

Musicoterapia no Rio de Janeiro

Novos Rumos

2ª edição revisada

Clarice Moura Costa, organizadora



Editora AMTRJ

Musicoterapia

no
Rio de Janeiro

Novos Rumos

Organizadora Clarice Moura Costa

2ª edição - revisada

Musicoterapia

no
Rio de Janeiro

Novos Rumos

Organizadora Clarice Moura Costa

Edição comemorativa

40 anos da fundação da
Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro
30 anos do reconhecimento do
Curso de Musicoterapia do CBM

2ª edição revisada



Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro

[Digite aqui]

Conselho Editorial

Mt Dra Claudia Eboli

Mt Dra Lia Rejane Mendes Barcellos

Mt Dr Marcus Vinicius Almeida Machado

Mt Dra Marly Chagas

Musicoterapia no Rio de Janeiro, Novos Rumos

Primeira edição comemorativa dos 10 anos de fundação da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro e dos 30 anos de reconhecimento do Curso de Musicoterapia do CBM (2008). Segunda edição revisada(2020).

Revisão técnica: Mt Marly Chagas

Revisão ortográfica: Edith Lacerda

Foto de capa: Mt Nelson Cruz

Editoração Eletrônica: Mt Marcello Santos/ Marcel da Mata Chagas

Costa, Clarice Moura

Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos Rumos/ Clarice Moura Costa, org.- Rio de Janeiro. Editora AMTRJ, 2020. 2a edição revisada ,publicação online

P 160

ISBN 978-65-86806-01-4
Inclui bibliografia

1. Musicoterapia 2. Teoria. 3 Clinica 4. Saúde

©2020 Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos Rumos, segunda edição revisada. Reservados todos os direitos desta edição.

Os artigos são de inteira responsabilidade de seus autores.

Editora AMTRJ

Rua Almirante Tamandaré, 66 sala 544.
e-mail: contatoamtri@gmail.com
site www.amtrj.com.br

Edição online

[Digite aqui]

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO 2020	3
APRESENTAÇÃO 2008	4
Capítulo 1 40 ANOS URDINDO E TECENDO FIOS. E POR FALAR EM POLÍTICA. Lia Rejane Mendes Barcellos e Marly Chagas	6
Capítulo 2 CRIAÇÃO DO CURSO DE MUSICOTERAPIA NO RIO DE JANEIRO E SUAS REVERBERAÇÕES Cecília Conde e Pollyanna Ferrari	17
Capítulo 3 EDUCAÇÃO MUSICAL, EDUCAÇÃO ESPECIAL E MUSICOTERAPIA Ana Sheila Tangarife	25
Capítulo 4 UMA MUSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA Nelson Falcão de Oliveira Cruz	34
Capítulo 5 CARTOGRAFIAS AFETIVAS EM MUSICOTERAPIA: Caminhos para o Artesão de Si. Paulo de Tarso de Castro Peixoto	52
Capítulo 6 MUSICOTERAPIA E PRÁTICAS COLETIVAS: Uma experimentação na área da Saúde Mental Raquel Siqueira da Silva	76
Capítulo 7 GRUPO HARMONIA ENLOUQUECE: Percurso de uma história e fundamentos de uma prática musicoterápica. Sidnei Martins Dantas	87
Capítulo 8 MUSICOTERAPIA CLÍNICA NA TERCEIRA IDADE: uma abordagem institucional Márcia Godinho Cerqueira de Souza	97

Capítulo 9	
INTERFACE ENTRE TEORIA E PRÁTICA NO CONTEXTO HOSPITALAR: reflexões sobre uma abordagem sistêmica da Musicoterapia	103
Leila Brito Bergold	
Capítulo 10	
MUSICOTERAPIA E ACOLHIMENTO NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: desafios e conquistas	114
Adriana Pimentel e Ruth Machado Barbosa	
Capítulo 11	
MUSICOTERAPIA NO HOSPITAL GERAL DE GUARUS: uma perspectiva no setor público	124
Ana Christina Santos Mussalem, Andréa Toledo Farnettane	
Capítulo 12	
O DISCURSO MUSICOTERÁPICO DO ALCOOLISTA: Algumas considerações	131
Renata Figueiredo	
Capítulo 13	
SOM, IDENTIDADE, MUSICOTERAPIA	140
Clarice Moura Costa	
ÍNDICE REMISSIVO	153

APRESENTAÇÃO 2020

O livro “Musicoterapia hoje, novos rumos” foi lançado em 2008, em uma edição limitada, criada para homenagear os 40 anos da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro ¹ e os 30 anos de regulamentação do curso de graduação do CBM - Centro Universitário.

A musicoterapeuta Clarice Moura Costa, organizadora da publicação, convidou para compor a primeira edição musicoterapeutas fluminenses com trabalhos verdadeiramente instigantes no nosso estado.

Passados 12 anos, o vigor da escrita teórica e prática destes textos motivaram a AMTRJ - gestão 2018-2020 a lançar uma 2a edição revisada e online daquela publicação.

Os anos passados certamente emprestaram outros aspectos à visão dos autores aqui apresentados. Estes, aqui publicados na íntegra, são trabalhos datados - importante que se leve em conta este fato. Conservamos o currículo original dos autores e acrescentamos ao final a data de 2008. Assim reverenciamos o tempo e sua experiência. Retiramos a antiga proposta da colocação de e-mails por entendermos que muitos deles se alteraram na atualidade. Assim, reverenciamos o tempo e suas inovações. Também fizemos uma atualização ortográfica no texto desta edição revisada e acrescentamos um índice remissivo. A versão digital permitiu-nos publicar as fotos coloridas do artigo de Mussalen e Farnettane.

Com grande satisfação, apresentamos os Novos rumos da Musicoterapia, ainda hoje.

Marly Chagas, editora

¹ Em 2008, a AMTRJ era composta por: Diretoria Marly Chagas; Mt Clarice Cardeman; Mt Andréa Farnettane; Mt Adriana Pimentel; Mt Eliane Tauile Izar; Mt Maria Cristina Parreira; Mt Lena Monteiro. Comissão de Ética: Mt Elieth Nick; Mt Márcia Cirigliano; Mt Márcia Godinho; Mt Marco Antonio C. Santos. Comissão de Divulgação: Ana Maria Pereira. Comissão de Assuntos do Interior: Ana Cristina Mussalen. Coordenadora do Centro de Estudos: Mt Leila Bergold. Conselho Consultivo: Cecília Conde; Mt Clarice Moura Costa; Domingos S. N. Alves; Mt Lia Rejane M. Barcellos; Lúcio Santos; Mt Marcello Santos; Mt Marcus Vinícius Almeida; Mt Martha Negreiros; Mt Nícia Maracajá; Paulo Sérgio; Mt Raquel Siqueira; Simone Delgado e Tim Rescala

APRESENTAÇÃO 2008

2008 é um ano festivo para os musicoterapeutas do Rio de Janeiro. Há quarenta anos, em 21 de setembro de 1968, foi fundada a Associação Brasileira de Musicoterapia (ABMT) por um grupo de profissionais que trabalhavam há bastante tempo usando a Música com objetivos psicopedagógicos e terapêuticos. A Associação tinha âmbito nacional e visava congregar e promover trocas entre estes profissionais. Quatro anos depois, em 1972, foi sentida a necessidade de um curso para oferecer uma base teórica e uma sistematização da prática dos musicoterapeutas, que até então eram guiados apenas por sua intuição e sensibilidade. Em 1978, o Curso de Formação de Musicoterapeutas foi reconhecido pelo Conselho Federal de Educação, passando a ter existência oficial como curso de graduação.

Desde então, muita água correu. A Associação e o Curso tiveram uma atuação inestimável na divulgação da Musicoterapia no Brasil e, alguns anos mais tarde, pelo mundo. O Rio de Janeiro teve um papel fundamental na criação de cursos em outros estados, muitas vezes enviando professores para lecionar ou ajudar na organização. Começaram a ser fundadas associações estaduais e observou-se que devia haver um órgão nacional para congregá-las. Diante disto, a ABMT reformou seus estatutos, transformando-se em uma associação estadual, a AMT-RJ, e foi fundada a União Brasileira das Associações de Musicoterapia – a UBAM.

O Curso também se modificou no decorrer dos anos e passou a intitular-se Curso de Musicoterapia. O crescimento do conhecimento científico sobre a Musicoterapia, propiciado pelo curso, retroalimentou o mesmo numa constante evolução. Em 1992, foi fundado o Curso de Especialização em Musicoterapia, que se tem revelado da maior importância para a implantação de serviços e novas áreas de atuação por todo o Brasil, incluindo locais em que não existe a possibilidade de cursar uma graduação.

Este ano estamos fazendo uma comemoração duplamente festiva – 40 anos da AMT-RJ e 30 da oficialização do Curso de Musicoterapia. Como parte destes festejos, Marly, atual presidente da AMT-RJ, me pediu para organizar um livro. Depois de avaliar algumas ideias, fiz a opção de não determinar um tema como fio condutor do livro. Cada um dos colaboradores teve a liberdade de escolher o assunto a ser abordado em seu capítulo, com plena responsabilidade sobre as ideias e fatos expostos.

Foram escritos capítulos sobre a construção de uma carreira nova, que está criando e fortalecendo sua identidade e credibilidade junto à sociedade; sobre as atuações políticas da Associação, considerando política como criação de relações, redes, contatos, como o modo próprio de um grupo existir e necessariamente apresentar mudanças; sobre a criação do Curso e seu momento atual.

Os textos subsequentes mostram como se diversificaram e aprofundaram as bases teóricas que permitem pensar a prática dos musicoterapeutas de uma forma nova. Estas bases passam pela Filosofia, por diversas correntes psicológicas, pelo psicodrama, pela Educação musical e seus vínculos com a Musicoterapia. São apresentadas práticas diversas, em hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), inclusive trabalhos de inclusão de pessoas com problemas de diversas ordens.

A variedade dos escritos pode ser encarada como caótica, no entanto a aceitação do caos é uma conquista do homem. O caos permite uma nova visão do mundo, em que eventos aparentemente desconexos vão formar um sentido em algum momento.

Foi possível observar pontos comuns nos diversos escritos. Os atuais musicoterapeutas sublinham a importância da inter e transdisciplinaridade, atual paradigma da ciência. Afirmam que a Musicoterapia refletiu sempre uma estreita relação com outras abordagens, sendo, por natureza, interdisciplinar, mas apontam a necessidade de distinguir e separar domínios científicos e fazê-los se comunicarem sem reduzi-los pela simplificação. O foco da atenção ampliou-se do sujeito para os laços com sua rede social no passado e na atualidade, como forma de evitar a perda da identidade. O aspecto político tornou-se uma preocupação e a prevenção e reabilitação passam a ocupar um lugar de destaque, ao lado da atuação terapêutica. A prática clínica é relacionada com a teoria que a ilumina e, por outro lado, os estudos teóricos e pesquisas são relacionados com a prática.

Este livro vai dar ao leitor uma ideia do grande desenvolvimento da Musicoterapia ao fim destas décadas e, espero, será motivo de reflexão sobre os rumos que toma nossa profissão.

CAPÍTULO 1

40 anos urdindo e tecendo fios. E por falar em política.

Os 40 anos da AMTRJ não poderiam passar sem uma reflexão política de nossa atuação na direção da AMT-RJ. Estava claro que a responsabilidade de escrever o texto seria da diretoria da Associação. No início de 2008, no entanto, Lia Rejane Mendes Barcellos, com sua conhecida generosidade e teimosia em tornar visível para o mundo o que se faz do lado de baixo do Equador, escreve para a Revista Eletrônica *Voices* um artigo sobre nosso aniversário. Resolvemos, então que o artigo político da AMT-RJ teria duas partes: a primeira, *40 anos urdindo e tecendo fios* é de autoria de Lia Rejane; a segunda parte, *E por falar em política* é escrito pela presidente da AMT-RJ, gestão 2006-2008. Exercitamos desta maneira, também na escrita de nosso texto, o desafio político de fazer e refazer relações.

1. 40 anos urdindo e tecendo fios. ²

Lia Rejane Mendes Barcellos³

Fiar e tecer são atividades cuja gênese se perde nos fios emaranhados da História como resposta a necessidades advindas de pressões da natureza e da cultura. Para se realizar estas

² Publicada com o título *Warping and Weaving Threads. Voices: A World Forum for Music Therapy* em 9 de março, 2008 em <http://www.voices.no/columnist/colbarcellos250207.php> e escrita com as informações dadas pelos musicoterapeutas do Rio de Janeiro:

- **Clarice Moura Costa** – Musicoterapeuta e pesquisadora em Musicoterapia.
- **Eneida Soares Ribeiro** – Musicoterapeuta. Professora do Curso de Graduação e Pós-graduação de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário, CBM-CEU, Rio de Janeiro. Musicoterapeuta domiciliar. Atendimento de pacientes neurológicos em consultório particular.
- **Flávia Christine Dal Pizzol**, Musicoterapeuta da Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha.
- **Marcello Santos** – Psicólogo; Especialista em Musicoterapia; Doutorando em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social; Professor do Curso de Graduação de Musicoterapia do CBM-CEU.
- **Marly Chagas** – Musicoterapeuta; Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social; Presidente da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro; Presidente do Comitê Latino Americano de Musicoterapia; Professora dos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Musicoterapia do CBM – Centro Universitário.
- **Martha Negreiros de Sampaio Vianna** – Musicoterapeuta da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Professora do Curso de Pós-graduação em Musicoterapia do CBM – CEU. Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente no Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ.
- **Vera Bloch Wrobel** – Musicoterapeuta; Mestre em Educação Musical; Musicoterapeuta domiciliar.

³Lia Rejane Mendes Barcellos, Musicoterapeuta, professora dos cursos de graduação e pós-graduação do CBM – CEU. (2008)

atividades desfiavam-se fibras animais ou vegetais e preparavam-se os fios que vão produzir tecidos de diferentes texturas, estampas, espessuras e caimentos.

Muitos são os fios que devem ser urdidos e tecidos para a construção de uma carreira. Muitas são as mãos necessárias tanto para urdir quanto para tecer. Muito tempo é necessário para que uma carreira nova crie e fortaleça uma identidade e para que tenha credibilidade nos vários segmentos de uma sociedade, que contribuem para o desenvolvimento e dignidade do ser humano.

O Estado do Rio de Janeiro, cuja capital é a cidade do mesmo nome, está localizado na região Sudeste, que ocupa 10,85% do território brasileiro e que é a mais desenvolvida, populosa e rica do Brasil. Na cidade do Rio de Janeiro os fios da Musicoterapia vêm sendo urdidos e tecidos desde a década de 50, por mãos de educadores musicais que se dedicavam, inicialmente, à utilização da Música em instituições de Saúde mental, reabilitação e Educação especial, atividade que antecedeu o nascimento do exercício da prática clínica da Musicoterapia.

Pode-se dizer que aqui, como em quase todos os países do mundo, o primeiro fio a ser urdido foi o da prática clínica, seguido pela necessidade de que os pares se organizassem em uma instituição que desse o respaldo necessário para a criação e fortalecimento de uma identidade ainda inexistente ou vista, principalmente, pelo viés da Educação musical.

Como resultado dessa necessidade, foi criada a então denominada Associação Brasileira de Musicoterapia – ABMT, em 1968, por um grupo de médicos de um grande hospital psiquiátrico, numa das maiores universidades públicas do país – a Universidade Federal do Rio de Janeiro. E é esta a ação que demarca o início ‘oficial’ da Musicoterapia na cidade do Rio de Janeiro, cujo aniversário de 40 anos se festeja em 2008.

A partir daí, surge mais um fio: o da formação de musicoterapeutas. À medida que a utilização da Música foi se expandindo, constatou-se que era imprescindível se qualificar pessoas para essa prática. Em 1968, começaram a serem oferecidos cursos de curta duração, preparando o terreno para que em 1972 fosse organizado o primeiro curso de graduação em Musicoterapia, no Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro, Centro Universitário (CBM – CEU), primeiro curso neste nível oferecido no país⁴. Este curso foi Reconhecido pelo Ministério da Educação em 1978 e em 2008 festejamos, também, os 30 anos deste reconhecimento.

A prática clínica e a criação desse curso mostram a necessidade de que um novo fio seja trabalhado: o do desenvolvimento teórico, necessário para sustentar essa prática. A organização de cursos de extensão, pela antiga Associação Brasileira de Musicoterapia, agora denominada Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro – AMT-RJ, quase sempre em parceria com o CBM, vem apoiar esse desenvolvimento.

Mas, muitos outros fios contribuíram para o crescimento da Musicoterapia. Dentre estes, podem ser citados: cursos ministrados no Rio de Janeiro por musicoterapeutas estrangeiros; acesso à literatura estrangeira, livros e periódicos; tradução de livros de musicoterapeutas estrangeiros; participação de musicoterapeutas brasileiros em eventos científicos no Brasil e no exterior; publicação de artigos e livros de autores brasileiros e de artigos de musicoterapeutas sobre a Musicoterapia brasileira em periódicos brasileiros e estrangeiros; fóruns brasileiros de discussão de questões pertinentes à teoria, à prática e à

⁴ Este curso foi criado pelas educadoras musicais: Cecília Conde, hoje diretora do CBM-CEU; Dóris Hoyer de Carvalho e Gabrielle Souza e Silva, esta última trabalhando como musicoterapeuta e chefiando o Setor de Musicoterapia da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação desde 1964.

formação, o que trouxe um aprofundamento do campo, a ampliação do mercado de trabalho, e que apresenta um fato digno de nota: a inserção da Musicoterapia em hospitais das três armas – exército, aeronáutica e marinha.

No Hospital Central do Exército⁵, o Serviço de Musicoterapia foi criado em 1983, com a finalidade inicial de realizar atendimento a pacientes psiquiátricos crônicos internados no Pavilhão Psiquiátrico, estendendo-se, logo após, aos portadores de deficiências físicas e/ou sensoriais da Clínica Neurológica e do Serviço de Reabilitação. Iniciou-se também o atendimento ambulatorial a crianças com distúrbios de comportamento e/ou comprometimento da linguagem ou aprendizagem e, mais tarde, a pacientes oncológicos. Foram criados grupos de atendimento transdisciplinar, com a participação de outros profissionais da equipe de Saúde. Também passam a ser atendidos pacientes adultos internados e de ambulatório, além de ser promovido o apoio e orientação aos familiares destes pacientes. Atualmente, também são realizadas atividades voltadas para a humanização hospitalar, com uma equipe de músicos que realizam visitas musicais aos pacientes internados nas clínicas médicas e cirúrgicas e a setores fechados como: Centro de Terapia Intensiva, Unidade Coronariana e Unidade Renal. Também existem oficinas para ensino de Música e um coral, com o objetivo de promover a Saúde através de atividades expressivas e criativas para funcionários e pacientes da instituição, procurando humanizar o ambiente hospitalar e ampliar a integração dos pacientes e funcionários.

Na Aeronáutica⁶ a Musicoterapia clínica se inicia em 1985, na Casa Gerontológica, que é uma instituição de Longa Permanência para idosos.⁷

Mais recentemente, em 2005, a Musicoterapia é inserida na Unidade Integrada de Saúde Mental da Marinha.⁸

Em 1990 o Rio de Janeiro sedia o VI Congresso Mundial de Musicoterapia que se pode considerar um divisor de águas para o desenvolvimento da Musicoterapia no Estado e, conseqüentemente, no Brasil. Nesse evento, tem-se como principal discussão as diferentes possibilidades de fundamentação teórica da Musicoterapia. A teoria está posta na mesa de debates com palestras de convidados brasileiros e estrangeiros sobre as várias correntes teóricas mais utilizadas para essa fundamentação.

Nesse congresso, musicoterapeutas de 26 países apresentam seus trabalhos sobre a prática clínica, sobre teoria, formação e pesquisas, e a presença destes possibilita a realização de uma reunião entre os membros da World Federation of Music Therapy Inc., – a única organização internacional dedicada ao desenvolvimento e promoção da Musicoterapia – criada em Gênova em 1985. Esta reunião muito contribuiu para o desenvolvimento e crescente organização da World Federation.

O surgimento da Internet facilita a troca de informações, criando uma rede de comunicação não só entre os musicoterapeutas de outras cidades e estados, num país de

⁵ O Serviço de Musicoterapia é chefiado pela musicoterapeuta Leila Brito Bergold desde 1983

⁶ A Seção de Musicoterapia da instituição é chefiada pela musicoterapeuta Márcia Godinho Cerqueira de Souza.

⁷ PINTO, Silvia Patrícia de Castro Pinto [et al]. **O Desafio Multidisciplinar:** um modelo de instituição de longa permanência para idosos: Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2006.

⁸ Lizandra Maia Gonçalves é admitida através de testes e de curso preparatório para exercer o cargo de musicoterapeuta, atualmente exercido por Flávia Christine Dal Pizzol.

dimensões continentais como é o Brasil, mas, também, com os profissionais de outros países, contribuindo para o crescimento da área.

Mas, o último fio que é urdido, e o mais difícil de fazer parte desse tecido, é o da pesquisa. A falta de recursos e de apoio financeiro acentua as dificuldades. As várias associações de Musicoterapia, já congregadas desde 1995 na União Brasileira de Associações de Musicoterapia – UBAM⁹, decidem organizar um encontro anual de pesquisa em Musicoterapia com o objetivo específico de estimular e desenvolver a investigação na área. Além disto, insere-se a apresentação de pesquisas em Seminários, Fóruns, Encontros e Simpósios de Musicoterapia que vêm sendo realizados ao longo deste caminho e este ano está sendo organizado o VII Encontro de Pesquisa, como parte da festa destes 40 anos.¹⁰

O estabelecimento de Convênios estabelecidos entre o CBM e diversas instituições como com a Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – onde é desenvolvido um trabalho de Musicoterapia com gestantes e com mães de bebês prematuros, objeto de pesquisa que aponta para a contribuição da Musicoterapia na importância da atenção à Saúde materno-infantil – e com o Instituto Nacional do Câncer, instituição de referência no tratamento oncológico, que abriga o Projeto Encanto, de Musicoterapia¹¹, muito contribuiu para o desenvolvimento da formação e, conseqüentemente, para o crescimento da área.

Ainda cabe ressaltar a importância da criação do cargo de musicoterapeuta no Quadro Permanente de Pessoal do Poder Executivo do Município pelo projeto de lei nº 1666/99.

O aparecimento de novas doenças como a AIDS, por exemplo, leva ao desenvolvimento da pesquisa médica; formas mais sofisticadas de detecção de doenças, como os exames por imagens, iluminam descobertas que deságuam na denominada Década do Cérebro; a Neurociência mostra um real interesse da comunidade médica no estudo do desvendamento das conexões entre a recepção e a produção musicais e o aparato fisiológico do cérebro e, isto tudo, leva a Musicoterapia para se inserir em novas áreas e diferentes formas de atendimento.

Por outro lado, a violência crescente nas grandes cidades e o agrupamento de pessoas em comunidades também se constituem como novos caminhos que impulsionam a Musicoterapia ao crescimento, com a necessidade de esta se adequar ao novo momento do mundo moderno e de satisfazer a demanda do mercado de trabalho.

As recomendações das políticas públicas mundiais de Saúde apontam também para a prevenção e Saúde primária. A Musicoterapia antes, já incluída nos tratamentos paliativos – demências e pacientes terminais – abre-se agora para as intervenções precoces. Com isto, o campo de atuação da Musicoterapia se expande e o mercado de trabalho se amplia. Criam-se concursos públicos para a contratação de musicoterapeutas em âmbito federal, estadual e municipal e hoje a Musicoterapia está inserida em 14 cidades do Estado do Rio de Janeiro, sendo que muitos musicoterapeutas foram admitidos através desses concursos.

⁹ O atual Secretário da UBAM é o musicoterapeuta e Arteterapeuta Marco Antônio Carvalho Santos, Doutor em Educação e professor dos Cursos de Graduação e Pós-graduação de Musicoterapia do CBM-CEU e professor da Escola Politécnica da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

¹⁰ Este evento terá como convidados estrangeiros o Prof. Dr. Rolando O. Benenson, que muito contribuiu para a criação e desenvolvimento do Curso de Musicoterapia do CBM-CEU, e o Dr. Lars Ole Bonde, musicólogo e professor do PhD em Musicoterapia da *Aalborg University*, na Dinamarca.

¹¹ Projeto implantado pela Musicoterapeuta Marly Chagas, em 2002.

A Reforma Psiquiátrica leva à criação dos chamados Centros de Atenção Psicossocial e os musicoterapeutas são chamados para atuarem na Saúde Mental, com pacientes em sofrimento psíquico, oficialmente, em 2002. Há uma crescente visibilidade do trabalho do musicoterapeuta que inserido em equipes interdisciplinares dá uma contribuição efetiva para o desenvolvimento do trabalho nesses centros e mobiliza, através da Música, não só os pacientes, mas todos os profissionais envolvidos no trabalho.

A inexistência de cursos de mestrado em Musicoterapia no país, advinda da dificuldade em cumprir com as exigências do Ministério de Educação para a organização desses cursos, tem levado os musicoterapeutas a se dirigirem às mais diversas áreas para continuarem seus estudos. Evidentemente, lamenta-se profundamente esse fato, mas por outro lado, cabe sublinhar que a incursão dos musicoterapeutas em outros territórios, muitas vezes inicialmente hostis, pode ser fecunda, apesar de produzir uma tensa relação nessa interdisciplinaridade. Isso pode reduzir os estranhamentos e divulgar o trabalho, resultando, também, num enriquecimento pelas críticas e colaborações.

Por outro lado, a apresentação de trabalhos de Musicoterapia em eventos de Saúde Coletiva, Interdisciplinaridade, Contemporaneidade, Ciência e Tecnologia, dentre outras áreas, tem contribuído para que haja uma modificação no olhar de outros profissionais com relação à Musicoterapia.

Por fim, cabe ressaltar que a Saúde, pela constituição brasileira, é direito do cidadão e dever do Estado. O principal desafio deste direito constitucional é garantir, através de políticas públicas, a atenção integral, o acesso universal e gratuito, a equidade, a participação e o controle social para que todas estas garantias sejam asseguradas.

A Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro e o Conservatório Brasileiro de Música têm envidado esforços para a inserção do musicoterapeuta em serviços de atendimento à população, com o objetivo de contribuir para que todos tenham acesso a esse tipo de tratamento.

Estas instituições ainda se juntam à UBAM na luta para a regulamentação da profissão de musicoterapeuta que está em tramitação no Senado Federal através do Projeto de Lei 25/2005.

Nesses 40 anos, muitos são os profissionais que têm trabalhado urdindo e tecendo todos esses fios, para que a Musicoterapia se desenvolva e possa atingir o maior número de pessoas que dela podem se beneficiar para uma vida mais humana e digna.

2. E por falar em política¹²

Marly Chagas¹³

Depois de te perder
Te encontro, com certeza
Talvez num tempo da delicadeza,
Chico Buarque

¹² Dedico este artigo à diretoria da Associação, musicoterapeutas Clarice Cardeman; Andréa Farnettane; Adriana Pimentel; Eliane Izar; Cristina Parreira; Lena Monteiro. Também às musicoterapeutas Letícia Karl e Ana Maria Pereira. Sem elas não seria possível fazer esta política.

¹³ Musicoterapeuta, psicóloga, doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, professora da graduação e da Pós-graduação em Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. Presidente da Associação Brasileira de Musicoterapia (2008.)

A atual gestão da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro assumiu seu mandato em junho de 2006. Nossa eleição não foi diferente de muitas outras: ninguém disponível para assumir os cargos, nenhum movimento prévio para a organização de chapas. No entanto, todas nós – uma equipe de mulheres – apesar de convocadas na própria semana da eleição, aceitamos com entusiasmo a tarefa de coordenar a nossa Associação.

A árdua tarefa se apresentou de início: precisávamos estabelecer metas, ações, enfim um planejamento estratégico possível.

Nosso objetivo: implantar um modelo de gestão, mesmo que ainda seja intuitivo, inserindo um sistema de planejamento, que permita estabelecer uma visão estratégica, de forma que diretrizes organizacionais possam ser traduzidas em planos de ação concretos, potencializando a experiência prática e oportunidades de melhoria, assim como estabelecer indicadores para medição de desempenho que proporcionem meios para avaliações que forneçam direcionamento adequado na tomada de decisões, evitando a utilização desproporcional de recursos em iniciativas de pouco impacto e o desgaste das pessoas envolvidas (AMTRJ, 2006).

A Missão da Associação, já prevista em seus estatutos é bastante clara: “Promover o desenvolvimento, a aplicação e a divulgação da Musicoterapia”, seu âmbito: o Estado do Rio de Janeiro, por um lado, e o movimento nacional – através da participação no colegiado da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) – por outro. Abarcar todo o Estado e não somente o nosso município e todo o Brasil através da integração com outras associações desloca e amplia o eixo de nossas preocupações. Então, para realizarmos nossa missão, no âmbito do Estado e na integração com as outras associações brasileiras, traçamos uma série de objetivos estratégicos, guias de nossas atividades:

- a) Abrir novos mercados de trabalho para os musicoterapeutas;
- b) Consolidar a imagem institucional da AMT-RJ;
- c) Garantir a satisfação de interesses dos associados ligados à Musicoterapia;
- d) Implantar uma estrutura organizacional adequada e instrumentalizada;
- e) Ampliar o conhecimento em Musicoterapia.

Cada um desses objetivos, acompanhado de uma série de metas e de ações estratégicas se desdobra:

- a) Abrir novos mercados de trabalho para os musicoterapeutas

Dos noventa e dois municípios do estado do Rio de Janeiro, quatorze contam com musicoterapeutas, sendo que Bom Jardim, Campos dos Goytacazes, Duas Barras, Itaperuna, Macaé, Rio de Janeiro, Resende, São Gonçalo e São Pedro da Aldeia contam com profissionais concursados. Para abrir novos mercados de trabalho para os musicoterapeutas, enviamos para todos os municípios uma carta ao Prefeito, ao Secretário de Saúde e ao Secretário de Educação, contendo um folder sobre a Musicoterapia no Estado; priorizamos os municípios do Rio de Janeiro, Niterói, Cabo Frio, Paraty, Cantagalo, Campos, Rio das Ostras e Quissamã.

Um de nossos argumentos nesses contatos é o da recomendação da Conferência Estadual de Saúde de incluir musicoterapeutas nos setores de Saúde do Rio de Janeiro.

Estivemos em Rio das Ostras cobrando a proposta do III Fórum de Saúde Mental de criação do Cargo de musicoterapeuta pela sua Câmara Municipal.

Buscamos marcar entrevista com Prefeitos, Secretários de Saúde; Secretários de Educação, Secretários de Administração; vereadores; participar das Conferências Municipais de Saúde, enfim nos fazer presentes nestes locais para enfatizarmos a necessidade da realização de concursos públicos para os musicoterapeutas. Nem sempre conseguimos êxito em nossas investidas. Conseguimos contatos com Rio das Ostras, Campos, Rio de Janeiro. Na capital, o vereador Dr. Carlos Eduardo, presidente da Comissão de Higiene, Saúde Pública e Bem-Estar Social, encaminhou projeto que estabelece o dia 15 de setembro – dia do Musicoterapeuta – como evento a ser comemorado na cidade e se comprometeu conosco a realizar uma audiência pública na Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro no primeiro semestre de 2008 com a finalidade de discutirmos a importância da abertura de mercado de trabalho para o musicoterapeuta.

Embora enfatizemos a existência do concurso público, é importante destacarmos que, em 2006, mesmo sem a influência da AMT-RJ, o município de Nova Iguaçu contratou duas musicoterapeutas para atuarem na área de Saúde mental uma delas no CAPS e outra no Posto de Saúde, ligada à Saúde da Família.

Ainda fazendo parte desta estratégia, realizamos na Universidade Católica de Petrópolis (UCP) a I Jornada Serrana de Musicoterapia, no dia 15 de setembro de 2007, com a presença do Secretário Municipal de Saúde, da coordenação da UCP, de musicoterapeutas de Petrópolis, Teresópolis, Cachoeira de Macacu, Rio de Janeiro e Espírito Santo, além de profissionais e estudantes da área de Saúde da região Serrana e de Minas Gerais e do coral da USIMED.

b) Consolidar imagem institucional da AMT-RJ

Para atingir este objetivo, estabelecemos como metas um maior relacionamento com os associados e com a população em geral. Para isto centramos nosso investimento em um site atualizado, dinâmico e interativo. O site www.amtrj.com.br tornou-se o mais importante veículo de visibilidade de nossa Associação e do trabalho profissional e acadêmico de seus sócios. A criação do *amtrj-notícias* - informativo eletrônico semanal - é outro fator importante na concretização deste objetivo: publicamos, a cada quinze dias, um informativo eletrônico enviado ao endereço conhecido de todo musicoterapeuta do Estado. Quanto ao informativo em papel, embora desejássemos enviar para o sócio quatro Informativos em papel por ano, conseguimos publicar apenas três.

Ainda nesse aspecto, a AMT-RJ encontra-se em dia com suas obrigações financeiras com a UBAM e participou ativamente da reunião anual e das reuniões no Senado Federal na campanha para a regulamentação profissional, incluindo uma entrevista feita para a TV Senado, no programa Cidadania. O Concerto com a pianista Estela Caldi, abrindo os festejos dos 40 anos da AMT-RJ em setembro de 2007, contribuiu igualmente para a consolidação da imagem institucional de nossa Associação.

c) Garantir a satisfação de interesses dos associados ligados à Musicoterapia

Para alcançar este objetivo continuamos a realizar a cobrança por boleto bancário; a inscrição de novos sócios pode ser feita pelo site da AMT-RJ; estimulamos a participação dos sócios nas atividades realizadas na AMT-RJ; elaboramos e aplicamos questionário de avaliação no I Curso de Atualização em Musicoterapia da AMT-RJ; renovamos o convênio

com a biblioteca do CBM-CEU; realizamos um sarau com a participação de musicoterapeutas músicos e mantivemos um contato estreito com o Secretariado da UBAM.

d) Implantar uma estrutura organizacional adequada e instrumentalizada

A implantação de uma estrutura adequada exigiu primeiramente a solução de algumas urgências administrativas, dentre elas realizar a mudança de estatutos da AMT-RJ que pedia a Constituição Brasileira. Esta mudança foi feita em Assembleia Geral Extraordinária, convocada exclusivamente para este fim, em dezembro de 2006 e janeiro de 2007. Atualizamos o contrato do contador. Adquirimos um computador, um monitor, uma impressora e um aparelho de data show. Estamos empenhados em organizar e manter atualizado um arquivo eletrônico dos sócios e a mala direta da AMTRJ. Escolhemos um Conselho Consultivo e uma Comissão de Ética dentre parceiros que têm se mostrado sempre solícitos em nos atender. Criamos também várias equipes de trabalho que funcionam para fins específicos

Por exemplo: Comissão Científica dos diversos encontros, arrumação do armário, confecção do informativo, divulgação das atividades; equipe de contatos políticos com os municípios. Ainda precisamos elaborar um regimento interno para a AMT-RJ, elaborar e aplicar um plano para a captação e controle de recursos bem como fazer – e divulgar – plantão da diretoria em nossa sede.

e) Ampliar o conhecimento em Musicoterapia

Para divulgar o conhecimento em Musicoterapia, realizamos: o XIII Fórum Estadual de Musicoterapia; a VI Jornada Científica de Musicoterapia; a VII Jornada Científica de Musicoterapia / I Jornada Serrana de Musicoterapia; no interior, o I Curso de Atualização em Musicoterapia (promovido em parceria com o CBM-CEU). Além dessas atividades, elaboramos um projeto de implantação do curso de Musicoterapia em Universidades Públicas e estamos mantendo contato com responsáveis pelos cursos de Música da UNI-Rio e da UFRJ. Confeccionamos o DVD *Musicoterapia fazendo a diferença*, contendo depoimentos de profissionais não musicoterapeutas sobre o nosso trabalho. O CD-ROM do I Curso de Atualização está sendo confeccionado. Temos regularmente disponibilizado no site material dos arquivos da Associação, bem como textos de autoria dos musicoterapeutas brasileiros. Estamos publicando este livro que dá visibilidade ao trabalho de alguns musicoterapeutas do Estado.

2.1. “Se falássemos um pouco de política?” aprendendo com Bruno Latour

Aqueles que sabem que não existem outras mediações
para engendrar provisoriamente o social
devem respeitar com um cuidado infinito
as frágeis formas das falas criadas pela arte política
– como já o fizeram para as mediações científicas,
técnicas, jurídicas, religiosas e econômicas
(LATOUR, 2004, P.19)

Todas as atuações da Associação são políticas. Bruno Latour, o francês antropólogo das ciências e das técnicas, percebe a política como o modo próprio de uma fala que se acerca de um grupo e o faz existir,

apreendendo-os, assenhorando-se deles, reproduzindo-os, pelo exercício sempre recomeçado, pelo laço, pelo envolvimento, pela curva do falar político. Sem esta enunciação, simplesmente não existiria agregado social pensável, visível e unificável. (LATOURE, 2004, p 19).

A política tem essa importante função nos relacionamentos dos grupos: criar relações, formar redes, fazer contatos. É fazendo existir o envolvimento em um grupo que surge o público que, criado pela própria política, não existiria sem ela (LATOURE, 2004, p 18). O público é aqui entendido não como o que se opõe ao privado, mas o que “resulta das consequências inesperadas e invisíveis das ações” (Idem). Esse público, portanto, possui uma curiosa característica: escapa aos políticos. Entendendo desta maneira, ao criar relações e grupos, não podemos ter certeza dos lugares em que as ações da AMT-RJ chegam. Escapamos a totalidade do que resulta de nossa política. Podemos verificar de diversas maneiras esse fato. O coletivo que organizamos tem criado um dinamismo que já resulta em surpresas: musicoterapeutas têm sido encontrados – e alguns contratados - através do site da AMTRJ¹⁴; a Associação tem sido convidada para palestras, para indicações de musicoterapeutas para entrevistas em canais de TV, a Petrobrás pediu-nos para ministrar uma palestra em evento que reuniu todas as equipes brasileiras responsáveis por indicação técnica de tratamento especializado para crianças portadoras de necessidades especiais.

“Não há agrupamento sem (re)agrupamento, não há reagrupamento sem uma palavra mobilizadora”. (LATOURE, 2004, p. 20) Para nós, pertencentes a uma categoria profissional, é necessária essa palavra mobilizadora que está no site, nos fóruns, nas canções, nos saraus, nos relatos clínicos que os artigos dos musicoterapeutas compartilham. A palavra mobilizadora também vem dos que discordam, dos que se arrependem de terem cursado a faculdade e criam comunidade no *orkut*, dos céticos quanto ao futuro da profissão. A mobilização está presente nas chamadas à participação grupal, na divulgação de assuntos supostamente de interesse de todos. Todos esses aspectos são partes desse movimento político de criar e recriar a Musicoterapia. Com ele, trabalhamos pela criação de um coletivo da Musicoterapia e dos musicoterapeutas fluminenses.

Seguindo o pensamento político de Latour (2004, p. 21), deparamo-nos com uma consideração muito útil para a forma com que se dá o exercício da representação e do poder em qualquer ação política, inclusive na nossa. O que significa representar? O que faz a Associação quando se diz representante dos musicoterapeutas? Ora, se os musicoterapeutas são muitos e a Associação é uma, o ato de representar decorre da transformação de muitos em um. A fala, os anseios, os desejos e necessidades de todos os musicoterapeutas associados em uma fala, um projeto, uma gestão. Isto é, a representação acontece no ato de transformar o “muitos” em “um”. O movimento contrário, para Latour, é o exercício do poder e acontecendo quando o um (a Associação) transforma a sua ação no muitos (os musicoterapeutas associados). Estes movimentos se dão ao mesmo tempo em ambas as direções e seu resultado, a linha que traça é sempre uma curva, nunca uma linha reta. Isto é: a transformação obtida como resultado da representação e do exercício do poder não pode ser uma linha direta, clara, sem meandros. Quando a diretoria da Associação fala e age em nome de todos os musicoterapeutas do estado do Rio – a representação dos muitos musicoterapeutas sendo falados na fala do um e quando os musicoterapeutas agem segundo

¹⁴ Este é um serviço que a AMT-RJ disponibiliza para os musicoterapeutas sócios: é possível para o musicoterapeuta colocar seu nome, área e local de trabalho no site da Associação

instruções e como resultado de ações da AMT-RJ – o um em muitos, o exercício do poder, o resultado é esta linha curva de um traçado político.

Compõem a curvatura desta linha política, por exemplo, ruídos na comunicação, distorções, exageros, empolgações, omissões. A linha é curva no sentido da representação, porque um não consegue falar em nome de muitos sem trair alguém. A esse propósito as afirmações “*a associação não faz nada mesmo por mim*” ou “*essa gestão é muito boa, pois está fazendo tudo por nós*” fazem parte do mesmo movimento e são exemplos desta impossibilidade de retidão da linha política: o um não representa o conjunto de um + um + um que forma o muitos. No reverso, a transformação do um em muitos (isto é: as ações da AMT-RJ aceitas e incorporadas no cotidiano profissional dos musicoterapeutas), o exercício do poder, se assumidas em linha reta, sem nenhuma curva, teríamos as ações políticas da obediência, da tirania, da ditadura; a insatisfação e a dependência com a política inventamos, ousadamente, mais do que um grupo ou uma associação: inventamos uma sociedade. Continuamos nos apoiando, para esta compreensão em Latour, que, por sua vez, é seguidor da tradição sociológica de Gabriel Tarde. Para este, a sociedade não é um *a priori* com existência “em si”; a sociedade se constrói a partir de inúmeras traduções que se estabelecem em mediações práticas. (LATOURE, 2004). A política, tanto quanto a Ciência, se constitui em instituição heterogênea que pertence “ao conjunto dos regimes de enunciação” (LATOURE, 2004, p 13). Criamos a Ciência ao enunciá-la. Igualmente criamos uma Musicoterapia e uma sociedade de muitos movimentos, de muitas traduções e mediações.

Latour recomenda que na realização da política não deveríamos partir de opiniões, interesses estabelecidos, vontades firmes, pois estes se transformariam facilmente em compromisso intolerável e agente de destruição de interesses e vontades.

Para que a vida política seja pensável, enunciável, “falável”, é preciso que os agentes ainda não tenham opiniões, mas que sejam suscetíveis de mudá-las; que não tenham identidade, mas que os pertencimentos se modifiquem no curso de debate; que não estejam seguros dos interesses que representam e que sua vontade vacile ou, ao contrário, se desenvolva à medida que se agrupem e se modifiquem as relações de todos os outros agentes que os fazem falar – semicírculo da obediência – e que eles fazem falar – semicírculo da representação. (LATOURE, 2004, p.35)

Enorme desafio! Estabelecer objetivos, metas, ações com clareza para em seguida, ser capaz de abrir mão deles. Estabelecer um ponto de chegada que se move constantemente, provando um deslocamento ininterrupto de todos. “Fazer fermentar”, às vezes confundir ou mesmo perturbar a vida pública, mas também “agitá-la” (LATOURE, 2004, p36). Trabalhar por cada objetivo sabendo que nenhum deles vai ser alcançado sem a participação múltipla de vários musicoterapeutas; tendo claro que, em cada ação exitosa, muitos atores contribuíram em sua execução; observando que êxito para alguns pode não representar nenhum sentido especial para outros e que as ações, metas e desejos de outros tantos musicoterapeutas para a profissão é muito diferente deste coletivo que construímos. Estamos conscientes da produção de enunciados sobre a Musicoterapia que gerenciar uma associação gera. O desafio é estarmos dispostos a abrir mão de todas as metas e inventar outras tantas, para nós mesmos e para a potência de nossos encontros associativos: fazer política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMTRJ. Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro. **Planejamento Estratégico** – Introdução. 2006. Texto não publicado.

LATOUR, B.. “Se falássemos um pouco de política?” In **Política e Sociedade**. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política – v.1, n. 4 (2004) Florianópolis: EFSC: Cidade Futura, 2004. pp 11 -40

CAPÍTULO 2

A criação do curso de Musicoterapia no Rio de Janeiro e suas reverberações.

Cecília Conde¹⁵
Pollyanna Ferrari¹⁶

1. Introdução

Quando Marly Chagas e Clarice Moura Costa - minhas mestras - sugeriram que eu fizesse uma entrevista com a fundadora do curso de Musicoterapia do Rio de Janeiro, fiquei muito honrada por se tratar de Cecília Conde. Esta é uma figura emblemática no cenário da Musicoterapia por seu pioneirismo, sua capacidade de ousar, inovar, acreditar no novo, por ser uma realizadora. Cecília, mulher à frente de seu tempo, rompe com padrões de Educação e de Arte; criativa, conciliadora e habilidosa, congrega pessoas, ideias e deixa sua marca na história da Musicoterapia.

Este artigo é fruto de conversa com Cecília Conde (que além da Música, tem a habilidade da palavra), na qual, com sua imensa generosidade e eloquência, discorre sobre temas relacionados à criação do curso de Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música. Prefiro chamar de conversa, porque não tinha uma lista de perguntas prontas, mas grandes temas a serem abordados. Para preservar este caráter, preferi manter o texto na primeira pessoa, de forma que o leitor possa se imaginar em uma aula ministrada por Cecília. Nas linhas subsequentes, seguem as experiências do processo de criação do curso, o contexto histórico onde o mesmo está imerso, as personalidades importantes na gênese da Musicoterapia no Rio de Janeiro e suas reverberações até os dias de hoje. Por fim, Cecília deixa uma mensagem carinhosa e incentivadora para todos os musicoterapeutas.

2. O processo de criação do curso de Musicoterapia

A graduação começou em 1972, mas o Curso de Introdução à Musicoterapia estreou em 1970, com o Dr. Rolando Benenzon. Éramos três educadoras e amigas (Cecília Conde, Dóris de Carvalho e Gabrielle de Souza Silva, mais conhecida como Gaby). Nós nos conhecemos através da Liddy Mignone. A Gaby trabalhava com portadores de deficiência a partir da experiência com seu filho, a Dóris trabalhava na Pestalozzi por influência de um

¹⁵ **Cecília Conde:** Musicista, educadora, fundadora da primeira Graduação em Musicoterapia do Brasil e Diretora Geral do Conservatório Brasileiro de Música CBM-CEU (2008).

¹⁶ **Pollyana Ferrari:** Musicoterapeuta formada pelo CBM-CEU, cursando pós-graduação em Saúde Mental pela UFRJ nos moldes de Residência. (2008)

irmão e eu, talvez pela minha loucura, fui trabalhar com a Nise da Silveira na Casa das Palmeiras. Eu conheci a Nise numa aula que ela estava dando sobre Guernica, de Picasso, e o compositor Schumann. Fui conhecer o trabalho da Nise da Silveira na Casa das Palmeiras e me apaixonei! Não pela loucura, estava com medo de trabalhar. Eu sempre tive um medo de sair da normalidade, já anormal no meio dos normais. Foi muito importante para mim, e talvez para o curso também, ter frequentado o grupo de estudos sobre Jung na casa da Dra. Nise e em 1966 comecei a fazer análise com Carlos Byington.

O Conservatório Brasileiro de Música recebia crianças com diversas patologias na Iniciação Musical. Através do Movimento de Arte e Educação e do pensamento de Herbert Read, a Arte passou a ser vista como o caminho da Liberdade e como expressão maior do homem. Na época, só se falava em criatividade do ser humano, todo mundo estava ainda na vida muito escolar acadêmica e a Escola Nova, da década de 40 para 50, inovou muito na concepção de métodos educacionais. No Brasil, havia uma excelente escola com Anísio Teixeira, Paulo Freire, Nise da Silveira, Liddy Mignone, Augusto Rodrigues, entre outros. Nós dávamos aula para crianças com problemas, naquela ocasião, a gente já fazia inclusão, sem usar esta palavra. Também trabalhei na Escolinha de Arte com Helena Antipoff, grande educadora com propostas inovadoras com pessoas portadoras de necessidades especiais. O Rio de Janeiro tinha menos de um milhão de habitantes há 50 anos. Então, todos os artistas preocupados com a Educação Infantil se conheciam, a Liddy Mignone era muito conhecida no meio artístico cultural. O Conservatório tinha ótimas relações: minha mãe, Amália Conde, seu irmão Lorenzo Fernandez, Francisco Mignone, Koellreutter, Vieira Brandão e outros músicos preocupados com novos caminhos da Música. Eram portas abertas, era conhecer a intelectualidade da época, que pensava numa Educação nova para este país. Essa foi uma das principais razões da criação do curso de Musicoterapia.

Nós dávamos cursos para professores da APAE e da Pestalozzi. Havia uma disponibilidade de campos de pesquisa abertos a quem tivesse com vontade de trabalhar. Eu, Dóris e Gaby viemos da mesma formação com a Liddy Mignone, todas musicistas, educadoras musicais, cada uma em uma área. Eu mais na escola e no piano, e também na iniciação musical aqui no Conservatório. Com o falecimento de Liddy Mignone, em 1962, comecei a trabalhar no curso de formação de professores.

Nesta época aconteciam todo ano os Festivais de Iniciação Musical, no auditório do Conservatório, na ABI (Associação Brasileira de Imprensa), no MEC (hoje o Palácio Gustavo Capanema), que ficavam lotados com os familiares das crianças e jovens. Além das apresentações das crianças “normais”, nós levávamos os chamados, naquela época, de “excepcionais”. De início, nas apresentações dos alunos da Pestalozzi eu ficava discutindo com a Dóris: “Você está precisando fazer Música, você os leva a cantar Músicas difíceis para eles, com dificuldade na emissão, por que você não trabalha o teu lado criativo?”. Eu achava que ela não estava respeitando muito os limites deles, ainda não compreendia o bem que podia fazer.

Foram se juntando uma série de fatos. Trabalhei na Casa das Palmeiras durante vários anos, descobri que a loucura era um mundo fascinante, mas perigoso. O Pedro (Dominguez), meu marido, também trabalhou lá. A Nise, na década de 60, falava “é a expressão não-verbal, Cecília”, e eu dizia “como é que eu faço o não-verbal”, até que eu me correspondi com sons de respiração com pacientes da Casa das Palmeiras. A criança também me levava para esse mundo, com toda a comunicação que ela faz antes do verbal. Mesmo depois do verbal, ela acrescenta sons onomatopaicos para criar intensidade, dar emoção. A palavra não é suficiente para criança, ela sente a necessidade das sonoridades para se expressar.

Esse foi o preâmbulo para criação do curso. As Oficinas de Música criadas na década de 60 também foram de grande importância, influenciando a liberdade de expressão através da experimentação e da improvisação musical.

3. A criação do curso de Musicoterapia

Em 1968, sentimos a necessidade de criar uma Associação de Musicoterapia para discutir casos, pois Gaby trabalhava na ABBR, Dóris na Pestalozzi e eu atendia pacientes em casa, que na época eu chamava de alunos, ou no Conservatório, onde doentes mentais vinham ter “aula” de piano comigo.

Gaby foi a um Encontro de Musicoterapia em Buenos Aires e conheceu o Dr. Benenzon. Nós criamos um curso de introdução à Musicoterapia no Conservatório e resolvemos chamá-lo. Juliette Alvin veio ao Brasil e eu li o seu livro¹⁷ e comecei a compreender o que era Musicoterapia. Ela dizia que não havia um som certo, preestabelecido, era preciso atuar a partir do som criado pela pessoa. Além de Juliette Alvin, também veio ao Conservatório, em 1969, Edgar Williams. No mesmo ano, Benenzon deu uma palestra no CBM, da qual gostei muito. Em 1970, o curso lotou com 150 pessoas no auditório. No ano seguinte, Benenzon veio novamente para montar e discutir o currículo deste curso. Eu tinha receio que a Musicoterapia caísse na tendência mística, em voga na época. Começamos a pensar que curso era esse que desejávamos e resolvemos fazer um curso técnico, de um ano, combinando as áreas da Saúde, da Educação, da Música e das Artes. Inventamos um curso! No entanto, achamos que faltava uma série de coisas: formação em Antropologia, na área do sensível, na área da Saúde, além da musical. Naquela ocasião eu já entendia o que era o não-verbal, estava no auge do trabalho de Música no teatro infantil e de adulto num momento em que a Música tinha uma importância capital para comunicar, em que o clima da Música e da palavra cantada passava o texto censurado. Começamos a perceber o poder da Música.

Fizemos o curso de um ano, que recebeu 146 alunos, com duas turmas de manhã, uma à tarde e uma à noite. Criamos uma escola em Botafogo com Pedro Dominguez e o Ilo Krugli: o NAC (Núcleo de Atividades Criativas), onde eram feitas as aulas de sensibilidade, porque no Conservatório era um escândalo andar descalço, estas atividades eram muito combatidas pela turma formal. Muitos professores do CBM chamavam o curso de Musicoterapia de “Malucoterapia”. Eu vinha com muita influência do teatro e trabalhar com essas expressões no curso foi responsabilidade minha.

Em 72, surgiu o trabalho de corpo com Angel e Klaus Viana. Os psicólogos estavam entrando no campo da Arte através do psicodrama, era uma época em que todos estavam buscando a Arte como uma tábua de salvação, na medida em que a Educação não estava dando conta disso. Eram tempos de ditadura, com o movimento Escola Nova muito mais fiscalizado, sem pensar na Cultura, a Cultura passou a se distanciar da Educação e ser pensada como entretenimento. A Música também saiu da escola e voltou em 72, mas completamente diferente. Foi um momento de grandes mudanças. Neste contexto, surgiu o curso de Musicoterapia, que atraiu tantos alunos. Quando Benenzon fez uma sessão do que seria Musicoterapia, houve uma debandada de trinta e tantos alunos, então começamos a ver que não era só a área de sensibilidade musical que devia ser prestigiada. Dr. Benenzon passou a vir duas vezes por ano. Percebemos que um ano não era suficiente, que era preciso mais tempo. Reformulamos o curso para três anos e depois resolvemos transformá-lo em quatro

¹⁷ ALVIN, Juliette. Musicoterapia. Buenos Aires: Paidós, 1967

anos chegando à graduação. A contribuição de Dóris Hoyer foi fundamental na proposição do curso em nível de graduação, pois juntas escrevemos um dossiê fundamentando a importância da Musicoterapia no Brasil para apresentar ao Conselho Superior de Educação do MEC. O início de tudo que é novo tem suas vantagens e desvantagens. Nós tivemos muita força, graças ao Benenson, pelo mérito que ele tem, e aos professores pioneiros. Éramos três mulheres da área de Educação Musical, muitas vezes não tão compreendidas. O fato de termos nos aproximado dos médicos abriu também uma comunicação com esta categoria da área da Saúde. Por exemplo, com Dr. Theodor Lowenkron cuja irmã era musicista, Dr. Jacques Niremborg, uma figura marcante, psiquiatra e violinista que trabalhou no Pinel, e falava da Musicoterapia.

Uma das marcas do curso foi o I Encontro Nacional de Musicoterapia no Palácio Tiradentes com a presença de profissionais estrangeiros, que eu, Dóris e Gaby, juntamente com José Maria Neves realizamos em 1974.

Preocupados com tantas inovações, criamos a Dinâmica de Grupo com a professora Luzia Felipe, onde os alunos podiam discutir problemas livremente, assim como o próprio currículo do curso. Em 1978, houve o reconhecimento pelo MEC do curso de graduação em Musicoterapia. Nós conseguimos que toda a turma que terminara em 75 fizesse as matérias exigidas, Sociologia e Iniciação Musical, que não existiam no seu tempo. Dessa forma, as pessoas da primeira turma puderam se formar e estão aí trabalhando: Eneida Ribeiro, Lenita Moraes, Lia Rejane Barcellos, Maristela Smith, entre outros. Mas os alunos da primeira turma só conseguiram o diploma quando houve a primeira formatura de Musicoterapia, na qual Benenson estava presente, pois viera para as defesas de monografia. A entrega de monografia, na época chamada de tese, sempre foi obrigatória, o que deu maturidade ao curso e havia um prazo de 5 anos para ser apresentada.

Acabei de escrever para o livro da Marly¹⁸ que o curso foi tão novo para a época, tão híbrido como ela chama, que havia uma indefinição dos musicoterapeutas, se eram músicos, terapeutas, paramédicos, profissionais da área de Saúde. Essa interdisciplinaridade do curso abriu caminhos e hoje é o tema mais contemporâneo. Só se consegue ter essa visão anos mais tarde. Com a leitura dos novos musicoterapeutas é que vemos que não era uma novidade daquela ocasião, era o que estávamos necessitando, a cultura brasileira, o teatro, o trabalho de corpo e as Artes em geral. Que corpo é esse que eu vou trabalhar com crianças, com doentes, se não posso me movimentar, me sentar no chão e me expressar com mais liberdade? Esse corpo começou também a ser indagado. Foram uns anos de muito questionamento, ditadura, anos de experiências de ruptura de padrões, de contracultura. Não tínhamos medo de errar, o acerto viria através de erros, havia certa ousadia da qual hoje eu estou sentindo falta.

