



**I FÓRUM DE MUSICOTERAPIA DA AMT-RS
SAÚDE PÚBLICA – INSERÇÃO DA MUSICOTERAPIA**

**18 E 19 DE ABRIL DE 2009.
LOCAL: SALÃO NOBRE- FACULDADES EST**

**Comissão Organizadora do
I Encontro de Musicoterapia da AMT-RS:**

MT Alberto Jesus Herrera Becerra
MT Chiara Lorenzzetti Herrera
MT Graziela Carla Trindade Mayer
MT Luiza Thomé da Luz
MT Sofia Cristina Dreher

Colaboradores:

MT Marly Chagas
TO Bárbara Ferreira Leite
MT Jesús Alberto Herrera Becerra
MT Chiara Lorenzzetti Herrera
MT Claudimara Zanchetta
MT Graziela Carla Trindade Mayer
MT Irene Marli Bertschinger
PSI Silvani Botlender Severo
TO Vilma Linda Reinar



I FORUM DA AMT-RS

“Saúde Pública: inserção da musicoterapia”

Programa

18 de abril de 2009 – Sábado

Manhã

8:00 / 8:30 – Inscrições e entrega de material

8:30 – Abertura do I Fórum de Musicoterapia da AMT-RS

9:00 – Workshop: Produzindo saúde através da Musicoterapia (1ª parte) – *Marly Chagas*

10:30 – Intervalo

10:45 – A Inserção do Musicoterapeuta na Equipe Multiprofissional de Saúde: desafios da inter/transdisciplinaridade – *Silvani Botlender Severo*.

11:45 – Assembléia da AMT-RS

12:30-13:30 – Intervalo -Almoço

Tarde

13:30 – Vivência: Regendo Emoções - *Chiara Lorenzzetti Herrera*

14:00 – Cantando Histórias: resgate da vida através da Musicoterapia - *Claudimara Zanchetta*

15:00 – Intervalo

15:15 – Laços musicais: musicoterapia com grupo de gestantes adolescentes, pais, bebês e familiares – *Irene Marli Bertschinger*

16:15 – Musicoterapia na Saúde Mental de Caxias do Sul - RS – *Jesus Alberto Herrera Becerra e Chiara Lorenzzetti Herrera*

17:15 – Apresentação dos Grupos de Musicoterapia do CAPS A.D. "Reviver", do CAPS "Cidadania" e do SRT Serviço Residencial Terapêutico de Caxias do Sul

19 de abril de 2009 – Domingo

Manhã

9:00 – Workshop: produzindo saúde através da Musicoterapia (2ª parte) - *Marly Chagas*

10:30 – Intervalo

10:45 – Mesa redonda: “Inserção da Musicoterapia nas equipes de saúde”.

-Terapeuta Ocupacional Bárbara F. Leite

-Terapeuta Ocupacional Vilma Linda Reinar

-Musicoterapeuta Graziela C. Trindade Mayer

-Musicoterapeuta Marly Chagas

12:30 – Encerramento - Apresentação Musical: Ginga Pra'que (Coordenação Prof. Daniel Hunger)

Sumário

A Inserção do Musicoterapeuta na Equipe Multiprofissional de Saúde: desafios da inter/transdisciplinaridade – Silvani Bottlender Severo.	03
Cantando Histórias: resgate da vida através da Musicoterapia - Claudimara Zanchetta	12
Laços musicais: musicoterapia com grupo de gestantes adolescentes, pais, bebês e familiares – Irene Marli Bertschinger	19
Musicoterapia na Saúde Mental de Caxias do Sul - RS – Jesus Alberto Herrera Becerra e Chiara Lorenzzetti Herrera	27
 Mesa redonda: Inserção da Musicoterapia nas Equipes de Saúde	
Bárbara F. Leite	36
Vilma Linda Reinar	38
Graziela Mayer	47
Marly Chagas	53

A INSERÇÃO DO MUSICOTERAPEUTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE: desafios da inter/transdisciplinaridade

Severo, S. B.¹

RESUMO

Este artigo reflete sobre os desafios advindos do trabalho coletivo em saúde pública e a inserção do musicoterapeuta nas equipes multiprofissionais. Trabalhar neste contexto complexo exige dos trabalhadores o desafio de integrar distintos saberes/poderes no trabalho das equipes visando o desenvolvimento de práticas inter/transdisciplinares. A inserção do musicoterapeuta nas equipes de saúde é compreendida como decorrência do fortalecimento da clínica ampliada e de um modelo de atenção que tem foco na produção de saúde e de sujeitos.

Palavras-chave: Musicoterapeuta. Equipe Multiprofissional de Saúde. Inter / Transdisciplinaridade.

Esta escrita propõe reflexões sobre os desafios no trabalho coletivo em saúde pública e a inserção do musicoterapeuta nas equipes multiprofissionais. E, este assunto nos referencia a temas, como: saúde; saúde pública; trabalho na saúde; trabalhador em saúde; equipe multiprofissional; processos inter e transdisciplinares.

Contextualizamos, então, esse sistema complexo que é a Saúde Pública no Brasil. Anteriormente, no século XIX a saúde era trabalhada na lógica das campanhas sanitaristas com o objetivo de higienizar as áreas urbanas das epidemias: “As práticas sanitárias visaram, fundamentalmente, o controle de um conjunto de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas no espaço da cidade e outras áreas do campo” (Costa, 1986, p.12). Era uma saúde entendida a partir do discurso da Polícia Sanitária, onde os interesses do Estado eram assegurados através de excessivo controle coercitivo sobre a população.

A partir de questionamentos de pessoas que ficavam a margem do sistema de saúde por não serem trabalhadores vinculados a previdência e pelas críticas a um modelo centrado nos hospitais e no atendimento focado em pronto-atendimentos, diversas ações desencadeadas por trabalhadores da saúde e participantes dos movimentos sociais construíram as bases para a inclusão dos fundamentos na

¹ A autora é trabalhadora em saúde com pesquisa sobre o trabalho coletivo em equipes multiprofissionais na saúde. Possui experiência na docência de cursos na área de saúde e atualmente é professora do Bacharelado em Musicoterapia das Faculdades EST. silvani@hotmail.com

Constituição de 1988 de um sistema único hierarquizado e organizado a partir das seguintes diretrizes: “I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – Participação da comunidade” (art. 198, CF).

Estes fundamentos surgiram da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que ocorreu em 1986 (p.30) e que teve a participação de cerca de quatro mil pessoas. É um marco significativo de encaminhamento para uma legitimidade social e política na área da saúde. As diretrizes advindas deste evento democrático e que incluiu representantes de vários segmentos da sociedade, consolidou o movimento de Reforma Sanitária.

A partir desta conferência a saúde foi definida como:

a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

Abordaremos assim, a saúde dentro do ponto de vista do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8080/90) e Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Uma “Saúde Pública” que tem como essência a coletividade e a construção de práticas a partir de saberes/poderes entre as três esferas de governo, assim como também entre trabalhadores, gestores e usuários. Esta Lei Orgânica da Saúde nasceu das forças sociais organizadas no movimento de reforma sanitária e que incorporou suas premissas na Constituição Federal de 1988.

O modelo de saúde, anterior ao SUS, dividia a população entre os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem trabalhadores com carteira assinada (previdência social); e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atendimento igualitário e cuidar e promover a saúde de toda a população.

Com a promulgação da Lei do SUS há um rompimento na lógica de cidadania regulada, onde somente os trabalhadores contribuintes da Previdência Social tinham garantia a assistência a saúde. Entra o conceito de cidadania plena no princípio da universalidade do acesso. O SUS constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros.

Nesta inversão, redefini-se também a reorientação do modelo assistencial de uma atenção focada no indivíduo e nas práticas prioritariamente curativas para um modelo de atenção integral e psicossocial, com ênfase na promoção, proteção e recuperação da saúde de sujeitos e de coletivos.

A ampliação deste conceito que, compreende o processo saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho e a ênfase no acesso igualitário aos serviços, integralidade e participação social; conjuntamente, com a reafirmação na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) da necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), traz: “a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde” e o “reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção”.

O SUS inaugura uma rede de atenção à saúde constituída pela exigência de uma visão de atenção integral com o cuidado às várias dimensões da vida dos indivíduos, sejam elas educativas, preventivas, de assistência ou reabilitação. Deve estar submetida aos princípios do SUS tendo a saúde como um direito, a integralidade, a universalidade, a equidade, a intersetorialidade, a humanização do atendimento e a resolutividade. Tendo com seus orientadores as diretrizes dos serviços como acolhida, vínculo, responsabilidade e as suas equipes com práticas de trabalho inter/transdisciplinares.

Severo & Seminotti (2007, p.57) realizaram pesquisa sobre a ativação da integralidade nos processos de trabalho nas equipes multiprofissionais e sobre a integração disciplinar nas ações em saúde.

É nas equipes multiprofissionais, no processo e na organização desse pequeno grupo, em que todos se conhecem e reconhecem em seus modos de existência e nas diferenças e semelhanças que há na intersubjetividade entre eles (Seminotti, 2000; Seminotti, Borges, & Cruz, 2004), que a experiência reflexiva propicia o reconhecimento e a legitimação das lógicas singulares, podendo viabilizar a integração dos saberes.

Citando Peduzzi (2001) os autores refletem sobre estes desafios da inter/transdisciplinaridade, onde a predominância do trabalho nas equipes apresenta abordagens estritamente técnicas, sendo que, “a atividade de cada área profissional é

apreendida como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades no qual a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada” (Severo & Seminotti, no prelo).

Apoiados em Pombo (2005) concebem a integração disciplinar como um processo que parte da pluri/multidisciplinaridade onde os profissionais trabalham juntos e há o paralelismo de pontos de vista; progredindo para uma combinação, convergência e complementaridade, ultrapassando a dimensão do paralelismo e caracterizando-se num processo interdisciplinar que constrói a abertura para um conjunto de diferentes níveis de realidade e de percepção, e que se remete a complexidade e as ações transdisciplinares.

Para pensar o fenômeno em sua complexidade é preciso evitar a visão unidimensional. Diante deste cenário complexo recorreremos aos estudos sobre a complexidade e alicerçamo-nos nos princípios do método (Morin, 2002a, p.93-96) para auxiliar a compreensão/explicação desses processos:

- Princípio sistêmico ou organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo;
- Princípio “hologrâmico”, em que a parte está no todo, assim como o todo está inscrito nas partes;
- Princípio do circuito retroativo, em que a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa, modificando-a, gerando um novo efeito (retroação auto-reguladora);
- Princípio do circuito recursivo, em que os produtos e os efeitos são eles mesmos produtores e causadores do que os produz;
- Princípio da autonomia/dependência entre Sujeito/indivíduo/ambiente (auto-eco-organização);
- Princípio dialógico – união entre ordem e desordem gera novas organizações; idéias e ações antagônicas, complementares ou concorrentes formam novas sínteses;
- Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, revelando o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro em uma cultura e época determinadas.

Os trabalhadores em saúde, co-operando em um sistema de saúde, a partir de uma dinâmica organizacional que implica reflexão sobre atravessamentos e transversalidades entre o Sujeito e a Coletividade necessita reformar o seu pensamento no contexto e no complexo (Morin, 2002).

Para Morin (2005) as diversas definições de sistemas do séc. XVII incluíam a idéia de que uma unidade global é constituída pela inter-relação entre as partes. Entretanto, acrescenta o autor que, além da totalidade organizada e da interconexão entre as partes, é preciso ligar totalidade à inter-relação pela idéia de organização. (...) Resgata-se, então, o aspecto dinâmico dos sistemas (SEVERO & SEMINOTTI, 2007, p.60).

O trabalho na saúde é prescrito para ser executado pelos diferentes profissionais a partir de suas disciplinas, mas também e, principalmente, é o que se realiza nas situações concretas de trabalho. No cotidiano profissional, nos serviços de saúde, o trabalhador preenche a lacuna entre o prescrito e o real, produzindo saúde e sujeitos, para efetivar a gestão e a atenção, em função das necessidades dos usuários (Brasil, 2008).

Enfim, construindo coletivamente a política pública em saúde. A organização de seu fazer profissional/disciplinar depende da organização dos processos de trabalho nas equipes e nos serviços e da política pública em saúde, definida como integralidade da atenção por Mattos (2001, 2004). Esta organização encontra subsídios nos princípios do Método, descritos acima, pois é na recursividade organizacional e na interdependência auto-eco-organizadora que as ações individuais e coletivas podem ser integradas nos processos de trabalho.

Incluimos a seguir a representação desta dinâmica sistêmica desenvolvida a partir das reflexões sobre a organização dos processos de trabalho na saúde.

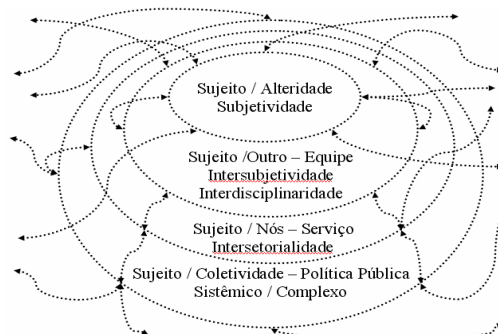


Fig. 1: Dinâmica Recursiva e Organizacional
(Severo & Seminotti, 2007, p.63)

O Sujeito trabalhador enquanto um sistema Sujeito/Alteridade é “concebido no centro da reorganização e reorientação do modelo de atenção à saúde, compreendendo-o, assim, como parte constituinte, produto e produtor do sistema de saúde e da política pública. É um Sujeito sócio-histórico que participa da produção em saúde coletiva e constrói condições para ela”.

Assim, co-existem lógicas distintas que embasam os modelos de atenção a saúde: algumas estão centradas na doença e no indivíduo e na separabilidade entre os saberes disciplinares; outras enfocam a transdisciplinaridade na saúde e os determinantes sócio-econômicos que atravessam a vida dos sujeitos.

Defendemos uma Saúde enquanto defesa da vida e de relações de cuidado; onde um trabalhador e/ou uma equipe encontra-se no lugar de quem cuida e um sujeito e/ou um grupo de sujeitos está no lugar de ser cuidado. Referimo-nos a um campo de atividades onde convivem aqueles que assumem o lugar de cuidadores/terapeutas - trabalhadores em saúde; àqueles que são cuidados (usuários/pacientes/clientes) àqueles que prestam serviços aos trabalhadores e pacientes; assim como, todos aqueles que trabalham com a formação profissional, seja acadêmica ou nos serviços em saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), um dos atores participantes da construção desta política pública de saúde, através da resolução 287/1998 atualmente, reconhece quatorze (14) profissionais trabalhadores em saúde: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Este reconhecimento e inserção de distintos profissionais no campo da saúde vêm ao encontro de uma conceituação de saúde não somente como ausência ou eliminação de doença, mas como uma construção social, um direito humano fundamental e bem público como pré-requisito para o desenvolvimento sócio-econômico. Enfim, uma saúde coletiva.

Assim, não tendo o foco somente sobre as patologias e a partir de uma concepção positivista de cura que advém da relação doença-intervenção-cura e sim, entendendo a saúde como um processo entre doença-cuidado-saúde-cidadania, é

imprescindível que a saúde seja considerada a partir de diversos saberes e ações que priorizem a abordagem das potencialidades saudáveis dos indivíduos.

