

# O MUSICOTERAPEUTA E SUA FORMAÇÃO

## DE UMA SÓLIDA EDUCAÇÃO À MUSICALIDADE CLÍNICA E, DA MUSICALIDADE CLÍNICA, À IDENTIDADE DE UM MUSICOTERAPEUTA E DE UM SUJEITO

MT ANDRÉ BRANDALISE - RS (1)

Em um primeiro momento decidi que queria ser musicoterapeuta. Decisão significativa na minha vida. Em um segundo momento decidi “como” queria ser musicoterapeuta. Outra decisão importante na minha vida. A construção do profissional faz parte da construção do “sujeito”. Minha escolha profissional e o profissional que busquei “SER” foram fundamentais na construção do “sujeito” que “SOU”. Foram fundamentais na construção da minha identidade.

Através do processo de educação profissional, ao qual me submeti, as dúvidas começavam a nascer. Como seria SER musicoterapeuta (aquele que eu buscava poder ser)? Via-me a cada dia, imerso em meu processo, mais e mais fecundado e instigado pela construção desta obra. A obra de uma “identidade”.

Num determinado momento...o título de “musicoterapeuta”. Acompanhando a felicidade advinda da conquista de alguns sonhos (de ser musicoterapeuta e de poder exercer a musicoterapia) a ansiedade advinda da certeza de que a construção é infinita. E mais...a enorme sensação de ainda não estar, apesar do título recebido através de uma educação coerente, sensível e acolhedora que recebi, apalpando uma identidade.

DÚVIDAS. INCERTEZAS. PROCURA...

...ENCONTRO...

...finalmente: a chamada “MUSICALIDADE CLÍNICA”. Era isso. Era exatamente isso o que buscava conhecer. Um perfil profissional que conectava liberdade criativa, espontaneidade, intuição, musicalidade, responsabilidade clínica (o comprometimento) e intenção. Este perfil nascia, em mim, dentro de um contexto educacional, com o qual sempre busquei

me integrar, que conectava muitas horas de supervisão. Supervisão esta cuja filosofia básica era a focalização às "intenções clínico-musicais". Passava a ter internalizado a importância de se pensar profundamente sobre cada ação terapêutica uma vez que se objetiva, com cada ação, a intervenção clínica. Uma "razão clínica" para o uso de algum instrumento, uma "razão clínica" para o uso do blues, uma "razão clínica" para o uso do jazz, para o tonalismo ao invés do atonalismo, para o "forte", para o "piano" etc.

Diria que o surgimento deste perfil, apesar de nomeado pela história do "approach" clínico Nordoff-Robbins, é um dos grandes resultados da reunião do ano de 1982, realizada em Nova York, com autoridades da área. A proposta deste encontro, entre renomados profissionais, era a discussão sobre o passado e o presente com vistas ao futuro da musicoterapia no mundo. A conclusão: era preciso "escavação". Ao ver da musicoterapeuta americana

Helen Bonny a busca e o encontro dos tesouros da profissão deveriam se dar no "quintal da própria casa". A musicoterapia possuía, oficialmente para o mundo, algo que era único. Que só pertencia a si. E que precisava, mais do que nunca, ser explorado. Atenções voltavam-se às educações dos futuros "arqueólogos" da musicoterapia.

Sou um dos profissionais que representa a terceira geração de musicoterapeutas no mundo. E que recebeu e aceitou uma "missão": ser um destes arqueólogos na busca cooperativa pelos "tesouros musicoterápicos".

Minhas "escavações" vêm focalizando determinados terrenos. Entre eles, a ampliação das "lentes" do musicoterapeuta clínico. Ampliação do entendimento sobre o uso clínico dos sons. A "intenção clínica" como citei anteriormente. Proponho, então, a discussão sobre duas estratégias terapêuticas: a detecção, no processo clínico, do que denomino "fragmento de tema clínico" e a detecção do que a teoria Nordoff-Robbins chama de "tema clínico". Considero "fragmento de tema clínico" todo e qualquer material sonoro, que mobilize o paciente, e que preceda uma organização mais formal (ex.1.: um intervalo melódico de terça menor antes de ser colocado em uma frase musical, em um contexto musical; ex.2: o som de uma sirene; ex.3: um arrastar de cadeira). Entendo o "tema clínico" como sendo determinado contexto musical (geralmente uma ou duas frases musicais) com o qual o paciente interaja de forma bastante particular. Diferentemente da Nordoff-Robbins entendo a detecção do tema clínico como sendo a detecção simultânea do que chamarei de "área de incisão clínico-musical" bem como detecção do "bisturi sonoro", ou seja, uma vez que o tema clínico tenha sido lido pelas lentes do musicoterapeuta o mesmo terá o instrumento (bisturi sonoro) para, então, realizar inserção clínico-musical em áreas mais aprofundadas da Identidade Sonora do indivíduo com o qual trabalha.

Detectar uma “área de incisão sonora” (identificando o tema clínico) implica em um alcance com maior precisão a uma determinada área da Identidade Sonora de um indivíduo. A que o mesmo permitiu à música da relação alcançar no seu “aqui e agora” do processo.

Escavações...

Vejo o musicoterapeuta clínico brasileiro como um profissional cada vez mais inquieto. Vejo um profissional que busca cada vez mais estar instrumentalizado, estar cada vez mais capacitado para o auxílio às diferentes demandas. Que busca estar cada vez mais educado e está cada vez mais preciso. Mesmo que ainda recheados de dúvidas...acreditamos e vivemos nossas profundas buscas aos “tesouros musicoterápicos”. Encaramos de frente a missão da arqueologia ligada à musicoterapia. E já sabemos que a profissão que escolhemos exercer tem identidade e nela, também podemos “SER”. Era isso que buscava enquanto aprendiz de musicoterapeuta e que hoje, como profissional, considero um dos grandes nutrientes da minha paixão pelo que sou: SOU MUSICOTERAPEUTA.

## MUSICALIDADE CLÍNICA

**Lia Rejane Mendes Barcellos - RJ (2)**

Quando me foi dado o tema desta palestra decidi partir da palavra “musicalidade” para então refletir sobre a sua função específica na clínica musicoterápica.

Segundo o *Webster's Seventh New Collegiate Dictionary* “musicalidade é a qualidade ou estado do ser musical. A sensibilidade à, o conhecimento de, ou o talento para música” (1967, p. 558).

Consultei alguns livros de Psicologia da Música e nestes existem muitos capítulos sobre o que é ser musical e quais as capacidades que devem ser consideradas. Também estes dão conta que o talento ou habilidades musicais são estudados tanto no que se refere à percepção musical (recepção) quanto às possibilidades de execução musical (produção). Com relação à percepção musical muitos são os estudos que apontam para este assunto mostrando os diferentes pontos de vista através dos quais este deve ser estudado. Dentre estes estão: as bases fisiológicas e neurológicas; a lateralização hemisférica; os estudos acústicos e psicofísicos dos mecanismos da percepção e da audição; os aspectos psicológicos e cognitivos; as análises psicométricas da habilidade musical e seu desenvolvimento; a investigação social e psicológica da estética e dos aspectos afetivos da audição musical e a análise do comportamento de quem aprende música. Existem ainda pesquisas aplicadas ao campo da terapia, educação e indústria, dentre outros. (Hargreaves, 1986, p. 3).

Esta lista exaustiva teve um único objetivo: mostrar que se trata de um campo

(2) - Mestre em Musicologia. Musicoterapeuta Clínica. Professora de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro. Professora convidada da Universidade Católica do Salvador (BA) e da Universidade Federal de Pelotas (RS). Membro do Secretariado da União Brasileira de Associações de Musicoterapia e do Conselho Diretor da Federação Mundial de Musicoterapia. Presidente da Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia. Em formação no Método Bonny de Imagens Guiadas e Música nos Estados Unidos.

absolutamente complexo do qual vamos já nos afastar porque não é o objetivo desta palestra e nem eu teria competência para dar conta de todas essas questões.

Existe uma grande discussão se a musicalidade é inata. Clive e Carol Robbins, musicoterapeutas americanos, num artigo publicado no livro *Case Studies in Music Therapy*, referindo-se a crianças com problemas, afirmam que “a musicalidade (e aqui aparece a palavra pela primeira vez) é inata em cada criança, independente de suas dificuldades e problemas, e reflete uma sensibilidade universal para a música e seus vários elementos” (In Bruscia, 1991, p. 57).

Ora, se para Clive e Carol Robbins existe uma musicalidade que é inata nas crianças com as quais trabalham, muitas das quais altamente prejudicadas, pode-se pensar que todos nós nascemos com essa musicalidade em algum grau e que esta será desenvolvida ou não, ou acredito, até sufocada, dependendo de vários aspectos como o meio e as possibilidades de cada um de desenvolvê-la.

Mas, eu gostaria de começar pensando sobre quais são as capacidades musicais mais consideradas. Dentre estas estão a capacidade de apreender os atributos do som, isto é:

- a altura
- a intensidade
- o timbre e
- o andamento. (Seashore, 1938, p.2)

Deve-se dizer, inicialmente, que existem pessoas que têm maior aptidão para perceber um determinado parâmetro; ou para responder ou ler um determinado aspecto da música. No entanto, estas quatro formas de capacidade apontadas anteriormente se interrelacionam.

Mas, devo começar a pensar na musicalidade clínica, que é o que mais nos interessa. Tentei encontrar o termo nos livros de musicoterapia que se dedicam a estudar o *Approach* Nordoff-Robbins, donde me parecia ser originário, mas nada encontrei. De onde então surgira o termo? Quem o define?

Ainda mais: qual a diferença entre a musicalidade e musicalidade clínica? Existe algum aspecto específico para caracterizar a musicalidade na prática clínica musicoterápica?

A questão não me parece mudar, isto é, a musicalidade seria a mesma. Ou seja, as qualidades musicais do musicoterapeuta devem ser as mesmas que o músico tem. Então o que muda?

Para isto é preciso pensar que a função da música em musicoterapia é outra, ou seja, em outras atividades que utilizam música esta é, em geral, utilizada como um fim. Assim, a musicalidade aqui estaria a serviço de questões como transmitir a música da melhor maneira possível – no caso do executante –, ou de desenvolver as capacidades musicais do outro – no caso do professor de música –, ou, ainda, outros objetivos, nas transgressões que faz a música, segundo Said, quando viaja por outros domínios como o da religião, da família, da escola, das relações de classe e mesmo das mais amplas questões públicas. (1992).

Em musicoterapia a música é um meio através do qual se pretende dar possibilidades para que uma outra pessoa se desenvolva, não especificamente na área musical, mas como um todo. Assim, a musicalidade aqui estaria a serviço do outro; seria utilizada em relação ao outro que é o nosso paciente ou o nosso grupo.

Assim, é fundamental que aquele que se utiliza da música tenha sempre presente que ela pode exercer várias funções e que reflita sobre a função com a qual está lidando para que tenha melhores resultados. Se pensarmos dessa forma, vamos logo chegar à conclusão que em musicoterapia tocar bem é importante mas não é **o mais importante**. Muitos outros aspectos são relevantes e às vezes se tornam mais importantes do que tocar bem, dependendo da situação.

