



TEMA:  
MUSICOTERAPIA E SAÚDE COLETIVA

DATA:  
16 E 17 DE ABRIL DE 2011

LOCAL :  
FACULDADES EST



EST-EAD

INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES:

AMTRS2008@GMAIL.COM.BR OU [WWW.AMT-RS.BLOGSPOT.COM](http://WWW.AMT-RS.BLOGSPOT.COM)



**Comissão Organizadora do  
II Fórum 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:**

*Prof. Dr. José Roque Junges,*

*MT Dra. Claudia Zanini*

*MT Dra. Rosemyrian Cunha*

*MT Dra. Patricia Maria dos Santos D'Andrea Parpinelli*

*MT Dra. Sandra Rocha do Nascimento*

*Mayara Divina Teles e Wilibaldo de Sousa Neto*

*MT Ms. André Brandalise*



### III FORUM DA AMT-RS

*“Musicoterapia e Saúde Coletiva”*

## Programa

**16 de abril de 2011 – Sábado**

### Manhã

8:30 – **Entrega de material e inscrições**

9:00 – **Musicoterapia e Saúde coletiva – MESA REDONDA** – Prof. Dr. José Roque Junges, MT Dra. Claudia Zanini e MT Dra. Rosemyrian Cunha.

10:30 – **Intervalo**

11:00 – **Musicoterapia como Tratamento Não Medicamentoso em Hipertensão Arterial** – MT Dra. Claudia Zanini.

### Tarde

13:30 – **Grupos em música: manifestações emocionais, físicas, cognitivas e sociais** - MT Dra. Rosemyrian Cunha.

15:00 – **Revisão da literatura sobre a aplicação da Musicoterapia em usuários de drogas** – MT Dra. Patricia Maria dos Santos D'Andrea Parpinelli.

15:30 – **Intervalo**

16:00 - **Uma reflexão sobre o uso das músicas da Mídia no contexto da Musicoterapia na Educação Especial** – MT Dra. Sandra Rocha do Nascimento, Mayara Divina Teles e Wilibaldo de Sousa Neto.

16:30 – **Reflexões acerca do erro clínico em Musicoterapia** – MT Ms. André Brandalise.

17:00 – **Assembléia Geral da AMT-RS.**

**17 de abril de 2011 – Domingo**

**Manhã**

**9:00 – Musicoterapia em Saúde Coletiva – Inserção, Implementação e pesquisas**  
- *MT Dra. Claudia Zanini.*

**10:30 – Intervalo**

**11:00 – Grupos abertos em Musicoterapia: saúde comunitária – MT Dra. Rosemyrian Cunha.**

**12:00 – Encerramento**

**Tarde (opcional)**

**14:00 – Coro Terapêutico: uma proposta para trabalho com Grupos em Musicoterapia – Seminário Teórico-prático com a MT Dra. Claudia Zanini.**

**MEDICINA SOCIAL, SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA.****José Roque Junges****UNISINOS / São Leopoldo, RS.**

A medicina passou por três grandes revoluções nos últimos séculos. A primeira foi o surgimento da clínica, pois a medicina nem sempre foi clínica. O médico de tradição hipocrática ou galênica tinha pouquíssimos recursos de intervenção para fazer frente à doença. A etiologia das enfermidades estava ligada às influências do ambiente e ao equilíbrio dos humores com pouca ou quase nenhuma base na fisiologia do corpo. Com o surgimento do hospital moderno, a doença pode ser observada de perto como num museu e laboratório para ser acompanhada, escrutinada, nominada e definida em sua geografia corporal. A doença foi ontologizada e a revolução microbiana ajudou muito nesse processo, separando a enfermidade do enfermo, tornando a doença uma entidade separada a ser vencida pelo médico e o corpo doente é o campo de batalha. O sujeito doente é um puro acidente nessa luta e que só pode atrapalhar. Com essa mudança de paradigma, a medicina ganhou uma base biológica pelo estudo da fisiologia e da patologia. Essa foi a revolução da clínica.

A clínica significou uma superação dos determinantes ambientais e sociais na causação da doença. A patologia é simplesmente um problema fisiológico. O gradativo esquecimento e rejeição da ecologia das enfermidades e certa individualização da doença foi concomitante ao surgimento da medicina social que pensa a doença no coletivo. A epidemiologia esteve ao serviço dessa coletivização da doença, vindo para completar a clínica. Essa foi a segunda grande revolução da medicina. Ela deu origem às políticas públicas para fazer frente às doenças no coletivo. A saúde das pessoas tornou-se uma preocupação do Estado que passou a desenvolver dinâmicas biopolíticas. O campo científico da saúde pública foi o grande agente dessa preocupação. A saúde coletiva como uma superação crítica da saúde pública incluiu os determinantes subjetivos e socioculturais no processo saúde/doença e o controle social e a gestão participativa como formas de democratização da saúde.

A terceira grande revolução da medicina foi o surgimento do movimento da promoção da saúde como uma superação do foco na pura cura de doenças. Os conceitos de qualidade de vida e de hábitos saudáveis começam a fazer parte do atendimento do profissional da saúde. Pode-se dizer que está em andamento uma quarta revolução que é a medicina genômica pelo qual se pretende curar as doenças na sua origem genética com o objetivo de alcançar a saúde perfeita que é nova ideologia da sociedade pós-moderna.

O conhecimento dessas transformações é importante para dar-se conta como e por que os serviços de saúde se organizam de uma determinada forma e qual é o

imaginário sociocultural da saúde e da doença que está determinando a demanda dos usuários e a oferta dos serviços.

## 1. Origem da Medicina social

O filósofo francês Michel Foucault numa conferência proferida em 1974 no Rio de Janeiro explicitou de uma maneira magistral a origem da medicina social e consequentemente da biopolítica e do biopoder. Ali ele afirma que *com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica*<sup>1</sup>.