A tradição taylorista do mundo do trabalho na saúde produz fragmentação e separação entre os que planejam e os que executam, entre a atenção e a gestão e muitas vezes, a produção torna-se serial e aliena os trabalhadores do seu próprio trabalho. Campos (2000) desenvolveu e trabalha com o método da roda que objetiva a constituição de Coletivos Organizados:

“o que implica construir capacidade de análise e co-gestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição. Trabalho significando não somente um meio para assegurar sustento material, mas também implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades”.

Assim, os desafios² deste trabalho coletivo em equipes multiprofissionais, como da inserção do musicoterapeuta nestes contextos, são:

- Integrar as formações disciplinares; diferentes conceitos e saberes sobre saúde e doença;
- Integrar as intervenções técnicas realizadas no atendimento aos usuários (ações simultaneamente interdependentes e autônomas entre os trabalhadores que compõem as equipes multiprofissionais);
- Compreensão da unidualidade entre a LÓGICA DISCIPLINAR/LÓGICA DA DOENÇA (reprodução de modelos e práticas de atenção embasada numa visão de Sujeito fragmentado, descontextualizado e unidimensional) e a LÓGICA TRANSDISCIPLINAR/LÓGICA DA INTEGRALIDADE nas práticas de reorientação do modelo assistencial (práticas integrais);
- Reformar o pensamento (contexto & complexo) - a diferença entre o paradigma cartesiano/mecanicista, que separa e reduz, e o paradigma complexo, que distingue e une.

² Para aprofundar esta discussão ver Severo & Seminotti (2008) pesquisa de mestrado sobre a integralidade e transdisciplinaridade no trabalho das equipes multiprofissionais na saúde.

É pela reflexão sobre o processo de trabalho nas equipes que os Sujeitos trabalhadores viabilizam estratégias coletivas de transformação do conhecimento e da prática profissional.

A Política Nacional de Humanização - PNH vem consolidando inúmeros estudos e pesquisas na área da saúde para construir ferramentas de valorização dos sujeitos: usuários, trabalhadores e gestores; de fomento a autonomia e o protagonismo desses sujeitos; do aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e sujeitos; de alteração dos modelos de atenção e de gestão das práticas de trabalho reorganização/reorientação; e de propostas de uma nova relação entre usuários, suas redes sociais e os trabalhadores.

E o musicoterapeuta, como se insere neste contexto complexo? Ele é um trabalhador em saúde? Podemos afirmar que pela sua prática ele é um trabalhador em saúde, entretanto é de fato e não de direito, e esta condição deve ser uma conquista sistemática e participativa. Ele necessita ter rigor científico e tolerância para interdisciplinarizar nos processos de trabalho (Nicolescu, 2005). Assim como os diferentes profissionais das ciências biomédicas, este trabalhador precisa investir no seu espaço junto às equipes. Um espaço que vem sendo ampliado pela referência e defesa de uma clínica ampliada e de um modelo que inclua os distintos saberes disciplinares. “A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes” (Brasil, 2007, p.3). Incluindo nestas práticas também os saberes dos usuários.

Mas, ajudar usuários e trabalhadores a lidar com a complexidade dos Sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade significa ajudá-los a trabalhar em equipe. É na interação entre os diferentes Sujeitos da equipe (justamente valorizando essas diferenças) que se poderá mais facilmente fazer uma clínica ampliada. No entanto, isso não é fácil. Lidar com diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe é um aprendizado coletivo (Brasil, 2007, p.4).

Referências

BRASIL. **Documento Base da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde**. 3ª. Edição. Distrito Federal, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde:** valorização dos trabalhadores da saúde. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, GWS. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

COSTA, J. F. da. **Ordem Médica e Norma Familiar.** 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Acesso em 30.03.2009 em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>

Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Acesso em 30.03.2009 em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

MATTOS, RA (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R., Mattos, R.A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ/ABRASCO, p.39-64.

MATTOS, RA (2004). **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 20 (5): 1411-1416, set-out.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 6.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

NICOLESCU, B. **Transdisciplinarity:** past, present and future. CD-ROM, Congresso Mundial de Transdisciplinaridade, Espírito Santo: Vitória, 06 a 12/09/2005.

SEVERO, S. B, SEMNOTTI, N. A Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Aceito em 23.12.2008. http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?-id_artigo=3077&var=1

SEVERO, S. B, SEMNOTTI, N. O Sujeito e a Coletividade: um caminho transdialógico na saúde coletiva. **Psicol. USP**, São Paulo, out/dez. 2007, 18 (4), p.53-78.

CANTANDO HISTÓRIAS: RESGATE DA VIDA ATRAVÉS DA MUSICOTERAPIA

Claudimara Zanchetta¹

*“Viver e não ter a vergonha de ser feliz,
cantar e cantar e cantar a beleza de ser
um eterno aprendiz...” (Gonzaguinha).*

RESUMO: O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno universal e uma experiência individual que faz parte da aventura humana confrontada à finitude, no contexto de um grupo social, cultural e afetivo. A velhice como a música, pertence ao tempo. Através das canções de uma vida inteira, é possível relembrar momentos que, marcaram uma determinada fase da vida, uma geração, uma época. Este trabalho tem como objetivo demonstrar o quanto a musicoterapia auxilia no resgate da identidade sonora, autonomia, memória, relação interpessoal, dentro de uma instituição de longa permanência (ILP), fazendo com que o idoso tenha uma melhora de qualidade de vida e que se mantenha ativo independente da idade em que se encontra. O grupo musical – Os velhos Guris é um exemplo de alegria e produtividade.

PALAVRAS-CHAVE: instituição de longa permanência, idoso, musicoterapia.

Ao longo das últimas décadas, novas formulações, interpretações e métodos têm focalizado os desafios do envelhecimento humano, tanto no que concerne ao estudo de diferentes dimensões psico-sociais, como de intervenções em saúde e educação. Isto tem repercussões nas crenças, nos valores individuais e sociais, nas práticas institucionais e de grupos informais voltadas para a promoção do lazer, da atividade, da saúde, da participação social, da informação e da educação de idosos, em diferentes contextos socioculturais.

O envelhecimento populacional brasileiro ocorre num cenário de profundas transformações sociais, urbanas, industriais e familiares. Com a redução dos núcleos

¹ **Claudimara Zanchetta/PR:** Musicoterapeuta formada pela FAP/PR, Especialista em Psicologia Corporal Reichiana, formada pelo Centro Reichiano (Curitiba-PR); autismo, geriatria, consultório particular, consultoria e treinamento em empresas e escolas. E-mail: clauzanchetta@gmail.com

familiares, evidenciam-se dificuldades para o desempenho de funções tradicionalmente atribuídas ao seio parental.

A transferência de um idoso para uma instituição de longa permanência (ILP) é alternativa plausível e adequada em diversas situações: necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças ou níveis de dependência muito elevados.

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo (SBGG-SP), as Instituições de Longa Permanência (ILP) são:

estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato – devem proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário.

O sucesso da promoção do envelhecimento saudável em ILP depende fundamentalmente da intervenção de uma equipe multi e interdisciplinar dentro das ILP, proporcionando ao idoso um atendimento individualizado e apropriado às necessidades particulares de cada interno.

Objetivando ocupar os idosos moradores em instituições, melhorar o bem estar individual e coletivo e a percepção positiva de qualidade de vida, muitas ILP oferecem aos seus moradores atividades de recreação, ocupação e terapêuticas. Estas atividades podem envolver desde o uso de jogos lúdicos, o estímulo à dança ou a expressão corporal, até a prática de artesanato, pintura ou música, contribuindo assim na sociabilização, na descoberta de novas possibilidades e o reencontro com a espontaneidade e a expressividade.

“A musicoterapia é uma forma de tratamento aonde o paciente, através do canal sonoro-musical, dará vazão à sua criatividade, estimulando suas capacidades físicas, mentais, cognitivas e sociais, seja em grupo ou individualmente” (BRUSCIA, apud Souza 2002 pg.872). A musicoterapia pode, portanto, estar inserida nesta equipe como mais uma das formas de tratamento para melhorar a qualidade de vida dos moradores do lar.

As histórias de vida precisam ser valorizadas. Segundo Zanini (2009, pg. 01) a velhice deve ser entendida como uma etapa da vida, da mesma forma que temos a infância, a adolescência e a maturidade. São fases, etapas da vida, nas quais acontecem

modificações que afetam a relação do indivíduo com o meio, com o outro e com ele mesmo, dentro de um determinado ou, geralmente, indeterminado tempo.

O tempo, que valor damos a ele? O que fazemos com ele? Verdadeiramente é junto ao tempo que construímos nossas histórias, nossas lembranças, o que realmente somos.

Cantamos em muitos momentos de nossa vida, a velhice é mais uma etapa em que se tem muitas histórias para contar e para cantar. Após pesquisar qualitativamente o envolvimento da musicoterapia no envelhecimento, Zanini (2009, pg 01) concluiu: que o “cantar” é meio para auto-expressão e auto realização; que as canções revelam a “subjetividade/existencialidade interna do ser”; que a auto-confiança do participante de Coros Terapêuticos faz com que ele tenha melhores expectativas para o futuro.

Segundo Gatti (2009, pg 07), a musicoterapia contribui e demonstra ser eficaz para promoção de bem-estar subjetivo de grupo de idosos de baixo nível sócio-econômico com queixas de memória.

O objetivo deste artigo é apresentar um relato de experiência com grupo de musicoterapia em ILP filantrópica para homens idosos, no município de Curitiba – PR.

Trata-se de estudo qualitativo utilizando a abordagem da representação social, descrito como relato de experiência. A representação social é uma forma de saber prático, que liga um sujeito a um objeto (de natureza social, material ou ideal), pois a representação se encontra em uma relação de simbolização e de interpretação de seus significados⁷.

A experiência teve início quando a autora (CZ), com formação de musicoterapeuta, foi formalmente contratada pela ILP no ano 2003, com o objetivo de promover atividades terapêuticas e de socialização entre os internos da instituição.

A proposta inicial do trabalho era de proporcionar aos moradores do Lar uma atividade que contribuísse para a melhora na qualidade de vida, pois a tendência do idoso era a de estar no isolamento e na inatividade.

Os atendimentos são abertos a todos os moradores, onde o próprio idoso toma a iniciativa de "convidar" outros idosos, reforçando a sua auto-estima, comunicação e as relações sociais. As sessões ocorrem três vezes por semana, com grupos pequenos, dependendo da necessidade e da disponibilidade de cada idoso. Primeiramente é realizada uma entrevista com cada idoso para conhecer o histórico sonoro-musical, ainda é proporcionado um momento de exploração instrumental (tocar instrumentos musicais), para verificar quais instrumentos o idoso se identifica, para então elaborar os objetivos a serem trabalhados.

O centro do trabalho musicoterápico é sempre uma experiência musical. Para Bruscia (2000, pg 121) “há quatro tipos distintos de experiências: improvisação, recreação, composição e audição musical”. Cada um desses tipos de experiência possui suas próprias características, envolvendo comportamentos sensório-motores, habilidades perceptivas e cognitivas e emoções diferentes, levando a um tipo de expressão. Os atendimentos musicoterápicos dão oportunidades de expressão através do cantar, do explorar os instrumentos musicais, através dos atos criativos de composição e da improvisação e também através dos movimentos corporais.

Alguns idosos são atendidos individualmente, pois estão mais debilitados ou ainda passam por um tempo de adaptação no lar e também dos atendimentos de musicoterapia. Outros grupos desenvolveram o gosto de cantar, mas somente dentro dos atendimentos, como forma de expressão.

RESULTADOS

O atendimento individual proporciona ao idoso uma maior interação e desenvoltura com a música, auxilia no redescobrimento de sua identidade. Cantar, poder se ouvir, descobrir suas potencialidades o prepara para a participação em grupo. Quando se toca algo conhecido do idoso, ao escutar, imediatamente ele modifica algo: sorri, chora ou simplesmente fica com o olhar perdido, demonstrando que a música acessou algo da sua história.

Trabalho em grupo é muito rico. Pois é o compartilhar de todas as histórias de vidas, mas sussurradas, proclamadas e cantadas. Da-se muita importância pela forma que se canta, pois os idosos são de diversas regiões de Curitiba, alguns do Paraná e outros do Brasil, e com isso a musicalidade deles é estimulada a cada canção, a cada história. O respeito, o olhar e o interesse pelo outro é algo que se transforma a cada dia, pois inicia nas sessões de musicoterapia e se estende na vida diária dentro do lar dos idosos.

Beauvoir (apud CUNHA, pg. 04) diz que: “a ocupação reafirma a identidade do indivíduo, revela seus interesses, é fator de equilíbrio e integração social”.

No decorrer das atividades musicoterápicas foram se desenvolvendo atendimentos individuais e em grupos. Alguns grupos fazendo uso de atividades lúdicas, brincando com os sons, com os jogos musicais, com canções antigas e de roda, encontraram com a espontaneidade e a expressividades perdidos.

Alguns idosos, do lar, foram músicos durante uma grande parte de suas vidas, e nos atendimentos de musicoterapia apresentaram suas aptidões tanto de voz, quanto na

execução dos instrumentos musicais. Devido a isto nasceu à idéia vinda dos próprios idosos de formar um pequeno grupo, com organização de repertório, questões estéticas da música, mas principalmente para compartilhar momentos e histórias musicais de uma forma prazerosa. Esse grupo se autodenominou de – Grupo Musical – Os Velhos Guris.

O trabalho desenvolvido com os “Velhos Guris” é um grande exemplo do quanto a convivência musical integra e estimula. As primeiras observações feitas do grupo, dentro de um processo gradual, foi o estabelecimento de um maior vínculo entre os participantes e com isso um aumento nas relações interpessoais, vivenciando isso também fora do espaço terapêutico, constituindo-se amizades entre eles.

O grupo recebeu apoio de algumas empresas e gravaram um Cd com um repertório vasto, onze canções da musica popular brasileira e uma composição de um integrante do grupo. Esta conquista foi festejada por todos, mas principalmente pelos músicos veteranos que sonharam com isso uma vida toda. Com o amadurecimento do grupo, agora os idosos fazem apresentações para diversos lugares, principalmente para outras ILP.

Alguns eventos são remunerados, o que valoriza os idosos e sua produção. A melhora na auto-estima e qualidade de vida é significativa, evidente inclusive na forma de se vestir e nas expressões faciais dos idosos integrantes e dos que convivem com eles na ILP. Houve melhora nas relações pessoais, pois aumentou o respeito pelas diferenças entre eles, e a reconstrução da historia de vida através do cantar permitiu emergir uma alegria previamente abandonada. E o mais importante, estes idosos re-descobriram que a maturidade é sim uma fase da vida que se pode viver com qualidade e dignidade, mesmo em ILP. A velhice deve ser entendida como uma etapa da vida, da mesma forma que temos a infância, a adolescência e a maturidade.

Hoje o grupo Os Velhos Guris (nome escolhido pelo próprio grupo) é composto por cinco moradores do Lar, com idades que variam dos 65 aos 80 anos.

Os objetivos específicos desde grupo são:

- ⇒ Favorecer a auto-expressão e autopercepção;
- ⇒ Melhorar a comunicação
- ⇒ Proporcionar momentos prazerosos através do cantar;
- ⇒ Integrar os moradores da casa;
- ⇒ Aumentar a confiança em si mesmo e no grupo;
- ⇒ Restaurar o interesse e a concentração;
- ⇒ Ajudar a descobrir que é um ser único e com muito potencial
- ⇒ Estimular a memória;

- ⇒ Resgatar a história de vida através do musical;
- ⇒ Autonomia.

Com o passar dos atendimentos, dos ensaios e das apresentações externas, os idosos participantes mostraram-se mais interessados pela música, em falar de suas vidas e compartilhar experiências.

