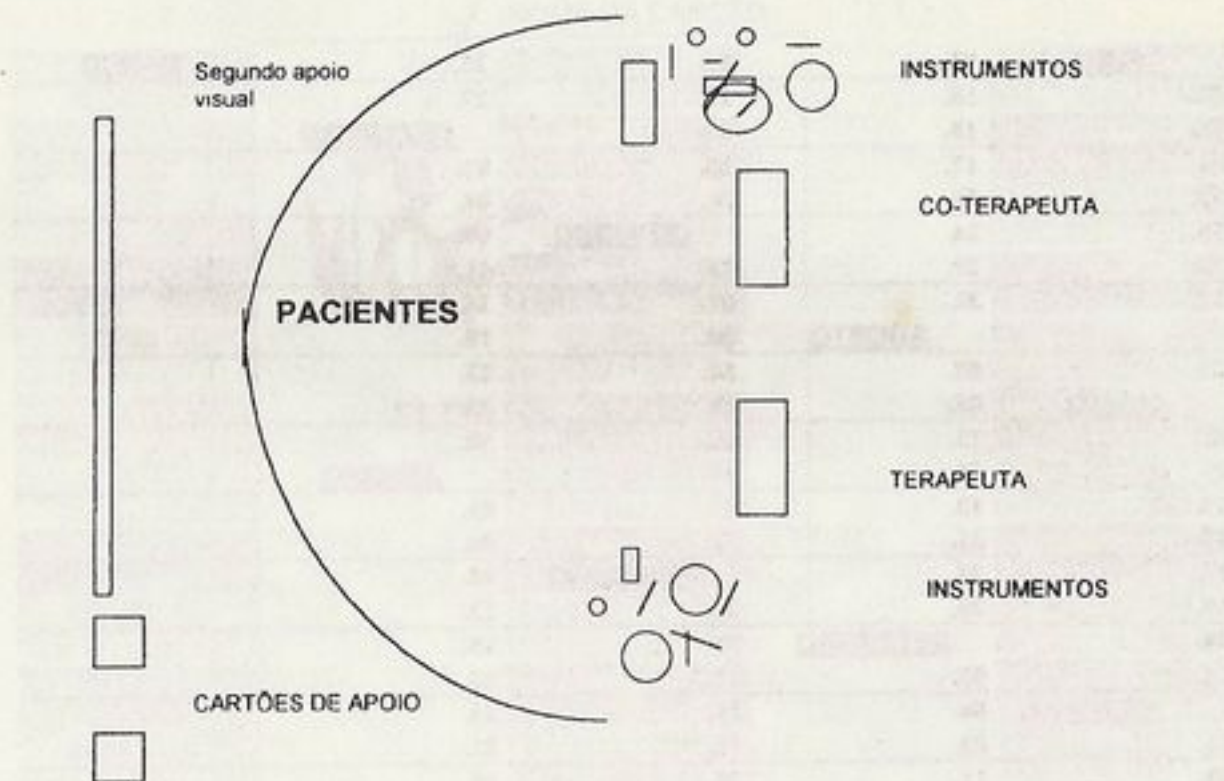
BIBLIOGRAFIA

- ASSUMPÇÃO JR., Francisco Baptista. (1995). Conceito e classificação das síndromes autísticas. In: *Autismo Infantil*. José Salomão Schwartzman e Francisco Assumpção Jr. (org.). Memnon, São Paulo, pp. 3-13.
- BENENZON, Rolando O. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Tradução por Clementina Nastari. Enelivros, Rio de Janeiro. Tradução de: Manual de Musicoterapia.
- BENENZON, Rolando O. (1988). *Teoria da Musicoterapia*. Tradução por Ana Sheila M. de Uricoechea. Summus Editorial, São Paulo. Tradução de: Teoria de la Musicoterapia.
- CELENTE, Elisa D. (1994). *As funções da Linguagem em anúncios de "O Boticário": Uma forma de persuasão*. Monografia de conclusão do curso de Comunicação Social (Hab.: Publicidade e Propaganda). PUC-RS, Porto Alegre.
- CORSINI, Raïmond J WEDDING, Danny (1995). *Current Psychoterapies*. F.E. Peacock Publishers Illinois.
- LEWIS, Soni M. dos Santos; de LEON, Viviane C. (1995). Programa TEACCH. In: *Autismo Infantil*. José Salomão Schwartzman e Francisco Assumpção Jr. (org.). Memnon, São Paulo, pp. 233-257.

Anexos

Anexo 1

(Um modelo de organização do "setting" terapêutico)



Anexo 2

(Um modelo de ficha de relatório descritiva)

RELATÓRIO DE MUSICOTERAPIA

(Elaborado pelo MT André Brandalise)

Ano:
Mês:
Dia:
Musicoterapeuta:
Co-terapeuta:

Grupo de adolescentes

M. S.:

E. B.:

G. M.:

F. P.:

A. K.:

Anexo 3

(Um modelo de relatório objetivo individual)

PACIENTE:

ANO:

	MAIO	08.	16.	25.	MARCO
01.		10.	18.	27.	
06.		15.	23.	DEZEMBRO	
08.		17.	25.	02.	
13.		22.	30.	04.	
15.		24.	OUTUBRO	09.	
20.		29.	07.	11.	
22.		31.	07.	16.	
27.	AGOSTO		09.	18.	
29.		05.	14.	23.	
	JUNHO	07.	16.	25.	
03.		12.	21.	30.	
05.		14.	23.	JANEIRO	
10.		19.	28.	01.	
13.		21.	30.	06.	
17.		26.	NOVEMBRO	08.	
19.		28.	04.	13.	
24.	SETEMBRO		06.	15.	
26.		02.	11.	20.	
	JULHO	04.	13.	22.	
01.		09.	18.	27.	
03.		11.	20.	29.	

Anexo 4

(Um modelo de primeiro apoio visual)

Lulu Santos:

- Assim caminha a humanidade
- Tempos modernos
- Adivinha o quê?

Skank:

- É proibido fumar

Secos e molhados :

- Sangue latino
- Rosa de Hiroshima
- O vira

Lupicínio Rodrigues:

- Felicidade

Caetano Veloso:

- Um índio
- O leãozinho
- Rapte-me camaleoa
- Fora de ordem
- Tigresa

Djavan:

- Esquinas
- Oceano
- Samurai
- Sina

Paralamas do Sucesso:

- Óculos
- Meu Erro
- Alagados
- Vital e sua moto
- Melô do marinheiro
- Romance Ideal

Rita Lee:

- Ovelha Negra

Cazuza:

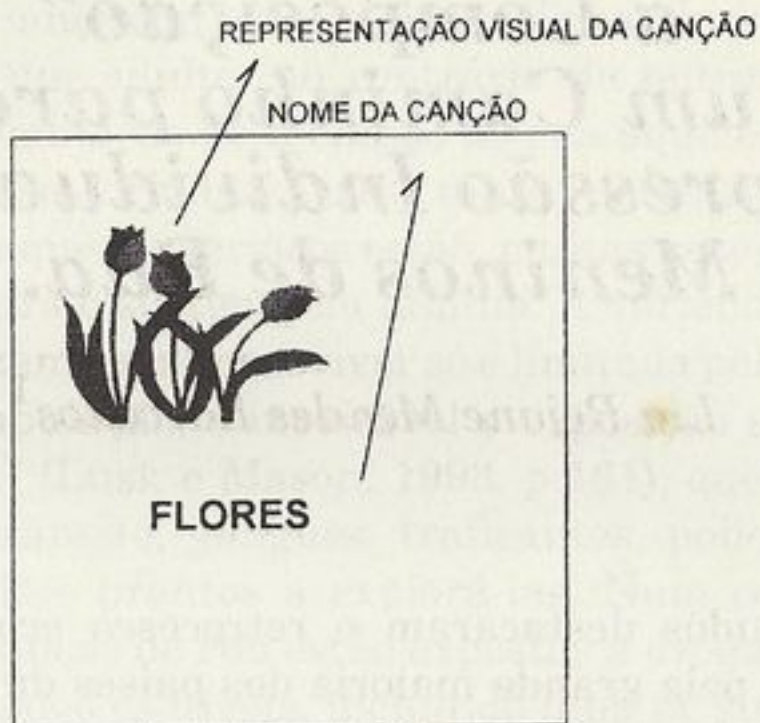
- O tempo não pára

Zé Rodrix:

- Casa no Campo

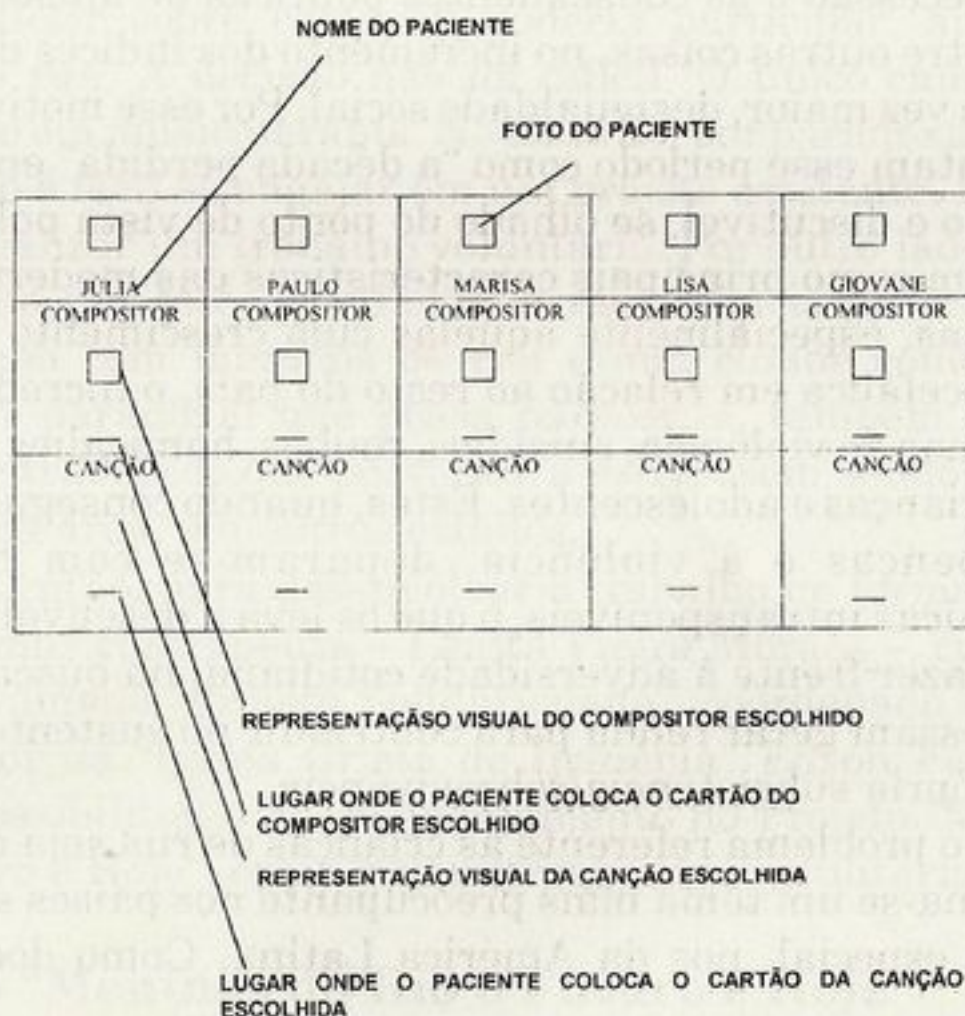
Anexo 5

(Um modelo de cartões de apoio com fotos e nomes de canções e compositores)



Anexo 6

(Um modelo de segundo mural de apoio)



Da “Re-Criação Musical à Composição” – um Caminho para a Expressão Individual de Meninos de Rua.

Lia Rejane Mendes Barcellos¹

Introdução

Vários estudos destacaram o retrocesso econômico e social experimentado pela grande maioria dos países da América Latina na década passada. Além desse retrocesso, documentos de organismos oficiais apontam insuficiências importantes nessas duas áreas, embora tenha havido avanços parciais no campo econômico e um significativo avanço político (Brignol-Mendes, 1995). Os efeitos sociais dessa recessão e as conseqüentes políticas de ajuste se manifestaram, entre outras coisas, no incremento dos índices de pobreza e numa, cada vez maior, desigualdade social. Por esse motivo, alguns autores apontam esse período como “a década perdida” embora isto seja discutido e discutível, se olhado do ponto de vista político.

Aparecem como principais características das modernas sociedades urbanas, especialmente aquelas cujo crescimento se faz de forma macrocefálica em relação ao resto do país, o incremento das diversas formas de violência, suicídios, roubos, homicídios e a deambulação de crianças e adolescentes. Estes, quando conseguem sobreviver às doenças e à violência, deparam-se com barreiras sócio-econômicas intransponíveis, o que os leva a desenvolver estratégias para fazer frente à adversidade cotidiana, na busca de atividades que possam gerar renda para contribuir no sustento familiar ou para a própria subsistência/sobrevivência.

Embora o problema referente às crianças de rua seja de âmbito mundial, torna-se um tema mais preocupante nos países subdesenvolvidos, em especial, nos da América Latina. Como documentos

¹ Musicoterapeuta Clínica. Professora de Musicoterapia nos cursos de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro; da Universidade Federal de Goiás e da Universidade Católica do Salvador – Bahia. Nos dois últimos como Professora Convidada.

oficiais apontam o Brasil como o país que tem metade das crianças de rua da América Latina, essa questão assume, aqui, uma proporção maior. Esta estimativa se deve, provavelmente, ao fato de definir-se como crianças de rua aquelas que deambulam na rua sem a supervisão de um adulto, ao contrário de outros países onde reserva-se a denominação de meninos de rua àqueles que, efetivamente, não têm casa. Crianças vistas tanto vendendo alguma coisa como prestando pequenos serviços estão, muitas vezes, trabalhando para contribuir para o sustento da família. A variedade de atividades que elas realizam para sobreviver só é limitada pela imaginação.

Na sua deambulação, é inevitável a exposição aos perigos da “sociedade de rua” (Lusk e Mason, 1993, p.161), que é constituída por pessoas em trânsito, gangues, traficantes, polícia, mendigos, criminosos e adultos prontos a explorá-las. Num contexto assim constituído, as crianças de rua estão expostas à droga, à exploração e à violência em todos os níveis, incluindo uma de suas manifestações mais inquietantes: delitos que envolvem mortes de crianças e adolescentes.

Em 1993, onze meninos de rua foram assassinados em frente à “Igreja da Candelária” no centro do Rio de Janeiro. Esse fato me levou a refletir sobre como eu poderia participar, ajudando as crianças de rua. A decisão não foi difícil. O único caminho seria trabalhando em musicoterapia. No entanto, por paradoxal que possa parecer, não é fácil se engajar em um projeto existente, mesmo que seja para realizar um trabalho voluntário. Por outro lado, apresentava-se como um fato desafiador, a inexistência de trabalhos de musicoterapia com meninos de rua numa cidade como o Rio de Janeiro, por paradoxal que possa parecer, e, também, a falta de registros de trabalhos que porventura estivessem sendo realizados nessa mesma área, em outros estados.

Decidi, então, para desenvolver o trabalho de forma conjunta, convidar a musicoterapeuta – Lenita Vieira Moraes –, cuja participação no chamado “Projeto Solidariedade”, coordenado pelo Psicólogo e Pastor da “Igreja Cristã de Ipanema” Edson Fernando de Almeida, possibilitou o nosso engajamento no Projeto “Meninos do Rio, o Futuro é Hoje”, como musicoterapeutas voluntárias.

O Projeto “Meninos do Rio o Futuro é Hoje”

O início do projeto “Meninos do Rio” data de 1990 quando um grupo criou o Departamento Social da Associação de Hotéis de Turismo – AHT, que, logo depois, se associou à Cruzada do Menor, uma organização privada que presta serviços sociais desde 1920,

quando se voltava para o atendimento de carentes tuberculosos. Esse, como tantos outros projetos existentes no Rio de Janeiro, foi desenvolvido pelas chamadas Organizações Não Governamentais – ONGs, e tem por objetivo oferecer aos meninos e meninas de rua o “direito de construir sua condição de cidadãos livres, crescendo como indivíduos aptos a integrar uma coletividade estruturada” (Projeto AHT, sem data).

Cinco eram as fases de desenvolvimento desse projeto: Abordagem, Casa-dia, Casa-lar, Oficina-escola e Repúblicas.

Primeira fase – Abordagem – nesta os educadores iam à rua para “criar um elo de comunicação” com os menores levando-lhes alimentação, assistência médica e legal, realizando atividades sócio-educativas que proporcionavam lazer e fazendo uma tentativa de reintegração às famílias.