4. A influência da criação da graduação em Musicoterapia do Rio para o Brasil

Nós sabemos que o curso é muito bom porque abriu possibilidades para todos os profissionais e o crescimento de musicoterapeutas daqui do Rio de Janeiro ajudou na implantação da Musicoterapia em algumas cidades do Brasil. Acho que o Conservatório tem um lado diferente das outras instituições por ser sem fins lucrativos, não é público e nem

¹⁸ Musicoterapia: desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade – Como sofrem os híbridos e como se divertem. Autoras: Marly Chagas e Rosa Pedro, lançado pela Editora Mauad, em 2008

federal, mas tem um sentido público que não se perdeu, é mais agregador do que outras universidades. Com isso, incentivou-se a abertura de cursos em Brasília, em Goiás, na Bahia. O Rio de Janeiro criou a primeira graduação em Musicoterapia do Brasil e o Paraná, a primeira especialização, que foi uma coisa sábia, em minha opinião.

A ideia inicial não era fazer uma graduação no Conservatório, mas sim um curso complementar. Acho que a Musicoterapia do Rio teve um papel fundamental na criação dos outros cursos. O Rio foi responsável por vários simpósios junto à Associação, e teve coragem de assumir - na época do Collor - o IV Congresso Mundial de Musicoterapia, porque São Paulo furou complemente e lotamos a UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) sem nenhum dinheiro. Este Congresso mudou o cenário da Musicoterapia no mundo porque projetou o Brasil internacionalmente, mostrou a capacidade de organização, além da capacidade dos musicoterapeutas brasileiros na apresentação de trabalhos, nas oficinas e também confirmou a seriedade do curso que já vinha sendo reconhecido principalmente com trabalhos de Lia Rejane. Teve início neste congresso a necessidade da criação de uma Federação de Musicoterapia que resultou mais tarde na criação da UBAM¹⁹. Acho que uma grande pesquisa seria fazer uma análise dos Congressos Mundiais e da mudança que houve com eles.

Aqui se juntaram 24 países e devemos muito a Lia Rejane, pois ela sempre teve comunicação com o mundo científico da Musicoterapia. Antes só vinha o pessoal da Argentina ou da Itália indicado por Benenson. Neste Congresso, estavam representados os cinco continentes. Vieram os americanos que não compareciam a nenhum congresso, os europeus, gente da Austrália e do Japão pela primeira vez, e da América do Sul, que veio em peso. 1990 foi um marco muito importante para a Musicoterapia, vimos como estávamos maduros.

Em 1993, no V Congresso Mundial de Musicoterapia realizado na Espanha, eu, brasileira, fui eleita a primeira presidente do Comitê Latino-Americano de Musicoterapia, sem apresentar trabalho, só articulando as pessoas chaves. E agora está como presidente a Marly Chagas.

Fizemos dois Encontros Latino-Americanos de Musicoterapia no Rio de Janeiro, em 1994 e em 1998. A união do Conservatório com a Associação foi e ainda é muito importante, porque tanto a Associação alimenta o curso quanto o curso a alimenta. Não havia uma atividade da Associação que não tivesse parceria do Conservatório. Isso permitiu que estivéssemos sempre juntos discutindo os fatos. Eu sempre fui chamada na Associação, porque fiz parte da fundação e o Conservatório sempre sediava os eventos e abria canais de comunicação. O Conservatório com o curso de Musicoterapia foi um verdadeiro canal de comunicação com o mundo. Eu, Lia Rejane e Gaby demos cursos e palestras de Musicoterapia em muitas cidades do Brasil.

Eu sempre era chamada para falar da Musicoterapia, porque era a Diretora do curso. Os brasileiros têm mania de chamar o criador, então eu era chamada. Dóris era muito tímida para falar, eu me lembro que ela me indicou para falar na Academia Nacional de Medicina em 1972, eu nem sabia direito ainda o que era Musicoterapia. Depois de falar, fui convidada para Porto Alegre para dar uma palestra na Faculdade Palestrina. Lá encontrei a famosa Violeta de Gainza, educadora que também estava trabalhando com Musicoterapia. Havia, naquele

¹⁹ A UBAM - União Brasileira das Associações de Musicoterapia- começou a funcionar em 1995 sob a coordenação do primeiro secretário interino [Ronaldo Pomponet Millecco](#) e teve sua fundação oficial no dia 25 de outubro de 1996

tempo, uma facilidade muito maior de intercâmbio, mesmo sem todos os meios de comunicação que temos hoje. Este Encontro de Musicoterapia deste ano fará muito bem para nós tornarmos a nos encontrar e refletir sobre a Musicoterapia com outras pessoas. Às vezes ficamos restritos aos nossos pares. Eu acho ótimo você (Pollyanna) estar fazendo a residência em Saúde mental, porque está levando a Musicoterapia e vai trazer desta área as propostas e conhecimentos positivos que poderão contribuir para a Musicoterapia. Por exemplo, a Marly fez Doutorado na área de Comunicação e trouxe uma bibliografia que ela não teria se estivesse na Musicoterapia apenas. Cada um que sai, continua no foco, mas vai buscar, abre uma série de comunicações, de questionamentos e de pesquisas em outras áreas. Começa a ser atravessadora como a Música é, ocupa vários campos da Musicoterapia.

Os cursos realizados no Rio de Janeiro foram de grande influência. Tivemos cursos com Benenson, Violeta de Gainza, Clive Robins, Ken Bruscia, Cheryl Maranto, Even Ruud, que considero um dos maiores, Isabelle Frohne, Edith Lecourt, Juliette Alvin, entre outros. O Rio de Janeiro foi e é um celeiro de grandes profissionais da Musicoterapia.

Acho que foi de grande eficácia o estudo aprofundado que os musicoterapeutas deram à Musicoterapia, com a seriedade das monografias, das pesquisas. Os musicoterapeutas foram pesquisar de maneira empírica ou científica, mas foram procurar meios de comprovar o seu trabalho. Temos hoje, com poucos anos de existência, uma quantidade de dissertações e teses, a Musicoterapia já oferece um campo imenso de pesquisa. Ao mesmo tempo, os projetos de Musicoterapia têm crescido na área social, o que mostra responsabilidade social dos musicoterapeutas.

Em 1948, houve a criação do curso de professores e os primeiros cursos de Iniciação Musical que aceitavam pessoas com diversas patologias. A década de 60 foi marcada pelo conhecimento de Arte e Educação, pela grande abertura e ruptura e pelo maior conhecimento e divulgação da psicanálise. Em 70, começa-se a aprofundar o conhecimento de Musicoterapia, buscando outros fundamentos além da própria Música, na área de Saúde e das Artes. A década de 80 traz uma visão de liberdade, com influência da Música contemporânea, da ruptura que começou na década de 60, e com as oficinas. Tinha-se uma perspectiva de mais estudo para a Musicoterapia. A década de 90 foi marcada pela pesquisa. Atualmente, temos influência da tecnologia com a rede de comunicações da Musicoterapia, com a utilização da internet facilitando o intercâmbio entre os musicoterapeutas. Em 93, um grande projeto do Comitê Latino-Americano foi criar um banco de dados com os trabalhos significativos de musicoterapeutas latino-americanos a fim de aproximar esses mundos tão distantes. Este projeto ainda não foi realizado.

A pós-graduação em Musicoterapia nasceu em 1992, aqui no Rio, com o intuito de atualizar os musicoterapeutas. Depois iniciou-se a vertente de dar a possibilidade, a quem já tem uma carreira terminada, de poder fazer o curso de Musicoterapia em dois anos. Foi uma guerra, sofremos bastante com a incompreensão de alguns musicoterapeutas. Um dia poderemos analisar seus efeitos bons e maus, mas o corpo de atuação da Musicoterapia cresceu. São pessoas excelentes, outras nem tanto, como em todos os cursos. Houve um acréscimo muito bom, abrindo a possibilidade destes musicoterapeutas abrirem outros cursos fora do Rio de Janeiro. Nós criamos também o Mestrado em Musicologia Educação Musical e íamos abrir o mestrado em Musicoterapia, porém em 2000 tivemos que fechar o nosso mestrado pela necessidade de sete doutores formados. Este Mestrado foi ótimo, formou muita gente boa que hoje tem doutorado graças ao nosso mestrado. Quem sabe não podemos retomar o mestrado em Musicoterapia?

5. Influência da Musicoterapia para as outras áreas

O papel que considero importante foi a abertura que a Musicoterapia trouxe à Música, possibilitando infinitos caminhos, porque lida com científico, com o intuitivo, com o afetivo, com o racional, com o não-verbal, com o verbal, com a voz, com o instrumento, é um grande campo híbrido.

Houve influência na área da Educação. A Música anteriormente era tocada em fita, não havia participação e nem muita interatividade. Hoje me pedem frequentemente professores que tenham formação em Musicoterapia, porque a relação é outra.

Considero que o grande marco da Musicoterapia tenha sido trazer a relação que se faz no *setting*, respeitando o outro, o som do outro, o ritmo do outro. A Educação está muito mais preocupada em cumprir seus conteúdos de ensino. Onde a Musicoterapia entra, ela modifica, trabalha a sensibilidade de olhar o outro, de respeitá-lo, de ver como bate o seu coração, existe uma interlocução, um respeito pelo ser humano, pelo que ele traz de conteúdo, seu contexto cultural. O musicoterapeuta tem que ter o conhecimento da diversidade musical, da música erudita, à música popular, à música sem palavra, é o som, o gemido, é o batido, tudo é percebido como comunicação. O musicoterapeuta aprende como usar a Música, a que horas deve parar, quando deve ir mais fundo, quando se conecta, se comunica, tem acesso ao ser humano, como é que se dá essa acolhida.

Às vezes falta uma compreensão do que seja a Musicoterapia, ela não é a “salvadora da pátria”, mas ela pode tratar o mundo com muito mais harmonia do que qualquer outra terapia porque permite a dissonância. A Música não precisa ser toda harmonizada, perfeito maior, ela concorda com as dissonâncias. É muito importante na Musicoterapia lidar com as várias culturas. A Musicoterapia tem um olhar diferente e poderia estar sendo mais explorada na Educação. O olhar do musicoterapeuta podia influenciar mais sobre o uso da Música na Educação Especial, preparar os professores leigos para receberem os alunos, fazendo com que passem por uma sensibilização, podendo sentir o que é ser criança, poder gemer, poder gritar.

Não se usa a palavra vínculo na Educação. A Musicoterapia traz um lado humano muito forte, é muito humanista. Acredito que será a profissão do futuro, porque o ser humano tem que ser tocado, tem que ser apreendido, despertando seu potencial. A Musicoterapia tem que ser propalada, num sentido do bem-estar do outro.

A Música está presente em todas as culturas, a criança já nasce se expressando com o som, a Música organiza o ser, comunica, socializa. A Musicoterapia é um mergulho na sensibilização.

6. Musicoterapia hoje

Em relação à grade curricular, acho que as disciplinas foram colocadas de forma muito ampla; hoje eu pensaria com um grupo de musicoterapeutas sobre uma visão diferenciada. Penso que o curso deve sempre estar mudando, deve ser dinâmico. Começamos com três áreas bem definidas, aos poucos foram aumentando e hoje em dia há um leque.

Acho que foi muito bom para a Musicoterapia hoje a abertura de áreas que os coordenadores que seguiram a criação continuaram a dar. Penso que isso deu uma visão muito boa, possibilitando a propagação de um saber a ser dividido com todos os interessados pela Musicoterapia.

A própria criação teve essa característica de interdisciplinaridade, com Theodor Lowenkron (psiquiatra e flautista), professor de Psiquiatria e Psicopatologia; René Leibovitz (neurologista), professor de Anatomofisiologia; Paulo Cezar Muniz (neurologista) que ministrava aulas de Psiquiatria Infantil; Magda Navarro de Rubia, responsável pela cadeira de Medicina de Reabilitação; Áurea Lowenkron, professora de Psicodinâmica. Havia uma série de médicos encantados pela Musicoterapia porque estavam conhecendo uma disciplina que não era a deles. Além da área de Saúde, não podemos deixar de homenagear e lembrar dos professores de Música que trouxeram novas vivências musicais aos futuros musicoterapeutas: Fernando Lébeis com a Cultura Popular, José Maria Neves com a Música Eletrônica e a montagem de fita, ao Helder Parente com Música e Movimento, Luiz Zamith com o método Dalcroze, Cassia Frade com Danças Folclóricas, Carole Gubernikoff com Análise e História da Música, Ilo Krugli e Pedro Dominguez com as vivências de Teatro e Artes Plásticas e a contribuição de Mauro Sá Rego Costa na área de Filosofia.

Quando percebo o percurso dos 34 anos da criação do curso, fico orgulhosa de pensar que os musicoterapeutas Lia Rejane, Lenita Moraes, Marco Antônio Santos, Paula Carvalho, Ana Sheila Uricoecha, Jeanette Elpern já foram coordenadores do curso e que Raquel Siqueira, formada pela Pós-Graduação do CBM, é a atual coordenadora, e que doze musicoterapeutas são professores atuantes no curso de Musicoterapia. Hoje acho que estamos precisando de novos olhares, além da visão do musicoterapeuta, abrir para as outras áreas.

Acredito na necessidade de dar uma visibilidade maior à Musicoterapia. Penso que ela ainda está muito entre quatro paredes, as discussões estão muito entre os musicoterapeutas; sinto falta de ter aquele que critique para a gente crescer. Acho que está faltando um estudo aprofundado da Música, do pensamento musical contemporâneo que tem muita coisa interessante e da possibilidade de trabalhar com a tecnologia.

Acho que temos que discutir mais. Eu sinto falta de mais debates, de mesas redondas mais livres, pegar um assunto e discutir, reunir quatro pessoas e uma plateia para depois debater, sem ser encontro, sem ser Congresso. Vamos dar ideias, vamos transformar...

7 Mensagem para os musicoterapeutas

Seja fiel à sua profissão, continue digno, respeitando os seres humanos e a Arte, preservando a Música no máximo dos esforços para que possa levar cada vez melhor a comunicação através deste som que sai da gente e do outro também. Esteja atualizado. Construa um mundo melhor de sons, fazendo da Música um sentimento de esperança. Leve sua sensibilidade para entender o outro e se entender melhor.

Temos que lembrar da frase do Che Guevara “hay que luchar, pero sin perder la ternura”. Acredito que vocês, jovens, vão provocar isso. Coragem!

Que vocês sejam felizes e levem a Musicoterapia para todos os cantos do mundo.

Capítulo 3

Educação Musical, Educação Especial e Musicoterapia

Ana Sheila Tangarife²⁰

Neste trabalho, pretende-se abordar três disciplinas que têm sido objeto de nosso estudo ao longo de décadas de prática com crianças, jovens e adultos, com um enfoque mais específico na área da Deficiência Mental. Nesta reflexão, privilegiaremos a Musicoterapia por se constituir a base ou assentamento de nossa formação e prática clínica.

Observamos que o Campo da Musicoterapia refletiu sempre uma estreita relação com diversas abordagens, tanto na Psicologia como na Filosofia, Medicina e disciplinas ligadas à Música.

Atualmente, o tema Música, Educação e Musicoterapia (URICOECHEA, 1997) nos remete a estudos mais contemporâneos, tais como o de Neurologia, Epistemologia Genética, Bases Fisiológicas de Comportamento, Inteligências Múltiplas, Cibercultura e a própria Educação Musical com seus teóricos (SEKEFF, 2002). Paralelamente, percebemos pela ampla bibliografia o mesmo movimento transdisciplinar dentro da Musicoterapia.

Considerando os trabalhos destes pesquisadores e nossas experiências clínicas, enfatizamos, na Educação, o *sentir* e o *pensar* como premissa do conhecimento.

Antes de nascermos, somos constantemente afetados pelo sonoro (sons, vibrações, ruídos, música). Por que então não o explorar exaustivamente no processo educacional ou clínico? Afinal, depreendemos que Música não é só pensamento e emoção, é também uma atividade, uma fruição, um prazer, um movimento de forma única e singular. Ela integra sentidos, razão, sentimento e imaginação. A Música *motiva, entusiasma, educa*.

A ferramenta musical parece possibilitar aquele transitar progressivo pelos estágios da cognição que, partindo da escuta, envolve o perceber, analisar, deduzir, diferenciar, sintetizar, superpor, codificar, decodificar, abstrair, memorizar e lembrar (SEKEFF, 2002).

Isto posto, para melhor compreensão de nossa ideia, partiremos para as definições das três disciplinas abordadas:

- Educação Musical:

“É o ensino da Música em geral, situando-se no campo sistemático da Musicologia”. (NEW GROVE, 1980)

²⁰ **Ana Sheila Tangarife:** Musicoterapeuta clínica. Docente do curso de Graduação em Musicoterapia e da especialização em Musicoterapia do CBM-CEU. Supervisora de estágios acadêmicos na área de deficiência mental. Coordenadora da Clínica Social Ronaldo Millecco do CBM-CEU. Musicoterapeuta clínica do Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional (IPCEP). (2008)

- Musicalização:

“É favorecer o indivíduo a se tornar sensível e receptivo ao fenômeno sonoro (...) um despertar para a linguagem sensível dos sons, vibrando o potencial presente em todo o ser humano”. (GAINZA, 1983)

-Educação Especial:

“... é um subsistema da Educação Geral, vista como um processo contínuo e caracteriza-se por um conjunto de recursos e serviços educacionais especiais que permeiam o ensino desde a Pré-Escola até o Ensino Superior”. (ALENCAR,S. 1994, P.15)

-Musicoterapia (definição de trabalho):

“Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o cliente a promover saúde, utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança”. (BRUSCIA, 2000, P.22).

Numa breve revisão histórica da trajetória das três disciplinas para melhor compreendermos o momento atual, estabelecemos hipoteticamente dois períodos: os séculos XIX e XX.

Até o século XIX houve pouca ou nenhuma atenção aos deficientes que eram expostos ao ridículo, perseguição e extermínio. (GHEAHEART, LITTON, 1979).

O início do século XX caracterizou-se por grandes revoluções quanto ‘às perturbações mentais e seu tratamento. São expoentes deste movimento Pinel (1801), Esquirol (1838) e Chomet (1846).

No campo da Educação, sob a influência de Rousseau (1724-1790), destacam-se Basedow, Galin, Bouquillon, Pestalozzi e Froebel. (in URICOECHEA, 1997).

Surgem e proliferam os Conservatórios na Europa, dentro do Espírito da Escola Nova, sendo J. Dalcroze (1865-1950) o pedagogo suíço que revolucionou o ensino da Música e influenciou no ambiente musical no Brasil. (FUCKS, 1991).

No alvorecer do século XX, as interseções entre as três disciplinas tornam-se mais compactas, surgindo uma linhagem de educadores-terapeutas tais como: Porta (1917), Llongueras (1918), Scheiblaue (1918) e outros (in BENENZON, 1981).

Na década de 30, surgem dois movimentos fundamentais que são o Canto Orfeônico e a Iniciação Musical. Destacamos neste panorama Liddy Mignone, no Rio de Janeiro, que em 1937 abre no Conservatório Brasileiro de Música, num gesto pioneiro, classes de Iniciação Musical com a inclusão de crianças com os mais variados problemas físicos ou mentais. (PARAMES, 1985).

Pouco depois, estende suas experiências nas escolas, assim como inicia uma prática em Escolas Especiais a partir de 1964. Liddy abriu campos de atuação no Hospital Escola Oscar Clark, Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, Instituto Benjamim Constant, Instituto de Educação de Surdos, Sociedade Pestalozzi do Brasil e APAES, Casa das Palmeiras, todos no Rio de Janeiro.

Percebe-se que o ensino de Música passa ter uma nova finalidade, ou seja, uma função terapêutica. Egressa do Curso de Especialização de Liddy Mignore, Dóris Hoyer de Carvalho foi uma das fundadoras do 1º Curso de Formação de Musicoterapeutas no Rio de Janeiro, junto com Cecília Conde.

Apesar de não termos nos aprofundado nesta revisão histórica, depreendemos então que tanto a Educação Musical como a Musicoterapia têm uma finalidade (em certos pontos) semelhantes: o desenvolvimento biopsicossocial do ser humano. Entretanto o que vai diferenciá-las são os meios para alcançar esta meta.

Diferenciando as práticas temos:

- O **Educador Musical**: utiliza a Música objetivando a chamada Educação formativa, profissional e social.

- O **Musicoterapeuta**: utiliza o som (musical ou não) e a Música (tradicional ou não), o ruído e o silêncio para estabelecer a comunicação do paciente com o meio, consigo mesmo e com o musicoterapeuta, propiciando abertura de novos canais de comunicação, favorecendo um processo terapêutico (SEKEFF, *op.cit.*).

O ponto mais evidente desta diferença é uma característica própria da Musicoterapia, ou seja, os objetivos e intenções terapêuticas efetuados por um profissional qualificado para esta tarefa. (URICOECHEA, 1997.)

A Música está vinculada à vida, não podendo dissociar-se desta porque é básica para viver. Seus elementos estão presentes, em germen, em todos os seres humanos, independente de seus dotes intelectuais, físicos ou psíquicos, atingindo respostas em vários níveis, qualquer que seja a base cultural ou déficits mentais (DOBBS, 1990).

Durante nossa prática clínica, buscamos uma metodologia que desse ênfase aos procedimentos musicais a serem realizados num processo terapêutico.

A Música como atividade lúdica, se recorta como um jogo, motivando, criando necessidades e despertando interesses. Aí atentamos para os estudos de R. Hubert (*in Not*, 1987), em torno da evolução dos educandos em sua fase de desenvolvimento cognitivo (pilar na prática com os deficientes mentais). Segundo este pesquisador, temos então:

- **fase organo-afetiva** (1-3 anos) - movimentos
percepção
linguagem

- **fase-lúdica** (3-7 anos) - jogos
imagens
mitos e ficções

- **construtivismo técnico e social** - - organizações lógicas e pessoais

- **pré-adolescência** - interesses afetivos e domínio.

	mudanças de tempo controle estrutural
○ modo vernáculo	figuras melódicas e rítmicas repetidas produção musical convencional composições previsíveis
○ modo especulativo (10-15 anos)	imaginação tempo, compasso, frase exploração de possibilidades estruturais
○ modo idiomático controle técnico, expressivo ingresso a comunidades musicais	integração estrutural, estilo concreto
○ modo simbólico (+ de 15 anos)	identificação com determinadas peças musicais progressão harmônica altamente significativa reflexão sobre a experiência musical
○ modo sistemático	reflexão intelectualmente estruturada busca, estudo e desenvolvimento de novos sistemas princípios organizativos originais

Em paralelo, Bruscia (1999) nos diz que a vida é um processo contínuo de desenvolvimento, da gestação até a morte. Quando concebida como um processo de desenvolvimento, a Musicoterapia tem três objetivos principais:

- facilitar o desenvolvimento e crescimento gerais.
- remediar incapacidades específicas do desenvolvimento
- revivenciar um problema recorrente do desenvolvimento a fim de ser resolvido.

Bruscia aponta que teóricos recentes afirmam que cada estágio do desenvolvimento é um desafio ou tarefa para os indivíduos. Para os musicoterapeutas, essas novas teorias estimulam outras questões, ou sejam, quais são as tarefas próprias de cada estágio de desenvolvimento e o que acontece musicalmente em cada um e suas defasagens? E quais as patologias que surgem e quais os tratamentos mais indicados?

Pensando no nosso campo de ação, concordamos com Yepes, A. (1972) quando assinala que o método Orff apresenta grandes contribuições à Musicoterapia pela exploração do ritmo, melodia, voz, corpo e harmonia, que é compatível e perceptível em qualquer idade.

O grande acerto deste método é buscar na Música infantil tradicional, na Música modal e na Música primitiva os elementos mais acessíveis à sensibilidade de crianças e jovens. Além disso, um musicoterapeuta capacitado pode detectar possíveis deficiências ou bloqueios de seus clientes através de suas atividades.

Nesse aspecto, Gainza (*op.cit.*) aponta que o fazer musical, além de todo o seu potencial, **mostra** ou é **indicativo** de algum problema patológico. Pode-se detectar traços do comportamento, níveis de tensões ou bloqueios corporais e outros aspectos. Em

Musicoterapia, este aspecto nos dá subsídios e pistas para auxiliar na elaboração de um diagnóstico diferencial.

Há um novo rumo na Educação Musical no nosso século. Paynter & Aston (1985) apontam suas diretrizes, chamadas por eles de *Educação liberal e Música criativa*, para esclarecer as novas bases da musicalização na atualidade.

Os autores definem *Música criativa* como um meio de dizer coisas através dos sons, de maneira muito pessoal. Implica a liberdade de explorar e organizar o material escolhido. Além disso, preconizam fazer Música *ouvindo*. O ouvido é nosso guia, avaliando os sons que expressam o que queremos dizer (*in CRAVEIRO, 2000*).

Aqui já há uma aplicação na Musicoterapia, onde a improvisação é uma das atividades musicais mais utilizadas, entre outras.

A nova pedagogia musical propõe a participação ativa do indivíduo no seu sentido mais completo. Vemos aqui uma correlação direta com a Musicoterapia, que basicamente é uma atividade, na maioria das vezes, interativa.

Outro método bastante afinado com a tarefa dos musicoterapeutas é o de “Oficinas de Música”. Segundo Penna (1991), a oficina sofreu influência da aprendizagem pela descoberta e manipulação.

Para Fernandes (1993), a oficina significa uma metodologia do fazer musical através do contato direto com diversas fontes sonoras. Para Czeko (1988), a abordagem “Oficina” está alicerçada no experimentar, refletir, conceituar e elaborar a linguagem musical.

Ainda Fernandes (*op.cit.*) faz uma síntese das definições apresentadas em sua dissertação de Mestrado, onde apontamos alguns itens assim como sua adequação à Musicoterapia:

Para o autor, a “Oficina de Música”:

- É ativa
- Busca a aprendizagem pela descoberta
- Incentiva a estruturação sonora
- É um espaço em que se aprende Música fazendo Música
- Utiliza técnicas de áreas não musicais
- Desenvolve o crescimento interior
- Desenvolve o autoconhecimento, satisfação e realização
- É espaço para manusear, pesquisar, experimentar, refletir, improvisar, criar livremente com o sonoro.
- Possibilita a possível conceituação, organização, estruturação e elaboração da linguagem musical.

Em nossa caminhada profissional, buscamos sempre uma metodologia que desse prioridade aos procedimentos musicais a serem utilizados num processo terapêutico. Principalmente, buscamos fundamentos que nos dessem subsídios para levantarmos um questionamento em torno do preconceito e constrangimento que às vezes atingem o binômio Musicoterapia x Educação Musical.

Como musicoterapeuta clínica, docente e supervisora do Curso de Musicoterapia (RJ), tenho me deparado com a indagação: “Isto é Musicoterapia?” Essa pergunta é feita ao surgirem procedimentos calcados nos recursos da Educação Musical, em estágios acadêmicos.

Vejamos: em qualquer sessão de Musicoterapia, verificamos que foram executadas várias atividades que poderão estar catalogadas nos ideários dos diferentes métodos de musicalização. Não podemos escapar disso.

Para me fazer mais clara, darei um exemplo clínico de duas pesquisas acadêmicas (uma no Campo da Deficiência Mental e outra em Saúde Mental) onde me vali da Metodologia de Oficina de Música.

Nossa linha mestra sempre foi o experimentar, o explorar, o criar, partindo sempre das demandas dos grupos. Não trabalhamos com temário escolhido, relaxamentos, grafias musicais (objetivos da metodologia em si). Entretanto trabalhamos com a sensibilização à realidade sonora, o silêncio, as brincadeiras sonoras, com a invenção e construção de objetos sonoros, ou instrumentos, assim como outros itens.

Para nós, o aspecto mais relevante nessa prática foi o estabelecimento da “relação ou vínculo terapêutico”. ou seja, o espaço de confiança.

Outro ponto observado foi o fator “tempo”. Nas Oficinas de Música tradicionais, o trabalho, com objetivos pedagógicos, flui com certa velocidade, devido à população sem comprometimento psicopedagógico ou motor e outros.

Em nossa prática, consideramos que o fator tempo é fundamental para se desenvolver alguma atividade realmente eficaz com pessoas com transtornos os mais variados ou necessidades específicas.

Através desta “adaptação” da Oficina de Música, pudemos ter outros olhares diferenciados ao do educador musical. Por exemplo:

- Como manipulavam as fontes e objetos sonoros?
- Qual o aspecto corporal durante a manipulação?
- Qual o significado das manipulações tanto dos materiais como das improvisações?
- Que espécie de ordenação de pensamento e ajuste psíquico está acontecendo?
- Qual o simbolismo dos objetos ou instrumentos construídos?
- Quais os aspectos psicológicos, psicodinâmicos, teorias de funcionamento grupal e outros itens observados?

Poderíamos ainda mencionar inúmeros outros. Logo, o educador musical no modelo de Oficina de Música visa musicalizar para a performance e composição. Já o musicoterapeuta visa o bom êxito de um processo terapêutico, independente de fatores estéticos ou não.

Obviamente, ao lançarmos mão desses recursos, está implícita uma questão que mostra toda a diferença entre um educador e um terapeuta. O educador musical promove todo tipo de aprendizagem através de um método ou pedagogia a fim de desenvolver um processo de aprendizagem musical. Já o musicoterapeuta desenvolve um processo **sistemático, intencional, controlado, planejado, diagnosticado, prescritivo, científico, estruturado e integrado**, a fim de que seu cliente tenha uma sequência evolutiva e significativa de crescimento ou mudança. (BRUSCIA, 2000).

Às vezes percebo que esta insegurança dos novos musicoterapeutas poderá estar vinculada a um certo despreparo e conhecimento na área musical. Daí surge a tendência a valorizar mais outras abordagens teóricas, quando é a Música que nos singulariza, diferencia e dá um perfil profissional à nossa prática.

Ora, no momento, em que nós, musicoterapeutas, tentamos solidificar uma identidade profissional e que a Musicoterapia se impõe cada vez mais como ciência, nos deparamos com

esta incoerência e, principalmente, com um descaso quanto à necessidade de nos aprofundarmos cada vez mais na Música e no seu potencial terapêutico.

Será impossível ignorarmos ou relegarmos toda a riqueza encontrada nas metodologias de musicalização, principalmente as mais contemporâneas.

É evidente a necessidade de localizarmos essas abordagens dentro da Educação Especial, onde é fundamental pensarmos quais as características da população clínica, o tempo, as prioridades e os perfis biopsicossociais.

Concordamos com Ruud (1990) quando aponta a importância da pesquisa dentro das amplas possibilidades que nos oferece a Música como meio terapêutico revestido de significado especial. Concordamos também com os inúmeros autores que apontam a necessidade de uma sólida formação musical.

Acrescentaríamos, para finalizar, que o significado do acontecer musical dentro da Musicoterapia poderá ser apreendido, decodificado e analisado através de uma “leitura musicoterápica” que pertence a nós, musicoterapeutas graduados e qualificados para tal.

Nós nos sentimos chamados a nos mobilizar em nosso potencial criador e gerador de soluções face aos impasses da contemporaneidade, ultrapassando limites demarcados, transformando o espaço teórico e prático, instituindo o novo. É aí que vemos o potencial da Música como Terapia, nessa tarefa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALENCAR, S. **Tendências e Desafios da Educação Especial**. Brasília: SEESP, 1994

BRUSCIA, K. **Defining Music Therapy**. Spring House books P.A: New York, 1989.

CAMPOS, C.C. – **A Educação Musical e o Novo Paradigma**. Enelivros: RJ, 2000.

CZEKO, L.C. A linguagem musical contemporânea como Instrumento de Educação. in: **Anais do III Encontro Nacional de Pesquisa em Música**. Ouro Preto. UFMG: 1988 (pp. 439-443).

DOBBS, J. La Música como Educación Multicultural. In **Nuevas perspectivas de la educación musical**. V.H. editorial Guadalupe: Buenos Aires, 1990

FERNANDES, L.N – **Análise das Oficinas de Música no Brasil enquanto metodologia de Educação musical**. Dissertação de Mestrado. Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro, 1993.

GAINZA, V. H. **Oito Estudos de Psicopedagogia Musical**. Summus Editorial: São Paulo, 1988.

GEARHEART, L. **The Trainable Retarded; a Foundation Approach**. The C. V. Mosby Company: London, 1979

MICHEL, D. E. – **Music Therapy: introduction to Theraphy and Special Education through Music.** Charles Thomas Publisher: Illinois, USA, 1981

NEW GROVE DICTIONARY of Music and Musicians. Ed. Mc Millar Press Ltda.: Londres, 1980.

PARAMES, R. L. **A memória do UHNPII – O Resgate do Elo Perdido.** Não publicado, Rio de Janeiro, 1988.

ROCHA, I. **Liddy Mignone: Uma trajetória Modernista.** Monografia de especialização em Educação Musical, RJ (CBM) 1994

RUUD, E. – **Caminhos da Musicoterapia.** Ed. Summus: São Paulo, 1990.

SEKEFF, M. L. - **Da Música: seus usos e recursos.** Ed. Unesp: São Paulo, 2002.

SWANWICK, K – **Musica, Pensamiento y Educación.** Ediciones Morata S.A: Madrid, 1991.

URICOECHEA, A.S . **Construindo Sons e suas ressonâncias.** Dissertação de Mestrado em Educação Musical, (CBM) Rio de Janeiro, 1997.

CAPÍTULO 4

Uma Musicoterapia psicodramática²¹

Nelson Falcão de Oliveira Cruz²²

Este capítulo pretende apresentar, de forma resumida, a pesquisa que desenvolvi em minha formação como psicodramatista. Contudo, ao invés de pesquisar uma prática estritamente psicodramática, pude pesquisar um dos grupos que já atendia como musicoterapeuta. Não que o grupo tenha deixado de ser de Musicoterapia para ser de psicodrama, mas mostrar que o que eu fazia como musicoterapeuta era, de fato, psicodrama também se constituía como um dos objetivos da pesquisa. Na verdade, a maior modificação que minha prática profissional sofreu desde a formação em psicodrama diz respeito à teoria, que possibilita não apenas pensar a prática, mas serve como critério para a utilização das mesmas ferramentas da Musicoterapia com maior clareza. Agora resta introduzir, para os musicoterapeutas, uma forma diferente de ler nossa prática.

Mas, por que psicodrama? Uma das grandes surpresas que tive ao fazer tal formação foi perceber que este não significa, ao contrário do que muitos possam pensar, uma “terapia através do teatro”. O teatro foi apenas a ferramenta encontrada por Jacob Levy Moreno²³ para colocar em prática sua teoria. Poderia dizer que o cerne do psicodrama é a ideia de que o ser humano é essencialmente relacional, e, assim sendo, adocece e precisa se curar em grupo. Tal concepção vem da influência religiosa de Moreno, especificamente do Hassidismo²⁴, assim como de sua base filosófica, calcada principalmente em Martin Buber, Heidegger e Kierkegaard.

A partir do pressuposto do homem como ser relacional, Moreno propõe toda uma teoria que abrange desde o desenvolvimento até um estudo detalhado sobre o funcionamento dos grupos. Obviamente, não seria possível abordar aqui toda a teoria psicodramática, assim como também não foi possível fazê-lo na pesquisa. Sendo assim, a intenção é simplesmente iniciar a discussão sobre o psicodrama como base teórica para a Musicoterapia.

²¹ Trabalho a ser apresentado no XII Congresso Mundial de Musicoterapia, em Buenos Aires, 2008.

²² **Nelson Falcão de Oliveira Cruz:** Musicoterapeuta, psicodramatista e especialista em CAPSad. Atua como musicoterapeuta nos CAPS Arthur Bispo do Rosário (Rio de Janeiro), do qual atualmente é coordenador técnico e Betinho (Macaé - RJ). Participou da diretoria da AMT-RJ como 2º Secretário (2001-2002) e como Vice-presidente (2002-2004). Tem artigos publicados no *Voices* e na *Revista Brasileira de Musicoterapia*, além de um capítulo de livro “Vozes da Musicoterapia, organizado por BARCELLOS. (2008).

²³ O criador do psicodrama.

²⁴ “O Hassidismo é um movimento que surgiu no judaísmo no século XVIII e consiste numa forma de secularização da vida religiosa mediante a difusão de sua prática em todos os momentos da existência humana”. (NUDEL, 1994, p. 44)

Mesmo entendendo que o teatro é apenas uma ferramenta para o psicodrama, é interessante lembrar de que Augusto Boal, falando sobre as origens do teatro, nos diz que “‘Teatro’ era o povo cantando livremente ao ar livre: o povo era o criador e o destinatário do espetáculo teatral, que se podia então chamar ‘canto ditirâmico’”. (BOAL, 2005, p. 11-12) Era tudo junto, Música, cena, poesia, artista, criador e plateia. O autor segue, então, descrevendo o caráter político desta divisão e propondo, em sua metodologia do Teatro do Oprimido, um certo retorno a este teatro primordial.

Neste sentido, torna-se muito natural a compreensão de que Música e teatro não são separáveis como, a princípio, se pensa. Como consequência direta, qualquer forma de terapia que se baseia na Música está absolutamente ligada ao teatro e vice versa – mesmo que pouco se pense, escreva ou teorize sobre o assunto.

Apesar da proximidade entre estes dois campos, a bibliografia sobre Musicoterapia e psicodrama é absolutamente escassa. Revisando a literatura, pude encontrar os trabalhos de BONINI (1997) e Lima (2003). O primeiro, uma monografia de conclusão de curso de psicodrama, aborda a interseção entre estes dois campos. Provavelmente pelo caráter pioneiro desta construção teórica, as ideias neste texto se apresentam de forma simplificada, apontando para possibilidades de “uso da Musicoterapia nas diversas etapas do psicodrama” (BONINI, 1997, p. 1) com uma breve descrição de cada uma delas. Lima (2003) também aborda o mesmo tema em seu artigo apresentado ao curso de especialização em Musicoterapia de forma ampla, mas apenas teórica, apontando para uma série de “pontos em comum” (LIMA, 2003, p.1) entre a Musicoterapia e o psicodrama, centrando-se na experiência da Psicomúsica (que apenas citei em minha pesquisa) e na utilização da Música no psicodrama. (LIMA, 2003)

Além destes, temos o trabalho de Joseph Moreno (2005), psicodramatista e musicoterapeuta, sobrinho de Jacob Levy Moreno, que se debruça justamente sobre a interseção entre a Musicoterapia e o psicodrama e constituiu uma referência importante para esta pesquisa. Entretanto é preciso apontar que Joseph Moreno se propõe a descrever práticas, baseadas no psicodrama e na Musicoterapia:

(...) dentro do processo integrado de Musicoterapia e psicodrama apresentado aqui são utilizadas diversas técnicas musicoterápicas conhecidas que funcionam por seus termos próprios. Tais métodos, como improvisação musical projetiva e imagens e Música são utilizados sem comprometer sua integridade. Ao mesmo tempo são introduzidas técnicas novas e integradas que parecem combinar, de forma inseparável, elementos da Musicoterapia e do psicodrama. Estas incluem espelho musical, escultura musical, e muitas outras que são tanto intrinsecamente musicais quanto intrinsecamente psicodramáticas. (MORENO 2005, p. 3)

Joseph Moreno dedica capítulos inteiros à descrição de tais técnicas, de modo que parece ser esta a intenção principal de seu trabalho, o que pode ser muito útil tanto para psicodramatistas como para musicoterapeutas. Dentre as demais técnicas descritas, eu destacaria ainda a *inversão musical de papéis* (*idem*, p. 46), o *diálogo musical* (*ibidem*, p.48), o *duplo musical* (*ibidem*, p.55), a *cadeira vazia musical* (*ibidem*, p. 57) e o *compartilhar musical* (*ibidem*, p. 58). Todas essas são técnicas utilizadas no psicodrama, adaptadas para serem mediadas pela Música. Com este trabalho, realmente centrado na prática, Joseph Moreno propõe um *Psicodrama Musical*²⁵. Ao passo que o propósito desta pesquisa se centra

²⁵ Do original *musical psychodrama*

na possibilidade de desenvolvimento de uma fundamentação psicodramática para a Musicoterapia, de modo que aqui seria mais adequado pensar em uma **Musicoterapia Psicodramática**.

Outro ponto fundamental é que mesmo as técnicas descritas por Joseph Moreno diferem bastante do atendimento aqui pesquisado. Uma diferença fundamental está na utilização de canções, largamente empregadas aqui e quase nunca referidas por J. Moreno.

Na verdade, a relação entre a Musicoterapia e o psicodrama remonta há mais de vinte anos, mas não costuma ser objeto de estudo ou discussão por parte de musicoterapeutas ou psicodramatistas. O próprio Rolando Benenzon apropria-se, em 1981, quando foi publicado pela primeira vez o seu “Manual de Musicoterapia”, do conceito de Objeto Intermediário, criado por J. G. Rojas Bermúdez no âmbito do psicodrama. Ele lista as características propostas por Bermúdez para o Objeto Intermediário e considera “que os instrumentos musicais e o som ou os sons que emitem podem ser considerados Objetos Intermediários (...)”. (BENZON, 1985 p. 71)

Desde então, os musicoterapeutas se utilizam amplamente deste conceito para fundamentar e teorizar sobre suas práticas clínicas, sendo constantemente citado em artigos científicos e livros (BARCELOS, 2004, p. 7; SÁ, 1998, p. 74; BARCELLOS, 1992, p. 21-22) sem, no entanto, remeterem-se à sua origem no psicodrama ou apenas citando-a, mas sem recorrer, de fato, a Moreno e ao sistema teórico proposto por ele.

Joseph Moreno nos diz:

O psicodrama é um método holístico de terapia incomparável, que possui um potencial virtualmente ilimitado para integrar todas as Artes – teatro, Música, Artes visuais e dança. Embora o psicodrama seja mais frequentemente ensinado e praticado através de dramatizações que giram em torno, principalmente, de interações verbais, esta não é uma limitação inerente, e certamente não foi a intenção de seu criador. Pelo contrário, Moreno teve a visão o mais aberta possível e esteve sempre interessado e pesquisando maneiras de expandir o processo psicodramático. (MORENO, 2005, p. VIII)

Fica clara a ideia de que a aproximação do psicodrama com outras formas de Arte, incluindo a Música, é não apenas possível, mas constitui-se mesmo da proposta inicial do criador do psicodrama.

J.J. Moreno ainda pondera que Musicoterapia e psicodrama são formações específicas, não sendo possível um musicoterapeuta (sem formação em psicodrama) dirigir sessões de psicodrama; assim como o psicodramatista (sem formação em Musicoterapia) não está capacitado a realizar sessões de Musicoterapia. Entretanto, isso não impede os psicodramatistas de adaptarem e utilizarem muitos elementos oriundos da Musicoterapia, assim como os musicoterapeutas podem fazer o mesmo com o psicodrama. (MORENO, 2005. p. IX)

Tal qual como acontece com a Musicoterapia, definir o psicodrama é uma tarefa das mais complexas. Se, por um lado, ao contrário da Musicoterapia, o psicodrama tem um pai bem definido, Jacob Levy Moreno, por outro é preciso reconhecer que este deixou em sua teoria diversas lacunas, questões com múltiplas interpretações possíveis e muitas possibilidades de desenvolvimento. Há que se deixar claro que tal abertura é inteiramente compatível com os pressupostos filosóficos nos quais Moreno se embasou. Afinal, como veremos mais à frente, o psicodrama tem o objetivo de restaurar/incrementar a espontaneidade. Então como ele próprio poderia não ser espontâneo? Dessa forma, a ideia

do psicodrama como um campo que está constantemente em co-construção parece ser um ponto pacífico entre os psicodramatistas.

Entretanto, ainda assim, é preciso circunscrever a qual psicodrama nos referimos. Para tal, recorreremos ao próprio Moreno:

O psicodrama coloca o paciente num palco onde ele pode exteriorizar seus problemas com ajuda de alguns atores terapêuticos. É um método de diagnóstico assim como de tratamento. Um de seus traços característicos é que a representação de papéis se inclui organicamente no processo de tratamento. Pode ser adaptado a todo e qualquer tipo de problema, pessoal ou de grupo, de crianças ou adultos. É aplicável a todos os níveis de idade. (...) O psicodrama é a sociedade humana em miniatura, o ambiente mais simples possível para um estudo metódico da sua estrutura psicológica. (MORENO, 1975, p. 231)

Com o tempo, os psicodramatistas foram, como o próprio Moreno propôs, “adaptando [o psicodrama] a todo e qualquer tipo de problema (...)” (idem), introduzindo pequenas (ou maiores) modificações de forma a atender suas necessidades. Conseqüentemente, podemos dizer que, assim como ocorre na Musicoterapia, não existem dois psicodramatistas iguais em suas práticas profissionais. Esta maleabilidade tão intrínseca ao psicodrama é o ponto de partida para a construção deste trabalho.

Quanto à organização institucional do psicodrama no Brasil, temos a Federação Brasileira de Psicodrama, criada em 1976, congregando 14 entidades na época. Hoje reúne 37 federadas, que promovem a “formação teórico-prática e/ou transmissão, divulgação e aplicação do psicodrama” (FEBRAP, 2007).

A questão da “representação de papéis” não está limitada à dramatização, mas ao princípio do *como se*, no qual está baseada toda a metodologia do psicodrama. Trata-se de reproduzir um ambiente onde a realidade possa ser reexperimentada, *como se* fosse real. Quando uma criança brinca, ela normalmente entra neste estado, vivenciando sua brincadeira como realidade, também chamada, no psicodrama, de *realidade suplementar*. No processo terapêutico psicodramático a função básica do *como se* é

auxiliar o protagonista a dominar vicariamente os acontecimentos estressantes de sua vida, dentro do universo protegido do faz-de-conta. Os participantes são encorajados a abrirem mão de testar a realidade e a se retirarem, temporariamente, do mundo externo. (KELLERMANN, 1994, p. 128)

Este autor elenca uma série de outras utilizações do *como se*, seja por “rituais de cura” ou por métodos terapêuticos. Cita como exemplo a hipnose, associando o *como se* ao transe; a psicanálise, relacionando-o à fantasia inconsciente e ao que Jung denominou como “imaginação ativa”. (KELLERMANN, 1994, p. 127)

O que nos trouxe Kellermann corrobora a ideia de que o psicodrama possa ocorrer sem a dramatização propriamente dita, substituindo-se esta por outra forma de acesso ao contexto do *como se*.

Como outro exemplo deste raciocínio, lembramos aqui de Monteiro, que propõe uma sistematização para o uso de jogos no psicodrama. Esta autora se utiliza de toda a estrutura

do psicodrama – os contextos²⁶, os instrumentos²⁷ e as etapas²⁸ e de forma semelhante à descrição de Kellermann, insere o jogo como dramatização, ou seja, o jogo como caracterizado pelo *como se*:

A dramatização é o jogo, propriamente dito, em realização. É o ponto principal para o qual caminhamos até agora. É quando podemos observar a atuação e evolução dos participantes, o grau de espontaneidade e criatividade dado ao papel, bem como o grau de participação de cada um. (MONTEIRO, 1994. p. 25)

Deste modo, pensar numa abordagem psicodramática para a Musicoterapia nos leva a questionar: qual o lugar do *como se* neste encontro? Poderíamos entender o fazer musical da mesma forma, como possibilidade de acesso ao *como se*, acesso aos conteúdos internos de forma dinâmica, podendo revivê-los e transformá-los. Afinal, através do *fazer musical*, também é possível reviver “acontecimentos estressantes” de uma forma protegida.

É preciso deixar claro que tomamos o termo *fazer musical* como nos traz Barcellos, como “quando estamos ativos no processo de ‘fazer Música’ e quando partilhamos nossa experiência com o outro, ao mesmo tempo, somos puxados para fora de nós mesmos”. (BARCELLOS, 1992, p. 7)

Podemos aqui relacionar o que aqui foi proposto por Barcellos, com o que nos fala Joseph Moreno: “Uma conexão inicial [entre Musicoterapia e psicodrama] é que tanto a Musicoterapia quanto o psicodrama são métodos ativos que envolvem os clientes como participantes ativos em seu tratamento”. (MORENO, 2005, p. 2) Desta forma, tanto no fazer musical como na dramatização, o paciente, além de reviver vicariamente suas questões, encontra-se envolvido na ação, o que é propício, ou mesmo condição, para poder transformá-la.

Formulada esta hipótese de compatibilidade/equivalência entre *fazer musical* e *como se*, podemos pensar na utilização de toda a teoria psicodramática para fundamentar a Musicoterapia. Podemos tomar a mesma divisão da sessão em etapas: uma vez que o *aquecimento* acontece para preparar a *dramatização* e o *compartilhar* vem para elaborar a mesma, podemos *aquecer* para o *fazer musical* e depois *compartilhar* sobre o mesmo. Da mesma forma, se quisermos explorar a força transformadora do *fazer musical* devemos sempre ter em mente a manutenção do nível de aquecimento dos participantes. Além disso, levando em conta esta nossa hipótese, os objetivos da Musicoterapia conduzida a partir da teoria psicodramática sempre partirão da espontaneidade.

Objetivo Geral

Investigar correlações entre a dramatização e o fazer musical, pensando em suas diferenças, semelhanças e complementariedades.

²⁶ Social, grupal e dramático.

²⁷ No Psicodrama são denominados *instrumentos* o diretor, o ego-auxiliar, o auditório, o cenário, e os participantes do grupo.

²⁸ As etapas de qualquer trabalho psicodramático são: aquecimento, dramatização e compartilhar (esta última, Monteiro chama de “comentários”).

Objetivos específicos:

- Conceituar através do psicodrama, elementos do processo e das sessões de Musicoterapia, de forma a apontar um início de fundamentação da Musicoterapia sob a égide do modelo teórico psicodramático;
- Contribuir para uma possível aproximação entre estes dois campos.

Metodologia

Para realizar esta pesquisa consideramos a abordagem qualitativa como a mais apropriada, ou mesmo a única possível. Entendemos que o tema que nos propomos a desenvolver possui pouquíssimos elementos quantificáveis, sendo sua maior riqueza debruçar-se sobre as múltiplas possibilidades de interseção entre a Musicoterapia e o psicodrama, utilizando para isso um referencial teórico que não comporta verdades absolutas e questiona relações simples de causa-efeito. Da mesma forma, o fato de pesquisarmos nossa própria prática clínica torna impossível a concomitância dos papéis de terapeuta e pesquisador na lógica de neutralidade do referencial quantitativo.

Elegemos a Pesquisa Empírica de Campo que desenvolvemos a partir de um Estudo de Caso de um grupo de Musicoterapia atendido em um Centro de Atenção Psicossocial²⁹ no estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada a partir de Pesquisa Participante³⁰, a partir da transcrição do registro em áudio³¹ de algumas sessões do grupo. As transcrições incluem alguma notação musical quando necessário.

A princípio, pensou-se em quatro sessões para serem analisadas. Foram gravadas, de fato quatro. Entretanto, devido à mudança de equipamento de gravação, as duas últimas tiveram seu registro muito prejudicado na qualidade de áudio. Como consideramos suficientes os dados das duas primeiras sessões, decidimos desprezar as duas últimas.

Os sujeitos da pesquisa são psicóticos e neuróticos graves, adultos, de ambos os sexos, atendidos no CAPS, que já participam do grupo de Musicoterapia. A amostra consistiu em um total de dezessete sujeitos. Como o grupo acontece de forma aberta, o número de participantes variava a cada sessão.

A escolha das sessões gravadas, assim como a própria gravação destas, se deu de forma aleatória, simplesmente seguindo o calendário da pesquisa e incluindo os sujeitos que lá já estariam. Foram duas sessões seguidas, realizadas em 13/09/2007 e 20/09/2007. Os esclarecimentos sobre a pesquisa e a explicação sobre o termo de consentimento foram feitos no início de cada sessão. Embora a gravação só tenha se iniciado após os participantes consentirem, diversas referências a tais esclarecimentos são encontradas nas transcrições, devido à chegada tardia de alguns participantes e às perguntas feitas pelos outros, que retornavam a este tema. A assinatura dos termos de consentimento se dava após as sessões ou mesmo em outros dias.

²⁹ Serviço de Saúde constituído no Sistema Único de Saúde (SUS), destinado a “*atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial*” (BRASIL, 2002, p. 1)

³⁰ Onde “pesquisadores e pesquisados são sujeitos de um mesmo trabalho comum, ainda que com situações e tarefas diferentes”. (BRANDÃO, 1981, p. 11)

³¹ Com permissão por escrito dos participantes. O modelo desta declaração encontra-se nos anexos da pesquisa.

Análise e interpretação dos dados

Ao realizar a análise das transcrições, foram criadas categorias correspondentes aos aspectos da teoria do psicodrama com o qual se relacionavam. No relatório final da pesquisa, encontra-se a transcrição completa das duas sessões, o que não será possível neste artigo, de forma que apresentaremos apenas os trechos correspondentes às categorias estudadas. Dentre as categorias possíveis, foi necessário eleger algumas para que fossem analisadas, uma vez que não seria possível abordar toda a teoria do psicodrama na mesma pesquisa.

Recorremos então à Perazzo (1994), que faz uma análise histórica de como o corpo teórico do psicodrama era organizado em torno de tal ou qual eixo conceitual e faz uma reconstituição do porquê de cada uma destas formas de organização. Ele aponta que a partir de 1980 este foco teórico passou a ser a Teoria da Matriz de Identidade³², o que ainda hoje é muito marcado. Entretanto, Perazzo pondera, amparado por Aguiar e por Garrido-Martín, que

a Matriz de Identidade não é uma constante na teoria Moreniana. Não passando de poucos parágrafos num capítulo sobre espontaneidade, não poderia se tornar o núcleo principal do psicodrama, que seria, isto sim, constituído pela articulação entre Sociometria, Teoria dos Papéis e Teoria da Espontaneidade-Criatividade. (PERAZZO, 1994, p. 28)

A partir do proposto por Perazzo, optamos pela Teoria da Espontaneidade como principal eixo teórico sobre o qual conduziremos a análise dos dados. A própria Espontaneidade se constituirá na primeira categoria em nossa análise, sendo as outras duas categorias, desdobramentos desta.

Intimamente relacionada com a Espontaneidade, temos o conceito de Aquecimento, sem o qual a primeira não seria possível. Assim, tomaremos o conceito de Aquecimento como outra categoria para a análise dos dados.

Nossa terceira e última categoria diz respeito à divisão por etapas da sessão utilizada no psicodrama, que, como já mencionado, contém a ideia que torna possível pensar a Musicoterapia através da teoria psicodramática: a possibilidade de considerarmos o fazer musical, e não apenas a dramatização, como contexto psicodramático. Entendemos tal divisão como sendo advinda do binômio Espontaneidade-Criatividade, de modo que, em última instância, sua função é administrar o nível de aquecimento/espontaneidade para o trabalho a ser desenvolvido.

Etapas da sessão

Segundo Holmes (1992), “Um psicodrama clássico consiste em três etapas: aquecimento, dramatização e compartilhamento³³. Cada uma delas é essencial ao processo psicodramático completo”. (HOLMES, 1992, p. 28).

³² A teoria da matriz de identidade é a base para a visão psicodramática de desenvolvimento, ver MORENO, 1975, pp. 97-132.

³³ O “compartilhamento” também é conhecido como “compartilhar”, divergindo provavelmente apenas por conta da tradução, do original, *sharing*.

Antes de avançarmos na descrição de cada uma destas etapas, gostaríamos de lembrar da organização das sessões na literatura musicoterápica, considerando o fato de que existem muitas vertentes diferentes, descritas por diversos autores. Para Costa e Viana (1981), as sessões de Musicoterapia são divididas em duas partes: “a primeira, de expressão sonoro-musical (...) e a segunda consistindo numa avaliação verbal do ocorrido, nos 10 ou 15 minutos finais”. (COSTA e VIANA, 1981, p. 15) Podemos ver como a posição destas autoras se aproxima do psicodrama, exceto pela falta de uma etapa de aquecimento.

Barcellos aponta a “*dificuldade que se teria em dar regras de como seria uma sessão de Musicoterapia*” (BARCELLOS, 1999, p. 55) e propõe, para “efeitos didáticos”, uma divisão da sessão musicoterápica em etapas, onde “a primeira etapa seria perceber o paciente ou grupo” (idem). Ela também aponta nesta etapa o que Benenzon chama de “aquecimento e *catarsis* ou descarga de energia agressiva”. (BENZON apud BARCELLOS, p. 55) A segunda etapa seria o momento de organizar ou canalizar os “elementos que tivessem aparecido na *catarsis*”. (BARCELLOS 1999 p. 55) E na terceira e última etapa, “*caberia ao musicoterapeuta preparar o paciente para o final da sessão*”. (idem p. 56)

Isto nos leva a buscar direto ao citado Rolando Benenzon, que, por sua vez, também propõe uma divisão em etapas para a sessão de Musicoterapia:

“Uma primeira etapa, que chamo de **aquecimento** e *catarsis*.

O termo aquecimento não difere muito do utilizado em **técnicas psicodramáticas**, onde é definido como ‘conjunto de procedimentos que intervêm na preparação de um organismo para que se encontre em condições ideais para a ação’ (...) a segunda fase ou etapa da sessão e a que denomino de percepção e observação do enquadre não verbal (...) chamo a terceira etapa da sessão, de diálogo sonoro”.