É muito importante para o idoso a utilização da linguagem verbal, pois é esta que ele utilizou durante toda a sua vida. Então, sempre durante os atendimentos de musicoterapia os participantes têm momentos de troca de experiência. A frase mais comum nas conversas do grupo é: “que cada um respeita as diferenças do outro, pois um gosta de MPB o outro de samba e além de tudo, cada um tem seu ritmo”. (SIC) E.J. 86 anos (in memoriam) sempre falava: “sou muito realizado. Quando estou com meu violão não tem nada que entristeça. Faço planos para continuar cantando e escrevendo. A coisa que mais me dá prazer é me apresentar com o grupo, mas não tem importância o lado financeiro, quero apenas o prazer de ver o povo acompanhando e aplaudindo, esse é o maior gosto que tenho na vida...”

As sessões de musicoterapia despertam momentos de grande prazer aos participantes, pois tocar e partilhar da ação de fazer música é um dos momentos em que o idoso pode comunicar-se socialmente, sentindo-se produtivo ao experimentar sua voz e seus movimentos associados aos do grupo, a emoção que a música traz incentiva os idosos a dar continuidade a sua vida, possibilitando uma nova experiência de se redescobrir.

DISCUSSÃO

Estimular o potencial do idoso é reorganizá-lo globalmente. Os atendimentos musicoterápicos possibilitam um espaço onde o “idoso possa reconstruir-se no tempo, a partir do resgate de sua memória musical, não mais para recordar o passado ou o “bom tempo que se foi”, mas para se reestruturar e se apossar do presente” (SOUZA, 2002, pg. 976), podendo assim reorganizar e/ou acrescentar situações novas a sua história, sendo musical ou não, principalmente resgatando sua identidade.

A música é o elo de ligação durante os atendimentos de musicoterapia e sabemos que ela sempre acompanhou o envelhecer da humanidade dando sentido aos momentos e às épocas, refletindo os sentimentos e sonorizando as realidades. Nunca houve nem haverá um povo sem música, pois as canções estabelecem uma delicada relação afetiva, eficaz e agradável, trazendo prazer tanto para quem toca e canta como para quem escuta. E Bergold e Sobral (2009) dizem: “como uma onda, a música propaga, estimula

e socializa sentimentos e emoções rompendo hierarquias e quebrando resistências”. E com isso mobilizamos a auto-expressão.

E Bruscia (2000, pg. 68), comentando as possibilidades de auto-expressão no processo musicoterápico, afirma que ao cantarmos ou tocarmos instrumentos liberamos nossa energia interna para o mundo externo, fazemos nosso corpo soar, damos formas a nossos impulsos, vocalizamos o não-dizível ou as idéias não pronunciáveis e destilamos nossas emoções em formas sonoras descritivas.

Enfim a música como terapia pode ajudar o paciente a se recuperar, restabelecer ou manter a saúde. “A saúde compreende e depende do indivíduo e de todas as suas partes (corpo, mente e espírito) e da relação do indivíduo com os contextos mais abrangentes da sociedade, da cultura e do meio-ambiente” (Bruscia, 2000, pg 24)

O atendimento em grupo proporciona a oportunidade de se ouvir, de escutar o outro, de dividir a sua história, mobilizar a emoção e favorecer a comunicação entre os moradores, fazendo com que estejam mais sociabilizados para conviver no dia-a-dia.

Referencias Bibliográficas:

BERGOLD L, SOBRAL V. Music for care humanization. Online Brazilian Journal of Nursing, 2003; v.2(3): [internet]. Disponível em : www.uff.br/nepae/ojn2003bergoldsobral.htm. Acesso em: 11/01/2009.

BRUSCIA, K. E. *Definindo Musicoterapia*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CUNHA, R. A intervenção da Musicoterapia na pessoa Idosa. In: Jornal de Musicoterapia AMT-PR. Curitiba: Agência Jr UFPR, 2002: pg.04.

GATTI, P. Práticas musicoterápicas e o desempenho cognitivo em idosos com queixas de memória. [internet]. *Anais do SIMCAM4 – IV Simpósio de Cognição e Artes Musicais — maio 2008*. Disponível em: http://www.fflch.usp.br/dl/simcam4/downloads_anais/SIMCAM4_Patricia_Gatti.pdf. Acesso em: 01/02/2009.

SOUZA, M.G. Musicoterapia e a Clínica do Envelhecimento. In: Freital EV et all. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ZANINI, C.R.O. Envelhecimento saudável - o cantar e a gerontologia social. *Revista da UFG*, 2003; vol 5(2) [internet] Disponível em: URL: www.proec.ufg.br. Acesso em: 14/02/2009.

**LAÇOS MUSICAIS:
MUSICOTERAPIA COM GRUPOS DE GESTANTES ADOLESCENTES ,
PAIS , BEBÊS E FAMILIARES.**

Mt. Irene Marli Bertschinger

RESUMO

Este trabalho apresenta o resultado parcial de pesquisa-ação clínico-musicoterápica qualitativa e longitudinal de cunho fenomenológico desenvolvida com gestantes adolescentes, bebês e familiares no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - PREF. POA. RS. Tem como objetivo compreender a dimensão vivencial do fenômeno sonoro musical no desenvolvimento das relações primárias de gestantes adolescentes e familiares desde a gestação aos três anos do bebê. Os resultados parciais indicam as possibilidades e a relevância de um trabalho sistemático da Musicoterapia neste contexto de vulnerabilidade.

PALAVRAS CHAVE: musicoterapia, gestantes adolescentes e familiares, laços musicais

A gestação é uma experiência única, que tem início muito antes da concepção, quando as brincadeiras de meninos e meninas repetem a maternagem e paternagem observando e imitando seus pais.

A notícia de um bebê a caminho, determina mudanças importantes em toda organização familiar por trazer à tona memórias e lembranças relativas à infância dos pais, dos próprios avós, de seu nascimento, da forma como foram cuidados ou estabeleceram cuidados. À medida que a gestação se desenvolve, o bebê intra-útero começa a ser pensado e imaginado através das percepções maternas e paternas e representações que ambos oferecem.

A gestante sofre grandes modificações pessoais, com mudanças estruturais físicas e psicológicas, causadas por alterações hormonais e metabólicas que influenciam o seu comportamento. Braselton & Cramer (1992) descrevem a gravidez como um período de ensaios e expectativas, quando velhos relacionamentos podem ser mentalmente retrabalhados. É um período de constante confronto entre a satisfação de desejos e o reconhecimento da realidade.

Conhecimentos sobre o comportamento fetal por meio de ecografia permitiram que o bebê intra-útero passasse a receber uma atenção maior. Passou a ser visto como um ser que já possui suas próprias características e sua individualidade. O mundo do feto humano é cheio de atividades, de ritmos especiais, de movimentos intencionais, de sentidos que estão começando a funcionar e de complexas respostas às emoções da mãe. (Klaus e Klaus 2001).

Sabe-se que para a estruturação eficiente de um ser, são necessários cuidados indispensáveis de saúde, qualidade na comunicação mãe-pai /bebê e experiências

interativas seguras e que possibilitem a formação do vínculo e apego, uma das mais importantes ligações humanas que forjam na pessoa a capacidade de amar e superar dificuldades. Quando essas relações são escassas ou não correspondem às necessidades do bebê, sérios prejuízos poderão advir no seu desenvolvimento biopsicossocial.

Todos os anos cerca de 1 milhão de adolescentes ficam grávidas no Brasil de acordo com o Ministério da Saúde. Dados obtidos a partir de pesquisa realizada pela Secretaria de Educação e Cultura do R.S., aponta que a cada três dias uma menina entre 10 e 14 anos dá a luz em Porto Alegre. (reportagens nos Jornais Correio do Povo e Jornal Zero Hora).

Alguns fatores estão associados à maternidade precoce como a desestruturação familiar, baixo nível sócio – econômico, início precoce das relações sexuais, uso inadequado de métodos contraceptivos, baixo nível de escolaridade, evasão escolar, altas taxas de desemprego e baixo status sócio-econômico familiar (Lima et al., 2003). Outras condições freqüentemente encontradas e que podem ser de risco para a gestante e o bebê são a idade menor do que 15 anos , a gravidez resultante de estupro ou incesto, uso de drogas, retardo mental da adolescente, doenças sexualmente transmissíveis.(Armazarray, 1998; Aquino 2003; Michelazzo, 2004; Goldemberg, 2005). Porém, a maternidade precoce pode também ser uma escolha , um projeto de vida da adolescente como uma rápida resolução para a crise de identidade própria dessa fase de vida.(Sobroza et al,2004).

Os companheiros das gestantes costumam ser jovens sem trabalho remunerado com baixa escolaridade e nível sócio cultural. O abandono escolar destaca-se como consequência da gravidez na adolescência.

Pesquisas sobre a maternidade na adolescência têm referido maiores dificuldades das mães adolescentes na maternagem da criança após o nascimento , em comparação com as mães adultas, pelo fato de vivenciarem estresse maior que geralmente o próprio fato origina, por raramente terem um companheiro que as apóie e precisarem conciliar as demandas adolescentes, educacionais, laborais e maternas. (Coley& Chase-Lansdale, 1998; Viçosa, 1993) .

Nesse sentido o Programa de Apoio Integral à Gestante Adolescente do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas - PAIGA vem atuando desde 1983 no acolhimento e acompanhamento das adolescentes que assumiram sua gestação. O acompanhamento é realizado por equipe interdisciplinar da qual a Musicoterapia faz parte desde 2005/1.

A equipe interdisciplinar é composta por ginecologista, pediatras, psiquiatras, psicóloga, odontóloga, psicopedagoga e musicoterapeuta. Além dos atendimentos individuais e grupais, os profissionais reúnem-se semanalmente para a discussão de casos e para o estabelecimento de objetivos terapêuticos para os pacientes e/ou grupos.

O programa inicia no pré-natal quando a gestante adolescente e seu companheiro passam pela obstetrícia , por exames laboratoriais e odontológicos. Após seguem para avaliação psicológica quando são encaminhados para atendimento individual ou para o “Grupo de gestantes e seus companheiros” e opcionalmente para a musicoterapia.

Depois do parto, as adolescentes são atendidas em alojamento conjunto ficando a díade mãe/bebê sob observação médica, quando passam por revisão ginecológica e o bebê recebe atendimento pediátrico. Após a díade e familiares são encaminhados ao “Grupo pais/ bebês” tendo a possibilidade de ser atendidos até os três anos do bebê. Este grupo é realizado uma vez por semana , é aberto e tem adesão conforme as necessidades dos pacientes.

A pesquisa em Musicoterapia com gestantes adolescentes, seus bebês e familiares teve início em janeiro 2005, na Linha de Investigação de Cuidados à Maternidade Segura – LEP, do Programa de Assistência Integral à Gestante Adolescente (PAIGA) no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas- Pref. POA, RS. Brasil.

Este projeto se justifica, uma vez que a gestação na adolescência é um tema de grande relevância tanto na realidade social brasileira como do exterior. É referida no Brasil como um problema de saúde pública com implicações psicológicas, familiares e sociais, sendo freqüentes os relatos de aumento do índice de gestação nesta faixa etária. (Sabrosa, Leal, Gama & Costa 2004).

A experiência sonora do feto vem sendo pesquisada por musicoterapeutas e profissionais de diversas áreas da saúde há várias décadas.

A audição na vida intrauterina é consenso entre vários pesquisadores, porém o exato momento de sua ocorrência é descrito em momentos distintos por diversos investigadores, variando entre la 18^a. 20^a. semana da gestação até a 28^a. semana. (Tomatis, 1992, p189; Bürkler, 1999, p. Spitzer, 2002, p. 149; Lecanuet, 1997, p.17-34).

Segundo Busnel (2002) investigadora em fisiologia acústica e audição, respostas comportamentais dos fetos aos estímulos sonoros, podem ser observados por ecografias em que o bebê responde à sons de intensidades diferentes, assim como à frequência pura de sons e de voz, com alteração do ritmo cardíaco e movimento. Busnel escreve **ainda que**,

“o feto e o bebê percebe, sente gosto, cheiro, escuta, memoriza e responde à voz e às emoções da mãe, bem como à voz de outra pessoa dirigida a ele. Afirma que o feto é um ser sensorial, tem todos os sentidos que nós temos, os utiliza e lembra de tê-los utilizado.” (ibid p. 317).

Isso significaria que todos os sistemas sensoriais já se encontram em funcionamento na vida fetal e que o útero materno é o lugar onde são experimentadas também as primeiras emoções.

Spitzer (2002- 2007) vai além e escreve que o sentido da audição, tato, visão olfato e paladar já estão funcionalmente aptos na gestação e que no seu conjunto criam os fundamentos das primeiras aprendizagens. Isto significa que o bebê ao nascer não é uma tábula rasa.

Através da audição o cérebro é estimulado. Descobertas recentes da neurologia vem dando um novo impulso ao estudo do desenvolvimento humano. As pesquisas demonstram que o cérebro é sensível a todas as experiências ao longo da vida, mas o que acontece no período pré-natal e imediatamente após influencia de maneira decisiva na organização deste órgão.

Nossa vida no útero é uma câmara de ressonância. Ao mesmo tempo que o feto tem sua própria pulsação ele é impressionado pela pulsação vibratória do organismo materno, percebe os sons neurovegetativos do corpo da mãe e também os sons externos. A voz da mãe chega ao bebê por duas vias ao mesmo tempo. De fora, pela pele sobre a barriga e internamente pelo som da voz da mãe que vibra nos ossos da coluna e da bacia que atua como caixa de ressonância.

Para Tomatis é da escuta que depende a dinâmica neurofisiológica do ser e supõe que a função auditiva condicionaria até mesmo a continuidade do desenvolvimento inicial

do ser, uma vez que o cérebro precisa de estimulação sensorial para construir as conexões nervosas. Supõe também que o embrião perceba primeiro sua própria existência e depois perceba o seu meio. Ele ouviria em suas células o chiado claro das frequências de ondas curtas e altas, facilmente percebido no meio líquido. O pesquisador denomina este ruído de “som da vida”. O embrião assim ouviria primeiro para dentro, antes de perceber algo de fora, iniciando o primeiro diálogo com seu próprio interior. (ibid 1992,p.180 e Tomatis (1991 p.113).

O feto percebe a voz e seu o “conteúdo semântico”, pela entonação, pela melodia e ritmo, estado de ânimo e emoções contidas na voz da mãe afirma Tomatis. Através das qualidades auditivas positivas e emocionalmente competentes da voz, seria fortalecida a vontade de viver. A voz da mãe é “ o transmissor material da notícia que decide tudo.” (Tomatis 1992,p. 190, 217).

A forma da prosódia da voz materna (melodia e ritmo) escreve Welch (2006) conduzem ao feto ondas sonoras que se transferem através da pele. Assim, quando a mãe fala ou canta, seu estado afetivo é codificado hormonalmente em sua corrente sangüínea através da atividade neuroendócrina. Welch presume que este estado emocional é experimentado pelo feto concomitantemente com o som da voz da mãe, por causa da interface entre a corrente sangüínea de ambos (Welch, 2005).O resultado do entrecruzamento acústico e a experiência emocional pré-natal, provavelmente serviriam de base para o desenvolvimento infantil subsequente e interação com os sons da cultura materna após o nascimento

Com relação à percepção musical intra –uterina há evidências de que o feto escuta música e exibe comportamentos diferenciados em consequência dos tipos de música que ouve. Spitzer (2000) escreve que

“a música atua sobre nós de muitas maneiras e nós reagimos conforme a música que vivenciamos desde a gestação. A relação de causa e efeito vai em duas direções: do sujeito para o objeto e do objeto para o sujeito. Nós não somente vivenciamos música como indivíduo, mas essa vivência faz de nós o indivíduo que somos. Do mesmo modo o feto vivencia experiências cumulativas no útero materno com desdobramentos posteriores.” (Spitzer 2000,p.143.).