Segunda fase – Casa-dia – proporcionava uma primeira referência de estrutura organizada. Os menores podiam freqüentar a casa onde lhes era permitido tomar banho, lavar roupa e se alimentar, além de participarem das atividades que a casa lhes oferecia. No entanto, continuavam a morar na rua. Tratava-se de uma fase de adaptação entre a liberdade da rua e, aos poucos, a liberdade assistida que incluía horários e regras, aspectos exigidos pelo próprio convívio em grupo.

No final da tarde o jantar era levado para as ruas como uma forma de pressão para fazê-los sair da casa pois eles ainda não eram considerados aptos para aí permanecerem. Na verdade, os aspectos que se apresentavam como os maiores impedimentos para a sua permanência inicial na casa eram a utilização de drogas e o porte de armas.

Terceira Fase - Casa-lar – esta caracterizava-se por permitir a permanência dos menores na casa. Inicialmente a equipe de coordenação encarregava-se de fazer os trâmites para obtenção de documentos – já que a maioria dos menores não possuía nem certidão de nascimento –, e de conseguir encaminhá-los à escola porque estudar era um dos compromissos que assumiam. Aqui eles se encarregavam da limpeza, de alguns afazeres da cozinha e de atividades que a casa lhes oferecia, sempre com supervisão.

Quarta Fase - Oficina-escola – marcava o início das atividades profissionalizantes, isto é, era feita uma sondagem no sentido de saber quais as preferências em termos de profissão e eles eram preparados e encaminhados para trabalhar. A própria coordenação da casa se encarregava de conseguir empregos compatíveis.

Quinta Fase - Repúblicas – era o momento em que os próprios menores, já profissionalizados, passavam a morar numa outra casa, residindo em grupos e mantendo-se com seus próprios salários, embora ainda assistidos pelo Projeto.

A Musicoterapia

Para iniciar o trabalho entramos em contato com os organizadores do projeto para que fosse possível decidir em que fase seria mais viável e adequado um trabalho de musicoterapia. Depois desse contato ficou decidido que deveríamos trabalhar inicialmente na terceira fase – Casa-lar, que se caracterizava por ser a primeira casa que abrigava os menores assim que saíam das ruas, para, depois, estender o trabalho a outras fases.

Fizemos inicialmente um levantamento que nos deu um perfil das onze crianças moradoras da casa nesse momento. Dentre estas, três realizavam outras atividades no horário do qual dispúnhamos para trabalhar. Assim, o nosso critério de elegibilidade e formação de grupo foi pautado na compatibilidade entre a disponibilidade de horário dos menores e a nossa.

O grupo formado originalmente era constituído por sete adolescentes, com idades entre onze e dezenove anos, sendo seis do sexo masculino e uma do sexo feminino. Também estava sempre presente aos encontros uma menina de um ano que já nascera na casa, filha de um casal integrante do grupo. A constituição desse grupo foi alterada no momento em que a casa recebeu outros menores para preencher o número de vagas que oferecia.

Alguns dados levantados sobre esses menores foram surpreendentes. Dentre estes, o fato de 100% deles serem usuários de todo tipo de droga; de quase todos terem sido submetidos à violência por parte da família ou da polícia; de 100% serem de cor negra; de muitos terem sido submetidos a abuso sexual pela polícia; e, finalmente, o fato de terem relatado que viveram na rua de um a sete anos, sendo que a maioria perdeu completamente o contato com as famílias.

No nosso primeiro encontro procuramos ouvir em entrevista coletiva todo o grupo, para sentir cada um dos integrantes, perceber a capacidade de relacionamento e conhecer as suas preferências musicais. Dentre estas apareceram: “RAP” (Rhythm And Poetry), pagode, “funk”, “charme” e “música lenta”. Eles explicaram cada um desses ritmos e relataram que a casa possuía alguns instrumentos de percussão os quais foram imediatamente trazidos e utilizados por eles com desenvoltura e muita habilidade. Começaram a cantar e dançar e nós os acompanhamos objetivando poder desenvolver o

trabalho a partir de seus interesses. Um aspecto importante a ser ressaltado é que embora eles não tenham colocado o samba entre as suas preferências foi este ritmo, característico do Rio de Janeiro, o primeiro a aparecer.

Esse primeiro contato levou-nos a perceber o desafio que era trabalhar com meninos de rua que tocavam esses instrumentos melhor do que nós; que cantavam RAPs e “funks” melhor do que nós; e que dançavam esses mesmos ritmos muito melhor do que nós, já que tinham uma desenvoltura corporal muito grande, provavelmente advinda da necessidade de serem rápidos e ágeis para fugir de pedestres durante os assaltos, de outras gangues – uma vez que cada uma tem territórios bem demarcados –, da polícia e, principalmente, porque têm o “ritmo no sangue” como se costuma dizer. Nesse momento percebemos que estávamos diante de uma outra realidade e que seria preciso muita criatividade para poder desenvolver o trabalho. Assim, depois de refletirmos e discutirmos sobre algumas questões, optamos por aceitar o desafio sem ter idéias pré-concebidas e sem objetivos claros já que não tínhamos experiência na área, não conhecíamos essa realidade de perto e nenhum trabalho existia para que pudéssemos nortear a nossa prática .

Acreditando nas potencialidades e possibilidades desses menores, apesar de todas as adversidades, optamos por utilizar uma abordagem teórica Humanista-Existencial e decidimos centrar o trabalho, inicialmente, a partir do que traziam, para que fosse possível posteriormente, fazer-se as intervenções e modificações necessárias.

Nos encontros que se seguiram fomos informadas, por eles, que os próprios “residentes” criaram regras e que o não cumprimento das mesmas implicaria em advertência, suspensão e desligamento da casa. Dentre essas regras, escritas em grandes cartazes afixados na parede da sala, destacamos: os menores têm que freqüentar escola ou curso; limpar a casa e conservá-la; cuidar dos móveis e TV; obedecer os horários; avisar quando sair e, a última, mas não menos importante – não usar drogas, não portar armas e objetos roubados. Nesse momento percebemos que eles não só aceitavam limites como estabeleciam regras que, na nossa concepção, algumas, eram bastante rígidas. Refletindo sobre o que os levava ao estabelecimento dessas regras, chegamos à conclusão que sua aparente liberdade total, enquanto nas ruas, tinha muitos limites, pois eles tinham seus movimentos cerceados por outras gangues e pela polícia. A partir daí passamos a estabelecer limites que certamente seriam necessários para sua adaptação ao convívio social.

Num de nossos encontros eles decidiram escolher um nome para o grupo: "Sonho/Esperança" e novamente criaram regras, agora para aqueles que quisessem freqüentar a musicoterapia: "quem não chegar na hora não poderá participar; quem sair no meio da sessão não poderá voltar; o grupo estabelecerá as pessoas responsáveis pelo material a ser utilizado na musicoterapia, tais como, gravador e instrumentos e esse material só poderá ser utilizado no momento das sessões". Além disto, pediram para assinar um "termo de compromisso", embora muitos não estivessem ainda nem alfabetizados o que os levava a fazer apenas rabiscos no lugar da assinatura.

No início do processo tínhamos a impressão que estávamos assumindo um papel de alunas. Assim, por algum tempo, numa tentativa de que fôssemos aceitas, nos submetemos ao que nos pareciam "aulas" e nos divertíamos junto com eles, dançando "funk", de uma forma muito prazerosa para nós, mas, certamente, muito desajeitada na concepção deles. As coreografias rigidamente marcadas, contrastando com a aparente soltura deles, eram "desmontadas" pela nossa inabilidade em acompanhá-los. Paradoxalmente éramos nós que quebrávamos a rigidez e os nossos erros se transformavam no que eu denominei "intervenções involuntárias".

As extensas letras dos RAPs eram cantadas por eles do princípio ao fim e os ritmos marcados com precisão. Acompanhávamos os ritmos mas era quase impossível decorar as letras. Enquanto isto acontecia, refletíamos e discutíamos sobre como poderíamos levá-los a se expressarem, sem coreografias marcadas; sem letras prontas; mas, sim, de uma forma que lhes desse a possibilidade de expressar seus problemas, suas idéias, seus sentimentos, enfim, os conteúdos que necessitassem ser exteriorizados, pois nós estaríamos ali para ser continentes dessa expressão e para compartilhar desses momentos. Na verdade, sentíamos que eles expressavam seus conteúdos mas através de músicas prontas, "recriando-as",¹ utilizando-se das palavras de outros – os compositores – para dizer dos seus sentimentos, daquilo que os afligia e os preocupava. Percebíamos que apesar de eles terem vez e voz o faziam de "fora para dentro", de forma quase "mecânica", como já foi dito anteriormente. Assim, parecia-nos fundamental, levá-los a se expressarem "de dentro para fora", a partir e através de suas próprias vozes. Mas, seria isto possível para alguém que não sabia a data nem o local de seu

1 A "re-criação musical" é uma técnica musicoterápica descrita por Bruscia que consiste em se "cantar ou tocar músicas já compostas anteriormente". (1991 p. 7).

nascimento? Para alguém que muitas vezes não conhecia nem pai nem mãe e que tinha que escolher e adotar um nome porque nem mesmo sabia o que lhe haviam dado quando nascera? Seria possível, com esta realidade, expressar-se de maneira individual? Com a sua própria voz, sem ao menos ter um nome para lhe conferir uma identidade? Certamente não!