A partir daqui eu gostaria de apontar alguns aspectos da musicalidade que merecem ser considerados na articulação com a prática clínica musicoterápica – ou o que considero a musicalidade clínica – e de trazer alguns exemplos clínicos, já que eu aponto a prática clínica como ponto de partida para discussões. O meu objetivo com estes exemplos é ilustrar o que quero discutir.

Inicialmente eu dividiria a questão da musicalidade clínica em dois grandes pontos:

1 - a “escuta musical clínica” e

2 - a “execução musical clínica”.

E aqui estou falando dos processos de **produção** e de **recepção musical**. Assim, pode-se agora ver a complexidade da musicalidade clínica que deve considerar não só os aspectos que dizem respeito à escuta da produção do paciente mas, também, às

possibilidades de produção do musicoterapeuta. O que vale dizer: a interrelação da produção e escuta musical clínica entre paciente e terapeuta.

Mas, voltemos aos nossos pontos salientando que o que deve ser denominada musicalidade clínica é a musicalidade do musicoterapeuta, evidentemente.

### **Musicalidade Clínica e seus Desdobramentos.**

- Escuta Musical Clínica
- Execução Musical Clínica
  - Mobilização (Estímulo)
  - Interação Musical Clínica
  - Intervenção Musical Clínica

É evidente que estes aspectos estão relacionados pois a escuta musical clínica vai, geralmente, ser seguida por uma execução musical clínica ou, relação mais complexa ainda, o musicoterapeuta vai executar algo ao mesmo tempo, interagindo com o paciente – o que estou denominando “interação musical clínica”. E, se considero a interação musical clínica como um aspecto da musicalidade clínica, não posso deixar de pensar nas “intervenções musicais clínicas” como também fazendo parte da musicalidade clínica.

Ainda há que se levar em conta a execução que visa à mobilização do paciente. Assim, vou considerar aqui somente algumas questões, exclusivamente por falta de tempo e porque já escrevi sobre as interações e intervenções em musicoterapia, embora não contemplando o aspecto que aqui está sendo estudado: a musicalidade clínica. Este poderá ser assunto para um próximo trabalho a ser desenvolvido.

Cada aspecto apontará o processo de escuta musical clínica (ou percepção musical clínica) e o de execução musical clínica correspondente, com relação ao musicoterapeuta. Cabe ressaltar que várias formas de resposta serão possíveis mas aqui só estão sendo levadas em consideração aquelas que se relacionem diretamente com o aspecto levantado. Assim, quando um paciente canta, pode-se acompanhá-lo com um ritmo adequado e não seria necessário que se tivesse a capacidade de acompanhá-lo no mesmo tom. No entanto, como cabe aqui discutir a musicalidade e também existe a possibilidade de que seja feito um acompanhamento harmônico, estamos considerando somente a resposta que corresponde à produção.

Recepção (escuta da produção do paciente)	Produção (execução em resposta à produção do paciente)
1 – perceber a <b>etapa sonora de desenvolvimento</b> em que se encontra o paciente	1 – utilizar-se de aspectos musicais que sejam adequados à etapa sonora na qual se encontra o paciente
2 - perceber a <b>altura</b> da produção do paciente (quando este canta ou toca);	2 – responder adequadamente de forma melódica, e/ou harmônica
3 - perceber as <b>mudanças de altura</b> que o paciente faz quando executa uma produção várias vezes (mudanças de tom)	3 - transpor adequadamente o acompanhamento
4 – perceber o <b>ritmo</b> da produção do paciente	4 – responder ritmicamente de forma adequada ao ritmo executado pelo paciente
5 – perceber as <b>mudanças rítmicas</b> ou de <b>compasso</b> da produção do paciente	5 - responder de forma adequada às mudanças rítmicas ou de compasso da produção do paciente
6 – perceber o <b>compasso</b> da produção do paciente	6 – responder adequadamente ao compasso da produção do paciente
7 – perceber as <b>mudanças de compasso</b> da produção do paciente	7 – responder adequadamente às mudanças de compasso da produção do paciente
8 – perceber o <b>andamento</b> da produção do paciente	8 – responder adequadamente a esse andamento
9 – perceber as <b>mudanças de andamento</b> da produção do paciente	9 – responder adequadamente às mudanças de andamento da produção do paciente
10 – perceber as <b>harmonias</b> da produção do paciente	10 – responder adequadamente às harmonias executadas pelo paciente
11 – perceber as <b>mudanças harmônicas</b> da produção do paciente	11 – responder adequadamente às mudanças harmônicas executadas pelo paciente



É absolutamente imperativo dizer-se que responder significa aqui executar algo que o musicoterapeuta julgue adequado e isto não significa imitar, mas sim, também complementar ou ainda se opor àquilo que o paciente produz desde que o musicoterapeuta considere necessário, ou seja, tendo objetivos claros para explicar esta oposição. Mas, até para se opor à produção do paciente o musicoterapeuta precisa ter condições de perceber essa produção.

Ainda faria parte da musicalidade clínica o musicoterapeuta ter a capacidade de grafar musicalmente, seja através de grafia convencional ou de grafias que venham a ser criadas, para registrar a produção musical do paciente, quando necessário.

É possível que muitos aspectos ainda devessem ser aqui considerados como fazendo parte da musicalidade clínica. No entanto, poderão ser objeto de trabalhos posteriores.

A partir daqui vou me valer de exemplos clínicos para ilustrar alguns pontos que foram levantados acima. É importante ressaltar que estes exemplos tanto vão apresentar erros como acertos meus e que lançarei mão de um exemplo de outro musicoterapeuta, por ter sido amplamente divulgado na mídia.

1 – perceber a **etapa sonora de desenvolvimento** na qual o paciente está e utilizar-se de recursos musicais que se adequem a estas etapas, isto é, que não estejam acima da etapa sonora do paciente.

E aqui tenho dois exemplos:

O primeiro mostra, claramente, que fiz uma improvisação melódica acima da etapa sonora do paciente, já que o meu objetivo era que o paciente cantasse comigo porque ele trouxera a palavra que utilizei para fazer a improvisação.

Tratava-se de um paciente de 7 anos, A.R.(3) , Paralisado Cerebral, com Distúrbio de Conduta, com enurese e encoprese, apresentando muita agressividade e hiperativo. Além disto, que já mostraria que o paciente estava numa etapa de desenvolvimento não compatível com a sua idade cronológica, o paciente apresentava um problema de fala: tinha uma ecolalia e não havia adquirido o R brando. Pode-se perceber aqui que o paciente certamente tinha um grande atraso global do desenvolvimento.

Assim, na sessão de número 81, aproveitei uma palavra trazida pelo paciente – **Plaquê** – que me parecia significar a marca de biscoitos Piraquê, e improvisei uma melodia

(3) - O desenvolvimento do processo musicoterápico de A. R. foi apresentado na monografia elaborada como conclusão do Curso de Musicoterapia. Barcellos, Lia Rejane Mendes. *A Musicoterapia no Distúrbio de Conduta do Paralisado Cerebral*. Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 1975.

que tem 3<sup>as</sup>, 4<sup>as</sup> e 5<sup>as</sup>, como se pode ouvir na fita de áudio e pode-se ver no exemplo grafado musicalmente:

Musical notation for the first example, showing a melody in 2/4 time. The melody consists of a sequence of eighth notes: G4, A4, B4, C5, B4, A4, G4, F4, E4, D4. There are four groups of notes, each with a 'v' (breath mark) below it. The lyrics are: Pi - ra - quê, Pi - ra - quê, Pi - ra - quê, Pi - ra - quê!

Imediatamente após a minha improvisação o paciente começa a repetir o que eu fiz mas faz só intervalos de 3<sup>as</sup> que eram provavelmente os únicos que era capaz de cantar pois estes são intervalos de fácil emissão.

Musical notation for the second example, showing a melody in 2/4 time. The melody consists of a sequence of eighth notes: G4, A4, B4, C5, B4, A4, G4, F4, E4, D4. There are four groups of notes, each with a 'v' (breath mark) below it. The lyrics are: Pi - a - quê, Pi - a - quê, Pi - a - quê, Pi - a - quê!

Deve-se ressaltar que é muito importante que o musicoterapeuta tenha conhecimento das etapas sonoras de desenvolvimento e que tente entender em que etapa está aquele paciente para não improvisar acima das suas possibilidades (do paciente).

Como outro exemplo tenho o caso de uma menina portadora de uma síndrome neurológica grave, que chamarei de Carmen (3) (ela e o irmão eram portadores da mesma síndrome). Tratava-se de uma menina de quatro anos, com comprometimento motor (não tinha adquirido a marcha), não tinha adquirido a fala, tinha estereotípias e era portadora de uma ambliopia (4) grave.

Numa determinada sessão com esta paciente, acompanhada por um estagiário no violão, eu tentava que a paciente vocalizasse comigo, dentro de suas possibilidades, o

(3) - O processo musicoterápico de Carmen não está publicado.

(4) - Ambliopia - perturbação da visão.

“Atirei o Pau no Gato”(5). Foi quando percebi que o estagiário fazia harmonias bastante complexas resultando em grandes dissonâncias inclusive na interação com a voz. Esta situação foi de extrema importância pois nos fez refletir sobre as harmonias que utilizamos com os pacientes quando temos por objetivo que eles conosco interajam. Abaixo apresento as harmonias feitas pelo estagiário:

Ati - rei      o pau no ga - to - to  
 C6/9 G<sup>7</sup> (13)                      C6/9      A7

Mas o ga - to - to      não morreu - reu - reu  
 Dm7 Fm6/ Ab                      C6/9              C7 (b9)

Dona Chi - ca -ca      admirou — se — se  
 F6              F#<sup>o</sup>              C6/9      Bb7      A7

Do berro, do berro      que o gato deu,      miau!  
 D7(9)      Fm6/Ab              G7      C6/9      C6/9 (b5) !

É necessário dizer-se que quando pretendemos mobilizar um paciente não me pareceria necessário ter-se essa preocupação. A questão das harmonias complexas foi objeto de discussão entre mim e Clive Robbins, já que as harmonias utilizadas nessa abordagem são extremamente complexas.

2 - perceber a **altura** da produção do paciente e responder adequadamente.

Existe um vídeo inglês sobre musicoterapia que tem a narração de Paul Mc Cartney, que é amplamente veiculado pela mídia, que apresenta vários musicoterapeutas trabalhando. Num dos segmentos desse vídeo, enquanto a musicoterapeuta vai buscar alguns pacientes, um que já está sentado começa a cantar Summertime(6) em Mi m. Então, uma outra pessoa presente à sessão, que parece ser uma estagiária, começa a acompanhar o paciente num violino, fazendo a mesma melodia em Lá menor. Então, por alguns compassos o paciente segue cantando a música, sendo acompanhado pela

(5) - “Atirei o Pau no Gato” – cantiga de roda do folclore brasileiro.

(6) - “Summertime” faz parte da ópera folclórica americana *Porgy and Bess*, de George Gershwin. (Dicionário Grove, 1994, p. 364).

suposta estagiária uma 4ª acima. Assim, temos um resultado de duas melodias superpostas por 4<sup>as</sup> e que não são concomitantes o que dá um efeito não muito agradável. Não me parece que esta resposta da estagiária seja intencional na medida em que no momento em que a musicoterapeuta chega, pega o violão, entra no tom da estagiária e imediatamente faz uma modulação para o tom do paciente, o que mostra a intenção de acompanhar o paciente no seu tom e uma incrível musicalidade clínica.