A importância do mundo sonoro para o ser humano vem sendo estudada por musicoterapeutas há décadas. Alshuler formulou o Princípio de ISO que significa igual. Segundo Althuler para estabelecer relação com o paciente é necessário que o tempo musical utilizado pelo musicoterapeuta esteja em sincronia com o tempo mental do paciente. Benenzon retomou este princípio e propôs o conceito de Identidade Sonora passando a abranger todos os aspectos do som introjetados pelo ser humano como indivíduo e como ser social . O autor escreve

“o homem é envolvido por energias sonoras e acústicas que o caracterizam desde a sua concepção sendo que este movimento energético interno é formado pela herança sonora, pelas vivências sonoras gestacionais e pelas experiências sonoras desde o nascimento até a idade adulta.” (Benenzon, 1998 p. 64).

A importância do universo sonoro no desenvolvimento do ser é também apresentada por Didier Anzieu (2000) em seu “Envelope Sonoro”. Ele contribui com a idéia instigante sobre o som como primeiro espaço psíquico do ser . Segundo o autor “o Self é constituído

pela introjeção do Universo Sonoro como cavidade psíquica pré-individual, dotada de um esboço de unidade e identidade” (Ibid p.199).

Verifica-se assim as enormes possibilidades do universo sonoro na formação da identidade e constituição do sujeito, no desenvolvimento da cognição bem como para a construção e desenvolvimento de relações favoráveis também no contexto da gestação na adolescência.

A hipótese central desta pesquisa é de que as *atividades musicoterápicas podem* contribuir para a construção e o desenvolvimento de relações primárias eficientes entre mãe /bebê e familiares neste contexto de vulnerabilidade.

O objetivo é compreender a dimensão vivencial do fenômeno sonoro musical no desenvolvimento das relações primárias mãe/ bebê e familiares desde a gestação ao final da primeira infância

Trata-se de uma pesquisa-ação, clínico-musicoterápica qualitativa e longitudinal com tipo de estudo descritivo de cunho fenomenológico baseado em Merleau-Ponty.

São utilizadas técnicas musicoterápicas de aproximação que valorizam o contexto ecológico da gestante adolescente como uma realidade aberta e inacabada, onde se busca a compreensão e não a explicação e onde a descrição dos fenômenos (registrados em relatórios, filmes e fotos) é o caminho para a busca das essências. Cada participante é abordado como um todo, capaz de vivenciar integralmente e fazer escolhas.

A população em estudo são as gestantes adolescentes, bebês e familiares que de forma espontânea aderem ao grupo de musicoterapia e à pesquisa através de consentimento livre e esclarecido das gestantes adolescentes e seus responsáveis.

Até o momento participam da pesquisa: 50 gestantes adolescentes, 15 pais, 40 responsáveis pelas jovens(mães, avós). Após o nascimento, 25 mães e 25 bebês e 05 pais dos bebês.

Para a coleta de dados são utilizados a observação, o diário de campo, as entrevistas semi-estruturadas, fotos e filmes. Observam-se vivências significativas que abarcam saúde, aprendizagens e desenvolvimento humano.

No processo musicoterápico evidencia-se a importância dos elementos sonoros, dos instrumentos musicais e das canções principalmente as populares, infantis e de ninar. Técnicas combinadas de audição, recriação, improvisação e composição são utilizadas pela musicoterapeuta. Vivências preciosas e relevantes são observadas no que diz respeito às relações intra e intermusicais do grupo.

A consciência do início da vida a partir da gestação e o crescente cuidado na busca de uma boa relação com o bebê a partir da gestação ficam mais consistentes na medida da participação nos grupos de musicoterapia.

Este estudo ainda não está concluído, porém os resultados até o momento assinalam as essências que vem surgindo. Em todas as categorias estão sendo compiladas as falas, fotos e filmes das gestantes adolescentes e seus familiares antes e depois do nascimento relacionadas ao tempo/ espaço/continente; ao corpo; às relações e ressignificações.

A categoria tempo/ espaço / continente refere-se à ritmicidade dos encontros e às experiências vividas e compartilhadas no espaço da musicoterapia, onde surgem improvisações, recriações e composições. O espaço se constrói a partir da interação quando a música acolhe às gestantes adolescentes, seus companheiros e familiares e depois do nascimento, auxilia na recepção dos bebês. Muitas gestantes referem haver encontrado na música a forma de se sentirem competentes no modo de acalmar a si e ao bebê.

Na categoria corpo estão as referências aos movimentos e gestos utilizados para construir as experiências das relações consigo mesmo e com o grupo na música. O diálogo modal do corpo em movimento é um tipo particular de experiência musical. Essa atitude corporal surge como feedback multissensorial, resposta ao fato de vivenciar, verificar, entender o tempo e o espaço no corpo.

Na categoria relações - elos sonoros, as gestantes referem-se à música nas sessões de musicoterapia como ferramenta facilitadora das relações. Percebe-se a intemusicalidade como experiência de construir o encontro com o outro e a intramusicalidade como experiência de subjetivação. Ao dotar de significado o fazer musical as pacientes mostram compreensão das experiências pessoais e das relações. Aparece aqui a busca do auto-conhecimento e crescimento das relações com o bebê, familiares, colegas de grupo e com os profissionais.

Observa-se também que os bebês e as crianças pequenas provocam atitudes musicais nos adultos que interagem com elas e que a música dos adultos serve de elemento de ligação com os bebês aproveitando-se da natureza intuitiva da comunicação musical dos mesmos.

Na categoria ressignificações aparece a disposição das gestantes, de seus companheiros e dos familiares para novas vivências tanto nas relações intermusicais como interpessoais. Destacam-se a disposição para dirimir dúvidas, expressar desejos e também a consciência de um novo paradigma vivencial, favorecer relações satisfatórias.

Os profissionais da equipe interdisciplinar do PAIGA também se manifestam. Aparece em suas falas, referência à participação amorosa das gestantes, seus familiares, bebês e crianças maiores nas atividades musicoterápicas. Referem-se ainda a seus próprios sentimentos durante as diversas atividades na música.

A musicoterapia até o momento envolveu as gestantes/pais/bebês/familiares/equipe nas atividades como elemento integrador e oportunizou novas vivências e perspectivas nas construções subjetivas e intersubjetivas. Observou-se que através das atividades musicoterápicas se tem estabelecido relações tanto intra e intermusicais como intra e interpessoais.

Ainda que esta investigação não esteja concluída creio estar perto de uma boa compreensão do fenômeno, no sentido que se tem mostrado das relações vividas pelas gestantes adolescentes bebês e familiares e equipe antes e depois do nascimento dos bebês, suas diversas realidades e vivências. Do mesmo modo percebe-se a construção desenvolvimento de aprendizagens tanto musicais como humanas.

Creio no potencial do ser humano e na importância da humanização da atenção em saúde. Todavia há muito ainda por ser explorado com relação ao enorme potencial da Musicoterapia como reforço à rede de apoio tão fundamental para a saúde biopsicossocial das gestantes adolescentes e familiares antes e depois do nascimento de seus bebês, porém os resultados até aqui indicam as possibilidades e a relevância de um trabalho sistemático da Musicoterapia também neste contexto de vulnerabilidade. A Musicoterapia pode ser metaforizada como um instrumento importante na orquestra que cuida da vida e da saúde do ser humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANZIEU, D. - O Eu- Pele . São Paulo, Editora Casa do Psicólogo, 2000 .p.199
- AMAZARRAY, M.R; Machado ,P.S.,Oliveira, V.Z.Gomes,W.B. A experiência de assumir a gestação na adolescência: Um estudo fenomenológico.Psicologia : Reflexão e crítica 1998.
- AQUINO, E.M.L;Heilborn,M.L; Knauth,D; Bozon,M; Almeida, M.da C.;Araújo,J.& Menezes , G. Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. Cadernos de Saúde Pública,19(02).2003.
- BARKER, S.L.& CASTRO , D.M.F) Gravidez na adolescência. Dando sentido ao acontecimento. Em M.deL.J.Contini, S.H. Koller & M.N. dos S.Barros (Orgs) Adolescência e Psicologia : Concepções, práticas e reflexões críticas Brasília, 2002.
- BRASELTON . T.B. e CRAMER ,B.G. As primeiras relações, in. A Dinâmica do Bebê Porto Alegre, Ed.Artes Médicas,1992 .
- BRUSCIA, Kenneth. Definindo Musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000. 2ª.Ed
- BENZON, Rolando - La Nueva Musicoterapia, Buenos Aires: Lumen. 1998,p.64.
- BÜRKLER, Elisabeth: Was erlebt mein Baby vor der Geburt? Seine Welt und seine Erfahrungen. Zürich (Kreuz Verlag) 1999,p. 33.
- BUSNEL, M.C.;CORREA Filho,Laurista. - Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos. Brasília, L.G.E.Editora Ltda, 2002 p.317.
- COLEY, R.L.,& CHASE- Landsdale,P.L..Adolescent pregnancy and parenthood:Recent evidence and future directions.American Psychologist, 1998, p. 53(2),152-166-
- GOLDENBERG, P. et al. Gravidez na adolescência , pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil . Cadernos de Saúde Pública 21 (4) :1077-1086, jul-ago. 2005
- KLAUS, M.H. e KLAUS. P.H. : Seu surpreendente Recém-Nascido , Porto Alegre, Ed Artes Médicas. 2001.
- LECANUET J.P. Granieri-Deferre,C., Jacquet, A. Y. & De Casper,A . Fetal discrimination of low-pitched musical notes. Developmental Psychobiology, 1997,P 17-34.
- LIMA,C.T.B.;Feliciano ,K.V de O.;Carvalho,M.F.S.;Souza, A.P.P.; Menabó,J.B.C.;Ramos,L.S.; Cassudné,L.F & Kóvács, M.H. .: Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. Revista Brasileira de Saúde Materno –Infantil. 2003, p. 04(01),71-83.
- MERLEAU –PONTY , M. -Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- MICHELAZZO,D. et al. Indicadores sociais de grávidas adolescentes : estudo de caso – controle RBGO v.26,no. 8, 2004.
- SPITZER, M. : – Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk. Stuttgart, Germany (bu Schattauer) 2002 p.143;
- SPITZER, M.: Aprendizagem, Neurociências e a Escola da Vida. Lisboa .Climepsi Editores. 2007,p. 199.

- VIÇOSA , G. Atendimento em grupo a gestantes adolescentes e seus companheiros : um experiência de 10 anos .Revista de Psiquiatria do R.S .(1993)
- SANTOS Jr, J.D Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade.Em N.Schor,M doS.F.T Mota & V Castelo Branco(Orgs), Cadernos, Juventude, Saúde e Desenvolvimento.Brasília Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde , v.01. 1999.
- SABROSA,A.R;Leal, , M.C.; Souza Jr.,P.R.de &Gama,S.G.N. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes domunicípio do Rio de Janeiro (1999-2001. Cadernos de Saúde Pública, 20 (01) 130-137. 2004.
- TOMATIS, Alfred A.:– Der Klang des Lebens. Pränatale Kommunikation- die Anfänge der seelischen Entwicklung.Reinbek (Rowohlt)1987,1992. p. 189,190,217.
- TOMATIS,Alfred .:- In RUUD,Even.- O ouvido à escuta da Música, S. P., Summus, 1991,p.113.
- WELCH Graham F. - Singing and vocal development IN:The child as musician .A handbook of musical development . Gary E. McPherson New York Oxford University Pres., 2006.

MUSICOTERAPIA NA SAÚDE MENTAL DE CAXIAS DO SUL

Chiara Lorenzzetti Herrera*

Jesús Alberto Herrera Becerra**

RESUMO

Este artigo se propõe a relatar a aplicação da Musicoterapia nos serviços substitutivos da rede de Saúde Mental do município de Caxias do Sul. A inserção do musicoterapeuta nas equipes interdisciplinares foi ganhando espaço na medida em que o trabalho e seus resultados foram observados pelas equipes de saúde. Ele versa sobre a implantação, a estrutura, os objetivos e resultados da musicoterapia nestes serviços de Saúde Mental.

Palavras-chave: Musicoterapia, Saúde Mental.

*Chiara Lorenzzetti Herrera

Musicoterapeuta pela FAP Curitiba - PR, especialista em Psicologia Corporal Reichiana pelo Centro Reichiano e em Def. Múltiplas pela FSG, Estudante de Psicologia da UCS. Atua no CAPS infanto-juvenil Aquarela e na Clínica Ambiente em Caxias do Sul. E-mail: chiaraherrera@gmail.com

**Jesús Alberto Herrera Becerra

Musicoterapeuta pela FAP Curitiba - PR Atua na rede de Saúde Mental de Caxias do Sul. CAPS A.D. Reviver, Serviço Residencial Terapêutico e CAPS Cidadania. E-mail: www.herrera@gmail.com

INTRODUÇÃO

A história do movimento psiquiátrico brasileiro vem sofrendo transformações importantes nas últimas décadas. O portador de transtorno psíquico tem sido visto e tratado com um pouco mais de sensibilidade e respeito por parte das equipes de saúde no que tange ao seu tratamento. Verificamos essa reorganização com a proposta da Reforma Psiquiátrica. Os indivíduos que tem algum tipo de sofrimento psíquico estão sendo pensados sob diversos focos. Pelbart, filósofo contemporâneo e componente da equipe do Hospital-Dia "A Casa" - SP propõe um interessante olhar sobre estes usuários. Versando sobre os anjos do filme "Asas do desejo", ele primeiramente relata a ação sutil e pontuada dos anjos sobre os seres humanos, seu lugar no pensamento dos humanos, a maneira com a qual são percebidos como uma brisa e o fato de poderem tocar suavemente o caminho de uma vida, mas de não poderem transformá-la ou magicamente modificar o andamento da existência de alguém. Esta metafórica leitura sobre o filme ajuda-o a relacionar esta possibilidade de uma discreta presença do anjo, com a função de um terapeuta, que está no caminho de seu paciente ajudando-o em novos olhares e reconstruções sem poder fazer pelo outro. Entretanto, logo inverte a comparação: "Sua permanência tediosa sobre a Terra, seu eterno flutuar sobre as coisas e homens, sua desencarnação assexuada, sua ahistoricidade, tudo isso está muito mais próximo do sofrimento da loucura do que da disponibilidade dos terapeutas. Pois há na loucura um sofrimento que é da ordem da desencarnação, da atemporalidade, de uma eternidade vazia, de uma ahistoricidade, de uma existência sem concretude(...), sem começo nem fim, com aquela dor terrível de não ter dor, a dor maior de ter expurgado o devir e estar condenado a testemunhar com inveja silenciosa a encarnação alheia." (PELBART, 1993 p. 20)

Devir é um conceito caracterizado pelo "tornar-se", sugere constante mudança, transformação. Entretanto um devir, como explica Deleuze (1998) não tem necessariamente um fim. Ele possibilita um contínuo de sempre estar tornado-se, um

contínuo de movimento de vida. "O devir criado pela clínica musicoterapêutica, entendida em um enfoque deleuziano provoca a possibilidade de, além da preocupação em prevenir doenças e promover saúde, incluir a arte em seu trabalho no sentido de produzir saúde." (PINTO, 2007) Nesta mesma análise do filme Pelbart sugere que os personagens buscam o "devir-anjo" que seria um "desejo de asas", uma forma de estar se transformando e fazendo algo por si, mas algo que seja prazeroso, que dê a eles perspectivas, que os ajude a acessar uma condição interna de crescimento. Este "devir-anjo" pode ser conquistado por meio da religião, do amor, da literatura, do cinema... da música.