Millecco debate, no seu trabalho *Ruídos da Massificação na Construção da Identidade Sonora-Cultural* (1997), a questão da Identidade Sonora Cultural. Embora essa discussão não seja levantada por Millecco referindo-se a menores de rua, poderíamos utilizá-la e adequá-la a este tipo de indivíduos embora a questão se configure aqui de outra maneira. Assim, tento adequar o conceito de “Territórios Marginais”, formulado por Millecco a partir do conceito de Territórios Existenciais de Guattari, à realidade dos meninos de rua. Diz Millecco:

“os territórios marginais favorecem a construção de pseudo-identidades sonoras culturais, com formas de produção pautadas pela irreverência com estilo próprio e pela música geralmente ruidosa. Contam com grupos de seguidores fiéis que geralmente abraçam de corpo e alma o estilo de seu território (por exemplo: metaleiros, funkeiros e punks). (idem, p.12).

No caso dos meninos de rua parece-me que não se trata de uma construção de pseudo-identidades sonoras culturais mas, da construção de sua própria identidade sonora cultural e, talvez, a parte mais importante da identidade individual, já que esta pode apresentar-se de forma frágil, se é que se pode assim dizer. Esta identidade sonora cultural seria construída, a partir da identificação com os grupos que contam e cantam a realidade existente e que fazem através da música o seu protesto.

O conceito de Guattari sobre “Territórios Existenciais” é definido como sendo “a encarnação de valores que conferem seu selo de *autopoiese* (autocriação), de singularização, aos focos de subjetivação” (*apud* Millecco, p.11). Para Guattari, ainda citado por Millecco, “subjetividade é o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto referencial”.

Aqui reconhecemos, sem dúvida, o objetivo central do trabalho de Musicoterapia com estes menores: possibilitar-lhes, através da música, a expressão individual ou, utilizando o conceito de Guattari,

promover o aparecimento de Territórios Existenciais a partir da possibilidade de encarnação de valores que conferem singularidade e conferem seu selo de *autopoiese* aos focos de subjetivação.

Até então tocávamos, dançávamos e cantávamos com as músicas que eram ouvidas por nós, do rádio que eles traziam e que sintonizavam numa estação que só veiculava “funk” e “RAP”.

Atentas para poder transformar, sem imposições, estas atividades que eles realizavam e controlavam com tanta habilidade, depa-ramo-nos, em um dos encontros, com uma situação que nos parecia importante para ser o ponto de partida para as mudanças desejadas. Um dos menores disse uma frase, referindo-se ao grupo, que foi imediatamente assinalada por nós como sendo possível de ser transformada por eles em música. As reações foram imediatas: “nós não sabemos fazer isso”! Começamos logo a estimular a criação de uma frase musical que fosse adequada ao que tinha sido dito.

Percebemos, nesse momento, que a “composição” seria, talvez, a técnica mais adequada para levá-los a “se mostrarem”, a começarem a demarcar seus Territórios Existenciais. É evidente que não poderíamos pretender que isso acontecesse no início do trabalho já que éramos, para eles, pessoas desconhecidas que, principalmente, não faziam parte da sua realidade e que, provavelmente, se apresentavam como ameaçadoras. No entanto, com o estabelecimento do vínculo terapêutico, o caminho estava aberto.

Bruscia nos fala da “composição” como “uma técnica musicoterápica a ser utilizada com pacientes que necessitam organizar o seu poder de decisão, aprender a ter compromissos, identificar e desenvolver temas, documentar seus pensamentos e sentimentos internos ou ter evidências tangíveis de realizações”. (*Op. Cit.*, p. 8).

A frase que foi dita, foi sendo musicada pouco a pouco, escrita e grafada musicalmente por nós e deu lugar ao desenvolvimento de um processo de composição que, sem dúvida, possibilitou-lhes a expressão de conflitos, desejos, pensamentos e até da opinião sobre o momento atual brasileiro, bem como, sobre a forma como o país trata as questões sociais, como podemos ver numa das composições feitas cuja letra vem transcrita abaixo:

Sonho 1 (Paulo Cesar)

Hoje eu tive um sonho

Um sonho diferente bis RAP

Sonhei,

Que todo mundo era gente

Nós somos o sonho
Sonhei que a violência ia acabar Samba
Meninos de rua jogados pelo chão, pelo chão

Como é que esse país vai pra frente então
Alegria viver bis RAP
Viver a alegria
O Brasil não pode Viver sem você!

Essa e todas as poucas composições que foram feitas por eles, foram escritas e grafadas musicalmente por nós. Foram também gravadas por nós todos e eles passaram a ouvi-las, tocar e cantar junto com a gravação.

É interessante observar-se a mescla de RAP e samba, aparecendo mais uma vez as raízes, apesar de serem o RAP e o "funk" muito cantados e difundidos na mídia, principalmente no rádio, além de serem a forma de expressão mais utilizada, pelas gangues organizadas, para retratar e protestar contra a situação social. É importante também que se observe aqui, já que não é possível ao leitor ouvir a música, que esta se apresenta em tom maior, com um ritmo marcado, num compasso 2/4, com intervalos de 6as. ascendentes quando a letra diz "nós somos o sonho" e de 7a. e 5a. ascendentes, assinalando uma tensão, quando eles se referem a si mesmos jogados pelo chão. Ainda nesse trecho, apesar do caráter trágico da letra, o ritmo de samba confere uma alegria que vem ratificar o que dizem Lusk e Mason, citando Felsman: "de fato, o que é digno de nota, a despeito de toda a atmosfera sombria e inexorável contida na literatura sobre crianças 'de rua', é que, diante da pobreza absoluta e da violência urbana, elas são surpreendentemente alegres" (1993 p. 161).

Essa e as outras poucas composições que foram feitas por eles foram escritas e grafadas musicalmente por nós. Foram também gravadas em fita K-7 por todos nós cantando e tocando e passamos a ouvi-las nas sessões e a tocar e cantar junto com a gravação.

Ainda que carregada de incoerente alegria, a expressão desses conteúdos deu voz ao protesto dessas crianças pela forma como são tratadas e pela maneira como é conduzido o assunto no país, bem como aponta a preocupação com relação ao futuro do mesmo.

O trabalho de musicoterapia permitiu que a expressão inicial dos menores, que utilizava, quase que exclusivamente, os elementos da cultura, desse lugar à expressão individual.

Esse trabalho foi tratado por nós como uma experiência piloto pelo pouco tempo em que foi desenvolvido, apenas três meses, e pelo pequeno número de menores que atendeu. A sua interrupção se deveu a dois motivos que encerram a mesma contradição aparente da alegria dos menores de rua: o primeiro – que nos trouxe muita satisfação – a maioria dos menores foi admitida para trabalhar numa companhia brasileira, em caráter experimental; e o segundo – que é a expressão da realidade social do país – a casa que abrigava os menores foi invadida por traficantes armados que a tomaram de assalto e que obrigaram os meninos a descerem a ladeira “aos safanões” (Mendes, 1994).

Este fato não interfere na crença que temos na possibilidade do desenvolvimento de um trabalho com estas crianças, fruto de uma realidade social, com o objetivo de contribuir numa tentativa de reverter a situação vigente.