Portanto, a medicina antiga era um assunto de cunho particular, enquanto que nos tempos modernos ela assumiu uma dimensão fortemente social por força do Estado e motivada pelo desenvolvimento do capitalismo. Como aconteceu essa socialização da medicina? Foucault analisa três configurações da medicina social: a medicina de Estado desenvolvida na Alemanha no começo do século XVIII como fruto da unificação prussiana; a medicina que surgiu do ideário da revolução francesa no final do século XVIII que não tinha como suporte a estrutura do Estado como na Alemanha, mas o fenômeno da urbanização; a medicina da saúde do trabalhador que surgiu na Inglaterra como fruto da industrialização e da necessidade da reprodução e conservação da força de trabalho.

A medicina de Estado na Alemanha estava fundada no princípio de que uma Nação forte depende de um povo forte e saudável. Por isso, o Estado normatizou e submeteu os médicos a uma administração central, instituindo a polícia médica como encarregada de controlar a saúde do povo. Dessa forma, os corpos dos indivíduos foram estatizados a serviço de uma Nação forte. Na França o que moveu a medicina social foi a preocupação burguesa com a higiene urbana que motivou o fechamento e a

---

<sup>1</sup> Foucault, M. "O nascimento da Medicina Social" in *Microfísica do poder*. São Paulo: Ed. Graal, 2001, p. 80

reestruturação de hospitais e cemitérios. Na Inglaterra, o foco da medicina social foram os efeitos da industrialização sobre os pobres que acorriam aos grandes centros em busca de trabalho que deveriam ser socorridos para evitar a convulsão social<sup>2</sup>.

## **2. Surgimento da saúde pública e da saúde coletiva.**

A preocupação social da saúde recebeu historicamente várias denominações. No século XIX começou-se a falar de “Medicina Social”, preocupada com a prevenção das doenças, tendo como foco uma maior higiene das condições sociais da população. No século XX apareceu a denominação "Saúde Pública" definida por Winslow como "*a ciência e a arte de evitar a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, visando o saneamento do meio, o controle das infecções comunitárias, e a educação do indivíduo nos princípios da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença e o desenvolvimento dos mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa na comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde*"<sup>3</sup>. A novidade está em que a preocupação não é apenas a prevenção da doença, mas também a promoção da saúde. Este não é apenas um objetivo da medicina, mas da sociedade como um todo. Aparece a formulação de políticas públicas voltadas para a saúde. A saúde pública tornou-se uma preocupação e um correspondente departamento da faculdade de medicina por encargo do Estado.

A saúde coletiva implicou avanços frente à saúde pública ao caracterizar-se como conjunto de diferentes saberes que dão suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais face às questões de saúde/doença e à organização da assistência com referência à dimensão social e ambiental do processo de saúde e doença<sup>4</sup>.

Revisando o tema, Nunes<sup>5</sup> afirma que a saúde coletiva estabelece a crítica ao universalismo naturalista do saber médico e rompe com a concepção de saúde pública, negando monopólio do discurso biológico.

<sup>2</sup> Ibidem

<sup>3</sup> Scliar M. *Do mágico ao social. A trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: LPM Editores, 1987, p. 35-36.

<sup>4</sup> Paim J. S., Almeida Fº N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev de Saúde Pública* 1998; 32 (4): 299-316

<sup>5</sup> Nunes ED. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM (Orgs) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 295-315.

A biomedicina como modelo científico<sup>6</sup> surgiu na ruptura com as formas tradicionais de terapias, tidas como não científicas, por elas serem fruto de práticas populares de cura das doenças. Configurou-se a partir da revolução microbiana que definiu as doenças como entidades a serem combatidas. Com essa ontologização da enfermidade perdeu-se a visão ecológica da saúde e da doença. A saúde coletiva surge como inovação no campo científico por considerar os determinantes sociais e ambientais do processo saúde/doença e entender que o diagnóstico e a terapêutica dependem, grandemente, do contexto sociocultural, reaproximando, assim, saber médico e senso comum. A saúde coletiva apresenta-se como uma ruptura com a primeira ruptura epistemológica feita pela biomedicina em relação ao senso comum. Essa segunda ruptura reconcilia a clínica com o subjetivo e o social da saúde e da doença, representado pelo senso comum negado na primeira ruptura.

A saúde coletiva é entendida como campo científico, *onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto „saúde” e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos*, e como prática social, *onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como „setor saúde”*<sup>7</sup>. Portanto, como campo de saber específico, a saúde coletiva acontece tanto ao nível do discurso científico como das práticas sociais.

A saúde coletiva não é um departamento da medicina como acontecia com a saúde pública que completava a clínica que trata do indivíduo enquanto que a epidemiologia tratava das populações, mas sempre reduzindo o processo saúde e doença à sua dimensão biológica, independente dos determinantes subjetivos e sociais. A saúde coletiva é um saber inter e transdisciplinar, porque engloba conhecimentos das ciências sociais, da antropologia, da psicologia. A saúde coletiva compreende também novas práticas, porque integra a subjetividade como elemento fundamental do atendimento; o controle social e o engajamento da comunidade atendida como aspecto essencial da gestão.

### 3. Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados primários de Saúde

---

<sup>6</sup> Camargo Jr. K.R. *Biomedicina, Saber e Ciência. Uma abordagem crítica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

<sup>7</sup> Paim J. S., Almeida Fº N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?, p. 308.

A saúde coletiva é uma invenção brasileira fruto das lutas do movimento sanitarista durante a ditadura militar que desembocou na assembleia constituinte com a criação do SUS que definiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Nessa trajetória, os sanitaristas brasileiros receberam uma importante inspiração e reforço com a Declaração de Alma-Ata<sup>8</sup>.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reunida em Alma-Ata (Casaquistão) em setembro de 1978 definiu a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença ou enfermidade, como sendo um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial.

O documento final da conferência defende que a focalização nos cuidados primários de saúde constitui a chave para atingir essa meta. Cuidados primários são os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias, da comunidade, mediante a sua plena participação.