(BENZON, 1985, pp.124-125, grifo nosso)

Aqui temos mais uma referência direta ao psicodrama, que novamente demonstra sua proximidade com a Musicoterapia.

Há que se ter em mente que, como posto anteriormente, tais divisões objetivam uma organização da utilização das técnicas musicoterápicas para que através do vínculo terapêutico estabelecido pela via do fazer musical se possa trabalhar os objetivos traçados anteriormente. Quando articulamos tal divisão com o conceito de Aquecimento, um novo sentido se estabelece: além de nos utilizar dos elementos que surgem no início da sessão, passamos a dirigir a sessão para que o indivíduo alcance um nível de espontaneidade suficiente para lidar, de uma nova forma, com suas questões, e ao final, elaborar verbalmente os conteúdos que surgiram de forma mais orgânica.

A adoção da divisão em etapas conforme a teoria psicodramática no grupo de Musicoterapia é a consequência mais direta da hipótese de que o fazer musical possa, de certa forma, ser equivalente à dramatização.

a) Aquecimento (etapa):

Qualquer trabalho que se baseie na teoria psicodramática, seja o psicodrama propriamente dito, um sociodrama, teatro espontâneo, supervisão (com este referencial), etc. precisa começar com algum tipo de aquecimento. O aquecimento tem a função de:

1. Estimular a criatividade e a espontaneidade dos membros do grupo. (...);
2. Facilitar as interações dentro do grupo, desenvolvendo um sentimento de confiança e de pertencer ao grupo (...);
3. Auxiliar os membros a focalizar problemas pessoais

com os quais desejam “trabalhar” na sessão de psicodrama. (HOLMES, 1992, p. 28)

Somente a partir de um aquecimento bem feito tem-se espontaneidade suficiente para se implicar de forma produtiva no trabalho a ser realizado. No caso das sessões de Musicoterapia pesquisadas, o aquecimento se dava, normalmente, por uma conversa inicial. Os exemplos que serão expostos daqui para a frente foram retirados de sessões de Musicoterapia com um grupo de portadores de transtornos mentais graves, conforme descrito na metodologia:

(...)Falo novamente da entrada de Gabriela [nova estagiária] no grupo e proponho que, como sempre fazemos nestas ocasiões, os participantes falem sobre o grupo para quem está chegando (seja outro paciente ou estagiário/profissional). R.: “Aqui nós cantamos, nós nos divertimos, nós cantamos diversos tipos de Música, tocamos instrumentos. Aí, no final, tem uma votação: qual a Música que cada um quer cantar para fazer o fechamento ... aí, quando dá empate, geralmente canta uma Música e depois a outra Música”.

MT: “que mais que a gente faz aqui”?

R.: “a gente conversa... sobre Musicoterapia” ... “já tá gravando”? “Você vai mostrar para o diretor da faculdade”?

MT: “Não, só eu que vou ouvir” (...) “Depois de ouvir eu vou escrever sobre o que a gente faz e aí não vai o nome de ninguém”.

A.: “...é lembrar das Músicas, é cantar, é bater papo... as canções que a gente lembra ...

L. (em tom de brincadeira): “Então você virou X9”? Porque você tá gravando aí... tô brincando... eu acho que quando a antiga musicoterapeuta saiu, chegou o Nelson, eu olhei para a cara dele e pensei ‘não vai dar conta!’ Aí acabou que deu, entendeu!? E é muito gostoso participar aqui da Musicoterapia”.

A.: “eu gosto também!” (...) “dizem que a Música une as almas, né, e a dança também... é uma coisa que eu li”. (sessão de 13/09/2007)

O fato de falar sobre o objetivo do grupo os conecta com suas questões, sua subjetividade, para que estas possam emergir, constituindo-se também como um arranque mental (que ainda será descrito).

É preciso registrar que os psicodramatistas frequentemente utilizam a Música, de alguma forma (normalmente Música mecânica) durante esta etapa. Obviamente não negamos esta aplicabilidade. Apenas percebemos que como trabalharemos com Música ao longo de toda a sessão, um aquecimento verbal tem se mostrado muito útil para focarmos o fazer musical em algo mais produtivo terapeuticamente. Em todo o caso, vez por outra, também utilizamos a Música na etapa do aquecimento, como neste exemplo:

MT: “Olha, eu tô vendo que o pessoal está ansioso para começar a tocar, né? Então vamos fazer o seguinte: vamos só tocar um pouquinho? Não vamos cantar não. Tá todo mundo com instrumento?” E vai estimulando um por um, que ainda não pegaram algum instrumento a fazê-lo.

MT: “A., você está com dois, dá para deixar um com ele”?

Sons dos instrumentos sendo experimentados (por menos de um minuto). O metalofone agora faz uma escala ascendente com mais de uma oitava, depois faz a descendente. O tamborim faz uma batida de samba.

M.L.: “Pode música de carnaval”?

MT: “vocês querem é cantar, então, né? Então vamos cantar” ...

M.L.: “Qual a mais bonita de todos os anos que você conhece, de todos os anos”?

E, a partir daí, surgem diversas canções carnavalescas, entre sambas enredo e marchinhas” (sessão20/09/2007)

Neste caso foi utilizada uma improvisação rítmica, aproveitando que o grupo já estava, desde o começo, aquecido para tal. O ritmo, que começa desorganizado, ganha alguns contornos de samba – o que já é, por si, um elemento suficiente para que o grupo escolha o carnaval como um tema a conduzi-los durante a etapa do fazer musical. Entendemos o ritmo como um elemento musical menos complexo, portanto, mais acessível ao indivíduo que se encontra ainda em um nível de aquecimento mais baixo. Quando trabalhamos apenas com ritmo, damos a oportunidade a todos os participantes de se aquecerem para passar para estruturas musicais mais complexas, como a canção, que é tão característica de nossa cultura, o que não é diferente com o grupo pesquisado. Um bom aquecimento leva, invariavelmente, a uma boa dramatização ou fazer musical.

Nas sessões de Musicoterapia é comum este movimento de iniciar com uma produção sonoro/musical menos organizada e aumentar, gradualmente a complexidade do que se produz, assim como incrementos na dinâmica, de piano para forte. Aos olhos do psicodrama, tudo isso é aquecimento. Delimitar, didaticamente, esta etapa nos ajuda a estimular, ou mesmo catalisar este processo.

b) Fazer Musical:

Conforme já vimos, tomamos o *fazer musical* como mais uma possibilidade de trabalhar num contexto de *como se*. Assim, a etapa da *dramatização* é aqui substituída pelo *fazer musical*. Procuramos nas transcrições das sessões pesquisadas, trechos que sejam ilustrativos desta possibilidade, como no seguinte exemplo:

A. fala algo inaudível. Lembra uma roupa que usava.

- MT: “e junto com essa memória vem alguma música”?

A. fala, mas novamente não é possível registrar, lembra de fazer compras no “Três Poderes” (supermercado) e sair com sacolas... e canta “Sentado à Beira do Caminho” (Roberto Carlos), ...” cantamos juntos o refrão (Preciso acabar logo com isso / Preciso lembrar que eu existo / Que eu existo, que eu existo). até que A. interrompe: “não quero isso não, vai me dar vontade de chorar! Já passou!” Novamente o bumbo é o último a parar de tocar, ficando sozinho um tempo. A. continua falando sobre a família dela e como esta se desestruturou.

- MT: “e pensando no que você espera da sua família agora, que música que a gente pode cantar”?

- A. começa a cantar: “um dia areia branca / seus pés irão tocar” (debaixo dos caracóis dos seus cabelos – Roberto Carlos e Erasmo Carlos). O grupo acompanha fora do tempo, não canta junto. A. pergunta: “O que que houve com a (minha/nossa?) memória”? (sessão de 13/09/07)

Embora não tenha tido condições de registrar a fala de A. sobre sua família, e nem aprofundado o assunto naquele momento, era notório que A. estava realmente emocionada. E, naquele momento a possibilidade de alguma transformação em seus conflitos se deu através da segunda canção. No fim da sessão, no compartilhar, A. fala: “agora acabou a viagem, acabou tudo, eu volto pra minha casinha” (sessão de 13/09/07)

Aqui fica clara a mudança do contexto psicodramático para o contexto grupal. Qualquer que tenha sido a elaboração possível, a paciente diz, explicitamente, que agora deixa o que estava vivenciando de forma protegida e retorna para a vida real.

Compartilhar

O compartilhar é a etapa da sessão em que “Todos os membros são estimulados a compartilhar seus pensamentos e sentimentos, assim como suas semelhanças e identificação com o protagonista”. (HOLMES, 1992, p.33) É preciso deixar muito claro, e muitos grupos precisam ser lembrados disso todo o tempo, que não se trata de emitir opinião, aconselhamento ou interpretação ao conteúdo expresso por outro membro do grupo, mas referir-se sempre aos próprios sentimentos.

Esta etapa é particularmente importante quando nos expressamos de forma não verbal, como acontece na Música e outras expressões artísticas; ou de forma paraverbal³⁴, como acontece especificamente na canção, poesia ou em algumas dramatizações. Pois é neste momento que podemos compreender e elaborar os conteúdos que foram expressos de uma forma tão orgânica.

Alguns exemplos, das sessões transcritas:

MT: “Então, o que vocês estão sentindo agora, neste momento, depois de relembramos nossas coisas”?

A.: “agora acabou a viagem, acabou tudo, eu volto pra minha casinha” (...) os meus colegas aqui, o J., o A.L. ...

(...)

A.L. cantarola: “você é luz / é raio, estrela e luar” – A.L. traz sempre um repertório muito limitado de canções, cerca de cinco que sempre se repetem. Esta não é uma delas.

L.: “eu acho que a gente devia fazer coisas mais para fora, com mais alegria (...) a gente tá muito retraído aqui”.

A. fala algo inaudível.

B.C. : “Eu cheguei à conclusão de que tudo na vida tem vantagens e desvantagens. Então nós, que temos problemas, temos muitas vantagens e também desvantagens”

A. concorda. (SESSÃO DE 13/09/2007)

Aqui podemos ver como cada participante, engajado na mesma atividade, se remete a conteúdos diferentes, mas não incongruentes.

No compartilhar da sessão seguinte:

A.R. : “o tempo passado, o regresso, né? Porque todos nós aqui eu não sei, pelo menos eu tenho, né? Um carnaval, com a história de carnaval. Porque eu quando era criança eu brincava no meio dos blocos de carnaval”...

(...) MT: “E como é que é lembrar disso”?

A.R. : “Lembrar disso é lembrar que uma infância, de uma época que não existe mais. Não existe mais. É uma época, uma recordação, são pequenas ‘fracções’, pequenas recordações de uma época que, talvez esta época não volte mais, não volta mais”.

MT: “E qual o sentimento que você tem em lembrar dessa época”?

A.R. : “Eu tenho um saudosismo, né? Uma saudade daquela época. Porque é uma época que, praticamente na ingenuidade, você fazia tudo, né. Você pulava, você brincava, você ficava... todo mundo era descontraído naquela época, não era contraído como na época atual, como atualmente é contraído. O carnaval naquela época era o carnaval que era de euforia e brincadeira, e não era o carnaval do dinheiro. Porque hoje em dia o carnaval é puramente do dinheiro. Você compõe por dinheiro, você toca por dinheiro, você se entusiasma por causa do dinheiro.

³⁴ Quando o uso da palavra se dá de forma não convencional, notadamente pelo uso constante de metáforas e de outras figuras de linguagem.

Você faz tudo (...) as marcas porque você tá recebendo dinheiro. E não naquela época, você entusiasmava as marcas porque você estava vibrando com a Música e vibrando com o carnaval do Rio de Janeiro. Naquela época”. (sessão 20/09/2007)

Aqui também podemos ver, na etapa do compartilhar, a confirmação da ideia do fazer musical enquanto mais uma forma de trabalhar no contexto do *como se*. Nesta sessão, em vez de conflitos, o fazer musical levou-os a reviver momentos significativos anteriores à doença, anteriores a diversas perdas, potencialmente possibilitando uma melhor elaboração destas.

O aquecimento como conceito, não como etapa

O aquecimento não é apenas uma das etapas da sessão, mas um conceito mais complexo, para o qual o psicodramatista deve estar atento o tempo todo. “O processo de aquecimento manifesta-se em toda e qualquer expressão do organismo vivo, *na medida em que este se esforça no sentido de um ato*”. (MORENO, 1975, p. 106)

Os aquecimentos podem ser feitos através de arranques físicos e mentais (ou emocionais). Moreno (1975) aponta que os arranques físicos precedem os mentais, já que o bebê pode contar apenas com estes primeiros. Nesta fase da vida, ele conta com os arranques mentais de seus egos auxiliares³⁵ (mães, cuidadores etc.), pois de outra forma não sobreviveria. Com o tempo, adquirimos os arranques mentais, que vão auxiliar os aquecimentos. De modo geral, os arranques físicos são utilizados pelo adulto em casos de emergência, de total surpresa.

Os dispositivos físicos de arranque de qualquer comportamento, como atuar ou falar sob a instigação do momento, fazem-se acompanhar de sinais fisiológicos. No processo de aquecimento preparatório, esses símbolos desdobram-se e libertam emoções simples, como medo, cólera ou estados mais complexos. Não é necessário que no processo de aquecimento preparatório surjam reações verbais. Elas podem ou não aparecer. Mas os símbolos mímicos estão sempre presentes; estão relacionados com processos fisiológicos subjacentes e com estados psíquicos. (...) (MORENO, apud CUKIER, 2002, p.30)

Aquecer-se é, na verdade, um processo inato. Estamos sempre nos aquecendo, naturalmente, quando sabemos que vamos realizar algo – atores se aquecem antes de entrarem em cena, músicos se concentram (aquecem) antes de começar a tocar, antes de fazer um telefonema pensamos o que vamos dizer, crianças combinam como será a brincadeira antes que ela comece. Fazemos isso, normalmente, sem pensar. A questão é: para tudo que fazemos na vida alguma preparação é sempre necessária, ou ao menos bem-vinda – nem que seja apenas uma respiração profunda. Moreno (1975) nos diz que, desta forma, nos preparamos corporalmente (tônus muscular, posturas, liberação de substâncias como a adrenalina, etc.), psicologicamente (estado de atenção, resgate de memória, indução de estados emocionais como raiva, calma, etc.) e socialmente (estabelecemos regras, pedimos

³⁵ “(...) do ponto de vista da criança, esses auxiliares apresentam-se como extensões do seu próprio corpo, enquanto ela é demasiado fraca e imatura para produzir essas ações por seu próprio esforço”. (MORENO, 1975, p. 109)

silêncio, convidamos alguém a participar conosco, etc.) para qualquer coisa que venhamos a fazer.

“(…) a primeira manifestação básica de espontaneidade é o aquecimento preparatório da criança para o novo ambiente” (MORENO, 1975, p. 103), o autor narra mais detalhes de como a situação do nascimento é absolutamente nova para o nascituro, e depende da espontaneidade deste. Para lidar com tal adversidade o bebê dispõe de pequenos gestos que possibilitam um primeiro contato com a situação nova, a fim de lidar com esta. Adultos ainda se utilizam deste tipo de recurso quando não dispõem de outros para passar pela situação nova. Moreno cita como exemplo o ato de “movimentar-se ou começar respirando pesadamente, fazer caretas, apertar os punhos, mexer os lábios, gritar ou chorar” (idem). Tais gestos são chamados *arranques físicos* e possibilitam formas de expressão mais organizadas, como a “adoção de papéis e a inspiração criadora”. (ibidem)

Os arranques mentais estão disponíveis a partir do desenvolvimento da linguagem. Funcionam da mesma forma que os arranques físicos, mas a partir de pensamentos, ideias, concentração, memória, etc. São mais complexos que os arranques físicos e tendem a necessitar de um certo nível inicial de aquecimento. Assim, são mais úteis para que o indivíduo se aqueça para executar tarefas mais complexas, porém, como colocado acima, são bem menos usados em situações de alarme ou emergência, que exigem espontaneidade imediata.

“A espontaneidade gera grau variável de respostas satisfatórias que um indivíduo manifesta em situação em que haja grau variável de novidade. O processo de aquecimento é a expressão *operacional* da espontaneidade”. (MORENO *apud* CUKIER, 2002, p. 27) Entretanto, para iniciar um aquecimento, já é necessária a espontaneidade, formando um ciclo de retroalimentação – espontaneidade gerando mais espontaneidade. Cronologicamente este processo não apenas precede a ação, mas continua ao longo desta, pois é responsável pela manutenção da mesma.

Um fato curioso é que tanto os arranques físicos quanto os mentais podem ser proporcionados pelo fazer musical – quando nos aquecemos a partir do movimento proporcionado por tocar um instrumento musical ou mesmo pela voz, temos um arranque físico; quando o conteúdo de uma canção, ou mesmo um som menos estruturado, desencadeia memórias, pensamentos ou estados emocionais específicos, temos um arranque mental. Mais curioso ainda é poder pensar que num mesmo momento alguns indivíduos podem estar interagindo musicalmente de forma a recorrer a um arranque físico e outros participantes, um arranque mental.

Entretanto, para iniciar o fazer musical o grupo deve estar já em algum estado de aquecimento, que pode ser induzido ou se dar naturalmente, quando o paciente já chega aquecido de outra atividade ou mesmo o fato de entrar na sala de Musicoterapia e ver (ou pegar) os instrumentos musicais.

Vamos aos exemplos de situações onde a questão do aquecimento torna-se mais evidente no material pesquisado:

MT: “o que que vocês acham”?

A. responde, mas é inaudível.

R. interrompe novamente para afirmar a falta da paciente mencionada por A., que havia falecido há dez meses.

Alguém começa uma batida regular (apenas pulso) no surdo.

MT: “vamos pegar os instrumentos”? “*para começarmos, vamos fechar o olho um pouquinho*”? (S13/9/07)

O MT vinha conduzindo a etapa de aquecimento verbalmente quando um dos participantes começa a tocar, demonstrando que está mais aquecido para se expressar por esta via e menos disposto a acompanhar a conversa. Para aquecer o resto do grupo para o fazer musical o musicoterapeuta faz a seguinte intervenção:

Mt: “pensa um pouquinho como você está hoje”? “você está triste, você está alegre...”

A. : “cada um com seu instrumento...”

MT: “então, vamos fazer isso: sente como você está hoje e sente como é este instrumento que você escolheu. Tenta passar o que você está sentindo para o instrumento”. (S13/9/07)

E como resultado obtém o seguinte:

Sons de diversos instrumentos, quase todos marcando uma pulsação regular e rápida. Até que A. fala: “é a água da goteira!” (fazendo referência à sessão da semana passada) “eu lembrei da água da goteira”.

R. : “Dr. Nelson, eu lembrei da minha infância, quando passava um cara com aquele chocalho, o ligue-lique, aquela madeira com um pedaço de ferro, vendendo pirulito e aquele biscoito que minha mãe e meu pai...” (s13/9/07)

Temos aqui mais dois exemplos de arranques mentais: A., que com o som se aqueceu lembrando de conteúdos da sessão da semana anterior; R., lembrando de sua infância a partir do som que parecia o que era feito pelo vendedor de pirulitos – isso o fez lembrar dos pais, que são falecidos e cuja morte lhe traz uma série de questões. É provável que os outros participantes do grupo também tenham se aquecido, de alguma forma, em algum nível, sem, no entanto, expressar isso tão claramente.

Após fazer uma *escolha sociométrica*³⁶ com o grupo, o musicoterapeuta volta-se novamente para R., relembra o conteúdo trazido por ele, com o intuito de aquecê-lo e propõe lembrar uma música (canção) a partir disto:

MT para R.: “então, você falou que lembrou da sua infância, do ‘ligue-lique’... que música que vem na sua cabeça quando você pensa nisso”?

R. : “que ele faz assim” e toca o caxixi com uma pulsação regular.

Alguém acompanha tocando a mesma pulsação no tamborim (pele livre). Depois entra o surdo, fazendo uma marcação de compasso binário. A. começa a cantar, mas não é audível, parece samba enredo.

MT: “olha o pirulito”!

R.: “olha o ligue ligue”!

MT: “e o grito do ligue-lique te lembrou alguma música”?

R. : “lembrou sim”, e começa a cantar “A Praça” (Carlos Imperial)): “Hoje eu acordei com saudade de você...”. O grupo imediatamente começa a acompanhá-lo com os instrumentos. (s13/09/07)

Apenas lembrar verbalmente não foi suficiente para passar ao fazer musical propriamente dito, mas o próprio paciente busca mais aquecimento retornando ao som mais simples que ele havia trazido. O grupo ajuda, realizando a função de *ego-auxiliar*, mas começa a esboçar uma certa mudança de assunto quando quase surge um samba. O musicoterapeuta então tenta reaquecer o grupo para retornar ao tema, reproduzindo o grito

³⁶ Técnica para perceber o nível de aquecimento do grupo para abordar tal ou qual assunto.

do vendedor de pirulitos, o que teve um efeito imediato, demonstrando que agora sim, o nível de aquecimento era suficiente para propor uma canção.

Na sessão seguinte temos outro exemplo de como a questão do aquecimento foi conduzida. Na verdade, o grupo já chegou aquecido, pois antes da sessão estavam todos envolvidos em uma assembleia³⁷, onde foi discutida a participação deles em um bloco de carnaval. Na etapa do aquecimento, então, o carnaval surgiu como um tema aceito por todo o grupo. Ao longo da sessão ele continua sendo o fio condutor:

J. fala sobre sambas enredo. Diz que “(...)teve um ano que eu sabia três sambas enredo: Salgueiro, e Mangueira. Alguma coisa assim” ...

MT: “mas você lembra o nome do samba, ou um pedacinho da letra”?

R.: “Salgueiro é Explode Coração, na maior...” e começa a cantar, batendo palmas no contratempo, “Peguei um Ita no Norte” (Samba enredo, Salgueiro, 1993). O Grupo canta e toca FF. Andamento mais lento do que o normal.

M.L.: “vamos fazer um carnaval aqui no CAPS”? (sessão 20/09/2007)

Aqui o paciente se refere ao nome da canção. O musicoterapeuta então o instiga a lembrar de qualquer trecho da letra, com o intuito de aquecê-lo para cantar, e neste caso, funcionou. O grupo, por sua vez, como também já estava aquecido para este tema, acompanhou tocando com grande intensidade (fortíssimo). Até que outra paciente se sente pronta (aquecida) para criar um carnaval. E seguem os desdobramentos, conforme relatados durante o compartilhar:

“A.R.: “Foi bom, foi bom. Eu gostei muito do seguinte: que no começo tava frio, né? Mas aí começou um pouquinho assim deslanchando um, deslanchando outro”

...

MT: “como é que foi esse negócio de estar frio? O que que é frio”?

A.R.: “é assim muito inibido, todo mundo muito fechado, muito na dele, assim, muito fechado, né?”

MT: “E o que que você acha que ajudou a gente a cantar”?

A.R.: “O que ajudou a gente a cantar foi o tema do carnaval”.

MT: “Ah, legal, o tema do carnaval”.

A.R.: “O tema ‘carnaval’. Ai todo mundo já começou a soltar os seus carnavais de infância, né”? (sessão 20/09/2007 – compartilhar)

Aqui o próprio A.R. fez a análise do ocorrido, dispensando qualquer comentário.

Espontaneidade

Moreno define espontaneidade como “a resposta do indivíduo a uma nova situação – e a nova resposta a uma antiga situação” (MORENO, 1975. p. 101). Ao pensar no momento do nascimento sob esta perspectiva, Moreno demonstra o quanto a espontaneidade é necessária para a vida, já que, dela depende até mesmo a primeira respiração. Para isso, Moreno ressalta a precária condição em que nascemos, sem o sistema nervoso central

³⁷ Atividade do CAPS, que se constitui como um espaço deliberativo sobre as questões do cotidiano coletivo. Participam os pacientes, familiares, profissionais da equipe técnica e, sempre que possível, profissionais de apoio (copeira, faxineira, vigilante, etc.). Acontece semanalmente logo antes do grupo de Musicoterapia.

completamente formado e dependendo de outro por muito mais tempo do que qualquer animal. (idem)

Em nossos primeiros aprendizados básicos (respirar, deglutir, sugar, excretar, etc.) dependemos quase que exclusivamente da espontaneidade, ou seja, da capacidade de lidar com o novo. Apesar disto, alguma ajuda (aquecimento) é sempre necessária – um pequeno tapinha no pé para respirar; o bico do seio na boca para começar a sugar, etc. Quanto mais espontaneidade, menos ajuda será necessária. Para Moreno, nascer, por si só, é um ato criativo e espontâneo.

Durante toda a nossa vida, necessitaremos desta mesma espontaneidade sempre que nos depararmos com uma situação, de alguma forma nova, e ainda mais quando nos faltar qualquer modelo de referência, tal qual as situações por que passa o recém-nato. O objetivo principal do psicodrama sempre passará pelo incremento da espontaneidade, ou seja, a capacidade adaptativa do indivíduo. É resgatando a espontaneidade perdida que estaremos aptos a lidar melhor com nossas questões, sejam elas quais forem.

Sabemos que a Musicoterapia busca trabalhar sempre com objetivos bem estabelecidos. Lembremos aqui, dos possíveis objetivos apontados pela Federação Mundial de Musicoterapia: “comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais, sociais e cognitivas”. (World Federation of Music Therapy Inc³⁸. 1996) Podemos perceber que tais objetivos sempre podem ser atingidos através de um trabalho voltado para o desenvolvimento da espontaneidade, considerando a definição de espontaneidade colocada acima.

Para não nos estendermos demais, apresentaremos apenas um exemplo:

“(...)A.R.: “inventar o nosso hino de carnaval”. [para encerrar a sessão]

Algumas exclamações.

MT: “será que a gente consegue inventar em um minuto? Porque a gente só tem um minutinho pra cantar só”...

A.R.: “É, eu acho que um minuto não dá”.

R. “só se ... do Faustão: se vira nos trinta”.

MT: “Só se tiver um grito de guerra pra poder seguir, aí a gente já faz” ...

A.R.: “um grito de guerra”?...

(?) (grita): “Olha o CAPS aí, gente”. Os outros repetem, como se fosse combinado. O MT começa a tocar uma batida de samba enredo no violão, logo seguido pelo tamborim. A.R. começa a cantar, improvisando: “Lá vem o CAPS / Lá vem o CAPS” continua improvisando a letra, mas os instrumentos começaram a tocar, fazendo um ritmo de samba e impedindo a compreensão do canto. A Música para e o MT: “O que que a gente faz aqui no CAPS, pra botar na letra”? e volta a tocar o violão. Os instrumentos seguem, mas com menos intensidade e A.R. consegue improvisar um novo trecho, mas que também não foi possível entender na gravação. Ao final ele ri e diz: “tô inventando agora, cara”!

R. : “eu queria gritar o grito de guerra: Olha o CAPS aí gente”!

(?): “muito bom”!

M.L. pergunta se o A.R. fez a Música agora mesmo.” (sessão 2009/2007)

Embora não seja o objetivo aqui fazer um estudo de cada caso, seria difícil deixar de relatar que A.R., apesar de ter uma cognição absolutamente preservada, tem uma grande dificuldade em comunicar-se. Esta dificuldade manifesta-se através de gagueira, tempo de

³⁸ Federação Mundial de Musicoterapia

latência de resposta, ou mesmo total impossibilidade de organizar o discurso, articulando apenas exclamações (ahn... é... hummm...ô...). Apesar de ser psicótico e ter outros sintomas até mais sérios, é disso que ele mais se queixa, pois percebe o quanto sua relação com as pessoas fica prejudicada por esta questão. Sendo assim, ele frequentemente busca ajuda especificamente com o intuito de trabalhar sua comunicação, mas tem grande dificuldade de dar sequência a tudo que inicia. O ato de improvisar um samba cantado para todo o grupo (mas com o suporte deste) parece ser, para A.R., muito significativo. Além de conseguir cantar, A.R. falou sobre esta experiência, no compartilhar (já citado), de forma ímpar em sua trajetória: sem gaguejar, com discurso claro e coerente. Consideramos a possibilidade de que ele tenha conseguido falar assim justamente porque conseguiu inventar o samba. Ou seja: estando *aquecido* pelo tema do carnaval, entrou no *como se*, onde vivenciou momentos felizes anteriores à doença. Momentos estes, marcados por uma grande *espontaneidade*, re-vivenciando/re-treinando papéis encapsulados daquela época, quando estes encontravam-se mais disponíveis e atuantes. Aquecimento gera espontaneidade, que gera mais aquecimento, até o ápice do aquecimento/espontaneidade, que lhe permitiu improvisar o samba e, retornando ao contexto grupal (*como é*) com sua espontaneidade aumentada, conseguiu falar muito bem apesar de toda a dificuldade que teria em fazê-lo.

Considerações Finais

Consideramos que, a partir da análise dos dados coletados para esta pesquisa, pudemos observar os conceitos de aquecimento e de espontaneidade como fios condutores das sessões de Musicoterapia estudadas. Quanto às etapas do psicodrama, entendemos que foi possível confirmar, não apenas a utilização da estrutura destas, mas também, refletir sobre como estas se articulam. Desta forma, torna-se possível uma leitura, e, portanto, uma referência psicodramática para a Musicoterapia.

Ainda existe muito a ser pesquisado sobre as possíveis correlações entre a Musicoterapia e o psicodrama, especialmente se o objetivo final é chegar à fundamentação de uma pela teoria da outra. Existem diversos conceitos psicodramáticos que podem também ser observados (e levados em conta para decidir sobre intervenções) na Musicoterapia que não puderam ser abordados aqui, como a matriz de identidade, a teoria dos papéis, a sociometria, os egos auxiliares e muitos outros. É de meu interesse continuar desenvolvendo esta pesquisa e meu desejo que outros musicoterapeutas se juntem a mim nesta busca por uma possibilidade diferente, mas nem tanto, de fundamentação teórica para nossa clínica.

Referências Bibliográficas

- BARCELLOS, L.R.M. Para uma Atualização do Pensar a Musicoterapia. In: _____. **Musicoterapia: Alguns Escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros. 2004. cap 1, p. 1-27.
- _____. **Cadernos de Musicoterapia**, v. 1. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
- _____. **Cadernos de Musicoterapia**, v. 2. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.
- _____. **Cadernos de Musicoterapia**, v. 4. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.
- BENENZON, R. O. **Manual de Musicoterapia**. Barcelona: Paidós. 1985.

BOAL, A. **Teatro do Oprimido e Outras Poéticas Políticas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BONINI, D. A. D. **Musicoterapia e psicodrama desenvolvimento da Espontaneidade**. Monografia (Conclusão de curso de Psicodramatista) – Instituto Riopretense de Psicodrama. 1997.

BRANDÃO, C.R. Pesquisar-Participar. In: BRANDÃO, C.R. **Pesquisa Participante**. São Paulo: Brasiliense. 1981.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM**, fevereiro de 2002.

COSTA, C. S.M.; VIANNA, M. N. S. **Musicoterapia em Grupos de Pacientes Psiquiátricos Internados por Períodos Breves**. Monografia (graduação em Musicoterapia). Conservatório Brasileiro de Música. 1981

CUKIER, R. **Palavras de Jacob Levy Moreno**. São Paulo: Ágora, 2002

FEBRAP. **O Que é a FEBRA** 2007. Disponível em <http://www.febrap.org.br/federacao/oquee.php> acesso em 5 de janeiro de 2008.

HOLMES, P. Psicodrama Classico: uma revisão.in: HOLMES, P.I; KARP, M. (Org.). **Psicodrama, Inspiração e técnica**. São Paulo: Ágora. 1992.

KELLERMANN, P. F. **O Psicodrama em Foco e seus Aspectos Terapêuticos**. São Paulo: Agora. 1994.

LIMA, C.O. **Musicoterapia e Psicodrama: Relações e similaridades**. Artigo de conclusão do curso de Especialização em Musicoterapia. Conservatório Brasileiro de Música: Rio de Janeiro. 2003.

MONTEIRO, R. F. **Jogos Dramáticos**. São Paulo: Ágora. 1994.

MORENO, J. J. **Acting your inner music – music therapy and psychodrama**. Barcelona Publishers: New Hampshire. 2005.

_____. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix. 1975.

NUDEL, W. **Moreno e o Hassidismo**. São Paulo: Ágora, 1994.

PERAZZO, S. **Ainda e Sempre Psicodrama**. São Paulo: Ágora. 1994.

SÁ, L. C. A Musicoterapia na Neuropsiquiatria Infantil: os Estados Autísticos. In **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano III, n. 4, p. 70-80. 1998.

World Federation of Music Therapy, COMISSÃO DE PRÁTICA CLÍNICA. In **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano I, n.2 , Rio de Janeiro: UBAM, 1996

CAPÍTULO 5

Cartografias afetivas em Musicoterapia: Caminhos para o Artesão de si

Paulo de Tarso de Castro Peixoto³⁹

A vida é musical, já nos dizia Deleuze (2002). A vida é a expressão contrapontística de um plano de composições. Vida que se compõe pela força dos encontros. E será pela força dos encontros que a modulação da vida vem se expressar em novas possibilidades. Vida que se tece pela complexa nervura da diversidade, de realidades existentes diversas. Nervura entre corpos existentes que, nas suas diversas manifestações, apresenta em novas formas, novas maneiras existenciais, a potência singular e em ato da sua forma de se realizar na vida. Potência dos corpos que incorpora, a um só tempo, a força das paixões e a força do pensar⁴⁰.

No entanto, o cogito cartesiano “penso logo existo” vem nos indicar o primado do pensamento sobre o corpo. Indicação que coloca como condição da existência pensar para, por seu turno, existir. A produção de sentido sobre a vida, sobre a forma singular de cada um se realizar como ser existente, pelo domínio do cogito cartesiano, vem desprezar as forças das paixões, elas mesmas, devendo ser controladas e apoderadas pela domínio da razão (MORIN, 1999, 2005a, 2005b). Este modo de ver e de pensar as experiências existenciais anestesia a potente aliança entre aquilo que é da ordem das paixões com a potência do pensar.

O sentido só faz sentido quando é sentido (PEIXOTO, 2007). Este aforismo vem indicar a íntima relação existente entre as dimensões afetivas e ideativas. Seguiremos a trilha do aforismo acima para, com efeito, problematizarmos a produção de uma intervenção clínica em Musicoterapia. Problematizaremos, como objeto de trabalho, a produção de sentido, ela própria, tecida pela potência de sentir com a potência de pensar e imaginar. Movimentar-nos-emos, inicialmente, pela ético-físico-política espinosana para extrairmos indicadores que nos apontem direções. Direções que estarão sendo movidas pela força da Arte musical. Arte musical engendradora de agregados sensíveis, de matérias primas afetivas, imagéticas e ideativas, elas próprias, presentes nos nossos desejos e ações.

³⁹ **Paulo de Tarso de Castro Peixoto:** Graduado em Musicoterapia – CBM-RJ, Pós-Graduado em Psicopedagogia, Pós-Graduado em Educação, Currículo e Prática Educativa, Mestre em Psicologia, Estudos da Subjetividade – UFF, Supervisor do CAPSI – Macaé – RJ. (2008)

⁴⁰ Cada corpo, cada ser, cada modo existente modula suas partes constituintes – dimensões afetivas, ideativas, imaginárias, somáticas - ao ser afetado pelos corpos afetantes. Pelo que precede, cada corpo expressa a sua potência – a sua capacidade de poder de afetar e de ser afetado – em cada ato, em cada encontro. Nunca saberemos ao certo o que podemos ou poderemos num certo encontro. Desta forma, não utilizamos no nosso trabalho a noção escolástica de potência – enquanto tendência potencial. Potência, no sentido espinosano, é a força sempre em ação e em ato. Cada modo existente, cada corpo, expressa em ato aquilo que é capaz, num dado acontecimento, num dado encontro. Decorre daí que a potência de um dado corpo, uma dada realidade existencial, se explica pela inseparável capacidade do seu poder de afetar e de ser afetado.

Traçaremos um plano composicional teórico-prático, esposando a filosofia de Espinosa e a força expressiva musical no árduo empreendimento de cartografarmos, i. e., de produzirmos leituras sobre a nossa vida afetiva. Vida afetiva que se tonaliza pela força dos encontros. Num primeiro momento, precisaremos apresentar a teoria modulatória dos corpos, i. e., sua teoria ético-físico-afetiva, para, num segundo momento, podermos traçar uma prática em Musicoterapia vertida à leitura das composições existenciais manifestas nas suas dimensões ideativas, imagéticas e afetivas.

1. Do primeiro gênero do conhecimento

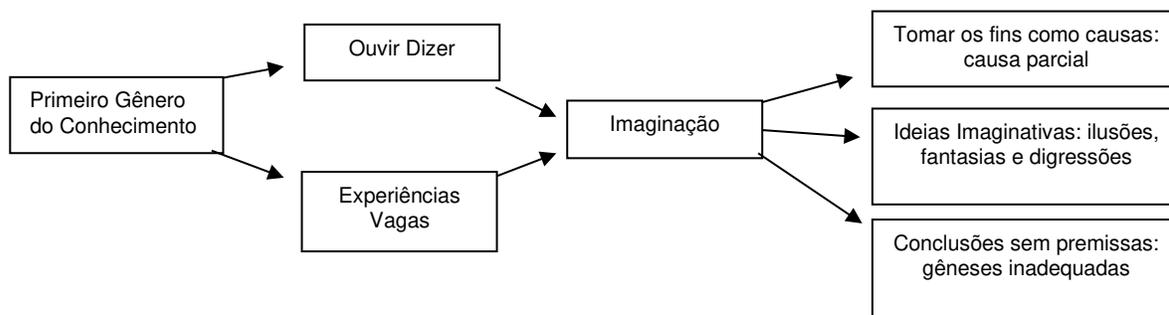
Em geral, as pessoas que nos procuram, nas suas diversas configurações existenciais, chegam sem saber ao certo como o seu sofrimento se produz. Chegam confusas, queixando-se das ideias confusas, dos sentimentos tumultuados e das imagens que sobrevêm à mente. Muitas destas pessoas se qualificam com o estatuto de “doentes”, por receberem o diagnóstico de depressão, transtorno de pânico ou qualquer outra categoria nosográfica, nosológica, psicopatológica. Outras, por sua vez, nos procuram por estarem sofrendo, não sabendo lidar com suas emoções, com seus pensamentos, com seus desejos. A sua forma de realização na vida, consigo e com os outros foi dominada pelo modo de produção de sentido existencial turvo e vago. O *tom* expressivo das suas ideias, dos seus afetos e das suas ações, em geral, é triste. São pessoas governadas por ideias, afetos e ações tempestuosas. Nesta condição, realizam-se na vida pelo primeiro gênero do conhecimento.

O **Primeiro Gênero do Conhecimento** (ESPINOSA, 2000) é o território por onde a **imaginação** transita. Território transitivo no qual o modo de conhecer a vida se efetua por **ideias inadequadas**. Ideias turvas e mutiladas das quais - por meio das imagens confusas e distorcidas, produzidas da relação com os corpos exteriores - ficam sem saber a causa daquilo que move seus sentimentos, imagens e ideias. **O território da imaginação gera nossas opiniões e crenças** que são produzidas por um modo de conhecimento do **ouvir dizer** (aprendi que meu nome é esse, que nasci numa cidade, num país, que meus pais são esses, que tenho tal transtorno mental etc.); e por **experiências vagas** (“me falaram que Transtorno de Pânico é como diabetes... tenho que tomar remédio pelo resto da vida...”; “me falaram que eu tenho uma doença, mas, não explicaram nada sobre ela...”). Via de regra, quem nos procura transita neste território. Território de imagens, ideias e afetos confusos e tempestuosos.

Em meio aos nossos encontros, o processo imaginativo **nos impulsiona em direção à leitura e à interpretação dos acontecimentos pelos fins – pelos efeitos - e não pelas causas. Neste solo, somos causas parciais, isto é, compreendemos um dado acontecimento pelas partes isoladas, sem colocá-las numa relação causal de ordenamento e encadeamento de umas com as outras. Somos finitos, nossas formas de perceber, de pensar são finitas e, com efeito, nossa compreensão sobre o “mundo sensível” também será finita. Preenchemo-nos com partes de imagens e com partes de ideias sobre estas imagens, suscitando ideias inadequadas ou confusas.**

Esta condição existencial será conceituada por Espinosa como “**Causa Parcial**”. Todo aquele que busca explicações imediatas pela imaginação poderá, tão-somente, estar se “enredando” numa cadeia de ideias turvas e “parciais”. Nesta condição, a leitura de si na relação com o mundo será parcial e mutilada. O conceito de “**Causa Parcial**” **poderá ser vertido àqueles que buscam explicar as coisas que aconteceram a si ou aos outros,**

simplesmente pelos seus efeitos. As pessoas que avaliam as coisas da vida e dos seus encontros desta forma animam, com efeito, seus pensamentos e ideias de sorte a conhecê-los à base de **conclusões sem premissas**. Tomam-se os efeitos – os resultados – como causas. Desta esfera, cada um poderá **forjar gêneses inadequadas para aquilo compreendido como o seu mal, como poderemos ver pelo diagrama:**



2. Dos signos e das afecções:

Conhecendo a clausura cronicadora dos conhecimentos parciais

Neste momento do nosso desenvolvimento teórico, apresentamos o ponto de vista de Espinosa sobre a organização da **produção de sentido** para quem funda seu viver no primeiro gênero do conhecimento. Cada um **acredita** naquilo que escuta e vê, sem a compreensão das causas que levaram a um dado efeito. Enclausura-se em ideias imaginativas, tomando conclusões precipitadas: é Causa Parcial. Pelo que precede, ser causa parcial será ver, sentir, pensar, perceber a realidade de forma reduzida, fragmentada e ordenada, a rigor, em ideias sem clareza.

A produção de sentidos parciais sobre a sua experiência é feita através da sensorialidade: o corpo é afetado de muitas maneiras pelos infinitos corpos exteriores, tais como uma música, uma poesia, uma luz, o calor, um outro corpo humano, o corpo de saberes científicos, religiosos e jurídicos, dentre outros corpos. Na relação com o mundo, cada um vai sendo preenchido **passivamente** por imagens dos corpos exteriores. As imagens não se reduzem apenas às imagens visuais, mas, sim, em imagens auditivo-sonoras, imagens gustativas, olfativas, táteis, cinestésicas. Estas imagens associam-se às ideias que, por sua vez, também preenchem o seu poder de ser afetado, i.e., o seu **grau de potência fronteiriço** na relação com o plano de forças que lhe afeta. Um exemplo interessante: podemos estar lavando a louça suja na pia, daqui a pouco fomos fazer alguma outra coisa e começamos a cantarolar uma música. Indagamos: “nossa eu não gosto desta música... de onde ela saiu?”. Paramos um pouco para pensar e as imagens e ideias começam a se conectar: “ah... a música era da casa do vizinho!...”. Nesta esfera, fomos tocados inconscientemente pelas imagens sonoras da música. Nosso corpo recebeu passivamente as informações dos **corpos sonoros musicais** sem, no entanto, torná-los conscientes naquele momento. Pelo que se seguiu, fazendo uma outra coisa, as imagens dos **corpos sonoros musicais** nascem à consciência. Este é um aspecto peremptório para compreendermos a produção da vida emocional, afetiva, do plano das ideias em cada ser existente.

Todos nós conhecemos as imagens sensoriais das coisas pelas percepções que formamos delas. Por outro lado, através das **imagens sensoriais**, formamos e conhecemos a **nossa própria imagem**, uma vez que **imaginamos as coisas exteriores na relação com o nosso próprio corpo**. Nosso corpo está incorporado num *corpus ambiéntis*, i. e., num corpo

ambiente que nos rodeia e que nos envolve por todos os lados, constituindo o meio em que vivemos. Nesta esfera, nosso corpo é corpo de um corpo ambiente que nos transforma, ele mesmo se transformando pela nossa presença, enquanto um dos seus corpos constituintes.

Pelo que foi visto temos, por um lado, os corpos afetantes e os corpos afetados (o nosso corpo e outros corpos que são afetados pelos corpos afetantes). Desta maneira, todo corpo afetado será preenchido pelas imagens dos corpos exteriores. Noutras palavras: as imagens que formamos na mente – nascidas da nossa relação com os corpos exteriores - são os efeitos apresentados imediatamente no nosso corpo. Estes efeitos serão conceituados por Espinosa como **afecções**⁴¹.

Espinosa (op. cit., p. 276) conceituará as afecções, como “as afecções do corpo, pelas quais a potência de agir desse corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou entravada, assim como as ideias dessas afecções”.

Neste domínio, todas as imagens são as próprias afecções corporais, isto é, as marcas, vestígios, traços, rastros ou sinais dos corpos exteriores sobre o nosso e, por conseguinte, presentes na memória. Pelo exemplo da música da casa do vizinho, temos um exemplo claro da produção das afecções em seu pleno exercício. Quando somos afetados pela força de algum corpo exterior, ele deixa o seu rastro em nós. Este rastro é o índice “afectivo” engendrador de imagens sonoras, visuais dentre outras. Os rastros daquilo que nos afetou são efeitos dos encontros que tivemos com os diversos corpos exteriores. **Isto que é efeito em nós, i.e., os rastros imagéticos, doravante, habitando a nossa existência, são as afecções.** Cumpre notar, os rastros dos corpos exteriores em nossa existência ganham seu grau de complexidade quando o domínio da imaginação vem a eles se esposar. As imagens dos corpos afetantes associados ao domínio da imaginação formam um poderoso meio, tanto para o aprisionamento da existência quanto para a sua libertação, como veremos mais adiante.

Cabe ressaltar que as afecções edificam **modos de vida. Modos de vida** condicionados à forma como cada um sente, acredita e pensa a própria vida. Produzindo ideias que, nas suas diversas manifestações, se associam às suas experiências de imagens e afetos confusos da sua existência. Estas ideias definiremos – à luz da filosofia espinosana – como **signos**. Tais ideias/signos indicam que estamos “**misturados**” e preenchidos pelas imagens-afecções daquilo que nos afetou. As ideias imaginativas se proliferam através das imagens dos corpos afetantes e, por conseguinte, formam ideias confusas e turvas sobre a realidade: somos, nesta condição, **Causa Parcial**. Os signos-ideias estão sempre **indicando a nossa condição atual**.

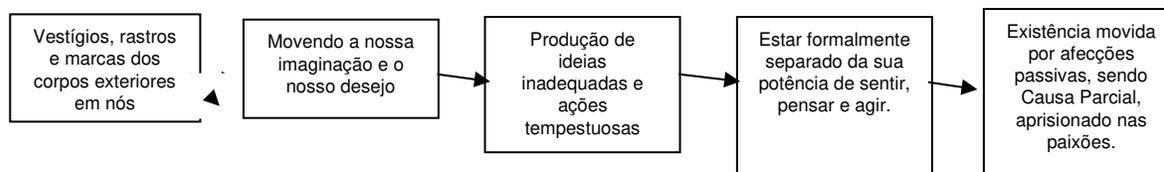
Numa última análise, **somos causas parciais**, isto é, compreendemos um dado acontecimento pelas partes, sem colocá-las num feixe de relações causais umas com as outras: somos finitos e, com efeito, preenchemo-nos com partes de imagens e com partes de ideias sobre estas imagens. Somos passivos no nosso existir, uma vez que recebemos

⁴¹ O conceito de AFECCÃO poderá ser compreendido como qualquer expressão, qualquer efeito das dimensões constituintes de uma dada realidade existencial, nascido do/no encontro com as forças exteriores. Uma flor nascida numa manhã é efeito/afecção/expressão do processo complexo que envolve pássaro-flor-pólen-voou-para-outra-flor-germinar-outra-flor. Este acontecimento - que se tece necessariamente pela participação de todos os elementos envolvidos – engendra a afecção: nascimento de outra flor numa manhã. Por sua vez, uma ideia poderá ser a afecção nascida de um problema que moveu processos imaginativos – movendo imagens de situações passadas e futuras no presente – pensamentos e sentimentos que, conjuntamente, as germina em ato. Um afeto de alegria poderá ser a afecção nascida de um encontro movido por um abraço. Paramos por aqui, uma vez que os exemplos são infinitos.

permanentemente informações sensíveis-perceptivas na relação com o mundo, na relação com os nossos encontros.

A diferença entre as afecções estará na ordem das **ações e das paixões**. Enquanto, por um lado, as afecções ativas preenchem o poder de ser afetado com ações e ideias adequadas, as **afecções passivas**, por outro lado, lançam o corpo e seu poder de ser afetado na direção das **paixões**: na potência de sentir alegrias e tristezas - sofrer por experiências vagas – através das ilusões e distorções da realidade. Compreenderemos as **paixões como todo e qualquer sentimento ou ideia da qual não possuímos ou formamos uma compreensão clara, isto é, uma adequação**. Estamos “apaixonados” quando somos dominados por ideias turvas, ações intempestivas e afetos tempestuosos.

Nesta esfera, as paixões – compreendidas como **afecções passivas** – estão o tempo inteiro em jogo no primeiro gênero do conhecimento. Via de regra, cada um acaba **agindo pela intensidade que suas afecções lhe imprimem. Nesta esfera, cada um age pelo impulso das imagens e sentimentos que lhes são ligados: age passionalmente, estando formalmente separado da sua força imanente de pensar sobre as suas paixões. Quem está dominado por este gênero está dominado no mundo das ideias parciais, dos afetos confusos e tempestuosos, dos desejos inconsistentes e ações intempestivas, consoante o diagrama abaixo:**



3. Das afecções aos afetos: Da produção de realidades maiores e menores.

Considerando que cada pessoa, em maior ou menor grau, se preenche de afecções passivas, isto é, acaba agindo a vida por desejos animados pelas imagens e ideias confusas, compreenderemos que a forma dos seus vínculos, a sua forma de realização nos seus encontros e a sua forma de ser afetado é passiva e subordinada às afecções, às suas paixões. Cada ideia traz consigo emoções e estas, com efeito, modificam e modulam o estado do corpo. **Espinosa afirmará que a essência da mente é uma ideia: com efeito, o ser da mente é a ideia do corpo.** A cada instante, temos uma configuração do estado do nosso corpo. Será através das impressões do nosso estado de corpo que inteligimos a sensação da existência.

Este movimento, reciprocamente associado entre a produção das ideias e das emoções, estará modulando a arquitetura das formas de pensar e de sentir e, por seu turno, as nossas ações. Chamaremos por “**corte na duração**” (DELEUZE, 1997) as transições de um estado ao outro, sentidas no corpo e, por conseguinte, compreendidas como **AFETOS**. Considerando que os afetos poderão ter características de alegrias ou de tristezas, teremos para as alegrias um aumento de potência – um corte na duração, isto é, uma modificação do estado anterior do corpo e da mente, passando de uma tristeza menor ou maior para uma alegria menor ou maior; teremos para as tristezas uma diminuição de potência – um corte na duração que modifica o estado do corpo e da mente, passando de uma alegria menor ou maior para uma tristeza menor ou maior. Peremptória a compreensão destas “**VARIAÇÕES**

INTENSIVAS”, isto é, sobre as variações de **TENSÃO**, para um grau a mais de potência (alegrias) ou para um grau a menos de potência (tristezas), as quais acompanham cada signo ideativo, isto é, sobre cada ideia conectada às imagens sensoriais e aos afetos.

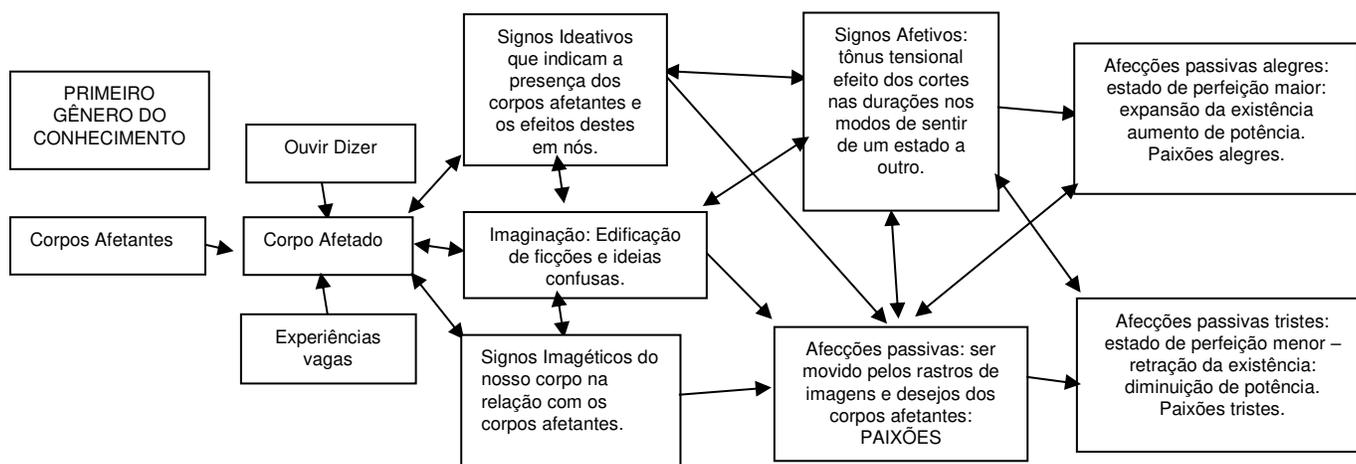
Neste ponto, ainda nos encontramos, no primeiro gênero do conhecimento, agindo a vida passivamente por meio do ouvir dizer e pelas experiências vagas: animados pelos signos ideativos parciais, isto é, por ideias parciais e confusas, pelas imagens das coisas na relação com o nosso corpo e pelos **AFETOS**. Deleuze (1997) conceituará a variação intensiva e transitiva dos estados do corpo – **corte na duração** – como **SIGNOS VETORIAIS**. Os signos vetoriais, compreendidos como “**TENSÕES AFETIVAS**”, ampliam o nosso entendimento sobre o campo dos afetos: estes são **transitivos e sempre atuais**, quais sejam, são **notáveis** a todo instante nos gestos, nas palavras, nos movimentos, enfim, em qualquer forma de expressão. **Por um lado: os signos-ideias sendo efeitos** - como o efeito de uma ação de um corpo sobre outro corpo: **afecções ideativas**. Por outro lado, teremos o **efeito de uma afecção ideativa** sobre a **duração – corte do estado tensional afetivo anterior a outro posterior** - variando a potência intensiva de ser afetado de um corpo: **AFETOS**.

Nesta instância, poderemos afirmar que cada modo existente se expressa, no decurso do tempo, como uma partitura que se compõe permanentemente. Partitura composta por inúmeras forças, num plano de afetações onde cada corpo singular-individual se compõe pelas interferências dos seus encontros. Encontros, eles mesmos, modulados e interferidos, por sua vez e, a um só tempo, pela força de afecção do corpo singular-individual. **Decorre daí a característica musical deste plano de composições**. Plano que tem o estatuto de plástico, modulatório e dinâmico, uma vez que se *transtonaliza*, i.e., o tom da existência entra em novos tons de ideias, de afetos, de desejos e ações através das interferências dos corpos afetantes sobre nosso modo atual. Entramos em novas modulações. Nossa partitura existencial se dinamiza, ganhando novas configurações: para o bem ou para o mal.

Neste solo, precisaremos formar a compreensão acerca das afecções-imagens ou as ideias que, por seu turno, acabam por edificar e rastrear o estado sempre dinamicamente provisório do corpo: os elementos constituintes do corpo entrarão numa nova relação proporcional de movimento-reposo-velocidade e lentidão das suas partes. Compreendendo que **o corpo é constituído por partes distintas**, estas estarão sempre se rearranjando de uma forma ou outra na relação com os corpos afetantes que nos são exteriores ou interiores. Temos a clara visibilidade de um plano musical para poder pensar o corpo pela dinâmica do movimento-reposo-velocidade-lentidão que o define como ser existente em ato a cada instante. Homologamente, para que uma música seja reconhecida como “tal música”, precisará, tão-somente, garantir o mínimo de associações intervalares melódicas e rítmicas para se definir como tal. No entanto, as cadências harmônicas, de notas de passagens, improvisos, variações rítmicas produzem uma “outra cara”, produzem a sua diferença. A Música entrou em novas proporções de movimento-reposo-velocidade e lentidão das suas partes constituintes. Novos arranjos puderam se efetuar para que Música entrasse em devir. Seu ser é preservado, i. e., a sua “identidade musical”. No entanto, o processo de *transtonalização*, i. e., o processo de interferências sobre o corpo musical proporciona uma “nova cara”. A Música nasce, uma vez mais, pela força dos desejos, das imagens, dos afetos daquele que a interferiu. Neste processo, tanto a Música, músico e ouvintes são transtonalizados, i. e., seus corpos modulam-se pelo plano de interferências proporcionadas pelo *devir musical*. Esta *partitura transtonal das existências* se compõe a todo instante nas nossas vidas. Via de regra, não paramos para perceber o fluxo dinâmico deste jogo de afetações transtonais dos *corpos* existentes, eles mesmos, produtores e produzidos pela força

dos encontros. Nesta esfera, as afecções, enquanto imagens ou ideias, são efeitos da presença do corpo afetante. Por outro lado, através da presença dos corpos exteriores, enquanto imagens e ideias, teremos - implicados, misturados ou ainda “colados” - os afetos: corte na duração intensiva, indo de um estado afetivo para a condição de **realidade** ou **perfeição maior** – alegrias; ou vertido à condição de **realidade** ou **perfeição menor** – tristezas. Neste ponto, afirmaremos que faz parte da existência sofrer as ações dos corpos exteriores: **sofrimento complexo**. Realidade expressiva de uma **ético-transtornal-político-física dos corpos** que, pelos seus diversos entrelaçamentos, estão em permanente jogo de afetações. Cabe ressaltar: será preciso delimitar a noção de sofrimento complexo ao jogo de afetações a que estamos permanentemente expostos. **Sofremos a ação dos corpos exteriores na maior parte do tempo**. O mundo nos afeta de forma silenciosa, para além da nossa consciência. Numa palavra, somos trivialmente passionais, passivos no nosso existir. Importante se faz delimitar a noção do sofrimento complexo, diferenciando-o da noção cristã de sofrimento. Esta última toma o sofrimento como o caminho para a purificação da alma e para a libertação das paixões da carne.