A história da humanidade nos revela, em muitas culturas, a busca do desejo de simbolizar, de resgatar memórias e de curar por meio da utilização de sons vocais e instrumentais. Ao longo dos anos vemos a necessidade do homem de recriar seu mundo sonoramente concretizando afetos, pensamentos, sensações e deixando-se expressar pela linguagem musical. A existência de uma Identidade Sonora é definida por Benenzon (1998) que tem início na vida intra-uterina, e passa por experiências sonoro-musicais até a vida adulta. São memórias sonoras e musicais que podem ser acessadas e também acessar outras memórias de sensações, afetos, fatos etc. "A música, de maneira muito eficiente, produz novos enunciados aos sujeitos, seja através da improvisação, da audição, da composição ou da canção. Em muitas sessões, o paciente fica envolvido na tarefa de tocar, de improvisar, de experimentar os sons, de entrar em contato com instrumentos musicais. Essas experimentações tecem novos agenciamentos, (...) experimentações subjetivas." (PINTO, 2007 p.135) O processo de subjetivação do indivíduo é considerado não significativo pela autora não no sentido linguístico/verbal e sim na experiência musical, segundo Chagas (2007) própria de processos musicoterapêuticos.

Há décadas atrás todas estas possibilidades iniciaram sua aplicação por meio da inserção da musicoterapia como parte integrante dos atendimentos oferecidos aos portadores de transtorno psíquico: "A Musicoterapia vem ao longo dos anos, (...) desempenhando um papel preponderante e insubstituível no campo da Saúde Mental, se fazendo presente já a partir do final da década de 70 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental." (NICK, 2005,p.7).

MUSICOTERAPIA EM CAXIAS DO SUL - RS

Com a reformulação da Atenção em Saúde Mental no município de Caxias do Sul a partir da implantação dos serviços substitutivos sugeridos pela Reforma Psiquiátrica que neste município teve início em 2004, houve uma busca por novas modalidades terapêuticas para acessar o usuário por meio de experiências criativas que pudessem proporcionar a ele novas perspectivas de tratamento.

Em maio de 2006 a musicoterapia iniciou sua atuação no CAPS infanto-juvenil Aquarela, logo sendo implantado no Serviço Residencial Terapêutico, CAPS A.D. Reviver e CAPS Cidadania (adultos) respectivamente. Os musicoterapeutas atendem individualmente, em pequenos grupos e grupos de até 16 integrantes. Participam nas reuniões de equipe interdisciplinares, em discussões sobre o plano terapêutico dos usuários e sobre o funcionamento dos serviços como um todo. A ampliação da carga horária entre os musicoterapeutas chega hoje à totalidade de 37h semanais. As possibilidades experimentadas pelos usuários e equipes sobre as características do atendimento, bem como a facilidade de resposta dos mesmos perante o tratamento com a música, são responsáveis pelo aumento da demanda de atendimentos musicoterápicos nos serviços.

CAPS INFANTO-JUVENIL AQUARELA

“...um menino caminha e caminhando chega no muro, e ali logo em frente a esperar pela gente o futuro está...”Aquarela (Toquinho e Vinícius de Moraes)

O mais novo dos Serviços de Saúde Mental do município, o CAPSi Aquarela surge para atender crianças e adolescentes portadores de transtornos psíquicos graves ou permanentes. É composto por uma equipe de psiquiatras, psicólogas, enfermeira, técnicos em enfermagem, assistente social e os responsáveis pelas oficinas terapêuticas: educadora artística, musicoterapeuta, arteterapeuta.

Desenvolvem-se atendimentos de acordo com a necessidade verificada pela equipe como: o tempo de tolerância para atividades, condições para contato com outros participantes, limites de ações e reações que respeitem a si mesmo e ao grupo, sempre levando em consideração as fases do desenvolvimento em que se encontram nos âmbitos psicosssexual, cognitivo, motor, afetivo, e musical. Dependendo das possibilidades e história de vida da criança, que é obtida pela equipe no acolhimento bem como na primeira consulta psiquiátrica, outros objetivos específicos são traçados para manutenção ou evolução de cada indivíduo. É realizada também uma conversa com os pais para saber um pouco sobre a Identidade Sonora e como é o ambiente sonoro das crianças. A testificação musical dura algumas sessões e ao mesmo tempo são pesquisadas as necessidades principais de cada indivíduo ou grupo.

“As crianças com problemas disruptivos e problemas de comportamento apresentam dificuldades de interagir em grupo de maneira bem adaptada.(...) Essas crianças podem envolver-se frequentemente em brigas, mentiras, trapaças, fugas, furtos, atribuindo a culpa aos outros; podem ter dificuldade para dividir, esperar sua vez, tolerar frustrações e trabalhar em grupo” (ESTRELLA,2009p.132)

A psiquiatra infantil do CAPSi do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do CAPSi Aquarela de Caxias do Sul, a Dra. Cláudia Estrella, ressalta ainda a dificuldade encontrada pelos pais e professores em relação ao manejo destas crianças e como o rechaço sofrido pela dificuldade cognitiva e de simbolização diminui ainda mais a autoestima e suas habilidades relacionais. Comenta ainda a opinião de Kernberg e Chazan(1991) que indicam psicoterapias lúdicas de grupo

“para aquelas crianças com sintomas, primeiramente, no relacionamento com companheiros, que não aprenderam a participar de brincadeiras coletivas e tem dificuldades em dividir seus brinquedos; (...) com incapacidade para verbalizar o que acontece em suas vidas, necessitando experimentar suas dificuldades no dia-a-dia...”(ESTRELLA,2009,p.132)

Por todos estes motivos a equipe do CAPS i Aquarela entendeu que as atividades em grupo com mais de uma proposta no mesmo atendimento seriam proveitosas terapeuticamente para os usuários e assim organizou o Grupo de Oficinas Terapêuticas Interdisciplinares, o GOTI. Este grupo tem o objetivo de promover saúde por meio de atividades físicas, musicais e artísticas visando trabalhar as dificuldades citadas acima. As atividades são coordenadas por um profissional de cada vez, sequencialmente, no regime de co-terapia e tem conseguido atender as demandas de tempo de tolerância em uma atividade bem como melhorar as relações interpessoais das crianças.

O repertório é variado levando em consideração a diversidade cultural das crianças e adolescentes usuários do CAPS i. As canções infantis populares brasileiras são bastante utilizadas na técnica de re-criação musical bem como na utilização de suas melodias para paródias. Os brinquedos cantados, que se utilizam de movimentos corporais para acompanhar a música e as rodas cantadas, também fazem parte do repertório. Alguns cantam as canções ouvidas pelos familiares, como músicas sertanejas, pagodes, marchas de carnaval, hip-hop e alguns cantos gauchescos são

inseridos nos atendimentos. O canto é muito utilizado nos atendimentos. Segundo Ronaldo Milleco (2001), a grande importância do cantar é desenvolver o vínculo e confiança através da experiência musical, espaço neutro onde podem se expressar e se organizar por meio das experiências musicais. Além disso, do ponto de vista orgânico, trabalha-se o aparelho fonador, a respiração diminuindo assim a ansiedade, a memória e a criatividade.

Nos atendimentos propõe-se cantar canções já existentes, utilizando-se da recriação musical, improvisar vocalizações juntamente com o verbal ou na forma de "boca-chiusa". "Ao cantar as canções descobre-se, de forma metafórica, análoga com a vida, fatos, sentimentos, dificuldades, recursos, pensamentos, valores, conflitos, lembranças, crenças, energia, explorando as formas como nos relacionamos com o mundo."(SAKAI, 2004,p.3) O caso a seguir é uma demonstração de como a música foi um espaço de expressão e comunicação dos sentimentos e percepções da paciente. A música foi acompanhada no violão em andamento mais lento inicialmente e acelerando gradualmente o ritmo conforme a aceleração do ritmo interno da mesma.

TER MUITA SAÚDE (Paródia de Amor incerto - Regra 4)

*Fulana sou eu, vou dizer tudo que quero
minhas vontades meus desejos, vou ser bem sincera
Eu quero sair dessa depressão
eu quero passear por ai, em Gramado em Canela
comendo carne de panela e não bolinho de arroz*

***Passear, viajar
ter muita saúde
passear, viajar
viver minha juventude***

*Fazer um bom amigo, voltar a estudar
aprender coisas novas, e muita música escutar*

***Cuidar de mim
me sentir feliz
cuidar de mim
é bem melhor assim***

Depois de algumas sessões, a pedido da mesma compusemos uma música enquanto improvisávamos a letra verbalmente. Escolhe o estilo rock, andamento acelerado e canta:

E UMA PESSOA FELIZ EU ME TORNAR

*" Para eu me conhecer tenho que olhar no espelho
e na luz do meu olhar pra coisas novas poder enxergar
e uma pessoa bem feliz.....eu me tornaaar*

***Eu já comecei, penteando meu cabelo
Arrumando o meu quarto
Dando um trato no meu peito***

*Vou continuar melhorando a cada dia
Logo mais eu vou estudar um dia
Eu vooooo haaaaaa!!!*

O "devir-anjo" está explícito em cada vez que pede para cantar suas canções e se reconhece nelas assim como se percebe indivíduo produtor de arte, e se orgulha de o ser. Ao cantar suas canções em uma das festas do CAPSi Aquarela demonstra um

retorno a si mesma, e aos poucos se apropria de uma autonomia que se constrói a partir de então. Uma autonomia que, se existisse anteriormente, fora deixada de lado pela catatonia que a rondava ao ingressar no serviço.

SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO

“Começar de novo, e contar 'contigo', vai valer a pena, ter amanhecido, ter me rebelado, ter me debatido, ter me machucado, ter sobrevivido...” Começar de novo (Ivan Lins)

O Serviço Residencial Terapêutico foi um Serviço preconizado pela Reforma Psiquiátrica que acolhe indivíduos portadores de transtorno psíquico que passaram por longos períodos de internação e se encontram institucionalizados. É uma moradia temporária entretanto um lar para indivíduos que foram abandonados e não tiveram suporte adequado na comunidade. Este serviço é composto por uma equipe de enfermagem, psicologia, nutrição e musicoterapia.

Os atendimentos de musicoterapia começaram no ano de 2006, desde então são realizados de forma grupal e individual em diferentes ambientes da casa.

Atualmente são realizados dois encontros semanais. O grupo de moradores interage ativamente nos atendimentos, o toque de instrumentos de percussão e do violão, a dança, o canto, a roda, são elementos integradores nos encontros. O grupo tem participado em atividades externas, levando suas produções musicais a diversos espaços da cidade.

A música faz parte da vida do ser humano, ela remete à infância, histórias, momentos, lembranças e experiências vivenciadas ao longo de sua vida. Quem, ao ouvir uma melodia significativa, não lembra, associa ou remete pessoas ou momentos importantes do passado?

O repertório trabalhado no SRT veio dos próprios moradores. Eles trazem músicas que identificam uma época, um movimento ou uma cultura. Em geral são músicas gauchescas, populares e sertanejas as que fazem parte do âmbito musical, cultural e da história de vida dos moradores.

Este repertório é lembrado, resgatado e vivenciado através do canto, da audição e da re-criação do mesmo. A dança, a partilha verbal, o sorriso e o movimento são consequências do contato com a música, do estabelecimento de vínculos e da relação da pessoa com sua música. A música em si, faz parte da significação e reconstrução da própria vida, como nos fala Milleco:

“O canto é a linha de costura que uniu os retalhos desta colcha que é a nossa vida”. (MILLECO, 2001)

É neste espaço de ressignificar canções e momentos vividos que se reestruturam ou se constroem subjetividades. Como exemplo, apresentamos uma das paródias criadas pelo grupo de musicoterapia do SRT.

VENHA (Paródia da música "Dona"-Roupa Nova)

"Venha, não fique sozinho

seja, seja meu amigo.

*Estou aberto para acolher uma amizade verdadeira
vem com força vem sem medo, superar toda barreira
chega perto, vem me abraça, vamos juntos caminhar
encontrar na caminhada um sentido pra viver
um destino a ser traçado, com amor e sem sofrer*

Vida, vida verdadeira

Linda, é maravilhosa

*Os problemas atrapalham mas tem sempre solução
vem com força vem com tudo não desista agora não*

*Caminhando a gente vence
tenha fé confie em Deus
que nos deu a natureza e a luz dos olhos teus
e também a própria vida e a luz dos olhos meus
é com eles que eu enxergo a beleza de viver."*

A abertura de canais de comunicação, o desbloqueio de emoções, a expressão de sentimentos e a inclusão no grupo de atendimento musicoterápico, objetivam o estabelecimento de potencialidades que visam a autonomia e equilíbrio do morador que é integrante de um grupo, co-habitante de um espaço coletivo, e ao mesmo tempo está à procura da sua identidade e cidadania.

Muitos elementos estão presentes no *setting* musicoterápico: a ampliação da escuta; a interação não verbal; a troca de instrumentos musicais, e com isso a capacidade de dividir; a compreensão das dificuldades próprias e alheias; o estímulo, apoio e o reconhecimento das conquistas e potencialidades do outro; o respeito pelas diferenças e a convivência pacífica e construtiva. Percebem-se elementos dos mais simples aos mais complexos. A singela permanência no ambiente estabelecido, na hora e no momento combinado é também um dos objetivos que atingidos pelos atendimentos.

CAPS a.d. - REVIVER

“...Um novo tempo, apesar dos perigos, de todos os pecados, de todos enganos, estamos marcados, pra sobreviver, pra sobreviver, pra sobreviver...” Novo Tempo (Ivan Lins)

O CAPS Reviver atende usuários de álcool e drogas. Possuem atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, atendimento à família atividades comunitárias e conta com leitos de desintoxicação. A equipe é composta por psiquiatras, psicólogos, equipe de enfermagem, assistente social e responsáveis pelas oficinas terapêuticas: musicoterapeuta, oficineiros de artes e de corporeidade.

Os atendimentos musicoterápicos no "Reviver" também iniciaram em 2006, contando com uma sala de música equipada com diversos instrumentos musicais. O trabalho em grupo proporciona a possibilidade de interagir e abrir-se à procura de caminhos que levem a mudanças significativas no que se refere a dependência química. Segundo Zimmerman(1997), o encontro grupal pode favorecer a responsabilização de sua própria doença e/ou dificuldades por cada componente, com menor culpa ou vergonha e diminuição da sensação de sentir-se um marginal perante os indivíduos ditos 'normais'.

Este sentimento relatado por Zimerman (1997) é trabalhado no grupo por meio das relações com os outros participantes. Esta interação acontece no âmbito musical, verbal, rítmico e corporal. Para tal a Musicoterapia se utiliza de técnicas tais como: audição musical, composição, improvisação, re-criação e construção de paródias. A interpretação, exploração e experimentação de instrumentos musicais também caracteriza o desenvolvimento do processo grupal.

Essa diversidade de experiências sonoro-musicais resultou em muitas paródias que tem como principal tema o resgate da vida, a força de vontade para se libertar da dependência. A busca da autonomia, o resgate das relações familiares, amorosas, sociais e de trabalho também permeiam as canções.