Referências Bibliográficas

- BRIGNOL-MENDES, Raul. *El Marco Externo y el Desarrollo de la Agricultura en America Latina y el Caribe*. Santiago. Chile. Publicación de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. 1995.
- BRUSCIA, Kenneth. *Case Studies in Music Therapy*. Phoenixville. Barcelona Publishers. USA. 1991.
- CHRIST, William e DeLONE, Richard. *Introduction to Materials and Structure of Music*. New Jersey. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs USA. 1975.
- LUSK, Mark W.. e MASON, Derek T.. Meninos e Meninas “de Rua” no Rio de Janeiro. In: *A Criança no Brasil Hoje. Desafio para o Terceiro Milênio*. Organizado por Rizzini, Irene. Rio de Janeiro Editora Universitária Santa Úrsula.. 1993.
- MENDES, Antonio José. *Tráfico Expulsa do Rio a Cruzada do Menor*. JORNAL DO BRASIL. Rio de Janeiro. 1994.
- MILLECCO, Ronaldo. Ruídos da Massificação na Construção da Identidade Sonora-Cultural. In: *Revista Brasileira de Musicoterapia*. Ano II – Nº 3. RJ. 1997.
- Departamento Social da Associação de Hotéis de Turismo. *Projeto Meninos do Rio, o Futuro é Hoje*. Rio de Janeiro. Sem data.
- Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua –MNMMR. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas – IBASE. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo – NEV-USP. *Vidas em Risco: Assassinatos de Crianças e Adolescentes no Brasil*. Rio de Janeiro. 1992.

Lateralização das Funções Musicais na Epilepsia Parcial

Cléo Monteiro França Correia

A prática da musicoterapia, voltada ao aspecto terapêutico, implica na habilidade do profissional em conhecer os aspectos teóricos envolvidos nas patologias atendidas, em planejar e desenvolver metas de tratamento e aplicar técnicas adequadas que promovam o crescimento individual, procurando não esquecer da necessidade de observação constante dos pacientes sob seus cuidados, tanto no que se refere às suas reações frente aos estímulos sonoros e musicais, como à qualidade de suas respostas. O item referente à "qualidade das respostas" foi o que nos motivou a desenvolver uma tese de mestrado em Neurociências, na Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

Os pacientes neurológicos chamam a nossa atenção não apenas pelas dificuldades que podem enfrentar na realização das atividades musicais, mas pelo comportamento que podem adquirir, em função dos distúrbios cognitivos.

Como tratar esses pacientes se para uns, são os aspectos rítmicos que estão comprometidos e para outros, os melódicos; alguns têm a linguagem preservada, mas não conseguem cantar; outros não podem falar, mas cantam. Há pacientes que até não discriminam os graves dos agudos. Como então utilizar os elementos sonoros e musicais se esses pacientes apresentam disfunções musicais?

Ao buscarmos os conhecimentos especializados que nos auxiliassem na compreensão dos mecanismos cerebrais envolvidos com a música, surpreendemo-nos com a escassez de trabalhos dessa natureza, o que nos encorajou ainda mais a elaborar um trabalho voltado ao diagnóstico das funções musicais, com vistas ao estabelecimento de critérios específicos para o tratamento musicoterápico dos pacientes neurológicos.

As funções musicais exigem operações multimodais, pois a sua prática implica a modalidade visual para as notações musicais; a modalidade auditiva para apreciar melodias, ritmos, harmonias e timbres, combinação que define uma peça musical, a modalidade motora para a execução musical, que requer a coordenação de diversos músculos e os processos cognitivos e emocionais envolvidos

na interpretação da música (Barbizet & Duizabo, 1985; Sergent, 1993).

Os distúrbios das funções musicais dificilmente são mencionados nas síndromes neuropsicológicas. Tal fato pode ser explicado, não porque eles sejam raros, mas porque os testes tradicionais utilizados para a sua avaliação enfatizam o aspecto verbal (Huber e col., 1984; Selinger & Prescott, 1989).

Os métodos convencionais para avaliação das funções cognitivas geralmente utilizam a linguagem verbal como veículo das respostas. Assim, aplicam-se provas de linguagem por repetição ou imitação, leitura, escrita, compreensão de textos e soluções de problemas. Entre os métodos não-verbais, o desempenho em atividades musicais pode revestir-se de importância e ser utilizado para complementar a avaliação dessas funções. Tal interesse deve-se ao fato do processamento cognitivo da música envolver estruturas cerebrais específicas e muitas vezes funcionalmente independentes das estruturas envolvidas na linguagem verbal (Sergent e col., 1992; Sergent, 1993; Hachinski & Hachinski, 1994).

Quando se analisa a relação entre a epilepsia e a música, dois aspectos devem ser ressaltados: as epilepsias musicogênicas, que são as crises epilépticas desencadeadas por estímulos sonoros e musicais e o estudo das funções musicais em pacientes portadores de epilepsia parcial. Os estudos dessas funções em epilépticos têm sido basicamente realizados em pacientes com epilepsia de difícil controle, candidatos a cirurgia para a epilepsia.

As crises epilépticas põem em evidência o mecanismo de funcionamento das áreas cerebrais, possibilitando o estabelecimento de uma relação entre determinadas alterações do comportamento e funções psíquicas e a localização e a lateralidade do foco ou da lesão.

Os trabalhos envolvendo epilepsias e os aspectos musicais encontrados na literatura empregam metodologias e recursos técnicos bastante heterogêneos e são aplicados em indivíduos com diferentes níveis de conhecimento musical e diferentes doenças neurológicas. Preferimos, portanto, desenvolver e aplicar uma bateria de testes simples e ao mesmo tempo sensíveis, para avaliar a influência da lateralização do foco no eletrencefalograma intercrítico, durante o desempenho das funções musicais em indivíduos portadores de epilepsia parcial e sem experiência musical prévia.

Objetivo

Verificar, através de Testes de Habilidades Musicais realizados em pacientes portadores de epilepsia parcial, as relações entre

funções musicais e lateralização da atividade paroxística no eletrencefalograma interictal.

Casuística e métodos

Foram avaliados 14 pacientes destros com idade mediana de 31 anos, portadores de epilepsia parcial, que constituiu o Grupo Epiléptico. De acordo com a atividade paroxística no eletrencefalograma os epilépticos foram divididos em dois grupos: o Grupo Direito, com atividade paroxística no hemisfério direito e o Grupo Esquerdo, com atividade paroxística no hemisfério cerebral esquerdo. Dos 14 pacientes, 42,8% (6/14) dos casos apresentaram foco à direita enquanto os 57,2% (8/14) restantes, apresentaram foco à esquerda. O Grupo Controle foi formado por 31 indivíduos destros com idade mediana de 30 anos e sem história de doença neurológica ou antecedente de crises epilépticas.

Os pacientes do Grupo Epiléptico e os indivíduos do Grupo Controle realizaram os Testes de Habilidades Musicais que compreenderam os testes de Ritmo Espontâneo, os de Percepção dos Parâmetros Musicais (timbre, duração, altura, intensidade e ritmo) e os Gnósico-Práticos, para avaliação do reconhecimento e reprodução de parâmetros musicais e organização e reprodução de movimentos corporais rítmicos.

Resultados

A Bateria de Testes de Habilidades Musicais realizada em pacientes epilépticos e no Grupo Controle permitiu-nos concluir que:

1) Os pacientes do Grupo Epiléptico (com foco nos hemisférios cerebrais direito e esquerdo) apresentaram um "ritmo espontâneo" mais rápido que o do Grupo Controle.

2) O Grupo Epiléptico (Direito e Esquerdo) teve um desempenho inferior no Teste de Reconhecimento de Padrões Sonoros Complexos.

3) O Grupo Epiléptico (Direito e Esquerdo) teve um desempenho inferior ao do Grupo Controle com relação ao reconhecimento e reprodução melódico-verbal.

4) O Grupo Esquerdo teve um desempenho inferior ao do Grupo Controle quanto à reprodução de movimentos corporais rítmicos.

5) O Grupo Esquerdo apresentou um desempenho inferior ao do Grupo Controle em relação à reprodução de estruturas rítmicas.

6) Não houve diferença nas provas de Percepção dos Parâmetros Musicais (timbre, duração, intensidade, altura e ritmo) entre o Grupo Epiléptico e o Grupo Controle.

Considerações Finais

O nosso trabalho se propõe a verificar as relações entre funções musicais e a lateralização da atividade paroxística no eletrencefalograma interictal. Com essa finalidade, foi criada uma bateria de testes que caracteriza-se pela sua simplicidade e que permitiu uma avaliação qualitativa das funções musicais, não indicando algum tipo de distúrbio psicológico, mas mostrando quais os aspectos musicais afetados em função de disfunção e/ou lesão lateralizada nos lobos temporais. Do ponto de vista cognitivo, este estudo oferece subsídios para o estabelecimento de um diagnóstico das disfunções não-verbais, em especial as musicais, associado à epilepsia parcial. Tal diagnóstico pode auxiliar-nos na seleção adequada de estímulos sonoros no processo de reabilitação cognitiva em indivíduos com lesões e disfunções cerebrais localizadas.