3 – perceber as **mudanças de altura** que o paciente faz quando executa ou canta uma música várias vezes, seja esta música conhecida ou improvisação/composição.

Neste exemplo clínico, aqui apresentado em fita de áudio pode-se perceber que a paciente Dora(7) toca inicialmente "Samba em Prelúdio"(8) em Mi m e logo depois recomeça a tocar em Ré m. Esta paciente tocava várias músicas em diferentes tons fazendo com que a musicoterapeuta tivesse que estar sempre transpondo o acompanhamento (a harmonia), quando interagindo com ela no piano. Mas, também quando pacientes que não têm formação musical prévia cantam várias vezes uma mesma música, podem fazê-lo em diferentes tons, fazendo com que o musicoterapeuta se adeque a isto, transpondo, quando estiver tocando instrumento melódico ou harmônico.

4 – perceber o **ritmo e/ou o compasso** da produção do paciente.

Neste item me permito abrir uma outra discussão que advém de uma situação da minha prática clínica, que é a questão da estereotipia. Uma estereotipia é uma repetição rítmica de um gesto ou de uma produção vocal e é uma situação que causa muita ansiedade ao musicoterapeuta, principalmente porque este não sabe bem como lidar com a situação.

Logo que terminei o curso de musicoterapia me deparei com situações altamente complexas no que tange ao lidar com a estereotipia. Utilizei-me então de algumas estratégias. Dentre estas estava inicialmente a única que aprendera no curso: entre no ritmo da estereotipia do paciente, executando algum instrumento e, pouco a pouco, vá modificando o andamento desse ritmo. Fiz isto algumas vezes mas, nem sempre, ou quase nunca, deu resultado. Ou os pacientes ignoravam a mudança do andamento ou desdobravam o ritmo da mudança o que me fazia tocar num andamento enlouquecidamente rápido enquanto o paciente, às vezes até rindo, lentamente se

(7) - O desenvolvimento do processo musicoterápico de Dora foi escrito em 1981 e está apresentado com o título *A Musicoterapia no Tratamento da Amusia de uma Paciente com Formação Musical Anterior* em: Barcellos, Lia Rejane Mendes, Caderno nº 2, Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

(8) - "Samba em Prelúdio" - Samba-canção de Baden Powell e Vinícius de Moraes.

embarava no ritmo que lhe dava o apoio necessário para continuar em seu movimento. E aqui é preciso dizer que me refiro ao paciente J(9) ., que à época tinha 6 anos, era cego e tinha um comportamento autista!

Assim decidi tentar outras estratégias. Para certificar-me daquilo que pensava, utilizei inicialmente uma música do período barroco o que imediatamente confirmou a minha hipótese: estas davam a regularidade rítmica necessária para que o paciente mantivesse o ritmo da estereotipia. Assim, parti para duas outras possibilidades: a utilização de uma composição do período romântico com todas as liberdades de dinâmica e agógica – que faziam com que se tornasse absolutamente difícil o paciente manter o ritmo –, e outra, que foi a que melhor resultado deu: entrar com o ritmo mais irregular possível. E aqui tive o efeito desejado: sem o tapete rítmico necessário para dar o reforço e, mais do que isto, com um ritmo absolutamente imprevisível e irregular, o paciente não se sustentou na sua repetição rítmica. Não teve o apoio necessário e teve a reação mais inesperada possível: rodou várias vezes e acabou caindo ou se jogando no chão e morrendo de rir. É interessante dizer-se que eu aqui ainda me refiro ao paciente J. (cego e com aquisição de um comportamento autista!).

Mas, aqui ainda cabe uma observação sobre a estereotipia de J.. Embora cego, J. conseguia se balançar de um pé para o outro, fazendo uma rotação de tronco de um lado para o outro, estereotipia esta que era identificada como “uma dança” como disse o professor de música da escola que J. freqüentava. Para este professor, J. “gostava muito de dançar” e ele sempre tocava para que J. dançasse. Ou seja, a estereotipia era reforçada pelo próprio professor da escola por desconhecimento do que era aquela movimentação.

Mas, ainda falando-se sobre a estereotipia de J.: para utilizar-se a primeira estratégia, ou seja, entrar-se no seu ritmo e mudar o andamento seria fundamental identificar-se o compasso no qual a movimentação estava sendo feita. Com um movimento binário (o apoio em cada pé), J. realizava uma rotação que tinha uma divisão ternária, o que caracterizava claramente um compasso binário composto.

Ou seja, dois tempos (o apoio em cada pé) subdivididos em três partes cada um (a rotação que o corpo fazia quando ia de um apoio para o outro).

8 e 9 – perceber o **andamento** da produção do paciente e responder adequadamente a esse andamento ou **às mudanças** do mesmo.

Em um vídeo em que apresento uma sessão do paciente Sebastian(10), vê-se claramente o paciente começar a improvisar num andamento que é por mim seguido.

(9) - O desenvolvimento do caso J. não está publicado.

(10) - O caso Sebastian, intitulado: *Musicoterapia: Abordagem Fundamental no Tratamento do Deficiente Auditivo*, está relatado em Barcellos, Lia Rejane Mendes, Caderno nº 3, Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

Logo depois o paciente acelera o andamento e se percebe que não respondo imediatamente a essa mudança. Aqui é importante se observar que trata-se de um paciente com uma deficiência auditiva grave. No entanto, vendo-se o vídeo, parece que a portadora de deficiência auditiva sou eu!

E aqui, só para tornar ainda mais complexa nossa reflexão sobre o tema eu levanto a hipótese de uma “prioridade de escuta” já que não parece ser uma questão de falta de musicalidade ou de falta de percepção pois trata-se de uma mudança extremamente simples de ser acompanhada. Com “prioridade de escuta” quero significar que o musicoterapeuta deve ter uma escuta muito ampla. Assim, além dos aspectos musicais devem ser “escutados” os aspectos corporais, verbais – quando acontecerem –, enfim, todos os “movimentos” do paciente dentro da sala devem ser objeto de escuta por parte do musicoterapeuta. Parece-me que no caso, a escuta estava voltada para outra área. Ou, a atenção estava colocada em outro aspecto que eu não saberia agora, explicar qual era.

Mas, depois de se ouvir falar de tantos atributos necessários, com relação à música, para que sejamos musicoterapeutas, ficaria uma pergunta no ar: e quem não tem toda essa musicalidade como ficaria? Aqui seria importante lembrar o que foi dito anteriormente sobre o fato de que a musicalidade existe em pessoas diferentes, em graus diferentes. E, também se deve ressaltar que, muitas vezes, as pessoas mais musicais não seriam, necessariamente, os melhores musicoterapeutas. Isto se deve ao fato de que para aqueles, com toda a musicalidade, seria difícil muitas vezes, aceitar um paciente que desafina, ou que tem um ritmo irregular. Assim, o que devemos fazer é desenvolver ao máximo a nossa musicalidade sem esquecer-nos, no entanto, que em musicoterapia a música é um meio e não um fim. Ou seja, ela é utilizada visando fins terapêuticos; ela está a serviço de alguém. Portanto, não devemos entrar em ansiedade mas, sim, devemos procurar nos desenvolver musicalmente tanto quanto devemos nos desenvolver enquanto pessoas. Em musicoterapia música e relação humana têm o mesmo peso. Não adianta o musicoterapeuta ser extremamente musical se não tiver condições pessoais para ser um terapeuta. E eu concluiria dizendo que também faz parte da “musicalidade clínica” o musicoterapeuta saber contornar musicalmente as questões que fazem parte de um *setting* terapêutico, ou seja, se eu não tenho condições de memorizar letras de músicas, trabalho com improvisação; se não consigo improvisar facilmente, me utilizo da re-criação musical e assim por diante.

Assim, são muitos os atributos necessários para que uma pessoa seja musicoterapeuta. Dentre eles destacam-se: a formação específica; o desenvolvimento pessoal e a formação musical, compreendendo aqui o desenvolvimento da musicalidade, no caso, direcionada para a prática clínica musicoterápica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIGEN, Kenneth. *Paths of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers. 1998.

BRUSCIA, Kenneth. (Ed.) *Case Studies in Music Therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers. 1991.

HARGREAVES, David. *The Developmental Psychology of Music*. Cambridge: Cambridge University Press. 1986.

NORDOFF, Paul and ROBBINS, Clive. *Creative Music Therapy*. New York: The John Day Company. 1977.

\_\_\_\_\_. *Music Therapy in Special Education*. St. Louis: Magnamusic Baton, Inc.. 1971.

SAID, Edward. *Elaborações Musicais*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1992.

SEASHORE, Carl E. *Psychology of Music*. New York: Dover Publications, 1938.

### Dicionários e Enciclopédias

Webster's Seventh New Collegiate Dictionary. Springfield: G. & C. Merriam Company, Publishers. 1967.

Dicionário GROVE de Música. Edição Concisa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1994.

Dicionário Médico Ilustrado Blakiston. São Paulo: Organização Andrei Editora. s/d.

## MESA REDONDA

# O MUSICOTERAPEUTA: ALÉM DA PRÁTICA CLÍNICA

**MT Cláudia Lelis - SP**

Inicialmente gostaria de dizer da minha alegria de retornar a Curitiba depois de quase 12 anos de formatura e rever minhas colegas de turma e de participar juntas de mais um evento.

Quero dar os parabéns ao pessoal da Associação de Musicoterapia do Paraná pela organização deste Fórum e agradecer pelo convite que foi-me feito.

Para falar deste tema, tentei rever meu caminho profissional e observar como tem se desenvolvido a musicoterapia no Brasil.

Vejo a atividade de professor uma função do musicoterapeuta além da sua prática clínica. Encontramos musicoterapeutas professores, nos cursos de graduação e/ou pós graduação de musicoterapia. Encontramos também musicoterapeutas professores em outros cursos onde a disciplina de musicoterapia está presente, tais como: fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional. A função de um musicoterapeuta professor não é simplesmente de informar os alunos sobre a teoria ou sobre a prática da nossa profissão. O professor deve também ser uma ponte de comunicação entre estes dois saberes, deve ser um musicoterapeuta ativo que vivencia a prática clínica, que vivencia a música, para que a teoria e as técnicas musicoterapeúticas não sejam vazias, desconectadas da realidade clínica.

Vejo assim também o musicoterapeuta que ocupa um cargo de supervisor, nestes mesmos cursos ou dando supervisão em seu consultório particular. A atividade de musicoterapeutas supervisores deve derivar de sua experiência profissional.

Uma outra atividade seria de pesquisador. Encontramos musicoterapeutas pesquisadores que estão dando continuidade à sua formação, pesquisando temas importantes que tem contribuído para o desenvolvimento da nossa profissão. Pesquisas que contribuem em termos da definição teórica, ampliando o nosso campo de atuação. Tais como: Lateralização das funções musicais, tempo psicológico (emocional) durante a audição de músicas, musicoterapia e autismo, identidade sonora, musicoterapia e semiótica, desenvolvimento sonoro-musical de um indivíduo normal – na infância e



adolescência, etc.