Seguindo o curso dinâmico do nosso poder de ser afetado pelas forças exteriores, compreenderemos que o nosso estado atual de alegria – de perfeição maior - poderá ser passional, na medida que não formamos uma ideia clara a respeito das relações causais que a produziram. **Por conseguinte**, o nosso estado de tristeza – de perfeição menor - também poderá ser passional, uma vez que não formamos uma ideia clara a respeito das relações causais que a edificaram. **Decorre daí que somos afetados, preenchidos e movidos por afecções passivas alegres e tristes, com suas imagens e ideias reciprocamente associadas do nosso corpo com os corpos afetantes, como poderemos inteligir pelo diagrama abaixo:**



4. Caminhos para a superação do primeiro gênero do conhecimento

Peremptório é o caminho traçado para termos os fundamentos para uma clínica em Musicoterapia, ela mesma, esposada à potência do olhar filosófico que acolhe, a um só

tempo, um plano ético – de produção de sentido pelo próprio cliente e não através de interpretações ou de sentidos produzidos pelo terapeuta, um plano transtoral da existência – uma vez que a força de afecção musical é poderosa, podendo ativar afetos, imagens e ideias como matérias primas de trabalho para a produção das nossas leituras existenciais, aliando a potência de sentir à potência de pensar e agir, um plano político – compreendendo que mesmo num encontro “clínico individual” comparecem duas pessoas com seus modos de se realizar na vida completamente diferentes. Modos de se realizar com desejos, experiências, afetos, valores, ideias e crenças distintos, mas que convergem em algum ponto pelo menos. Daí o encontro, por definição, é um encontro político. Encontro de forças, que pelas conexões de ideias e pela união de afetos se esforçam na produção da autonomia, do protagonismo existencial, favorecendo à edificação de subjetividades não assujeitadas. Encontro marcado pela Crítica em meio à Clínica (DELEUZE, 1997). Encontro onde os modos existenciais se afetam, transtoralizando as suas existências em algum grau.

Retomando o fio do nosso caminhar, nos encontramos, mais uma vez, com as situações daqueles que se encontram conosco, paralisados no primeiro gênero do conhecimento. Cada um compo a sua partitura existencial quando tocado pela força de afecção, i.e., pela força de produção de efeitos, dos *corpos afetantes*. Avançando e ampliando o nosso olhar: não compomos sozinhos a nossa partitura existencial. Somos coautores da nossa existência, uma vez que afetamos e somos afetados pelo mundo exterior. Afetamos e somos afetados pelo mundo exterior, ele mesmo, deixando o seu rastro em nós. Cabe a cada um de nós dar a direção aos rastros destes encontros. Mas não nos adiantemos. A complexidade do nosso existir é movida, por sua vez, pela forma como sofremos as ações dos *corpos afetantes*: complexo poder de ser afetado.

Pelo que precede, traçar um novo plano para sair do primeiro gênero do conhecimento foi o objetivo para Espinosa: conhecer as afecções e os afetos do primeiro gênero para conjurá-los ao plano das noções comuns, ao segundo gênero do conhecimento. Sair das experiências vagas e do ouvir dizer, para entrar na potência do conhecimento adequado das afecções: ter ideias adequadas, devir ativo. Sair das ideias inadequadas, opacas, efeito das paixões, para sermos **causa de si**, isto é, **o ser que se causa a si mesmo ou que se produz a si mesmo, produzindo seu próprio sentido**. Sair deste gênero, como veremos, é conhecer os efeitos pelas causas, isto é, conhecer a relação causal que os produziu. Segue-se daí que sofremos influências no nosso fazer, sentir e pensar pela ação das coisas externas, mais numerosas e mais poderosas que nós.

Consoante Passos & Benevides (2003), Espinosa é um pensador do corpo e, com efeito, um pensador do inconsciente. Enquanto pensador do corpo-inconsciente, Espinosa tecerá a sua crítica à consciência. A consciência só recolhe efeitos e ignora as causas. Uma vez que somos permanentemente afetados pelo mundo, a consciência só recolhe partes daquilo que nos afetou: daí somos finitos nas nossas compreensões da realidade. Decorre daí que, segundo Espinosa, conhecer sempre será conhecer pelas causas. Conhecer pelas causas será, tão-somente, conhecer pela ordem das composições das coisas. De que dimensões e partes as coisas são compostas? Como estas dimensões e partes se relacionam? Cada coisa extensa, assim como cada ideia, se caracteriza por relações de combinação, por modos de conexão. Desta maneira, para o nosso modo de compreensão da realidade singular dos modos existentes – modelo ético espinosano – conhecer será, tão-somente, conhecer as experiências de composição e decomposição daquilo que constitui a natureza de uma dada expressão dos modos existentes.

Para compreendermos o que cada pessoa é capaz - com quem convém, com quem desconvém, com que outro corpo aumenta sua potência, quais são as qualidades de afecções/ideias, com quem diminui sua potência, quais são os afetos que lhes são associados, precisaremos verter nossa ótica ao sentido da **física espinosana**: conhecer as suas composições: **o que cada um pode enquanto potência de existir**, quais são os seus poderes, as suas afecções e com quais corpos em relação as produz!

5. Da composição das partituras existenciais

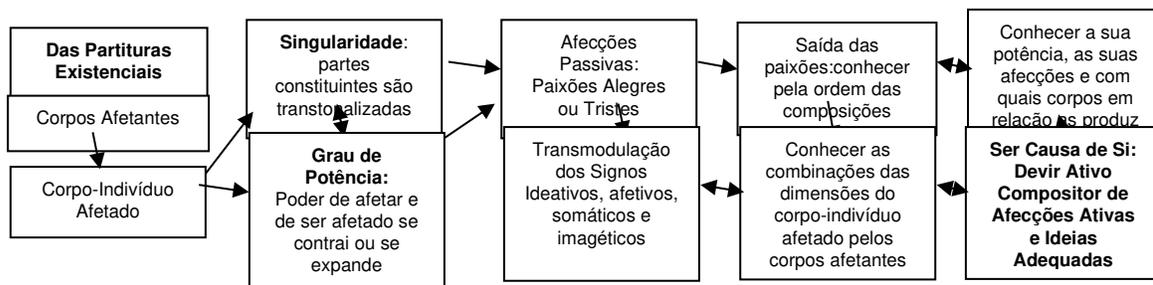
Inspirados em Espinosa (2000), afirmaremos que cada um deverá ser definido pela sua capacidade de se afetar nas suas relações com a vida. Estranho modo de definição dos seres. Definições que, nas suas diversas modulações, vêm afirmar a diferença imanente a cada modo existencial. Modos de viver, de sentir, de pensar e de agir completamente distintos uns dos outros. Seguindo esta proposição, estaremos de acordo com Espinosa quando é-nos apresentada a sua perspectiva sobre o que é um indivíduo. Um indivíduo será, tão-somente, definido por suas latitudes e longitudes (DELEUZE, 2002). Como será possível definir os modos existenciais por conceitos da geografia? E será por este estranho método de definições dos modos existenciais que Espinosa nos conduzirá. O plano de constituição de um corpo é composto por partes moles, duras, fluidas, pequenas e grandes. Estas infinidades de partículas são moduladas pelo encontro com outros corpos. Modulação das relações de movimento-reposo-velocidade-lentidão das suas partes constituintes. Por um lado, portanto, um indivíduo/corpo será definido por sua condição cinética/longitudinal, i. e., **um indivíduo é uma singularidade**. Condição de variação cinética que, por definição, emerge dos encontros entre este mesmo corpo com outros corpos. Variação das suas inúmeras dimensões constituintes que, na relação com outros corpos, modulam suas relações de velocidade/lentidão/movimento/reposo: variação de elementos não formados. As partes de um corpo se modulam/reconfiguram na relação com outros corpos, desta forma **um indivíduo também será definido como um grau de potência**, i. e., será definido por seu poder de afetar e de ser afetado. Partes metabólicas, fisiológicas, imaginárias, sensíveis se configuram sempre de outra maneira quando um dado corpo se relaciona com um outro corpo. Um corpo se relaciona com um copo d'água de forma diferente quando este mesmo corpo se encontra com um veneno. Teremos deste jogo complexo de interferências a expressão das **modulações dos domínios imanentes à unidade existencial: transmodulação existencial**. Modulações dos domínios imanentes à unidade existente singular e dinamizada em ato pelos entrelaçamentos com outros domínios.

Para pensarmos nas transmodulações dos domínios imanentes à unidade existencial, arriscar-nos-emos a enveredar na aventura de uma certa homologia entre um ser existente e uma nota musical. Uma nota musical é um ser singular uma vez que a sua diferença em relação à outra nota é interna. A nota “lá”, por exemplo, se caracteriza singularmente por vibrar 440 vezes por segundo. As 440 vibrações correspondem à frequência que a caracteriza como nota “lá”. Uma outra nota qualquer vibrará de forma diferente. Daí a singularidade de cada nota estará referida à quantidade de vibrações. No entanto, a nota “lá” expressa por um piano tem a cor do seu som – sua singularidade – distinta da nota “lá” emitida por um violão. Cada corpo-instrumento vibrará harmônicos que emergirão a cor do som que o definirá como a nota “lá” de um violão e a nota “lá” de um piano. Noutras palavras, o som fundamental da nota “lá” – 440 vibrações por segundo – se espousa ao maravilhoso fenômeno acústico

inteligido como os harmônicos. Os harmônicos são sons parciais que se acasalam à frequência básica da nota. Os harmônicos não são fáceis de serem identificados devido à baixa intensidade do seu som em relação à intensidade da frequência fundamental. Mas, serão os harmônicos que emergirão a singularidade timbrística do som de cada instrumento. O que proporcionará a distinção entre o timbre de uma flauta e de um piano será a intensidade variável dos harmônicos conectada às notas fundamentais tocadas. Assim, uma mesma nota – i.e., uma mesma frequência – produzida por um piano, uma flauta, um oboé ou trompa, irá soar completamente diferente. Diferença sonora devido à combinação dos comprimentos de onda que são ressoadas pelo corpo vibrátil de cada instrumento. Cada corpo vibrátil – corpo de cada instrumento musical – expressará, por sua vez, a nota frequencial fundamental e os harmônicos que a ela se ligam pelas ressonâncias. Ressonância que faz acasalar a nota fundamental com os harmônicos para nascer a cor do som de cada instrumento.

Temos aqui a expressão da singularidade de cada nota pelas vibrações frequenciais e pelos harmônicos de que **cada corpo-instrumento é capaz**. Cada nota é singular: expressão do ser do som pelas vibrações, frequências, harmônicos que caracterizam a sua singularidade. Por outro lado, uma nota musical sozinha não compõe uma música, assim como uma andorinha não faz sozinha um verão. Nesta instância, as possibilidades dos encontros intervalares entre notas musicais – na relação com a variação rítmica de movimento-reposo-velocidade-lentidão e com os silêncios-pausas – produzirão infinitas composições musicais. Composições musicais compreendidas como um ser existente complexo. Ser existente musical que subsume frequências num **jogo de afetações** pelas relações de movimento-reposo-velocidade-lentidão entre si. Jogos sonoros onde o poder de afetar e de ser afetado de cada frequência - e os harmônicos que a ela se esposa - entra em devir: uma vez em que as nossas ‘limitadas’ sete notas musicais se transmutam em infinitas possibilidades pela ordem dos encontros intervalares, rítmicos, dinâmicos, intensivos, expressivos. Nesta esfera, afirmaremos que **o grau de potência** – o poder de ser afetado – de uma nota musical se amplia quando se encontra na relação com outros corpos sonoros frequenciais. Ser e devir das frequências sonoras. Neste ponto, poderemos pensar numa certa homologia entre o nosso corpo vibrátil e os corpos dos instrumentos musicais: o que poderá o nosso corpo produzir, vibrando ideias, afetos e desejos na relação com outros corpos distintos do nosso? Nosso corpo - ao ser afetado por outros corpos - expressa harmônicos afetivos, ideativos, imaginários, configurando-se distintamente, dependendo de cada encontro. Nossas ideias, nossos afetos, nossas reações fisiológicas/somáticas vibram de forma singular, dependendo das percussões/afetações que recebemos de um dado corpo. **A cada encontro, novas partituras existenciais são compostas**. Seguindo a trilha do poder de afetar e de ser afetado das frequências sonoras, caminharemos na deslumbrante visibilidade que Espinosa nos dará sobre a condição de modularmos a nossa existência, i. e., aumentando o nosso grau de potência, o nosso poder de ser afetado. Assim, um animal ou um homem não será mais definido pelos gêneros e classes em que costumeiramente são classificados. **Cada ser será definido pela capacidade de afetos de que é capaz: qual será o máximo de afetos alegres ou tristes de que cada um é capaz? Qual será o limiar mínimo de afetos alegres ou tristes de que cada um é capaz? Quais são as condições/relações para que estas configurações se produzam?** Aqui nos encontramos com a possibilidade *dinâmica da existência*: condição latitudinal. Em resumo, cada **indivíduo** para Espinosa é, a um só tempo, **uma essência singular em ato e um grau de potência**. Cada um varia, num mesmo instante, as relações de movimento-reposo-velocidade-lentidão das suas partes (proposição cinética/longitudinal) e o seu poder de afetar e de ser afetado (proposição

dinâmica/latitudinal). “O conjunto das longitudes e das latitudes constitui a Natureza, o plano de imanência ou de consistência, sempre variável, e que não cessa de ser remanejado, composto, recomposto, pelos indivíduos e pelas coletividades” (DELEUZE, op. cit., p. 133). Apoiados por esta perspectiva, encontraremos diferenças substanciais e importantes nos modos de ser de cada um. Como, por exemplo, entre um cavalo de corrida e um cavalo de lavoura. “É porque o cavalo de corrida e o de lavoura não possuem os mesmos afetos nem o mesmo poder de ser afetado; o cavalo de lavoura tem antes mais afetos em comum com o boi” (DELEUZE, op. cit., p. 129). Pelo que precede, tomamos de empréstimo da filosofia espinosana outros olhares. Perspectivas que nos apresentam as noções de singularidade e grau de potência para podermos pensar a emergência da constituição de um dos objetos de nosso trabalho musicoterápico: ajudando na produção da leitura das afecções passivas daqueles que estão nelas enclausurados e, com efeito, compondo novos sentidos existenciais. Como podemos, numa primeira análise, ver pelo diagrama:



6. Cartografias ⁴² afetivas em Musicoterapia

Ao longo da minha vida a Música sempre esteve presente. A sua presença foi e, ainda, o é como um companheiro que instiga, movimenta, feito uma rajada de vento que nos lança para um “além de nós”. Encontrar a Musicoterapia foi a possibilidade de começar a produzir sentidos sobre as experiências que tinha desde pequeno com as músicas que vivenciava com meus pais e, depois de adolescente, como músico profissional. Depois, encontrar Espinosa foi como encontrar aquele amigo que não havia, ainda, conhecido. Aquele amigo que faz abrir os olhos, abrindo-nos ao entendimento de partes nossas tão obscurecidas, mas tão presentes nos nossos atos, nos nossos gestos, nos nossos desejos e ações. Conhecer Espinosa não é fácil. Por vezes, escutá-lo com os olhos não é tão diferente de escutar uma música que nos embebeda e nos vitaliza. Espinosa é um tônico, assim como Nietzsche dissera uma vez que a Música, antes de ser um sedativo, a Música, ela mesma, é um tônico. E foi, em meio às minhas vivências musicais e filosóficas que pensei num trabalho que pudesse os esposar. E é Nietzsche (1992) quem nos convida a mergulhar na efervescência da potência emocional/musical dionisíaca. Potência de vida que possui o estatuto de musical. Música/Tônico/Vida, ela mesma, liberta das amarras dos fixos sentidos. Liberdade produtiva de vida que não se subordina à razão, mas a ela precisará se esposar.

⁴² O conceito de cartografia é inspirada em Deleuze & Guattari (1996). Esta noção vem nos indicar a direção da leitura das redes de forças que compõem os acontecimentos, a vida. Este conceito poderá ser mais amplamente abordado na leitura dos autores.

Os encontros da vida e os em Musicoterapia são homólogos à Música: estão impregnados de tensões, dissonâncias, consonâncias, alturas sonoras que se entrelaçam para a emergência de uma polifonia de subjetividades, durações sonoras singulares mais curtas e mais longas, expressando os ritmos no interior de uma cadência nascida da ressonância entre subjetividades, entre cliente, grupo e musicoterapeuta. Encontros que pulsam, a um só tempo, momentos estáveis e instáveis através das ressonâncias que produzem coexistências de frequências existenciais singulares, defasagens rítmicas que proporcionam espaços no tempo para a produção de curvas e desvios. Curvas e desvios produtores de encontros entre existentes modos, filhos da alteridade. Curvas e desvios que se abrem pela ordem dos encontros movidos pelas sonoridades e afetos que nos retiram das nossas prisões históricas e mnêmicas. Encontros que ganham a sua consistência pela força das ressonâncias, assim como as moléculas de água que se colidem: após a colisão criam-se correlações entre essas moléculas. Correlações que, por definição, produzem, como efeito do encontro, ligações que conservam a vida entre-corpos. Conservação de vida efetuada pelas correlações advindas das ressonâncias que os ligam: assim como um som dura no tempo e entrecorta o espaço pela transação de frequências que ganham a sua consistência existencial pelos processos de coexistência ressonante entre a nota fundamental e os harmônicos que a ela se esposam. Os processos de colisão entre as frequências sonoras de cada corpo produzem efeitos. Efeitos de ligação: **ressonâncias existenciais**. Ressonâncias, elas mesmas, expressão dos processos de colisão dos sons. Colisão de sons que afetam os corpos. Corpos, eles mesmos, modulados pelas outras frequências. Ampliação do poder de ser afetado. Esta vivência pode ser atestada por todos os musicoterapeutas. Experiências de ampliação das ressonâncias entre-existências, mediadas pela força de afecção do som, da Música, dos instrumentos musicais. Afetos que impulsionam a produção de mais frequências sonoras. Frequências que entrarão em novas colisões: redes de novas ressonâncias. Novas expressões do universo estético transtional existencial: flutuante, ruidoso, caótico, intempestivo, tempestuoso, ordenado, para *ser e devir* no curso do indeterminado. Daí a variação dos corpos – dos clientes e do musicoterapeuta - que se modulam afetivamente, produzindo outras frequências intensivas. Isso porque cada som, assim como cada singular existência, corresponde na realidade não a uma onda pura, mas a um feixe de ondas, uma superposição intrincada de frequências de comprimento desigual – cada um emite os seus afetos/frequências afetivo/sonoras para mais ou para menos: variações de alegria ou tristeza. A cada momento, os encontros em Musicoterapia são timbrados pela singularidade colorística das frequências/afetos que vão se modulando pelo toque que os corpos sonoros incidem sobre seus corpos. Nosso corpo é vibrado por outros corpos, assim como as cordas do violão são vibradas pelo violonista. Corpo instrumento vibrado pelas ideias e afetos de outros corpos. Corpo afetado e produzido na relação recíproca com outros corpos. Nascimento de efeitos/afecções em cada corpo em relação, combinação, correlação. Combinação/acoplamento efetuada por ressonâncias. Ressonâncias que ligam afetos, ideias e sons: *afecsons*. *Afecsons*, filhos dos encontros. **Afetos nascidos em sons** movidos pela dinâmica entre-subjetividades que se processa no curso dos encontros, modulando as frequências das ideias, dos afetos, do mundo somático, dentre outros domínios da complexa existência. Será pela combinação do jogo frequencial afetivo vital – nas suas combinações e acoplamentos, interações, acasalamentos, núpcias – que teremos as teceduras composicionais modais de cada ser existente – cliente(s) e musicoterapeuta. Novas partituras existenciais expressam melodias nascidas por um feixe de frequências – ideativas, imagéticas, afetivas, metabólicas e sonoras - manifestas como corpo timbrístico: expressão da cor do som existencial. **Nascemos dos sons que, a um só tempo,**

nos gestaram, eles mesmos, expressos por nossos corpos. Ritual de produção de si no acomplamento entre trocas sociais de subjetividade, movidas pela força primaveril musical. Processos de colisão/gestação de corpos efetuados pela experiência do contemporâneo. Processos que expressam realidades. Universo ritual estético flutuante, ruidoso, caótico, entrópico, neguentrópico, produtor de realidades, de novas composições existenciais (MORIN, 2005c). Encontramo-nos ligados como um só corpo, num bloco de sons e de afetos que se ligam, se acoplam, se dissociam, se entropizam e se neguentropizam a todo instante. Movimento ritual dos *afecsons* que, em suas diversas expressões, singulariza-se em força, em potência, em vida. Vida que floresce mais uma vez: nascermos primavera dos nossos invernos em novas configurações de afetos e sons: *afecsons*.

No decurso do nosso trabalho no atelier de subjetividade em Musicoterapia, temos nos encontrado com diversos cenários-partituras existenciais com matizes e tons afetivos-ideativos-imagéticos singulares. Consideramos que cada pessoa traz consigo matérias primas maravilhosas – suas experiências, seus afetos, suas ideias, a força da imaginação, dentre outros materiais tão imateriais – mas, no entanto, não os exploram de forma criativa e, com efeito, de forma potente. Consoante com o que vimos pelas partes precedentes, estas pessoas estão enraizadas em afecções passivas. O trabalho do atelier de subjetividade em Musicoterapia é proporcionar que **cada um seja Artesão da sua própria existência**. Trabalho árduo no qual oferecemos ferramentas para que cada um possa construir seu próprio sentido, sua própria direção: ser protagonista da sua história. Uma imagem que costumo oferecer é a seguinte: em geral as pessoas estão viajando na posição de carona em suas vidas. Os sentimentos tempestuosos, as ideias confusas, as imagens de um passado ou as imagens de um futuro incerto invadem a sua existência presente. Para muitas pessoas esta matéria prima que lhe pertence se tornou o seu motorista. São estas experiências tempestuosas que guiam a sua existência, ou, pior, nas situações quando outras pessoas se sentaram na posição de motorista para guiarem a sua vida. No nosso atelier, cada um tentará, dentro do possível e na medida do bom tempo, aprender a sentar na posição do motorista. Dar as direções das suas ideias, dos seus afetos, das suas imaginações, dos seus desejos, e, com efeito, das suas ações.

E é assim que, no decurso do tempo, construímos juntos direções para a produção de sentidos mais libertários e criativos através da leitura das afecções. Em geral, as pessoas que nos procuram queixam-se da forma como estão vivendo a vida, suas relações, sobre como lidar com seus sentimentos. Estão aprisionadas num modo de se ver, de se sentir movidas pela dinâmica das ladainhas. A sensação da vida é a de uma vida que não faz mais sentido, repetida, sem criação, sem novidade, sem liberdade. Chamamos este modo de dinâmica existencial como “existências ladainésicas” (PEIXOTO, 2007). É trivial que estas pessoas estejam tão próximas das suas lamentações e queixas, aprisionadas no primeiro gênero do conhecimento, em imagens fotográficas das suas situações de vida, ou em afetos tempestuosos que tumultuam suas ações ou, ainda, em ideias confusas sobre como devem agir ou não, ou tudo isto ao mesmo tempo. Estão muito próximas destas experiências, mas, por conseguinte, distantes da sua relação com o corpo! Nós, musicoterapeutas, através das nossas disciplinas da área de sensibilização – fundamental para a minha formação – experimentamos de diversas maneiras a experiência com as dimensões corporal, imagética, sensitiva e emocional. Baseado nestas experiências e, em outras, proporciono um momento no qual após ter conhecido relativamente as histórias de uma dada pessoa – história pessoal, seus vínculos sociais, familiares etc., história musical – músicas que lhe afetaram no decurso da vida, história valorativa, quais os seus valores e crenças e como os construiu, história

sensível e emocional, quais emoções são importantes na sua vida e como as utiliza, história corporal – qual a relação com o seu corpo e a imagem que faz deste – começamos a nos aproximar de uma parte tão próxima e tão distante de si: seu corpo! Em geral, estas pessoas estão “superlinkadas” às percepções de sensações e afetos desconfortantes, imagens e ideias turbulentas. Vale ressaltar, as expressões das nossas emoções, ideias, imagens e ações possuem as suas representações bioquímicas no corpo. Desta forma, assim como existem padrões ladainésicos repetitivos de ideias, sensações, emoções, sentimentos, imagens, temos, por sua vez, a expressão bioquímica corporal. Não podemos nos esquecer que as nossas ideias, imagens, desejos, paixões se dão num corpo. Corpo também bioquímico que não se reduz à bioquímica como resposta às expressões das outras dimensões, também, corpóreas. O tom da vida destas pessoas expressa, em geral, uma realidade menor, reduzida às paixões tristes. Convido, inicialmente, se a pessoa permitir, é claro, a entrar em contato com o seu território corporal. Aprendemos juntos sobre quais partes do seu corpo estão bloqueadas. É comum o segmento torácico e abdominal apresentar bloqueios. Começamos através de uma respiração trifásica – inspirando em três tempos, prendendo o ar em três tempos e expirando em seis tempos por entre os dentes – a produzir este contato. É comum as pessoas apresentarem dificuldades em projetar o abdômen para fora quando inspiram: coloco um livro no abdômen e solicito para inspirarem em três tempos, levantando o livro em três níveis. Desta forma a conexão com o corpo, através do abdômen, vai sendo inicialmente produzida. Solicito para que fixe a sua mente na imagem do livro subindo, quando inspira, parado no alto quando prende o ar e descendo quando expira prolongadamente. Sua mente fica no presente da sua experiência corporal. Nenhum pensamento, nenhuma imagem do passado ou do futuro intervém neste momento. As suas afecções na mente têm a presença da imagem do seu próprio corpo: imagens sensitivas respiratórias, imagens do corpo entregue ao chão, imagens da contagem em três tempos quando inspira, em três tempos quando prende o ar, em seis tempos quando expira entre os dentes, a imagem do som sibilante (ssssssssssss.....) quando expira e, com efeito, as imagens sonoras da música que banha este momento. Gosto de improvisar alguma música ao piano, criando uma atmosfera sonoro-musical, após ter escutado um pouco sobre como a pessoa está naquele dia. Esta primeira escuta me interfere, produzindo afetos e imagens na minha subjetividade. Estas afecções se mobilizam para a produção da música que será composta quando esta experiência corporal se efetuar. Este é um dado importante. A subjetividade do musicoterapeuta sendo transtonalizada pelos tons afetivos, ideativos e imagéticos - dentre outros - do cliente para a produção de um momento composicional entre-subjetividades em Musicoterapia. Um plano de forças se tece neste instante: força-respiração, força-imagem corporal, força-contagem, força-imagem sonora sibilante, força-peso livro, força-paisagens sonoro-musicais, força-afetos sensações corporais, força subjetividade sonoro-musical do musicoterapeuta compõem a transtonalização da subjetividade desta pessoa. Este plano de forças engendra uma experiência maravilhosa e, porque não afirmar, extraordinária! Uma vez que possibilita a criação de uma saída das sensações, ideias, afetos e imagens vividos ordinariamente na sua cotidianidade! Opera-se, desta forma, uma possibilidade de transversalização de uma dada maneira de sentir, pensar e agir! Como possibilidade clínica para a operação de abertura de novas trilhas, novas rupturas, novos caminhos para a produção de subjetividade. Subjetividades mais criativas e menos aprisionadas nos estratos históricos mnêmicos. Este é um trabalho simples, mas que produz efeitos extraordinários! Retira-nos das nossas ladainhas existenciais, para nos convidar a abrir passagens de subjetividade no presente que escorre diante de nós! O trabalho com o corpo é fundamental para ativar a leitura das nossas afecções.

Poderíamos problematizar: como fazer a leitura das nossas afecções, uma vez que estamos distantes da nossa experiência corporal, i. e., não fazemos contato com aquilo que sentimos? Como fazer leituras, esposando a potência de pensar com a potência de sentir, uma vez que o pensar e o sentir estão tempestuosamente confusos? Apostamos na afinação entre as dimensões imagéticas, ideativas, afetivas, sensíveis, somáticas, dentre outras. Assim como se afina um violão todas as vezes, para por seu turno, tocá-lo, podemos afinar a nossa mente com o nosso corpo para podermos, por sua vez, colocá-los em pleno exercício das suas funções.

As leituras das afecções já começam com o trabalho corporal: quais as sensações nasceram no corpo com este encontro - entre imagem do corpo, respiração, música etc.? Em geral, as pessoas têm dificuldades de falar sobre o que sentem. Pode ser que inicialmente, neste processo de aprendizagens das leituras sobre a sua existência, o musicoterapeuta indique alguns caminhos: “observe as partes do corpo, partes soltas, partes presas, partes com alguma dormência, formigamentos etc.”. Inicialmente isto facilita a leitura das sensações. Num segundo momento poderá perguntar-se sobre os afetos ou, numa outra linguagem, quais são os seus sentimentos: é comum as pessoas falarem: estou mais tranquilo, estou com um sentimento de liberdade, etc. Conversar sobre os efeitos da experiência é fundamental. Efeitos que nasceram do encontro produzido pelo plano de forças que transtionalizaram a sua existência naquele acontecimento clínico. Conversar sobre este plano modulatório das suas dimensões existenciais é peremptório para que possa perceber que **estamos sendo afetados, tocados permanentemente pela vida**. Afetados e, com efeito, nossa subjetividade, nossa forma de sentir, pensar e agir, sendo modulada incessantemente pela força de afecção dos nossos encontros. Estes trabalhos corporais produzem efeitos imediatos quando a pessoa os coloca em prática na sua vida! Solicito que busque as músicas que possam compor este momento de cuidado de si! Vamos construindo um dispositivo de cuidado de si e, com o tempo, as suas percepções, a sua sensibilidade, a sua leitura afetiva vai se ampliando! Para as pessoas super-ocupadas solicito que façam as respirações, utilizando sons na expiração. Estes sons, como pequenos bija-mantras, proporcionam a vibração sonora que ajuda como componente força-sonoro-musical. Solicito que façam a cada hora, um minuto, nem que seja dentro de um banheiro! A experiência demonstra que esta prática ajuda na modulação da subjetividade, tonalizando-a de forma que não seja tomada pelas forças afectantes. É uma forma de proporcionar, também, outro padrão neurofisiológico de produção de outras ligações e liberações bioquímicas (DAMÁSIO, 2004).

Decorre daí que precisaremos dar um passo adiante na construção do processo de leituras das nossas afecções. Pelos estudos e pesquisas dos textos espinosanos fui tocado pela seguinte parte:

[...], no deduzir do estudo da natureza humana e, para contribuir para as investigações matemáticas, tive todo o cuidado em não ridicularizar as ações dos homens, não as lamentar, não as detestar, mas adquirir delas verdadeiro conhecimento. Considerei também as emoções humanas, tais como o amor, o ódio, a cólera, a inveja, a soberba, a piedade e outras inclinações da alma, não como vícios mas como propriedades da natureza humana: maneiras de ser que lhe pertencem como o calor e o frio, a tempestade, a trovoada e todos os meteoros pertencentes à natureza atmosférica. Seja qual for a perturbação que possam ter para nós estas intempéries, elas são necessárias, pois têm causas determinadas de que nos preocupamos em conhecer a natureza, e quando a alma possui o verdadeiro conhecimento destas coisas, usufrui dele tal como do conhecimento do que dá prazer aos nossos sentidos (op. cit., p. 440).

Pelo que precede podemos perceber a ousada consideração que Espinosa nos propõe: afirmar cada afecção, tomando-as como nossas partes constituintes que nascem de causas determinadas. Uma vez que as afecções nascem da força dos nossos encontros – mesmo no caso no qual não tenhamos a presença de uma dada pessoa ou força afetante, mas, por seu turno, estas comparecendo na nossa imaginação, ou como modo afetante afetivo sem imagens – nós poderemos conhecer a tecedura de relações de forças dos corpos afetantes que nos afetam, produzindo, por conseguinte, efeitos de subjetividade, efeitos nos nossos modos de sentir, pensar e agir. Poderemos conhecer as causas – não do modo linear causa-efeito newtoniano – mas, seguindo a lógica que qualificamos num outro trabalho como um modo de conhecimento, pela perspectiva da ductilidade, i. e., pelo Artemétodo do estiramento, daquilo que se pode reduzir a fios, distendendo-os sem se romper, para a produção de sentidos pela leitura de relações de forças das forças afetantes, produtoras de efeitos em nossas subjetividades e, com efeito, sendo afetadas por nossas subjetividades. Desta maneira, o método da *Arte ductilidade* tem o estatuto de fazer ver e de fazer falar as diversas manifestações de relações de forças de corpos afetantes. Relações de forças complexas que se tecem juntas. Relações de forças que produzem afetos, ideias e imagens: um plano de afecções. Tomar este plano como objeto, desfiando-o, sem se romper, para poder tecer novos sentidos, novas maneiras de viver nossos encontros, viver a vida.

Em meio aos nossos trabalhos de ressensibilização do território corporal, também proporcionamos como ferramenta de trabalho a leitura das afecções de diversas maneiras. Poderemos estar conversando sobre algum tema – qualquer tema, não necessariamente temas tristes! Durante o tempo da conversa o musicoterapeuta faz uma leitura da prosódia – da melodia da voz – do ritmo, da dinâmica da fala, a um só tempo, atento às expressões do corpo como um todo. Esta leitura das expressões do corpo associados ao tema pode ser de muita importância na confecção de trabalhos corporais. Geralmente pergunto se a pessoa está disponível para cartografar o tema abordado: sugiro que a própria pessoa dê o título do tema. Segundo, sugiro que a pessoa faça um momento de contato com o seu corpo, buscando uma maior aproximação consigo e com o seu universo sensitivo-afetivo. É hora de se aproximar das experiências afetivas. A sugestão é a de que a pessoa fique com a imagem do seu corpo. Após algum tempo, sugiro que a pessoa entre em contato com imagens que se relacionam com o tema abordado. Gosto de criar alguma música, ou executar alguma música que já tenha feito sentido para a pessoa. No momento da execução, seja no violão ou no piano, já tenho algumas indicações da movimentação expressiva afetiva da pessoa pela leitura que fiz das suas expressões corporais relacionadas ao tema. Acho extremamente interessante criar as músicas, uma vez que posso produzir variações dinâmicas intensivas sonoras, elas mesmas, contribuindo para a modulação afetiva da pessoa. Após algum tempo, sugiro que a pessoa retorne ao momento presente. Este processo pode durar de 10 a 15 minutos. Forneço papel e caneta, ou lápis de cor, para que, **primeiro**, possa escrever o nome do tema; **segundo**, desenhar alguma imagem que se relaciona com o tema – as pessoas trivialmente falam que não sabem desenhar, afirmo que não temos preocupações estéticas, mas, sim, que tenhamos a representação de uma imagem que possa nos levar a outras imagens mentais; **terceiro**, que faça uma pesquisa na lista de afetos. Esta lista foi construída há pelo menos 10 anos, em meio ao trabalho com os grupos que faço no Programa de Sensibilização

Mental de Macaé (RJ) e com os clientes do atelier de subjetividade. Ela nasceu como efeito dos estudos e pesquisas dos textos espinosanos. A lista, de um lado, possui organizadas as séries de afecções alegres e, de outro lado, as séries de afecções tristes. Cabe ressaltar que

todas as variações intensivas, i. e., as dinâmicas modulatórias afetivas, tais como, a impressão de expansão, contração, estar aberto, fechado, brilhante etc. – as sensações cinéticas, térmicas e de consistência – pulsação, lento, rápido, vibrante, quente, frio, tremor, gelado, dormente, duro, mole etc. – os sentimentos – agonia, desamparado, paz, ousadia, certeza, incerteza etc. – estarão, cada um, sendo derivados e referidos aos afetos de alegria ou de tristeza. Existem estranhos afetos na série de afetos de alegria: como o de uma crueldade alegre – nascida da imagem de sofrimento da pessoa que alguém detesta. Poderemos definir estes tipos existenciais como aqueles que se alegram com a tristeza dos outros.

Após o desenho da imagem que se liga ao tema, sugiro que faça uma série de afetos, pesquisando na lista afetiva. É comum, numa mesma, experiência encontrar-se afetos de natureza alegre e triste. Cabe ressaltar, em meio a cada passo dado no trabalho de cartografia a Música está presente. No caso das pessoas que estão iniciando o trabalho de pesquisa, vou dando pequenas interrupções na execução musical para indicar o próximo passo. No caso de pessoas que já conheçam os procedimentos e as etapas, não há interrupções da música executada. Importante destacar que a Música também se dinamiza pelas expressões do cliente. Observar seu semblante, sua postura corporal, os movimentos da mão escrevendo, a posição e tônus da outra mão, os momentos de pausa e de reflexão, os momentos que seu olhar se perde no infinito noutras imagens, os momentos em que mergulha em sensações, afetos e imagens quando fecha os olhos, tudo isto e muito mais que possa acontecer no instante da sua cartografia são de máxima importância. Tudo isto ajuda na construção da música que será executada, produzindo um *corpus ambientis* sonoro-musical que, de certa forma, produzirá um plano de composição de imagens, ideias, afetos, sons, ritmos, harmonias, enfim, de vida que se expressa em ato! Cumpre notar, com a passagem do tempo e com a relação que vai sendo construída no atelier de subjetividade em Musicoterapia, as composições musicais construídas vão se tornando mais próximas da dinâmica afetiva-ideativa-imagética-somática de cada pessoa.

Após a série afetiva cartografada, temos o **quarto passo**: buscar explicar a natureza de cada afeto. Este trabalho é mais complexo, mas, com algumas indicações, torna-se possível. Uma indicação poderá ser: este afeto se liga a que parte do tema? Ou ainda, este afeto se liga a que imagem? – mesmo que não seja a imagem desenhada, mas uma outra que se desdobra do tema. Neste momento é fundamental a força da imaginação se esposando à potência de pensar e de sentir. Espinosamente, poderemos sugerir uma “fórmula” que ajudará na explicação de cada afecção afetiva: cada afeto nasce como afecção da relação com uma imagem. Cada um tem a ideia de si mesmo pelas afecções que lhe determinam o seu estado de corpo, em ato, a agir. Pelo escólio II da Proposição XVIII livro III, Espinosa nos indicará:

Com efeito, a esperança não é senão uma alegria instável, nascida da imagem de uma coisa futura ou passada, de cujo resultado duvidamos; o medo, ao contrário, é uma tristeza instável, nascida também da imagem de uma coisa duvidosa. Se se retira a dúvida dessas afecções, a esperança transforma-se em segurança e o medo em desespero, a saber, a alegria ou a tristeza nascida de uma coisa que temos ou esperamos.

Estes são alguns exemplos das definições das afecções encontradas em Espinosa. Podemos verificar que o nosso estado de corpo do presente tem como indicadores as imagens afetivas, as imagens ideativas e imagens imaginativas. Temos uma imagem das sensações e sentimentos que se misturam com as imagens de ideias que fazemos sobre as imagens que

ficamos imaginando. As pessoas que nós acompanhamos no atelier de subjetividade se aprisionam nesta miscelânea de imagens vagas, confusas e mutiladas.

Poderemos utilizar a “fórmula” espinosana para abrir passagem às dificuldades de definir aquilo que sentem, sobre como nasceu este estado afetivo. Importante lembrar para o nosso cliente que cada estado de corpo, cada imagem, cada ideia que formamos sobre nós é decorrente de uma física dos encontros. Assim como um instrumento precisa ser percutido para que possa produzir sons, nós precisamos ser tocados para que efeitos se produzam em nós. No momento das definições dos seus estados de corpo, poderemos dizer: “alguma imagem te tocou para nascer este afeto? Qual imagem se liga a este afeto?” A fórmula começa a se tecer: afeto de alegria ou tristeza – que nasce de uma imagem (ou muitas) – do passado ou do futuro – produzindo uma ideia – que traduz o seu sentido existencial atual. Este procedimento ajuda na construção das relações comuns, i. e., das noções comuns. A cartografia afetiva em Musicoterapia não se reduz às definições das afecções, mas, por sua vez, ainda em encontrarmos os pontos comuns que nos ligam aos corpos afetantes, suas íntimas relações, suas conveniências e inconveniências e combinações que expressam a sua essência singular em ato, i.e., seu ser que se expressa em ato, no decurso do tempo a vogar.

Espinosa nos enunciará a este respeito pela proposição XXXIV do livro IV da *Ética*: “na medida em que os homens são dominados pelas afecções, que são paixões, podem ser contrários uns aos outros”. Decorre daí, por conseguinte, que existirão tantas espécies de afecções quantas são as espécies de objetos pelos quais somos afetados. Desta esfera, não poderemos explicar a natureza das nossas afecções isoladamente: precisaremos compreendê-las complicadas num feixe de relações. Nossas afecções serão definidas pela potência, pela natureza das causas externas em comparação com a nossa. Aqueles que continuam dominados pelas paixões terão, por seu turno, também um maior número de ideias confusas e mutiladas: ideias inadequadas. No entanto, aquele que conseguir conhecer e explicar as suas afecções - nascidas do encontro com outros corpos – estará saindo do primeiro gênero do conhecimento para o ingresso no segundo gênero do conhecimento: sair das paixões para a formação das noções comuns. Nesta esfera, “a natureza de cada paixão deve necessariamente ser explicada de maneira que exprima a natureza do objeto pelo qual somos afetados” (ESPINOSA, op. cit., p. 319). Mesmo as alegrias precisarão ser explicadas, uma vez que uma determinada forma de alegria deriva de um tipo de relação distinta das alegrias que nascem do encontro com outra relação. As tipologias de afecções alegres e tristes são distintas por natureza: nascem de causas de natureza diversa. Decorre desta afirmação que a lista da cartografia afetiva vem servir como uma ferramenta conceitual das variações intensivas/afetivas que transitam em nossa existência, efetuada pela modulação dos nossos encontros. As variações intensivas/afetivas poderão ser produzidas, mesmo que sejam pelas lembranças – que envolve as imagens/marcas/vestígios dos corpos exteriores em nossa memória - de sorte que estas invadem o instante atual, modulando a existência num estado de cristalização/reactividade ou pelo movimento de expansão existencial.

Após as definições ideativas da lista afetiva, derivada das imagens a elas associadas, poderemos encontrar a existência de pontos comuns entre os corpos afetantes e a nossa existência. Encontrar algum ponto comum da nossa natureza na relação com a experiência sensível de outra pessoa produzirá em ambos a ideia/afeto de conveniência/ressonância ou inconveniência/afastamento.

Deleuze (2002) afirmará que a Arte das noções comuns poderá ser produzida mesmo no caso das inconveniências entre os corpos. Poderemos nos tornar aptos a encontrar nas relações mais distintas o que há de comum entre o nosso corpo e o corpo do outro. Por

exemplo, uma experiência entre três adolescentes. Dois rapazes estão “a fim” de uma mesma garota. Os dois sabem deste fato, ela também. Quando um deles imagina a imagem dela, em seguida sobrevém à sua mente a imagem do outro rapaz. Esta imagem produz afetos de raiva, filha da tristeza, nascida da imagem de uma outra pessoa a desejar o mesmo objeto de desejo; insegurança, filha da tristeza, nascida da imagem de uma decisão futura da moça sobre aquele que será o seu namorado; dúvidas, filha da tristeza, derivada do medo de receber um “não” etc. Por sua vez, quando o outro rapaz imagina a imagem da moça, nascem afetos de esperança, filha de uma alegria que ainda não se realizou, nascida da imagem de poder se encontrar com ela ao final da tarde; de potência, filha da alegria, nascida ao se sentir afetado pelas boas imagens que forma na sua mente na relação com ela, de segurança, filha da alegria, nascida da imagem de não ter medo da decisão que a bela moça poderá tomar. Podemos verificar quais são as afecções que cada um é capaz nesta relação. Enquanto num se produz os filhos da tristeza, no outro se produz os filhos da alegria. Enquanto um se paralisa em afecções destrutivas, o outro afirma o acontecimento, se lançando ao encontro, apesar do que poderá acontecer: afirmando a dor e o prazer como partes imanentes da complexa aventura do viver. Bem, pelo que precede, em meio às capacidades afetivas de cada um nesta relação, temos pelo menos um ponto em comum entre os dois rapazes: eles desejam o mesmo objeto de desejo, mas, cada um, expressando maneiras de sentir, pensar e agir distintas.

Numa palavra, encontrar a ordem de composição das nossas relações torna-se uma direção: para organizar os bons encontros, compor relações mais potentes, não se deixar capitular às forças que tentam nos dominar, experimentar os encontros aumentando o nosso poder de afetar e de ser afetado: aumentando a nossa realidade, os nossos poderes, os nossos mundos. Aqui reside o movimento crítico em meio à clínica musicoterápica de leitura das afecções.

Considerando que as cartografias afetivas em Musicoterapia têm como objeto oferecer ferramentas para que cada um aprenda a governar as suas paixões, i. e., para que possam sair do domínio do primeiro gênero do conhecimento e, com efeito, entrar no segundo gênero do conhecimento para a formação de noções comuns, poderemos nos servir de outros caminhos facilitadores dessa empreitada.

Uma outra forma de cartografar as afecções será, após destacarmos um tema em tela no encontro musicoterápico, produzir uma história, utilizando as afecções pesquisadas. Em geral, utilizamos algum trabalho corporal para sensibilizarmos as dimensões sensíveis, antes de produzirmos a pesquisa afetiva e, com efeito, a história. Claro que o potencial criativo do musicoterapeuta poderá encontrar recursos, dispositivos que produzam outros caminhos sensíveis para o trabalho. Bem, poderemos escolher uma música juntos ou o musicoterapeuta, poderá surpreender o cliente, escolhendo a música – talvez uma música que faça parte da história sonoro-musical do cliente, ou uma música criada no momento pelo musicoterapeuta. Após a pesquisa afetiva, o cliente escreverá uma história utilizando os afetos listados, sendo guiado pelo *corpus ambientis musical*. A Música será o motor que impulsiona as imagens, as ideias e os afetos listados – e outros que nascerão no curso do trabalho. O cliente imaginará outros personagens, outras pessoas, não se incluindo na história. Após este trabalho que comparecem forças diversas de diversas dimensões – do musicoterapeuta e do cliente – o musicoterapeuta poderá ler a história – utilizando, se for possível, um microfone, criando uma atmosfera ampliada do que é lido – para o cliente de olhos fechados. Geralmente as pessoas se identificam com aquilo que escreveram. Afirmam sentir a sua história, encontrando algum ponto comum com suas vidas. Afinal, há algum ponto comum entre o

criador e aquilo que, por definição, é sua criação! Este é um outro recurso que coopera na formação das noções comuns, da leitura das afecções.

Uma outra possibilidade é a das composições musicais: é muito gostoso compor com os clientes. Estes acabam se transformando em “parceiros” musicais! Uma cartografia poderá servir como exemplo. O tema do nosso encontro foi: “não parar de ser”. Em meio ao nosso encontro, fomos conversando sobre o conceito “Ser”. Apontei que aquilo que se define como nosso “Ser” está muito ligado à nossa forma como nos vemos. Vemo-nos através das imagens daquilo que fomos e daquilo que desejamos “Ser” e não desejamos “Ser”. A história do nosso presente é feita destas dimensões: nosso ser é, a um só tempo, passado e futuro que comparecem no nosso presente que escorre num tempo a vogar. Trouxe a imagem de uma pessoa com amnésia: ela não sabe que “É”. Seu “Ser” perdeu o sentido de “Ser”: não há uma história passada e futura que faça as ligações com o seu presente. Por sua vez, conversamos sobre o devir do ser. O ser enquanto devir ou vir-a-ser: cada um tendo uma história e desejos de um futuro, mas, não se aprisionando, nem numa ou noutra dimensão. Poder se abrir à invenção de si. Esta conversa toda foi atravessando o nosso encontro. Diga-se de passagem: esta cliente já conhece bem o trabalho cartográfico, utilizando com destreza em sua vida. Solicitei que pudesse fazer o trabalho de sensibilização respiratória corporal. Toquei ao piano a música *Palhaço*, de Egberto Gismonti. Um clima de tensões afetivas – em mim também – se produziu, engendrando a seguinte carta afetiva:

Tema: Não parar de ser.

Cansaço: nascido da imagem de não parar de pensar.

Falta: nascida da imagem de sentir falta de mim mesma, de se conhecer.

Medo: nascido da imagem de parar de ser e estar realmente presente na minha própria vida e olhá-la de frente.

Rigidez: nascida da imagem de ser o tempo todo. Ser o tempo todo dá a impressão de ter opinião, valores rígidos, com dificuldade de enxergar outra forma de ser.

Alerta: afeto nascido da imagem de estar sempre alerta, sendo o que já tinha sido e planejando o que seria no futuro.

Arrogância: nascida da imagem de ser o tempo todo, achando que era melhor que os outros.

Acomodação: ser o tempo todo dá a sensação de estar segura e em um lugar cômodo. O que faz nascer a inquietação.

Utilizamos esta série cartográfica afetiva para a produção do sentido da sua experiência através de uma composição:

VÍCIO DE SER

Sendo o tempo todo, ela não se descobria

Descobria o tempo todo a falta de si, a falta de si...

Sendo o tempo todo, ela pensava sem parar

Pensava o tempo todo não ter tempo de ser... Não ter tempo de ser...

O hábito aliviando a dor

Das correntes do seu vício de ser, do seu vício de ser...

Apesar de tudo, ela aprendeu a esquecer

Das correntes do seu vício de ser, do seu vício de ser...

Se libertar de tanto ser... Libertar a vida... Afirmar a dor e o prazer de viver...

O sentido produzido pela composição tem proporcionado caminhos importantes na vida desta pessoa. Novas possibilidades existenciais são clarificadas pela possibilidade de criar e compor com as matérias primas afetivas, ideativas e imagéticas.

As composições podem ser feitas com adultos, crianças, adolescentes. Costumamos gravar as nossas composições. O efeito é muito interessante: as pessoas percebem que são capazes de criar, de inventar, utilizando matérias primas imateriais como meios possíveis, inventando novas formas de se ver, de se sentir, produzindo novos sentidos existenciais: produzindo vida!

Em meio ao caminho de produção de sentidos, para sairmos do primeiro gênero do conhecimento, foi produzido um livro poético que em sua grande parte nasceu nos encontros no atelier de subjetividade em Musicoterapia. As palavras poéticas de Brennan criam condições de sermos afetados por elas para a produção de agregados sensíveis que nos impulsionam, por sua vez, à criação de novas maneiras de ver a vida, de sentirmos a complexa aventura do viver.

*Essas muitas das de mim estremeçeram
quando levantei um pouco da pele adormecida.
De onde vieram tão suadas, coladas em um só abraço?
Era um jogo de peles peguntas, úmidas...
Colam-se descolam-se grudam-se.
E, de repente, Eu pura pele, corpo pele,
pele memória, pele paisagens, pelo arrepios
pele amada, pelo mutante,
pele, poros abertos, bocas e olhos,
pele prazeres,
choro de peles suores.
Rasgo-me em peles, em tantas, ultrapasso a pele.
Toco com a delicadeza a alma da pele, apenas toco.
O toque tem o poder de desenhar universos.
Descubro então poderes de estornar a pele,
descubro poderes de deletar memórias,
descubro poderes de criar carapaças,
descubro o poder de redesenhar mistérios,
descubro o poder de ser casca de ovo.
(RITA BRENNAND, 2001, p. 25)⁴³*

O toque tem o poder de desenhar universos. A Música, como matéria sonora, nos toca, engendrando afecções de diversas ordens. Boa parte do livro de Rita nasceu da força de afecção da Arte musical, revelando-se e expressando-se como matéria-livro.

Bem, um outro recurso que utilizamos é a cartografia afetiva através da projeção de imagens por um projetor multimídia associadas à Música. Imagens da natureza, de pessoas, de animais, de lugares associadas à força de afecção das músicas – em geral instrumentais, eruditas, rocks progressivos dentre outras músicas instrumentais. Claro, antes do trabalho, é necessário preparar o “terreno” dos modos de sentir e pensar de cada um! Algum trabalho corporal-respiratório será necessário, ampliando a sua conexão consigo! Após este trabalho, vamos à etapa de cartografarmos os efeitos da sua subjetividade – seus modos de sentir, pensar, imaginar etc. – na relação com os corpos afetantes – música, imagens e terapeuta. Sugiro que busque encontrar partes que mais lhe afetam em cada imagem, percebendo as suas relações com a música que está sendo executada. O que a música conta? Ela conta uma história associada à imagem? Quais as partes mais afetantes? Após este primeiro momento, a pessoa pesquisará na lista afetiva as variações do seu estado de corpo, seus afetos. Ela

⁴³ BRENNAND, Rita. *Objetos da Terra*. Vitória (ES): Flor & Cultura, 2001.

descreve numa folha as partes que lhe afetou: partes da música que se associam às imagens. Coloca ao lado os afetos que nasceram deste encontro com as imagens sonoro-visuais. Após este trabalho, descreverá as causas que os engendraram. Poderá afirmar que a imagem dos galhos da árvore seca produziu uma sensação de estar envelhecendo e a parte da música mais dinâmica produz a sensação de estar nascendo de novo. Em meio a estas afecções, poderá escrever alguma história, alguma poesia, poderá cantar alguma música que se conecta com o tema, dentre outras possibilidades, buscando relações – ou não – com a sua vida.

O sentido só faz sentido quando é sentido! O seu sentido existencial vai se produzindo à medida que consegue descrever, sentindo e pensando sobre a comunidade de afecções que lhes atravessa como filhos-efeitos dos seus encontros. Conhecendo-se a partir dos toques que seus encontros lhes oferecem. Conhecendo os seus poderes, aquilo que é capaz a cada encontro. Este trabalho cartográfico pela força do encontro imagético sonoro-visual é uma das formas que proporcionamos para o convívio mais próximo e inteligível com o mundo modulatório das afecções.

Também solicito, ao longo do nosso trabalho, que cada pessoa faça um CD com músicas significativas da sua vida e, por sua vez, que faça um CD com fotos da sua vida – ou que traga as fotos. Da mesma maneira como na descrição anterior, utilizamos as fotos projetadas associadas às músicas, em geral instrumentais, para a produção das afecções. Estes encontros são carregados de fortes afetos. Estes trabalhos fazemos com clientes que estão há algum tempo sendo trabalhados com a cartografia. É trivial comparecerem, a um só tempo, afetos tristes e alegres numa mesma imagem acompanhada pela música. Este trabalho tem proporcionado a leitura das afecções do passado que ainda persistem no presente. Proporcionando uma visão de certos “blocos afetivos” que ainda comparecem no presente, mas que se arrastam desde situações já passadas. No entanto, estas afecções são ativadas no presente através das situações que possuem algum contorno, alguma similaridade, com outras forças afetantes produtoras destas mesmas afecções. Cabe ressaltar, poderemos ter afecções muitas parecidas, em contextos diferentes, i. e., afetos, ideias, reações somático-fisiológicas e ações “parecidos” que são ativadas por situações diferentes. Estas afecções que se “repetem” nunca são exatamente iguais. Mas existe um tom afetivo, ideativo, imagético e somático que o identifica como “parecido” ou “igual”, na relação com outros personagens, diferentes na identidade, mas, fazendo-os funcionar no presente como “inéditos”, como se fosse “pela primeira vez”. No entanto, estas experiências expressam blocos afetivos que se expressam mediante condições especiais. Conhecer as forças afetantes engendradoras destas afecções, associá-las a outros corpos afetantes produtores deste tom expressivo que “mais uma vez aparece na minha existência”, torna-se uma das possibilidades de produção de conhecimento de si. Fazendo com o que o sentido faça sentido, sentindo e pensando sobre as modulações da sua existência. Modulações filhas dos seus encontros.

