

A VISÃO INTEGRAL DE SER HUMANO COMO BASE NA FORMAÇÃO DO MUSICOTERAPEUTA

Ana Lea Maranhão¹

RESUMO

Este artigo reflete sobre a necessidade do musicoterapeuta compreender as anomalias do paradigma cartesiano, ainda vigente, no qual se tem uma visão fragmentada do ser humano, e transitar para uma visão integral, na qual nada pode ser concebido *a priori* ou padronizado para todos os seres humanos. Ambiências terapêuticas, territórios, eixos, observadores, diferenças estruturais, emoções, equilíbrios, desequilíbrios e interações, possibilitam escutas únicas de nossos interagentes, tendo o modelo holístico como possível fonte para embasar a visão integral.

Palavras-chave: musicoterapia; formação do musicoterapeuta; visão integral de ser humano.

Introdução

Refletindo sobre a formação do musicoterapeuta, é importante que se pense e repense sobre o *interagente*², eixo no processo terapêutico, não só em seus equilíbrios e desequilíbrios, mas como ser humano que é. Maranhão (2007, p.49), baseando-se nos filósofos contemporâneos franceses Deleuze e Guattari escreve:

“Num território não há um foco, algo principal ou central, mas forças que convergem para determinadas linhas de forças intensificadas, que são o ‘eixo’ móvel desse território. Esse centro intenso está ao mesmo tempo no próprio território, mas também fora de vários territórios que convergem em sua direção ao fim de

¹ Graduada em Musicoterapia pela Faculdade Marcelo Tupinambá (1996) e mestrado em Comunicação e Semiótica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2001). Atualmente é professor titular da Universidade do Sul de Santa Catarina. Tem experiência na área de Artes, com ênfase em Musicoterapia. Atuando principalmente nos seguintes temas: Musicoterapia, Jogo, Som. E-mail: ana.maranhao@unisul.br

² Usaremos o termo *interagente* em substituição a paciente, cliente, etc., pois acreditamos que na relação entre o terapeuta e o *interagente* sempre há interações, e exercer interações é interagir. *Interagente*: “Que interage; em que há interação”; *Interagir*: “Agir mutuamente”; *Interação*: “Ação que se exerce mutuamente entre duas ou mais coisas, ou duas ou mais pessoas; ação recíproca” (Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2004).

uma imensa peregrinação” (DELEUZE e GUATTARI, 1997, vol.4,p.130).

Essas reflexões podem fazer com que nos situemos de forma mais segura e eficiente junto ao interagente, nos possibilitando traçar os objetivos terapêuticos, a compreender quem é o indivíduo que estará trilhando conosco os caminhos da *ambiência terapêutica*³ e a escutar e poder melhor trabalhar com seus desequilíbrios, necessidades e desejos.

É necessário podermos vislumbrar o indivíduo que nos procura, buscando através de transformações em sua vida sua volta ao equilíbrio dinâmico.

“A musicoterapia pode entrar em jogo quando há diferentes necessidades apresentadas das mais diversas formas e intensidades, na vida de um indivíduo, de um grupo, comunidade ou ambiente, para as quais não vislumbram satisfação ou solução e ocupam tempo e espaço maior do que deveriam, invadindo e, por vezes, prejudicando outras áreas da vida, levando-os a procurar ajuda, devido à diminuição da qualidade de vida nesses períodos” (MARANHÃO, 2007, p.45).

Sabemos que não existem dois seres humanos iguais, que pensem, sintam, escutem e se expressem de maneira idêntica, e temos que lidar com essa verdade enquanto musicoterapeutas e seres humanos, pois essa realidade afeta diretamente nosso trabalho.

Existem alguns ‘padrões’ de captação dos estímulos do mundo externo, dos enviados pelo nosso corpo e pelas nossas próprias motivações internas, assim como nossas expressões e reações frente a estes estímulos, afinal, temos um desenvolvimento equivalente em termos de fases da vida e de aprendizado humano. Mas, nascemos com diferenças genéticas, assim como sofremos influências culturais e familiares, do meio ambiente no qual somos criados, das teias tecidas pela nossa história de vida, além dos momentos e fases que passamos em nossas vidas.

Paradigmas

Entender o modo como enxergamos e atuamos no mundo em que vivemos, principalmente no que se refere à saúde é importante para podermos

³ *Ambiência terapêutica*: usado num sentido mais amplo que *ambiência*, se dando no tempo e espaço do processo terapêutico, ultrapassando os momentos de atendimento.