Vejo também uma função de cada musicoterapeuta ser um divulgador, um agente semeador para que nossa profissão possa crescer, ser conhecida e reconhecida por todos os benefícios e contribuições que tem dado à sociedade. Como discutimos em uma reunião da UBAM = União Brasileira das Associações de Musicoterapia no Rio: Precisamos “mostrar a nossa cara”, o musicoterapeuta precisa ocupar seus espaços participando das Associações, de Fóruns como este, de congressos, dando palestras, apresentando seus trabalhos, discutindo nossos erros e acertos.

Uma outra função que podemos desempenhar é do musicoterapeuta escritor, que está inserido neste trabalho de divulgação. Podemos escrever sobre os trabalhos de pesquisa ou sobre nossa prática clínica. Temos a revista Brasileira de Musicoterapia com publicação semestral, mas podemos também viabilizar pequenas publicações destes encontros.

Li uma frase do escritor argentino Jorge Luis Borges, que me tocou: “Ouso publicar para não me corrigir eternamente”. Precisamos ousar também se quisermos contribuir para o crescimento da musicoterapia.

Um trabalho que tenho desenvolvido além da prática clínica é fazer workshops em Empresas, com objetivo de clarear e organizar as relações de trabalho de uma determinado grupo. Chamo este trabalho de “intervenção musicoterápica” por ser um processo breve e com objetivos previamente estabelecidos com cada grupo.

Para finalizar gostaria de dizer que, como musicoterapeutas atuantes, na área clínica ou como professoras, pesquisadores, supervisores, escritores, não podemos perder de vista o objetivo principal, que é o amor pelo ser humano. Que o nosso trabalho possa contribuir para que nós e todas as pessoas que nos procuram e que em nós confiam, ousar possam ouvir o seu próprio canto e com isto se sentirem mais vivas !!!

Obrigada.

## MESA REDONDA

# O MUSICOTERAPEUTA: ALÉM DA PRÁTICA CLÍNICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
HOSPITAL DE CLÍNICAS  
SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO  
SEÇÃO DE MUSICOTERAPIA

**MT ANGELA MARIA NOGAROLLI GOMES.**  
**MT RUMI OSATO SATO.**

Considerando a prática clínica como o atendimento individual ou grupal, incluindo o plano de atendimento do paciente onde, observa-se o processo terapêutico; pretende-se à seguir, apresentar o que os musicoterapeutas no Hospital de Clínicas e no Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto realizam, além desta prática clínica.

### **\* PROJETO MÚSICA NO H.C.:**

→ Platão recomendava o emprego da música para a saúde da mente, do corpo e para vencer as angústias fóbicas.

→ A música é um dos elementos mais recomendados para tornar o ambiente agradável, buscando-se o conforto e bem estar do homem.

→ Estudos comprovam, que a música pode provocar modificações (emocionais, fisiológicas e motoras), nas pessoas que a escutam.

Com este projeto, oportuniza-se o contato com a música ao vivo mas, o ponto a se evidenciar é, que o ouvinte torne-se um participante.

Tem como objetivo a utilização da música como elemento de conservação da saúde, alegria e conforto dos pacientes, bem como, proporcionar momento de lazer e cultura para os pacientes, funcionários e visitantes.

Os profissionais envolvidos neste projeto são: Musicoterapeutas, Assessoria de Comunicação, Voluntários, Associação dos Amigos do H.C.

Diferentes grupos (coral, conjunto instrumentais, duetos, etc.) são convidados, sendo programados quinzenalmente com dia e horários pré-determinados, considerando-se diferentes clínicas, turnos e, tendo como local de apresentações o hall dos internamentos (prédio central), ambulatórios e eventualmente enfermarias e pracinha do H.C.

Com a realização deste projeto, observa-se a boa receptividade dos pacientes e funcionários; a modificação da rotina diária e também do comportamento, frente ao estímulo musical onde muitas vezes acompanham a pulsação ou o ritmo da música e cantam junto com o grupo.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA  
HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NOSSA SENHORA DA LUZ E DOM ALBERTO  
SETOR DE MUSICOTERAPIA

**MT. DIRLENE BRISOLA VIEIRA.**

**MT. HELEN PATITUCCI G. GHEUR.**

**MT. JOANA D'ARC DO CARMO.**

**MT. RUMI OSATO SATO.**

**MT. VILSO JOSÉ DA SILVA AMORA.**

**\* PROJETO BAILE SOCIAL:**

Pesquisas históricas e antropológicas revelam, não só as múltiplas funções que a dança desempenha na vida do homem, mas também, seu poder e sua influência social.

A necessidade de mover-se, é própria do ser humano e, quanto mais seja auxiliada a expressar-se, mais benefícios obterá para o resto de suas atividades.

Durante um baile, existe a possibilidade de uma maior vivência corporal além de, promover a integração social, proporcionando assim, uma melhor percepção do outro e de si mesmo.

Tem como objetivo: promover a sociabilização entre os participantes (pacientes internados) e estimular o movimento corporal.

Os profissionais que fazem parte deste projeto são os musicoterapeutas e demais profissionais da equipe multiprofissional (equipe de enfermagem, serviço social, psicologia e terapia ocupacional).

Este projeto é realizado semanalmente às sextas-feiras no período vespertino, com aproximadamente duas horas de duração.

Inicialmente o baile acontecia mensalmente mas, há dois anos, após avaliação da equipe multiprofissional, concluiu-se que, o baile por apresentar resultados positivos quanto à estimulação global e sociabilização dos pacientes, deveria ser efetuado semanalmente, aproximando-se também à realidade social.

Com a realização deste projeto, observa-se a possibilidade de sociabilização; a boa receptividade dos pacientes e profissionais; o desenvolvimento da orientação temporal e a possibilidade dos profissionais observarem o comportamento dos pacientes frente às outras pessoas, inclusive de diferente sexo.

**\* EVENTOS NA COMUNIDADE:**

Atualmente existe uma preocupação concernente às pessoas portadoras de transtornos mentais institucionalizados, percebendo-se a importância de sua reinserção social, procurando-se também fortalecer e/ou buscar a identidade, autonomia e cidadania do mesmo.

Os eventos promovidos junto à comunidade, tem como objetivo, a conscientização

da comunidade sobre a doença mental, bem como, a preparação da sociedade para receber e aceitar as pessoas portadoras desta doença.

A participação em eventos na comunidade, tem como objetivo: facilitar a inserção social, fortalecimento da identidade, autonomia e cidadania do paciente.

Os profissionais envolvidos na realização deste projeto são: musicoterapeutas e demais profissionais da equipe multiprofissional.

A efetivação da participação dos pacientes em eventos na comunidade acontece após: recebimento do convite para o mesmo e, levantamento dos pacientes interessados nesta participação e prévia autorização de familiar ou responsável e o médico assistente.

Com a participação dos pacientes em eventos na comunidade observa-se: a sociabilização e satisfação dos mesmos quanto à participação; o desenvolvimento da responsabilidade perante os compromissos assumidos; a possibilidade de saída do hospital com a colaboração dos familiares; a possibilidade da apresentação do potencial criativo e de saúde do paciente e a receptividade do público.

#### **\* PROJETO DE MÚSICA FUNCIONAL:**

O contexto hospitalar, exige além da atenção e concentração, o bem estar do funcionário, por estarem estes, na maior parte do tempo em contato direto com pessoas portadoras dos mais diversos comprometimentos mentais; que apresentam por vezes comportamentos inadequados como: choros imotivados, gritos, atitudes agressivas, características pertinentes ao quadro das doenças mentais. Tais comportamentos geram certos desconfortos que podem acarretar um stress funcional.

Para amenizar estes estímulos negativos, elaborou-se o projeto, adequando-se determinados estilos musicais para determinados horários, considerando que, a empresa prestadora do serviço de música ambiente, oferece ao hospital, quatro canais assim denominados: música ambiental, jazz e clássicos, popular brasileira e música internacional.

Este projeto tem como objetivo: possibilitar ao funcionário maior motivação, disposição e produção no desempenho de suas funções durante a jornada de trabalho.

Os profissionais participantes deste projeto são: musicoterapeutas e telefonistas (PABX)

Para a viabilização deste projeto houve a elaboração da programação da música ambiente para música funcional, onde se adequa determinados estilos musicais para determinados horários, considerando-se horários de trabalho e horários para refeição e folga em geral.

Com a realização deste projeto, observa-se a adaptação dos funcionários aos horários programados.

Para finalizar, faz-se necessário observar que, o objetivo comum de todos estes projetos anteriormente apresentados: é a mobilização do público alvo através da utilização

do estímulo musical.

Todos estes projetos são desenvolvidos pelo Setor de Musicoterapia no Hospital de Clínicas e Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto, paralelamente aos atendimentos musicoterápicos.

**“ A VIDA SEM A MÚSICA, SERIA SIMPLEMENTE  
UM ERRO, UMA TAREFA CANSATIVA, UM EXÍLIO ”  
(NIETZSCHE)**

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 01 – DIAS, Rosa Maria. **NIETZSCHE E A MÚSICA**. R.J., Imago Ed., 1994.
- 02 – LEINIG, Clotilde Espínola. **TRATADO DE MUSICOTERAPIA**. S.P., Sobral Ed., 1977.
- 03 – MENUHIN, Yehudi & DAVIS, Curtis W. **A MÚSICA DO HOMEM**. S.P., Martins Fontes Ed., 1990.
- 04 – **REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA**. Ano I, Número 2, 1996.
- 05 – RUUD, Even. **CAMINHOS DA MUSICOTERAPIA**. S.P., Summus, 1990.
- 06 – RUUD, Even. **MÚSICA E SAÚDE**. S.P., Summus, 1991.

## MESA REDONDA

# O MUSICOTERAPEUTA: ALÉM DA PRÁTICA CLÍNICA

### MT Ronaldo Millecco - RJ

Ao receber o convite para participar desta mesa, pensei em três questões básicas que pudessem nortear uma reflexão sobre o que fica para além da clínica em musicoterapia. As tentativas de resposta às questões levantadas, apresentadas aqui em tópicos, visam apontar algumas direções que possam ser úteis para que pensemos em nosso perfil profissional e nas inúmeras possibilidades de inserção da musicoterapia no âmbito cultural e político em que estamos inseridos.

### O QUE NOS LEVA AO DESEJO DE NOS TORNAR MUSICOTERAPEUTAS ?

1. A MÚSICA / creio que há sempre uma “certa” intimidade com a expressão musical, que envolve uma enorme gama de possibilidades de relacionamento com a música, com vários níveis de intimidade. Muitas vezes encontramos o temor ou alguma dificuldade com relação ao universo musical, sendo duas as modalidades: para quem teve uma formação musical tradicional e/ou acadêmica, pode ser difícil improvisar, transpor tonalidades e demais características intuitivas; para quem aprendeu música “de ouvido” e desenvolveu intuitivamente sua musicalidade, pode ser difícil transitar com intimidade nos códigos da linguagem musical. Mas de qualquer maneira, em qualquer das possibilidades, creio haver um conhecimento visceral das possibilidades terapêuticas da música;

2. A VONTADE DE TRATAR / a disponibilidade frente ao Outro, de dispor-se à contribuir de alguma maneira para o crescimento alheio, é acompanhada, em alguma medida, da necessidade de ser trabalhado terapêuticamente, da precisão de desenvolver-se existencialmente. Esse gosto por se superar através da expressão artística, tendo a música como ferramenta preferencial, aponta para a potencialização dessas duas marcas – música e necessidade de transformação.