As produções musicais resultaram em diversas oportunidades, para estes usuários. O grupo ultrapassou os limites físicos do serviço para ganhar voz e escuta de outros ambientes públicos. Esta inserção se deu por meio de apresentações musicais na

Universidade de Caxias do Sul, na Câmara dos Vereadores, nos Pavilhões da Festa da Uva, Centro de Cultura Henrique Ordovás e outros. Estes foram espaços de partilha e inclusão onde as paródias, composições e toda musicalidade, mostraram a produção de saúde trazendo assim, uma mensagem de superação, desejo de mudança e concretização de resultados, fruto da adesão ao tratamento contra a dependência química.

CAPS CIDADANIA

“ Tudo acontece de repente, entre a loucura e a razão ah, essa vida mata a gente, de tédio e paixão, tudo não passa de um momento, um pensamento uma visão...” Entre a Loucura e a Razão (Toquinho)

O CAPS Cidadania é um Serviço de Atenção à maiores de 18 anos portadores de transtornos psíquicos que oferece atendimentos aos usuários e familiares, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, atendimentos psiquiátricos e psicológicos. Tem a proposta de ser um espaço de cuidado em Saúde Mental incluindo o resgate de autonomia e cidadania. As mudanças do novo século e os sintomas contemporâneos, exigem também novos modelos multidisciplinares e modalidades de tratamento. A adesão, constância e êxito no processo terapêutico dependem muito da relação e do vínculo estabelecido com o paciente. Pela experiência nos serviços anteriores, em 2008 foram inseridos os atendimentos de musicoterapia neste serviço também de forma grupal e individual, duas vezes por semana.

Para o CAPS Cidadania, serviço que atende portadores de sofrimento psíquico grave ou permanente, a musicoterapia vem sendo uma forte aliada à adesão e vinculação de usuários. Ela é uma modalidade terapêutica que, em sua essência, é prazerosa, busca o vínculo através de experiências sonoro-musicais e atinge o mais profundo da pessoa, chega onde as palavras não chegam, não focalizando a doença e sim as potencialidades e possibilidades de expressão e receptividade musical. A música favorece acesso a novos canais de comunicação que visam percorrer um caminho de conhecimento e auto-conhecimento; aceitação e enfrentamento de toda a condição que gera a doença mental.

SOBRE COMPOSIÇÕES E PARÓDIAS

Nas técnicas utilizadas no *setting*, são trabalhadas músicas que fazem parte da Identidade Sonora da maioria dos usuários, sendo esta, uma forma de aproximação e vinculação, com músicas do gosto e da familiaridade deles. A mudança nas letras, a criação de novas frases e a significação das letras contidas no repertório trabalhado, mostra novas possibilidades, estimula a criatividade, aflora no usuário a experimentação no novo, do prazer de dizer: posso compor, a música é maleável, flexível e tenho o poder de fazer essa transformação para me expressar, identificar e vivenciar a satisfação de escutar, cantar, tocar, sentir e dançar a criação que é minha ou do meu grupo, do coletivo cujo qual eu faço parte e que faz parte de mim também.

O uso de melodias populares e conhecidas facilita o contato com a música, bem como proporciona um "porto seguro" acolhedor e facilita a compreensão do mundo sonoro e o aprofundamento da receptividade e o contato através da linguagem musical.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel das instituições de saúde envolve a prevenção das doenças, a promoção da saúde e do bem-estar. O reconhecimento de alternativas terapêuticas que contribuam para que estes objetivos sejam atingidos tem uma importância relevante.

Na construção nacional da musicoterapia, sua inserção e desenvolvimento em Caxias do Sul é apenas mais um tijolo, entretanto, para o município pode representar novas perspectivas de atuação e humanização em saúde pública. Os avanços na luta anti-manicomial e suas propostas inovadoras, para uma vida com qualidade, facilitaram o desenvolvimento e autonomia, bem como seu processo de inserção na sociedade. O resgate de sua história e a valorização da sua subjetividade por meio de experiências musicais tem grande espaço neste processo.

Com o auxílio da medicina, da psicologia, oficinas de arte, assistência social e a equipe de enfermagem, todos empenhados pela causa da reabilitação dos usuários, a Musicoterapia vem contribuir nos progressos dessa nova perspectiva de cuidado em Saúde Mental. Acreditamos que esta não seja uma visão isolada. As musicoterapeutas do CAPSi do Hospital da Clínicas em Porto Alegre, em no artigo “Musicoterapia com crianças vulneráveis” (2009) nos apresentam um tópico descrito no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental no que tange à Política de Contratação de Recursos Humanos: “Incluir a categoria profissional de musicoterapeuta, profissão em processo de regulamentação no Congresso Nacional (Projeto de Lei n.º 0441 – 2001), no quadro funcional das equipes de Saúde Mental.” (2002, p.71)

Estes novos significados dados pelos usuários sobre sua história e modo de estar no mundo de forma criativa e expressiva podem refletir o desejo desta modalidade terapêutica levar mais música, alegria, significados para outras áreas da saúde pública.

“Viver é afinar o instrumento, de dentro pra fora, de fora pra dentro, a toda hora, a todo momento, de dentro pra fora, de fora pra dentro” (Serra do Luar-Walter Franco)

REFERÊNCIAS

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

ESTRELLA, Claudia Helena Gobbi. O atendimento a crianças pequenas. In: ZAVASCHI, Maria Lucrecia Scherer e cols. **Crianças e adolescentes Vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 131-137

MILLECO FILHO, L. A.; BANDÃO R. M. R.E.; MILLECO. R. P. **É preciso Cantar: Musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

NICK, Elieth. Palestra proferida na Mesa Redonda **Práticas Contemporâneas na Musicoterapia em Saúde Mental**. V Jornada Científica de Musicoterapia. Musicoterapia: Teorias e Práticas Contemporâneas. RJ, 22.10.2005. Disponível em http://www.amtrj.com.br/arquivos/e_nick.doc acessado em 7/03/2009.

PELBART, Peter Pál. **A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PINTO, Marly Chagas Oliveira. **Processos de subjetivação na música e na musicoterapia**. 2007. 169 f. Tese (Doutorado em Psicologia de Comunidades e Ecologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007

SAKAI, Fabiane Alonso. **Cantando as histórias que corporificamos**. In: Convenção Brasil Latino América, Congresso Brasileiro E Encontro Paranaense De Psicoterapias Corporais. Foz do Iguaçu. Centro Reichiano, 2004. CD-ROM. [ISBN - 85-87691-12-0] Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigos/anais/Fabiane%20Alonso%20Sakai.pdf>. Acessado em 7/03/2009.

Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

ZIMERMAN, David e cols. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

Fórum de Musicoterapia

Bárbara Ferreira Leite-Terapeuta Ocupacional

O Presente trabalho configura-se no relato de uma experiência prática, tem como proposta de intervenção terapêutico ocupacional junto a uma oficina de musica com a inserção da musicoterapia.

A Reforma Psiquiátrica introduz um novo paradigma - o fim da lógica manicomial, que possibilita o surgimento de novos serviços em saúde mental. Nesse contexto destacam-se o trabalho das oficinas terapêuticas, pratica articulada a clinica. A oficina de música, atividade realizada por uma terapeuta ocupacional, conta com a participação dos usuários que utilizam o serviço do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, da região do vale do sinos e a inserção dos estagiários de Musicoterapia.

Busca-se contribuir com a constituição de um espaço de socialização, expressão e criação, além de trocas de experiências, aumento da auto-estima, auxiliando o individuo a resignificar sua historia de vida. A utilização da música como recurso terapêutico, pode auxiliar o usuário em seu processo de auto - conhecimento, sendo um meio de expressão rico de significados e simbologias.

Que tem como objetivo possibilitar o contato com diferentes ritmos, diferentes compassos, letras nas quais podem se identificar e expressar suas angustias ou mesmo encontrar ali questões que já vivenciaram e além de tudo permite uma socialização através do contato com a musicalidade.

Acredito ser este um momento propicio para participação da Musicoterapia neste processo como uma forma de contribuição e inserção a equipes de saúde mental. Auxiliando no processo de humanização do tratamento em saúde mental, possibilitando novos olhares, novas escutas e novos pensares.

O profissional esta direcionado para sua área de atuação, mas interagindo com o outro profissional com vistas ao desenvolvimento do paciente como um todo, e através do auxilio mútuo pode leva-lo a estar em constante evolução no seu processo de singularização.

O musicoterapeuta deve-se autorizar, na participação e inserção como qualquer outro profissional na equipe interdisciplinar, participando de atendimentos e

reuniões de equipe técnica e reuniões administrativas que tenha a ver com o planejamento terapêutico dos usuários e organização da instituição.

Ao termino do estagio de musicoterapia pode-se observar que as atividades propostas e as intervenções contribuíram para uma significativa evolução do tratamento e uma integração das especificidades, dialogando com os saberes e as práticas.

INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E AS ATIVIDADES COM MÚSICA: RELATOS DE OBSERVAÇÃO

Vilma Linda Reinar¹

RESUMO

O referido artigo é fruto de observância e do diálogo proposto entre os saberes da Diaconia, Terapia Ocupacional e Música; com idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência, os ancionatos, vinculados e AVID (Associação Vida Digna). Portanto, o público de observação e vivência são idosos institucionalizados e suas particularidades quanto a atividade de música; em ressalva a relação da música com espiritualidade e resiliência.

Palavras chaves: Idosos, terapia ocupacional, música, espiritualidade, Instituição de Longa Permanência.

O CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA E SUA CLASSIFICAÇÃO INTERNA

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo especialmente nos últimos trinta anos. No Brasil, segundo a projeção estatística da Organização Mundial de Saúde, entre 1950 e 2025 a população de idosos crescerá dezesseis vezes contra cinco da população total. A proporção de idosos passará de 7,5% em 1991 para cerca de 15% em 2005, que é a mesma proporção dos países europeus. Com esse aumento o Brasil, em termos absolutos, com a sexta população de idosos do mundo.

A população brasileira a poucas décadas atrás era considerada extremamente jovem, tendo a maioria da população até 25 anos, isto hoje ainda ocorre, mas essa característica populacional vem se alternando rapidamente. Atualmente a população de idosos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aqueles com mais de 60 anos de idade, representam aproximadamente 9% da nossa população.

A idade média da população global vem aumentando nos últimos anos, assim como também vem ocorrendo no Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o Brasil dentro de sua população total, 8,55% são idosos, enquanto na região sul esse número é de 9,17%. Indiretamente através destes dados é evidente que na região sul s

¹ Terapeuta Ocupacional e Diaconisa, mestranda de Teologia em Práticas Sociais, Redes e Gestão e Cuidado.

estrutura social e de saúde pública é melhor que a da população em geral, o que faz elevar a expectativa de vida da região.

Segundo a OMS é considerado idoso a pessoa com 65 anos ou mais. Classificando de forma diferenciada as etapas da vida, ou seja:

- Meia-idade: 45 a 64 anos
- Pessoas Idosas: 65 a 79 anos
- Velhice: 80 a 90 anos
- Grande Velhice: pessoas que ultrapassam os 90 anos.

Para Maragos (1997), tem três concepções de velhice:

- Velhice Cronológica – Segundo o autor é definida pelo fato de se ter atingido aos sessenta anos. E é com o passar do tempo o físico vai mudando.
- Velhice Funcional – Se da apartir das limitações e incapacidades, mas na verdade o velho é capaz de realizar suas funções laborativas e seus trabalhos funcionais.
- Velhice Etapa Vital – Baseia-se no reconhecimento de um transcurso do tempo onde produz os efeitos na pessoa onde ele entra em outras vivências que a diferencia das anteriores.

A velhice começa desde o seu nascimento, é com passar dos anos vai adquirindo características onde se difere.

O interesse pela velhice faz surgir várias análises, segundo o mesmo autor, podem ser:

Demográfico: é quando ele evolui e cresce na sociedade e quanto ele procura os seus direitos. Mas também essa redução na taxa de natalidade e o aumento do idoso na sociedade.

Economia: como o nível salarial dos idosos.

Política: Sendo um país demográfico muitos políticos procuram os idosos para ganhar o seu voto. E com isso fazem promessa que não cumprem e oferecem recursos, oportunidade e necessidades que são limitados.

Opinião Pública: as pessoas querem que os idosos tenham os seus direitos, sejam cumpridos e que seu futuro seja uma qualidade de vida melhor e ter direito a saúde e dignidade.

A gerontologia tem por objetivo “promover a pesquisa gerontológica em biologia, medicina e ciências sociais, assim como a colaboração entre estas ciências”. O estudo da mesma se divide a princípio em ciências sociais e naturais.

Atualmente a Gerontologia de Intervenção surge como forma de atuação mais efetiva na prevenção e conscientização das pessoas quanto ao seu envelhecer.

Em consenso das ciências que estudam o envelhecimento atualmente que a velhice é um fenômeno individual e social.

O CUIDADO AO IDOSO E A EQUIPE MULTI E INTERDISCIPLINAR

O cuidado não é algo novo, ele surgiu junto com a vida nos primórdios da história onde sem nenhum conhecimento científico, as mulheres cuidavam de suas famílias. Além disso, o cuidado não é algo exclusivo dos seres humanos, visto que os animais irracionais também cuidam. As diferenças entre os cuidados prestados por animais racionais e irracionais estão no uso da inteligência e da comunicação através do uso da linguagem.

Em suma, existem dois tipos básicos de cuidado, um como modo de sobre vivência que tanto seres racionais como irracionais prestam e outro como forma de sentimentos, onde apenas os humanos praticam, utilizando a comunicação através do uso da linguagem (Waldow,1998).

Atualmente, a sociedade quando nos referimos à pessoa idosa aceita mais o “não cuidado”, ao invés do cuidado, em decorrência da baixa valorização que se dá ao idoso e dos diversos mitos que o mesmo traz consigo, tais como, incapacidade, baixa expectativa de vida, grupo etário pouco consumista, entre outras, levando a uma longa jornada no que se refere ao cuidado ao idoso. Cuidar de idosos devemos levar em consideração que apesar de fazerem parte de um grupo de faixa etária, cada indivíduo é único e, desta forma, necessita de um cuidado individualizado, assim como, possuem uma perspectiva de futuro tão desconhecida como a de qualquer outra faixa etária (Menezes,1994).

Segundo Borsoi, o terapeuta ocupacional é capacitado a compreender e utilizar a linguagem da ação através de atividades expressiva, lúdicas, artísticas, vocacionais e de auto-manutenção. Avalia, previne, trata ou capacita indivíduos que, por disfunções de origem física e/ou mental e/ou social, ou pelo processo de funções, como o objetivo de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

A equipe multidisciplinar deve usufruir de maneira positiva do conhecimento individual que cada profissional possui, para juntos formarem conhecimento coletivo.

“Qualquer formação profissional exige um tripé composto por conhecimento, habilidades e atitudes.” (Zimmermann, 2000, p.214). Além dos conhecimentos teóricos e práticos na questão do envelhecimento, as habilidades no manejo técnico e as atitudes, ou seja, a postura frente ao idoso devem influenciar tanto as capacidades do profissional que irá

trabalhar com idosos. As capacidades são: de empatia com o idoso; de acreditar no seu tratamento e o resultado este possa ter, de recordar aos idosos às suas experiências vividas; de suportar perdas e a vivência da morte; de comunicação verbal e não verbal; de trabalhar com pessoas demenciadas; desenvolvendo também a paciência e a tolerância, a continência de sentimento e confusões que possam ocorrer; empenhar-se no sentimento da realidade e o cotidiano da pessoa idosa. E principalmente a capacidade de trabalhar em e com grupos de diversos saberes e seguimentos.