Referências

- BARBIZET, J. & DUIZABO, P. – *Manual de neuropsicologia*. São Paulo, Editora Masson do Brasil Ltda., 1985.
- HACHINSKI, K.V. & HACHINSKI, V. – *Music and the brain*. Can. Med. Assoc. 151(3): 293-296, 1994.
- HUBER, W.; POECK, K.; WILLMES, K. – *The Aachen Aphasia Test*. *Advances in Neurology*, 42: 292-303, 1984.
- SERGENT, J.; ZUCK, E.; TERRIAH, S.; MACDONALD, B. – *Distributed neural network underlying musical sight-reading and keyboard performance*. *Science*, 257: 106-109, 1992.
- SERGENT, J. – *Music, the brain and Ravel*. *TINS*, 16 (5): 168-172, 1993.
- SELINGER, M. & PRESCOTT, T.E. – *Auditory event-related potential probes and behavioral measures of aphasia*. *Brain and Language*, 36: 377-390, 1989.

*A Musicoterapia na Neuropsiquiatria Infantil: os Estados Autísticos*¹

*Leomara Craveiro de Sá*²

O presente artigo descreve uma pesquisa em desenvolvimento na Universidade Federal de Goiás³, na área de Musicoterapia, tendo como clientela crianças entre 02 a 12 anos que apresentam quadros autísticos.

São realizados estudos e reflexões sobre a aplicação da Musicoterapia nos estados autísticos, delineando-se o processo de intervenção e fazendo-se algumas considerações sobre os procedimentos adotados, o que nos conduz a uma análise crítica sobre a metodologia aplicada na referida pesquisa.

Unitermos: Musicoterapia; Autismo.

A Musicoterapia na Neuropsiquiatria Infantil: Os Estados Autísticos

Podemos afirmar que esta pesquisa é produto de um Curso de Especialização em Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás, sendo que foi concebida durante os estágios do referido curso (atendimento a uma criança com quadro autístico).

Vários autores são unânimes no relato das dificuldades enfrentadas quando do estabelecimento de um diagnóstico e da terapêutica abrangendo infância e adolescência, períodos em que o indivíduo encontra-se em franco desenvolvimento, sendo caracterizados por constantes mudanças físicas, psíquicas e emocionais, ou seja,

1 Trabalho apresentado no IX Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, Rio de Janeiro, novembro de 1997.

2 Coordenadora do Curso de Especialização em Musicoterapia da UFG, do "Laboratório de Musicoterapia da UFG"; autora e coordenadora da pesquisa "A Musicoterapia na Neuropsiquiatria Infantil: os estados autísticos".

3 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: **Musicoterapeutas:** Eliamar Aparecida de B. Fleury e Ferreira / Leomara Craveiro de Sá / Lilian Pinheiro da Fonseca / Norair Auxiliadora Fleury Patto / Sandra Rocha do Nascimento / **Neuropediatra:** Dra. Maria das Graças Brasil / **Neuropsicóloga:** Dra. Marilda da Silveira / **Fonoaudióloga:** Dra. Larissa Seabra Tosty / **Orientação Metodológica:** Prof. Dr. José Luiz Domingues / **Supervisão Clínica:** Mt. Lia Rejane Mendes Barcellos

“...apresenta-se imaturo nos planos anatômicos, bioelétrico, enzimático, hormonal e emocional, reagindo de maneira peculiar a diversos estímulos” (Saggese & Saggese, 1987).

Em se tratando de crianças que apresentam quadros autísticos, essas dificuldades tendem a se multiplicar. Muitos são os desafios enfrentados pelos profissionais que atuam nesta área, dentre eles, a efetivação de um diagnóstico preciso, já que não existe um exame específico determinante desta síndrome, sendo então, feito com base em questionários e/ou escalas de observações do comportamento geral da criança.

Devido ao retraimento psicofísico e à “incapacidade” de responder à grande maioria dos estímulos a que são submetidas, há uma maior limitação em se diagnosticar precocemente e com precisão essas crianças e de se realizar a escolha da terapêutica a ser aplicada. Tais fatores apresentam-se como elementos complicadores para um melhor prognóstico, pelo fato de as intervenções terapêuticas darem-se mais tardiamente.

De acordo com Schwartzman (1994), *“...até o momento, não há ainda um consenso sobre a terminologia empregada neste tipo de distúrbio. Alguns autores utilizam o termo **autista** apenas naqueles casos que se enquadram rigidamente no quadro, tal como descrito por Kanner (1943,1968), e nos quais não se encontra qualquer evidência de condição clínica ou neurológica subjacente. Nossa posição, atualmente, é a de considerar o Autismo Infantil como uma síndrome definida comportamentalmente, **que pode apresentar graus bastante variáveis de comprometimento e na qual se pode ou não demonstrar a presença de alguma condição neurológica.**”* (grifo da autora)

Observa-se que, atualmente, há uma tendência crescente em se considerar esta linha de pensamento, tendo em vista as muitas doenças – genéticas, cromossômicas, metabólicas e estruturais do sistema nervoso central –, assim como as diversas infecções viróticas e bacterianas que estão associadas ao autismo e que, segundo Rosenberg (1992), caracterizam-se por apresentarem *“...transtornos autonômicos, relacionais, de comunicação e de motricidade.”*

Portanto, partindo da concepção de que os fatores determinantes do autismo apresentam múltiplas etiologias, procuramos adotar na pesquisa um critério abrangente de Autismo Infantil, não sendo utilizadas as concepções de “Autismo Primário ou Clássico” e “Autismo Secundário” (Tustin, 1975). Seguimos a linha de pensamento de Schwartzman (1995), que considera o Autismo uma síndrome que se apresenta precocemente, e traz distúrbios em níveis variados de

comprometimento nas áreas da relação, linguagem/comunicação e comportamento, podendo ou não estar associada a várias outras condições clínicas.

Refletindo sobre os princípios teóricos e técnicos da Musicoterapia e, relacionando-os com os sinais e sintomas presentes no Autismo, podemos perceber as várias razões para a indicação desta terapia.

Nos "Critérios Diagnósticos para Transtorno Autista" do DSM-IV aparecem aspectos relacionados a:

- 1) prejuízos qualitativos na interação social;
- 2) prejuízos qualitativos na comunicação;
- 3) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades...

Em terapia, busca-se criar um "clima afetivo reparatório"(Dias,1987) entendendo-se por afetividade a capacidade inata de afetar, de tocar e ser tocado pelo mundo, ou seja, como um elo de ligação entre o mundo interno e o mundo externo do indivíduo, o que irá permitir-lhe introjetar e projetar informações.

Di Franco, em recente palestra, descreveu as patologias da comunicação como sendo bloqueios que impedem a comunicação entre o mundo interno e o externo, citando a música como um meio de ligar esses dois mundos.

Pode-se afirmar que o "setting" musicoterápico apresenta-se como um espaço favorável para se recriar fases do desenvolvimento em nível de relação intrapessoal e interpessoal, possibilitando a indução a estados regressivos (diferentes estágios). Através da linguagem musical pode-se contactar elementos regressivos e primordiais do indivíduo, permitindo que os mesmos sejam trabalhados. Observa-se que, na maioria das vezes, os primeiros contatos com o paciente portador de autismo ocorre através de uma linguagem bem primária: sons corporais, gritos, sons pré-vocais e/ou pré-verbais e ritmos primitivos.

Segundo Anzieu (1989;p.195),

"...antes que o olhar e o sorriso da mãe que o alimenta e cuida produzam na criança uma imagem de si que lhe seja visualmente perceptível e que seja interiorizada para reforçar seu Self e esboçar seu Eu, o banho melódico (a voz da mãe, suas cantigas a música que ela proporciona) põe à disposição um primeiro espelho sonoro do qual ele se vale a princípio por seus choros (que a voz materna acalma em res-

posta), depois por seus balbucios e, enfim, por seus jogos de articulação fonemática.”

Os vários recursos técnicos e o rico instrumental utilizados em Musicoterapia possibilitam uma gama variada de ações que, conseqüentemente conduzem a diferentes reações, produzindo mudanças significativas nos comportamentos. O instrumental e a própria música são utilizados como meios de expressão (objetos de defesa, de ataque, intermediador, integrador, e de reciprocidade), permitindo o desenvolvimento de uma linguagem alternativa (paraverbal, corporal e sonoro-musical), sendo de extrema importância nos casos em que a linguagem verbal (oral e escrita) encontra-se inexistente ou empobrecida.