Para a conferência, eles representam o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, levando os cuidados sanitários o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham; têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação conforme as necessidades; envolvem, além do setor da saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento social e comunitário; requerem a máxima autoconfiança individual e comunitária no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde; baseiam-se ao nível local e de encaminhamento através de sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados.

O documento termina incentivando os governos a formular políticas e estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. O governo brasileiro chegou a essa meta dez anos depois com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituinte de 1988.

---

<sup>8</sup> <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> (Acessado dia 26 de fevereiro de 2011).

#### **4. Sistema Único de Saúde**

Quando a maioria dos países do Primeiro Mundo iniciava um processo de desmonte do Estado de bem-estar social, seguindo a cartilha neo-liberal, o Brasil apostou num sistema público de saúde fundado na universalidade e na eqüidade do acesso aos recursos necessários a uma saúde integral. Essa opção nacional foi fruto de uma pactuação construída, durante anos, com muita eficiência política e social pelo movimento sanitário brasileiro. O movimento era formado por professores e pesquisadores da área de saúde nas universidades e por profissionais da saúde educados na perspectiva da medicina social, todos organizados na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) que exerceu um papel fundamental nessa articulação.

A 8<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada como o evento mais significativo no processo de construção da plataforma e das estratégias do movimento pela democratização da saúde no Brasil. Essa movimentação social e articulação política desembocaram na Constituição de 1988, definindo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. O texto constitucional brasileiro é o mais completo e explícito, comparando-o com de outros países capitalistas, pois ele caracteriza muito bem o Sistema Único de Saúde, a responsabilidade do Estado e as relações com o setor privado. Trata-se de um caso único de êxito político, não existindo algo similar em outras lutas sociais travadas na época da constituinte, por exemplo, em favor da democratização da educação e da terra nem temos algo paralelo em outros países da América latina<sup>9</sup>.

Examinando o texto constitucional, a questão do direito universal à saúde, assim como o acesso igualitário às ações de saúde, aparece assegurado tanto nas disposições gerais do capítulo sobre a seguridade social no artigo 194, quanto na seção específica da saúde no artigo 196<sup>10</sup>.

Os princípios que sustentam o Sistema Único de Saúde são a universalidade do acesso, a integralidade das ações, a descentralização dos serviços, a relevância pública

<sup>9</sup> Escorel S. *Reviravolta na saúde. Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999; Rodrigues Neto E. *Saúde: Promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

<sup>10</sup> Brasil, *Constituição da República Federativa do Brasil* (Atualizada até a emenda constitucional n. 44 de 30/06/2004) São Paulo: Ed. Saraiva, 2004.

das ações e dos serviços e a participação da comunidade. Esses princípios são uma decorrência do princípio básico de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

O Sistema Único de Saúde surge no espírito da Conferência de Alma-Ata que enfatizou a prioridade dos cuidados primários como um direito de todos, possibilitando o acesso universal às ações básicas necessárias para um cuidado integral da saúde; a proximidade, a participação e a relevância pública dos serviços responsáveis por essas ações.

A década de 90 foi marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. Esse processo foi o eixo de reorganização da atenção básica. Isso significou o predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade e hospitalares. Desse modo, a esfera municipal, em particular, ainda que de modo lento, gradual e negociado, torna-se a principal responsável pela gestão da rede serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Um dos instrumentos fundamentais do processo de reforma da saúde foi a regulamentação criada em 1991 da lei 8080 e da lei 8142 que tratam das normas gerais de funcionamento do SUS, principalmente o repasse de recursos financeiros. A partir de 1996 foram previstas duas modalidades da gestão local do SUS: plena de atenção básica e plena do sistema de saúde. Na primeira, o poder público municipal tem a governabilidade apenas da rede de atendimento básico. Na segunda, o município gerencia todo o atendimento à saúde no seu território, incluindo a rede hospitalar pública, privada e conveniada, tendo para isso o repasse direto de recursos do Fundo Municipal de Saúde<sup>11</sup>.

A descentralização dos serviços objetiva a concretização dos princípios do SUS: universalidade do acesso, a equidade no atendimento e a integralidade da atenção. A avaliação do alcance desses objetivos da descentralização/municipalização geralmente aponta como uma das variáveis-chave a capacidade técnica-administrativa e o desempenho dos gestores locais, municipais e estaduais, mas é necessário acrescentar a importância da participação e do controle da sociedade civil através dos conselhos municipais de saúde e, principalmente, da mudança nos micro-processos de trabalho e

---

<sup>11</sup> Bodstein R 2002. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002, 7 (3): 401-412.

nos fazeres cotidianos de cada profissional no sentido de focar as práticas nos usuários e não tanto nos procedimentos. O modo de atender as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Ele vincula-se a uma relação nova entre sujeitos, quando tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde<sup>12</sup>.

A descentralização significou avanços na consecução dos princípios do SUS, mas eles convivem tanto com a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho que esgarçam as relações entre os diferentes profissionais, quanto com o despreparo das equipes para lidar com as dimensões subjetivas e sociais das práticas de atenção. Constatase um baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e pouco fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo e produção da saúde. Esses fatos suscitam o debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliado aos da formação dos profissionais e aos modos de controle social. Como reação a esse debate, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a estratégia Humaniza-SUS no sentido de criar uma Política Nacional de Humanização<sup>13</sup>.