A Minuta de decreto citada de março de 2006 em relação a equipe multidisciplinar em instituições de longa permanência é especificada como: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, psicólogo, educador físico, odontólogo, fonoaudiólogo. Outras profissões inerentes ao serviço de saúde não são citadas, como por exemplo, religiosos, arte terapeutas... dando-se a compreender o modelo biomédico de saúde.

“O idoso deve todo tempo ser visto como indivíduo único e valioso, uma pessoa que tem uma história de vida especial e uma configuração de ocupações a compartilhar (Pedretti; Early, 2005, p.1046).

AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA – I.L.P.

As instituições de longa permanência, ou instituições asilares como era chamadas, preconizam na história da humanidade pessoas como um reduto, onde pessoas eram excluídas do convívio social por representarem uma ameaça ao funcionamento harmonioso da sociedade; preconceito estabelecido que infelizmente prevalece até hoje.

No século XIX ocorre uma reorganização social que interfere diretamente no fluxo migratório e migrações intercontinentais. Burger (1997), destaca três períodos distintos no século XX, o primeiro até 1960 onde predominavam os albergues com atendimento restrito e pouco qualificado, os asilos propriamente ditos. Nos anos 70, desenvolveu-se os conceitos de clínica geriátricas, onde o atendimento é tipo hospitalar, o idoso recebe intervenção dos profissionais, porém é objeto passivo das mesmas. Desde 1980, o atendimento e o morar nos asilos é reorganizado, com a participação dos idosos criando-se um conceito de um lugar “de morar na velhice com discreta assistência”, idéia difundida pela AVIDI (Associação Vida Digna), que integra os ancianatos com algum vínculo com a Igreja Evangélica Confissão Luterana no Brasil (IECLB).

As normativas destas instituições são definidas na Política Nacional do Idoso, de julho de 1996, constando também no Estatuto do Idoso, de outubro de 2003. A resolução da

ANVISA RDC 283, de setembro de 2005, de caráter residencial às instituições de longa permanência e ressalva as condições de liberdade, dignidade e cidadania.

As instituições de morar do idoso na atual conjuntura social brasileira são instaladas ou estabelecidas por convicções religiosas; por situações sócio-político-econômicas por migrações de grupos sociais; ou por opção do próprio idoso que quer seu espaço reservado com discreta assistência dentro da dinamicidade transformadora da família e da sociedade.

OBSERVAÇÃO DAS ATIVIDADES NAS I.L.P. X MÚSICA

A trajetória da observação quanto à música, canto, sons se dá em instituições filiadas a AVIDI, de caráter ou com vínculo religioso ligadas à IECLB. Com formação em terapia ocupacional atuo com a concepção materialista do modelo de processo; Como diaconisa permeia o cuidado com dignidade, amor, conhecimento e respeito. Acompanhando as rotinas dos ancianos por duas décadas e um pouco mais, a música faz parte das atividades preestabelecidas das suas rotinas: nas reflexões religiosas, nos exercícios de memórias e canto, na geronto-ativação, na dança sênior, nas danças em geral, tanto folclóricas como as de salão.

Observo a música como atividade que abarca as habilidades motora, cognitivas, interativas e integrativas por consequência, atividades resilientes e espirituais que permeiam a vida humana.

Motoras: Há estimulação quando a música em idosos é perceptível dependendo do estímulo que o ritmo da música lhe “impõe”, sendo este um ritmo conhecido e se há condições físicas que permitem o deslizar de uma valsa, por exemplo, revigora-se o físico e a auto-estima, mover-se de acordo com os ritmos da música, fortalece o tônus muscular, equilíbrio, lateralidade, ADM, circulação sanguínea hormonal estimulada, a melhora da marcha e da ambulação, bem como o controle postural é melhorado. Isto, não é exclusividade de quem dança em pé, a dança sênior sentada, que é muito praticada em ancianos, suscita de recurso que a música proporciona para estimular movimentos coreografados, especialmente para cadeirantes ou pessoas com dificuldades na pedestração, de maneira que a música “flui”, a interação de participantes aumenta, há a busca de superação de próprios limites e consequentemente a melhora de sua funcionalidade refletindo diretamente nas suas AVDs (Atividades da Vida Diária). Na roda da música há uma integração entre o ritmo e o corpo, produz saúde. Moragas (1997) coloca que a velhice tem potencialidades próprias e permite uma relação peculiar do organismo com o seu meio sempre que as exigências estejam de acordo com o seu nível funcional.

Cognição: A música é algo atraente, gostosa e estimula a memória. Cantigas de roda fluem no canto, estrofes soltas são lembradas, palavras repetem-se nas canções, os refrões são lembrados embora a muito tempo não sejam ouvidas. Nas rodas de canto se institui o que Ecleia Bose (1983), nos permite avaliar com base à nossa cultura e perceber porque os idosos são a fonte de onde “jorra” a essência da mesma, a memória coletiva de um povo. É perceptível pela música e pelo canto e suas representações quanto grupo social e cultural, que merece ser respeitado, ouvido e interagido. Como indivíduo, a música e a memória musical estão ligadas a experiências emocionais determinantes que foram vivenciadas conforme a explanação de alguns idosos quando inquiridos pela preferência musical.

Quando estimulados aprendem novas canções, elaboram parodias, tocam instrumentos musicais; sendo que a cognição se dá também através da inteligência, memória, tempo de resposta...

Moragas (1997) a perda da memória global não difere muito de outras idades, a diminuição da memória imediata é compensada da memória remota. A inteligência poderá ser exercida se houver um ambiente favorável, propício e empático. A maioria dos idosos, até os últimos anos, mantém a sua característica de personalidade.

Interação e integração: a música possibilita momentos de integração entre idosos e destes de interação com crianças, jovens e adultos. Pode ser que a música tenha uma linguagem universal, porém cada época mantém a sua característica musical e histórica. Os idosos salientam que atualmente é de fácil acesso, está em todas as camadas sociais, há shows populares; diferentes de suas épocas, onde as gremeações sociais eram mais restritas e não havia uma mídia que inflamava as multidões. A observação feita pelos idosos lamenta a falta de criatividade na música atual, sem ritmo e melodia; porém as pessoas têm mais oportunidade de interagir, “elas pulas e gritam sem entender o que dizem”. Simplesmente vão com a massa. Na música folclórica esta interação e integração é proporcionada, onde idosos, jovens, adultos e crianças cantam a mesma canção proporcionando um momento único de confraternização social e cultural.

Bergold (2006) coloca que a música ao se constituir como expressão artística e cultural importante e universal, produz trilhas sonoras que embalam o cotidiano da vida social, afetiva e profissional das pessoas. A constatação do poder de mobilização emocional da música nos leva a refletir para promover bem estar e integração em diferentes âmbitos. Autores como Leo e Flusser (2008) colocam que a música em instituições de saúde é necessária para a preservação da linguagem para idosos em processo efetivos de comunicação.

Que se pode observar em idosos com demência, com disfasia, como afasia de compreensão e expressão.

Os mesmos autores citados acima acreditam ainda, que novas atividades profissionais voltadas para novas formas de inserção ou outras que venham trazer formas estimulantes de pensar e falar devem ser avaliadas por poderem constituir de ânimo e desenvolvimento de idosos.

Espiritualidade: a música e o canto também é fonte inspirado de espiritualidade, presente na religiosidade dos idosos residentes nos ancianatos. A música sacra marca a vida dos moradores onde fatores de conjugal e interação, sendo a música presente também como fator de resiliência, superação e oração. Surpreendente é que muitos idosos cantam hinos de cor, como por exemplo: ao completar 81 anos uma senhora cantou o seu hino de confirmação que se realizara os 13 anos de idade, testemunhando que este hino a tinha acompanhado em muitos momentos difíceis de sua vida e quando sentia tristeza, não se entregava ao desespero, cantava o “seu hino”, após se sentia revigorado. Outras senhoras relatam que os hinos eram cantados baixinho quando estavam no escuro se escondendo dos ataques das bombas no ataque da segunda guerra mundial, saga de muito alemães, as duas irmãs cantavam de mãos dadas todos os dias este hino como oração de agradecimento a Deus e ao mesmo tempo pedindo forças para enfrentar um novo dia; embora uma com Alzheimer continua a cantar junto com a sua irmã e de mãos dadas; este hino ela não esqueceu!

Uma religiosa com 81 anos confessou que em muitos momentos difíceis de sua vida, quando não tinha mais forças para orar ela cantava, repetia salmos e entoava corinhos como maneira de reconstituir-se emocionalmente e por conseqüente fisicamente.

Caso de imigrantes e também religiosos, ao enfrentarem o seu novo lugar de moradia, um cabana no mato, não tinham e não conseguiam fazer outra coisa a não ser chorar e cantar, a dura realidade da jornada de trabalho que iriam enfrentar, não deixou alternativa. Eles mesmos constataram que se não fosse a música teriam em grande depressão e desespero. Referem que a superação devem à atividade cotidiana a ligação em espiritualidade, música e resiliência efetivou-se na vida deste casal, hoje ambos com mais de 85 anos.

A interação destas dimensões é perceptível no cotidiano dos ancianatos, e tem muitas histórias de vida a compartilhar, me emociono cada vez que relato alguma delas, talvez por se refletir diretamente na minha história de vida.

“Entre os resilientes idosos, os que vivem melhor são aqueles que cultivaram uma expressão artística e aprofundaram a sua dimensão espiritual” (Poletti; Dobbs, 2007, p.78).

CONSIDERAÇÕES

Ao considerarmos uma equipe multidisciplinar da saúde nos confronta com o que normalmente pensamos e absorvemos como definição de saúde. O cuidado nos ajuda a sensibilizar nossos conceitos estabelecidos, “implica” em sentimento e nos reporta a não só usar a razão, mas, sobretudo, enaltecer a nossa essência como seres humanos que cuidamos e necessitamos de sermos cuidados.

Onde o lúdico, a música, as artes e a espiritualidade forem entendidas como algo que efetivamente produz saúde poder-se-á apontar para um novo arranjo da sociedade e do serviço da saúde.

A música como fator de integração e saúde poderá aprofundar a dinâmica existencial estendendo o cuidado a todas as etapas da vida e principalmente na velhice, é a ciência que busca o bem estar.

BIBLIOGRAFIA

BERGOL, L. B.; ALVIN, N. A. T.; CABRAL, I. E. **O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiro com a dinâmica musical.** Texto e contexto-enfermagem. Vol.15, Nº2, abril-junho 2006.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano e compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999.

BOSI, E. **A memória e Sociedade; Lembrança de Velhos.** 9ªed. São Paulo: Companhia de Letras, 1983.

BURGER, H.G.S. **O Ancianato considerações referente moradia digna ao idoso na transformação institucional da velhice e da família – Especialista Superior em Gerontologia Social.** São Paulo:SESC, Agosto de 1996.

DOBBS, B; POLETTI, R. **A Resiliência: a arte de dar a volta por cima.** Petrópolis: Vozes, 2007.

FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional.** 2ªed. Campinas: Papirus, 2001.

GUIMARÃES, M. R. **Um novo mundo é possível.** São Leopoldo: Sinodal, 2004.

LEÃO, E. R., FLUSSER, V. **Música para idosos para idosos institucionalizados: percepção dos músicos atuantes.** Ver. Esc. Enfermagem na USP. Vol. 42, Nº1, março de 2008.

MORAGAS MORAGAS, R. **Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de Vida.** São Paulo: Paulinas, 1997.

NERI, A. L., DEBERT, G. G. **Velhice e Sociedade**. 2ºed. Campinas: Coleção Vida Idade; Papirus, 2004.

PEDRETTI, L. W., EARLY, M. B. **Terapia Ocupacional Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas**. 5ºed. São Paulo:Roca Ltda.

ZIMERMANN, G. **Velhice: Aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 2000.

Musicoterapia e a interdisciplina em um grupo de moças com Distúrbio Global do Desenvolvimento

Graziela Mayer¹
Edinéia C. Rambo²

RESUMO

Este artigo apresenta algumas discussões sobre o trabalho de Musicoterapia desenvolvido na Associação de Pais e Excepcionais de Dois Irmãos (APAE) junto com a equipe de saúde da instituição com um grupo de moças com distúrbio global do desenvolvimento (DGD).

Palavras –chave: Musicoterapeuta; Interdisciplina, DGD

BREVE HISTÓRICO

O trabalho de musicoterapia é oferecido para pessoas portadoras de necessidades especiais na Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE) de Dois Irmãos, RS, desde de 2007. Dentre os vários participantes das atividades musicais, três adolescentes portadoras de distúrbio global do desenvolvimento destacavam-se por: ausência de linguagem oral, ausência de movimentos motores amplos e finos voluntários; falta de equilíbrio; incapacidade de pegar voluntariamente objetos, instrumentos ou qualquer outro material oferecido; não direcionar o olhar nem sob solicitação.

Estas adolescentes estão na instituição desde 1996 e vêm apresentando involução em suas funções básicas, compatíveis com seus quadros clínicos.

Durante formação de musicoterapia enquanto estudante (2007) sob orientação foi elaborado um projeto de pesquisa com o objetivo de investigar a eficácia de um processo musicoterápico na promoção de melhoras na área motora

¹ Musicoterapeuta formada pela Faculdades EST de São Leopoldo, RS; e-mail: trindadegraziela@hotmail.com

² Psicóloga formada pela Unisinos, São Leopoldo, RS, formação psicanalítica pela Associação Psicanalítica de Porta Alegre (APPOA).

das adolescentes, porém após o término da pesquisa, junto com a equipe interdisciplinar da APAE passamos a fazer algumas discussões a respeito da construção de um sujeito e suas implicações.

Musicoterapia e a Interdisciplina

A Musicoterapia (Mt) que tem como objeto a própria música e, não dá para deixar de dizer que também o sujeito³ diante dela. A Mt é uma disciplina que assim como outras pode dar mostras de que é possível movimentos na subjetividade dos sujeitos organicamente e emocionalmente comprometidos. Há nestes, uma espécie de esvaziamento de vida, um apagamento do sujeito, entendendo por sujeito aquele que fala em próprio nome, e de seu desejo.

Na ausência da voz ,fala, (como no grupo de moças em questão), por qualquer que seja o motivo (psicose, paralisia cerebral); percebemos que a letra das músicas, olhar, a voz do profissional sob os supostos sujeitos, torna-se imprescindível para que neste corpo, algo se movimente; para que uma linguagem corporal permeie e se expresse no corpo de quem e por quem muito pouco lhe é possível; no sentido de ser “Um”⁴, sentir-se “Um”. Tal interação promove, viabiliza movimentos que ainda não foram apropriados, e, podem então tornar-se uma espécie de linguagem –comunicação.

“O corpo é eminentemente um espaço expressivo [...], é ele que projeta significados exteriores dando lugar a aquilo que faz com que existamos. O corpo é o nosso meio geral de termos um mundo” (MERLEAU, 1999).

De acordo com Volich,

...o corpo é o nosso primeiro universo. Ele nos concebe, abriga, registra as primeiras impressões que temos do mundo: cheiros, sabores, luzes, sons, calor, frio. São estados e movimentos do corpo que estabelecem as primeiras formas de comunicação, muito antes do pensamento e da linguagem. Nele se constrói a história marcada por sensações, movimentos, percepções e traços do contorno do desconhecido mundo(p. 30).