## O QUE É NECESSÁRIO A UM MUSICOTERAPEUTA ?

1. Primeiramente, transcender o temor e ampliar a intimidade com a música, o que está sempre em pauta, pois o crescimento profissional se dá em movimento contínuo e espiral;
2. Ter uma prática musical, seja como estudo e aperfeiçoamento, seja pela busca estética e artística propriamente dita;
3. Conhecer sua história musical e existencial;
4. Conhecer e trilhar, na medida do possível, os procedimentos de um processo musicoterápico;
5. Ter jogo de cintura para adaptar-se às condições concretas, buscando superar as limitações inventando saídas, o que lembra o terceiro movimento do Ritornelo (Deleuze e Guattari);
6. Saber-se pertencente ao campo dos trabalhadores sociais da saúde, acompanhando e participando do debate interdisciplinar dentro das equipes de trabalho, contribuindo para a integração entre as ações sobre a psique, o *socius* e o ambiente;
7. Refletir constantemente sobre sua prática, buscando a sistematização e viabilidade de pesquisas, como podemos observar no gráfico à baixo (1):

**Publicação**

**Pesquisa**

**Produção teórica**

**Supervisão**

**Relatórios**

**Cl./Ter.**

### O QUE DEVE CARACTERIZAR A PRÁTICA MUSICOTERÁPICA, PARA ALÉM DA CLÍNICA ?

1. A possibilidade de estabelecer áreas de interseção, pontos de contato, entre diferentes áreas do conhecimento, como por exemplo:
  - **Música e Musicoterapia;**
  - **Musicoterapia e Filosofia;**
  - **Musicoterapia e Antropologia;**

(1) - Gráfico apresentado por Lia Rejane Barcellos em palestra durante o II Encontro Latinoamericano de Musicoterapia (1998)

- **Música e Comunicação;**
- **Música e Medicina associadas à tecnologia;**
- **Musicoterapia e Psicologia;**
- **Musicoterapia e Educação Musical;**
- **Musicoterapia e Musicologia.**

2. Uma atenção constante com questões relativas à ética, tanto no estabelecimento das áreas de interseção citadas acima, como na participação efetiva da musicoterapia na promoção da saúde (entram aí temas críticos como poluição sonora, processos de subjetivação massificantes<sup>(2)</sup>, entre outros).

3. Participação, sempre que possível, da organização da carreira, procurando inserir-se nos movimentos e associações regionais e nacionais que buscam fortalecer a categoria dos musicoterapeutas.

4. Um olhar atento e um ouvir aguçado, crítico e aberto às diversas produções musicais dos segmentos sociais, que expõem toda a heterogênesse inerente ao que chamamos de Cultura (3).

Espero que essa reflexão, um tanto dispersa por apontar brevemente várias direções, possa ser desdobrada, gerando novas reflexões e tentativas de resposta.

(2) - Ver artigo "Reflexões acerca da clínica musicoterápica", apresentado neste Fórum.

(3) - Verificar artigo "Ruídos da massificação na construção da Identidade Sonora-Cultural", na Revista de Musicoterapia nº 3, UBAM, Rio de Janeiro, 1997.



## TEMAS LIVRES

### Aplicação da Musicoterapia Receptiva na Clínica Médica e Cardiológica

**Autora:** MT Cyntia Marconato - PR

**Co-Autoras:** Dra. Eva Cantalejo Munhoz (Cardiologista); Marcia Maria Menin (Psicoterapeuta); Maria Thereza Albach (Musicoterapeuta).

**Palavras-Chaves:** Musicoterapia Receptiva, Alteração de Comportamento, Musicoterapia em Cardiologia.

#### Consultório Médico e Cardiológico

A Musicoterapia pode ser conceituada como uma intervenção terapêutica, na qual o terapeuta emprega a música como instrumento ou meio de expressão a fim de iniciar determinadas mudanças e determinados processos de evolução direcionados à adaptação social e ao bem estar pessoal<sup>11</sup>. A música como um "instrumento terapêutico" é uma abordagem atual em terapia, que não se baseia numa noção idealista acerca do "poder curativo da música".

A proposta de Musicoterapia Receptiva apresentada tem seu embasamento em uma concepção holística<sup>1</sup>, considerando o organismo humano como um todo integrado que envolve padrões bio-psico-sociais e espirituais.

#### Material e Método

A Musicoterapia Receptiva foi aplicada de forma individualizada, através de audições musicais que, desenvolveram-se dentro do seguinte procedimento específico.

1. Estímulo Musical – tem como finalidade despertar sensações no paciente a partir da escuta semântica. Estas sensações são observadas, exploradas e analisadas dentro do processo musicoterapêutico. As composições utilizadas pertencem aos seguintes períodos: Renascentista, Barroco, Clássico e Romântico. Dentro destes períodos podem ser destacados os seguintes compositores: Bach, Beethoven, Brahms, Dvórák, Grieg, Haydn, Josquin des Prés, Mozart, Obrecht, Rackmaninoff, Vivaldi e Willaert.

2. Sensação – etapa em que se torna consciente as sensações emocionais e físicas experimentadas durante o estímulo musical, existindo um ambiente de confiança e tranquilidade onde o paciente consegue expressar sem reservas suas sensações.

3. Situação – após tornar consciente as sensações desencadeadas durante o estímulo musical, o paciente identifica em que situações tais sensações apresentam-se com maior frequência.

4. Reflexão – nesta etapa o paciente reflete sobre as sensações vivenciadas na sessão e como ou porque tais sensações estão relacionadas a determinadas situações. Quando o paciente apresentou dificuldades ou resistências o terapeuta identificou os pontos mais importantes da sessão, de forma resumida e organizada, para facilitar a reflexão do paciente. A orientação verbal empregada nesta etapa difere inteiramente da orientação psicoterapêutica, uma vez que a orientação verbal musicoterapêutica é desenvolvida a partir da linguagem e estruturação musical. Dentro na orientação verbal musicoterapêutica é realizada uma análise entre a estrutura musical utilizada e a estrutura global do paciente. **OBS:** Esta divisão em três etapas (sensação, situação e reflexão) é apenas didática, uma vez que as três podem ocorrer em um mesmo momento.

5. Alteração de Comportamento – está relacionada com alterações de hábitos de vida. Tal alteração visa proporcionar ao paciente uma vida equilibrada, no que se refere a um grau de harmonia entre atividades percebidas como demandas externas (deveres) e atividades percebidas como auto-gratificação ou prazer (demandas internas / desejos)<sup>7</sup>. Enquanto estímulo sonoro, sensação, situação e reflexão são etapas presentes a cada sessão, a alteração de comportamento é esperada durante semanas ou meses.

Aplicada por um período de 18 meses em pacientes de consultório médico, a Musicoterapia Receptiva teve como objetivo geral investigar a aplicabilidade e a eficiência desta proposta na prática clínica e, os seguintes objetivos específicos: a) alterar o comportamento do paciente para corrigir hábitos e atitude que oferecem riscos à saúde de forma global e, especialmente riscos cardiovasculares; b) aumentar a percepção interna e a auto-estima do paciente; c) fortalecer a estrutura geral do paciente no sentido de equilíbrio e segurança emocional; d) favorecer a expressão emocional; e) contribuir para a elucidação de conflitos internos; f) proporcionar uma alteração positiva no prognóstico clínico do paciente.

Foram estudados homens e mulheres com idade superior a 18 anos, referidos pelo médico assistente, com sintomas de estresse, sofrimento emocional e necessidade de mudança de hábitos de vida, com o prévio consentimento do paciente, no período de agosto de 1998 à dezembro de 1999.

Cada paciente foi convidado a ingressar no projeto de aplicação da proposta de Musicoterapia Receptiva, recebendo inicialmente esclarecimentos acerca das finalidades do projeto e do processo musicoterapêutico. Foram selecionados 10 pacientes para a análise dos resultados, sendo 2 do sexo masculino e 8 do sexo feminino. Após a anamnese musicoterapêutica e da assinatura do termo de consentimento, os pacientes responderam um questionário de avaliação de riscos à saúde (questionário 1), e em seguida permaneceram durante 16 sessões semanais em acompanhamento musicoterapêutico. Terminado o número de sessões estabelecido, os pacientes responderam um segundo questionário de avaliação de riscos à saúde (questionário 2).

## Resultados

Cinco pacientes mantiveram a prática de exercícios físicos; três não iniciaram nenhuma forma de exercício físico; um iniciou e um desistiu do tratamento.

Três pacientes aumentaram seu período e sua qualidade de sono; quatro não alteraram seu período de sono, sendo que dois já apresentavam um período de sono de oito horas ou mais, um afirmou que seis horas de sono são suficientes para o seu descanso e um devido sua sobrecarga de trabalho não conseguiu organizar seu tempo para aumentar seu período de sono; dois diminuíram suas horas de sono, um devido a problemas familiares e um atribuído ao aumento de atividades sociais noturnas.

Cinco pacientes melhoraram sua descrição da saúde global, sendo que dois pacientes avaliaram inicialmente sua saúde como boa e posteriormente como excelente, dois passaram de uma descrição regular para boa e um de ruim para regular; quatro pacientes mantiveram sua descrição, sendo que um continuou considerando sua saúde ruim (devido a arteriosclerose) e três continuaram avaliando sua saúde como regular.

Cinco pacientes aumentaram o consumo de alimentos ricos em fibras, sendo que dois pacientes que consumiam pouco passaram a consumir três a seis vezes por semana, um que raramente ingeria passou a consumir diariamente e um que ingeria pouco passou ao consumo diário de alimentos ricos em fibras; quatro pacientes mantiveram o consumo diário de alimentos ricos em fibras – tabela 1.

Sete pacientes mantiveram sua frequência de consumo de alimentos ricos em colesterol, sendo que cinco raramente ingeriam tais alimentos e dois ingeriam no máximo duas vezes por semana; dois pacientes diminuíram, sendo que um deixou de ingerir diariamente para três a quatro vezes por semana e um que ingeria de cinco a seis dias por semana passou a consumir raramente.

Quatro pacientes aumentaram seu nível de satisfação pessoal; três pacientes mantiveram seu nível de satisfação pessoal, sendo que dois permaneceram parcialmente satisfeitos (devido a fatores externos) e um permaneceu completamente satisfeito; dois pacientes diminuíram seu nível de satisfação pessoal – tabela 2, o que se relacionou (provavelmente) ao aumento da percepção interna que os levou a concluir que estavam acomodados e insatisfeitos na vida conjugal.