## **5. Política Nacional de Humanização**

Para o ministério, a política de humanização não pode ser reduzida a algo vago associado a atitudes humanitárias de caráter filantrópico e voluntário, mas como fazendo parte do direito à saúde. Para sua consecução não basta focar apenas o usuário como detentor do direito, mas incluir o papel do trabalhador como elo da relação que produz saúde. Assim, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Assim existe a necessidade de adotar a humanização como política transversal entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Desse modo, a humanização deve constituir-se cada vez mais como vertente orgânica do SUS<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Merhy E E, Magalhães H M, Rimoli J, Franco T B, Bueno W S 2003. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

<sup>13</sup> Brasil. *HumanizaSUS. Política Nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

<sup>14</sup> Ibidem

A humanização deve traduzir-se no modo de operar as relações entre os profissionais e os usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as diferentes instâncias do SUS. Trata-se da construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde. Por isso, a humanização precisa aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores implicados na produção da saúde, apontando para uma mudança na cultura da atenção ao usuário e na gestão dos processos de trabalho. Isso supõe uma troca de saberes entre esses atores, um diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. Desse modo, a humanização aparece como uma estratégia de interferência no processo de produção da saúde, levando em conta que os atores são sujeitos sociais capazes de transformar realidades transformando a si mesmo neste mesmo processo. Trata-se, portanto, da produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem o sistema de saúde e usufruem dele<sup>15</sup>.

A humanização, como estratégia para chegar a uma qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, acontece, essencialmente, como uma construção/ativação ética, pois se trata de operar como sujeitos em rede, fomentando as relações e a conectividade. A ética tem justamente como referência um sujeito em relação. Por isso, o Ministério da Saúde propõe como princípios norteadores da Política Nacional de Humanização: valorizar a dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão; estimular processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional; atuar em rede com alta conectividade; fomentar a informação, comunicação e educação permanente<sup>16</sup>.

A Política Nacional de Humanização é uma estratégia para possibilitar e concretizar um dos princípios fundamentais do SUS: a *integralidade*<sup>17</sup> em correlação com seus princípios complementares da *universalidade* e da *equidade*. Não se pode concebê-los em separado, pois se exigem mutuamente, tornando-se princípios éticos da própria saúde pública.

---

<sup>15</sup> Ibidem

<sup>16</sup> Ibidem

<sup>17</sup> Pinheiro R, Mattos R A (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS –UERJ-ABRASCO, 2001.

Uma prática de saúde pautada pela integralidade manifesta-se nas relações do profissional com o usuário, caracterizadas tanto pelo *acolhimento, vínculo e cuidado nas práticas*<sup>18</sup>, quanto pela *responsabilização, resolutividade e inter-setorialidade dos serviços*. No primeiro caso temos uma integralidade mais focalizada na escuta das necessidades singulares do usuário. No segundo caso trata-se de uma integralidade ampliada dos processos de trabalho pensados em rede de serviços. O foco está sempre na qualidade das relações entre o profissional e o usuário. Estes aspectos valem tanto para a prática de uma Unidade Básica quanto para a prática de média e alta complexidade de um hospital. Mas as exigências de uma e outra são diferentes, dependendo do tipo de interação que se estabelece, dando uma especificidade própria para a humanização das práticas e dos serviços de uma Unidade Básica.

### Conclusão

O campo científico da saúde coletiva nasceu no contexto da valorização e da organização da atenção primária à saúde e se constituiu como um saber e uma prática atentos aos determinantes subjetivos e socioculturais do processo saúde/doença, tendo como foco mais a promoção da saúde do que o tradicional diagnóstico e a terapêutica da enfermidade, típicas de uma instituição hospitalar.

Essa configuração do saber determina o tipo de pesquisas que se desenvolvem dentro da saúde coletiva. Antes de nada estudos epidemiológicos que analisam estatisticamente os agravos e a saúde das populações. Eles caracterizam-se por uma perspectiva quantitativo-coletiva da saúde. Em segundo lugar investiga a interface disciplinar entre as ciências sociais e a antropologia com o estudo dos processos de saúde/doença. Em geral são estudos mais de cunho qualitativo sobre percepções

---

<sup>18</sup> Camelo S H H, Angerami E L S, Silva E M, Mishima S M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de ribeirão Preto, *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2000, 8 (4): 30-37; Ramos D D, Lima M A D S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, *Cadernos de Saúde Pública* 2003, 19 (1): 27-34; Pinheiro R, Mattos R A (Orgs.) *Cuidado*. Rio de Janeiro: IMS –UERJ-Abrasco, 2004; Teixeira R R. Humanização e atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005, 10 (3): 585-597.

subjetivas e representações culturais das vivências da saúde e da doença. Por fim, centra-se em pesquisas sobre as formas de organização e de gestão dos serviços com vistas à qualificação das práticas de atendimento em saúde. Nesse contexto inserem-se as investigações sobre a humanização dos serviços que é uma das grandes preocupações do Ministério da Saúde.

Fica a pergunta como a musicoterapia pode integrar-se nos saberes e nas práticas da saúde coletiva, desenvolvendo pesquisas transdisciplinares que configurem seus conhecimentos terapêuticos na perspectiva sociocultural do coletivo.

## **REFLEXÕES ACERCA DO ERRO CLÍNICO EM MUSICOTERAPIA**

[base para a formatação de Projeto de Pesquisa Quantitativa, Temple University]

André Brandalise<sup>1</sup>

Participo, com frequência, de eventos de musicoterapia no Brasil e no exterior. Entre os fenômenos que me chamam a atenção está o fato de a grande maioria dos trabalhos, expostos pela classe, tratar sobre os acertos clínicos e raramente haver a preocupação de divulgar as falhas que são cometidas. Pareceu-me importante investigar os possíveis porquês desta dinâmica. Exerço, na Temple University, as funções de professor assistente e de supervisor clínico e percebo que uma das principais questões de supervisão é a ansiedade do estudante frente à possibilidade de cometer erros. Esta característica diz respeito tanto ao estudante de bacharelado como ao estudante de mestrado.

No meu ponto de vista, a possibilidade do erro não deveria amedrontar, sob pena de barrar espontaneidade clínica, e sim ser entendida como 1) inevitável logo, 2) parte do aprendizado contínuo de ser um(a) musicoterapeuta. Em função desta revisão bibliográfica ter ocorrido nos Estados Unidos busquei a definição da palavra “erro” no *American Heritage Dictionary of the English Language* (versão online). Segundo o dicionário norte-americano, “erro, como substantivo, significa uma falha resultante de um mal julgamento, de uma falta de cuidado, de um mal entendido. A etimologia vem do *Middle English* *mistaken*, entender mal, e de *mistaka*, tomar como erro: *mis-*, *wrongly*; de origem Indo-Europeia *taka, to take*”.