Ambiência: “O espaço, arquitetonicamente organizado e animado, que constitui um meio físico e, ao mesmo tempo, meio estético, ou psicológico, especialmente preparado para o exercício de atividades humanas”. (Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2004).

continuar a reflexão. O conjunto de premissas básicas e de valores com os quais construímos a nossa realidade e condicionamos nossa vida pode se chamar de paradigma:

“A noção de paradigma é profundamente importante: trata-se do referencial primário, da estrutura básica de pensamento que irá determinar a nossa postura perante a realidade. É algo que antecede uma idéia, pois atua como uma determinante em nossa maneira de pensar. Mais do que isso, o referencial paradigmático estabelece os parâmetros não só de nosso saber. Mas também de nossos valores, de nossas crenças, de nossos relacionamentos, de nossas vidas, enfim.” (MIGLIONI, 2004, p.26).

Grof (1987), afirma que um paradigma é tão essencial para a ciência quanto à observação e a experimentação. Que na redução de um problema a uma escala trabalhável, necessária à ciência, há uma seleção, e essa seleção é guiada pelo paradigma principal de sua época e o cientista não pode evitar a introdução de um sistema de crenças definido na sua área de estudo.

Denise Ramos, no livro “A Psique do Corpo”, São Paulo: Summus, 2006, descreve ao longo da história humana, desde o homem primitivo, alguns modelos e conceitos sobre a doença e o processo de cura. A autora, assim como Fritjof Capra no livro “O Ponto de Mutação”, São Paulo: Cultrix, 2006, concordam que temos um modelo ainda muito enraizado em nossa cultura, que faz com que tenhamos dificuldade em podermos ter uma ‘visão integral’ denossos interagentes; é o modelo *biomédico*, fruto do paradigma cartesiano, clássico ou clássico/newtoniano¹, ainda vigente.

O estilo de pensamento iniciado especialmente por René Descartes, no século XVII, aprimorado por Newton e outros, culminou na divisão entre mente e corpo e fez com que a concepção do universo fosse entendida como um sistema mecânico, constituído de partes separadas, as quais, por sua vez, foram fragmentadas cada vez mais. Tal concepção mecanicista e reducionista – conhecida como modelo cartesiano/newtoniano – determinou o curso da maioria das ciências (CAPRA, 2006).

A crise paradigmática atual

Cada época é regida por um paradigma, mas nós vivemos atualmente uma ‘crise paradigmática’, o paradigma clássico/newtoniano não mais se sustenta em nenhuma das áreas de nossas vidas (educação, política, familiar, financeira, social, ecológica, saúde, etc.), faz-se necessário novos rumos, novas visões, um novo modo de olhar o mundo e lidar com ele, assim como novas maneiras de lidar com as anomalias apresentadas pelo paradigma clássico-newtoniano.

No livro organizado por Crema e Brandão (1991), Pierre Weil, no artigo intitulado “Ondas a Procura do Mar”, escreve o seguinte: “A transição de um paradigma para outro se caracteriza por uma crise. Enquanto a “ciência normal” prossegue em suas pesquisas dentro do antigo paradigma, certas “anomalias” são simplesmente ignoradas... Assim sendo, a crise é uma pré-condição necessária para o aparecimento de novas teorias”; ainda, “Nosso mundo está em crise, provocada por lacunas e falhas do paradigma reinante e suas extrapolações”.

Modelo Biomédico

Fruto do paradigma clássico-newtoniano, temos na saúde, o modelo biomédico. Neste modelo, o ser humano é visto em partes ou órgãos, os tratamentos são especializados e, no máximo, quando não se tem uma causa que possa ser quantificada de algum modo (exames clínicos, laboratoriais, etc.), o diagnóstico é de um problema ‘psicológico’ ou ‘de fundo emocional’ e encaminhado a um psiquiatra ou terapeutas, que lidem de algum modo, baseando-se nas mais diferentes formas de abordagem teóricas terapêuticas.

“Aos poucos, o modelo biomédico, que se baseava principalmente em pesquisas e na fisiologia experimental, tornou-se o mais influente (Myers e Benson, 1992). A doença passou a ser definida como um desvio do normal não mais holisticamente, como um desequilíbrio não-natural. O foco na interação entre os psicológicos, ambientais e pessoais foi substituído pela ênfase nas anormalidades biológicas... A ênfase sobre os sistemas corporais como um todo foi substituída pela tendência a reduzir os sintomas a partes menores, de modo que cada sistema era considerado separadamente... Finalmente, o materialismo tomou lugar da tendência anterior, que considerava os fatores morais, sociais e psicológicos (não-materiais) ao tratar o paciente” RAMOS, 2006, p. 32).