Estamos lidando com matérias primas imateriais que se expressam na materialidade da vida de cada um. Escrever este processo seria algo próximo de tentar descrever como um pássaro desliza e corta as ondulações dos ventos, seus afetos, suas direções, para onde irá, de onde veio, suas imprecisões e precisões. Escrever este trabalho foi uma aventura, uma vez que a sua descrição em signos escritos pode erigir uma certa caricatura da sua potência. Este é o risco que corremos ao descrevê-lo. No entanto, viver é risco e o risco de escrever como ato de criação é a possibilidade de riscar – traçando algumas outras possibilidades de visadas - tocando o olhar e a sensibilidade daquele que se aventurou a compartilhar conosco o caminho tecido pelo caminhar entre Filosofia, Arte e Musicoterapia. Sentindo um dos

caminhos da Musicoterapia, numa perspectiva crítico-filosófica-clínico-artística para a produção do “Artesão de si”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, L. R. M. **Musicoterapia**: Alguns escritos. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

_____. **Musicoterapia**: Transferência, contratransferência e resistência. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

CASAGRANDE, D. A. **Música e Tragédia**. Trabalho apresentado no Congresso Mundial de Musicoterapia. Vitória Gaintez, Espanha: julho de 1993.

CHAUÍ, M. **Política em Espinosa**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

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

DAMÁSIO, A. **Em busca de Espinosa**: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Vol. 1, São Paulo: Editora 34, 1996.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. **Crítica e Clínica**. São Paulo: Ed. 34, 1997

_____. **Espinosa e os Signos**. Rés Editora: Porto (Portugal): sd.

ESPINOSA, B. **Ética**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 2000.

_____. **Ética**. Edição Bilingue – Latim – Português. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2007.

MACIEL JR. A. **Comunicação Oral**: Aulas de Filosofia. Rio de Janeiro: 1994 a 2007

.

MILLECCO FILHO, L. A., BRANDÃO, M. R. E., MILLECCO, R. P.

É preciso cantar: Musicoterapia, cantos e canções. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

MORIN, E. **A religação dos saberes**: o desafio do século XXI. 5ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005 a.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre (RS): Sulina, 2005 b.

_____. **O método I**: A natureza da natureza. Porto Alegre (RS): Editora Sulina, 2005 c.

_____. Por uma reforma do pensamento. In. Pena-Veja, A.; Nascimento, E. P. (Orgd) **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

NIETZSCHE, F. **O nascimento da Tragédia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **O que pode a clínica?** A posição de um problema e de um paradoxo. Ano: 2003. Acessado em 03.01.2006 na página: http://www.slab.uff.br/textos_procurar2.php?tp=t,

PEIXOTO, P.T. C. Usina de Intensidades. In: **Revista de Gestalt**, número 9. – Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo:2000.

_____. **Do esquadramento dos corpos à invenção de práticas instituintes nos ambulatórios de Saúde mental:** três movimentos para a heterogênesse. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Niterói (RJ): 2007.

WISNIK, J. M. **O som e o sentido.** São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

CAPÍTULO 6

Musicoterapia e práticas coletivas. Uma experimentação na área da Saúde Mental

Raquel Siqueira da Silva⁴⁴

Este texto trata de reflexões musicoterápicas a partir de uma experimentação na área de Saúde mental. Ele aborda questionamentos e posicionamentos que foram desenvolvidos em dissertação de mestrado intitulada: *Cartografias de uma experimentação musical: entre a Musicoterapia e o grupo Mágicos do Som*⁴⁵ (SIQUEIRA-SILVA, UFF, 2007). Nesta pesquisa, cartografamos⁴⁶ a construção de um grupo musical que produziu mudanças, diferenças no *setting* musicoterápico inicial e que criou um modo de funcionamento rizomático⁴⁷. Uma prática coletiva em que todas as vozes eram ouvidas e respeitadas. O grupo Musical Mágicos do Som (MS) surgiu no CAPS Usina de Sonhos, no município de Volta Redonda, e produziu conexões com o poder público municipal, com as mídias do município etc. Gravou cd e clip, fez apresentações em vários municípios do Rio de Janeiro. Sua proposta era levar a mensagem contra o preconceito que eles, usuários de serviços de Saúde mental percebiam em suas histórias. O grupo ainda permanece em sua caminhada e esta experimentação nos permitiu pensar e fortalecer a ideia de que coletivamente, tudo é possível.

1. A qual Musicoterapia estamos nos referindo?

Há muitas definições de Musicoterapia. Na publicação que se intitula: Definindo Musicoterapia (BRUSCIA, 2000) estão registradas mais de sessenta definições de Musicoterapia. Escolhemos a definição da World Federation of Music Therapy. Esta

⁴⁴**Raquel Siqueira da Silva:** Coordenadora do curso de graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música-Centro Universitário (CBM-CEU). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Musicoterapeuta do Instituto Municipal Nise da Silveira, coordenadora e fundadora do Centro de Música e supervisora de Estágio Integrado em Saúde Mental. Psicóloga. Membro atual do conselho consultivo da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMT-RJ). (2008)

⁴⁵Dissertação disponível no site: www.slab.uff.br e nas bibliotecas do Conservatório Brasileiro de Música-Centro Universitário e da Universidade Federal Fluminense, campus Gragoatá. Orientadora: Márcia Moraes.

⁴⁶ “A cartografia, diferentemente do mapa, é a inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações: ela acompanha os movimentos invisíveis e imprevisíveis da terra - aqui, movimentos do desejo - que vão transfigurando, imperceptivelmente, a paisagem vigente” (ROLNIK apud SIQUEIRA, 2007, p.13).

⁴⁷ Há entradas por qualquer parte do rizoma e as saídas sempre são múltiplas. Porque rizoma é um rio que rói suas margens e ganha velocidade pelo meio (DELEUZE & GUATTARI, 2004, p. 37). Ele “procede por variação, expansão, conquista, captura, picada” (DELEUZE & GUATTARI, 2004, p. 32). Um rizoma é um sistema a-centrado que rejeita qualquer modelo estrutural, não hierarquizado.

definição da Federação Mundial foi escrita pela comissão de prática clínica em 1996, quando Lia Rejane Mendes Barcellos era a presidente desta comissão. Esta musicoterapeuta brasileira é reconhecida no país e no exterior como uma referência em prática clínica musicoterápica. Esta definição mantém-se até o presente momento e é mundialmente reconhecida entre os musicoterapeutas. Uma versão aproximada, mas incompleta, foi publicada por BRUSCIA (2000, p. 286). Definição da World Federation of Music Therapy:

A versão abaixo ainda não foi publicada, Lia Rejane nos forneceu para esta pesquisa.

Musicoterapia é a utilização da Música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento. (Comissão de Prática Clínica, Federação Mundial de Musicoterapia, 1996).

Observamos nas muitas definições de Musicoterapia presentes nesta obra (BRUSCIA, 2000, p. 273-286) alguns termos comuns. Referem-se a sujeitos ou indivíduos ou grupos concebidos como unidades, ou seja, sem problematizá-los como multiplicidades⁴⁸. As definições não fazem referência a processos de produção de subjetividades. Produção de subjetividade pode ser definida de diversas maneiras, consideramos aqui como uma produção de um modo de funcionar no mundo. Não construímos sozinhos, individualmente, um modo de funcionar no mundo. Portanto consideramos que a produção de subjetividade é algo sempre coletivo. A subjetividade é “produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais [...] é plural, polifônica. [...] e ela não conhece nenhuma instância dominante de determinação que guie as outras instâncias segundo uma causalidade unívoca.”(GUATTARI, 1992, p. 11). Nestas definições de Musicoterapia está presente implícita ou explicitamente algo relativo a recuperar, reintegrar, ressocializar o paciente/indivíduo/sujeito ao convívio social. Não há definição que problematize este objetivo de readequação a uma sociedade ou os códigos sociais de aceitabilidade das diferenças. Ao citar os possíveis conteúdos de recuperação, as definições apontam para instâncias física, psíquica, social etc., sem discorrer sobre a interconexão destes segmentos, ou, os limiares destes campos. Denotaria talvez uma concepção destes como fragmentos separados? Ou simplesmente uma visão dicotômica destes? Nenhuma destas definições de Musicoterapia trazem a possibilidade de intervenção política, ou mencionam os campos de força e as relações de poder que podem ser mobilizadas por práticas musicoterápicas. O elemento que aparece como agente comum e principal desta forma de terapia é a utilização da Música com objetivos terapêuticos.

⁴⁸ Atentamos ao pensamento de Gilles Deleuze e Félix Guattari que se referem a uma produção o que chamamos de sujeito. Identificam esse constructo/produção como uma multiplicidade não adjetivada, mas substantiada. (DELEUZE & GUATTARI, 1997 e GUATTARI, 1992).

Os discursos referentes a associações do conceito de transdisciplinaridade⁴⁹ com práticas musicoterápicas estão sendo produzidos muito recentemente. As musicoterapeutas Leomara Craveiro de Sá (2003), Lílian Coelho (2002), Marly Chagas (2001 e 2008) dentre outros, são pesquisadoras que utilizam as ferramentas teóricas da filosofia da diferença, assim como o conceito de transdisciplinaridade. Produz-se um modo de escutar e atuar junto às diferenças. O aspecto político é tomado como pertencente às relações e não se considera previamente as relações como já dadas e fechadas. Em decorrência dos encontros é que se abrem as possibilidades.

2. Grupos musicais surgem no campo da Saúde mental.

Quando surgiram os grupos musicais com usuários de serviços de Saúde mental, alguns musicoterapeutas se perguntavam se esta prática poderia ser considerada Musicoterapia ou não. Estes grupos não ficaram apenas num *setting* musicoterápico, eles atentaram para a questão estética da Música diferentemente de sessões de Musicoterapia tradicional, nas quais não se releva este aspecto. Nesta, o importante é a busca dos objetivos terapêuticos. A questão estética musical poderia ou não ser considerada terapeuticamente? Esta é uma questão aberta na Musicoterapia. Encontramos uma citação ainda não publicada da Mt Lia Rejane onde ela refere-se a um “estado de atenção à estética” (BARCELLOS, 2007)⁵⁰. Ela cita como um diferencial da Educação musical. Nesta, o professor estaria voltado para uma preocupação com a estética do produto musical, mas na Musicoterapia “o musicoterapeuta deve estar atento ao que acontece com relação a este aspecto porque uma mudança estética na produção musical do paciente significa uma mudança interna” (BARCELLOS, 2007). O musicoterapeuta atentaria para este aspecto como relevante na observação do andamento do tratamento musicoterápico.

No grupo musical Mágicos do Som (MS), esta preocupação com a estética foi suscitada inicialmente pelos componentes que já frequentavam sessões de Musicoterapia, onde esta questão não era priorizada. A musicoterapeuta também reconheceu que isto implicaria em mudanças, por isto foi criado um outro dia da semana em que o grupo ensaiava. Não era uma sessão de Musicoterapia, era o ensaio de um grupo musical. Eles trouxeram o desejo de qualidade estética musical compatível com outros grupos musicais, numa tentativa de não serem discriminados ou desqualificados em sua produção musical. Eles afirmavam a exigência da estética musical como uma necessidade para o objetivo de contrariar o preconceito que vivenciavam socialmente, algo relativo à incapacidade. Eles reiteravam que, numa apresentação, não queriam ser aplaudidos por serem usuários de Saúde mental, mas pela qualidade sonoro-musical que apresentassem. Eles queriam os mesmos parâmetros de estética musical, como os outros grupos musicais que não estavam relacionados aos estigmas que vivenciavam em seu cotidiano. A questão, para nós, não se refere a se a musicalidade deles era ou não igual à dos chamados “normais”, mas ao desejo do grupo em apresentar um trabalho esteticamente apreciável. Derivou uma importante

⁴⁹“A noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos.” (PASSOS & BARROS, 2000, p. 76).

⁵⁰ “Interface entre a Musicoterapia e Educação Musical: semelhanças e diferenças”. Palestra proferida em mesa redonda no Fórum sobre “Interfaces entre Musicoterapia e Educação Musical”. UNIRIO, 04 de maio de 2007.

expressão de uma necessidade de organização. O grupo enquanto dispositivo gerou uma forma de trabalhar de participação coletiva. Como orquestração em que todos os instrumentos têm sua vez de soar e fazem parte da sinfonia. Ousamos inferir que havia uma equivalência entre esta organização do grupo em termos verbais/interacionais e musicais. Digamos que a estética atravessou também as relações que se tornaram cada vez mais audíveis e visíveis. A interação musical no MS agenciou-se para as interações verbais, formando uma conexão. Diríamos que as palavras e os sons musicais obedeciam à mesma orquestração. A medida em que o grupo tocava interagindo musicalmente melhor, as relações se fortaleciam. As viagens também tornavam os componentes mais próximos, compartilhávamos momentos de muito humor nestas viagens. A ideia de uma linha paralela da produção musical e das relações no grupo faz-nos pensar que a estética musical acompanhou as conexões no grupo. Não estamos nos referindo a uma linha evolutiva, mas a momentos que se cruzaram, atravessaram, mobilizaram e afetaram o grupo, produzindo um som audível, perceptível. Uma estética na criação de relações. Uma visibilidade de organização sonoro-musical que retroalimentava o grupo, que suscitava conexões e derivas. O tocar e cantar juntos derivou em uma relação de proximidade. Observamos que quando a musicoterapeuta coordenadora deixou de tocar no grupo, após quatro anos de início, eles tocaram e cantaram sozinhos. Neste momento, havia uma interação musical e organizacional do grupo. Os componentes estavam autônomos musical e organizacionalmente. Uma maturação estética. O grupo atingiu uma autonomia musical considerável. O instrumento percussivo chamado tan-tan, o objeto integrador, passou a ser tocado pelos próprios usuários e não pela musicoterapeuta. Reconhecemos o mais importante momento no grupo MS. As possibilidades de eles seguirem sem a figura de um coordenador. Não referenciamos a experimentação do MS como um modelo a ser seguido. Mas o trabalho da luta antimanicomial pela autonomia e liberdade já é recorrente na área de Saúde mental. Em cada grupo, os modos, práticas e produções seguem suas próprias derivas. A experimentação dos grupos musicais em Saúde mental segue os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Amplificar um som que, para encontrar-se com plateias, refinam o produto musical para fazer falar a voz do usuário em condições compatíveis com os códigos musicais vigentes. O grupo pioneiro no Rio de Janeiro foi o *Cancioneiros do IPUB*, que em 1998 lança *songbook* com cd.

“o canto desse povo que, pelo fato de ‘ser louco’ e estar numa instituição psiquiátrica, está à margem da sociedade, estigmatizado por uma visão de exclusão social herdada dos grandes “Hospitais Gerais” franceses, é um canto sofrido, como um pedido de socorro, protesto de uma gente que quer ser ouvida” (VIDAL *et alli*, 1998, p. 14)

Este trabalho começou nos espaços da Saúde mental, CAPS, e seguiu para outros espaços tal qual o grupo *Harmonia Enlouquece*⁵¹ e o Mágicos do Som. Não há somente estes grupos musicais compostos por usuários de serviços de Saúde mental. E nem só desta forma os musicoterapeutas podem trabalhar com eles. Esta é uma deriva do encontro dos ideais da Reforma Psiquiátrica com práticas musicoterápicas que deixaram passar as linhas de fuga, suas brechas, linhas de escape. Ouviu-se a voz do usuário e amplificou-se esta voz

⁵¹ Atualmente o grupo musical com usuários de serviços de Saúde mental de maior repercussão/visibilidade no país. Nasceu no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ).

para que as pessoas ligadas à Saúde mental, ou não, possam refletir sobre este enclausuramento histórico, desnecessário e prejudicial ao usuário e à chamada sociedade.

Estas práticas em que a criação/construção de grupos musicais com usuários de serviços de Saúde mental, levando-se em consideração a questão estética, tangenciando questões sociais e articulando-se com forças instituídas de poder seriam consideradas práticas musicoterápicas? A pergunta foi construída longa e complexa propositalmente. Preferimos não recortá-la. E invertemos a pergunta de forma curta. Por que não as considerar práticas musicoterápicas?

Produzimos derivas, desvios que afetaram a vida destas pessoas segregadas, reconhecemos que grandes e homogêneas transformações dependeriam de mais forças e poderes envolvidos. Entretanto, micro-revoluções nas produções de subjetividades foram visíveis. Deixou-se passar a linha de fuga. Fuga do hospício, dos muros instituídos das práticas manicomialis, dos modos já existentes de lidar com os usuários. Modos de existência em que não se reconhece aquelas velhas formas de atuar com os usuários. Produção de subjetividades que contrariam os estigmas.

3. Que prática musicoterápica é esta, então?

Consideremos uma prática com visão transdisciplinar, que atua provocando os instituídos, em nossa pesquisa: o lugar de louco, segregado, sem capacidade. Considerando os desvios e as possibilidades criadas nos processos de produção de subjetividade. Que não se detém no *setting* tradicional e pode considerar o aspecto estético musical como uma ferramenta possível se for interesse de seus participantes. Uma prática coletiva que considera os atravessamentos das forças políticas e relações de poder provocando efeitos sobre os instituídos. Uma prática sem apriorismos, onde não se sabe onde se vai chegar. Os objetivos terapêuticos e/ou sociais e/ou econômicos e/ou políticos são acordados coletivamente, mas referem-se aos interesses e desejos prioritariamente dos componentes do grupo. O exercício de decisões coletivas com flexibilidade nos fluxos de poder para se proteger das linhas fascistas de organização grupal. Uma prática musicoterápica que não se prenderia a um espaço, que pode surgir num espaço e alcançar/encontrar outros. Poderia dissolver o *setting* tradicional e produzir outros *settings*.

Não estamos nos referindo a práticas musicoterápicas anteriores como caducas ou inapropriadas. Elas fazem parte de um modo de atuar e baseiam-se em pressupostos teóricos que não impedem ou invalidam outras maneiras de olhar e atuar em Musicoterapia. A teoria, como nos ensinou Deleuze

“é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma [...] Não se refaz uma teoria, fazem-se outras [...]. A teoria não totaliza; a teoria se multiplica e multiplica.” (in FOUCAULT, 1979, p. 71)

Os musicoterapeutas referem-se a campos teóricos diferenciados. Há musicoterapeutas que trabalham atravessados pela linha teórica humanista-existencial, outros, pela psicanálise... E outros estão sendo atravessados pelos estudos da subjetividade. Há pesquisas sendo desenvolvidas com estes balizamentos teóricos. A Musicoterapia caminha no *entre* e produz um campo teórico complexo. Em outras palavras, bebe de várias

fontes e produz vários riachos. Mas o que há em comum é a utilização da Música com objetivos terapêuticos.

Boxill afirma que os musicoterapeutas devem levar a Música a se relacionar com o planeta, ultrapassando os clientes individuais ou os grupos nos consultórios.

“... nós, musicoterapeutas devemos ter mais do que o imperativo de alterar e alargar nossa visão- para produzir um primeiro impacto global que ultrapasse em muito os consultórios tradicionais. Devemos olhar para as novas formas e possibilidades de levar a essência da Musicoterapia – sua profunda humanidade – para as pessoas ‘comuns’ do planeta Terra. Nossa intenção é alcançável porque nós musicoterapeutas temos como nosso agente terapêutico um meio universal de expressão, comunicação de contato humano – a Música. O potencial é infinito”. (BOXIL apud BRUSCIA, 2000, p. 238)

Esta citação refere-se a práticas ecológicas em Musicoterapia que se baseiam em “todas as aplicações da Música e da Musicoterapia em que o foco primário é promover a Saúde em e entre os vários estratos socioculturais da comunidade e/ ou do ambiente físico.” (BRUSCIA, 2000, p. 237).

A experimentação do Mágicos do Som está atravessada por um enfoque teórico dos estudos da subjetividade. Inicialmente apostávamos no enfoque teórico da abordagem humanista, mas ao cartografar os movimentos, rizomaticamente perdemos o eixo e fomos atravessados pelo conceito de transdisciplinaridade e ritornelizamos com diferenças imprevistas.

“A Musicoterapia, por ser uma terapia sonoro-musical e corporal, possibilita cartografar as paisagens da subjetividade e nelas interferir, de uma forma ou de outra. Ao utilizar instrumentos musicais, ou mesmo objetos com os quais se produzem sons, a primeira impressão que se tem é a de que o espaço do corpo estende-se para fora, ‘para além de’, tornando-se parte desses instrumentos.” (CRAVEIRO DE SÁ, 2003, p. 70)

As ferramentas teóricas funcionam como instrumentos musicais, prolongamento não do corpo, mas de um modo de pensar e funcionar da Musicoterapia. Atualmente pensamos Musicoterapia com os pilares que anteriormente contemplávamos concomitante a uma Musicoterapia a ser inventada. O Mágicos do Som não é uma receita, não é um modelo, é um desvio, uma deriva, uma linha de fuga. O projeto inicial planejava algo pragmaticamente, mas algo escapou, e aprendemos que algo sempre escapa, que as linhas de fuga sempre estão presentes. Pensamos ser necessário não valorar esta ou aquela concepção teórica como uma verdade. Seriam apenas atravessamentos possíveis, leituras possíveis para se atuar em Musicoterapia. Ferramentas teóricas como instrumentos musicais numa orquestra. A cada tempo alguns entram sonoramente, em outros, eles se põem em silêncio. É necessária a flexibilidade e o reconhecimento de que todas as abordagens podem ser úteis se forem utilizadas criteriosamente.

4. A formação do musicoterapeuta

Um musicoterapeuta é capaz de criar modos de trabalhar, funcionar em lugares e espaços que não oferecem condições específicas. Inventar com suas ferramentas teóricas um

modo de funcionar a Musicoterapia. O curso de graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música-Centro Universitário atualmente percebe os efeitos dessas experimentações e se abre as derivas dos conhecimentos adquiridos por estas práticas. Que efeitos e ressonâncias serão produzidos? Esta pergunta ainda está sendo respondida. Podemos dizer que o Mágicos do Som provoca reflexões sobre as possibilidades de agenciamentos de um trabalho musicoterápico com os poderes públicos instituídos. O Mágicos do Som também traz uma proposta de funcionamento rizomático e uma maneira de organização grupal que produz a realização de seus objetivos de forma coletiva. Construir junto, produzir junto, sonhar e realizar coletivamente, ouvindo as vozes e convivendo com as heterogeneidades sem expectativa de homogeneização. São micro efeitos.

No Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS), lugar onde trabalho como musicoterapeuta, reverberamos e repercutimos o aprendizado coletivo da experimentação do MS. Atualmente, criamos um Centro de Música, no qual produzimos um coral cênico, o coral Musicalidade Brincante, do qual usuários, funcionários, familiares e pessoas da comunidade fazem parte. Identifico esta experimentação como um prolongamento/repercussão/deriva do trabalho que vivi no MS. Mas nesta nova possibilidade, conseguimos juntar num grupo, além dos usuários de serviços de Saúde mental, os familiares, pessoas da comunidade e funcionários. Acreditamos que estamos desenvolvendo um trabalho de realização da proposta defendida pela Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial; conviver e respeitar as diferenças sem estigmas. Há a expectativa de que estas experimentações provoquem mais reflexões sobre as práticas clínicas musicoterápicas na Saúde mental.

Na clínica musicoterápica praticada por mim, a expectativa de homogeneização já foi descartada e a confiança em práticas coletivas foi reforçada. A importância da atenção às forças políticas foi redobrada. Como docente e coordenadora do curso de graduação em Musicoterapia do Rio de Janeiro, atualmente reverbero esta experimentação coletiva. Atualmente estou ouvindo alunos, funcionários, direção e professores, como as vozes de um novo coletivo, um novo coral contemporâneo, heterogêneo e cheio de potência de vida e construção.

Não pensamos em generalizar estas ressonâncias e aprendizados. Mas se conseguirmos que estas reflexões sejam conhecidas já será muito compensador; pensar ou, quem sabe, provar que a Música *Preconceito*⁵² possa ser ouvida e praticada.

5. Musicoterapeuta: no campo e em pesquisa

Não pretendemos apresentar o grupo musical Mágicos do Som como modelo de prática musicoterápica a ser seguida. Nem pretendemos pragmatizar suas formas e fluxos de funcionamento. Ele seguiu, não linearmente, sua trajetória como uma criança brincando, que pula, salta, anda, para e inventa percursos com o que encontra em seu caminho produzido. Rizoma, um modo de funcionar imprevisível. Reverberando estes harmônicos, pode-se

⁵² Música composta por Regina Lúcia Serrão, uma das componentes do MS: “*Preconceito*”. Letra: *Preconceito é besteira/seja de raça ou de cor/ Seja de perto ou de longe/ o que vale é o amor/Essa ideia afasta, separa, ignora/ Causa dor e sofrimento/ Só o sabe quem o sente/ Dói bastante destro da gente/ Não somos perigosos, muito menos desumanos/ Temos direito a vida, temos direito ao amor/ Podemos parecer diferentes, podem nos achar esquisitos/ Com paciência mostramos, que somos bem parecidos/ O amor é uma virtude, preconceito um pecado/ Você não tem o direito de me querer aprisionado. A música de trabalho do primeiro cd do MS: *Saúde Musical*.*

compor uma música, um poema ou uma dissertação. Por que não? Encontramos o campo de investigação acadêmica em que cabe um raciocínio não dicotômico. É um exercício que se afina com a imprevisibilidade da Saúde mental. O método: uma cartografia. Uma ponte construída no percurso que se faz. Movimentos nesta ponte onde não se vê o outro lado, ou existiriam vários lados. Linhas visíveis que insistem em estancar os fluxos e organizar as saídas da ponte e ao mesmo tempo linhas invisíveis, atravessadas por canções em que o caminho passa *afectos* de um passeio.

Ter produzido este trabalho no campo junto com os usuários de Saúde mental e, depois, pesquisar o MS não foi tarefa fácil. Percorrer no meio, identificar desvios no tempo, resgatar o percurso. Uma mistura, um papel multiplicado, espalhado em várias funções, vários papéis. Um novo lugar, de pesquisa, provocou uma releitura, uma potência de não-saber mais atuante. Valorosas dúvidas e questões. Podemos permitir que o Mágicos do Som nos atravessasse, mas ele não se fecha. Ele escapa. Fugiu, saiu, foi capturado, ciranda aberta, repetição e diferença. Um Ritornelo.⁵³ Descobrimos então que as capturas estão muito mais invisíveis do que pensávamos. De uma forma muito mais sutil do que camisas de força e contenção medicamentosa.

E o modo de ver e olhar fez falar. Mas não uma voz centralizadora, não a voz de um saber. Voz de reconhecimento. Não apenas uma voz, mas vozes em multiplicidades. Cantos, sonhos, devires. Não eram alucinações, mas vontades que puderam ser realizadas por força e empenho de um coletivo que ousou criar e criando se criou. Uma criação como tantas outras são possíveis. Acreditar em possíveis. Sair do lugar. Criar lugares e se perder. Perder identidades e mais, saber-se possível em várias. Não em delírios, mas em Música.

A Musicoterapia provocada por desvios, a ser inventada sem desafinar com sua proposta harmônica de regulamentação da profissão. Cabe reiterar que este discurso não pretende homogeneizar este campo de conhecimento, mas mostrar possíveis modos de atuar em Musicoterapia. Um modo transdisciplinar de pensá-la e praticá-la. Refletir os coletivos não como unidades, mas como multiplicidades heterogêneas. Um certo modo de trabalhar/ funcionar em Musicoterapia. Sem a necessidade de se purificar enquanto categoria profissional. Atentando aos atravessamentos e desvios. Os acontecimentos balizados pelos ritmos e contratempos, andamentos como sons e Músicas. Nestas práticas, a estética musical pode ser considerada desde que, como qualquer outra ferramenta, sirva para algo. Sirva para movimento, ação, relacionado a devires, vontades, aos movimentos cartográficos do desejo. Sem apriorismos referimos estas práticas. Sem receitas e indicativos. Como improvisação musical tonal e às vezes atonal. Consideramos aqui a Música tonal como uma nota/som referencial em torno da qual todas as outras se organizam. Atonal, sem eixo, sem referencial, ao sabor dos desvios.

O MS traz para a Musicoterapia uma prática de experimentação do imprevisto. Condições, estigmas, históricos etc. apontavam para ficar no mesmo lugar. Eles construíram um não lugar, provocaram um deslocamento, que não foi total nem absoluto. Como uma dissonância em harmonias contemporâneas. Produzir metáforas não seria suficiente. O

⁵³ Conceito criado por Deleuze e Guattari baseados no ritornelo musical. O ritornelo não é outra coisa senão um movimento de retorno da diferença. O desejo manifesta-se em ciclos, em ondas, com velocidades e intensidades diferentes. O ritornelo é o desejo que flui. “As forças da desordem (as do caos), as forças terrestres (que implicam uma marcação territorial) e as forças cósmicas; tudo isso se afronta e concorre no ritornelo” (DELEUZE & GUATTARI, 1997, p.118).

material etnográfico⁵⁴ presente na dissertação mostra recortes de uma trajetória. As imagens denotam figuras sem movimento, mas as palavras escritas provocaram dissonâncias que a cartografia pôde fazer ver.

Uma luta contra o preconceito e uma canção de território. Música que derivou de segregação torna-se então a face performática mostrada pelo grupo nas apresentações. A bandeira, a luta que não se bastou a si. O MS acreditava que poderia transformar o modo como as pessoas olhavam os usuários de serviços de Saúde mental e produziu a música *Preconceito*. Mas não foi tão longe nos olhares. Entretanto, sua voz ainda repercute. Reverberou na dissertação e neste texto. O modo de funcionar MS tem pares na Musicoterapia e na Saúde mental. Ações e movimentos que compartilham de sua forma rizomática, que constroem caminhos sem apriorismos e que se mantêm por forças de contágio, mas do que formas e fôrmas de organização.

Os manicômios sempre foram previsíveis e organizados. As leis invisíveis de discriminação aos ditos loucos por muitos séculos foram tão respeitadas. A ideia binária da Reforma Psiquiátrica pretendia incluir na sociedade os usuários de serviços de Saúde mental. A seus preceitos, recentemente, incluiu-se o importante reforço de que a sociedade se beneficia com a presença do usuário tanto quanto este pode se beneficiar da sociedade. Acrescenta-se o pensamento de não se separar o indivíduo da sociedade. Já surge um *entre*. Limiares que podem ser percorridos por todos, mas que são vistos quando problematizamos estes instituídos binários, essas dicotomias que a Saúde mental insiste em identificar. Os porquês desta insistência são amplos, múltiplos e persistentes. Uma das mais presentes dicotomias visíveis no campo da Saúde mental é a que se estabelece entre o que é produzido na bibliografia e o que no cotidiano se observa. Ainda se constroem serviços e práticas sem consultar os usuários. O MS coletivamente abordava os assuntos sem alijar o usuário de todo o processo de discussão. Contava com sua voz mesmo em ditas “crises psiquiátricas”. Ouvir esta voz é um exercício sonoro não somente melódico. Pode provocar ritmos, harmonias, movimento e criação. Esta foi a marca territorial do MS. Um movimento de micro efeitos.

Efeitos na Musicoterapia, incluindo a questão estética como possibilidade pertinente nos agenciamentos⁵⁵, conforme a produção desejante dos participantes. Mobilizando os *settings* e criando possibilidades de *settings* nas condições que se apresentarem, produzindo outros possíveis. Fissurar lugares antes instituídos e flexibilizá-los. Sem apriorismo do lugar do musicoterapeuta e usuários, isto a ser construído a partir dos encontros. Construções coletivas, reconhecendo e respeitando as diferenças. Estas tidas como heterogeneidades constitutivas, sem expectativa de homogeneização. Prática musicoterápica identificando atravessamentos político-midiático, socioeconômico e clínico, concomitantemente. Expressão de prática em que não se dissocia clínica e política. Tendência de transdisciplinaridade, sem expectativas puristas. Práticas inspiradas pelos desvios. Profissão híbrida caminhando num campo híbrido (CHAGAS, 2008), produção de mestiçagens. Concepções teóricas como ferramentas, sem necessidade de generalização. O MS não pode,

⁵⁴ A dissertação sobre o MS referenciada neste texto possui um CD-ROM (em anexo) com todo o material etnográfico da experimentação. Inclui cd Saúde musical, reportagens de jornais, revista, folders, documentos etc.

⁵⁵ Consideramos aqui agenciamento como encontro/conexões das multiplicidades. “Se está em presença de um agenciamento todas as vezes em que pudermos identificar e descrever o acoplamento de um conjunto de relações materiais e de um regime de signos correspondentes” (ZOURABICHIVILI, 2004, p. 20). E ainda: “O agenciamento é a liga do desejo na produção de mundos. Ele põe, em cena, os funcionamentos e os movimentos arborescentes e rizomáticos do desejo nesta produção” (NEVES, 2002, p.112).

nem quer, nem precisa ser generalizado. Foi e continua sendo um caminho, caminhar e caminhante produzindo-se ao mesmo tempo. Imanência na produção de modos de trabalhar, modos de existência que não se prevê, mas que se pode cartografar.

Pensamos que esta pesquisa seja uma linha de desterritorialização e também de territorialização. Os dois movimentos do Ritornelo. Um ressurgimento com a perspectiva de compartilhar essa experimentação com o olhar de conhecimentos teóricos que pensamos poder acrescentar às investigações musicoterápicas. Minha posição agora é a de pesquisadora, mas como foi alegre ter compartilhado toda essa produção! Para mim, foi e ainda é, uma *paixão alegre*. O Mágicos do Som me ensinou a acreditar nas possibilidades de construções coletivas.

A aprendizagem do Mágicos do Som pode ressoar no corpo da Musicoterapia como uma experimentação de um lugar de mestiçagens. Mestiçagens com a estética da Música, com outras estéticas, mestiçagens do *setting* musicoterápico.

Acreditando nas organizações coletivas e interagindo democraticamente presenciei e ainda observo as conquistas do Mágicos do Som, o crescimento do Coral Musicalidade Brincante do Centro de Música, o fortalecimento da organização coletiva na graduação de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música-Centro Universitário. E baseada nisto, aposto na potência de realização das práticas coletivas, tanto clínico/politicamente quanto nas organizações ativistas da categoria profissional da qual faço parte. E assim afirmo: coletivamente, tudo é possível!

Referências bibliográficas

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de Musicoterapia 2**, Enelivros, RJ, 1992.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. Enelivros, RJ, 2000.

CHAGAS, M.O.P. **Musicoterapia desafios da interdisciplinaridade entre a modernidade e a contemporaneidade**. Dissertação de mestrado. UFRJ-EICOS, 2001.

CHAGAS, M.; PEDRO, R. **Musicoterapia: desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade**. Mauad X:Bapera, RJ, 2008.

COELHO, L. M. E. **Escutas em Musicoterapia: a escuta como espaço de relação**. Dissertação de mestrado em comunicação e semiótica. PUC-SP, 2002.

CRAVEIRO de SÁ, L. **A teia do tempo e o autista: Música e Musicoterapia**. Goiânia, Ed. UFG, 2003.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil platôs**, capitalismo e esquizofrenia, vol.4. SP, Ed. 34, 1997.

_____ **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. I, 3 ed., SP, Ed.34, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. RJ, Edições Graal, 1979

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Ed. 34, RJ, 1992.

NEVES, C.E.B. **Interferir entre desejo e capital**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) PUC São Paulo, SP, 2002.

PASSOS, E.; BARROS, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. In **Psicologia: teoria e pesquisa**. Jan-abr 2000, v.16, n.1, pp. 071-079.

SIQUEIRA, R. **Cartografias de uma experimentação musical**: entre a Musicoterapia e o grupo Mágicos do Som. Dissertação de mestrado. Departamento de Psicologia - Estudos da Subjetividade. Universidade Federal Fluminense, RJ,2007.

VIDAL, V.M; AZEVEDO, M.; S. LUGÃO, **Songbook e CD Cancioneiros do IPUB**. Rio de Janeiro: FUJB, IPUB/UFRJ, 1998.

ZOURABICHIVILI, F. **O vocabulário de Deleuze**. Relume Dumará, RJ, 2004.

CAPÍTULO 7

Grupo Harmonia Enlouquece: percurso de uma história e fundamentos de uma prática musicoterápica.

Sidnei Martins Dantas^{56*}

*“Sei que Harmonia Enlouquece vai me ajudar/
ninguém esquece não/
“é nessa onda que eu vou mergulhar”*

O trecho em epígrafe faz parte de uma canção do grupo musical Harmonia Enlouquece e nos dá a exata dimensão de como uma atividade sonoro-musical se constituiu como continente seguro para os usuários dos serviços de Saúde mental em uma unidade pública de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ) situado na Zona portuária da cidade no bairro da Saúde.

Em sua estrutura o CPRJ comporta uma emergência, uma enfermaria de crise, um ambulatório e o Centro de convivência “Hospital-Dia”, quatro setores que se inter-relacionam, já que todos os pacientes internados na enfermaria passam inicialmente pela emergência e uma vez internados são encaminhados, caso necessário, para o ambulatório ou o Hospital Dia. Cabe ressaltar que a Musicoterapia se faz presente em todos esses setores, mas teve a sua gênese na enfermaria de crise.

Neste sentido, antes de abordarmos as questões pertinentes ao grupo Harmonia Enlouquece, situaremos aspectos da inclusão da Musicoterapia nesse espaço porque, além de coincidir, de alguma forma, com a própria trajetória da Oficina Sonoro-Musical que gerou o grupo – sobre o qual discorreremos mais adiante - coloca em evidência alguns problemas e ressalta especificidade de nosso fazer numa equipe interdisciplinar.

A enfermaria de crise do CPRJ não é simplesmente uma porta de entrada de um serviço psiquiátrico de emergência no sentido de um local para internação para simples medicalização e posterior transferência para clínicas conveniadas, o que acarreta uma mudança significativa nos procedimentos dispensados aos sujeitos que precisam de internação. Deste modo, ao dar entrada na enfermaria, além do suporte médico-psicológico os usuários passam a desfrutar de uma série de atividades expressivas tais como: Artes plásticas, ludoterapia, dança, Música etc.

No campo da Saúde mental, a utilização da Arte como recurso terapêutico começa a ganhar força com o movimento da Antipsiquiatria que remonta à década de 50/60 com Laing

^{56*} **Sidnei Martins Dantas** :Musicoterapeuta, Licenciado em Música, Psicólogo. Mestre em Ciência da Arte (UFF), Doutorando em Estudos da Linguagem (UFF), Coordenador das Ações Psicossociais do CPRJ e Diretor musical do Grupo Harmonia Enlouquece. (2008)

e David Cooper. No Brasil, a experiência de maior envergadura no campo das atividades expressivas se dá pelas mãos de Nise da Silveira.

Estudos nesse campo (BENETTON, 1991; LIMA, 1999) concluem que tais atividades são de extrema relevância na reabilitação psicossocial. Entretanto, ainda nos deparamos com posições equivocadas quanto a tais práticas, sobretudo, quando o profissional começa a implantar esse fazer em uma instituição como foi o nosso caso.

Devemos admitir que a inclusão da Musicoterapia no referido setor não se deu de maneira unânime quanto à sua importância, sendo recebida com desconfiança, principalmente pelos partidários da medicina biológica (como sempre!)

Assim, em outubro de 1999, quando iniciamos os atendimentos em Musicoterapia no CPRJ, pudemos recolher algumas falas “sintomáticas” que denunciavam, ainda, um lugar no qual o jocoso, a desqualificação, a ironia etc. se apresentavam no discurso institucional sugerindo que havia muito o que fazer. Vejamos algumas dessas falas:

“Tocar violão no hospital é moleza!...”

“Tocar pra maluco dançar? eu hein!!!”

“Vai lá pro pagode do Sidnei”

“Dá pra parar o batuque”

“Vai lá dançar com as meninas!”

“Leva ele lá pra brincar um pouquinho”

“Não misturo lazer com trabalho!”

“Por isso dou plantão em hospital clínico: para não emburrecer”

Sabemos que mudanças de atitudes não são feitas apenas por decreto, basta percebermos que a Lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e que reformula o modelo assistencial Psiquiátrico (Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001) levou mais de dez anos para ser aprovada e, as mudanças ainda estão em processo.

De nossa parte, temos trabalhado no sentido de modificar tais posturas quando discutimos as especificidades de nossas práticas junto à equipe, buscando sensibilizar os profissionais a este respeito através de palestras e vivências, mas, sobretudo, realizando a nossa tarefa respaldada em metodologias e técnicas que identificam a Musicoterapia enquanto prática clínica, contribuindo efetivamente nas decisões e conduções de casos. Tais ações têm resultado numa mudança significativa na percepção da utilização das Atividades Sonoro-Musicais na unidade.

A enfermaria de crise é formada por múltiplos profissionais e se configura em espaços bem delimitados: a) o posto de enfermagem, b) a sala de atendimento interdisciplinar na qual são realizadas as consultas, geralmente feitas conjuntamente pelo Médico, Psicólogo, Enfermeiro e Assistente Social e; c) o pátio interno no qual são realizadas as atividades expressivas.

Tendo em vista que as Atividades Sonoro-Musicais são realizadas no pátio da enfermaria de crise - característica não encontrada em outros serviços - consideramos importante configurar a prática musicoterápica nesse espaço.

O pátio e o prazer na Arte de ser

Birmam(1988) ao descrever a geografia do espaço hospitalar num capítulo intitulado “Corpo e mortificação” denuncia o modo como os loucos vão sendo pouco a pouco destituídos de trocas significativas. Vejamos:

A avenida pátio é o lugar fundamental onde são colocados os pacientes na enfermaria para o estabelecimento destas trocas simplificadas no qual se articulam em segunda instância aos demais lugares [...] mas serão sempre mantidos como secundário face a este pátio central, presente em qualquer asilo para louco e para onde estes são deslocados obrigatoriamente não podendo permanecer nas suas camas por livre e espontânea vontade. (BIRMAN, 1988 p 22)

A nossa prática em Musicoterapia na enfermaria acontece, exatamente, num pátio que como atesta Birman é o “[...] lugar fundamental de inserção dos loucos em qualquer asilo, onde estes passam grande parte do tempo”(idem p. 22)

De fato, os nossos pacientes permanecem grande parte de seu tempo no pátio, mas felizmente não aquele de que nos fala Birman. Em nosso pátio, o fluxo ininterrupto de gestos, gritos, lágrimas, sorrisos, ou seja, as múltiplas manifestações humanas se articulam a cores, a dança, a Música. Assim, em busca de uma polifonia, nos juntamos para conectar as idiossincrasias dos pacientes numa disponibilidade terapêutica na qual o fazer no prazer dá voz ao ser. Aqui não se trata de um mero prazer pelo prazer, num hedonismo tão tipicamente humano, mas num fazer cuja implicação se dá na aceitação do fluxo desejante de cada um. Significa dizer que do ponto de vista técnico, as atividades sonoras musicais estão centradas na experiência do sujeito e é isso que possibilita uma ressignificação constante dos sintomas que deixam de ser o foco.

Assim, o grande benefício que os pacientes encontram em nossa enfermaria de crise é a possibilidade de circular em meio a uma série de situações que favorecem um fazer pleno que se delineia em sua própria produção pictórica, de movimento, musical... Produção esta cujas consequências simbólicas estão estritamente vinculadas ao seu modo de existência na crise, configurando-se num lenitivo para o seu sofrimento.

Em termos práticos, buscamos o cuidado do paciente num setting não convencional e totalmente ampliado, o que de alguma maneira remete à própria concepção de Música na prática musicoterápica, isto é, em seu caráter multissensorial no qual as fronteiras se dilatam. No pátio ocorre, por assim dizer, uma superposição entre a Música e as outras Artes, fazendo ver aquilo que afirma Bruscia “*As superposições e relações entre a Música e as outras Artes são muito exploradas com propósitos terapêuticos e isso também contribui para tornar as fronteiras da experiência musical mais inclusiva*”(BRUSCIA, 2000: 100)

Deste modo, a atividade de Musicoterapia pode iniciar numa roda na qual o cantar e o tocar têm lugar via improvisação e recriação musical, coexistindo com a atividade de pintura de algum suporte (caixas vazias de medicação, papelão etc.) realizada na mesa da Terapia Ocupacional e, minutos depois, se transformar a partir da interação entre o musicoterapeuta e a bailarina que atua no outro extremo do pátio, num círculo, uma roda de falas e expressões até então improváveis. Em seguida, o que era uma roda transforma-se num “louco” trem a se movimentar ao som de uma canção sugerida pelo grupo que agora se

dirige para além do pátio, numa performance por toda a enfermaria chegando à porta de saída que só não é ultrapassada pelo risco de alguns dos participantes se evadirem não completando o ciclo por nós delimitado. Notemos que neste momento o círculo parece não ser aberto com a força, às vezes caótica que o constituiu, mas a partir do devir-encontro que se dá no movimento/Música que potencializa outro território, fazendo ver aquilo que nos fala Deleuze “ *Não abrimos o círculo do lado onde vêm acumular-se as antigas forças do caos, mas numa outra região, criada pelo próprio círculo, como se o próprio círculo tendesse a abrir-se para o futuro, em função das forças que ele abriga*”(DELEUZE ,1997 :117).

Este fluxo de força segue exatamente o ISO⁵⁷ da crise, isto é, aquilo que na crise psiquiátrica está em jogo e que se mistura neste espaço: devires alucinados, delirantes, atitudes bizarras, tudo se funde na materialidade de um acontecimento sonoro-musical. Neste sentido, o que nos move são esses estados particulares de estar no mundo e a Música tem favorecido este contato no qual a ludicidade e a imaginação são fatores significativos, por provocarem a abertura de novos canais de comunicação, pontos de fuga reveladores de singularidades com as quais os sujeitos tomam posse de seu destino, mesmo em franca crise, ou como nos dizem Deleuze e Guatarri “ *O objetivo da Arte , com os meios do material é arrancar o percepto das percepções do objeto e dos estados de um sujeito perceptivo, arrancar os afetos das afecções, como passagem de um estado a um outro*” (DELEUZE; GUATARRI , 1992 : 217)

É por assim dizer, a provocação de um novo estado no qual o ser se presentifica, deixando espaço para que o inusitado aconteça, possibilitando modos mais significativos de encarar o sofrimento psíquico.

Foi assim com Sônia⁵⁸, que após a consulta na sala de atendimento médico-psicológico, chegou ao pátio com a seguinte indagação: “*verdade às vezes dói*”. Sônia parecia indignada com a entrevista à qual havia sido submetida e cuja finalidade era de entender o que se passava com ela. Entretanto, tal experiência a deixou insatisfeita. Ao recebê-la na Atividade Sonoro Musical, sugeri que construíssemos uma canção seguindo aquilo de que nos ensina Deleuze e Guatarri “*De qualquer coisa, fazer uma matéria de expressão*” (DELEUZE; GUATARRI, 1997 :123). Assim, aproveitando este mote “*Verdade às vezes dói*” entramos num devir composição...

*Verdade às vezes dói, dói, dói, dói / Não sou biruta não sou
Eu vim pra cá por acaso / fizeram de mim um relato um caso
Que não pertence a mim / Verdades às vezes dói , dói, dói
Não sou biruta não sou / me chamaram para um questionário
Eu respondi tudo ao contrário / Eu sei quem eu sou.../ Aí eu
Fui saindo de mansinho / deixei no questionário umas
Verdades/E fui andando e acreditando naquilo que contei /
Ao contrário do meu prontuário/ eu não sou santo nem otário.*

⁵⁷ Conceito formulado por Altschuler, segundo o qual deve haver uma correspondência entre o tempo mental do paciente e o tempo musical empregado no estabelecimento da comunicação. Benenzon,(1985) por sua vez, postula o Princípio de ISSO, que corresponde aos sons internos que identificam os sujeitos.

⁵⁸ Nome fictício.

Após a construção da canção, Sônia mostrou-se perplexa com o resultado, fazendo ver aquilo que nos ensina a musicista Piedade Carvalho (1997) “*A criação é sempre uma proposta a uma vida melhor, ela denuncia o desgosto para transmutá-lo em alegria*” (Carvalho,1997:32). Nesta transmutação, Sônia deixou o tom hostil, lamentativo e passou a falar de seus planos quando de sua alta e, inclusive, vislumbrar a possibilidade de fazer parte da oficina de Música que acontecia no ambulatório.

A partir dessa experiência, foi possível planejar um projeto terapêutico, mais condizente com a singularidade de Sônia e reafirmar a necessidade de dispositivos diferenciados que acolham o sujeito em sua singularidade.

Sônia nunca mais apareceu na instituição, pois mudou para outro Estado, ao contrário de alguns outros pacientes que foram encaminhados para a Oficina de Música e que lá permanecem até hoje.

A Oficina Sonoro-Musical “Convivendo com a Música”

Em janeiro de 2000, implantamos um projeto denominado “Convivendo com a Música” que encampava todas as ações sonoro-musicais dirigida aos usuários dos diversos setores da instituição, atendendo aos usuários do ambulatório e do Hospital dia. A ideia era oferecer um espaço de convivência a partir dos métodos interativos em Musicoterapia, dispositivo que não havia na instituição.

Os encontros aconteciam semanalmente com a duração de uma hora, atendendo cerca de doze participantes.

Em nossa prática, utilizamos preferencialmente os métodos de improvisação e composição musical. Os procedimentos utilizados variam de acordo com a situação, mas seguem o seguinte padrão no caso da improvisação: 1) Escolha de instrumento, 2) execução instrumental, corporal ou vocal, 3) sugestão de algumas estruturas para improvisação, 4) improvisação sobre as estruturas propostas e 5) relato da experiência.

No que se refere à composição, optamos por trabalhar com o que chamo de “Matriz Composicional”, que consiste em três momentos: 1) a “tempestade” de palavras: na qual solicitamos aos participantes que digam qualquer palavra ou frase que vier na cabeça . 2) Cardápio Harmônico/ Rítmico: Quando apresentamos ao grupo os campos harmônicos maiores e menores e a consequente escolha de um deles ou de ambos. Uma vez definido o modo e o acorde, experimentamos as possibilidades rítmicas apresentando diversos ritmos e levadas (Samba, Baião, Funk, Jazz, Xote, Bossa Nova, etc.) e a consequente escolha; 3) Configuração Melódica: que consiste em cantar o texto já esboçado ou a ser feito a partir das estruturas já construídas.

Cabe ressaltar que inúmeras técnicas são utilizadas em cada um desses momentos seguindo sempre a direção que o grupo vai tomando no processo e que a Oficina Sonoro-Musical, dentre outros aspectos, proporciona a utilização de instrumentos musicais em suas possibilidades para além do modo canônico de executá-lo. Assim, nada impede um violão de virar instrumento de percussão num Rap improvisado. Tudo transcorre a partir da ludicidade e a matéria sonora emerge como possibilidade de acolhimento e continente para os estados singulares de cada componente do grupo.

Tais aspectos podem ser vistos na experiência que se segue:

Anacleto⁵⁹ entra na sala cabisbaixo no momento em que estávamos no processo de construção de uma canção. Uma batida contínua era executada por um usuário exatamente no tempo do violão. Peço que diga uma palavra para juntar às tantas outras que já estavam elencadas no quadro negro, ao que ele responde: “Não estou com cabeça!”. Ato contínuo escrevo a sua queixa (frase) no quadro. A partir daí, se configura a gênese de uma canção que será construída ao longo de nosso encontro, canção essa que faz parte do repertório atual do Grupo Harmonia Enlouquece

*Balança a cabeça não estou com cabeça
Será que dá!?!/Corpos vazios/Mentes atentas/ será que dá!?*

Como podemos perceber do exemplo citado, mesmo sem ter a intenção de participar da atividade de criação, as palavras de Anacleto passaram a fazer sentido na construção coletiva. A partir daí, ele mostrou-se mais participativo ao longo de todo o processo, ou seja, a sua passividade inicial foi transformada em um produto cantado por todos, inclusive por ele.

Devemos advertir que, nesse momento, não havia pretensão alguma de criarmos um grupo musical, isto se deu um pouco mais tarde, ao longo de um processo, como veremos mais adiante.

Ao longo de seis meses os encontros foram realizados em uma sala no ambulatório da unidade que também era reservada para estudo e reunião de equipe, mas o número crescente de usuários, somado à falta de revestimento acústico, precipitou a nossa mudança para o auditório.

Neste novo espaço, intensificou-se o processo de criação musical. Além disso, as próprias características do auditório como um local voltado para apresentações, estimulou alguns participantes a realizarem curtas performances entre si seguidas de discussão e avaliação pelo grupo.

A esta altura já havia se configurado no grupo um subgrupo que desejava aprofundar o processo de criação, mostrando-se mais interessado em compor e tocar as próprias canções do que interpretar músicas do cancioneiro popular e também bastante inclinado a mostrar suas criações para além do espaço da oficina.

Nasce o Harmonia Enlouquece

Com três músicas compostas: “*Será que dá?*”, “*Bye Bye*” e “*Sufoco da vida*” (que mais tarde tornou-se o hit do Harmonia), o grupo de usuários mais afeito com a ideia de mostrar suas composições para além do espaço da oficina, começou aglutinar outros usuários do serviço e, sobretudo, profissionais da instituição. Um Médico Psiquiatra que tocava violão, uma Assistente Social e uma Secretária da Direção, ambas fazendo *backing vocal*

Podemos admitir que o grupo Harmonia Enlouquece surgiu como um desdobramento natural da Oficina Sonoro-musical. Tal desdobramento exigiu uma reformulação nas ações tanto no que diz respeito à nova configuração grupal e às novas expectativas, quanto ao próprio fazer musical ligado, nesse momento, à performance e à elaboração de um produto, ou seja, Shows e produção de CDs.

⁵⁹ Nome fictício

Até o momento, utilizamos nomes fictícios por questões éticas. A partir daqui não nos parece mais necessário manter esse expediente, até porque o Grupo Harmonia Enlouquece ganhou uma visibilidade na mídia, sendo o seus componentes listados nominalmente. Aliás, hoje os usuários fazem questão de serem conhecidos por seus nomes e pelas suas atribuições no grupo.

Atualmente o grupo é formado por três técnicos da instituição, uma voluntária e nove usuários. Francisco Sayão (violão), Hamilton Assunção (vocal), Luiz Mario (flauta transversa e doce), Julio César (Harmônica) André Luiz (Percussão), Geiza Carvalho (Cajon e pandeiro), Franklim Guimarães (Contrabaixo) Ada Cristina, Telma Rangel, Raquel Cruz, Juliana e João Batista (backing vocal), Marcelo Ferreira (Operador de Áudio) e Sidnei Dantas (Direção musical, Violão, Bandolim e Harmônica)

Na experiência de um grupo musical, os aspectos da performance e do produto, como se sabe, são bastante relevantes. No que se refere ao Grupo Harmonia Enlouquece, apesar de continuarmos com a atenção no sujeito e no processo, surge também uma ênfase na performance, cujo resultado pode ser um produto com valor estético musical. Tal aspecto surge como uma exigência natural, que passa a ser valorizada pelos próprios participantes do grupo e, quando emerge, deve ser estimulada pelo Musicoterapeuta que é quem cria as condições de efetivação do produto num processo de respeito às potencialidades dos sujeitos.

De nossa parte, não perdemos de vista a recomendação de Bruscia (2000) de que cabe ao Musicoterapeuta buscar o melhor de cada participante em termos musicais e a Música aqui corresponde à relação intrínseca entre a pessoa, o contexto, o processo e o produto.

Desde sua primeira apresentação, o grupo tem recebido convites e participado em diversos eventos, principalmente, aqueles ligados ao Movimento da Reforma Psiquiátrica.

O primeiro evento em que o grupo participou fora da instituição foi 1º Encontro do CPRJ com a comunidade da AP 1⁶⁰, realizado na Praça da Harmonia – Centro / RJ. Daí o nome do grupo, pois, a Praça da Harmonia “enlouqueceu” naquela data.

A formação nesta ocasião se resumia basicamente a dois violões e um coro de cinco pessoas.

Apesar das dificuldades encontradas, que foram mais técnicas do que humanas, os usuários envolvidos deram o seu recado e saíram fortalecidos da experiência convictos de que tal experiência deveria ter continuidade.

Em 07 de abril de 2001, o grupo foi convidado para outro evento de extrema importância: o Show comemorativo do Dia Mundial da Saúde, dedicado nesse ano à Saúde Mental com o lema “Cuidar sim, excluir não”. O cenário foi a Lagoa Rodrigues de Freitas, onde o grupo teve a oportunidade de dividir o palco com diversos artistas (Velha Guarda da Portela, Danilo Caymmi etc.).

Foi um Momento de muita expectativa para todos, no qual ficou evidente a importância do Musicoterapeuta como um continente seguro ao longo de toda a preparação para o show e, sobretudo, no momento da performance dos pacientes no palco.

A partir de tais experiências, os usuários reivindicaram um espaço diferenciado para os ensaios. Em 2001, começamos a nos encontrar duas vezes por semana, sempre com ensaios abertos a todos da unidade e visitantes. Tal característica, além de dar visibilidade ao grupo, permitia, ao mesmo tempo, a emergência de um novo dispositivo destinado aos usuários, que mesmo não participando ativamente, isto é, sendo apenas audiência, podiam usufruir de

⁶⁰ Toda unidade de Saúde atende a uma região específica denominada Área Programática. O CPRJ é responsável pela AP 1 que engloba moradores do Centro da cidade do Rio de Janeiro e bairros adjacentes.

algum modo da experiência ali vivida. Além disso, o fato de ser um ensaio aberto permitia também a inclusão constante de novos componentes no grupo com consequentes mudanças em sua formação.