---

<sup>1</sup> André Brandalise é Bacharel em Música (UFRGS, RS), Especialista em Musicoterapia (CBM-RJ) e Mestre em Musicoterapia (NYU, EUA). Atualmente cursa o Programa de PhD em Musicoterapia da Temple University (EUA) onde é bolsista como supervisor e professor-assistente. É um dos fundadores da AGAMUSI (Associação Gaúcha de Musicoterapia) a qual presidiu de 1999 a 2003. Integra o conselho editorial da Revista Brasileira de Musicoterapia. Brandalise é diretor-fundador do Centro Gaúcho de Musicoterapia, em Porto Alegre, onde trabalha como clínico, supervisor e orientador. É autor dos livros “Musicoterapia Músico-centrada” (2001) e “I Jornada Brasileira sobre Musicoterapia Músico-centrada” (2003). Este último como organizador. Expôs seu trabalho em vários estados do Brasil, na Argentina, no Uruguai, Chile, Colômbia e nos Estados Unidos, publicando artigos no Brasil, na Argentina (Revista ICMus) e no site norueguês “Voices”. É musicoterapeuta convidado pelo prof. Dr. Douglas Keith a participar do curso de formação de musicoterapeutas do Georgia College and State University (EUA).

Casement (2002), psicanalista, afirma que “(..) não é possível para o analista evitar erros (...).” Penso que o mesmo ocorre com o musicoterapeuta. Por isso, acredito que seria importante discuti-los e entendê-los como parte do processo contínuo de aprendizagem de um musicoterapeuta clínico. Cometer um erro ou “tomar algo como errado” (mis-take) é comum em nossa prática. E isto não pode ser tido como algo “feio” de ocorrer. Ocorre com todos. Penso que uma vez que profissionais envolvidos no campo começem a reconhecer este fato como também uma importante ferramenta de aprendizado, provavelmente modificações na área ocorrerão. Por exemplo, provavelmente provocará impacto no meio acadêmico propiciando uma diminuição da mencionada ansiedade entre os estudantes o que, penso eu, está conectada a uma maior ou menor liberdade criativa na prática clínica, característica que entendo ser muito importante para o bom desempenho do trabalho clínico. Richman et al. (2009) concordam que erros clínicos, cometidos por médicos, enfermeiros ou outros profissionais ligados à área da saúde, continuam sendo um assunto delicado que demanda um debate mais aberto no sentido de reduzi-los.

Penso que devem haver erros clínicos comuns na prática de profissionais norte e sul americanos e, consequentemente, sentimentos também comuns. No entanto, musicoterapeutas não estão ainda habituados a refletir abertamente sobre eles. Costuma-se, isto sim, exibir as experiências bem sucedidas. Gostaria de melhor entender os motivos.

### **Discutindo Erros e Aprendendo com eles**

Como afirmado anteriormente, erros são comuns em qualquer área profissional. Podem ser vistos como ameaças ou, da maneira como prefiro percebê-los, uma possibilidade de aprendizado tanto para estudantes como para profissionais.

Lohman, Scheirton, Mu, Cochran e Kunzweiler (2008) afirmam que assim como qualquer profissional da área da saúde, terapeutas ocupacionais cometem erros em suas práticas clínicas. A terapia ocupacional, recentemente, começou a conduzir estudos sistemáticos sobre os erros em sua prática. Os autores relatam uma análise de cinco exemplos de erros da terapia ocupacional na prática com a reabilitação física geriátrica. São eles: a má interpretação, a falta de preparo, a falta de experiência, a falta de

conhecimento e a insuficiente comunicação. De acordo com Richman et al. (2009), a literatura sugere que questões associadas a “erros” cometidos por profissionais da saúde envolvem preocupações relacionadas com segurança do paciente, sigilo, processos de documentação e desenvolvimento de normas que garantam a qualidade do serviço.

Na medicina, Kaldjian, Forman-Hoffman, Jones, Wu, Levi e Rosenthal (2008) atestam que discussões sobre erros médicos facilitam o aprendizado dos profissionais e podem promover apoio emocional após alguma falha cometida. Os autores entendem que pouco ainda se sabe sobre as atitudes e comportamentos de médicos no que diz respeito às possíveis discussões com colegas acerca de erros praticados. Conduziram uma pesquisa com professores e residentes, de especialidades generalistas, nas regiões norte-americanas do meio-oeste, meio-Atlântico e nordeste com o intuito de investigar atitudes e comportamentos em relação à prática de discutir erros. Respostas obtidas de 338 participantes (*response rate = 74%*) indicaram que a maioria dos médicos generalistas, locados em hospitais universitários, afirmaram que seguidamente discutem seus erros com colegas e mais da metade tentou praticar a chamada *role-model discussion* onde simula-se uma determinada situação clínica. No entanto, um significativo número destes médicos reportou que usualmente não discute erros e alguns acrescentam não conhecerem colegas que pudessem ser ouvintes apoiadores.

Borrel-Carrio e Epstein (2004) pensam que muitos erros clínicos estão relacionados às capacidades cognitivas e emocionais do médico. De acordo com eles, médicos têm a sensação de que o possível erro que cometem deve ser ocasionado pela interferência de aspectos emocionais.

### **Erros, Pressão e Perfeccionismo**

Um dos motivos que me influenciaram a realizar este estudo e reflexão foi, como citado anteriormente, minha prática como supervisor, primeiramente no Brasil e atualmente nos Estados Unidos. A ansiedade, entre os estudantes que iniciam suas práticas de estágio é bastante comum. Há uma pressão para que “erros” não ocorram.