Nesse modelo, fragmentamos o ser humano não só em mente e corpo, mas como se cada órgão do corpo existisse separadamente.

Na musicoterapia, se estivermos sob a ótica do modelo biomédico, fica muito complicado podermos atuar. Não existe uma música ou um som específico para o fígado, ou estômago, nem tampouco para uma lesão cerebral, depressão, luto ou coma. Sabemos que a música, por sua vibração e por nossas escutas diferenciadas, em cada momento não pode ser aviada como receita se não nos ativermos a um ser humano, suas escutas e expressões únicas.

Precisamos, portanto, escutar nossos interagentes nessa perspectiva na qual um som não atinge especificamente ‘um ponto’, seja do corpo da mente, da

emoção, mas se é envolvido por todos os territórios que estão formados naquele momento na ambiência terapêutica.

Modelo Holístico

Vários autores, dentre eles F. Capra (2006), D. Ramos (2006), P. Weil (2006), S. Grof (1987), M. Ferguson (1995), nos falam de um outro paradigma que vem há anos se instalando e o nome dado a este modelo ou estrutura é *holístico*.

“A palavra ‘holístico’ vem do grego *holos* (“todo”). Segundo Weil (1990), o termo foi usado nas ciências pela primeira vez em 1926 por Smuts, no livro *Holism and Evolution*, para afirmar que o universo seria um conjunto em constante formação. Haveria uma força vital responsável pela formação de conjuntos em diferentes níveis: ideológico, biológico e psicológico. Para Smuts, a totalidade é uma característica fundamental do universo, o produto da pulsão de sintetizar que vem da natureza” RAMOS, 2006, p.45).

Ramos (2006), afirma também que alguns progressos da ciência ampliaram nosso modo de ver a relação mente-corpo. Dentre eles a medicina molecular, neurobiologia, genética e a aplicação da teoria quântica na biologia, levaram-nos a uma nova reflexão sobre saúde e doença.

No capítulo ‘A Cientificidade na Relação Terapêutica: uma ampliação na perspectiva quântica’ de Hellmann e Dellagiustina (HELLMANN, WEDEKIN e DELLAGIUSTINA, 2008), os autores traçam um paralelo de como a perspectiva quântica pode inspirar novas formas de ver o mundo e nos ajudar a compreender os seres em relação, especificamente nas abordagens terapêuticas:

“É da interação sujeito-sujeito que se constrói a relação humana. O encontro humano é algo que acontece entre seres humanos que se defrontam e dialogam e se instalam no ser (BUBER, 1974,P.46). Diz ainda o autor que “relação é reciprocidade”. Assim, a relação humana ou entre seres humanos, portanto a relação terapêutica é imediata e não pode ser reduzida a fragmentos explicativos, a teorias que enquadram, fecham, limitam, pois corre o risco de perder sua totalidade. Adiante, a terapêutica se dá através da relação recíproca, não através da observação de um terapeuta sobre um ser observado que responde a teorias pré-formatadas e pré-estabelecidas. Assim sendo, entender o Ser e a saúde humana dentro de regras dadas, a partir de médias desejáveis, de padrões e métodos a que qualquer pessoa poderia ser submetida, pode tornar-se uma forma de limitar a compreensão do interagente” (HELLMANN e DELLAGIUSTINA, 2008,p.21).

A Ambiência Terapêutica

Como abordado no livro “Acontecimentos sonoros em Musicoterapia A Ambiência Terapêutica”; Maranhão, São Paulo: Apontamentos, 2007, enriquecidos pelas idéias de Humberto Maturana (2001) sobre o observador, faz sentido que um território formado na ambiência terapêutica nunca seja o mesmo, pois os acontecimentos se dão nos próprios acontecimentos enquanto estes estão acontecendo.

No capítulo intitulado “A Ambiência Terapêutica” (HELLMANN, WEDEKIN e DELLAGIUSTINA, 2008), Maranhão diz:

“Quando pensamos no interagente, no território terapêutico no momento de um atendimento, e em sua organização, não há como pensar nos acontecimentos como sendo fixos, como se o observar de qualquer observador os observasse igual, aqueles já esperados e programados, que simplesmente deveriam ocorrer e depois ocorrem, mas só podemos pensar em *uns* acontecimentos, que são construídos no linguajar terapêutico nos momentos que os componentes deste território estão em interação, que, ao se produzir, produzem a si mesmos” (MARANHÃO, 2008, p.89).