Seis pacientes mantiveram seu nível de satisfação profissional, sendo que três estavam satisfeitos, dois estavam parcialmente satisfeitos e um manteve-se insatisfeito (os três últimos casos devido a fatores externos); quatro aumentaram seu nível de satisfação pessoal avaliando inicialmente sua satisfação como parcial e posteriormente como completa; e um paciente diminuiu de parcialmente satisfeito para insatisfeito. (Considerando a mesma redução quanto à sua satisfação pessoal).

Seis pacientes diminuíram o nível de estresse, sendo que três pacientes avaliaram seu estresse inicial como alto e, posteriormente como baixo, dois que apresentaram um nível médio avaliaram-no posteriormente como baixo e um paciente com estresse inicial muito alto avaliou-o posteriormente como médio; três mantiveram o nível, sendo que dois avaliaram o nível como médio e um paciente manteve um alto nível de

estresse – tabela 3, (processo de separação conjugal e tratamento para dependência química do filho).

Seis pacientes melhoraram na avaliação de perspectivas de vida, sendo que dois pacientes que inicialmente não apresentavam nenhuma perspectiva passaram a acreditar nelas e, quatro pacientes passaram de não para sim; um paciente diminuiu, passando de sim para mais ou menos (relacionado às condições profissionais e as dificuldades com o namorado violento); dois pacientes mantiveram sua posição acreditando possuírem grandes perspectivas de vida – tabela 4.

TABELA 1 - FREQUÊNCIA COM QUE INGERE ALIMENTOS RICOS EM FIBRA

AVALIAÇÃO	NÚMERO	PERCENTUAL
Igual	04	44,4
Aumentou	05	55,6
TOTAL	09	100,0

Proporções @  $z = 0,004$  ;  $p = 0,997$  ; NS.

TABELA 2 - NÍVEL DE SATISFAÇÃO PESSOAL

AVALIAÇÃO	NÚMERO	PERCENTUAL
Igual	03	33,3
Aumentou	04	44,5
Diminuiu	02	22,2
TOTAL	09	100,0

Proporções @  $z = 0,946$  ;  $p = 0,344$  ; NS.

TABELA 3 - NÍVEL DE ESTRESSE ATUAL

AVALIAÇÃO	NÚMERO	PERCENTUAL
Igual	03	33,3
Diminuiu	06	66,7
TOTAL	09	100,0

Proporções @  $z = 0,946$  ;  $p = 0,344$  ; NS.

TABELA 4 - CONCORDA QUE TEM GRANDES PERSPECTIVAS PARA SUA VIDA

AVALIAÇÃO	NÚMERO	PERCENTUAL
Igual	02	22,2
Aumentou	06	66,7
Diminuiu	01	11,1
TOTAL	09	100,0

Proporções @  $z = 1,888$  ;  $p = 0,059$  ; NS.

A análise estatística comparando a avaliação inicial com a final demonstrou probabilidades limítrofes  $p=0,059$  para ingestão de alimentos ricos em colesterol e perspectivas de vida, sugerindo haver tendência para a melhora, que não pôde ser comprovada pelo pequeno número de casos.

### Discussão

Com base no acompanhamento musicoterapêutico, na análise da avaliação de qualidade de vida e, nos depoimentos dos pacientes, concluiu-se que 90% dos pacientes alcançaram os objetivos específicos estabelecidos no projeto de aplicação da proposta de Musicoterapia Receptiva na Clínica Médica e Cardiológica.

Torna-se importante salientar que todos os objetivos estavam interligados. Em primeiro lugar foi necessário desenvolver a percepção interna dos pacientes e resgatar sua auto-estima. Com o desenvolvimento da percepção interna e da auto-estima, foi possível fortalecer a estrutura geral dos pacientes no sentido de equilíbrio e segurança emocional. Este fortalecimento favoreceu a expressão emocional e contribuiu para a elucidação e/ou consciência de conflitos internos. Atingindo tais objetivos os pacientes encontraram-se aptos para analisar de forma crítica e consciente sua qualidade de vida e iniciar mudanças comportamentais necessárias para melhorar esta qualidade.

Todos os pacientes que mantiveram a prática de exercícios físicos melhoraram a qualidade destes exercícios. Os pacientes que não iniciaram exercícios físicos estavam conscientes da importância e necessidade da atividade física, porém não conseguiram organizar-se para iniciá-los. Existe a possibilidade de que o período da intervenção musicoterapêutica (16 sessões) seja muito pequeno para se obter uma alteração comportamental mais significativa.

O fortalecimento da estrutura geral do paciente no sentido de equilíbrio e segurança emocional provavelmente explica a melhora do período de sono, a diminuição do nível de estresse e a melhora das perspectivas de vida de 60% dos pacientes.

A descrição da saúde global dos pacientes baseou-se na percepção dos próprios pacientes, e não ser considerada como uma avaliação clínica.

Quanto às questões nutricionais após as 16 sessões 70% dos pacientes estavam ingerindo alimentos ricos em fibras diariamente. Em relação aos alimentos ricos em colesterol 70% dos pacientes já mantinham inicialmente uma dieta pobre e os pacientes que ingeriam tais alimentos diariamente reduziram significativamente o consumo.

O aumento da satisfação pessoal observada em 40% dos pacientes relaciona-se com a alteração de comportamento global de tais pacientes, com o fortalecimento da estrutura geral dos pacientes no sentido de equilíbrio e segurança emocional e com a elucidação de alguns conflitos internos. A diminuição da satisfação profissional de 1 paciente foi relacionada ao aumento de sua percepção interna e auto-estima. Tal paciente apresentou a mesma postura quanto sua satisfação profissional.

## Conclusão

É possível afirmar que a aplicação da Musicoterapia Receptiva junto a Clínica Médica e Cardiológica é viável, contribuindo de forma adequada e eficaz, como uma intervenção terapêutica coadjuvante, no tratamento de comportamento de riscos para a saúde global e especificamente, cardiovasculares, bem como de sintomas associados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAPRA, Fritjof. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix, 1998.
2. CORDIOLI, Aristides V. Psicoterapias : abordagens atuais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
3. JOST, Jacques. Equilibre et Sante par la Musicotherapie. Paris: Éditions Albin Michel Medicines Actuelles, 1990
4. JOURDAIN, Robert. Música, Cérebro e Êxtase. Como a música captura nossa Imaginação. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.
5. JUNG, Carl Gustav. Fundamentos da Psicologia Analítica. Petrópolis: Vozes, 1985.
6. LENFANT, Claude. Task Force on Behavioral Research in Cardiovascular, Lung, and Blood Health and Disease. Circulation. 1998;98:281-286
7. MARLATT, G. Alan. & GORDON, Judith R. Prevenção de Recaída : Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
8. MION, Délcio Jr. & NOBRE, Fernando. Risco cardiovascular Global. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.
9. PEREIRA, Júlio César Rodrigues. Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Edusp, 1999.
10. ROBICHAUD-EKSTRAND, Sylvie. The Influence of Music in Coronary Heart Disease (CHD) Patients Waiting for Hemodynamic Tests. Circulation 1999; 100, 18: 1-737.
11. RUUD, Even. Caminhos da Musicoterapia. São Paulo: Summus, 1990.
12. STRALIOTTO, João. Interpretação Cerebral do Som e da Música. Santa Catarina: Heck Publicações, 1998.
13. TYSON, Phillis & TYSON, Robert. Teorias Psicanalíticas do Desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

## TEMAS LIVRES

### A Importância da Musicoterapia Aliada à Psicoacústica no Tratamento da Epilepsia

**MT Paula Martucci - SP (1)**

**MT Karina Nonato Fernandes - SP (2)**

**MT Cristiane Amorosino - SP (3)**

**Armando Fernandes Bugalho Filho(4)**

Letícia chegou na Clínica de Musicoterapia da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, com indicação para o trabalho de estimulação precoce, aos 2 anos de idade, com diagnóstico de Paralisia Cerebral e Epilepsia Multifocal. Mantinha atendimentos paralelos de Fisioterapia e avaliações periódicas com neurologista, fora da Instituição.

Sua comunicação resumia-se em movimentos faciais expressivos, e um grande atraso no Desenvolvimento Neuro Psico Motor. Algumas de suas maiores dificuldades motoras eram: sustentação e rotação da cabeça, equilíbrio estático, preensão palmar primitiva, dissociação da cintura escapular e pélvica. Sonoramente, identificava a voz da mãe e o som das chaves do pai, demonstrando esse reconhecimento através de sorrisos (segundo o relato da mãe).

Inicialmente, o objetivo era a estimulação de uma forma global (motora, sensorial, cognitiva), no entanto, paulatinamente, foi surgindo a necessidade de atuação sobre as crises convulsivas, que se apresentavam diária e repetitivamente, interferindo no desenvolvimento do trabalho musicoterápico. Sendo assim, sentimos a necessidade de encontrar meios tecnológicos para a análise da influência dos sons, em relação direta com o quadro de Epilepsia Multifocal apresentado. Este apoio tecnológico foi encontrado no Laboratório de Psicoacústica da Clínica Escola de Musicoterapia da UNAERP, sob a orientação do professor Armando F. B. Filho, possibilitando a obtenção de dados concretos sobre a atividade cerebral, decorrente da utilização dos estímulos sonoros utilizados.

A partir daí, traçamos um trabalho paralelo e simultâneo entre o atendimento clínico em Musicoterapia e o Laboratório de Psicoacústica, e através dele foi desenvolvido um CD, de efeitos harmonizadores da atividade cerebral, com os resultados obtidos no laboratório. Através da audição deste CD, Letícia conseguia manter as ondas cerebrais em

(1) - Musicoterapeuta desde 2000, musicista com formação em piano clássico e popular.

(2) - Musicoterapeuta desde 2000, musicista com formação em piano clássico.

(3) - Musicoterapeuta desde 1991, docente no curso de graduação em Musicoterapia, coordenadora da Clínica Escola de Musicoterapia da UNAERP.

(4) - Músico, compositor, arranjador, multinstrumentista, professor de prática musical da UNAERP, pesquisador na área de psicoacústica.

equilíbrio, diminuindo o padrão das ondas convulsivas, mais conhecidas como *ondas ponta*.

Como conseqüência deste trabalho da Musicoterapia aliada à Psicoacústica, estamos obtendo resultados positivos como: diminuição do medicamento anti-convulsivo pelo próprio neurologista, e reabilitação parcial do Desenvolvimento Neuro Psico Motor tais como: rotação e maior sustentação da cabeça, dissociação da cintura pélvica, ampliação dos movimentos dos membros superiores e inferiores.

Este trabalho desenvolveu-se no período de 1 ano e 4 meses (ago/98 a dez/99), na Clínica Escola de Musicoterapia da UNAERP, e atualmente está sendo desenvolvido em consultório particular, porém dando continuidade nas investigações em Psicoacústica no Laboratório da UNAERP.

#### PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

- 1) COSTA, Clarice Moura. O Despertar para o Outro – Summus Editora. São Paulo, 1989.
- 2) \_\_\_\_\_ Music Therapy in Special Education – New York, The John Day Company, 1971.
- 3) NORDOFF, Paul and ROBBINS, Clive. Therapy in music for Handicapped Children – Londres, Victor Gollang CTD, 1971.
- 4) \_\_\_\_\_ Creative Music Therapy – New York, The John Day Company, 1977.
- 5) RUUD, Even. Caminhos da Musicoterapia – Summus Editora, São Paulo, 1990.
- 6) \_\_\_\_\_ Música e Saúde – Summus Editora, São Paulo, 1991.
- 7) DIAMENT, Aron, and CYTEL, Saul. Neurologia Infantil – “O Eletroencefalograma na Epilepsia da Criança”. Ed. Ateneu, 3ª edição, cap. 14, pág. 190 a 204, São Paulo, 1996.