Ao ver de alguns estudantes, cometê-los poderia comprometer seus futuros profissionais fazendo com que não recebessem boas “cartas de recomendação”<sup>2</sup>.

Pressão existe. Pressão para que tudo seja “perfeito”. Porém, trata-se de uma demanda irreal a qual, em minha opinião, tende a criar uma dinâmica de aprendizado que não é saudável, provavelmente mais aprisionadora do que livre clínico-criativamente falando. Casement cita Kernberg (2002) que pontua que qualquer treinamento psicanalítico contém todo tipo de pressão sob os estudantes. Casement acrescenta que por vezes esta qualidade de treinamento conduz o estudante a uma “identificação com o agressor” a qual pode resultar em uma nova geração de pacientes sendo tratados com os mesmos graus de “certeza”. Isto, por sua vez, torna-se um ciclo vicioso. Segundo Walsh et al. (2002), estudantes para *counseling* (moderação), conseguiram identificar fatores que acreditam ser significativos no sentido de estimular a abertura pelo desejo de revelarem erros em supervisão clínica: as qualidades relacionadas com a relação supervisor-supervisionando. Em particular, o sentimento de mutualidade.

A discussão sobre o erro clínico transformou-se de apenas um problema de tabu a um dos temas centrais para tomada de decisões, epidemiologia, pesquisas na saúde e qualidade de atendimento. Uma perspectiva sistêmica acerca do erro clínico na área médica, atualmente, entende que por trás de cada erro deve haver uma corrente de circunstâncias envolvendo múltiplos atores bem como a organização como um todo. A tendência corrente é a de remover a “culpa individual” para uma perspectiva mais institucional. A consequência positiva disto é que médicos passam a examinar seus próprios erros sem a ativação de sentimentos persecutórios os quais geralmente paralisam as capacidades tanto individuais como de equipe no sentido de corrigir o que for necessário e prevenir erros futuros. Algumas evidências indicam que erros seguidamente ocorrem não por uma falta de conhecimento mas por uma aplicação desconcentrada de certos hábitos e de certas emoções.

Uma das conclusões do estudo citado no início desta seção do artigo, por

---

<sup>2</sup> nos Estados Unidos, com frequência, solicita-se cartas de recomendação em concursos e entrevistas profissionais.

Kaldjian, Forman-Hoffman, Jones, Wu, Levi e Rosenthal (2008) é que erros na prática médica confrontam médicos com um dilema: “queremos expor nossos erros para que com eles possamos aprender porém, hesitamos nos expor ao escrutínio da classe por medo de embarasso e perda de reputação” (introdução). Lesnewski (2006) comenta que se viu em uma sala com estudantes de medicina, trinta deles, que estavam discutindo questões médicas acerca de pacientes fictícios. Descobriram, ao longo do exercício, que havia um erro no tratamento de um dos pacientes mas que este erro não comprometeria sua saúde. Decidiram, então, que o médico responsável deveria simplesmente corrigir o tratamento sem reveler o erro inicial. O que incomodou o autor nesta dinâmica foi o fato de o *status* do médico parecer ser mais importante do que a honestidade e que a confiança do paciente em seu médico dependia, então, de uma ilusão de perfeição.

Kaldjan et al. (2008) descobriram também, em sua pesquisa, que a maioria dos médicos residentes reportaram conhecer um *fellow resident* (87%) ou professor (81%) que daria apoio caso um erro precisasse ser discutido. No entanto, 4% dos residentes reconheceram que não falariam com seus supervisores sobre um erro que pudesse prolongar um tratamento, causar desconforto, deficiência ou morte e 13% dos residentes relataram acreditar que não necessitariam comentar com seus supervisores sobre erros que causassem danos mínimos a seus pacientes. Médicos residentes possuem maior motivação do que médicos profissionais para discutir seus erros. Possuem o desejo de que colegas aprendam uns com os outros. Porém, são mais preocupados do que os professores por perder a reputação.

Por fim, notaram algo interessante no que diz respeito a gênero. Os pesquisadores descobriram que as mulheres são mais auto-críticas do que os homens e também que são mais preocupadas em relação a receberem críticas de colegas, temendo por suas reputações.

### **Erros Clínicos em Musicoterapia**

A Musicoterapia raramente toca neste assunto. Busquei informações nas databases PsycINFO, MEDLINE, CINAHL, Google Scholar e também revisei periódicos de Musicoterapia (Revista Brasileira de Musicoterapia, de 2001-2006,

periódicos da *American Music Therapy Association*, de 2000-2003) incluindo o periódico online norueguês *Voices*. Também contactei colegas brasileiros e argentinos com o intuito de me auxiliarem na busca por manuscritos não publicados sobre o tema, em português e em espanhol.

Um dos meus achados foi resultado de uma resposta que a musicoterapeuta brasileira Márcia Cirigliano recebeu de Shanna Clark (2006), no site de musicoterapia Voices, uma estudante de primeiro ano de mestrado em musicoterapia, da Lesley University, Cambridge (MA). Segundo Clark, “um bom terapeuta deveria ser um profissional que aceitasse suas próprias vulnerabilidades e reconhecesse seu potencial para cometer erros o que significa aceitar que as qualidades humanas individuais tanto nos permitem cometer erros como também efetivar conexões com outras pessoas, conexões estas que permitem transformações.”