A razão não existe sem a emoção, que permeia todos nossos pensamentos, comportamentos e contamina nossas observações, experiências havidas e nos acompanha na linguagem, quando reformulamos no linguajar os acontecimentos em nossas vidas. Maranhão, pensando Maturana (2001), conclui:

“A reformulação das experiências havidas não existem livres de contaminações. O que explicamos não pode ser explicado fora de nós mesmos, e isso pode nos levar a enganos quanto ao nosso observar... A emoção faz com que os sistemas, mesmo aqueles inicialmente aceitos sem questionamento, mudem conforme a emoção se altera” (MARANHÃO, 2007,p.64).

Na ambiência musicoterápica, as escutas nunca são fixas ou lineares. Isso faz com que não possamos traçar e antecipar como será cada atendimento.

“Na *ambiência musicoterápica*, no momento de um atendimento, não podemos antecipar acontecimentos e saber em que momento e espaço quais desejos, lembranças, impressões, afetos, expressões, reações, emissões, silêncios, pensamentos, sentimentos, conclusões, observações, falas, cantos, gritos, relações e interações irão se tocar e que tramas serão armadas” (MARANHÃO, 2007, p.53).

Tão inconcebível é, portanto, o uso da ‘farmacopéia musical’, difundida em vários livros sobre musicoterapia à nossa disposição. Para ‘tal’ doença, desconforto físico ou psicológico, ou estado de humor, acompanha uma lista de compositores, obras ou estilos musicais que seriam úteis e poderíamos obter ‘a

cura'. Desconsideram, totalmente, o ser humano único com o qual estamos atuando terapeuticamente e a forma, também única, como vivencia seus desequilíbrios, equilíbrios e as transformações.

Terapeuta e interagente na ambiência terapêutica

Outra escuta importante é o comprometimento do interagente em seu processo terapêutico.

“O primeiro passo nesse tipo de autocura será o reconhecimento pelos pacientes, de que eles participam, conscientes ou inconscientemente, da origem e desenvolvimento de sua doença, e que, por conseguinte, também poderão participar do processo de cura. Na prática, essa noção de participação do paciente, que subentende a idéia de responsabilidade por parte dele, é extremamente problemática e vigorosamente negada pela maioria dos pacientes. Condicionados como estão pela estrutura cartesiana, eles se recusam a considerar a possibilidade de que tenham participação em sua doença, associando essa idéia com julgamento moral e culpa” (CAPRA, 2006, p.322).

Para podermos colocar em prática as concepções de visão integral de ser humano, M. Ferguson (1995) lista algumas pressuposições do que chama de 'velho' e 'novo' paradigma:

- Cita para o velho: tratamento dos sintomas; especializado; profissionais emocionalmente neutros; dor e doença negativos por completo; intervenções básicas com medicamentos e cirurgia; o corpo visto com uma máquina em bom ou mau estado de conservação; o paciente é dependente; o profissional é a autoridade; o corpo e a mente são separados (os males psicossomáticos são entregues ao psiquiatra); a mente é um fator secundário na doença orgânica; crenças básicas em informações quantitativas (fichas médicas, testes, dados diversos) e “prevenção” – vitaminas, repouso, exercícios, imunização, proibição do fumo.

- Para o novo: busca de padrões e causas, mais tratamento dos sintomas; integrado, preocupado com o paciente como um todo; ênfase nos valores humanos; o desvelo dos profissionais é um dos componentes da cura; dor e doença são informações sobre conflitos e desarmonias; intervenções mínimas com a “tecnologia apropriada”, complementares com todo o instrumental de técnicas não-agressivas (psicoterapias, dietas, exercícios); corpo como um sistema dinâmico, um contexto, um campo de energia dentro de outros campos; doença como um processo; paciente autônomo e profissional parceiro terapêutico; crença básica em informações quantitativas, inclusive relatos subjetivos dos pacientes e

intuições profissionais; prevenção – trabalho, relacionamentos, objetivos, corporemente-espírito.