Geralmente os encontros têm a duração de duas horas e são divididos em dois momentos: a) ensaio das músicas já existentes com elaboração dos arranjos e b) Apresentação e/ou criação coletiva de novas canções.

O grupo se reúne num território livre para criação no qual o fazer musical possibilita a horizontalização das relações entre os profissionais e os usuários.

Do ponto de vista técnico, costumamos utilizar, muitas vezes, intervenções a partir de procedimentos da Improvisação Musical Livre com a finalidade de evitar a “cristalização” do processo de ensaio que, como se sabe, requer a repetição, por vezes exaustiva, de trechos ou passagens musicais definidas previamente nos arranjos.

Tal intervenção pode acontecer a qualquer momento durante a atividade e permite um “relaxamento” nas performances, favorecendo a desenvoltura na tarefa e consequente eficiência. Assim, se um componente do grupo demonstra, por exemplo, uma atitude ansiogênica expressa na dificuldade em realizar uma passagem musical um pouco mais complexa, ao invés de insistirmos na repetição incessante de tal passagem, propomos intervenções a cada volta ao trecho, aquilo que chamamos de “*Cacos Disruptores*” que podem ser: interrupções da frase, reduções, modulações, execução do instrumento de forma irreverente, do tipo percutir uma parte da frase no tampo do violão e emitir a outra parte corretamente, mas com a voz etc...

A partir daí, a Música toma um outro destino, autorizada explicitamente pelo Musicoterapeuta. Desse modo, todos passam a experimentar a frase de modo bastante lúdico, através da improvisação, num fazer musical que pode se distanciar totalmente da canção, até que, a partir de outra intervenção do Musicoterapeuta, o grupo retoma a estrutura da Música e o solista, que antes encontrava dificuldades, quando chega o momento de tocar a frase, acaba por dar conta de seu fazer. Neste momento, a passagem deixou de ser algo “amedrontador” e ocorre naturalmente correspondendo ao arranjo proposto.

O papel do Musicoterapeuta nesse momento é o de criar condições favoráveis para um desenvolvimento gradativo da musicalidade, visando solucionar as dificuldades técnicas da expressão musical e concomitante bem-estar do sujeito, fazendo ver aquilo que nos fala Bruscia: “*o terapeuta vai trabalhar continuamente para um maior desenvolvimento dos potenciais musicais do cliente, reconhecendo que é nesse processo de expansão musical que a terapia ocorre*”(BRUSCIA, 2000 p102)

Assim, a gravação do primeiro CD⁶¹ em 2001, ainda com divulgação restrita aos shows e a distribuição Artesanal em pequenas lojas de CDs e em alguns pontos culturais da Cidade, pode ser considerado um produto resultante de um processo de expansão musical do grupo.

A necessidade do grupo em melhorar a performance, buscando soluções estéticas para as canções, denota também um processo de expansão musical, aspecto relevante para sua

⁶¹ Este CD recebeu críticas positivas do colunista de Música Arthur Dapieve em matéria de meia página do Jornal o Globo de 31/03/03.

inclusão no “Projeto Loucos por Música”⁶² e para premiação no projeto “Além dos Limites”⁶³ da Funarte .

Cabe ressaltar que tais projetos proporcionaram experiências repletas de desafios, tais como: dividir o palco com os grandes ídolos da MPB, lidar com situações singulares das grandes produções no campo musical, reformulação de repertório e conseqüente readaptação, às vezes, poucas horas antes dos shows, viagens, etc., situações que o grupo enfrentou com responsabilidade e profissionalismo.

Da praça pública à Universidade, passando por hospitais, presídio, palcos famosos e espaços culturais da cidade, o “Harmonia Enlouquece” rompeu a lógica da exclusão. Ganhando lastros na mídia impressa e televisiva, recoloca a discussão da necessidade de inclusão e do respeito à cidadania dos portadores de transtornos mentais, sobretudo, através da Música, colocando em evidência a importância da Musicoterapia neste contexto.

Enfim, podemos dizer que o Harmonia Enlouquece, enquanto prática musicoterápica, tem contribuído para a criação e manutenção de merecidas oportunidades às pessoas envolvidas no grupo, que demonstram um aumento significativo de seu poder contratual em suas relações interpessoais e sociais, o que tem resultado numa nítida redução das crises e as conseqüentes internações. Os participantes apresentam-se mais ativos em seus tratamentos, mais autoconfiantes, demonstrando maior capacidade em desenvolver todo o seu potencial, aspectos desencadeados e revelados no próprio fazer musical.

Então, vale a recomendação de Bruscia

“[...] embora a Musicoterapia envolva todos os níveis de experiências musicais, quanto mais perto a experiência do cliente estiver do nível puramente musical, mais certeza poderemos ter de que se trata verdadeiramente de Musicoterapia” (Bruscia, 2000 p 119).

Sendo assim, só nos resta trazer os instrumentos reunir o grupo e retomar a sessão/ensaio com a nossa canção:

“Sei que o Harmonia Enlouquece vai nos ajudar/ninguém esquece não/ é nessa onda que eu vou mergulhar.....”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benneton, J. - **Trilhas associativas**: ampliando os recursos na clínica das psicoses. São Paulo: Lemos 1991.

Bruscia, K. **Definindo Musicoterapia** – 2ª ed. Rio de Janeiro: Enelivro, 2000.

⁶² Projeto de shows com grandes nomes da MPB cuja renda da bilheteria é doada para instituições de Saúde mental. Já aconteceram três Edições 2005, 2006 e 2007. Cada uma com oito shows entre Rio e Salvador. O Harmonia Enlouquece participou de todas as edições dividindo o palco com diversos artistas da MPB.

⁶³ Em 2006, a Funarte lançou o primeiro Edital Público voltado para o fomento e a inclusão de artistas com deficiência. O Harmonia foi selecionado recebendo um financiamento para produção de seu segundo CD e de um espetáculo apresentado nas salas Funarte de Santos, Brasília e Rio.

Birman, J.; Serra, A. **Os descaminhos da subjetividade**. Niterói, Editora Universitária, EDUFF, 1988.

Carvalho, P. **Villa-Lobos**: do crepúsculo à alvorada. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1987.

Deleuze, G; Guatarri, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia, vol. 4 – São Paulo: Ed 34, 1997.

----- **O que é a filosofia?** – São Paulo: ed 34, 1992.

Lima, Elizabeth, A. **A utilização de atividades na clínica da psicose**: contribuição da Terapia Ocupacional – Revista Perfil, Assis, SP, 12 : 9-27 , 1999.

CAPÍTULO 8

Musicoterapia clínica na terceira idade: uma abordagem institucional

Márcia Godinho Cerqueira de Souza⁶⁴

“Vive-se mesmo no ato de se expor.
O resto é não marcar o tempo.
Só dele as marcas ter”
Milena poesia tanka

Introdução

Este capítulo tem por fundamento, abordar a questão da atuação da Musicoterapia com a terceira idade, visando principalmente sua abordagem institucional, que em geral se dá em caráter asilar. Para tanto, iniciarei com um breve histórico de minha experiência institucional em Musicoterapia, acompanhada de minhas colegas musicoterapeutas, bem como realizando uma panorâmica sobre o envelhecimento e os conceitos mais abordados neste campo. Logo após, faremos uma reflexão sobre a relação da Música e a velhice e seus principais aspectos. Farei um breve apanhado sobre a necessidade de um modelo assistencial dentro de uma instituição asilar, bem como a participação ampla da Musicoterapia nesta prática clínica tão difundida em nossa atualidade.

⁶⁴ **Márcia Godinho Cerqueira de Souza:** Mestre em Filosofia e Ética _UGF -1998. Especialista em envelhecimento e Saúde do idoso pela Escola Nacional de Saúde Pública –ENSP – FIOCRUZ – 1999.Musicoterapeuta, formada pelo CBM - 1981.Musicoterapeuta fundadora do serviço de Musicoterapia do HCE- Hospital Central do Exército – Rio de Janeiro.1983.Musicoterapeuta, autora do projeto de implantação, fundadora e chefe do setor de Musicoterapia da Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes -CGABEG - Rio de Janeiro - Comando da Aeronáutica (1985 -2008).Professora convidada do Curso de pós-graduação em Geriatria do Hospital pró-cardíaco – Rio de Janeiro.2007 - 2008.Colaboradora convidada com o capítulo 128: Musicoterapia e a clínica do envelhecimento no livro: Freitas E, Py L, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Editora Guanabara Koogan. 2ª edição. Rio de Janeiro. 2006.Autora e colaboradora do livro: O desafio multidisciplinar – um modelo de instituição de longa permanência para idosos. Yendis Editora. São Paulo. 2006.Professora da disciplina recursos musicais terapêuticos do pós-graduação em Psicomotricidade das Faculdades integradas Helena Antipof – Sociedade Pestalozzi –Niterói – RJ.2008. Formada no curso técnico de piano, teoria musical, harmonia e morfologia da voz e canto coral pelo Conservatório Fluminense de Música _ Niterói. (1976). Cantora do grupo vocal Boca que usa desde a sua fundação em 1997. (2008)

Histórico

Há décadas atrás, na cidade do Rio de Janeiro, bem antes de se pensar de forma mais aprofundada sobre os processos de envelhecimento e a atuação da Musicoterapia nesta área da Saúde em nosso país, nossa colega, a musicoterapeuta e pianista Sílvia Becker, iniciou um trabalho de Musicoterapia junto a uma comunidade de origem judaica, obtendo na época, excelentes resultados com sua prática clínica. Quase que simultaneamente iniciei meus estudos e prática nesta mesma área, bem como realizando projetos de implantação da Musicoterapia junto à terceira idade.

Coordenando o serviço de Musicoterapia na Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes (CGABEG), também na cidade do Rio de Janeiro, há longos vinte e três anos, eu, Márcia Godinho Cerqueira de Souza, busquei junto com minhas colegas, as musicoterapeutas Martha Tannus Vianna Assumpção e Norma Landrino, a participação efetiva da nossa profissão como integrante atuante da equipe multidisciplinar, sem a qual o trabalho com a terceira idade se torna árido e pouco eficaz. Também, buscando registrar através de artigos e publicações das mais variadas, os avanços nos tratamentos de Musicoterapia por nós realizados, bem como, acompanhar os avanços científicos que só vem fundamentar esta atuação frente à clientela em questão.

No ano de 1984, ao ser convidada pela comissão de implantação da CGABEG, elaborei um vasto projeto que justificasse o trabalho de Musicoterapia nesta instituição. A atuação da Musicoterapia se dá em sua práxis a partir de fevereiro de 1985, contando já com as três profissionais musicoterapeutas que compõem o quadro da instituição CGABEG. (SOUZA, ASSUMPCÃO; LANDRINO, 2006, p.280).

Cada vez mais o tratamento musicoterápico com pessoas na terceira idade estimula a partir do prazer de cantar, tocar, improvisar, criar e recriar musicalmente, o redescobrir de canções que fizeram e fazem parte da sua vida sonoro-musical. O trabalho de Musicoterapia, portanto, vem buscando a excelência do tratamento em estudos investigativos e na práxis em que os resultados falam por si (SOUZA, 2006, cap.128, p.1217).

Com o tempo passando, fomos também envelhecendo com ele e como um bom vinho provém de uma boa safra e leva tempo para ser feito, vimos que muitos trabalhos e formações de Musicoterapia em geriatria e gerontologia se deram a partir deste desbravar. Atualmente podemos vislumbrar um grande caminho de resultados clínicos de vários colegas musicoterapeutas, como Vera Wroebel, Mariângela Aleixo, entre outros, suas publicações, conquistas e pesquisas que só nos podem encher de orgulho e alegria ao fundamentar este processo de solidez da Musicoterapia neste campo. Hoje, portanto, a Musicoterapia com a terceira idade é reconhecida em todos os âmbitos da Saúde deste país e fora dele também.

Envelhecimento e Música

Entendendo o processo de envelhecimento como multifatorial e multidimensional, ele vai ocorrer simultaneamente aos processos socioeconômicos dentro de cada sociedade. Cada sociedade possui sua Música que a caracteriza como tal. A Música, portanto vai acompanhar o envelhecimento da humanidade, vai pertencer a cada etapa de desenvolvimento de cada um de nós, seja no macrocosmo ou no microcosmo de cada ser. A Música sempre acompanhou o envelhecer da humanidade, dando sentido aos momentos e às épocas, refletindo os sentimentos e sonorizando as realidades. (SOUZA, 2006).

Estar no mundo é ser acompanhado por sons, silêncios e pela musicalidade das palavras. Dependendo de cada sociedade, ou cada povo, ou cada comunidade, a linguagem verbal é impregnada por inflexões sonoras carregadas de significados. O musicoterapeuta deve estar aberto para o entendimento não só do trabalho com o musical em si do cliente, mas também compreender a musicalidade das palavras, percebendo as mensagens implícitas dos sons em cada expressão do verbal, ou seja, o que se diz e o como se diz tem importância crucial na ação terapêutica.

Como sempre digo, a Música é um produto da inteligência do homem, e assim como a humanidade envelhece, a Música sonoriza as épocas vividas, traçando uma rede de comunicação que, com estímulo musical, é acionada fazendo-nos associar as etapas do nosso próprio envelhecer, muitas vezes de forma sucessiva e simultânea.

A Música nos faz comunicar mesmo quando esta comunicação se torna difícil face às diferentes culturas. É por ela e com ela que, muitas vezes, podemos entender o modo de ser de um povo e de um indivíduo. Ela reflete, portanto, o que se conserva na memória e consegue resgatar reminiscências, reestruturando a história coletiva e individual. Do macrocosmo ao microcosmo, essa forma de linguagem, por seu caráter de universalidade, possui, portanto, a capacidade de fundir e ligar culturas, sentimentos e emoções, ao mesmo tempo em que as diferencia (SOUZA, 1997).

A Música, portanto, é uma linguagem de caráter universal, não por que iguala o que não é igual e sim por fazer a diferença, nos possibilitando expressar através dela a nossa forma de ser no mundo. Para que fazer Música? Nós fazemos Música para nos escutarmos nela (SOUZA,1996).

Musicoterapia e Modelo Assistencial

Toda a instituição se não tem deveria ter um modelo assistencial a ser seguido pelos programas de tratamento que a compõem. A Musicoterapia deve, por princípio, seguir as normas estabelecidas pelo modelo assistencial da instituição e estabelecer seu próprio critério de tratamento em Musicoterapia, sempre em acordo com o modelo assistencial em questão e o trabalho de equipe.

A Instituição asilar e a Musicoterapia

Primeiramente é importante entender etimologicamente o que significa instituição para começarmos a compreender a evolução histórica da instituição asilar. Instituição, do latim *institutione*, significa em primeira instância, o ato de instituir, criação, estabelecimento. Associação ou organização de caráter social, educacional, religioso, filantrópico etc. (AURÉLIO, 1999, p.1119).

Uma instituição asilar, portanto, tinha um caráter de lugar onde eram recolhidas pela assistência social pessoas pobres e desamparadas, para seu sustento e Educação, assim como mendigos, crianças abandonadas, órfãos, velhos, etc. (AURÉLIO, 1999, p.210).

Com certeza já ocorreu uma evolução histórica nesta forma de conceituar o lugar onde estão vivendo as pessoas idosas que, no momento, não estão sob o mesmo teto de suas famílias, ou não as tem para conviver.

A política nacional do idoso irá priorizar o atendimento oferecido pelas famílias, em detrimento do atendimento asilar; as casas de repouso e os asilos constituem alternativas de

cuidados para aqueles idosos que, por várias razões, não vivem mais em suas residências. (LEMOS; MEDEIROS,2006. P.1231).

Atuar em uma ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos não é uma tarefa fácil. No dia-a-dia, o musicoterapeuta, assim como outros profissionais da área, encontrará tarefas rotineiras a serem cumpridas. Como o objetivo deste escrito é narrar a relação instituição e Musicoterapia, vou procurar me ater o mais possível nesta parelha, buscando ampliar quando necessário para uma panorâmica da questão.

A Musicoterapia institucional, portanto, vai buscar tratar o idoso asilado de forma a compreendê-lo como um ser em sua individualidade, dentro de uma comunidade que é regida por condutas supostamente igualitárias. Goffman identificou que, na vida íntima das instituições de longa permanência, ocorrem ajustamentos secundários, que são estratégias desenvolvidas pelos internos para “fugirem” da normatização e preservarem suas individualidades. (*Apud*, CASTRO; CAMARINHA, 2006, p.33). A Musicoterapia ao ver o idoso como pessoa, como um ser individual em seu tratamento musicoterápico, colabora para a não perda da identidade, reforçando os laços do sujeito com seu passado e sua atualidade, através do resgate de sua história sonoro-musical pregressa até a atualidade do vivido.

A Musicoterapia em uma ILPI, portanto, irá valorizar a HSMP – história sonoro-musical do indivíduo, traçando uma linha da vida musical e fazer da Música, a ponte por onde transitará a memória global da pessoa, fortalecendo a autoestima, a autoconfiança e a vontade de viver plenamente o momento atual. A pessoa idosa, ao resgatar suas memórias, percebe que ainda está ativa para dentro de sua vida atual, e então passa a vivê-la intensamente e com prazer. A Música como terapia proporciona estes momentos de insights de produtividade e criatividade. O idoso começa a resgatar a sua potência como pessoa criativa e ativa dentro do processo musicoterápico e para fora dele.

O homem, portanto, é uma construção de si e do meio que o cerca, ele é criador e criatura que sofre as influências do meio, mas nele deixa as suas marcas. (SOUZA, 2006, p.1216).

O idoso asilado estará em contato constante com as normas institucionais, mas não deixa e não deve deixar o contato com seus familiares. A entrevista em Musicoterapia deve contemplar o idoso em si, protagonista do trabalho, mas também buscar entrevistar sempre que possível os familiares e cuidadores. Fazê-los participar do processo musicoterápico é uma das chaves do sucesso no tratamento.

A Musicoterapia em instituição asilar, portanto, deve buscar parcerias importantes como trabalho efetivo com os cuidadores dos idosos. Eles é que passam a maior parte do tempo com o idoso e, sendo o tempo da terapia exíguo, mas profícuo, deve ser multiplicado por estímulos adequados fora do setting musicoterápico. O papel do cuidador então, será significativo nesta estimulação, sempre orientado pelo musicoterapeuta.

Ao se inserir como mais um tipo de tratamento coadjuvante dentro de uma instituição de caráter asilar, a Musicoterapia irá participar das ações institucionais, não só nos tipos de atendimentos específicos de Musicoterapia, tais como, atendimento musicoterápico individual e em grupo, como também em atuações multi e interdisciplinares. A seguir, podemos visualizar um diagrama que é seguido pelas musicoterapeutas da CGABEG e que está registrado no capítulo sobre Musicoterapia do livro “O desafio multidisciplinar”, que dentre outros autores colaboradores estão as Musicoterapeutas da CGABEG já mencionadas neste capítulo em questão.



Figura 1 Vinculações institucionais da Seção de Musicoterapia (SOUZA ASSUMPÇÃO, LANDRINO,2007. p.297)

A seguir darei uma panorâmica ampliada dos tipos de atendimento que a Musicoterapia na instituição CGABEG contempla para os idosos que nela convivem, atuando com as três musicoterapeutas que compõem o quadro do setor de Musicoterapia já mencionadas, levando a Musicoterapia aos idosos de forma multi, inter e transdisciplinarmente, como demonstra o diagrama seguinte:



Figura 2 Tipos de atendimentos realizados pela Seção de Musicoterapia da CGABEG e sua inserção institucional clínica.

Portanto, a Musicoterapia em uma instituição asilar, vai procurar atender aos idosos independentes, com distúrbios socioafetivos ou em isolamento social, bem como os acometidos por processos demenciais de natureza leve, moderada ou severa, entre outras situações clínicas observáveis. Tal atuação auxiliará efetivamente na prevenção e reabilitação no que se refere à manutenção de funções cognitivas preservadas, à facilitação das relações interpessoais, à autoexpressão, ao resgate de todos os tipos de memória, ao desenvolvimento da criatividade, estimulação das redes associativas cerebrais e enfim, aos resgates cognitivos, valorizando a história pessoal do idoso, a partir de sua história sonoro-musical. (SOUZA, ASSUMPÇÃO, LANDRINO, 2006, p.290).

Conclusão

Mais do que fechar possibilidades no atendimento de Musicoterapia na terceira idade, este trabalho pretende abrir canais de comunicação com outros colegas que se interessem pelo estudo da Musicoterapia com a terceira idade. Trazer à tona um pouco deste trabalho de mais de duas décadas é constatar que o mesmo já rendeu frutos, multiplicando-se em iniciativas por todo o Brasil, como também no exterior. Fazer parte da história da nossa Musicoterapia, destes quarenta anos de vida de uma profissão aqui no Rio de Janeiro, me faz crer que o sonho é possível e que realizá-lo é trabalho árduo, gratificante e digno de luta! Parabéns, Musicoterapeutas... parabéns para nós! Eu tenho muita alegria em ter escolhido a carreira de Musicoterapeuta e poder participar desta festa!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LEMOS, N., MEDEIROS, S.L. Suporte social ao idoso independente, capítulo 129, p.1227 - 1233. In: FREITAS E, Py L, et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Editora Guanabara Koogan. 2ª edição. Rio de Janeiro. 2006.

SOUZA, M.C.G. Musicoterapia e a clínica do envelhecimento, capítulo 128, p.1216 - 1225. In: Freitas E, Py L, et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Editora Guanabara Koogan. 2ª edição. Rio de Janeiro. 2006.

_____. A Música de uma vida inteira. In: **Boletim da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-RJ**, coluna: tratamentos revolucionários, n.12, ano quatro, Rio de Janeiro, 1996. P. 8-9.

_____, ASSUMPÇÃO, M.T.V., LANDRINO N., Musicoterapia clínica e sua atuação na Casa Gerontológica de Aeronáutica Brigadeiro Eduardo Gomes, capítulo 15, p279 -300. IN: **O desafio multidisciplinar – um modelo de instituição de longa permanência para idosos**. Yendis Editora. São Paulo. 2006

CAPÍTULO 9

Interfaces entre teoria e prática no contexto hospitalar: Reflexões sobre uma abordagem sistêmica de Musicoterapia

Leila Brito Bergold⁶⁵

Este artigo tem por finalidade refletir sobre a importância de uma base teórica para ampliar a prática profissional e se relaciona com a minha experiência de mais de 20 anos como musicoterapeuta em um hospital geral. Iniciei minha prática profissional como enfermeira e posteriormente passei a trabalhar como musicoterapeuta nesta instituição hospitalar, procurando assistir ao paciente integralmente. Apesar do meu empenho, percebi que meus esforços ainda não eram suficientes para atender a suas demandas. A condição crônica de grande parte da clientela, pacientes internados por agravos clínicos como câncer, insuficiência renal, AVC e outras doenças neurológicas, além de portadores de transtornos psiquiátricos ou de necessidades especiais vinculadas a déficit motor, sensorial ou mental implicava em suporte familiar constante. E, ao lidar com essas famílias, percebi as dificuldades que o adoecimento trazia a essas relações, o que me impulsionou a procurar auxílio para lidar com situações para as quais não me sentia preparada.

Encontrei suporte na Teoria Sistêmica, quando realizei formação em Terapia Familiar, que me proporcionou uma nova visão sobre o cliente e seu contexto familiar, sendo um importante recurso na ampliação de abordagens terapêuticas, contemplando tanto os clientes quanto os familiares (BERGOLD, 2000).

É importante destacar a natureza interdisciplinar da própria Musicoterapia que busca uma concepção de indivíduo no qual os fatores biológicos, psicológicos e sociológicos são considerados necessários para um entendimento do cliente e sua relação com a Música, e como essa relação pode ser utilizada numa estratégia terapêutica. Ruud (1998) aponta ainda que é necessária uma mudança para um paradigma de holismo e complexidade compatíveis com uma teoria sistêmica para que haja também um enfoque ecológico, relacionando o cliente com seu meio. Como o autor, creio que a teoria sistêmica pode embasar novas práticas da Musicoterapia relacionadas com as concepções do paradigma emergente da ciência, destacando inicialmente dentre elas a transdisciplinaridade.

Esta é importante por permitir distinguir e separar as disciplinas ou domínios científicos e ao mesmo tempo fazê-los se comunicarem sem reduzi-los pela simplificação (MORIN, 1999). Assim, estudos ou práticas transdisciplinares promovem a troca de conhecimento evitando a hierarquização de um saber sobre outro e sem a redução ou separação características do paradigma cartesiano que originou o modelo biomédico de

⁶⁵ **Leila Brito Bergold:** Musicoterapeuta, professora de Música e enfermeira. Especialista em Terapia de Família. Mestre e doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ. Chefe do Serviço de Musicoterapia do Hospital Central do Exército. Professora da Faculdade de Enfermagem da Fundação Técnico Educacional Souza Marques. Coordena o Centro de Estudos da AMTRJ.(2008)

assistência, que tem-se revelado insuficiente para resolver boa parte dos problemas que afetam a Saúde das pessoas.

Para delinear a base teórica que sustenta esta reflexão, quero destacar alguns aspectos relacionados às transformações paradigmáticas da ciência moderna que têm grande influência na forma como apreendemos o mundo. Para Esteves de Vasconcellos (2003), a ciência tradicional, também chamada de moderna, se fundamentou em três pressupostos: simplicidade, estabilidade e objetividade. A simplicidade se baseia na crença em que, separando-se o mundo complexo em partes encontram-se elementos simples, sendo necessário separar as partes para entender o todo. Isso levou a uma atitude de análise e busca de relações causais lineares que influenciou toda a ciência moderna. A estabilidade influencia a crença de que o mundo é estável e que é possível prever os fenômenos e controlá-los. Já a objetividade se baseia na premissa de que é possível conhecer objetivamente o mundo como ele é na realidade, o que pressupõe uma única versão do conhecimento e a separação entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido, impondo que a subjetividade do sujeito deveria ficar à parte do objeto estudado.

O pensamento sistêmico está profundamente implicado na mudança gradual de paradigma da ciência tradicional, que provocou alterações nos três pressupostos descritos anteriormente, indicando mudança: da simplicidade à complexidade, da estabilidade à instabilidade e da objetividade a intersubjetividade. A transição paradigmática implica no questionamento do pressuposto da objetividade, pois toda ação humana é subjetiva e não pode ser explicada somente com base nas suas características exteriores e objetiváveis. Outra questão relaciona-se com o mito da neutralidade do observador/pesquisador, visto que entre os novos pressupostos está que não é possível estudar um objeto sem o alterar, o que conhecemos do real é o que introduzimos nele (SANTOS, 2008).

A instabilidade derruba o mito da previsibilidade e controle, contribuindo com a ideia de ‘estar’ e não ‘ser’, fortalecendo a noção do processo que ocorre na complementaridade entre a mudança e a estabilidade. Os fenômenos aleatórios não podem ser determinados e podem ser utilizados como um elemento necessário aos processos de criação e invenção. A complexidade baseou-se na concepção da interação entre os elementos de um sistema, em que nada está isolado no universo, tudo está em relação. Existe, onde quer que se produza, um emaranhamento de ações e interações, quando os componentes que constituem um todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico) são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes. Pensar de forma complexa implica em considerar essas relações evitando o reducionismo de separar o todo em partes (MORIN, 2006).

A influência desse novo paradigma influenciou não somente a ciência, mas principalmente a abordagem realizada por profissionais ligados a sistemas, como os terapeutas de família, que modificaram sua prática a partir da incorporação dos novos conceitos sistêmicos e influenciaram a assistência realizada por outros profissionais à família, no âmbito da Saúde.

A evolução da abordagem sistêmica e sua influência na terapia familiar

Ao final da década de 50, com a influência da Teoria dos Sistemas e da Cibernética, ciência que estuda o controle e a comunicação no animal e na máquina, tornou-se claro que a terapia de família não era somente um novo método de tratamento, mas uma nova forma

de entender as relações humanas e suas mudanças. A evolução dessa abordagem ocorreu em duas fases denominadas de cibernética de primeira e segunda ordem.

Na cibernética de primeira ordem, os sintomas eram considerados como resposta a uma ameaça de desequilíbrio do sistema familiar. Nesse modelo, o terapeuta tentava entender o disfuncional e aplicava técnicas diretas para alterar essa homeostase através da indução de uma crise. A ênfase na técnica e a fundamentação baseada nos conceitos de circularidade (eventos interligados em que não se pode determinar a origem), controle e homeostase eram características destas escolas de terapia sistêmica. A essa época ainda não havia a noção de autorreferência; os modelos se baseavam na crença em uma realidade independente do observador e também davam ênfase à estabilidade, que era observada a partir da estrutura e mecanismo que ocorrem dentro do sistema (RAPIZO, 1996).

A primeira cibernética foi alvo de críticas relacionadas à incompatibilidade da questão hierárquica dentro de uma visão sistêmica, pois a auto-organização e regulação dos sistemas vivos não admitem o controle de uma parte sobre as outras e sim interdependência entre os elementos. Posteriormente, essa visão da estabilidade do sistema mudou, alimentada pela descoberta de que mudanças descontínuas levam a uma nova ordem, o que significou uma nova reorganização do contexto ou das próprias leis de conhecimento e apreensão do mundo. O pressuposto da instabilidade aliada a novos modelos relacionados aos avanços nas pesquisas sobre os sistemas auto-organizadores e observantes resultaram no questionamento da objetividade (MATURANA, 1995), o que inicia a segunda fase da terapia de família, a cibernética de segunda ordem, no final dos anos 70.

Nessa fase, a atenção se volta para os sistemas auto-organizadores, que trouxeram as noções de autonomia, sistemas regidos por leis próprias e auto-referência, momento em que uma operação toma a si mesmo como objeto. A mudança ocorre a partir de perturbações originadas no funcionamento interno dos sistemas ou disparadas pela relação com o meio ambiente que têm destino imprevisível e irreversível. A imprevisibilidade é uma das características importantes dos sistemas auto-organizadores, como os orgânicos e sociais, existindo vários pontos de instabilidade durante a história de um sistema que são caminhos disponíveis para seu curso futuro, não podendo ser controlada externamente. Essa concepção é contrária às estratégias utilizadas até então para tentar modificar o sistema familiar através de uma conduta pré-estabelecida.

Essa impossibilidade de controle pelo observador é que determina a ‘clausura operacional’ do sistema, que responde às leis próprias de constituição e compatibilidade, o que levou à percepção de que informação para um sistema não é algo pré-definido, mas algo que faz sentido. Assim, o sistema não admite ‘interação instrutiva’, ou seja, não é comandado por estímulos externos. Mas isso não indica uma estagnação ou comportamento repetitivo do sistema, ao contrário, devido aos eventos aleatórios e à resposta do sistema a partir de sua organização estrutural não previsível ocorrem movimentos criativos (MATURANA, 1995). Entretanto, esses movimentos só são possíveis dentro de limites definidos pela própria estrutura, ou seja, não adianta apresentar estímulos que não sejam compatíveis às leis próprias de constituição do sistema,

Para o autor, outra questão importante é a inclusão do observador nos sistemas que observa, pois ele próprio é um sistema auto-organizador que forma um novo sistema, o sistema observante, no qual observador e sistema observado interagem através de processos auto-referenciais. A realidade não é revelada, é construída a partir da estrutura do observador, que designa um sistema complexo que engloba diversos níveis: corporalidade, cultura, linguagem, contexto.

A linguagem toma um destaque importante, pois não há realidade independente da linguagem. O mundo não é composto de coisas externas que se captam no ato de observar, e sim um mundo que surge dinamicamente na relação com outros seres humanos. Assim, se o mundo em que vivemos se configura com os outros na convivência e na linguagem, construímos a linguagem e a nós mesmos nessa convivência o que aponta a importância da intersubjetividade. A linguagem não transmite apenas informação e não reflete o mundo, ela cria o mundo e o sujeito a partir de um domínio cooperativo de interações, através de referenciais compartilhados. Há tantos mundos quanto observadores, ou comunidades de observadores; vivemos não em um universo, mas em um multiverso.

Considerar que construímos um mundo com o outro na linguagem implica que o ponto de vista do outro seja tão válido quanto o nosso, sendo essa a base da posição construtivista, uma ética voltada para a responsabilidade e para a crença no papel da multiplicidade, da singularidade e no homem como protagonista de seu próprio destino. A ética fundamenta-se na legitimação da existência do outro e a responsabilidade pelo agir e interagir com ele (MATURANA, 2001).

Uma nova dimensão conceitual, a ‘narrativa’, que é o campo das histórias em comum compartilhadas pelas famílias, pelos grupos sociais e pelos terapeutas, criou um segundo salto epistemológico, que levou ao desenvolvimento do construcionismo social. Este define a realidade como acordos narrativos co-organizados em conversações, a realidade de cada um se baseia em acordos, em consenso, o foco da atenção não é o indivíduo ou família, mas as histórias encaixadas no espaço virtual da conversação entre pessoas (SLUZKI, 1997),

A posição narrativa se apoia em algumas premissas, das quais destaco: os sistemas humanos são geradores de linguagem e de sentido, a comunicação e o discurso definem a organização social. Todos os sistemas humanos são sistemas linguísticos mais bem descritos por aqueles que participam deles e não por observadores externos ‘objetivos’. O sistema terapêutico é um destes sistemas linguísticos. A conversação terapêutica é uma busca e exploração mútuas pelo diálogo, um entrecruzamento de ideias no qual novos sentidos estão continuamente evoluindo. O papel do terapeuta é o de um artista da conversação, ele facilita e cria o espaço para uma conversação dialógica, sendo um observador/facilitador/participante desta conversação (GOOLISHIAN, ANDERSON, 1996).

Para Sluzki (1997), os processos de rede se dão no espaço interpessoal e estão multideterminados por processos macro e micro sociais. Assim, a rede social contém e é gerada pelas histórias que constituem a identidade de seus membros, legitimando a posição relativa dos participantes e gerando a existência simbólica destes membros. O enfoque do construcionismo social na terapia familiar é co-construir novas narrativas que possam ampliar as possibilidades de ação do sistema, a partir da visão do terapeuta e do sistema, incluindo as diferenças de cada um e o conhecimento sobre a rede social.

Ampliando a atuação da Musicoterapia hospitalar a partir de uma visão sistêmica:

a) Atendimentos de Musicoterapia a famílias:

Partindo do pressuposto de que não existe a possibilidade de controle pelo observador/musicoterapeuta devido à ‘clausura operacional’ do sistema, percebi que somente realizar orientações aos familiares de pacientes não produzia as mudanças esperadas, visto que o sistema não admite ‘interação instrutiva’ (MATURANA, 1995). Assim, algumas famílias que apresentavam dificuldades nas relações intrafamiliares e se mostravam

acessíveis a participar ativamente do processo terapêutico, foram inseridas no setting terapêutico e passaram a participar de atendimento familiar de Musicoterapia.

Nesse enfoque de atendimento familiar são utilizadas as mesmas experiências musicais já preconizadas em outros formatos de atendimento grupal: improvisação, recriação, composição e experiências receptivas (BRUSCIA, 2000). Os objetivos específicos estão relacionados às características do paciente que foi inicialmente encaminhado, ou seja, promover a reabilitação psicomotora, reabilitação psicossocial, estimulação de crianças com atraso em alguma área do desenvolvimento ou mesmo o crescimento individual. Contudo, o objetivo principal, discutido previamente com os envolvidos, é proporcionar condições para a percepção e mudança da própria relação familiar que apresenta entraves que dificultam a evolução dos participantes do sistema familiar. Assim, através das experiências musicais compartilhadas e co-construídas, cada um pode se perceber, perceber o outro e como se influenciam através da forma como estabeleceram suas interações.

Essa mudança de abordagem facilitou ao sistema familiar a percepção não somente das dificuldades e possibilidades do paciente, mas também das dificuldades e possibilidades dos próprios familiares. Essa participação no processo terapêutico promoveu mudanças na visão de si mesmo por parte do sistema familiar, trazendo uma diferença que fazia sentido para o mesmo, impelindo-o para uma percepção crítica sobre a contribuição de cada um para manter o problema ou para resolvê-lo, despertando a corresponsabilidade de cada um pelo processo de mudança (BERGOLD, 2000).

Importa destacar também a inclusão do observador nos sistemas que observa, ou seja, o observador/musicoterapeuta e o sistema observado/família interagem através de processos autorreferenciais e constroem um sistema terapêutico complexo que inclui a cultura musical além dos outros níveis como a corporalidade, a linguagem e o contexto (MATURANA, 1995).

Ser coparticipante de um sistema terapêutico construído consensualmente com as famílias implica em uma posição ética de ‘não-saber’, tentando manter a curiosidade sobre as relações familiares e evitando as certezas que podem ser restritivas. Enquanto estamos preocupados em ensinar ou mudar o cliente e/ou sua família, não conseguimos aprender com ele de que forma essa mudança pode ocorrer dentro de sua coerência, sua organização ou seu tempo (BERGOLD, 2000). Assim, “a curiosidade é uma posição terapêutica que dá oportunidade para a construção de novas formas de ação e interpretação” (CECHIN, 1996).

A coparticipação realizada de forma criativa, com atividades musicais que trazem possibilidades de experimentação e prazer, cria um vínculo maior entre os participantes que elegem o espaço da Musicoterapia como um espaço de crescimento e troca no qual é possível desenvolver novas narrativas. É importante destacar que as narrativas em Musicoterapia não se fazem somente através da conversação, mas da linguagem corporal e musical, que construídas em conjunto conferem novos sentido à organização individual e familiar.

Atualmente, o atendimento familiar já apresenta um novo formato, que vem sendo desenvolvido com algumas famílias específicas: o atendimento multifamiliar. Este mantém o mesmo formato terapêutico e objetivos já discutidos, mas amplia sua abrangência por utilizar a concepção de redes sociais (tema que será abordado adiante), muito útil para famílias que, além das dificuldades evidenciadas nas relações intrafamiliares, também possuem dificuldades econômico-sociais e se beneficiam do apoio que encontram ao partilhar o espaço musicoterápico com outra família.

b) Participação em atendimentos transdisciplinares:

Uma das contribuições da abordagem sistêmica à minha prática foi promover a percepção de que as equipes interdisciplinares das quais eu fazia parte no hospital, para que pudessem explorar ao máximo as suas potencialidades, deveriam trabalhar em ação conjunta, iniciando uma abordagem diferente baseada na transdisciplinaridade e complexidade.

Dessa forma, em 1997, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e eu iniciamos atendimento transdisciplinar a um grupo de pacientes psiquiátricos que eram antes atendidos individualmente por cada terapeuta. O objetivo geral era promover maior interação entre todos os participantes, incluindo terapeutas e pacientes, através de atividades diversas que permitiriam a ampliação dos recursos de cada profissional na tentativa de maximizar os efeitos terapêuticos do grupo. Assim, desenvolvemos atividades através do cantar, tocar, pintar, falar, jogar, que despertavam uma gama de possibilidades que auxiliavam no resgate de aspectos saudáveis do paciente (BERGOLD, 2003).

Cada encontro era coordenado por um terapeuta enquanto os outros participavam junto com os pacientes das atividades propostas, dividindo com eles as dificuldades e o prazer de experimentar o novo. Essa diluição do papel do terapeuta, no processo de criação em conjunto permitia uma distribuição do poder, criando uma estrutura colaborativa ao invés de hierárquica, o que diminuía a resistência de alguns pacientes em participar dos atendimentos. Outra questão importante é que a inclusão dos terapeutas e seus contextos na realização das atividades promoviam um contexto para a mudança, e não a especificação da mudança, mantendo uma atitude ética e de respeito, ao tempo em que era estimulada a autonomia dos pacientes (HOFFMAN, 1985).

Essa vivência interativa promoveu grandes mudanças para todos os envolvidos, o respeito pelo conhecimento do outro, suas habilidades e criatividade no desenvolvimento das atividades promoveu um ambiente saudável e transformador. A possibilidade de contato com a diversidade de sujeitos, sentidos e culturas nos constitui, mas não exclui a corporalidade, a biologia, a história pessoal e a possibilidade de mudança a partir desta singularidade. Nossa autonomia como sistemas auto-organizadores nos leva a assumir a responsabilidade sobre nosso conhecimento e a legitimar o conhecimento do outro (MATURANA, 1995).

A partir dessa experiência, outras se seguiram, sendo criados posteriormente grupos transdisciplinares para atendimento a portadores de necessidades especiais relacionadas a um déficit motor e também a pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia, havendo a participação de outros profissionais como enfermeiros, assistentes sociais e médicos. Cabe destacar que essas experiências trouxeram como desdobramento a inserção de familiares nos grupos transdisciplinares de reabilitação e de pacientes em tratamento quimioterápico. A inserção dos familiares nestes grupos implicava em que eles também participavam das atividades propostas pelos profissionais, promovendo a redução da ansiedade intensificada pela condição clínica e estimulando a interação familiar e a descoberta de potencialidades e da criatividade dos participantes envolvidos.

A abordagem terapêutica de cunho transdisciplinar ampliou o conhecimento de si e dos outros envolvidos e, através da ação conjunta de terapeutas de diferentes áreas, ampliou e aprofundou o atendimento a pacientes e familiares, que evoluiu para a criação de grupos multifamiliares na psiquiatria, iniciando o trabalho com redes sociais.

c) Trabalho com Redes Sociais:

A rede social pessoal é a soma das relações que o indivíduo percebe como significativas. Essa rede contribui para o reconhecimento da pessoa como indivíduo e para sua autoimagem. Constitui uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência, incluindo os hábitos de cuidado da Saúde e a capacidade de adaptação em uma crise. Para Sluzki (1997), os processos de rede ocorrem no espaço interpessoal, influenciados por processos macro e micro sociais. No processo micro social encontram-se os sistemas pertinentes mais óbvios e acessíveis. E o macro inclui as variáveis históricas, culturais, socioeconômicas e políticas que contextualizam e afetam o cotidiano dos participantes da micro rede.

No âmbito da psiquiatria, os familiares são atendidos em grupos multifamiliares com enfoque transdisciplinar baseado nas narrativas dos participantes, durante os quais procuramos identificar as redes sociais e como ocorrem os processos micro sociais, mas buscando manter uma visão abrangente sobre a influência dos processos macro sociais.

As realidades narrativas construídas socialmente dentro dos grupos conferem sentido e organização à experiência individual, mas para alcançar este tipo especial de conversação terapêutica procuramos manter a postura de ‘não-saber’, o que gera uma genuína curiosidade que estimula essa conversação. Por princípio, se não sabemos qual é a intenção da ação, devemos confiar na explicação dada pelo sistema familiar, nos unindo a ele em uma exploração mútua de seu entendimento. Nesse processo, um novo sentido emerge tanto para o familiar quanto para o terapeuta (GOOLISHIAN E ANDERSON, 1996).

Outras atividades que o serviço de Musicoterapia desenvolve, aproximadas da concepção de redes sociais são as oficinas de Música e o canto coral. As possibilidades terapêuticas desses espaços vêm ampliando a inserção do Serviço de Musicoterapia como um espaço de crescimento pessoal e reabilitação psicossocial que envolve funcionários e pacientes.

O objetivo das oficinas, que se propõem a ensinar violão e flauta, é criar um polo de atividades saudáveis, sem o estigma da doença, através das quais pessoas que queiram aprender um instrumento musical possam se encontrar. Através destas, criam-se oportunidades de conviver, produzir, relacionar-se e sentir-se respeitado (COSTA, 2004)

Compartilho com Santos (1998) a ideia de que um dos papéis do musicoterapeuta é atuar como agente sensibilizador na utilização da Música em vários ambientes mesmo em situações que não comportem uma abordagem estritamente clínica. Essas oficinas se iniciaram em 2000 a partir da necessidade de pacientes que o processo musicoterápico não podia suprir. Alguns desejavam aprender um instrumento musical, mas estavam impossibilitados de se deslocar devido a limitações físicas e/ou por permanecerem longos períodos internados. Outros esgotaram as possibilidades dentro da própria terapia, mas tinham necessidades de reabilitação psicossocial e assim foram inseridos no espaço das oficinas, que deu sustentação a novas práticas e novos papéis sociais, que incluíam os familiares durante as apresentações públicas e o estabelecimento de relações sociais com diferentes pessoas dentro de uma perspectiva de Saúde e não de doença.

Da mesma forma, o coral congrega as pessoas em torno de uma atividade que estimula a integração grupal e literalmente, a harmonia entre as pessoas. Em ambas as atividades, há a participação também dos funcionários que buscam uma atividade saudável e relaxante que reduza a ansiedade causada pelo próprio ambiente hospitalar e que ao mesmo tempo aumente a autoestima e propicia o estabelecimento de novas relações, se constituindo em mini redes

sociais. Interessante, porque o convívio entre funcionários e pacientes deve ajudar a modificar o conceito de Saúde e doença em ambos os grupos.

d) Humanização Hospitalar:

Um trabalho que vem sendo realizado há quase oito anos é denominado visita musical, que tem por objetivo cantar e tocar músicas escolhidas por pacientes internados nas diversas unidades do hospital. Originou-se da experiência ocorrida com um paciente portador de doença crônica grave que não podia locomover-se e que estava internado há alguns anos. Indicado para iniciar atendimento musicoterápico, não mostrou muita aderência a esse, mas ficava muito animado para escutar músicas que escolhia, principalmente quando havia outras pessoas participando, incluindo funcionários do hospital ou outros pacientes. As visitas eram aguardadas com expectativa pelas pessoas do setor e também pelos familiares. Depois de algum tempo, foi formada uma equipe musical itinerante sob minha coordenação que passou a visitar outros setores e atualmente é uma atividade bem estabelecida e aceita em grande parte do hospital.

A visita musical tem por objetivo beneficiar clientes internados que podem obter conforto e bem-estar no contato com a Música, mesmo não estando vinculados a um processo terapêutico formal como o processo de Musicoterapia. Busca minimizar os efeitos nocivos que a internação hospitalar promove ao reduzir a autonomia, produzindo um processo de despersonalização nos pacientes. Como uma estratégia terapêutica baseada no respeito aos direitos do paciente, suas necessidades, desejos e expectativas, a visita musical estimula que este expresse o seu gosto musical e a sua participação nesses encontros. Ao serem valorizados esses aspectos, o paciente se sente feliz, aliviado, relaxado, expressa suas emoções e eleva sua autoestima. As visitas musicais, além de favorecerem a integração do paciente ao ambiente de internação, promovem conforto, bem-estar, a comunicação e a interação entre os seus participantes, o que ressalta sua qualidade integradora (BERGOLD, 2005).

A escolha musical realizada pelos pacientes desperta lembranças relacionadas à sua história de vida ou cotidiano que os fazem esquecer os problemas que os afligem durante a internação. Assim, é importante considerar o contexto cultural e social que envolve a Música para facilitar a percepção da forma que a sociedade e cultura podem se organizar para promover Saúde. Aceitar que a vida emocional interior está relacionada a um amplo conceito de Saúde pode ressaltar a importância da Música para a nossa cultura. Assim, torna-se imprescindível, em qualquer atividade terapêutica que envolva manifestações musicais, respeitar as singulares representações da Música e não impor uma nova linguagem ou modelo para o cliente reescrever suas experiências. Agir a partir do repertório musical do cliente está de acordo com um respeito básico pela sua identidade musical e sua dignidade e direitos humanos (RUUD, 1998).

O desenvolvimento das visitas musicais está relacionado à minha mudança de visão sobre o meu papel como terapeuta, me abrindo para experiências de terapia em um formato menos rígido e ampliando a percepção da minha corresponsabilidade como integrante do sistema hospitalar na manutenção ou mudança do estresse nesse contexto. A influência do pensamento complexo me auxiliou a encontrar estratégias mais adequadas e úteis aos problemas que encontrei no meio hospitalar.

Dessa forma, desenvolver o pensamento complexo para planejar ações de forma a intervir profissionalmente nas condições de Saúde significa estar apto a lidar não apenas com os problemas de Saúde e como esses problemas se apresentam, mas com uma complexa rede

de relações entre variáveis que determinam variações nos graus das condições de Saúde. Entre as variáveis a serem avaliadas, certamente estão as interrelações do sistema hospitalar, do sistema familiar e dos sistemas terapêuticos, nos quais se inclui a Musicoterapia. Para isso é importante o referencial conceitual usado pelo musicoterapeuta. Se este referencial partir de um processo de interação do indivíduo com o ambiente onde está inserido, o planejamento estará voltado para ações mais abrangentes e sistêmicas que ultrapassam as esferas biológica e individual e alcançam esse ambiente (MEDEIROS; STÉDILE; CLAUS, 2001)

A abrangência desses aspectos indica que a importância da complexidade não se relaciona somente à possibilidade de novas soluções para os problemas, ou de uma nova metodologia, mas sim pela possibilidade de incitar novas formas de pensar e agir. Os desenvolvimentos próprios de nosso século nos confrontam inevitavelmente com os desafios da complexidade. Assim, a aptidão para contextualizar e integrar é uma qualidade fundamental da mente humana, que necessita ser desenvolvida (MORIN, 2006).

Considerações finais:

Considero importante desenvolver estratégias terapêuticas situadas dentro dos novos paradigmas que incluam a complexidade, instabilidade e intersubjetividade. Desta feita, para uma abordagem familiar abrangente, é importante uma nova visão que implicará em uma atitude diferente que inclua a percepção da família como sistema e da complexidade que envolve o binômio Saúde-doença a partir das mudanças paradigmáticas discutidas até aqui. Morin (2006) defende como essencial trabalhar com uma percepção de cultura que permite distinguir, contextualizar, globalizar os problemas multidimensionais, globais e fundamentais e dedicar-se a eles. Destaca que a parte mais importante da vida social vem das relações intersubjetivas e que para conhecer o que é humano, individual, interindividual e social é preciso unir explicação e compreensão. Nesse sentido, o que mais importa quando pensamos o cuidado com a família não é o acúmulo de informações sobre ela, mas a atitude de curiosidade respeitosa que permitirá construir um sistema terapêutico que inclua a visão do terapeuta e do sistema familiar.

Destaco também a importância da transdisciplinaridade nas práticas terapêuticas, pois evita a fragmentação do trabalho, permitindo maior organização das informações e dos procedimentos e promovendo melhoria nas relações entre pacientes, familiares e equipe de Saúde.

A Musicoterapia facilita o estabelecimento da relação terapeuta-paciente, estimulando outras formas de comunicação e percepção que auxiliam no processo de mudança do paciente e de sua família. Entretanto, somente o contínuo questionamento do terapeuta acerca de sua visão de mundo, do paciente, da família e do processo terapêutico permite uma mudança de atitude que pode enriquecer esse processo e criar novas possibilidades de mudança para o paciente, o sistema familiar e o sistema hospitalar.

Nestas reflexões, foi discutida a interface entre a teoria e a prática no contexto hospitalar, no qual o imbricamento de múltiplos sistemas implica na necessidade de uma visão sistêmica que inclua a transdisciplinaridade e a complexidade como concepções que podem enriquecer e ampliar a prática da Musicoterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BERGOLD, L.B. A coevolução do sistema terapêutico: uma abordagem sistêmico-construtivista da Musicoterapia. **Nova Perspectiva Sistêmica**, ano IX, n.17, pág. 47-59, agosto 2000.

_____. Um atendimento transdisciplinar no acompanhamento a pacientes psiquiátricos e suas famílias. **Nova Perspectiva Sistêmica**. Ano XII, n. 20, pág. 32-37, janeiro 2003.

_____. **A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental**. Rio de Janeiro, 2005. 162 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ.

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

CECHIM, G. Construcionismo social e irreverência terapêutica. In SCHINITMAN,D. (Org). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artmed, 1996. p 217-24.

COSTA, C.M.;GABBAY, R.S.; SILVA.M.A. Oficinas um fazer conviver terapêutico. In COSTA,V,M,; FIGUEIREDO,A.C. (Org) **Oficinas terapêuticas em Saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. p261-282. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

ESTEVES DE VASCONCELLOS, M.J. **Pensamentos sistêmicos: o novo paradigma da ciência**. 3a ed. Campinas: Papyrus,2003.

GOOLICHIAN,H.;ANDERSON,H. Narrativa e self: alguns dilemas pós modernos da psicoterapia. In: SCHINITMAN,D, (org) **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Porto Alegre: Artmed, 1996. p.191-199

MATURANA,H.R. Ciência e cotidiano: a ontologia das explicações científicas . In: WATZLAWICK,P; KRIEG,P. (orgs) **O olhar do observador**. Campinas: Editorial Psy II, 1995.p. 163 – 198.

_____. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.

MEDEIROS, R.M.; STÉDILE, N.L; CLAUS, S.M. **Construção de competências em enfermagem**. Caxias do Sul: EDUCS, 2001. .

MORIN,E. **Ciência com consciência**. 3a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.350 p. _____ . **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 12a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006..

RAPIZO, R. **Terapia sistêmica de família: da instrução à construção**. Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 1996. .

RUUD, E. **Music therapy: improvisation, communication and culture**. Barcelona Publishers, 1998..

SANTOS, M.A. Clínica musicoterápica: limites e transgressões. **Anais** do IV Fórum Estadual de Musicoterapia da AMT-RJ. p.5-12.Rio de Janeiro, maio 1998.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 5a ed. São Paulo: Cortez, 2008. .

SLUZKI,C.E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. .

CAPÍTULO 10

Musicoterapia e acolhimento na humanização da assistência em Saúde: desafios e conquistas

Adriana Pimentel⁶⁶

Ruth Machado Barbosa⁶⁷

*“...Muda, que quando a
gente muda o mundo
muda com a gente.
A gente muda o mundo
na mudança da mente.
E quando a mente muda
a gente anda pra frente.
E quando a gente manda
ninguém manda na gente.
Na mudança de atitude
não há mal que não se
mude nem doença sem
cura.
Na mudança de postura
a gente fica mais seguro,
na mudança do presente
a gente molda o futuro!
Até quando você vai ficar
levando porrada, até
quando vai ficar sem
fazer nada?...”*

Até quando? (Gabriel Pensador)

A Musicoterapia vem se consolidando, ao longo de quatro décadas. Antenada com um mundo em transformações, inquieta, busca inserir-se e expandir-se em novos campos. Assim é com a Saúde, tema desta reflexão: pensar a Musicoterapia como ferramenta de trabalho para contribuir no acolhimento aos usuários de serviços de Saúde.

A vida cotidiana traz uma característica dinâmica, a mudança está sempre presente no dia-a-dia do homem. Os desafios que encontramos nos levam a criar novas formas de agir,

⁶⁶ **Adriana Pimentel.** Musicoterapeuta; Especialista em Saúde Pública; Mestranda em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – Programa EICOS/UFRJ. (2008)

⁶⁷ **Ruth Machado Barbosa.** Prof^ª. Dr^ª. em Psicologia. Programa EICOS/UFRJ Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. (2008)

e como o homem faz parte de uma rede social, observamos a dinâmica do cotidiano em todas as áreas do conhecimento. Na Saúde, encontramos novas propostas com o intuito de mudar o modelo de atenção aos cuidados da Saúde e criamos novas formas de agir para alcançá-la. Inserida neste contexto encontra-se a busca de ações que concretizam os princípios básicos do SUS. A partir das experiências bem sucedidas e com propósitos humanizadores surge mais uma nova forma de agir e pensar: o acolhimento. É importante ressaltar que esta estratégia faz parte das ações previstas para a humanização da Saúde, nas quais a Musicoterapia vem se inserindo gradualmente através de projetos de humanização desde que a Política Nacional de Humanização (PNH) foi formulada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003.

Como atores deste cenário dinâmico, refletimos no que podemos fazer enquanto musicoterapeutas e uma pergunta se destaca em meio a tantas discussões: o acolhimento pode ser feito através da Musicoterapia?

Esta é a pergunta que permitiu o estudo e a busca por reflexões sobre as possibilidades da Musicoterapia contribuir para o acolhimento em uma unidade básica de Saúde.

Alguns hospitais, como o INCA – Instituto Nacional de Câncer, Maternidade Escola – UFRJ e o HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia, foram os primeiros a sentirem os benefícios da prática musicoterápica voltada à PNH. Além destes, podemos citar o Hospital Central do Exército que conta com uma musicoterapeuta na coordenação e na supervisão dos trabalhos realizados com Música, objetivando colaborar com a humanização do atendimento.

Podemos perceber, através destas experiências⁶⁸, os benefícios trazidos pela Musicoterapia na operacionalização da Política Nacional de Humanização. Seja na melhoria das relações entre as equipes, entre os profissionais e o paciente, na acolhida aos familiares destes pacientes, na abordagem de um atendimento mais integral, no fortalecimento emocional do paciente e no alívio da tensão dos profissionais de Saúde.

Apesar de todos os benefícios reconhecidos, a pergunta continua, *o acolhimento pode ser feito através da Musicoterapia?*

Esta questão está ligada a outras: a Musicoterapia poderia contribuir para mudanças políticas? Poderia fomentar mudanças na organização dos serviços?