Aparentemente erros ainda são um tabu no meio professional da musicoterapia. Por que nossas conferências são praticamente todas embasadas em intervenções bem sucedidas, *insights* bem sucedidos etc.? As musicoterapeutas norte-americanas Roia Rafieyan<sup>3</sup> e Judy Belland ministraram uma apresentação chamada *The Myth of the Perfect Music Therapist or How I Learned to Stop Worrying and Love My Mistakes* (O Mito do Musicoterapeuta Perfeito ou Como aprendo a parar de me preocupar com meus erros e passo a amá-los?). A apresentação incluiu alguns de seus pensamentos acerca do livro “Aprendendo com nossos erros”, de Patrick Casement, mencionado neste texto. De acordo com Rafieyan (comunicação pessoal), parte da razão para profissionais não serem aptos a reconhecer erros, em musicoterapia, pelo menos nos Estados Unidos, está ligada à diversidade de práticas, a maioria não relacionada à psicoterapia. O foco da prática musicoterápica, nos Estados Unidos, concentra-se nas chamadas “atividades terapêuticas” (activity-based models) objetivando a melhora de alguma situação terapêutica específica. Em outras palavras, uma musicoterapia “produto-orientada” (product-oriented). Logo, os tipos de erros que norte-americanos poderiam dividir, em ambientes restritos, provavelmente seriam mais relacionados a habilidades. Por exemplo, falta de habilidades musicais, não adequadas ao tipo de atividades consideradas “certas” para os pacientes.

---

<sup>3</sup> comunicação pessoal (Filadélfia, fevereiro de 2010).

Este nível de prática, segundo Rafieyan, pode não permitir que clínicos tenham consciência de outros tipos de erros (interpessoal, therapêutico, ético etc.). Em razão de muitos musicoterapeutas nos Estados Unidos clinicarem em um nível de bacharelado, podem não possuir tanto conhecimento e experiência que permita reconhecer erros. Mesmo mestres em musicoterapia podem estar nesta situação, dependendo de onde fizeram seu treinamento.

Um outro fator complicador, segundo a autora, é que muitos na nossa profissão são forçados a terem que educar o público, as intuições, os pacientes, e suas mantenedoras acerca dos benefícios em se ter um musicoterapeuta. O foco, muitas vezes então, pode passar em “ter que provar” sermos merecedores de nossos contratos. Reconhecer erros pode ser bastante perigoso em situações onde se tem que “provar” o sucesso para garantir o trabalho.

### **Considerações Finais**

Então, de onde vem o mito do musicoterapeuta perfeito? E de que maneira os programas de Musicoterapia poderiam trabalhar esta questão? Tendo a ver o desafio de não reconhecer e/ou não expor nossas falhas em decorrência desta obrigatoriedade de mantermos nossa reputação sob pena de não convencermos o público em geral e a classe profissional do quanto válida é a musicoterapia.

Nossos eventos parecem também refletir a necessidade de convencermos uns aos outros sobre a importância de cada trabalho, consequentemente, sobre a importância da nossa escolha profissional.

Penso termos ainda bastante trabalho no sentido de alcançarmos um melhor posicionamento como uma profissão com boa reputação científica. No entanto, parece estar havendo um preço a ser pago que diz mais respeito à pressão do que à liberdade e espontaneidade. Acredito que, a partir de maior amadurecimento, poderemos favorecer a abertura de um espaço nobre para este também aspecto humano que é o do erro.

## **Referências**

BORREL-CARRIO, F; EPSTEIN, R. Preventing Errors in Clinical Practice. **Annals of Family Medicine**, 2(4), 310-316, 2004.

CASEMENT, P. **Learning from our mistakes: beyond dogma in psychoanalysis and psychotherapy**. Host, East Sussex: Bruner-Routledge, 2002.

CLARK, S. Response to Marcia Cirigliano's essay "The Song as an Anchor" [Contribution to Moderated Discussions] *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Retrieved February 11, 2010, from  
[http://www.voices.no/discussions/discrim53\\_02.html](http://www.voices.no/discussions/discrim53_02.html)

KALDJIAN, FORMAN-HOFFMAN, JONES, WU, LEVI, ROSENTHAL. Do Faculty and Resident Physicians discuss their medical errors? **Journal of Medical Ethic**, 34(10), 717-722, 2008.

LESNEWSKI, R. Mistakes. **JAMA: Journal of the American Medical Association**, 296(11), 1327-1328, 2006.

LOHMAN, H.; SCHEIRTON, L.; MU, K.; COCHRAN, T., KUNZWEILER, J. Preventing practice errors and improving patient safety: An examination of case studies reflecting common errors in occupational therapy practice. **Journal of Allied Health**, 37(4), 242-247, 2008.

RICHMAN, J.; MASON, T.; MASON-WHITEHEAD, E.; McINTOSH, A. Social Aspects of Clinical Error. **International Journal of Nursing Studies**, 14(4), 1148-55, 2009.

WALSH, B.; GILLESPIE, C.; KEVIN, G.; JOANNE M.; EANES, B. Influence of Dyadic Mutuality on Counselor Trainee Willingness to Self-Disclose Clinical Mistakes to Supervisors. **The Clinical Supervisor**, 21(2), 83-98, 2002.





# **REVISÃO DA LITERATURA SOBRE A APLICAÇÃO DA MUSICOTERAPIA EM USUÁRIOS DE DROGAS**

**PARPINELLI, P.M.S.D.<sup>I\*</sup>; FURTADO, E.F.<sup>I</sup>.**

<sup>I</sup>Núcleo de Pesquisa em Psiquiatria Clínica e Psicopatologia / PAI-PAD, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: [patyms@usp.br](mailto:patyms@usp.br)

**Palavras-chave:** Musicoterapia, substâncias de abuso, drogas, usuários de drogas.

Na revisão da literatura, utilizando a base de dados online, foram encontrados artigos sobre a aplicação da Musicoterapia e de outros tipos de terapias em usuários de drogas, sendo 56 artigos encontrados no PUBMED, 39 no LILACS e 6 no WEB OF SCIENCE.