Nessa perspectiva de visão integral de ser humano e das relações terapêuticas, não deixaremos para trás todo o aprendizado e legado científico, mas tudo pode ser incorporado com a finalidade de ajudar um ser humano que necessite. Capra (2006, p.299) diz que: “A abordagem holística da saúde e dos métodos de cura estará, portanto, em harmonia com muitas concepções tradicionais, assim com será compatível com as modernas teorias”.

A cura deve aqui ser entendida como a restituição de nova norma (normalidade) individual, portanto não voltando a ser o que era antes do processo de adoecer, mas compreendendo uma mutação de um arranjo em outro, mesmo que acompanhada de déficits, pois a saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador e legislador de normas vitais. Curar, neste sentido, é abrir-se às novas possibilidades, novos valores, e não voltar a ser o que era antes, pois a vida não reconhece a reversibilidade (Canguilhem, 2002).

Conclusões Finais

Temos ainda um longo caminho a ser percorrido até que a visão integral possa estar plenamente instaurada, ainda não temos um aporte teórico suficientemente consistente para podermos embasar nossas ações terapêuticas. “Ao retomar antigos conceitos, práticas, métodos e técnicas, o modelo holístico procura integrá-los no mundo moderno. No entanto, mesmo entre as obras de autores que procuram utilizar uma nova abordagem, notamos a falta de um modelo conceitual” (RAMOS, 2006, p.48).

Mas Capra (2006), diz que as várias concepções de saúde e doença, que vêm sendo pensadas e teorizadas por diversos autores, possam estar esboçando a estrutura básica para a nova abordagem holística para a assistência à saúde.

“A assistência à saúde consistirá em restaurar e manter o equilíbrio dinâmico de indivíduos, famílias e outros grupos sociais. Significará pessoas cuidando de sua própria saúde, individualmente, como sociedade, e com a ajuda de terapeutas... Além disso, será importante considerar a interdependência de nossa saúde individual e a dos sistemas sociais e ecológicos em que estivermos inseridos” (CAPRA, 2006,p.325).

Considero de extrema importância que estejamos, principalmente como educadores, pensando sobre esses temas, os quais não temos mais como ignorar,

com nossos alunos e orientandos. Assim, poderemos com mais eficiência não pré-julgar, enquadrar ou escutar destorcidamente nossos interagentes.

Quando somos envolvidos pelos sons e pelas músicas nos mais diversos territórios formados nas ambiências terapêuticas, devemos estar cientes como musicoterapeutas, que os componentes e acontecimentos estão em interação e que, ao se produzir, produzem-se a si mesmos. Não há condições de práticas ou técnicas que possam servir para qualquer indivíduo indiscriminadamente, como 'receitas', nem meios de programarmos um atendimento com a certeza de que aquilo que estamos propondo irá ser concluído com sucesso.

Numa visão integral de ser humano:

“Não pode haver, portanto, um mundo preestabelecido, dado como um fato externo, um mundo dado *a priori*, no qual a expressividade é fixa. Não pode ser esse um território terapêutico, pois cada *interagente* é um ser com suas escutas singulares. Cada indivíduo configura sua escuta de um modo diferenciado, demarca seus territórios de modo único e não há como 'representar' seus problemas, pois, no território terapêutico, seus problemas serão produzidos conforme acontecem no tempo. Na interagência, *interagente* e terapeuta emergem na *ambiência terapêutica* que os faz emergir, plenos de agentes transformadores os quais permitem seguir a vida com equilíbrio e harmonia.” (MARANHÃO, 2008, p.90).

Referências Bibliográficas

- BRANDÃO, D. e CREMA, R. **O Novo Paradigma Holístico**. São Paulo: Summus, 1991.
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.
- FERGUSON, M. **A Conspiração Aquariana**. São Paulo: Record, 1995
- GROF, S. **Além do Cérebro**. São Paulo: McGrawHill, 1987.
- HELLMANN F, WEDEKIN, L. e DELLAGIUSTINA, M. **Naturopatia Aplicada – Reflexões sobre Saúde Integral**. Tubarão/SC: Unisul, 2008.
- MARANHÃO, A.L. **Acontecimentos Sonoros em Musicoterapia – A Ambiência Terapêutica**. São Paulo: Apontamentos, 2007.
- MATURANA, H. **Cognição, Ciência e Vida Cotidiana**. Belo Horizonte/MG: Ed. UFMG, 2001.
- MIGLIONI, R. **Paradigmas e Educação**. São Paulo: Instituto H.E.P.C., 2004.
- RAMOS, D. G. **A Psique do Corpo**. São Paulo: Summus, 2006.