**Prof. Armando Fernandes Bugalho Filho**

[http://www.geocities.com/armando\\_bugalho/psicoacustica.html](http://www.geocities.com/armando_bugalho/psicoacustica.html)

armandofbf@geocities.com - armando\_bugalho@yahoo.com - afbf@convex.com.br

**Mt. Paula Martucci** - pmartucci@hotmail.com.br

**Prof. Mt. Cristiane Amorosino** - Amorosino@yahoo.com

**GSR** - www.maxap.com

**Consultório de Musicoterapia Saúde em Pauta** - Rua: Frei Santo, 456 - Jardim Mosteiro  
- 14085-210 - Ribeirão Preto/SP



## TEMAS LIVRES

### Da Escuta à Intervenção

**MT Ana Cristina Simões Parente - SP**

**MT Renato Tocantins Sampaio - SP**

Em Musicoterapia existem várias intervenções possíveis: Intervenções Verbais, Intervenções Corporais, Intervenções Sonoro-Musicais e Intervenções Formais (encontros periódicos com duração determinada, setting, vínculo, "papel" do terapeuta, "papel" do paciente, etc.), entre outras.

As intervenções tem sua origem na "escuta" que o musicoterapeuta realiza do seu produto musical, do produto musical do paciente, e do processo terapêutico (agenciamentos e fazeres musicais). Este processo terapêutico engloba os agenciamentos em si, bem como a ordem cronológica dos acontecimentos e da própria "evolução do paciente" em relação à música, à queixa, à forma de expressão (voz, música, corpo, etc.), ao terapeuta, e à terapia.

A escuta musical que o terapeuta possui da produção do paciente e/ou da sua interação com ele, tende a ser uma escuta referencial ("este som ou este trecho musical me lembra tal objeto ou tal fato") ou escuta musical focal, que tende a valorizar os padrões da música que está habituado a fazer e ouvir, qualquer que seja esta música. O terapeuta deve se esforçar para não permanecer nestas escutas costumeiras e cômodas e tentar "passear" por outras escutas possíveis, ampliando suas possibilidades de atuação.

A escuta do terapeuta vem de seu pensamento musical e está intimamente ligada a ele. O terapeuta sempre estará criando representações parciais do fato musical uma vez que não há meios de abarcar completamente este fenômeno. A representação do objeto leva em consideração toda a história de vida desta pessoa (o terapeuta) e a sua forma de entender, se relacionar, e interagir com o mundo; e os signos com os quais o terapeuta irá representar a produção do paciente (produto enquanto fazer musical) estão diretamente ligados à sua formação musical e ao desenvolvimento de sua musicalidade clínica.

A musicalidade clínica do terapeuta se desenvolve através da própria prática musicoterapêutica clínica quando o terapeuta se encontra e se comunica musicalmente com seu paciente, direcionando seu fazer musical à produção do paciente a fim de dar continência, dialogar, dirigir, clarificar, estabelecer e/ou manter contato, etc.

À medida em que o terapeuta amplia seu mundo musical, estará ampliando

também o seu repertório de escutas e representações, o que possibilitará uma maior disponibilidade para reconhecer, compreender, aceitar e interagir com outras formas do fazer musical, ampliando conseqüentemente o seu repertório de intervenções possíveis.

Esta necessidade de ampliação do pensamento musical e da musicalidade clínica do musicoterapeuta se faz mais presente frente àqueles paciente com dificuldades severas de comunicação e de relacionamento, e que portanto exigem musicalmente do musicoterapeuta uma maior flexibilidade e uma maior capacidade criativa de adaptação e de experimentação musical.

Seria importante que os musicoterapeutas conhecessem e absorvessem alguns princípios, noções e conceitos da música contemporânea, principalmente da música de concerto da segunda metade do séc XX, para que esta ampliação do pensamento musical e da musicalidade clínica fosse possível. Não devemos e não podemos mais nos limitar a uma noção de música enquanto timbre, ritmo, melodia, harmonia e forma. Compositores como Varése, Messiaen, Ligeti e Xenakis, entre outros, nos fazem ouvir texturas, massas sonoras e volumes ao invés de melodias e harmonias. Os compositores de Musica Espectral (Grisey, Murray, etc.) nos fazem questionar os limites entre timbre e harmonia. Os próprios impressionistas e futuristas das primeiras décadas do séc XX, bem como os compositores da música aleatória, da música minimalista e da música serial, põe em cheque a forma musical como um elemento unificador e organizador da música.

Não queremos dizer que estes “novos pensamentos musicais” devem substituir os “pensamentos musicais tradicionais”, mas devem complementá-los, de forma a expandir as possibilidades de escuta do musicoterapeuta e, conseqüentemente, de intervenção clínica musicoterapêutica.

Ana Cristina Simões Parente – Musicoterapeuta, Especialista em Psicopedagogia, Professora dos Cursos de Graduação em Musicoterapia, Dança e Artes Cênicas da Faculdade Paulista de Artes (SP).

**anacris@musicoterapia.sampa.nom.br**

Renato Tocantins Sampaio – Musicoterapeuta, Educador Musical, Especialista em Psicopedagogia, Mestrando em Comunicação e Semiótica, Sub-Coordenador do Curso de Graduação em Musicoterapia e Professor dos Cursos de Graduação e de Especialização em Musicoterapia da Faculdade Paulista de Artes (SP).

**renato@musicoterapia.sampa.nom.br**

## PAINÉIS

### **“A Musicoterapia no enfoque da educação preventiva para a sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e drogas.”**

**MT Karina Nonato Fernandes - SP (orientanda)**

**Estudante/ Ricardo F. Nonato Fernandes - SP (orientando)**

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Sônia Maria Villela Bueno (orientadora)**

Em razão dos problemas emergidos na saúde pública nacional e mundial, em detrimento às advindas em decorrência do aparecimento da AIDS, nos tempos atuais, isto tem afetado severa indiscriminadamente, as pessoas em geral. Todavia, a falta de uma contra partida efetiva, para lidar adequadamente com estas questões, tem demandado profundas reflexões sobre estilos de vida e valores éticos e morais da vida. Isto tem suscitado então, a busca emergencial de situações que possam evitar e/ou intervir neste processo, através de educação preventiva, tendo em vista, a garantia da reversão deste quadro, já que as estimativas da D.S.T.-AIDS atuais e prospectivas, são desalentadoras, caso a população não venha construir uma consciência crítica sobre a situação contemporânea. Isto exige, a incorporação de elementos educativos positivos à mudança de comportamento para hábitos e atitudes consentâneos e saudáveis, seguros e responsáveis, evitando assim, o uso indevido do sexo e das drogas, em seu cotidiano existencial, seja em nível individual e coletivo. Sendo assim, as circunstâncias dos tempos das D.S.T.- AIDS nos tem exigido metodologias apropriadas, inovadoras, criativas e estimuladoras para trabalharmos a problemática central, despertando nas pessoas, a necessidade de uma educação libertadora e concretizadora para a otimização da vida e valorização da saúde integral e especialmente sexual do ser humano; neste intento, acreditamos na importância da Musicoterapia, como estratégia fundamental, por contemplar os requisitos necessários de prevenção e intervenção influenciando positivamente na vida das pessoas, favorecendo resgate de auto- controle, e auto- estima que são necessários para a prevenção e intervenção, descobrimento e respeito em relação a si e o outro, além de lidar com a reeducação, ressocialização, com os sentimentos e emoções, possibilitando ainda, a canalização de energias, o relaxamento, a reflexão, conhecimentos, exercícios e a busca do sentido da vida, da alegria e da plenitude total e sexual, bem como, a compreensão e aceitação da morte com dignidade. Sendo assim, procuramos pesquisar musicoterapeutas para verificar o que eles pensam sobre isto, trabalhando posteriormente com eles, ações educativas comuns, treinando- os sobre

sexualidade, D.S.T – AIDS e Drogas, para lidarem com isto adequadamente em seu cotidiano profissional, preparando-os também para serem agentes multiplicadores. Aqui desenvolvemos uma pesquisa ação, humanista qualitativa, usando a observação e a entrevista individual, fundamentada em referencias preconizados pela OMS e Paulo Freire.

Trabalhamos com 8 (oito) musicoterapeutas de ambos os sexos, maioria mulher em três faixas etárias de 21 a 50. Esses evidenciaram pouco conhecimento sobre o significado de sexualidade, sexo, D.S.T – AIDS e Drogas, contudo revelam grande preocupação e sensibilidade a estes problemas, percebendo necessidade emergencial de lidar adequadamente com estas questões, evidenciando interesse em já desenvolver trabalhos nesta área, destacando a relevância da Musicoterapia na prevenção das D.S.T – AIDS e Drogas bem como na assistência do doente e paciente na fase terminal.

Portanto, concluímos que os musicoterapeutas pesquisados sentem necessidade de serem preparados para lidarem com este assunto e revelam o valor da Musicoterapia como estratégia inovadora para tratar destas questões.

#### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

RUUD, E. **Música e Saúde**. São Paulo. Summus, 1991.

LENING, C. E. **Tratado de Musicoterapia**. São Paulo. Sobral, 1977.

**Infomt, informativo de musicoterapia/ UNAERP- Universidade de Ribeirão Preto, 1997.**

BUENO, S. M. V. **Sexualidade, D.S.T – AIDS e Drogas com crianças, adolescentes e adultos jovens**. D.F., 1997- 98.

## PAINÉIS

### Atendimento Individual de Musicoterapia com Paciente Terminal Ralato de Experiência

**MT Elisângela Mancini Marion - PR**

Essa pesquisa foi realizada numa moradia para idosos institucionalizados que atende pacientes semi-dependentes e dependentes na cidade de Curitiba. A equipe de trabalho desta moradia constitui-se de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e musicoterapeuta.

A assistência musicoterápica ao paciente terminal foi proposta apresentada a casa, como forma de estimulação das funções corporais, cognitivas e emocionais, uma vez que este paciente só contavam com a intervenção equipe de enfermagem.

Os atendimentos iniciaram-se no primeiro semestre do ano de 1999 no quarto deste paciente, com idade aproximada de 75 anos, sexo feminino, portadora da doença de Alzheimer em estágio avançado da doença. As sessões aconteciam duas vezes na semana com duração de trinta minutos cada.

A paciente apresentava grande contratura muscular em seus membros superiores, seus membros inferiores apresentavam-se mais flexíveis. Não se comunicava mais verbalmente, permanecia todo o tempo deitada na cama e não fixava o olhar.

Após um breve período de avaliação de suas funções cognitivas, físicas e emocionais, passou-se a utilizar a técnica de treinamento sensorial estimulando toque, movimentos e conscientização de esquema corporal e a técnica de reminiscências através de canções folclóricas, religiosas e de época.