Estas são questões que necessitam uma breve abordagem sobre o panorama atual do sistema de Saúde para serem mais bem respondidas. Vejamos, então:

Panorama Atual do Sistema de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidado em 1988 pela Constituição Federal tem suas diretrizes e princípios pautados, na descentralização, integralidade das ações, participação social, universalidade, equidade, além da hierarquização e regionalização.

As diretrizes dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema, personificam o conceito ampliado de Saúde e o princípio do direito à Saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, as suas diretrizes. (BRASIL, 2007; RONCALLI 2003; MEDICI 2007).

A descentralização visa a execução dos serviços, sendo comandada e realizada pelos Municípios e pelos Estados, minimizando o papel da União.

⁶⁸ As experiências aqui mencionadas fazem parte de estudos acadêmicos, pesquisas publicadas e/ou apresentadas em eventos de divulgação, estudo e debate sobre a profissão e referem-se aos trabalhos nos hospitais mencionados logo acima.

A integralidade ilumina a prática de Saúde, pressupondo que o homem é um ser integral, biopsicossocial e espiritual, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de Saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua Saúde, considerando as ações sobre o indivíduo, sobre a coletividade e sobre o meio. (BRASIL, 2007; RONCALLI 2003; MEDICI 2007).

A participação social coloca a sociedade como participativa na gestão do sistema através de Conselhos de Saúde organizados em todas as esferas de governo, que têm funções no campo do planejamento e fiscalização das ações de Saúde.

O princípio da universalidade da atenção objetiva atender a população em caráter universal, sem restrições ou cláusulas de cobertura. Todos passam a ter o direito à Saúde garantido pelo Estado.

A equidade assegura que a disponibilidade dos serviços de Saúde considere as diferenças entre os diversos grupos de indivíduos. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais.

O princípio da hierarquização e regionalização conduz à estruturação de diferentes níveis de complexidade, compondo uma rede hierarquizada.

Outros princípios estão presentes na constituição como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à Saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; o direito à informação sobre a Saúde das pessoas assistidas; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de Saúde e a sua utilização pelo usuário; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; a integração em nível executivo das ações de Saúde, meio ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à Saúde da população; a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 2007) O Sistema Único de Saúde corresponde a um dos maiores sistemas públicos de Saúde do mundo, sendo o único que garante assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer. (BRASIL 2002;2007).

Os princípios básicos do SUS vêm enfrentando grandes dificuldades para serem postos em prática. Observamos, na prática cotidiana dos serviços, os jogos de interesses pessoais, as divergências entre equipes profissionais, a valorização de dados quantitativos em detrimento dos qualitativos, o isolamento profissional, a tomada de decisões centralizadas dentre outros fatos que poderíamos mencionar.

Os Desafios da Sociedade Contemporânea

Segundo Souza (1995) e Carvalho & Brito (2005), o crescimento demográfico nas cidades grandes incidiu-se de maneira muito rápida. Os autores explicam este aumento populacional, pela imigração estimulada pelos sistemas produtivos, além de uma transferência maciça da população rural para as cidades grandes, a partir das décadas de 60 e 70, produzida pela estagnação das áreas rurais devido à modernização agrícola.

As cidades não tiveram tempo para projetar a urbanização, muito menos planejar políticas para a demanda desafiadora que surgia naquele instante. Este fenômeno de

crescimento explica parte dos dramas urbanos existentes hoje nas cidades grandes do Brasil, como o Rio de Janeiro. As pessoas desenvolveram comportamentos diferentes, valores foram transformados rapidamente e os homens tornaram-se individualizados.

A supervalorização das mercadorias em favor da produtividade levou às relações sociais o sentido de produto, coisa, peça de uma engrenagem coletiva. O homem se *coisificou*⁶⁹ e, usando uma *ética de esperteza*⁷⁰ em seus relacionamentos sociais, acabou por invadir os direitos do próximo, estimulando este próximo a invadir os seus. A relação entre as pessoas foi transformada pela lógica de mercado e deixou de lado a solidariedade dos laços sociais, fazendo com que o *homem*, em seus relacionamentos inexista, sendo transformado em fichas, números, códigos cifrados, clientes, fornecedores, mão de obra, custos, capital humano entre outras coisas.

Diante desta transformação encontramos, na sociedade atual, novas demandas e desafios. O desequilíbrio é demonstrado pela violência, pela baixa presença da solidariedade, pela falta de cuidado entre as pessoas, pelo medo, ansiedade, afrouxamento dos laços sociais etc. Esta perspectiva nos leva a refletir sobre a dificuldade do homem em colocar em prática as ideias filosóficas do SUS.

O desafio que nos é apresentado hoje está na busca pela autonomia consciente e responsável do homem, através da descoberta e da valorização das suas próprias potencialidades humanas essenciais, como por exemplo, a solidariedade, a consciência da importância do outro no desenvolvimento humano e da responsabilidade social que nos constrange.

Podemos observar que medidas para a *humanização* do homem surgem não só na Saúde, mas em diversas áreas, como as propostas e acordos para o desenvolvimento sustentável; projetos ambientais; reeducação social; direitos humanos; inclusão social; criação de políticas públicas que visem à revalorização do ser humano formando um grande movimento do cenário atual do mundo contemporâneo. (BAUMAN, 2003; JESEN, 1991; SOUZA, 1995).

Em 2003, o Ministério da Saúde, a partir de programas e projetos que já vinham sendo experimentados pelo governo para resgatar valores, condições de solidariedade, comprometimento e responsabilidade no cuidado à Saúde, formulou a Política Nacional de Humanização.

Seus objetivos são a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de Saúde; o fomento da autonomia e do protagonismo destes sujeitos; o aumento do grau de responsabilidade na produção de Saúde e na produção de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de Saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de Saúde e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Podemos dizer que é uma proposta de construção de um modelo de atenção com o cenário montado a partir da prática da troca de saberes, com uma gestão participativa, valorização dos profissionais envolvidos na Saúde, Educação permanente, maior vínculo com os usuários, otimização das relações de trabalho.

⁶⁹ Souza (1995), lança mão do termo *coisificar* para referir-se ao processo de desumanização do homem.

⁷⁰ O mesmo autor fala da *ética da esperteza* referindo-se a inversão dos valores que transformaram atitudes, antes inaceitáveis pela sociedade, em uma simpática malandragem.

A Musicoterapia vem participando da implementação da Política Nacional de Humanização, estando presente em trabalhos direcionados principalmente em hospitais, como já foi mencionado antes. O Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO – através de uma ação integrada entre duas instituições públicas, a Universidade Federal de Goiás e a Secretaria de Estado da Saúde, implantou o setor de Musicoterapia, coordenado e supervisionado pela musicoterapeuta Leomara Craveiro de Sá⁷¹, com o intuito de atender usuários, acompanhantes e funcionários de um grande hospital de urgências e emergências do Estado, visando a proposta de humanização na Saúde pública. Segundo a Agência Goiana de Comunicação, o HUGO foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como referência em humanização no atendimento e contemplado com o Prêmio David Capistrano, criado em dezembro de 2003, com intuito de mapear experiências que dignifiquem a Saúde pública e dar visibilidade ao processo de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, também há um setor de Musicoterapia objetivando, segundo Fialho (2004), a melhoria do atendimento dentro da proposta da PNH. Esta iniciativa se insere na proposta da própria Maternidade-Escola em ser reconhecida pelo Ministério da Saúde como maternidade humanizada. Este trabalho está sob a coordenação da Musicoterapeuta Martha Negreiros⁷².

No Instituto Nacional de Câncer – INCA há um trabalho de Musicoterapia, atuando com os pacientes, enfermeiras, funcionários, acompanhantes e visitantes. O trabalho é conhecido como “Projeto Encanto” e visa contribuir com o projeto de Humanização do INCA. A Musicoterapeuta Marly Chagas⁷³, coordenadora do trabalho, realizou um estudo avaliando a contribuição da Musicoterapia na humanização coletando entrevistas com os profissionais.

Os entrevistados afirmaram que durante as sessões de Musicoterapia esqueciam dos sofrimentos ao redor, aliviavam suas tensões e tomavam coragem para prosseguir. A análise do trabalho mostra o contentamento dos profissionais com relação ao alívio do stress durante o atendimento musicoterapêutico; revela uma maior integração dos profissionais enquanto equipe e a melhora das relações entre os profissionais e os pacientes.

Observando as conquistas da atuação da Musicoterapia na humanização, após os resultados obtidos nestes trabalhos ocorridos em hospitais, considere a possibilidade de levar a Musicoterapia para o trabalho de acolhimento na rede de atenção básica à Saúde⁷⁴.

Das experiências realizadas através da busca de intervenções humanizadoras que concretizem os princípios e diretrizes do SUS, têm se destacado ações pragmáticas de Saúde, acolhimento, vigilância da Saúde, cidades saudáveis e promoção da Saúde. (SOLLA, 2005)

⁷¹ Prof^ª. Dr^ª. Leomara Craveiro de Sá é Membro do Conselho Estadual de Educação do Estado de Goiás.

⁷² Prof^ª. Mestranda Martha Negreiros, iniciou os trabalhos de Musicoterapia na Maternidade Escola e faz parte do trabalho pioneiro da Musicoterapia na Saúde Mental.

⁷³ Prof^ª. Dr^ª. Marly Chagas é Presidente da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro

⁷⁴ Este trabalho está sendo implantado através do Projeto de Pesquisa de Mestrado “O Desafio de Humanizar: a Musicoterapia como ferramenta de trabalho no acolhimento” sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Ruth Barbosa e coorientação da Prof^ª. Dr^ª. Marly Chagas. O trabalho de campo será realizado em uma Unidade Básica de Saúde que, por motivos éticos, não será divulgada. A intenção desta pesquisa é de contribuir efetivamente para a implantação do acolhimento na rede básica de Saúde através de vivências musicoterápicas. Como a pesquisa está em processo, guardamos o compromisso de escrever as cenas do próximo capítulo, publicando os resultados deste trabalho.

Franco et al, 2001, afirma que “*O acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho*”. Através dele vêm sendo identificados avanços importantes na reorganização de serviços, sendo considerado como diretriz operacional para a materialização dos princípios do SUS, em particular a integralidade, universalização e equidade em Saúde (BRASIL 2002; PINHEIRO 2002; CECÍLIO, 2001; SOLLA, 2005).

Uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários. Neste ínterim, o vínculo se forma e fortalece as relações entre os atores envolvidos no serviço à Saúde. (MERHY,1994; GOMES & PINHEIRO, 2005; SOLLA, 2005).

Como base às ações referentes ao acolhimento, os autores, Franco et al, (1999); Gomes & Pinheiro, (2001); Solla, (2005) apresentam três princípios básicos:

- ♪ **Acessibilidade:** atender todos os que procuram os serviços de Saúde garantindo a universalização dos serviços, acolhendo, escutando, e respondendo positivamente aos usuários, sendo capaz de resolver os problemas de Saúde da população.
- ♪ **Reorganização do processo de trabalho:** deslocar o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, a equipe de acolhimento, encarregada de escutar e resolver o problema do usuário.
- ♪ **Qualificar as relações entre trabalhador e usuário:** devem dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Autores concordam que sem acolher e vincular não há produção de responsabilização. O acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de Saúde em responder às demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais. (FRANCO ET AL, 2001; GOMES E PINHEIRO, 2001; SOLLA, 2005, ABBÊS, 2006).

Não existe um padrão único para o desempenho das atividades de acolhimento na rede básica. Cada unidade adaptará as tarefas à sua realidade e possibilidade buscando ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho. (SOLLA, 2005)

A metodologia do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde está em processo de construção. As avaliações feitas a partir das experiências de implementação do acolhimento na atenção básica relatam a dificuldade de adesão dos profissionais médicos à nova diretriz. No que se refere às relações entre equipes e entre usuários e profissionais, a relação médico x paciente coloca-se como a mais emblemática devido às dificuldades que a permeiam.

A partir destes problemas, surgem discussões a respeito dos limites do acolhimento e sobre a necessidade de maiores reflexões sobre o assunto. (FRANCO, 2001; MERHY, 2000 E SOLLA, 2005)

Podemos notar a importância do acolhimento para a humanização do serviço além de reconhecer nele um campo de trabalho que se abre à Musicoterapia.

Ressalto que a proposta de acolhimento não se resume em recepcionar os usuários, nem pode ser resumida a uma atividade isolada de um setor do serviço. O acolhimento é formado por várias atividades integradas que são desempenhadas prioritariamente em função dos usuários, dando condições de acesso e resolutividade de seus problemas, além de ofertar a possibilidade da escuta e a valorização de cada usuário, reconhecendo sua demanda.

A proposta de acolhimento precisa estar pactuada entre todos os profissionais do dispositivo de Saúde que desejam implantá-lo. Diante de possíveis resistências de atores contra a mudança, podem-se criar adaptações para que se inicie o trabalho com a esperança de que com o desenvolvimento da nova proposta todos se insiram gradativamente nesta tarefa.

Diante disto, *acolhimento pode ser feito através da Musicoterapia?* A partir do conceito de acolhimento como estratégia ampla que congrega várias atividades com fins “humanizantes”, a resposta seria não, uma vez que é consenso entre os vários autores já citados anteriormente que nenhuma disciplina (Psicologia, Antropologia, Medicina,...) consegue, isoladamente, modificar o modelo de atenção aos cuidados da Saúde, devido ao contexto complexo no qual a Saúde está inserida. O acolhimento pede uma competência interdisciplinar e mais abrangente.

Gostaríamos neste momento de trazer a Musicoterapia em sua essência, sua capacidade terapêutica:

“um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais, sociais e cognitivas”.
(World Federation of Music Therapy, 1996).

Através do processo musicoterápico, podemos proporcionar ao indivíduo um ambiente saudável, onde expresse seus pensamentos e emoções com segurança, criando um espaço que favoreça a autorreflexão e o desenvolvimento da capacidade de pensar e agir. Desta forma, contribui-se para a melhoria do relacionamento interpessoal e para o desenvolvimento da autonomia, além de estimular mudanças positivas na vida do indivíduo. O espaço da Musicoterapia pode ser oferecido aos usuários, aos profissionais e à gestão do dispositivo em questão. O trabalho musicoterápico, neste caso, estaria cooperando para a melhoria das relações intra e interpessoais e assim afetando o acolhimento, ao se incluir numa perspectiva interdisciplinar, promovendo mudanças a partir do desenvolvimento do protagonismo de cada indivíduo.

E quanto às outras questões: a Musicoterapia poderia contribuir para mudanças políticas? Poderia fomentar mudanças na organização dos serviços?

Acreditamos que muitas reflexões sobre este assunto ainda precisam ser realizadas. O campo de trabalho é vasto e as experiências são únicas por conta das diferentes realidades do nosso Brasil, como por exemplo, a demanda populacional, o número de usuários coberto por cada região, infraestrutura local etc.

Porém, contemplar os benefícios possíveis de serem alcançados através das intervenções musicoterápicas, como a sua contribuição para que o ser humano reconheça suas potencialidades, equilibre a autoestima, a autoconfiança, desenvolva a iniciativa e uma visão crítica, fortalece a afirmação do sim como resposta. Sim, a Musicoterapia tem um papel na micropolítica do trabalho em Saúde.

Voltando ao Gabriel Pensador “... Muda, que quando a gente muda o mundo muda com a gente. A gente muda o mundo na mudança da mente. E quando a mente muda, a gente anda pra frente...” As mudanças políticas e a reorganização dos serviços poderiam vir como consequência da melhoria individual e coletiva, de um trabalho musicoterápico direcionado para este fim. A Musicoterapia funcionaria como catalisador.

A melhoria da comunicação entre usuários e profissionais; a valorização dos atores envolvidos; a escuta aos usuários, através da Musicoterapia poderiam ser alguns dos

objetivos da Musicoterapia no acolhimento. Porém os objetivos devem ser elaborados de acordo com cada realidade apresentada.

Terminando, por hora esta reflexão, o leitor interessado pela área da Saúde, pela filosofia da humanização e por este campo de trabalho é convidado a continuar refletindo, a levantar mais questões e a buscar novas possibilidades de êxito através desta profissão, para juntos escrevermos por mais 40, 50, 60 anos a história da Musicoterapia.

História que tem uma dívida de gratidão com a dedicação e o empenho de todos aqueles que fizeram parte da fundação do Primeiro Curso de Graduação em Musicoterapia, especialmente Cecília Conde, que coordenou o movimento na época, aqueles que vêm persistentemente contribuindo, com seus estudos e pesquisas, em especial Lia Rejane Mendes Barcellos, na consolidação do arcabouço teórico da profissão, e com as demais pessoas cujas conquistas têm fortalecido o campo da Musicoterapia.

A atuação cada vez mais diversificada na área de Saúde, através de experiências de acolhimento e humanização é oportunidade de expansão e reconhecimento. Tentame (???) que nos leva a galgar por novas trilhas e por novos desafios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABBÊS, C. **O Acolhimento como uma Diretriz da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde – MS. 2006.

BAUMAN, Z. **Comunidade** – a busca por segurança no mundo atual. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zahar, 2003.

BRASIL. **ABC do SUS** – doutrinas e princípios. Ministério da Saúde – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília. D.F. 1990

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> acessado em 23/11/07

CHAGAS, M. **Musicoterapia: Desafios da Interdisciplinaridade entre a Modernidade e a Contemporaneidade**. 2001. 84 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) Estudos Interdisciplinares em Comunidades e Ecologia Social - EICOS/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001

_____. Projeto Encanto: Avaliando a Implantação de uma Proposta na Humanização Hospitalar. In: **Anais do V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**, Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. 2004.

CARVALHO, J.A.M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.22 n.2 São Paulo jul./dez.2005.

CRAVEIRO DE SÁ, L. **Implantação da Musicoterapia no Hospital de Urgências de Goiânia**: contribuindo para a Humanização na Saúde Pública. Projeto de Extensão do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Musicoterapia - NEPAM - Escola de Música e Artes Cênicas da UFG. Goiânia, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9 (1): 7-14, 2004.

FIALHO, B.P.A. **As Possíveis Correlações da Musicoterapia com a Política de Humanização na Maternidade**. Escola da UFRJ. 2004. 33 f. Monografia (Graduação em Musicoterapia) – Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. Rio de Janeiro, 2004

FRANCO T.B, BUENO W.S, MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais/Brasil. **Cad Saúde Pública**; 15:345-53. 1999.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em Saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, vol.9, no.17, p.287-301, Ago 2005.

MEDICI, A.C. **Evolução da Estrutura do Sistema de Saúde**. <http://www.mre.gov.br/> Ministério das Relações Exteriores, acessado em 28/11/07.

MERHY, E.E, MALTA D.C, FERREIRA, L.M, REIS, A.T. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde Debate**; 24:21-34. 2000. _____, CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec. 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humaniza SUS**. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acessado em 23/08/2004.

PINHEIRO, R. **Aula proferida no Instituto de Medicina Social/** Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, para alunos de mestrado e doutorado em 09 de outubro de 2007.

PUCCINI, P.T.; CECILIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 20 (5):1342-1353, 2004.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A.C. (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo Saúde**. Porto Alegre: ARTMED. Cap. 2. p. 28-49, 2003.

SOLLA, P.S.J. J. Acolhimento no sistema municipal de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. v.5 n.4 Recife out./dez. 2005

SOUZA, N. M. A megacidade e a transformação dos laços sociais In Org. NETO, M.I. **Á. Desenvolvimento Social**, desafios e estratégias. Rio de Janeiro. UNESCO,1995.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY <http://www.musictherapyworld.net>, acessado em 08/3/07

CAPÍTULO 11

Musicoterapia no Hospital Geral de Guarus – uma perspectiva no setor público

Ana Christina Santos Mussalem⁷⁵

Andréa Toledo Farnettane⁷⁶

“A Música é nossa principal ferramenta de trabalho. Utilizamos-la terapeuticamente por acreditarmos em seu alcance e em suas possibilidades como reveladora e restauradora da alma humana. A Musicoterapia pode ser definida como uma terapia auto-expressiva, que estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa, mobilizando aspectos biológicos, psicológicos e culturais.”
(MILLECCO FILHO, BRANDÃO E MILLECCO, 2001).

Este trabalho propõe uma leitura dos avanços e das dificuldades da inserção da Musicoterapia e, conseqüentemente, do profissional musicoterapeuta em Campos dos Goytacazes, que fica a 280 km da cidade do Rio de Janeiro (RJ) – Brasil.

Abordaremos temas como: a implantação da Musicoterapia no concurso público; Musicoterapia no Hospital Geral; sala musicoterápica; Musicoterapia e equipe interdisciplinar; clientela e formas de atendimento.

Cada uma das autoras dará seu depoimento pessoal em relação ao início do trabalho.

⁷⁵ **Ana Christina Santos Mussalem** - Musicoterapeuta graduada pelo Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário, R.J., (1988). Especialista em Psicomotricidade pela Universidade Cândido Mendes, formação em piano pelo Conservatório Brasileiro de Música. Musicoterapeuta do Hospital Geral de Guarus, da Clínica Reabilitar e professora de Artes da Escola Estadual de Campos dos Goytacazes. (2008)

⁷⁶ **Andréa Toledo Farnettane**: Musicoterapeuta graduada pelo Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário, R.J., (1993). Especialista em Psicossomática pela Universidade Gama Filho e em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Musicoterapeuta do Hospital Geral de Guarus, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Jayr Nogueira – R.J., e 2ª Vice-Presidente da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro. (2008)

A Implantação da Musicoterapia no Hospital Geral de Guarus – HGG

Ana Christina Santos Mussalem

Após alguns anos de formada e alguns anos de trabalho na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR - retorno a minha cidade natal – Campos dos Goytacazes, decidida a abrir um novo espaço de atuação. Começo um trabalho de divulgação e implantação da prática musicoterápica atendendo em consultório, creche e em escolas para crianças com necessidades especiais com o objetivo de tornar a Musicoterapia conhecida. Para divulgá-la foi necessário realizar palestras, vivências, dinâmicas, e aceitar convites de participação em seminários e em encontros da área da Educação e da Saúde, gerando entrevistas que ficaram documentadas em jornais e na TV local.

Foram sete anos de persistência e de tentativas frustradas de sensibilizar os responsáveis pela Saúde do município a implantar o cargo de Musicoterapia no serviço público. Elogiavam o trabalho, porém, não o incluíam. Finalmente em um Seminário realizado pela Secretaria de Educação, no ano de 2000, onde tivemos a presença do prefeito, expus meu trabalho e o desejo de fazer parte da equipe multidisciplinar já existente no município. Conversei sobre a dificuldade que os menos favorecidos financeiramente encontravam para realizar a terapia, tendo acesso somente aqueles com condições de custear e manter o tratamento particular. Ficou acordado que a Musicoterapia faria parte do projeto de implantação do Hospital Geral de Guarus (HGG).

Em 2001, a solicitação foi atendida e a Musicoterapia fez parte do Concurso Público da cidade.

Logo após a contratação, me preocupei em escolher um espaço físico onde não incomodasse e nem fosse incomodada sonoramente, preparei a ficha musicoterápica que faz parte das nossas avaliações e solicitei o material visando a qualidade e o orçamento do mesmo. Junto com a equipe, montamos a forma de atendimento (com critérios comuns) comum a todas as especialidades terapêuticas, como duração das sessões e triagem.

Graças à sensibilidade e apoio da Direção Geral do Hospital na época, que acatou a solicitação dos profissionais, montamos o setor de Reabilitação e a sala da Musicoterapia com mesa, cadeiras, espelho, tatames, um armário, um aparelho de som e instrumentos musicais como: piano; violão; duas flautas doce; teclado; atabaque pequeno e grande; zabumba; bongô; pratos; surdo; xilofone e metalofone Orff (contralto e soprano), pandeiro grande e pequeno; pandeiro de meia-lua; agogô; chocalhos; caxixis; triângulos; pau de chuva; ganzá; guizos e clavas.



A princípio todos os terapeutas foram lotados na Reabilitação, que foi o primeiro setor a funcionar. A equipe é composta por musicoterapeutas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, maqueiros e administrativos. Atualmente contamos também com um médico fisiatra.

O passo seguinte, como de costume, foi explicar aos nossos colegas de trabalho o que é a Musicoterapia e a quem é destinada. As dúvidas e os questionamentos foram frequentes. Após esclarecimentos acerca do trabalho, minha agenda foi gradativamente sendo preenchida. Em pouco tempo, estava com todos os horários completos e com novos pacientes aguardando por uma vaga. Houve a necessidade de contratar novos musicoterapeutas concursados.

Com a chegada de Andréa T. Farnettane, o trabalho ganhou uma dinâmica maior, tanto para a equipe como para o funcionamento do setor.

A implantação da Musicoterapia no Hospital Geral de Guarus- HGG

Andrea Toledo Farnettane

Um dos meus sonhos como musicoterapeuta sempre foi de vislumbrar o trabalho da Musicoterapia dentro de um Hospital Geral. Prestei a prova para Campos, mesmo sabendo da distância e das dificuldades que enfrentaria para conciliar esse novo desafio, com o trabalho que já vinha desenvolvendo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - Arthur Bispo do Rosário, em Jacarepaguá – RJ.

Fiz o concurso com o desejo de passar e poder assumir uma das vagas para participar da implantação do Hospital na cidade e do processo de expansão e de abertura de mais um campo de atuação da Musicoterapia.

Faz seis anos que semanalmente, por morar no Rio, enfrento 8 (oito) horas de estrada, dividindo atualmente a minha carga horária semanal com o CAPS – Jayr Nogueira, no Município de Nova Iguaçu – RJ.

A estrada é cansativa, mas quando chego ao HGG e me deparo com um trabalho construído, - a sala de Musicoterapia, os pacientes e um ambiente com total infraestrutura - esqueço da viagem e procuro dar continuidade aos atendimentos individuais, aos grupos terapêuticos, ao grupo de recepção, às reuniões de equipe e a toda uma atividade montada no convívio e no compartilhar de ideias diferentes, com o objetivo de atender, da melhor forma possível, a população carente, beneficiando única e exclusivamente o processo terapêutico de cada paciente.

Inspirada na experiência de Campos, uma das minhas funções na Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro – AMT-RJ, é justamente de divulgar a nossa Profissão através de agendas/reuniões com os Secretários da Saúde, da Educação e com os Prefeitos dos Municípios, que ainda não contam com profissionais musicoterapeutas em suas equipes multidisciplinares para a criação do cargo e assim pleitear vagas nos concursos destes.

Musicoterapia no Hospital Geral

Hospital Geral de Guarus tem como objetivo promover a Saúde através da prevenção, diagnóstico e tratamento, dando prioridade ao idoso, a criança e ao portador de deficiência física.

“... promoção da Saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua Saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo.” (CZERESNIA; FREITAS, 2003).



Os encaminhamentos para o setor de Reabilitação são realizados da seguinte forma: O serviço de unidade de pacientes externos faz parte de uma rede de assistência, onde o paciente atendido em qualquer Posto de Saúde ou no Programa de Saúde da Família (PSF), pelo clínico geral ou pediatra, em que foi diagnosticada a necessidade de tratamento terapêutico, ou de uma especialidade médica, é encaminhado ao HGG.

O encaminhamento interno acontece entre os setores do próprio hospital (do ambulatório ou das enfermarias para o setor de reabilitação, ou do setor de reabilitação para as especialidades médicas).

A maioria dos pacientes encaminhados com seus respectivos acompanhantes passa pelo Grupo de Recepção. Este, formado pelo setor de reabilitação, conta com um profissional de cada especialidade, incluindo a Musicoterapia. O grupo tem como objetivo fazer uma escuta de cada caso e uma avaliação em conjunto, encaminhando este paciente para o setor ou para outros serviços da rede, priorizando suas verdadeiras necessidades e evitando tempo desnecessário em fila de espera. No caso de encaminhamento interno entre os próprios profissionais do setor, o paciente não necessita passar pelo Grupo de Recepção.

“O indivíduo, na consulta médica, espera ser reconhecido como pessoa, e não apenas como um fantástico aglomerado celular. E é nesse reconhecimento, o qual implica integração e humanização, que a interdisciplinaridade encontra um de seus alicerces. Não é mais possível um indivíduo deter sozinho o saber que hoje envolve um ato médico. A multidisciplinaridade impõe-se e a interdisciplinaridade permite o diálogo”. (MELLO FILHO, 2000).

Nossa visão de trabalho sempre foi voltada para a interdisciplinaridade, para o diálogo entre nós os profissionais. Isso acontece devido a disponibilidade de todos e, através da

prática e necessidade do dia-a-dia, para um melhor acolhimento/tratamento do paciente e seu familiar. Para isso, realizamos reuniões de equipe discutindo os casos clínicos e o funcionamento do setor. A equipe é formada por muitos profissionais e nem todos moram em Campos, sendo alguns de cidades vizinhas e distantes, e para contemplar a maioria dos profissionais, as reuniões acontecem semanalmente, em dias diferentes com a duração de uma hora cada. “... o objetivo da complexidade é, de uma parte, unir (contextualizar e globalizar) e, de outra, enfrentar o desafio da incerteza”. (MELLO FILHO, 2000)

A incerteza da doença e suas sequelas, que causam sofrimento e sentimentos de perda, tristeza, raiva, angústia, medo e dor, onde o sujeito depara-se com uma nova realidade de enfrentar os desafios e as mudanças necessárias. Seu corpo paralisado, limitado, por fatores genéticos ou acidentes, exige uma mudança radical nos hábitos e costumes do seu dia-dia, na rotina familiar e nos aspectos psicoemocionais.

“É a singularidade de cada sujeito o que determina que se construa um sintoma no corpo, no seu movimento, nas suas posturas.

Apontamos na direção de tomar o corpo e o movimento, não a partir de uma posição eficiente, tampouco de uma posição enérgica, e sim de uma posição na qual é o corpo e o movimento singular do sujeito que falam em sua motricidade que se articula à sua rede histórica”. (LEVIN,2004).

“É necessário criar a possibilidade de pensar a rede intrincada de inter-relações biológicas, psicológicas e sociais que se transmutam no que conhecemos como ser humano”. (MELLO FILHO, 2000).

Atualmente o setor acolhe pacientes de média e alta complexidade, ou seja, pacientes de todas as idades que demandem cuidados intensivos de reabilitação por uma equipe multidisciplinar. O HGG é considerado Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação, conforme Portaria N° 993 de 19/12/2002, publicado pelo Ministério da Saúde.

As patologias atendidas são decorrentes de:

.Transtornos/deficiências de natureza congênita, neurológica, muscular (encefalopatia crônica da infância, hemiplegia, acidente vascular encefálico, traumatismo crânio-encefálico, hidrocefalia, microcefalia, mielomeningocele, tumores e outros).

.Transtornos/deficiências de natureza tráumato-ortopédica (amputações de membros superiores e membros inferiores).

Cada especialidade desenvolveu procedimentos para serem adotados com relação ao tratamento do paciente. Os procedimentos da Musicoterapia são:

Entrevista inicial / avaliação a todos os pacientes encaminhados à Musicoterapia. Os atendimentos são de forma individual ou em grupo de acordo com a necessidade do paciente, caso este seja elegível;

Atendimento musicoterápico a pacientes num processo de interação, intervenção ou estimulação, utilizando os contextos musicais como uma outra forma de linguagem, favorecendo a habilitação ou reabilitação de crianças, adolescentes, adultos e idosos;

Trabalhar a linguagem verbal e não-verbal (sons, Música, gestos e movimento) utilizando técnicas musicoterápicas como a improvisação, composição, audição e interpretação, com o objetivo de promover a ação, relação e comunicação terapêutica;

Prestar orientação aos familiares ou responsáveis com esclarecimentos e intervenções necessárias ao desenvolvimento do paciente;

Elaborar relatórios evolutivos com propósitos de registrar os atendimentos;
Participar das reuniões junto à equipe multidisciplinar para estudo de casos;
Efetivar a alta do atendimento musicoterápico, quando este não for mais necessário;
Fazer encaminhamentos para outros profissionais ou outros serviços especializados que contribuam para o bem estar do paciente.

Desde o início sempre nos fizemos respeitar como musicoterapeutas por todos os outros profissionais, por estarmos num mesmo nível de discussão de saber, trocando ideias, conceitos, tendências e reflexões. Por mais inovador que possa parecer ao outro ter musicoterapeutas no hospital (talvez por ser uma especialidade considerada nova, apesar de estarmos comemorando 40 anos da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro e 30 anos de Regulamentação do Curso de Graduação de Musicoterapia do CBM - CEU), fomos conquistando espaços e nos somando à equipe que nos reconhece como profissionais que utilizam a Música e seus recursos, como um processo terapêutico, facilitador de mudanças para alcançar uma melhor qualidade de vida, através da reabilitação ou habilitação.

Com a abertura das enfermarias, conquistamos um outro espaço onde a cada dia percebemos o quanto a abordagem musicoterápica pode ser explorada. O trabalho pode ser realizado não só com os pacientes internos como também com os profissionais que atuam nas mesmas, buscando uma melhor relação entre todos.

A doença fragiliza o ser e quando ainda o leva a sair de seu convívio social e do seu ambiente familiar, passando a depender de pessoas desconhecidas, num local restrito a tratamento, e comum a muitos com hábitos diferentes do seu, a Música pode propiciar um espaço não ameaçador e resgatar momentos de prazer vividos com a família ou com seus amigos.

Temos como objetivo facilitar a comunicação, a relação, a expressão e a sensibilização, ajudando a promover a recuperação e a reintegração social do indivíduo, contribuindo assim para uma internação hospitalar menos traumática. Devemos também nos preocupar em orientar os familiares e os acompanhantes, com esclarecimentos e intervenções necessárias ao desenvolvimento do paciente.

O HGG, desenvolve o Programa Integrar – Humanizar, através da equipe multidisciplinar, que tem como objetivo a troca de saberes específicos de forma a desenvolver ações de qualidade, que resultam num atendimento que faça jus à condição do cliente e do profissional enquanto cidadãos. (PROGRAMA INTEGRAR-HUMANIZAR, 2005).

No Programa Integrar-Humanizar, na semana do servidor, dia do idoso, semana da criança e da Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT) e outros eventos promovidos anualmente pelo hospital, nos fazemos presentes contribuindo com nossa participação por acreditar que a Musicoterapia pode favorecer a promoção da Saúde tanto dos pacientes como dos trabalhadores numa proposta de humanização.

Reflexões Finais

Embora possa parecer que nosso trabalho esteja construído dentro de uma reconhecida Instituição da Saúde, ainda há muito que acrescentar, aprender e realizar. As possibilidades de atuação são múltiplas pela linguagem diferenciada da Musicoterapia e necessárias pela carência da população. Vivemos num mundo, onde Saúde e Educação

devem ser mais valorizadas. Tenta-se recuperar a Saúde ao invés de tomar medidas de prevenção e assim sendo as pessoas sobrecarregam seus corpos e mentes, vivendo no seu limite, sem se dar conta de escutar o seu próprio ritmo e o seu ambiente sonoro.

No decorrer destes anos, houve a necessidade de contratar novos profissionais e hoje contamos com a musicoterapeuta Amélia Maria Gomes Lima. Por sermos apenas três atuando no HGG, o trabalho acaba ficando sobrecarregado. Nossa expectativa é ver o crescimento do campo de atuação da Musicoterapia no Município e que outros musicoterapeutas se integrem para somar e contribuir com o trabalho que vem sendo realizado com seriedade, amor e respeito pela profissão e pelos colegas de trabalho.

Nosso objetivo é o de melhorar nossa prestação de serviço dentro do Hospital Geral como também contribuir para o fortalecimento da especialidade que escolhemos.

Tivemos a intenção de fazer um encadeamento das ações musicoterápicas realizadas na cidade de Campos até sua estruturação no serviço público. Foi uma trajetória longa, porém gratificante. Esperamos que possa ser útil e sirva de incentivo para outros profissionais e que estes busquem também novos espaços, novas perspectivas de trabalho.

Acreditamos nos benefícios que a Musicoterapia traz ao paciente e também em nossas próprias vidas, pois não existe ação voltada ao outro que não retorne para si mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARCELLOS, L.R.M. **Cadernos de Musicoterapia 2**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

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

CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

LEVIN, E. **A Clínica Psicomotora, O corpo na linguagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MELLO FILHO, J. e colaboradores. **Grupo e Corpo, Psicoterapia de Grupo com Pacientes Somáticos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MILLECCO FILHO, L.A., BRANDÃO, M. R.E., MILLECCO, R. P. **É preciso cantar, Musicoterapia, Cantos e Canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

PROGRAMA INTEGRAR-HUMANIZAR. **Atribuições da Equipe Multidisciplinar**. Campos dos Goytacazes, R.J.: Hospital Geral de Guarus, 2005.

CAPÍTULO 12

O discurso musicoterápico do alcoolista, algumas considerações. ^{77*}

Renata Figueiredo⁷⁸

A Musicoterapia é uma disciplina que tem como eixo a especificidade da linguagem musical e a sua utilização *como* terapia, a fim de favorecer a comunicação, relação, mobilização e expressão de conteúdos internos. O manejo dos elementos da Música (ritmo, melodia e harmonia), dos parâmetros do som (altura, intensidade, timbre e duração), bem como a escolha do instrumental e das técnicas musicoterápicas (recriação musical, improvisação, composição, entre outras) a serem utilizados no setting será referido às necessidades da clientela.

A Musicoterapia e o profissional musicoterapeuta compõem um dos dispositivos de tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (Caps ad Alameda) chamado Acolhimento. Este se constitui em um espaço de escuta, onde o paciente tem a oportunidade de estar em grupo, ampliando vínculos, relações, ocupando e refletindo sobre o tempo ocioso, sobre a repetição do ato de drogar-se e também um espaço para se falar sobre outras coisas além do álcool e da droga. Os encontros acontecem duas vezes por semana, com duração média de uma hora e quinze minutos (cinquenta minutos de produção musical e o restante para considerações sobre o ocorrido durante o encontro), havendo a participação média de 20 a 30 usuários em cada dia, assistidos em dupla terapêutica (musicoterapeuta e psicólogo; musicoterapeuta e assistente social; acompanhante domiciliar, auxiliares de enfermagem, médico clínico). O instrumental disponível composto por instrumentos de percussão (repique, chocalhos, afoxé, triângulo, pandeiro, ganzá, tamborim) e harmônicos (violão) ficam dispostos sobre um tapete no centro de um círculo formado por cadeiras sem braço.

A partir da formulação teórico-conceitual do dispositivo *Acolhimento*, foram delineados alguns objetivos para o trabalho de Musicoterapia no Acolhimento como:

⁷⁷ Trabalho escrito para o I Seminário Interno do Caps ad Alameda.

⁷⁸ **Renata Figueiredo:** Musicoterapeuta e educadora musical pós graduada em Neurofisiologia pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR-RJ) e em Rede de Centros de Atenção Psicossocial em Atendimento de Dependentes de Álcool e outras Drogas pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB.UFRJ). Presidente da AMT-RJ no período de 2002 a 2006 (2008)

- ampliar a percepção de mundo através da experiência sonoro-musical, pelo reconhecimento dos elementos da cultura e da própria história sonoro-musical;
- favorecer a autoexpressão, a comunicação e as relações interpessoais através do fazer musical;
- estimular os registros mnêmicos através da eleição de Músicas da história sonoro musical de cada participante, compartilhadas no “setting” musicoterápico;
- estimular o desenvolvimento da criatividade com técnicas musicoterápicas para o enfrentamento da desconstrução do uso abusivo e/ou dependência de substâncias psicoativas;
- resgatar a história pessoal, através da história sonoro-musical, com ênfase no resgate de conteúdos que elevem a autoestima dos participantes;
- ampliar a capacidade de expressão em público (verbal e não verbal) sem o uso de substâncias psicoativas;
- estimular e ampliar a interação inter e intra-grupal

Obs.: O Acolhimento configura-se em um grupo aberto, onde as intervenções verbais, musicais e musicoterápicas são sempre pontuais.

Por se caracterizar como um grupo aberto, consideramos mais adequada a utilização da metodologia do fazer musical – Musicoterapia ativa (paciente e terapeuta ativos no processo). As técnicas mais utilizadas nos encontros são as de improvisação musical e recriação musical, sendo esta última a mais presente.

Bruscia, musicoterapeuta americano, em seu livro *Definindo Musicoterapia*, afirma que na improvisação “o cliente faz Música tocando ou cantando, criando uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso. O terapeuta ajuda o cliente dando as informações e fazendo as demonstrações necessárias, oferecendo uma ideia ou estrutura musical em que a improvisação se baseará, tocando ou cantando um acompanhamento que estimule ou guie a improvisação do cliente, ou apresentando uma ideia não-musical (por exemplo, uma imagem, um assunto, uma história) ao cliente para que ele a retrate através da improvisação” (BRUSCIA, p, 124, 2000).

A recriação musical é a utilização de músicas já existentes, cantadas e/ou tocadas e sugeridas pelo paciente ou pelo terapeuta. É uma utilização mais ampla do que a apresentação de uma peça musical. Recriar significa executar, reproduzir, transformar e interpretar o modelo musical existente. Esta técnica tem como objetivos clínicos: “desenvolver habilidades sensório-motoras; promover comportamento ritmado e a adaptação; melhorar a atenção e orientação; desenvolver a memória; promover a identificação e a empatia com os outros; desenvolver habilidades de interpretação e comunicação de ideias e de sentimentos; aprender a desempenhar papéis específicos nas várias situações interpessoais e melhorar as habilidades interativas e de grupo.” (Op.cit, pp.126)

Da Música como elemento terapêutico

Segundo Bruscia,

“a Música é uma instituição humana na qual os indivíduos criam significação e beleza através do som, utilizando as Artes da composição, da improvisação, da apresentação e da audição. A significação e a beleza derivam-se das relações intrínsecas criadas entre os próprios sons e das relações extrínsecas criadas entre os sons e outras formas de experiência humana. Como tal, a significação e a beleza

podem ser encontradas na Música propriamente dita (isto é, no objeto ou produto), no ato de criar ou experimentar a Música (isto é, no processo), no músico (isto é, na pessoa) e no universo.” (*op.cit*)

Sabemos que uma das funções da Música relaciona-se com a necessidade de se expressar a subjetividade, onde as emoções têm nuances e movimentos que estão à margem de uma descrição discursiva. Sabemos também que a Música não é exclusividade da Musicoterapia e do musicoterapeuta, mas a sua utilização como elemento, ferramenta terapêutica, sim. Para a Musicoterapia, o agente da terapia não é apenas a Música e sim a experiência do indivíduo com esta. Não existe Música para “isto ou para aquilo”, o musicoterapeuta maneja a utilização da música mais adequada e o seu desenvolvimento no processo do cliente durante a experiência com mesma. “O que torna a Musicoterapia singular não é simplesmente o fato de apoiar-se na Música, mas de apoiar-se nas experiências musicais como objetivo primário, como processo e como resultado da terapia.” (*op.cit*)

Dos princípios musicoterapêuticos

Benenzon, musicoterapeuta argentino, nos diz que todo ser humano possui um som que o identifica, que o caracteriza. Este é o princípio de ISO (do grego isos, que significa igual) elaborado por Altshuler na década de 40, sendo desenvolvido por Benenzon como o conceito de identidades sonoras. A identidade sonora destaca “o lugar singular que ocupam e se inscrevem no psiquismo de cada sujeito as marcas, os traços e registros mnêmicos sonoros-corporais (marcas estas carregadas de afetos, de forças e quantidades não mensuráveis, interligadas numa dinâmica própria e particular para cada um) rompe com a visão teórica predominante, unívoca e unidirecional, constituída.

Segundo Negreiros(1999)

“...o conceito de Identidade sonora, ao reconhecer uma história sonoro-musical própria de cada um, valoriza o lugar do subjetivo, o lugar da Música como linguagem, capaz de produzir subjetividade e gerar múltiplas e complexas atribuições de sentido, acordes a cada sujeito, inseridos numa cultura. Propõe também, uma reflexão sobre a temporalidade específica da Música, da experiência musical, onde estas atribuições de sentido só ocorrem no momento mesmo em que o sujeito toca, ouve ou interpreta. Neste sentido, podemos pensar as Identidades Sonoras enquanto polos identificatórios, lugar onde as identificações se articulam, se ligam em múltiplas conexões causais. Tempo que ainda não sabe, que busca saber”.

A Identidade sonora é dinâmica, encontrando-se em perpétuo movimento, estruturando-se e reestruturando-se no decorrer do tempo, potencializando toda força de percepção passada e presente.

Benenzon (1998) divide o princípio de ISO em cinco categorias: Iso gestáltico, cultural, universal, complementar e grupal. Para este estudo focalizaremos somente os ISOs cultural e grupal. Iso cultural é a configuração cultural global da qual o indivíduo e seu grupo fazem parte; é a identidade sonora própria de uma comunicação de homogeneidade cultural relativa, que corresponde a uma cultura musical e sonora, manifestada e compartilhada. Iso grupal é a identidade sonora de um grupo humano, produto das afinidades musicais latentes, desenvolvidas em cada um dos seus membros.

Dos aspectos musicoterápicos e musicais

Durante os dois anos de experiência nesta clínica, e durante o primeiro ano do Caps Alameda, foi possível constatar que a forma musical mais utilizada é a de canção e que os estilos musicais mais frequentes nos encontros musicoterápicos foram os de baladas, toadas, marchinhas de carnaval e sambas, sendo estes dois últimos os de maior incidência. Partindo da definição de Identidade sonora, podemos afirmar que o Iso cultural e grupal de nossa clientela, em especial dos alcoolistas é o samba.

“Um buraco é um lugar onde alguém afunda
Um buraco é um lugar onde eu não quero estar

... eu tô saindo, eu tô saindo deste
... eu tô saindo deste buraco
Help! Eu preciso sambar
Help! Não há quem me pare
Help! Eu preciso sambar.”
(Tô saindo – Totonho Villeroy)

O samba, de origem africana, ligado à dança de roda, é estilo musical de compasso binário sincopado, de andamento variado, ritmos batucados, que gera estímulos para a movimentação corporal, para a liberação de energias corporais e psíquicas, para a ação.

Os sambas letrados (cantados) nos remetem a fatos históricos, biográficos, ao aspecto patriótico, apresentando sempre uma riqueza rítmica e melódica.

É notória a presença do canto no universo simbólico de todas as culturas: entre os feiticeiros, nos festejos, nos funerais, na expressão de afetos e desafetos, na melodia dos idiomas, nos pregões de feira, dentre outros.

Cantando expressamos o que sentimos, o que somos, expomos nossa experiência de vida; sonhos, utopias e desventuras são compartilhados; espelhamos o mundo.

Destacaremos, de agora em diante, alguns aspectos relacionados à produção sonoro-musical de nossos pacientes durante esse período de um ano.

Quanto às canções, do que elas tratam?

- das contradições sociais (pobreza/riqueza, lixo/luxo)

“Se eu pudesse dar um toque em meu destino,
não seria um peregrino, nesse lindo mundo cão,
nem um bom menino, que vendeu limão,
trabalhou na feira, pra ganhar seu pão.
... Seria eu um intelectual,
mas como não tive chance de ter estudado em colégio legal,
se eu pudesse não seria um problema social.”
(Problema Social, Neguinho da Beija-Flor)

“É com esse que eu vou
Sambar até cair no chão
É com esse que eu vou
Desabafar na multidão
Se ninguém se animar
Eu vou quebrar meu tamborim
Mas se a turma gostar

Vai ser pra mim
Quero ver o ronca-ronca da cuíca
Gente pobre, gente rica,
Deputado e Senador
Oi quebra, quebra
Quero ver cabrocha boa
No piano da patroa batucando:
É com esse que eu vou!”
(É com esse que eu vou, Pedro Caetano)

○ da hipocrisia social:

“Eu bebo sim, e estou vivendo.
Tem gente que não bebe e está morrendo
Tem gente que condena o pileque
Diz que é coisa de moleque cafajeste ou coisa assim
Mas essa gente, quando tá de cuca cheia
Vira chave de cadeia, esvazia o botequim
Eu bebo sim!”
(Eu bebo sim, Velhas Virgens)

“Se gritar pega ladrão, não fica um, meu irmão!”
(Se gritar pega ladrão, Bezerra da Silva)

○ da dor, do sofrer:

“Tristeza, por favor vá embora
minha alma que chora
está vendo o meu fim
fez do meu coração
a sua moradia
já é demais o meu penar
quero voltar àquela vida de alegria
quero de novo cantar”
(Tristeza, Haroldo Lobo e Niltinho)

○ fuga da realidade, de responsabilizar-se pela vida

“Deixa a vida me levar
Vida leva eu
Sou feliz e agradeço
por tudo que Deus me deu.”
(Deixa a vida me levar – Zeca Pagodinho)

○ do conteúdo malicioso:

“Faça como um velho marinheiro
que durante o nevoeiro leva o barco devagar
Tá legal!”
(Argumento, Paulinho da Viola)

“Vou apertar, mas não vou acender agora
Se segura malandro, pra fazer a cabeça tem hora.”
(Malandragem de um tempo, Bezerra da Silva)

○ Da libertinagem:

“Sá- sassaricando
todo mundo leva a vida no arame
Sá-sassaricando, a viúva, o brotinho e a madame...”
(Sassaricando, Luiz Antônio, Oldemar Magalhães e Zé Mário)

○ Das diferentes visões da mulher: a companheira, solidária, a “encrenqueira”, etc.:

“Nunca vi fazer tanta exigência
nem fazer o que você me faz
Ai, meu Deus que saudade da Amélia”
(Amélia, Ataulfo Alves e Mário Lago)

“Agora chegou a vez de cantar
Mulher Brasileira, em primeiro lugar
Norte a sul, do meu Brasil
Caminha sambando, quem não viu?
Mulher de verdade, sim Senhor.
Mulher Brasileira, é feita de amor.”
(Mulher Brasileira, Benito de Paula)

○ do apelo ao álcool para afogar as mágoas ou até pela própria dependência:

“pode me faltar tudo na vida,
arroz, feijão e pão
pode me faltar manteiga
e tudo o mais não faz falta não
pode me faltar o amor
Disso até acho graça
Só não quero que me falte
A danada da cachaça”
(Cachaça, Mirabeau, L. de Castro e H. Lobo)

“meu amor, deixa eu chorar até cansar,
me leve pra qualquer lugar
aonde Deus possa me ouvir
minha dor, eu não consigo compreender
eu quero algo pra beber
me deixe aqui, pode sair
adeus”.
(Onde Deus possa me ouvir, Wander Lee)

O recurso da utilização de canções compostas por outra pessoa, suaviza o discurso, o ato de falar da própria dor, do próprio sofrimento.

Observamos que durante algum tempo o contato com a realidade, com o sofrimento, com a implicação no tratamento, demonstrou, no fazer musical, um aspecto um tanto quanto

superficial. As músicas eram tocadas e cantadas em andamentos acelerados, com pouquíssima dinâmica entre forte e fraco, com ritmo e harmonia simples, com letras irônicas, proporcionando comentários jocosos entre eles, retratando a superficialidade necessária, a forma possível de se estar ali naquele momento.

Em um dos últimos encontros, uma paciente queixa-se de um clima de “dor de corno” referindo-se à produção musical, e sugere a canção “Máscara Negra”. Canta sorrindo e apontando para todos do grupo, chamando todos de palhaços e mascarando a tristeza na estrofe “quanto riso , oh! Quanta alegria. Mais de mil palhaços no salão”, retratando a necessidade de voltar à superfície para pegar fôlego, para suportar o insuportável. Um outro paciente, logo após esta canção, canta “ Tornei-me um ébrio e na bebida, busco esquecer. Aquela ingrata que eu amava e que me abandonou; apedrejado pelas ruas vivo a sofrer; não tenho lar, nem parentes, tudo terminou...” (O ébrio – Vicente Celestino). Um outro paciente introduz a canção Lata d’água na cabeça..., em andamento acelerado, empolgante. Observamos aqui a presença da dinâmica musical (forte/ fraco; allegro/moderado) traduzindo a oscilação entre superfície e profundidade, aceleração e desaceleração, aprisionamento e libertação.

De acordo com a direção do Ministério da Saúde na política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, no que concerne a redução de danos, devemos “acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado” (M.S., p 10, 2004).

Traçando um paralelo com os encontros musicoterápicos, podemos constatar que o que o Ministério da Saúde preconiza fora realizado até então. Acolhemos, sem o menor julgamento ou questionamento, as canções “Eu bebo sim”, “ A turma do funil”, dentre outras, entendendo que, quando se canta, o movimento é de dentro para fora . Ao cantar nada é ingerido, ao contrário, algo é expelido.

Tais considerações foram essenciais para buscarmos um melhor entendimento sobre o que hoje demandam nossos pacientes. Após o carnaval deste ano, o primeiro encontro foi marcado por um andamento lento, presença de poucos estímulos sonoros, pausas entre as canções, voz quase inaudível, poucos comentários. Era a realidade da dor, numa quinta de cinzas, revelando a obscuridade absurda da existência humana. Canções como “Bandeira Branca”, “Deslizes” e “Canteiros” expressavam o pedido de estancar a dor, a saudade, a dependência. O encontro seguinte nos surpreende com canções de cunho religioso, tais como “Nossa Senhora” (Roberto Carlos) e “O homem de Nazaré” (Chitãozinho e Xororó). Segundo Nietzsche, em “Nietzsche e a Música”, de Rosa Maria Dias (1994),

“nesse mundo das emoções inconscientes, que abole a subjetividade, o homem perde a consciência de si e se vê ao mesmo tempo no mundo da harmonia e da desarmonia, da consonância e da dissonância, do prazer e da dor, da construção e da destruição, da vida e da morte”.

A partir dessas observações, consideramos relevante a inserção de cantos religiosos, visto que o canto religioso é uma das formas mais antigas do homem se conectar com o transcendente, com as forças divinas da natureza., de se buscar a harmonia.

“As canções e danças indígenas, os cantos gregorianos, os mantras, as ladainhas, os spirituals, os “ pontos” de terreiro, enfim, as evocações religiosas, funcionam como um canal de comunicação entre o céu e a terra, entre homem e Deus”. (op.cit)

O canto religioso pode também assumir a função de acalanto, de acolhimento, proporcionando um continente, um abraço sonoro. E é através deste abraço sonoro, da comunhão – no sentido de compartilhar sentimentos, de fundir a dor individual na coletiva - que a Música religiosa atua como facilitador no momento de se falar do sofrimento, das perdas, da destruição, da solidão. É uma forma indireta, menos sofrida, mais suportável, sustentável de se encontrar com a própria realidade.

“Maria de Nazaré
Maria me cativou
Fez mais forte a minha fé
E por filho me adotou
Às vezes eu paro e fico a pensar
E sem perceber me vejo a rezar
Pra virgem de Nazaré
Ave- Maria”

“Cubra-me com seu manto de amor
Guarda-me na paz desse olhar
Cura-me as feridas e a dor me faz suportar
Que as pedras do meu caminho
Meus pés suportem pisar
Mesmo ferido de espinhos me ajude a passar...
Nossa Senhora, me dê a mão
cuida do meu coração, da minha vida,
do meu destino, do meu caminho,
cuida de mim.”
(Nossa Senhora, Roberto Carlos)

No final do encontro, um paciente comenta: “Hoje o encontro foi bom, mais tranquilo e assim podemos pensar melhor no problema. Você chega agitado e está tudo agitado, aí fica pior”.

Na linguagem “Nietzscheana”, a Música é a afirmação da existência, desperta a criação, o poder de inventar novas possibilidades de viver e de pensar.

E na alternância entre peso/leveza, tristezas/alegrias, dor/prazer, profundidade/superficialidade, silêncios/sons, aceleração/desaceleração, equilíbrio/desequilíbrio é que se inscreve o discurso dos pacientes na Musicoterapia, demandando um algo a mais, ligado à força, fé, perdão, alento e à urgência de um andamento moderado, cadenciado, estruturado.

Desta forma, seguiremos nesta árdua tarefa de buscar dispositivos eficazes para uma clínica tão complexa, descontínua, imprevisível.

“E antes de me despedir, deixo ao sambista mais novo, o meu pedido final: Não deixe o samba morrer!!!!”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENENZON, R. **La nueva Musicoterapia**. Ed. Lumen, Buenos Aires, 1998.

BRUSCIA, K. **Definido Musicoterapia**. RJ. Enelivros, 2000.

DIAS, R. M. **Nietzsche e a Música**. RJ. Imago, 1994.

MILLECO, R.*et cols.* **É preciso Cantar**, Musicoterapia, Cantos e Canções. Enelivros, 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2004.

NEGREIROS, Martha – **A contemporaneidade de um enquadre teórico-clínico em Musicoterapia**, O modelo Benenzon aplicado a sujeitos psicóticos adultos. Participação em mesa redonda no IX Congresso Mundial de Musicoterapia. WFMT, 1999

CAPÍTULO 13

Som, identidade, Musicoterapia⁷⁹

Clarice Moura Costa⁸⁰

Eu vi a mulher preparando outra pessoa
Caetano Veloso

A gravidez é uma experiência única. O feto e a mãe durante este período vivem em simbiose. O feto se nutre da mãe e depende dela para sua sobrevivência. A mãe vivencia o filho como sua obra e parte dela mesma, mas concomitantemente como um outro ser, que vive em seu útero. Na gravidez desejada, este estado é vivenciado como plenitude.