A percepção do terapeuta é impressindível, na seqüência do trabalho, na escolha de músicas e das letras destas que, acabam sendo ouvidas pelo sujeito e

³ Termo técnico utilizado pela psicanálise francesa.

⁴ Termo utilizado pelos psicanalista Gabriel Babo e Glan Bergés para designar a separação imaginária – entre mãe e filho. Só é possível que “Um”, caso houver tal separação, oferecida pelo Outro.

aos poucos com o trabalho interdisciplinar, viabiliza a linguagem corporal, entendendo por esta, movimentos corporais, ritmos dos membros e, as vezes a percepção de algo ouvido, escutado, tornar-se e associar-se a coisas cotidianas e familiares.

Donald (1999) diz que o ritmo tem um papel ímpar em relação à mímica:

O ritmo é uma atividade integrativa-mimética, relacionada à mímica vocal e visomotora. [...] A habilidade rítmica é supramodal, isto é, assim que o ritmo é estabelecido, pode ser executado com qualquer habilidade motora, com mãos, os pés, a boca ou todo corpo. Ela aparentemente se auto-reforça do mesmo modo que a exploração perceptual e a execução motora da habilidade mimética. [...] Jogos rítmicos são generalizados entre as crianças humanas, e poucas culturas humanas, ou talvez nenhuma, não terão empregado o ritmo como recurso de expressão (p.240).

É possível perceber com clareza a aceitação ou não da música e ritmo propostos. Quando isto acontece, já se tem muito trabalho pela frente no sentido de pensar: qual é o sujeito em questão? Uma interrogação então se faz presente: Porque o interesse por tal ritmo e não algum outro? O que move a escolha da música e por vezes da letra que a acompanha?

como um estímulo mediador, a música, baseada em sua singular estrutura ordenada de padrões sensoriais estéticos, possibilita que tanto o comportamento humano como as funções cerebrais ganhem significação ao promover, guiar, organizar, focalizar e modelar a percepção, a atenção e comportamento nos domínios afetivos, cognitivos e sensorio-motores. (Thaut, p.239)

As experiências musicais em Musicoterapia, através dos canais sensoriais de informação, sejam eles o visual, o sinestésico ou o auditivo, permitem que se alcance o ponto onde a linguagem verbal muitas vezes não consegue chegar.

Quando deparamos com isto, o que é freqüente, já é possível que um vínculo se instale, pois a Musicoterapia vai ao encontro e a acolhida que o outro demanda mesmo timidamente. Sentindo-se escutado, o adolescente passa a escutar, ouvir o que lhe é posto a participar ou oferecido e pode então ensaiar posicionar-se (pelo nosso olhar de profissional) e exercitar fazer escolhas. Muitas vezes esse exercício é interpretado pelo Musicoterapeuta e o sujeito, ou o adolescente nem se dá por conta de seu movimento intersubjetivo. A nosso ver (como no caso do grupo em questão) quando isto acontece é de maior importância, uma vez que as resistências para o

retorno da posição anterior de alienação ao Outro⁵ não encontra tão fácil retorno. Esse não se dar conta nos primeiros momentos onde a transferência se faz é de grande importância. Quando já é possível que o adolescente se posicione de alguma forma no grupo, e isto se torne constante dele, então podemos apontar-lhe seus gestos e preferências como algo que o singulariza diante da própria família, do grupo e de seu próprio sentido de existir. Isto lhe possibilita imaginarizar o próprio corpo, pois o corpo do terapeuta é olhado e apropriado como mimetização, da mesma forma que o bebê o faz quando balbucia enquanto sua mãe lhe dirige palavras para que seja “Um”.

O “fazer musical representa a possibilidade de expressar-se através de uma linguagem”, permitindo uma comunicação com o outro (Costa, 1989)

O núcleo em torno do qual se desenrola todo o processo musicoterápico é a ação de fazer música, ou seja, produzir e organizar sons. Esta produção sonora pode não ter nenhuma intenção de comunicação, pelo menos consciente, e ser apenas um prazer sensorial da pessoa que toca para si mesma. A ação individual, isolada, torna-se uma ação com, ou seja, começa a estabelecer-se uma relação com o outro através do fazer musical. A música serve aqui com um facilitador no estabelecimento das relações interpessoais por um contato indireto (Costa, p.79).

É a partir desse contato indireto que o sujeito começa a perceber a existência do outro, de um outro espaço separado do seu próprio corpo. A sonoridade torna-se elemento informativo de presença e ausência (tempo-espaço). Começa um processo de representação, onde o instrumento musical passa a ser uma forma de se relacionar com as pessoas. A sonoridade, nesta nova vivência, é introjetada como prazer, levando à possibilidade de relacionamento com o outro e de inserção no discurso cultural.

O ritmo então torna-se impressindível para que movimentos corporais se façam presentes. O adolescente “lê” o ritmo, como movimento, “vê” o ritmo como movimento, como se o ritmo tivesse corpo próprio e o próprio corpo esboça delinear-se.

⁵ Diferente de “outro” que refere-se ao outro materno. “Outro” é aquele que faz a diferença, faz o corte para que um sujeito psíquico se instale. Aquele que contém o saber.

REFERÊNCIAS

CID 10 - CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE, 10^a revisão. Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças, em Português. São Paulo: EDUSP, vol. 1, 1994. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/dsm/dsm.html>> Acesso em 10 de maio de 2007.

BENENZON, R. **Teoria da Musicoterapia – Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal**. São Paulo: Summus, 1998

BERGÈS, J. e BALBO, G. **A psicanálise e a criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BLEICHMAR, Hugo. **Introdução ao estudo das perversões: a teoria do Édipo em Freud e Lacan**. Trad. Emilia de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

COSTA, C. M. **O Despertar para o Outro: Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1989.

DAVIS, W; GFELLER, K; THAUT, M. **An Introduction to Music Therapy - Theory and Practice**. The McGraw Hill Companies: U.S.A, 1999.

DOLTO, F. **Seminário de psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

DOLTO, F. **Seminário de Psicanálise de Crianças 2**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1a.ed., 1990

DONALD, M. **Origens do pensamento moderno**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999

GASTON, E. Tayer.et al. **Tratado de Musicoterapia**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1968.

GORZONI, P. **Terapia com Música no Brasil. Viver Mente e Cérebro**, São Paulo, Ano XIII, nº 149, 2005.

LEVIN, E. **A Clínica Psicomotora: O corpo na linguagem**. 6º ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999

PDAMED – **Dicionário Digital de Termos Médicos de 2007**. Disponível em < <http://www.pdamed.com.br/dicionario> >. Acesso em 24 de novembro de 2007.

RODULFO, Ricardo. **O brincar e o significante: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

SACKS, O. **Alucinações Musicais: relatos sobre a música e o cérebro**; São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SCHWARTZMAN, J. S. Síndrome de Rett. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [periódico na Internet]. São Paulo, vol.25 no.2 , Junho 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>.

VOLICH, R. M. Formas Fabricadas. **Viver Mente e Cérebro**, São Paulo: Ano XIII, nº 149, p. 28-36 jun. 2005.

INSERÇÃO DA MUSICOTERAPIA NAS EQUIPES DE SAÚDE

Marly Chagas¹

RESUMO

Este artigo apresenta alguns aspectos da Inserção da Musicoterapia nas Equipes de Saúde, enfocando alguns sentidos atribuídos às suas palavras chave: musicoterapia . saúde ; e equipes. Baseia-se na concepção do musicoterapeuta como profissional que trabalha terapeuticamente com a música; e da saúde como entendida na Confederação Nacional de Saúde, de 1986, garantida na Constituição Brasileira de 1988 e nos princípios fundamentais do SUS. Argumenta o princípio da integralidade como principal eixo para a inserção do musicoterapeuta nas equipes de saúde.

Palavras –chave: Musicoterapeuta ; Saúde; Equipes.

Podemos dizer que esta mesa tem três palavras chave: Musicoterapia; Saúde; Equipes. Vejamos cada uma delas.

Musicoterapia: Certamente, este é o conceito e a prática, mais conhecidos de todos nós. A música usada como elemento terapêutico é o que move este encontro e a nossa disciplina. O lugar de onde partimos é aquele que privilegia a arte como forma de acesso à sensibilidade do outro, ao corpo do outro; ao espaço social; impulsionando o auto-conhecimento, produzindo sujeitos e sociedades, traduzindo o intraduzível.

Michel Foucault, entrevistado por Dreyfus e Rabinow (1995, p 261), diz

O que me surpreende é o fato de que, em nossa sociedade, a arte se tenha transformado em algo relacionado apenas a objetos e não a indivíduos ou à vida; que a arte seja algo especializado ou feita por especialistas que são artistas. Entretanto, não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Porque deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, e não a nossa vida?

A Musicoterapia se propõe a colocar a artevida em primeiro plano.

¹ Marly Chagas Oliveira Pinto - psicóloga e musicoterapeuta. Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Professora da graduação e da Pós graduação do Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário. Presidente da Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro- período 2008- 2010; presidente do Comitê Latino americano de Musicoterapia – período 2007 – 2010. marlychagas@hotmail.com.br

O segundo termo, **saúde**, é problematizado pelos brasileiros há muito tempo e, em 1986, o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986,p 12) concebe saúde no seu sentido mais abrangente, como *“a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde.”*

Esta Conferência contou com a participação da população civil organizada e dos profissionais de saúde: 4 000 pessoas, sendo que 1000 eram delegados, representações de quase todas as instituições que atuavam neste setor. . Parte do movimento da reforma sanitária brasileira, que ainda não se concluiu – se é que seja um projeto que chegue a um fim -, a Conferência produziu um texto que amplia o entendimento do que seja saúde, colocando-a como um direito.

Dois anos depois, a Constituição Brasileira de 1988, garante a saúde como direito de todos e dever do Estado. (CF, 196, caput). A preservação deste direito se materializa em um Sistema Único de Saúde (Lei 8.080/90,), que tem por princípios fundamentais a universalidade; a equidade e a integralidade.

A universalidade garante o direito constitucional da saúde para todos e não somente a trabalhadores de carteira assinada. A organização operativa deste princípio acarreta a descentralização dos serviços, isto é: recursos e responsabilidades são distribuídos entre União, Estado e Município. A União executa apenas o que os municípios e estados, não podem ou não conseguem. A União, os estados e os municípios são gestores do SUS.

A equidade entende que: a política pública de saúde deve ser redistributiva, isto é: dar-se tratamento desigual para situações desiguais, ou seja, *“a cada um segundo suas necessidades objetivando proporcionar uma maior uniformidade”* (Ministério da Saúde,2008) para que a aplicação dos recursos da Saúde seja mais justa. A equidade gera uma distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade.

O terceiro princípio ético e doutrinário do SUS é o da integralidade, isto é o direito de as pessoas serem atendidas na íntegra em suas necessidades. É entendida como *“ conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;”* (Lei 8.080/90, 7.º, II). A integralidade exige a participação social institucionalização da democracia participativa e do conseqüente controle social na área de Saúde com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo.

A integralidade, mais do que todos os outros princípios, exige uma **equipe** interdisciplinar e incentiva a troca de saberes. Equipe, aqui entendida como o conjunto de pessoas que trabalham para um mesmo fim, o time. O musicoterapeuta integra este grupo.

No DVD “Musicoterapia fazendo a diferença,” da AMTRJ, o Dr Domingos Sávio, então presidente da Fundação Franco Basaglia declara:

“Em um campo de conhecimento elaborado, ou seja estruturado há pouco tempo, que não tem o tempo das carreiras mais tradicionais, [a musicoterapia} tem uma dinâmica de crescimento muito grande e de uma interlocução muito fácil com as outras categorias da saúde, [É parte] das categorias que tem como a perspectiva aberta de inter-relação entre as profissões de campo de conhecimento e campo de saber “

Anos mais tarde, em 2001, o Relatório Final de uma outra Conferência, a III de Saúde Mental (MS, 2001), prioriza a construção da rede de atenção integral em saúde mental “e, considerando a implantação de políticas de saúde mental como prioridade da saúde pública no País, convoca os Estados e os Municípios a desenvolverem uma política de saúde mental no contexto do SUS, recomenda na Política de contratação de recursos humanos, item 217 (p. 69) “incluir a categoria profissional de musicoterapeuta, no quadro funcional das equipes de Saúde Mental”.

Em 2006, a Sociedade de Cardiologia recomenda na “V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial” (2006) recomenda a inclusão do Musicoterapeuta como membro da equipe multiprofissional que engendrará ações de promoção à saúde; treinamento de profissionais e ações assistências individuais e em grupo (2006 p 17) cabendo especificamente ao musicoterapeuta” atividades em grupo para trabalho musicoterapêutico visando à adoção de Hábitos saudáveis e à diminuição de estresse” (*op cit* .p.18)

O musicoterapeuta pode, e deve integrar as mais diversas equipes de Saúde. Atualmente, um dos principais objetivos políticos da Associação de Musicoterapia de Estado do Rio de Janeiro é o de: lutar pela inclusão do musicoterapeuta nos concursos públicos, já que alguns municípios, inclusive o do Rio de Janeiro (Lei 1666/99) e Campos já possuem o cargo em seu plano de cargos e salários.

A musicoterapia nas equipes, um bendito alvoroço

A presença do musicoterapeuta em uma equipe traz a esta equipe a riqueza da música para o trabalho na saúde, pois estabelece outra lógica de cuidados integrais, inserida na saúde

“é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado?” (Ayres, 2001 p71)

A música, ligada a humanização no Instituto Nacional de Câncer, por exemplo, é porta vários sentidos que o paciente tanto quanto a equipe lhe dá, oportunizando comunicações significativas.

A contribuição do musicoterapeuta nas equipes de saúde, através de sua própria prática musical, traz à cena clínica, outros coletivos para pensar os profissionais, as práticas, os sujeitos, as canções, as expressões, os sons, os ruídos, os silêncios terríveis.

Lembre-nos, no entanto, que hoje, a ação política mais importante que podemos realizar é a luta em todos os níveis para colocarmos a musicoterapia no Código Brasileiro de Ocupações – a CBO.

Estejamos, contudo, preparados: a musicoterapia, como prática inovadora, inevitavelmente quebra antigos paradigmas, provocando sentimentos contraditórios na vivência da interdisciplinaridade (CHAGAS,PEDRO. 2008) e das numerosas dinâmicas da vida entendida como obra de arte.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE MUSICOTERAPIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.
Musicoterapia, fazendo a diferença, DVD. 2007.

BRASIL, **Lei 8.080/90** . Pesquisada em
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm acessada em março de 2008

AYRES, J.R.C.M - Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde in **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro:ABRASCO 6(1):63-72, 2001

CHAGAS, M. PEDRO, R. **Musicoterapia – desafios entre a modernidade e a contemporaneidade**. Ed. Bapera. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988 Pesquisada em
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm
Acessada em março de 2008

FOUCAULT, M – Entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow, in RABINOW, PAUL e DREYFUS, HUBERT, **Michel Foucault, Uma Trajetória Filosófica**. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995

GOVERNO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, **LEI Nº 1666/99**. Pesquisada em
<http://cmrj3.cmrj.gov.br/ofc/scripts/autorproj.asp?nomeAutor=Poder%20Executivo&numPagina=46> acessada em março de 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Pesquisada em
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf%20. Acessada em Março de 2008

_____**III Conferência de Saúde Mental** , 2001. Pesquisada em
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf Acessada em março de 2008

_____**– SUS Descentralização** Pesquisado em
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_descentralizacao.pdf acessado em março de 2008

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**”, 2005. Pesquisada em
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf Acessada em março de 2008