A inflexibilidade e os comportamentos ritualísticos podem ser quebrados a partir da utilização desse instrumental, o musicoterapeuta tendo a clareza do “por que” se utiliza, “como” se utiliza e “com que objetivo” se utiliza. Essa compreensão vai sendo construída a partir da “leitura musicoterápica”.

Os maneirismos e os movimentos repetitivos tendem a desaparecer em decorrência da ocupação em que se encontra o paciente. O fazer música, o manipular os instrumentos não lhe permitem desviar a atenção da ação. Por mais isolado que esteja, não há como impedir que o som e a música cheguem até ele e o atinja de alguma maneira, penetrando-lhe pelas vias aéreas (canais auditivos) e/ou pelas vias táteis e ósseas (através das vibrações).

Nos estados autísticos são evidentes as dificuldades do indivíduo quanto à capacidade criativa e de meta-representações (simbolização). Através da Musicoterapia existe a possibilidade de se trabalhar em um plano manipulatório concreto e, daí, partir para a abstração. A força simbólica dos instrumentos musicais, suas características lúdicas e seus papéis de “objeto intermediário” e “objeto integrador” (Benenson, 1985) facilitam a interação, possibilitando o surgimento de jogos e brincadeiras.

Tendo em vista a relação acima estabelecida entre Musicoterapia e Autismo, propomos investigar:

- se seria possível a Musicoterapia auxiliar nos diagnósticos clássicos e/ou no estabelecimento do diagnóstico diferencial em crianças diagnosticadas como portadoras de: Autismo Infantil; Distúrbios Globais do desenvolvimento não-especificado; síndromes neurológicas e/ou psiquiátricas; retardo mental com atitudes de retraimento ou com aquisição de comportamento autista;

- se a Musicoterapia seria efetiva na substituição da farmacoterapia ou na diminuição das dosagens medicamentosas, após investigar-se como e por quais razões essas crianças são medicadas;
- se a rota de desenvolvimento dessas crianças seria alterada a partir do atendimento musicoterápico a seus pais (efeito aditivo);
- se a Musicoterapia atuaria como fator de facilitação de um processo de relação interpessoal da criança com seu meio.

1. A Pesquisa em Ação

Iniciada no final de 1995, esta pesquisa conta com total apoio da Universidade Federal de Goiás (UFG), tendo sido montado um Laboratório de Musicoterapia para atender especificamente à mesma. É uma pesquisa qualitativa, de concepção plurianual (com previsão para três anos), fundamentada numa abordagem Humanista Existencial e desenvolvida por uma equipe multidisciplinar (musicoterapeutas, neuropediatra, neuropsicóloga e fonoaudióloga).

1.1 – Clientela

O projeto atende 09 crianças cuja faixa etária varia entre 2 e 12 anos, que apresentam quadros autísticos de diferentes etiologias. Essas crianças pertencem a famílias de nível sócio-econômico médio e baixo.

A triagem é realizada pela neuropediatra, através do Hospital das Clínicas da UFG e as crianças passam pela avaliação de profissionais da equipe sendo, então, encaminhadas ao setor de musicoterapia. Em caso de substituições, estas só poderão ocorrer até seis meses antes do término previsto da pesquisa.

1.2 – Equipes Musicoterápicas

Encontram-se atuando no projeto três equipes de musicoterapeutas: duas, junto às crianças e a terceira, junto aos pais (sistema parental). Cada equipe é formada por duas musicoterapeutas que desempenham o papel de terapeuta e co-terapeuta, respectivamente.

1.3 – As Etapas do Processo Musicoterápico

Inicialmente, faz-se um primeiro contato com os pais de cada criança – Entrevista Inicial – ocasião em que são repassadas infor-

mações sobre o projeto e sobre o atendimento musicoterápico propriamente dito.

Seguimos, refazendo as mesmas etapas do processo musicoterápico apresentadas por Barcellos (1979), ou sejam: Estudo Biográfico e Ficha Musicoterápica; Testificação Musical; Contrato Terapêutico. Em seguida, com base no histórico da criança, nos dados que constam no prontuário médico e nas observações obtidas através dos contatos diretos com o paciente, estabelecemos os objetivos terapêuticos, que irão nos mostrar a direção e os propósitos da terapia, tendo em vista as necessidades reais da criança e os objetivos gerais da pesquisa.

Atendimento ao subsistema parental

Observa-se que uma criança com sintomas autísticos traz, para a família – incluindo os diversos subsistemas –, um desgaste ímpar. A falta de comunicação, as atitudes bizarras e o mistério que a envolvem geram, no seio da família, sentimentos de culpa, ansiedades, frustrações, desencontros, que acabam por maximizar tal problema, intensificando-o e, às vezes, gerando outros.

A integração e sociabilização dessa criança dependerá, em grande parte, do nível de aceitação e maturidade dos próprios familiares ao lidarem com ela – compreensão da síndrome, percepção da criança, estímulos/respostas, reações e comportamentos –, fatores fundamentais nas diversas etapas do tratamento, inclusive, frente às possíveis mudanças que ocorrerão com a criança no decorrer do processo musicoterápico.

Ao se propor um trabalho musicoterápico (em grupo) com os pais, paralelo ao atendimento da criança, além de uma orientação terapêutica, objetivamos pesquisar a importância do mesmo no progresso da criança, investigando se a criança estaria sendo tratada indiretamente (efeito aditivo).

1.4 – Sessões Musicoterápicas

As sessões de atendimento à criança realizam-se duas vezes por semana, com duração de 45min., no Laboratório de Musicoterapia da UFG e o atendimento ao grupo de pais dá-se quinzenalmente, através de sessões musicoterápicas de 90min, no mesmo local.

1.5- Registro da Pesquisa

A pesquisa está sendo documentada através de filmagens, gravações, relatórios e similares. Foram elaborados modelos de ficha

musicoterápica e gráficos, considerados elementos fundamentais para a coleta de dados (inicialmente), para os estudos de casos (no decorrer dos atendimentos) e para o fechamento da pesquisa (conclusão). No início do tratamento, e a cada dois meses, registramos, em vídeo, as sessões musicoterápicas. As filmagens são realizadas através de um visor (vidro espelhado) da sala de observação, procurando evitar-se quaisquer elementos que possam causar interferências nas sessões.

Na entrevista Inicial solicitamos dos pais uma autorização (por escrito) para que sejam realizadas as filmagens, explicando-lhes a finalidade das mesmas. O dia e horário são comunicados com antecedência aos pais e às crianças.

Os relatórios de sessões e as gravações em vídeo são objetos de estudos no momento das supervisões e no decorrer dos estudos de casos, realizados pela equipe. Justifica-se tais procedimentos por se tratar de uma pesquisa em que a sistematização na coleta dos dados e a documentação dos mesmos são de extrema relevância, possibilitando bases concretas para um trabalho científico.

1.6 – Devoluções

Durante a semana anterior à supervisão (bimensal) é promovido um encontro entre a dupla de musicoterapeutas e os pais de cada criança atendida, ocasião em que é feito um levantamento de como esta encontra-se atualmente, sob o ponto de vista da família – comportamento geral da criança e as possíveis transformações que estejam ocorrendo.

Aproveitamos esse momento para relatar aos pais as condições atuais da criança e o desenvolver do processo terapêutico, procurando clarear questões a respeito do mesmo.

1.7 – Técnicas Musicoterápicas

Atuando numa abordagem “inter-ativa” (Barcellos, 1992) utilizamos, de forma combinada, algumas das técnicas apresentadas por Bruscia (1991): Improvisação Musical (Livre e Orientada), Re-criação e Audição Musical.

1.8 – Instrumental Utilizado

Levando-se em consideração as necessidades do paciente, os objetivos a serem atingidos e o momento do processo terapêutico, utilizamos como instrumental: o próprio corpo, objetos sonoros, instrumentos fabricados no próprio “setting”, instrumentos musi-

cais além de bacias de alumínio, jarras de água, bolas de couro, almofadas e aparelhagem completa de som (inclusive microfones).

O instrumento sonoro-musical aparece carregado de simbolismo, sendo manipulado muitas vezes de forma lúdica e atuando como objeto intermediário da relação do indivíduo com seu meio.

2. Algumas Perspectivas para Análise

Através de estudos em literatura específica atualizada, de trabalhos experimentais com pacientes e, ainda, de trabalhos de apoio e orientação terapêutica aos respectivos grupos familiares, o projeto desenvolvido pela UFG visa oferecer uma contribuição no campo da investigação científica sobre o referido tema.