Durante a vida intrauterina, o bebê é parte inseparável da mãe. Seu organismo e psiquismo ainda não estão formados, não pode haver nenhuma espécie de distinção entre eu e não eu, sujeito e objeto. No útero, o bebê é envolto por um líquido da sua temperatura, não experimenta sensações táteis diversas, não há fronteiras entre seu corpo e o meio em que vive. Neste ambiente, não sente o ar na pele, nem nos pulmões, seus olhos não são impressionados pela luz. Seu sistema nervoso ainda é precário. No entanto, a partir dos cinco meses o aparelho auditivo já está desenvolvido e o feto é capaz de receber estímulos sonoros diversos, como ruídos viscerais e batimentos cardíacos tanto próprios como maternos, sons respiratórios da mãe, combinados num caos sonoro.

Há várias décadas começou a surgir um grande interesse sobre a experiência sonora do feto. Diz Marly Chagas (1997) que o ritmo é a primeira experiência musical do indivíduo, através da pulsação vibratória da díade organismo materno/organismo do feto. Comprovou-se através de várias experiências com animais e seres humanos que, além dos ruídos viscerais, existe também uma reação a estímulos sonoros provenientes do meio ambiente. Ruth Fridman (1996) afirma que o feto protesta por esperneios ou movimentos hiperativos quando a mãe é submetida a ruídos muito intensos. No útero, o feto é impressionado por um verdadeiro “concerto” polirrítmico de sons.

⁷⁹* Aprofundamento do artigo “Os sons da vida e a constituição do sujeito”. *Psique, Ciência e Vida*, Ano II, n°23, pp.50-57, 2007

⁸⁰**Clarice Moura Costa** Licenciada em pedagogia pela PUC e graduada em Musicoterapia pelo CBM. Prática clínica de 25 anos, no Rio de Janeiro, Portugal e São Paulo. Pesquisas realizadas – com bolsa do CNPq, categoria especialização (1982-1983), suporte financeiro da FINEP (1984-1988) e apoio do CBM (2004-2006). Trabalhos apresentados em Congressos nacionais e internacionais. Artigos em revistas nacionais e internacionais de psiquiatria e Musicoterapia. Livros publicados: *O Despertar para o Outro no Brasil, Musicoterapia para Deficiências Mentais* em Portugal e *Musicoterapia no Rio de Janeiro – 1955-2005* no prelo. (2008)

Do mesmo modo que os demais ruídos, provenientes tanto do organismo quanto do meio exterior, a voz materna é percebida na vida intrauterina, distorcida pelo líquido amniótico. Fridman sustenta, baseada em diversos experimentos citados por ela, que os bebês aprendem a linguagem materna e a Música ainda no útero. Um destes experimentos mostrou que os bebês reconheciam a voz materna desde o nascimento, enquanto a voz do pai só era reconhecida após três semanas. Diz ela que a constante interação na vida intrauterina deve ser vista como um aprendizado a dois, em que começa a formar-se o vínculo com as figuras parentais. No entanto, seus relatos sugerem que este vínculo se forma particularmente com a mãe.

Alfred Tomatis⁸¹ demonstrou que, ainda no útero, incorporamos e respondemos ao ritmo e melodia da voz materna. Mostrou que esta interação sonora influencia nossas habilidades linguísticas, o comportamento e o desenvolvimento no decorrer da vida e criou um método “Ouvido Eletrônico” de (re)Educação auditiva. Este método baseia-se na audição de sons gravados e filtrados que inicialmente reproduzem sons pré-natais e os estágios de desenvolvimento da audição.

Sendo aceita a existência de audição na vida intrauterina, pode-se levantar a hipótese, usando a linguagem de Piera Aulagnier (1979) sobre o funcionamento da atividade psíquica, de que a sonoridade seja “metabolizada” pelo feto como sendo ele mesmo, uma vez que é impossível existir qualquer representação de objeto e sujeito.

Autores de linhas diferentes, às vezes mesmo conflitantes, debruçaram-se sobre o problema da trajetória desde o estado de indiferenciação original até a constituição do sujeito e a criação da identidade. Apesar das bases teóricas serem diferentes, existem muitos aspectos comuns a todos. Não pretendo defender nenhuma destas teorias, mas indicar os pontos que podem levar a um maior embasamento da Musicoterapia.

O nascimento é uma modificação abrupta do estado de indiferenciação vivido no útero. Em dado momento, a mãe vê pela primeira vez seu bebê, suas feições, a implantação do cabelo, pequenos detalhes como as mãos e pés, com seus dedinhos e unhas, ouve pela primeira vez seu choro, sente seu corpo em contato com sua pele. É uma grande emoção ver uma nova pessoa ter vindo à luz, mas esta nova pessoa é sentida como “sua obra”, “seu filho”. A experiência do bebê é indizível: sua pele recebe novíssimas sensações – contato com o ar, diferentes texturas, como as mãos enluvadas que o seguram, a pele da mãe sobre a qual é colocado, os agasalhos com que o cobrem. A respiração tem início, o ar penetra em seus pulmões, provocando o primeiro choro. A luz impressiona seus olhos, mas o recém-nascido ainda não consegue mantê-los paralelos, dificultando a percepção de imagens. Começa a existir a sensação de fome e para se nutrir o recém-nascido precisa sugar e frequentemente tem cólicas porque o intestino da criança no nascimento ainda é imaturo. Embora a audição exista desde a vida intrauterina, os ruídos também se modificam, impressionando diretamente seu ouvido, sem o filtro do líquido amniótico.

A experiência do nascimento é a perda do estado anterior em que o bebê vivia num invólucro que atendia a todas as necessidades. É possível que o nascimento represente a primeira falta, a qual, como diz Inês Catão (2005), é condição fundamental para permitir a introdução da criança na rede simbólica, na linguagem, na cultura, conceitos estes interligados e que se confundem. Caso o bebê nunca precisasse contribuir para suprir suas necessidades, provavelmente nunca se desenvolveria como sujeito.

⁸¹ Alfred A. Tomatis, pesquisador, filósofo e médico francês (1920-2001) Mais de cento e cinquenta centros em 15 países continuam suas pesquisas.

O nascimento dá início ao que Piera Aulagnier denomina *processo originário*, momento em que o recém-nascido ainda não se diferencia enquanto ser, não percebe o eu e o não eu, o Eu e o Outro. O estado de simbiose persiste após o nascimento, não só para o bebê, mas também para a mãe, que continua a alimentá-lo e a tentar suprir tudo aquilo que necessita. Não é raro que o seio comece a pingar leite espontaneamente quando o bebê chora. Winnicott faz uma observação importante:

O bebê percebe o seio apenas na medida em que um seio pode ser criado exatamente ali e então. **Não há intercâmbio entre a mãe e o bebê. Psicologicamente, o bebê recebe de um seio que faz parte dele e a mãe dá leite a um bebê que é parte dela mesma.** (WINNICOTT,1975,p 27) (grifo meu).

Afirma ele que o bebê nos primeiros tempos de vida tem a *ilusão* de que o seio é parte dele mesmo e que a mãe inicialmente propicia a oportunidade para esta ilusão, por estar presente para satisfazer a necessidade do bebê tão logo esta se manifesta. A relação mãe/bebê se processa no *espaço de ilusão*, espaço este em que convivem a realidade interna e externa, sem que seja necessário ou possível distingui-las. Aos poucos, numa fase que acredita iniciar-se entre quatro e seis meses, podendo em alguns casos ir aos doze, o bebê começa a perceber que o seio é uma realidade externa e não parte dele mesmo, mas ainda mantém a *ilusão* de que ele próprio o cria, uma vez que a mãe adapta-se às suas necessidades. Nas suas palavras, a *mãe suficientemente boa*, depois de ter propiciado a *ilusão*, tem a missão de começar um processo gradativo de desilusão do bebê, para que este possa desenvolver-se.

Uma vez que a mãe sente o filho como parte dela mesma, podemos depreender que a mãe *suficientemente boa*, para poder *desiludir* seu filho, precisa *desiludir-se* antes do bebê poder fazê-lo, e começar a reconhecê-lo como um ser independente dela mesma, para permitir seu desenvolvimento. O estado simbiótico existe durante algum tempo na mãe e no bebê, mas de forma diferente. Efetivamente o bebê é dependente da mãe por um período bastante longo para manter sua vida, enquanto o mesmo não acontece com a mãe. Racionalmente a mãe *sabe* que seu bebê é um ser exterior a ela mesma, mas emocionalmente a ligação perdura. Cortar o cordão umbilical não é uma tarefa simples, talvez tão difícil para a mãe quanto para a própria criança. No entanto, se isto não ocorrer, o bebê não poderá constituir-se como sujeito e ter sua própria identidade.

É preciso distinguir identidade e sujeito. Existem várias concepções de identidade. Identidade é aqui considerada como aquilo que faz com que um indivíduo se reconheça como “si mesmo” em diferentes momentos da existência, apesar das mudanças, às vezes consideráveis, que podem ter ocorrido. Sujeito é o ser real, individual que se considera como tendo determinadas qualidades ou praticado ações (LALANDE, 1966), que se distingue do outro, que tem um modo próprio de funcionamento no mundo. A constituição do sujeito depende sempre do outro, não ocorre individualmente. Do momento em que o sujeito passa a existir “para si”, que se reconhece como sujeito, tem origem sua identidade, que vai acompanhá-lo no decorrer da vida. A identidade é o fio condutor que permite que cada pessoa se reconheça como “si mesmo”, apesar das modificações que inevitavelmente ocorrem nos pensamentos, emoções, ações, etc., durante sua existência. O sujeito se modifica, mantendo a identidade, a noção de si mesmo.

Diz Arminda Aberastury (1955) que experiências com lactantes mostram que estes reconhecem a voz da mãe desde as primeiras semanas de vida e que este reconhecimento tem papel de destaque face a outros modos de reconhecê-la. A formação da imagem materna se faz com a contribuição de cada órgão dos sentidos. No entanto, o reconhecimento feito através da visão, do tato e do paladar é parcial. O reconhecimento visual, por exemplo, exige a integração de diversas percepções como cor, forma, tamanho, localização das diversas partes do corpo, algumas das quais ficarão para sempre inexploradas. A elaboração da imagem global da mãe é paulatina e só vai ocorrer plenamente com o desenvolvimento das funções do eu que tem a capacidade de integrar as diferentes percepções. No entanto, como concluiu Aberastury por meio da análise de diversos pacientes, o reconhecimento da voz da mãe é “uma experiência total, única e precoce”.

A voz da mãe não é somente a mãe, mas também a mãe dentro de si. A voz da mãe tem o significado de leite que entra pelos ouvidos e, quando se reativam vivências primárias, isto é sentido de maneira concreta, intensa e fisicamente gratificante. ABERASTURY e TOLEDO, 1955, p 34)

Qualquer estimulação inadequada, como ruídos desagradáveis, uma voz ríspida da mãe ou manipulações bruscas produzem no bebê reações de ansiedade similares à fome, à falta de calor ou de contato, mesmo que outras gratificações estejam sendo oferecidas adequadamente. A influência da voz da mãe e das canções é indubitável e é evidente esta influência desde os primeiros dias de vida ou mesmo antes do nascimento, como alertara Tomatis.

A precocidade da experiência sonora faz com que o som e a voz desempenhem um papel fundamental na constituição do sujeito. Afirma Aberastury que a voz da mãe é a primeira voz que o bebê reconhece e é seguramente o primeiro elemento que intervém no processo de personalização, de formação da própria identidade. (*Op cit* p 51). Estes estudos iniciais vêm sendo retomados e aprofundados por novos autores do meio psicanalítico. A psicolinguista Anne Fernald (1982- apud Catão, 2005) observou que, antes da satisfação da necessidade alimentar, o bebê se alimenta da voz, o que coincide com a teoria de Aberastury, e pode levantar a hipótese de que o primeiro objeto da pulsão oral seja a voz.

“A voz é o primeiro e principal articulador do simbólico ao real do corpo, operação sem a qual o ser vivo não se transforma em ser falante. Ela participa da instauração do laço entre a mãe e o bebê ao mesmo tempo em que se constitui enquanto objeto da pulsão. Quando falamos então da função da voz na constituição do sujeito, não se trata da voz da mãe nem da voz do bebê. Trata-se pura e simplesmente da voz, objeto pulsional que se constitui como tal na fronteira – espaço de ilusão – entre os dois. É ela que delimita as bordas que separam o corpo da mãe do que será o corpo do bebê. A voz é o que funda, a um só tempo, sujeito e outro. A voz faz litoral” (CATÃO, 2005)

A relação materno-infantil, no início da vida, se dá neste *espaço de ilusão*, usando a terminologia de Winnicott, onde o processo simbiótico é mantido, até começar o processo de desilusão por iniciativa da mãe e de sua voz, que a representa, o que vai levar o bebê ao espaço do “real”, do socialmente compartilhado.

Entre todos os sons, o que parece mais interessar ao bebê, desde muito cedo, é a voz humana, principalmente a voz materna, “não obrigatoriamente de ‘sua’ mãe mas a voz de uma mãe dirigida a um bebê” (*Op.cit.*), usando uma forma típica de falar, que alguns denominam de manhês. A fala materna, muito antes das palavras serem compreendidas, é puramente musical e a *Música da fala* (MOURA COSTA, 1989, p 63) (suas inflexões, ritmo, cadência das palavras, etc.) é que permite o estabelecimento de uma relação sincrônica entre a mãe e o bebê.

Winnicott expressa algo semelhante, quando afirma que o bebê percebe o seio apenas na medida em que este pode ser criado no tempo exato de sua necessidade, o que implica na *sincronia* entre a mãe e a necessidade do bebê. Este primeiro tempo de relação sincrônica parece ser importante, e pode ser considerado como uma relação de harmonia materno/infantil.

A *Música da fala* é significativa para o bebê, muito antes das palavras adquirirem qualquer significação. A relação sincrônica, que existe inicialmente entre a mãe e o bebê, é significativa em si e é condição necessária para levar à alternância, sem a qual não poderá existir comunicação. A “sincronia significativa” (catão, 2006) antecede qualquer alternância para o bebê, embora a alternância já deva estar presente do lado da mãe. Sendo significativa, a sonoridade da fala admite a atribuição de sentidos, que independem do significado das palavras.

Num primeiro momento, denominado *originário* por Aulagnier, os sons causarão prazer ou desprazer, dependendo da qualidade sonora. Para que o sujeito invista na realidade, é preciso que esta seja revestida de prazer. Se for apenas fonte de frustração ou desprazer, será rechaçada, como ocorre nas psicoses. O prazer de ouvir é o primeiro investimento na linguagem e sem este prazer não é possível transformar o som puro em signos, que têm início no *primário*. O processo primário entra em funcionamento quando a existência de um “outro” se impõe à psique. Diz Aulagnier que o primeiro sentido atribuído pelo infans à voz materna, no processo primário, é da sua presença ou ausência no momento de sua necessidade. O bebê começa a perceber que a falta da voz indica a falta da própria mãe, cuja presença é necessária para existir o prazer. Daí decorre que o silêncio pode ser sentido como ameaçador.

De acordo com Inês Catão (2006), o campo do ser/sujeito e o campo do sentido/Outro se articulam pela falta. Esta primeira percepção da falta materna começa a introduzir a noção de sujeito e outro. Com a introdução desta noção, a voz da mãe passa a ser percebida como um signo, não só da presença, mas também do desejo materno em relação ao bebê – dar ou negar prazer. O desprazer, não sendo provocado pelo próprio desejo, só pode ter sentido como decorrência do desejo do Outro. O que levará o bebê a falar é o enigma do desejo do Outro, e não o simples estímulo sonoro.

Se a voz materna é preponderantemente agradável para o bebê, existe um prazer de ouvir e ele vai desejar escutá-la. A aceitação da Música da voz, leva à troca do caos sonoro da vida intrauterina e do nascimento pela “sincronia significativa” introduzida pela mãe. A escuta antecede a fala. A fala não consiste apenas na repetição de palavras (o que um papagaio faz), mas exige a presença de um sujeito nessa produção e a introdução de uma alternância entre os falantes.

Para falar a criança precisa começar por escutar a si mesma e ao outro. O bebê tem que ser chamado, mas não basta escutar o chamamento. É preciso que responda chamando e ainda que se faça chamar, o que talvez possa significar fazer-se desejar. Quando responde à Música da voz, começa uma passagem do bebê da sincronia à alternância. Surgem então

quatro tipos de grito com estruturas e funções distintas – o grito de fome, o grito de cólera, o grito de dor e o grito de resposta à frustração. (BARCELLOS, 1992)

A relação do bebê com a voz e a sonoridade tem um papel fundamental para a aquisição da linguagem e a fundação do sujeito, fenômenos que ocorrem concomitantemente.

A importância da sonoridade para o ser humano tem sido percebida e estudada pelos musicoterapeutas há várias décadas. Em 1944, Ira Altshuler (1944) formulou o Princípio de ISO, palavra de origem grega que significa igual. De acordo com Altshuler, para poder ser estabelecida a relação com o paciente, é preciso que o tempo musical empregado pelo musicoterapeuta esteja em sincronia com o tempo mental do paciente. A partir da sincronia rítmica, são introduzidas melodias e harmonias, a princípio de acordo com o estado do paciente e gradualmente modificadas na direção em que se deseja que o paciente se modifique.

Rolando Benenzon retoma este princípio, propondo o conceito de identidade sonora, conceito este da maior riqueza para a Musicoterapia. Em suas palavras,

ISO quer dizer igual, e resume a noção da 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 intrauterinas e nossas vivências sonoras de nascimento e infantis até nossos dias. É um som estruturado dentro de um mosaico sonoro, que (...) encontra-se em perpétuo movimento. (BENZON, 1985,p 43)

Chama este “mosaico sonoro” de ISO gestáltico e acrescenta outros aspectos. O ISO complementar, que são as pequenas mudanças que ocorrem no dia a dia, pelas circunstâncias momentâneas. A existência de um ISO complementar demonstra por si que a identidade sonora “encontra-se em perpétuo movimento”. O ISO grupal é definido como uma síntese das identidades sonoras de cada indivíduo, e o ISO universal caracteriza todos os seres humanos, independentemente dos contextos sociais, culturais, históricos e psicofisiológicos individuais. Grebe (1977) propusera a existência de um ISO cultural como o produto da configuração cultural global da qual o indivíduo e seu grupo fazem parte. É a identidade sonora própria de uma comunidade que opera em níveis coletivos, e depende de fatores socioculturais relativamente homogêneos. Aponta para o entrelaçamento entre a cultura e cada indivíduo que a compõe.

O princípio formulado por Benenzon enriquece e vai além daquele proposto por Altshuler, modificando o conceito de ISO, que deixa de ser apenas uma correspondência entre a Música e o estado mental do paciente, passando a abranger todos os aspectos do som introyetados pelo ser humano, tanto como indivíduo quanto como ser social.. A palavra ISO deixa de significar igual e torna-se uma sigla, significando Identidade Sonora. Barcellos propõe a sigla ISO para diferenciar do ISO de Altshuler. O princípio formulado por Benenzon é de fundamental importância para a Musicoterapia. Uma vez que afirma a existência de um “complexo som-ser humano”, a Musicoterapia passa a ter um objeto próprio de estudo, e não se limita a ser uma forma de tratamento – torna-se uma ciência.

Os novos estudos psicanalíticos vão além da ideia da existência de uma “identidade sonora”, frisando a importância do sonoro para que o sujeito possa constituir-se e originar a própria identidade.

Se o som e a Música da voz materna são fatores indispensáveis para a diferenciação entre sujeito e outro, e para a criação da identidade, a Música propriamente dita e a Musicoterapia têm um papel fundamental tanto no diagnóstico quanto na intervenção terapêutica. Na área psiquiátrica, tem uma função importante por possibilitar a reintrodução na linguagem e a reconstrução da identidade, algumas vezes perdida em casos de demência ou psicose.

Watzlawick (1981), do Instituto de Pesquisa Mental de Palo Alto, com outro enfoque teórico, afirma que o emprego da linguagem como meio de comunicação tem dois aspectos distintos, porém complementares, que denomina comunicação analógica e comunicação digital. Esta é a que se dá através das palavras e seus significados. A primeira é toda a comunicação não verbal que acompanha a fala – gestualidade, inflexões da voz, sequência e cadência das palavras –, ou seja, o que denominamos de *Música da fala*. Afirma que confiamos quase exclusivamente no não verbal, quando a relação é o ponto central da comunicação. Embora o autor, de linha comportamental, não se preocupe com este aspecto, talvez isto ocorra por remeter aos primeiros momentos de vida, quando apenas o não verbal era significativo, uma vez que o significado das palavras ainda não era compreendido.

Martha Negreiros e eu mesma, desde o início dos anos 80, começamos a nos interessar pela peculiaridade da linguagem musical, sua significação e a pertinência de sua utilização como terapia.

A Música, numa definição muito simples, é uma linguagem constituída por sons e silêncios, alturas, timbres, intensidades, ritmo, do mesmo modo que a Música da fala. A grande diferença entre a Música da fala e a Música propriamente dita “é que a linguagem verbal é horizontal, possuindo somente o aspecto melódico, enquanto a Música se caracteriza por admitir, e até mesmo exigir a verticalidade, ou seja, a harmonia. Tem, portanto, muito maior riqueza expressiva”. (MOURA COSTA, 1989, p.64)

Os sons dispostos em uma sucessão ordenada participam da forma musical e passam a ser dotados de sentido “atribuído pelo intérprete ou ouvinte, no momento mesmo da execução ou audição da peça musical” (MOURA COSTA e NEGREIROS DE SAMPAIO VIANNA, 1984, p.154.). A Música não se reduz apenas à forma, podendo, portanto, comportar significações reveladas “por trás das notas” e expressar uma infinidade de estados de espírito, emoções, afetos, como diz o compositor Aaron Copland (1974). Outros autores compartilham de sua opinião, como Jardim (*apud* Barcellos e Santos (1996,p 10), que afirma que a Música implica e está implicada pelo sentido, e é um meio de comunicação, ou Schoenberg (*apud* Moura Costa,1989), que acredita que a Música influencia nossas “esferas sentimentais”. Consequentemente, consideramos que a Música é significativa e tem significações comunicadas por quem a faz para si mesmo e para quem a ouve.

Para o psicanalista há uma autonomia do significante, que possui leis que lhe são próprias, independentemente do significado. Isto faz com que, para compreender o fenômeno da linguagem, seja preciso fazer uma distinção do significante e do significado. O significado desliza sob o significante. E o significante, enquanto tal, ou seja, em si mesmo, fora de uma cadeia associativa, não significa nada, já que é do deslizamento dos significados sob a cadeia significante que surgirá o fenômeno da significação. (VIVARELLI, 2006, p.116)

Guiraud-Caladou (1983) propõe o termo *musicante* para o significante musical, que só pode adquirir significações dentro de uma cadeia associativa de intervalos, alturas, intensidades e demais parâmetros do som. Mas qual seria esta significação? A Música não denomina coisa alguma, mas admite a atribuição de sentido. O musicante seria ligado a “relações de afeto, e o significado musical seria de ordem emocional” (MOURA COSTA, 1989, p.65) ou, como diz Guiraud-Caladou, “tem essencialmente por significação a ordem do vivido”

Em pesquisa realizada no Instituto de Psiquiatria da UFRJ⁸², para averiguar a existência do *musicante*, foram selecionados quatro trechos musicais gravados, bastante distintos entre si. O primeiro construído pelos pesquisadores constituía-se de sons de água, batimentos cardíacos, respiração, riso feminino, choro infantil, canção de ninar em boca *chiusa* e cantada por vozes femininas e masculina. Foram testadas individualmente pessoas consideradas normais e outras diagnosticadas como esquizofrênicas. Corroborando a conclusão de Guiraud-Caladou, concluiu-se que a Música é significante e tem um significado amplo, mas não irrestrito. Barcellos e Santos (1996), discutindo os resultados de nossa pesquisa, propõem o uso do termo ‘sentido’, em vez de ‘significado’, por considerá-lo mais amplo. Patrícia Waslawick e outras (2007) afirmam que as significações são partilhadas socialmente e os sentidos são singulares, configurados no plano interno a partir da dimensão afetivo-volitiva (motivos, intenções, necessidades, interesses, impulsos e emoções do sujeito) mas também levando em conta os significados compartilhados. Este “significado amplo” apontado pela pesquisa, pode ser mais adequadamente denominado “sentido”, que inclui tanto os aspectos singulares, internos, quanto as significações socialmente compartilhadas.

Os sentidos atribuídos aos trechos por todos os sujeitos, tanto normais quanto esquizofrênicos, foram aproximadamente os mesmos, o que torna legítima a hipótese de que a música se constitui como uma linguagem comum, partilhada por ambos os grupos, podendo, portanto, ser usada terapeuticamente dentro de determinada cultura.

Foi feito também um estudo sobre o próprio processo musicoterápico⁸³, que apresenta semelhanças com a hipótese defendida por Aulagnier sobre o processo de aquisição do campo semântico, desde a mera fruição do som até a atribuição de sentido e significações. Neste estudo, em que a Musicoterapia é enfocada como um trinômio interligado ação/ relação/ comunicação, foi possível observar que os pacientes psiquiátricos a princípio limitam-se à ação de fazer Música e atribuem apenas prazer ou desprazer ao tocar, cantar, ouvir, sem menção à existência de sujeito ou objeto, ao dentro e fora de si mesmos: “Foi bom”, “Legal”, “Foi chato”. Ao fim de algumas sessões, começam a perceber que o prazer usufruído depende de sua ação, que a Música não vem por si mesma ou decorre de seu desejo: é preciso produzi-la. É interessante também notar que a maioria das sessões começa com um “caos sonoro”, os pacientes tocando de forma aleatória seus instrumentos. Aos poucos esse caos vai se organizando e, talvez pela aceitação do musicoterapeuta, transforma-se numa “sincronia significante”.

“Ao escutar e ser escutado, tem início uma forma rudimentar de percepção do *outro*, de algo ou alguém pertencente ao espaço exterior, seja este *outro* o instrumento musical ou uma pessoa” (MOURA COSTA, 1989, p.80): “Tocamos”, “Cantamos”, “Legal o tamborim”, “Ela canta bem”. No decorrer do tempo, a relação entre o paciente e o

⁸² Por Clarice Moura Costa e Martha Negreiros de Sampaio Vianna, iniciada em 1982, com bolsas do CNPq, categoria aperfeiçoamento/especialização, desenvolvida a partir de 1985 com financiamento da FINEP.

⁸³ Parte integrante da pesquisa citada

grupo/musicoterapeuta vai adquirindo maior peso e passa a ser o elemento central do processo: “É preciso ouvir para tocar junto”, “Não houve entrosamento”. Começa então a alternância entre eu e outro.

Após o estabelecimento da relação com o outro, o paciente começa a comunicar voluntariamente seus problemas através da linguagem verbal, muitas vezes com maior coerência: “Foi mais triste. Acho que eu é que estava triste”, “Quero ter alta, preciso ir para casa”.

Concluiu-se que a Musicoterapia

parece proporcionar a oportunidade de revivenciar fases muito arcaicas de formação do Ego, mas de uma forma nova. A sonoridade, nesta nova vivência, é introjetada como prazer, levando à possibilidade de relacionamento com o outro e de inserção no discurso cultural (OP. *Cit*, p 88).

Há no processo musicoterápico, a revivência das primeiras fases da vida de forma prazerosa, o que vai permitir a reinserção no discurso cultural. Sendo a Música uma linguagem comum ao paciente e ao musicoterapeuta, pode ser usada no processo terapêutico. Chegou-se então à conclusão de que a Musicoterapia propicia a abertura de canais de comunicação com o mundo autístico da pessoa psicótica.

Pode-se levantar a hipótese de que esta vivência no processo musicoterápico inclua reminiscências difusas ou inconscientes dos primeiros contatos com a mãe e das canções de ninar usadas por ela. Arminda Aberastury, em 1955, já afirmava que “a influência das canções nos primeiros meses e dias de vida é evidente”. (ABERASTURY, 1955, p.35)

Lia Rejane Mendes Barcellos frisa a importância do acalanto que considera “uma forma da mãe dar continência ao seu bebê”, afirmando que “o inconsciente do novo ser humano (...) banha-se no sonoro que funda e nutre esse inconsciente, em sua aparição primeira” (BARCELLOS, 1992, p.15). A função do acalanto se dá graças à estrutura musical, e não à letra, que ainda não pode ser compreendida.

Marcia Cirigliano (1988), no tratamento de uma criança de quatro anos, com comportamento autístico e escassa verbalização, notou a existência, por parte da terapeuta, do que denominou *haunting melody*, uma melodia que insiste em aparecer e revela contra-transferências. Realizou então uma pesquisa bibliográfica sobre a importância de acalantos e canções infantis na história musical do indivíduo, e afirma que o acalanto é uma canção transicional, facilitadora do processo de separação mãe/bebê; no contexto terapêutico é transicional-transferencial e as trazidas pelo terapeuta, contratransferenciais.

A fundamentação sobre o uso da Música em Musicoterapia vem evoluindo, desde Ira Altshuler, que mostrou a importância da sincronia entre o tempo mental do paciente e a Música (ISO). A sincronia é atualmente considerada fundamental para que o bebê aceite e tenha prazer na voz materna, e que possa trocar “o caos sonoro” da vida intra-uterina e do nascimento por algo significativo, que poderá conduzir à alternância e à fala.

O princípio formulado por Benenson da identidade sonora como um “mosaico sonoro” formado desde a vida intrauterina (ISo), e em constante evolução, abrangendo todos os aspectos do som introjetados pelo ser humano, modifica este conceito. É introduzido o princípio de que, para entrar em contato com o paciente, é preciso conhecer ou intuir este som ou sons que fazem parte de sua identidade e saber distingui-los da identidade sonora do

próprio terapeuta. Desta forma, é oferecida uma base teórica para justificar a Música como uma ferramenta terapêutica que permite a comunicação entre paciente/terapeuta.

No entanto, a hipótese atual é mais ampla do que a existência de uma identidade sonora, como um dos aspectos que fazem parte da identidade. A sonoridade ou a Música da fala materna é, em si, o elemento que vai permitir a percepção de que existe “Outro”, em oposição ao “Eu” e a origem da identidade, sendo esta compreendida como o reconhecimento de si mesmo que perdura através da vida, apesar das modificações sofridas pela pessoa. A partir da percepção da existência do Outro, a voz da mãe passa a ser um signo, não apenas da presença, mas do desejo materno de dar ou negar prazer. Desvendar o seu desejo, e não o simples estímulo sonoro, é que levará à fala ou à comunicação.

A única forma de comunicação conhecida é a linguagem, não apenas a verbal, mas em qualquer de seus aspectos, corporal, visual, sonoro etc. Qualquer forma de linguagem é significativa, podendo ser dotada de sentido. A noção de *musicante*, como significante musical que independe dos significados verbais e admite atribuição de sentidos de ordem emocional, propicia a expressão de afetos indizíveis, que perduram pela vida adulta, como eram indizíveis as emoções da criança antes de adquirir a fala. Por outro lado, sendo a Música uma linguagem cultural partilhada, permite algum acesso ao mundo interno do paciente.

O início do processo musicoterápico remete às primeiras experiências do ser humano, quando apenas existia a Música da fala, sobre a qual recaíam significações primárias, como prazer ou desprazer, presença ou ausência da figura materna. Daí a importância da sincronia apontada por Altshuler e Benenson. A Musicoterapia parece propiciar uma revivência destas fases arcaicas em que ocorre a evolução desde o caos sonoro, caminhando para a sincronia significativa até a alternância que permite chegar à aquisição do campo semântico. A conclusão da pesquisa, na época, foi da importância da Musicoterapia para proporcionar a reinserção no campo semântico. No entanto, numa releitura à luz do conhecimento atual, em que a inserção no discurso e a constituição do sujeito se processam simultaneamente, a pesquisa indicou que o processo musicoterápico propicia o resgate do sujeito e da identidade do psicótico, tendo portanto uma ação muito mais profunda e importante do que aquilo que afirmamos naquela ocasião.

A Música é compartilhada no espaço transicional conceituado por Winnicott, um terceiro espaço entre o espaço interno e o externo, em que não é necessária a prova de realidade, em que a fronteira não precisa ser definida. Esta vivência transicional da Música, no espaço terapêutico, pode conduzir a uma aceitação da realidade socialmente aceita.

O amálgama de todos estes aspectos mostra a importância da Música na fundação do sujeito e na reinserção no discurso, que, de acordo com os estudos psicanalíticos recentes, são interligadas e concomitantes, tendo o sonoro um papel fundamental na noção de “Eu” e “Outro”, ou seja, na constituição do sujeito e, conseqüentemente, na criação da própria identidade.

A Musicoterapia, deste modo, tem uma função muito maior do que possibilidade da comunicação terapêutica com o paciente. Se o som e a Música da voz materna são fatores indispensáveis para a criação da identidade, para a diferenciação do sujeito e do outro, a Música propriamente dita e a Musicoterapia têm um papel primordial tanto no diagnóstico quanto na intervenção terapêutica, por possibilitar a reintrodução na linguagem e o resgate da identidade do sujeito.

Existem inúmeras tentativas de explicar a origem da Música. Talvez a necessidade humana de criar ou fazer Música esteja baseada nesta experiência tão precoce de prazer. Talvez a Música tenha a função de trocar o “caos sonoro da vida intrauterina e do

nascimento” por uma organização sonora significativa e prazerosa, propiciando viver no “espaço transicional”, livre da ditadura do significado da linguagem verbal.

Embora já tenha sido levantada a importância das canções de ninar, não houve um grande aprofundamento deste estudo por parte dos musicoterapeutas. Fica como sugestão que pesquisem nas entrevistas o cancionário infantil que faz parte da vivência dos pacientes. É importante notar que a maioria das letras das canções de ninar faz referência a entidades aterrorizadoras – o bicho papão, a cuca, o boi da cara preta – mas tranquilizam o bebê graças à sua forma musical. Ainda segundo Winnicott, a criança precisa introjetar “objetos bons”, que ofereçam suporte para que possa lidar com os “objetos maus”. A Música, aparentemente desempenha este papel de objeto bom e permite a introjeção dos objetos maus presentes nas letras. Seria importante, além de pesquisar os acalantos, observar no trabalho clínico o que ocorre em presença destas canções.

A incorporação de acalantos e outras canções infantis às sessões de Musicoterapia pode ser uma possibilidade de tornar este processo mais eficaz. Talvez este seja um filão da maior importância para o embasamento teórico e para aumentar a eficiência terapêutica da Musicoterapia. Cabe a nós, musicoterapeutas, aprofundar os estudos que vêm sendo realizados e desenvolver técnicas e procedimentos que possam ajudar a emergência do sujeito. A presença ou ausência dos acalantos parece ter um papel importante nesta reconstrução da identidade. Ao ouvir um trecho escolhido para a pesquisa sobre linguagem musical, no qual se ouve uma criança chorando e em seguida uma voz cantando “Boi da cara preta”, disse uma moça psicótica, com um ar introspectivo e aparentando grande emoção: “A mãe está consolando a criança. Será que me consolaram quando eu era criança? ... Eu acho que não... Eu acho que não...”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A e ALVAREZ DE TOLEDO, L.G.- “La Música y los instrumentos musicales” **Revista de la Asociacion Psicoalítica Argentina**, T.XII, nº2, pp.29-45, 1955.

ALTSHULER. Four years’ experience with music as a therapeutic agent at Eloise Hospital, **The American Journal of Psychiatry**, vol. 100, pp.792-794, 1944.

BARCELLOS, L. R. **Cadernos de Musicoterapia; 1**. Enelivros, 1992.

_____ e SANTOS, M. A. C. A Natureza Polissêmica da Música e a Musicoterapia, **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano I, nº1, pp.5-18, 1996.

BENENZON, R. **Manual de Musicoterapia**. (trad. Clementina Nastari), Rio de Janeiro, Enelivros, 1985.

CATÃO, I. – O gozo do Outro materno e o papel da voz na incorporação da linguagem. **Escola Letra Freudiana**, 2006

_____ – Do som à Música, da Música à voz: os passos da fundação do sujeito. **VI Encontro Nacional sobre o Bebê**, SP, 2006.

CHAGAS, M. – Musicoterapia e psicoterapia corporal. Aspectos de uma relação possível. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano II, n°3, pp.17-26, 1997.

CIRIGLIANO, M. Pesquisa na clínica musicoterápica: a canção como âncora terapêutica. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano III, n° 4, pp.33-40, 1998.

COPLAND, A. **Como ouvir e entender Música**. Rio de Janeiro, Artenova, 1974

FRIDMAN, Ruth – Hay inteligencia antes de nacer? **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano I, n°1, pp.67-79, 1997.

GREBE de VICUÑA, M.E – Aspectos culturales de la Musicoterapia, algunas relaciones entre antropologia, etnomusicologia e Musicoterapia. **Revista Musical Chilena**, ano XXXI, p.139-140, 1977.

GUIRAUD-CALADOU, J. M. **Musicothérapie, Parole des Maux**, Réflexions critiques. Paris, Van de Velde, 1983

LALANDE, A.– **Vocabulário técnico y crítico de la filosofía**, (trad. O. Caletti), Buenos Aires, El Ateneo, 1966

MOURA COSTA, C. **O Despertar para o Outro**, Musicoterapia. S. Paulo, Summus, 1989.
_____. Musicoterapia (Bases Teóricas), **Anais Portugueses de Saúde Mental**, ano 6, vol.6, pp.197-201, 1990

_____. Comunicação musical com esquizofrênicos. **Temas – teoria e prática do psiquiatra**, vol. 7, n° 53, pp.61-70, 1997

_____; NEGREIROS, M. S. V – Musicoterapia: Música e linguagem nas esquizofrenias. **Revista do Corpo e da Linguagem**, vol.II, n°6, p.125-188, 1984.

_____ – Musicoterapia: uma pesquisa sobre sua utilização para pacientes psicóticos, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 33, n°3, pp.178-185, 1984.

VIVARELLI, B. L. A Música, as palavras e a constituição do sujeito: Ressonâncias na clínica do autismo e da psicose infantil. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano X, n°8, pp.109-126, 2006.

WATZLAWICK, F e outros. **A Pragmática da Comunicação Humana**, Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. S. Paulo, Cultrix, 1981.

WAZLAWICK, P.; CAMARGO, D.; MAHEIRIE, K. Significados e sentidos da Música: uma breve "composição" a partir da Psicologia Histórico-Cultural. **Revista Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 12, n. 1, p. 105-113, 2007.

WINNICOTT, D. W. **O Brincar e a Realidade.** (trad. J. O. de Aguiar Abreu e V. Nobre), Rio de Janeiro, 1975.

ÍNDICE REMISSIVO DE ASSUNTOS

A

Acontecimento: 37,38,52,53,55,62,66,70,83,90.
Afecções: 66,67,68,69,70,71,72,73,90.
Afecsons: 63,64.
Afetações: 57,58,61.
Afetos: 53,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,70,72,73,90,133,134,
146, 149.
Afinação: 66.
Alcoolista: 134.
Alta complexidade: 128.
Ambulatório: 8,75,87,91,92,127.
Analógica: 146.
Ansiedade: 143.
Aquecimento: 38,40,41,42,43,45,46,47,48,49,50.
Arte: 13,17,18,19,20,22,24,36,52,67,69,72,73,87,89,90,122,124,130,132.
Atividade lúdica: 27.
Autoconfiança: 100,120.
Autoestima: 100,109,110,120,132.
Autonomia: 59,79,105,108,110,116,117,120,146.
Avaliação: 12,41,92,127,128.
Avanços: 98,105,19,124.

B

Bebê: 9,45,46,140,141,142,143,144,145,148,150,151.
Blocos afetivos: 73.
Brincadeira: 31,37,42,44,45.

C

Canções: 14,36,42,43,44,74,83,92,94,98,130,134,136,137,139,143,148,150.
Cantar: 18,42,43,44,47,48,49,50,54,73,74,79,89,91,98,108,110,130,135,136,137,139,147.
Canto(s): 24,26,28,35,49,74,79,83,97,109,134,137,138,144.
Caos: 4,83,90,140,144,147,144,147,148,149.
Cartografia: 52,62,68,69,70,71,72,73,76,83,84.
Cartografar: 67,70,81,85.
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: 4,10,39,126,131.
Cibernética: 104,105.
Cidadania: 12,95,119,127.
Ciência: 5,6,10,13,15.
Clausura operacional: 105,106.
Clínica: 5,7,8,25,27,30,32,36,39,50,52,8,59,65,70,77,82, 84,87,88,97,98,101,102,108,109,
124,134,138,140.

Coadjuvante: 100.
Coletiva: 10,76,77,79,80,82,84,85,92,94,99,117,120,138.
Compartilhar: 35,38,40,43,44,45,48,50,73,85,126,138.
Complexidade: 43,55,59,103,104,108,111,116,128.
Complexo: 43,45,46,55,58,59,60,61,68,80,104,105,107,110,120,145.
Compór: 3,66,70,71,83,92.
Composições: 29,52,53,57,59,60,61,62,64,68,71,72,92.
Comunicação: 8,15,18,20,21,22,23,24,27,49,50,77,81,90,99,102,104,106,110,111,118,120,
128,129,131,132,133,137,144,146,147,148,149.
Comunidade: 6,9,10,14,29,73,81,82,93,98,99,100,106,104,145.
Concurso: 9,12,124,125,126.
Conduta musical: 28.
Conferência Estadual de Saúde: 11.
Conhecimento: 4,11,13,22,23,25,31,53,54,56,57,58,59,64,66,67,69,70,72,73,82,83,85,103,
104,105,106,108,115,149.
Conselhos de Saúde: 116.
Construcionismo social: 106.
Conteúdos: 23,38,41,44,47,77,131,132.
Contexto: 17,23,37,40,43,45,50,103,105,107,108,110,111,115,120,148.
Continência: 148.
Continente: 21,87,91,93,138.
Contracultura: 20.
Conversação: 106,107,109.
Coparticipante: 107.
Conquistas: 85,98,114,118,121.
Corpo: 19,20,22,29,40,45,54,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,72,73,81,
85,89,92,128,130,140,141,143.
Corporalidade: 105,107,108.
Criação: 4,7,9,10,12,14,17,18,19,20,21,22,23,24,64,65,71,72,73,79,80,83,84,90,92,94,95,
99,104,108,117,126,138,141,146,149.
Criador: 21,32,34,35,36,71,100.
Criança: 6,8,14,18,20,23,25,26,28,29,37,44,45,46,72,82,99,107,125,127,128,129,141,142,
144,148,149,150.
Criatividade: 18,38,40,41,100,102,108,132.
Crítica: 10,59,94,105,107,120.
Cuidado: 13,66,89,100,109,111,115,117,120,128.
Cuidadores: 45,100.
Cultura: 6,19,20,23,24,43,72,99,105,107,108,110,111,132,133,134,141,145,147.
Curiosidade: 28,107,109,111.
Curso: 3,4,6,7,8,9,10,12,13,15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,27,30,35,58,63,70,76,82,97,105,
121, 125, 126

D

Desafio(s): 2,6,8,10,15,20,29,95,97,100,111,114,116,117,118,121,126,128.
Descentralização: 115.

Desenvolvimento: 5,7,8,9,10,11,27,28,29,34,36,40,46,49,54,94,98,102,106,107,108,110,111,117,120,127,128,129,132,133,141,142,143.

Diagnóstico: 30,37,53,127,146,149.

Dificuldade(s): 9,10,18,41,49,50,65,66,69,71,93,94,103,106,107,108,116,117,119,124,125,126.

Digital: 3,146.

Discurso: 50,78,83,88,106,131,138,148,149.

Dissonância: 23,63,83,84,137.

Distúrbios: 8,102.

Ditadura: 15,19,20,150.

Divulgação: 4,11,13,14,22,37,94,116,125.

Dramatização: 37,38,40,41,43.

E

Ecológico: 103.

Educação: 4,6,7,9,10,11,12,17,18,19,20,22,23,25,26,27,28,30,32,52,78,99,117,118,125,126,129,141.

Educador Musical: 27,31.

Ego: 148.

Encontro: 9,10,19,20,22,24,32,38,52,55,59,60,61,63,66,69,70,71,73,79,84,90,92,93,108,131,137,138.

Enfermaria: 87,88,89,90,127,129.

Ensaio: 78,93,94,95.

Envelhecimento: 97,98,102.

Epistemológico: 78,106.

Equidade: 10,115,116,119.

Equipe: 8,10,11,13,14,48,87,88,92,98,99,108,110,111,115,116,118,119,124,125,126,128,129,130.

Escuta: 25,54,65,119,120,127,131,144.

Espontaneidade: 36,38,40,41,42,46,48,49,50.

Estabilidade: 104,105.

Estimulação: 100,102,107,128,143.

Estratégia: 12,100,103,105,110,111,115,120,127.

Estrutura: 13,28,29,30,37,43,50,87,91,94,105,108,120,132,145,148.

Ético: 59.

Exclusão: 79,95.

Existência: 4,12,15,22,34,52,55,56,57,58,59,61,63,64,66,69,73,80,85,89,106,137,138,141,142,144,145,147,148,149.

Experimentação: 19,76,79,81,82,83,84,85,107.

Expressão: 18,19,28,41,45,46,49,52,55,57,59,60,61,63,65,77,79,81,84,90,94,99,120,129,131,132,134,149.

Expressividade pessoal: 28.

F

Fala: 13,38,43,44,47,48,67,88,89,90,94,117,144,146,148,149.

Familiares: 8,18,48,64,82,100,103,106,107,108,109,110,111,115,128,129.

Fantasia 37,54.

Fazer musical: 29,30,38,40,41,42,43,45,47,92,94,95,132,136.

Feto: 133,134,140,141,146,147,149.

Fluxo(s): 57,80,82,83,89,90.

Funções cognitivas: 102.

Fundamentação: 8,36,39,50,105,148.

G

Geriatria: 97,98.

Gerontologia: 97,98.

Gravidez: 140.

Grito(s): 47,49,89,145.

Grupo(s): 4,7,8,13,14,15,18,20,23,31,34,37,38,39,41,42,43,44,46,47,48,50,63,67,
75,77,78,79,80,81,82,84,86,87,89,91,92,93,94,95,100,106,108,109,110,116,
126,127,128,130,131,132.

H

Harmonia: 23,28,29,68,77,79,83,84,87,92,93,95,97,109,131,137,144,145,146.

Harmônicos: 28,60,61,63,91,131.

Híbrida(o): 20,23,84.

História: 6,17,24,44,64,65,70,71,72,73,76,87,99,100,102,105,106,108,110,121,132,133,
168.

Hospital: 7,8,26,87,88,91,97,103,110,115,118,124,125,126,127, 129,130.

Humanização: 8,110,114,115,117,118,119,121,127,129.

I

Idiosincrasia: 89.

Imagem: 11,12,54,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,109,132,143.

Imaginação: 37,53,55,56,68,90.

Implantação: 13,20,97,98,118,121,124,125,126, 131.

Imprevisibilidade: 83,105.

Improvisação: 19,30,35,43,83,89,91,94,132.

Individuais: 77,81,126,145.

Indivíduo: 26,29,30,41,43,46,49,60,61,62,77,84,99,100,103,106,109,111,116,120,127,
129,132,133,140,142,145,148.

Infantil: 9,18,19,24,26,29,143,144,147,150.

Instabilidade: 104,105,111.

Institucional: 11,12,37,88,97,100,101,127.

Integralidade: 115,116.

Interação: 79,89,104,105,108,110,111,132,141.

Interdisciplinar(es): 5,10,87,88 100,103,108,120,124.

Interdisciplinaridade: 10,20,24,127.

Internados: 8,87,103,109,110.

Intersubjetividade: 104,106,111.
Intervenção: 26,52,77,94,128,146,149.
Iso: 90,133,134,145,148.

J

Jogo (s): 27,28,37,38,56,57,58,60,61,63,72,90,116.

L

Liberdade: 4,18,19,30,62,79.
Linguagem: 8,26,27,28,30,44,46,66,87,99,
105,106,107,110,128,129,131,133,138,141,144,145, 146,147,148,149,150.
Luta antimanicomial: 79,82.

M

Mãe: 141,142,143,144,148,149,150.
Manhês: 144.
Média Complexidade: 128.
Memória: 43,45,46,55,69,72,99,100,102,132.
Mercado de trabalho: 8,9,12.
Método(s): 18,24,29,30,31,35,36,37,38,60,67,83,91,104,141.
Metodologia(s): 27,30,31,32,35,37,39,40,88,111,119,132.
Mídia(s): 76,93,95.
Modelo(s): 11,31,39,49, 59,79,81,82,88,97,99,103,105,110,115,117,120,132.
Modo: 4,13,28,29,35,36,40,
45,52,53,57,59,60,64,67,76,77,78,80,81,82,83,84,89,91,94,99,116,141,142,146.
Mudança(s):
4,13,19,21,26,29,31,39,43,47,76,78,87,88,92,94,103,104,105,106,107,108,110,111,
114,115,117,120,128,129,142,145.
Multidisciplinar: 98,100,125,126,127,128,129.
Multiplicidades: 77,83.
Mundo:
6,9,18,21,23,24,37,42,44,48,53,56,58,59,63,66,90,99,104,106,114,117,120,132,134,
136,137,148,149.
Musicante: 147,149.

N

Não verbal: 41,44,132,146.
Narrativa(s): 106,107,109.
Nascimento:46,48,55,141,142,143,144,145,148,150.
Necessidades: 6,14,18,27,31,37,49,77,103,108,109,110,120,125, 127,131,141,142,147.
Neuróticos: 39.
Neutralidade: 39,104.

O

Objetividade: 104,105.

Objetivo(s): 4,11,27,29,31,34, 38,39,41,49,77,78,80,82,107,117,120,121,131,132.

Observador: 104,105,106,107.

Oficina(s): 8,19,21,22,30,31,87,91,92,109.

P

Pacientes: 8,9,10,18,19,51,87,89,91,93,106,108,109,110,116,126,127,128,129,134,
138,151.

Paixão(ões): 52,56,58,59,62,65,69,70,85.

Paradigma: 5,103,104,117.

Participação: 7, 8,10,11,12,13,14,15,23,30,38,48,55,79,97,98,107,108,109,110,115,117,
125,129,131.

Patologia(s): 18,22,24,29,128.

Pensamento: 14,18,24,25,28,31,52,77,84,104,110.

Pensar: 4,19,23,24,25,32,34,36,38,40,45,46,48,
52,53,54,56,57,59,60,61,62,65,66,67,68,70,71,72,76,79,81,83,98,104,111,114,115,
120,128,133,138.

Performance: 31,90,92,93,94.

Pesquisa(s): 31,32,34,35,36,39,40,50,66,67,68,70,76,77,80,82,83,85,98,105,121.

Política(o): 4, 5,6,9,10, 13,14,15,35, 52,58, 59,77,78,80, 82,84,99,
109,115,116,117,118,120,127.

Potência: 15,52,52,56,57,58,62,82,83,85,100.

Prática(s): 3,4,5,7,8,11,15,25,26,27,31,34,35,36,37,
39,53,66,76,79,80,81,82,83,84,85,87,88,89,91,95,97,98,103,104,108,109,111,
115,116,117,122,125,128.

Prazer: 25,66,70,71,89,98,100,107,108,129,127,128,137,138, 144,147,148,149.

Prevenção: 5,9,77,102,127,129,130.

Princípio de ISO: 133,145.

Procedimentos: 27,30,41,68,87,91,150.

Processo(s):
17,25,26,27,28,29,30,31,35,36,37,38,39,40,43,45,46,53,55,57,63,64,66,67,73,

77,80,84,88,91,92,93,94,98,100,102,104,105,106,107,108,109,110,111,117,118,
119,120,126,127,128,129,132,133,142,143,144,147,148,149,150

Produção: 74,77,78,79,80,84,85,89,92,117,118,119,131,134,137,144.

Produto: 78,79,92,93,94,99,117,133,145.

Profissional: 12,14,15,27,30,31,34,42,62,83,85,88,103,108,110,116,119,124,127,129,131.

Promoção: 8,118,127,129.

R

Reabilitação: 8,24,27,88,102,107,108,109,125,126,127,128,129.

Recriação: 89,107,131,132.

Recursos: 9,11,13,26,28,30,31,70,108,116,127,129.
Rede(s): 108,109,110,115,116,118,119,127,128,131,141.
Redução: 95,103,108,137.
Reduccionismo: 104.
Reforma Psiquiátrica: 10,79,82,84,93.
Regulamentação da profissão: 10,83.
Repertório: 44,95,110.
Representação: 14,37,67,141.
Ressonância(s): 61,63,69,82.
Ritmo(s): 23,28,29,43,49,63,67,68,77,83,84,91,130,131,132,134,137,140,141,144,146,
Ritornelo: 83,85.
Rizoma(tico): 81,82.

S

Samba: 42,43,47,48,49,50,91,134,136,138.
Saúde:
7,8,9,10,11,12,19,20,22,24,26,31,67,76,78,79,80,81,82,83,84,87,93,98,104,109,110,
111, 14,115,116,117,118,119,120,121,124,125,126,127,128,129,130,137.
Sensibilização: 23,31,64,67,71,129.
Sentido(s):
4,15,21,23,25,30,35,41,45,52,53,54,59,60,62,64,66,67,69,71,72,73,77,87,88,90,92,
98,105,106,107,108,109,111,117,133,138,143,144,146,147,149.
Sentir: 23,25,39,52,54,56,58,59,60,64,65,66,67,68,70,71,72,109,115.
Setting: 76,78,80,84,85,89,100,107,131,132.
Show(s); 13,92,93,94,95.
Significações: 146,147,149.
Significado(s): 31,32,99,143,144,146,147,149,150.
Significante: 80,144,146,147,148,149,150.
Simbólico: 29,134,143.
Sincronia: 144,145,147,148,149.
Singular(es): 25, 52,57,59,60,61,147.
Singularidade: 60,61,62.
Sistema Único de Saúde(SUS): 39,115,116,118,119.
Social: 4,5,10,
12,13,14,22,27,77,79,88,92,99,102,106,109,110,111,115,116,117,129,131,134,135,
145.
Sofrimento: 10,53,58,68,89,90,118,128,136,138.
Subjetividade: 42,52,59,63,64,65,66,67,68,69,72,77,80,81,104,106,111,133,137.
Sujeito
5,39,77,87,89,90,91,93,94,100,104,106,108,117,128,133,140,141,142,143,144,145,1
46,147,148,149,150.

T

Teatro: 15,19,20,24,34,35,36,41.
Técnica(s): 13,30,35,36,41,88,91,93,94,105,128,131,132,150.

Cadeira vazia musical: 35.
Canção (es):
12,14,15,27,36,42,43,44,46,47,48,77,80,81,83,84,87,89,90,91,92,94,95,98,109,111,115,
120,129,132,134,136,137,143,147,148,150.
Compartilhar musical: 35.
Compor: 66,70,71,83,92.
Composição: 31,59,60,68,70,71,90,107,120,131,132.
Diálogo musical: 35.
Duplo musical: 35.
Improvisação: 19,30,35,43,83,89,91,94,132.
Inversão musical de papéis: 35.
Psicodrama musical: 35.
Tecnologia(s): 10,22,24,28.
Tempo(s):
3,4,7,10,14,17,20,22,28,29,31,32,35,37,38,43,44,45,49,52,56,57,58,59,60,63,64,
65,66,68,69,71,73,81,83,85,89,93,97,98,99,100,103,107,108,109,110,116,126,12
7,131,133,136,137,142,143,144,145,147,148.
Teoria(s): 28,29,31,34,36,38,40,41,50,53,80,103,104,111,141,143.
Teórica(s): 3,4,8,28,31,34,35,50,80,81,84,103,104,133,141,149.
Terapia(s): 32, 34,35,36,94,100,104,105,106,109,110,124,125,131,146.
Terceira idade: 97,98,102.
Território(s): 7,10,53,65,67,84,90,94.
Transdisciplinar(es): 8,25,80,83,103,108,109.
Transdisciplinaridade: 5,78,81,84,103,108,111.
Transferencial: 148.
Transicional: 148,149.
Transformação(ões):14,15,28,43,80,104,114,117.
Transtornos: 31,39,42,88,95,103,128.

U

Unidade Básica de Saúde: 115,118.
Universalidade: 99,115,116.

V

Velhice: 97.
Vida(s): 10,15,18,27,29,37,43,44,45,48,49,52,53,54,55,56, 98,
100,102,110,111,114,120,127,129,130,134,135,136,137,138,140,141,142,143,144,
146,148,149.
Vínculo(s): 107,117,119,141.
Visibilidade: 10,12,13,24,57,61,79,93,118.
Visitas Musicais: 8,110.
Voz(es): 23,29,46,67,76,79,82,83,84,89,94,137,141,143,144,145,146,147,148,149,150.