O vínculo foi estabelecido rapidamente com a paciente e nos primeiros atendimentos ela buscou uma forma de comunicação - o choro.

Inicialmente o trabalho conduzido pela musicoterapeuta era todo realizado passivamente, aproximadamente em maio, a paciente passou a apresentar relativo controle muscular realizando pequenos movimentos voluntários de membros inferiores - movimentos de flexão do joelho esquerdo e dos pés. Posteriormente passou a movimentar ambos. Seus membros superiores apresentavam maior relaxamento muscular após as intervenções.

Sua forma de comunicação era o choro; sempre que conseguia realizar os movimentos se emocionava. O mesmo acontecia quando a musicoterapeuta a cumprimentava ao iniciar o atendimento e/ou ao encerrar o atendimento, demonstrando reconhecer a voz da terapeuta.

Algumas interferências aconteceram durante os atendimentos, estas foram minimizadas com conversas e esclarecimentos sobre a importância de que o atendimento não fosse interrompido, mesmo que aparentemente para as funcionárias, não estivesse acontecendo uma comunicação (pois a comunicação verbal não estava sendo utilizada).

Em julho os atendimentos foram suspensos devido as férias escolares da estagiária musicoterapeuta, os atendimentos recomeçaram em agosto.

Reiniciando os atendimentos continuou-se com a estimulação de suas funções físicas, mentais e emocionais. A paciente demonstrava seu empenho e esforço para realizar as consignas.

Seus membros superiores apresentavam maior amplitude de movimento. Suas mãos relaxavam mais facilmente e, os dedos mais soltos apresentam menor contração muscular. Seu antebraço esquerdo apresenta uma amplitude de aproximadamente 45°. em relação ao braço. Movimentos passivos e ativos de elevação dos braços também eram realizados.

A diminuição do isolamento e solidão foi fator observado durante os atendimentos, pois com exceção das raras visitas dos familiares, somente a equipe de enfermagem estava em contato com a paciente.

No término dos atendimentos a paciente geralmente apresentava-se bastante emocionada, para acalmá-la eram entoadas canções murmuradas.

A reestruturação de uma forma de comunicação foi tão importante que a paciente identificou uma valsa emocionando-se, demonstrando que sua memória afetiva estava preservada, quando a terapeuta utilizou a técnica de audição para avaliar como estava o seu nível de compreensão e audição.

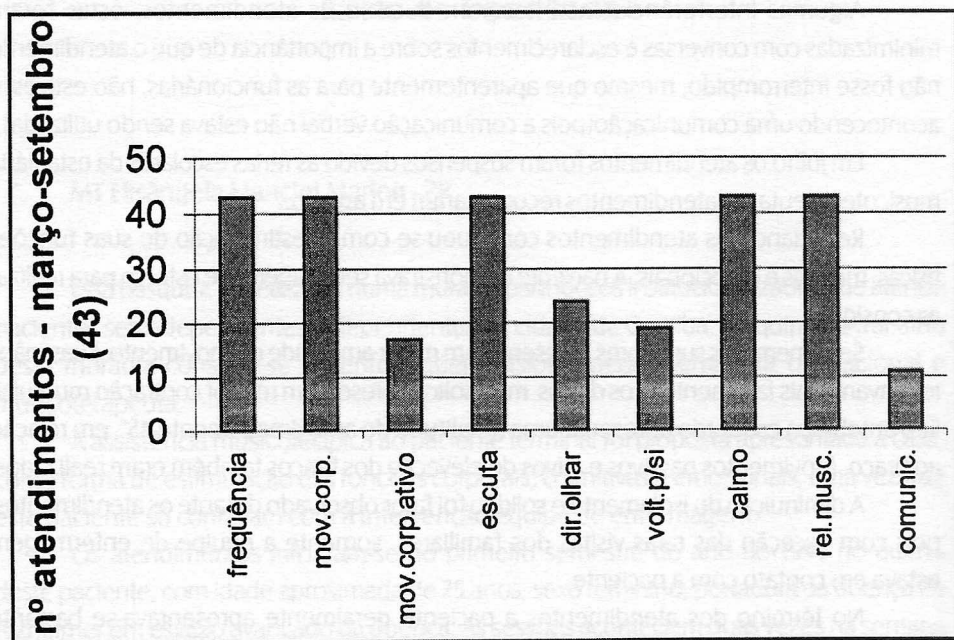
Notou-se que a paciente, sentindo-se valorizada, passou a manifestar seus sentimentos reencontrando seus próprios meios de comunicação, aliviando tensões.

Esses resultados confirmam que " a música torna-se terapêutica quando ela alivia naturalmente ou quando, voluntariamente manipulada como processo de cuidados, permite aos conteúdos inconscientes serem verbalizados ou expressados, abrindo a possibilidade de decisões autênticas para aqueles que sofrem". (LÈGER, 1994, pg 259).

Constatou-se que a proposta apresentada a casa de assistência musicoterápica ao paciente terminal como forma de estimular suas funções cognitivas, físicas e emocionais, contribuiu para uma melhor qualidade de vida.

Em novembro com o término do estágio os atendimentos foram encerrados.

O gráfico mostra as funções que foram trabalhadas nesse período com a paciente.



Observação: os dados do gráfico foram coletados até setembro para a elaboração do trabalho, mas os atendimentos continuaram até novembro.

## ÉTICA PROFISSIONAL\*

### MT Márcia Maria Stival - PR

Em primeiro lugar quero dizer que é uma satisfação estar aqui expondo algumas considerações sobre um tema que ainda é pouco discutido entre os profissionais paranaenses: Ética Profissional.

A minha fala parte de algumas reflexões que envolvem a Ética e a Ética Profissional.

Para iniciar os comentários vou me reportar a um breve relato sobre o desenvolvimento humano.

Todo indivíduo, desde que nasce, é inserido num contexto. São inúmeras informações dos âmbitos social, econômico, cultural... passadas ao indivíduo por meio dos processos educacionais, dos contatos entre as pessoas, dos meios de comunicação... Estas informações vão sendo gradativamente absorvidas, processadas e analisadas, sendo que algumas são retidas pela pessoa. Com o passar do tempo tais informações acumuladas dão origem ao que se pode chamar de Concepções de Homem e de Mundo. Assim, são idéias e opiniões que progressivamente caracterizam um indivíduo, transformando-o num ser único e diferente dos demais com os quais ele convive.

A convivência, apesar das diferenças, é facilitada pela inserção de normas que estão imbuídas naquelas informações que são passadas para o indivíduo e que estarão incluídas na ação humana.

E é justamente a ação humana o centro de interesse da Ética, que em linhas gerais pode ser considerada como a ciência que está a serviço da observação, pesquisa e descrição da conduta humana. Neste caso, as normas são decorrentes desta descrição que têm como meta básica facilitar a consonância no relacionamento entre as pessoas.

Desta forma, absorvendo informações, formando suas concepções e atuando mediante os inúmeros estímulos do dia-a-dia, o indivíduo vai construindo a sua história de vida. Uma história que tem na escolha profissional como um dos marcos.

Com o ingresso numa Universidade, torna-se comum deparar-se com possibilidades e limitações que delimitam a área de atuação escolhida. Após formados, somos incluídos num agrupamento de profissionais que devem seguir uma ordem para que seja possível o bom andamento do trabalho a que estamos nos propondo.

\* trabalho apresentado no I Fórum Paranaense de Musicoterapia - Maio/99



Nestes momentos, enquanto estagiários e depois como profissionais é que vivenciamos assuntos relacionados com a Ética profissional. Isto porque começamos a seguir normas que regem a nossa conduta básica enquanto pessoas responsáveis por uma determinada função.

Com esta colocação não quero dizer que vamos nos descaracterizar enquanto pessoas, até porque à medida que exercemos nossa profissão nosso modo próprio de agir está sendo expresso. No entanto, há necessidade de certas normas estarem presentes nas nossas ações enquanto profissional.

Desta forma, uma classe profissional vai defender-se da dilapidação de certos conceitos básicos através de uma regulamentação, firmada por um código de Ética. O código é um contrato estabelecido entre os profissionais de uma mesma classe, no qual constam normas básicas que os profissionais devem seguir para que se atinja uma boa qualidade no trabalho.

Existem normas como o zelo, competência, sigilo, dentre outros, que abrangem a relação do profissional com quem está mais próximo do exercício da função.

**ZELO:** refere-se ao cuidado com se faz o trabalho. Esta qualidade deve ser uma constante no exercício profissional, fazendo com que o profissional, mesmo em sua ausência fique representado pelo trabalho que faz.

Remetendo-se ao contexto musicoterápico, nota-se que a presença do zelo deve acompanhar todo o processo. Para que isto ocorra, o musicoterapeuta deve perceber o que precisa ser feito desde a primeira entrevista e durante o desenrolar dos atendimentos, executando sua função com o máximo de interesse, empenho e cuidado para que o serviço que desempenha seja de qualidade e esteja sempre centrado no paciente.

**COMPETÊNCIA:** esta característica é decorrente do conhecimento acumulado por um indivíduo, suficiente para o desempenho eficaz de uma tarefa.

Éticamente, é necessário que se tenha consciência de que se instruir é essencial para que possamos desempenhar nossa função embasados em teorias, proporcionando uma maior seriedade para o tratamento musicoterápico. A credibilidade no exercício da musicoterapia só se instala a partir do momento que os musicoterapeutas, atualizados e respaldados teoricamente, fundamentam sua prática. Em decorrência de uma credibilidade, ampliada constantemente no contexto em que estamos inseridos, nota-se o aumento de campo de trabalho.

**SIGILO:** esta característica refere-se à completa reserva acerca do que se toma como conhecimento durante o exercício da profissão. Éticamente, o sigilo assume o lugar de algo que é confiado e que encontra no silêncio uma preservação obrigatória.

Quanto à musicoterapia, nota-se que nem sempre o sigilo é solicitado pelo paciente ou pelo seu responsável. No entanto, ele é imprescindível. Isto porque quando as informações trazidas pelo paciente são difundidas, o valor do profissional torna-se enfraquecido e a quebra do sigilo pode ser tomada como a violação da confiança depositada no musicoterapeuta.

Agir embasado em princípios éticos supõe uma conduta fundada em ações que sejam transformadoras. Ações baseadas em reflexões, através das quais o profissional consiga ver o paciente como uma pessoa, no amplo e expressivo significado que esta palavra possa assumir.

Com isto, uma ação ética ultrapassa o bem e a honestidade, exigindo do profissional um trabalho individual, interno, onde ele capture a essência dos princípios que o tornam uma pessoa. Isto porque uma reflexão neste sentido promove o encontro do profissional com o seu modo peculiar de pensar e agir frente às inúmeras situações e com quem estabelece relações.

Referindo-se à Musicoterapia, volta-se para a relação do musicoterapeuta com o paciente, com os colegas da mesma classe profissional, com os colegas de trabalho e com a sociedade.

Pela importância que encerra estas relações, vê-se a necessidade de conhecer os princípios que regem a proposta do Código de Ética da Musicoterapia, sugerida pela UBAM. Este, bem como outros materiais que chegam até nós e sobre os quais refletimos, auxiliam a formação de uma consciência ética que vai sendo formada desde o início da vida e que emerge na conduta profissional.