Algumas questões encontradas na literatura foram sendo por nós confirmadas no decorrer do trabalho:

- a relação entre o número de crianças do sexo masculino atendidas pelo projeto é muito superior ao número de crianças do sexo feminino (inicialmente, de 7 meninos para 2 meninas e, atualmente, de 8 para 1);
- a estreita ligação dessas crianças com a música é algo muito presente. No decorrer das entrevistas com os pais isto já fica evidenciado, em depoimentos deste tipo: *“Meu filho adora música”* ou *“O único interesse dele é a música”* ou ainda, *“É a única hora em que ele se acalma e dá sossego”*. Muitas vezes, isto se revela como algo preocupante. Várias dessas crianças parecem se utilizar da música como objeto de isolamento, o que nos leva a dar orientação à família para retirar gradativamente “o ouvir música” de forma aleatória e por tempo indetermindado, como acontece muitas vezes. Ressaltamos a grande diferença que existe em se utilizar a música como terapia, em um contexto terapêutico, onde terapeuta e paciente compartilham do “fazer musical”, e o ouvir música sozinho (elemento iatrogênico);
- vários pais não conversavam com seus filhos por acharem que eles não os entendiam. As vezes que tentavam se comunicar, utilizavam mais palavras isoladas, quase não existindo formação de frases ou, ainda, repetiam a linguagem ecológica (falada e gestual) trazida pela criança – “quistos de comunicação”. (Benenzon, 1985);
- o prazer que essas crianças demonstram ao trabalhar com o som, a música e os instrumentos musicais é algo inegável,

fator que muito facilita o estabelecimento do vínculo terapêutico;

Em quatro meses de atendimento musicoterápico efetivo, pôde-se observar consideráveis mudanças referentes aos comportamentos das crianças durante as sessões musicoterápicas e no ambiente sócio-familiar (estas últimas relatadas por seus pais durante as devoluções).

No transcurso das sessões, observou-se que a grande maioria das crianças faz contatos com os profissionais musicoterapeutas, tanto sonoro como corporalmente, aumentando essa interação no decorrer do processo musicoterápico, na mesma proporção em que foram diminuindo os momentos de isolamento.

Quando o elemento sonoro-rítmico-musical é introduzido, observa-se que os comportamentos estereotipados, bem como os atos auto-agressivos diminuem ou são totalmente dissipados.

Vários pais notaram mudanças significativas em seus filhos: uns relatando que os mesmos apresentam-se mais perceptivos e atentos ao que ocorre ao seu redor, havendo uma considerável diminuição da hiperatividade; outros observaram uma maior autonomia (independência) em suas ações; alguns ressaltaram transformações positivas no humor da criança, inclusive lidando melhor com as frustrações; demonstram maior compreensão da linguagem falada, maior aceitação de limites e acatamento de ordens e, ainda, foram relatadas melhoras no sono e no apetite.

Hoje, após quatorze meses em atendimento, uma dessas crianças foi liberada do uso de medicação e outra teve a dosagem medicamentosa diminuída. Algumas delas foram integradas em outras terapias e/ou em escolas. Outras apresentam períodos cíclicos, com gráficos bastante oscilantes. As fases críticas aparecem sempre relacionadas a mudanças externas, tais como: mudanças de residência e/ou de escola, nascimento de um irmão, problemas conjugais entre os pais, alterações na constituição familiar (saída ou entrada de algum membro no lar).

Tendo em vista as respostas altamente positivas à terapia e os sinais surgidos no decorrer das sessões musicoterápicas, estamos encaminhando uma das crianças para uma reavaliação com a neuropediatra para que se estabeleça um diagnóstico diferencial.

A maioria das crianças que participa do projeto não apresenta comunicação verbal e, aqueles poucos que o fazem, estão iniciando agora a estruturação dessa comunicação, coincidindo (muito interessante) com o momento em que estão abandonando no musical os sons em "staccato" e iniciando a estruturação de frases melódicas.

Há uma grande complexidade quanto a se conseguir reunir toda a equipe multidisciplinar, porém, as poucas vezes em que ocorreram reuniões, apesar de estarem faltando alguns membros, foram muito ricas.

Observamos que os pais que se mostram com maiores dificuldades em aceitar a doença do filho, têm evitado a participação no grupo musicoterápico, apresentando tênues justificativas. Já aqueles que têm participado do grupo vêm demonstrando muita facilidade em acatar as orientações das terapeutas, assim como, ao assistirem as sessões realizadas com seus filhos, demonstram uma compreensão muito maior do que ocorre.

A partir de vivências tão próximas com essas crianças, algumas questões foram sendo formuladas:

Ao fazermos opção pelo atendimento em co-terapia, inicialmente buscávamos uma melhor qualidade no atendimento dessas crianças, tendo em vista nossa pouca experiência nessa área, porém, pontos altamente positivos foram surgindo no desenvolver dessa forma de atendimento, ou sejam: proporcionar à criança uma interação com outra pessoa além da musicoterapeuta, oferecendo-lhe a oportunidade de ampliar sua comunicação dentro do próprio "setting" musicoterápico; a oportunidade de se recriar além da relação diádica, a relação triádica e, mais tarde, a circular, ao se formar grupos entre as próprias crianças. Interessante ressaltar que, na maioria das vezes, a criança inicia sua busca pela co-terapeuta nos momentos de grande insatisfação com a terapeuta, formando um relação triangular. Após essas primeiras investidas, a relação a três vai-se fortalecendo, aumentando a interação quantitativa e qualitativamente.

Há uma reação imediata (reflexa ou emocional) da criança frente a fortes estímulos, tais como, quando contrariada em suas expectativas, diante de uma situação de muito prazer ou desprazer, o que nos leva a refletir sobre suas respostas, na maioria das vezes tão adequadas à situação.

Surgem outras tantas reflexões em forma de questionamentos: as vias aferentes (que recebem os estímulos) estariam preservadas, já que existe um grau de percepção e de compreensão que, na nossa experiência com essas crianças foi percebido como positivo? Se há uma compreensão, várias vezes evidenciada em ações e na prontidão de respostas, por que em outros momentos apresentam-se não responsivas? Haveria falhas de processamento, ou essas falhas estariam nas vias eferentes (respostas aos estímulos)? Se existem tais falhas, por que não ocorrem como uma constante?

Apesar de a pesquisa estar ainda em andamento, podemos perceber, de imediato, que a Musicoterapia, através de sua dinâmica, pode proporcionar alterações evidentes nos comportamentos patológicos dessas crianças, abrindo inúmeras possibilidades de ajuda às mesmas. Não pretendemos esgotar o assunto. A pesquisa encontra-se em desenvolvimento e este texto faz parte de uma temática em construção, estando, portanto, aberta a contribuições.

ABSTRACT

Sá, Leomara Craveiro de – The Music Therapy in Children's Neuropsychiatry: Autistic States.

The present article describes the development of a research done at UFG on Music Therapy with children that show autistic behavior.

Studies and reflections are done on the application of music therapy in the autistic states, defining the intervening process and taking into considerations the procedures used, which takes one to a critical analyses of the applied methods used in the research.

Contatos através do E-mail: leomara@usa.net ou pelo Fax: (062) 821.1175 – Universidade Federal de Goiás/ Escola de Música – Campus Samambaia, Goiânia-GO

Referências Bibliográficas

- BARCELLOS, Lia Rejane M. *Etapas do Processo Musicoterápico*. Rio de Janeiro, 1979.
- BARCELOS, Lia Rejane M. *Cadernos de Musicoterapia I e II*. Enelivros, Rio de Janeiro, 1992.
- BENZON, Rolando O. *Manual de Musicoterapia*. Enelivros, Rio de Janeiro, 1985.
- BRUSCIA, Kenneth E. *Case Studies*, Barcelona Publishers, Phoenixville, USA, 1991.
- DIAS, Victor. *Psicodrama*. São Paulo: Ágora, 1987.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV TM*; 4 ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- COSTA, Clarice S.M. & VIANNA, Martha N.S. *Musicoterapia - Grupos de Pacientes Psiquiátricos Internados por Períodos Breves*, in J. Bras. Psiq., 31(3):185-194, 1982.
- ROSEMBERG, Raymond. *Diagnóstico Precoce do Autismo* in Temas sobre Desenvolvimento. Ano 1 - n 5 - mar-abr/1992
- SAGGESE, E.S.R. & SAGGESE, E.G. *Psicofarmacoterapia em Psiquiatria Infante Juvenil* in J. Bras. Psiq., 36(3): 171-178, 1987
- SCHWARTZMAN, José Salomão. *Autismo Infantil*, Corde, 1994.