A Musicoterapia é eficaz no tratamento de pacientes que utilizam drogas, pois a música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) facilitam a comunicação, expressão e organização desses pacientes, alcançando as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas, tendo assim, uma melhor qualidade de vida (SILVERMAN, 2003; MAYS *et al.*, 2008) e, também, tem sido utilizada para melhorar a saúde e o bem-estar de pacientes com diversas enfermidades, incluindo Doença de Alzheimer, autismo, esclerose múltipla, dor crônica e outros transtornos psiquiátricos (BUNT & HOSKYNNS, 2002). Em pacientes usuários de drogas, a Musicoterapia é utilizada para evocar respostas positivas, como aumentar a auto-estima, motivação, socialização e comunicação; melhorar a expressão das emoções, habilidade para lidar com as situações da vida (enfrentamento) e auto-expressão (COVINGTON, 2001). Tradicionalmente, a Musicoterapia é conduzida por musicoterapeutas, as sessões podem ser individuais ou em grupo e frequentemente atua em conjunto com outros tipos de cuidados, como atendimento médico, sessões educacionais, sessões de aconselhamento, entre outros.

BONNY (1986) descreveu cinco características que contribuem para que o tratamento musicoterápico possa produzir resultados positivos. A música deve: (1) ser não-verbal, (2) evocar emoções, (3) produzir respostas fisiológicas, (4) promover imagens simbólicas e (5) aumentar a experiência de outros sentidos, incluindo o toque e sensações visuais.

Vários estudos relatam que a Musicoterapia pode representar um papel importante no tratamento de usuários de substâncias de abuso por várias razões, incluindo a habilidade para motivar e engajar pacientes, produzir mudanças de humor positivas, diminuir o estresse, a ansiedade e a impulsividade (HAMMER, 1996; DE L'ETOILE, 2002; GALLAGHER &

STEELE, 2002; GHETTI, 2004; SILVERMAN, 2003; CEVASCO *et al.*, 2005; DINGLE *et al.*, 2008). Os tipos de atividades musicais para tratamento de usuários de drogas incluem relaxamento dirigido, análise da melodia da música, cantar, tocar instrumentos e improvisar em um tema particular (SILVERMAN, 2003; CEVASCO *et al.*, 2005).

A música atua na liberação de pensamentos, emoções e sentimentos, como ansiedade, alegria, raiva e outros (LACOURSE *et al.*, 2001; RUSTAD *et al.*, 2003).

BAKER & BOR (2008) descreveram uma relação entre os gêneros de música (rap, rock e heavy metal) e comportamentos anti-sociais, incluindo violência, roubo ou furto, promiscuidade, vulnerabilidade para o suicídio e uso de drogas, sugerindo assim, que a música não é o fator causal, mas a preferência musical seria um indicativo da vulnerabilidade emocional dos indivíduos. Adolescentes com preferência musical por heavy metal ou rock comparados com aqueles com outra preferência musical, possuem comportamentos mais imprudentes, como, por exemplo, beber e dirigir, relação sexual desprotegida, consumo de drogas, furto em lojas e vandalismo. Segundo os autores, a preferência musical dos adolescentes poderia ser um indicador do progresso ou deteriorização do estado mental. Um outro estudo encontrou que 60% dos adolescentes dependentes químicos preferem heavy metal (KING, 1988; ARNETT, 1991). HERD (2005) sugere que haveria uma correlação entre gêneros musicais e substâncias de abuso, pois a maioria dos usuários de drogas tem preferência por heavy metal, rock, rap e música *rave*.

No estudo de BAKER *et al.* (2007), 85% dos pacientes relataram sentimentos de felicidade e se sentiram mais relaxados após as sessões musicoterápicas. A Musicoterapia ajuda o indivíduo a desenvolver habilidades potenciais ou restabelecer funções para uma melhor qualidade de vida, através da reabilitação ou tratamento.

Uma das maiores limitações encontradas para escrever uma revisão sobre a aplicação da Musicoterapia em usuários de drogas, sem dúvida, é o acesso restrito e a ausência de literatura específica que inclui um grupo que recebe o tratamento musicoterápico e um grupo controle, desenvolvendo assim, um estudo comparativo, o que implica na necessidade de maior investigação empírica em estudos controlados, para a avaliação de evidências científicas que justifiquem a implementação das técnicas musicoterápicas como parte do arsenal terapêutico para pacientes usuários e dependentes de substâncias psicoativas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARNETT, J. Heavy metal music and reckless behavior among adolescents. **Journal of Youth and Adolescence**, v.20, p.573-592, 1991.
- BAKER, F., BOR, W. Can music preference indicate mental health status in young people? **Australasian Psychiatry**, v.16, n.4, p.284-288, 2008.
- BAKER, F.A., GLEADHILL, L.M., DINGLE, G.A. Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. **The Arts in Psychotherapy**, v.34, p.321-330, 2007.
- BONNY, H.L. Music and healing. **Music Therapy**, v.6A, p.3-12, 1986.
- BUNT, L., HOSKYNS, S. In: **Handbook of Music Therapy**. New York: Brunner-Routledge, 2002.
- CEVASCO, A.M., KENNEDY, R., GENERALLY, N.R. Comparison of movement-to-music, rhythm activities, and competitive games on depression, stress, anxiety and anger of females in substance abuse rehabilitation. **Journal of Music Therapy**, v.42, n.1, p.64-80, 2005.
- COVINGTON, H. Therapeutic music for patients with psychiatric disorders. **Holistic Nursing Practice**, v.15, n.2, p.59-69, 2001.
- DE L'ETOILE, S.K. The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. **The Arts in Psychotherapy**, v.29, p.69-78, 2002.
- DINGLE, G.A., GLEADHILL, L., BAKER, F.A. Can music therapy engage patients in group cognitive behaviour therapy for substance abuse treatment? **Drug and Alcohol Review**, v.27, p.190-196, 2008.
- GALLAGHER, L.M., STEELE, A.L. Music therapy of offenders in a substance abuse/mental illness treatment program. **Music Therapy Perspectives**, v.20, p.117-122, 2002.

GHETTI, C.M. Incorporating music therapy into the harm reduction approach to managing substance use problems. **Music Therapy Perspectives**, v.22, p. 84-90, 2004.

HAMMER, S.E. The effects of guided imagery through music on state and trait anxiety. **Journal of Music Therapy**, v.33, n.1, p.47-70, 1996.

HERD, D. Changes in the prevalence of alcohol use in rap son lyrics, 1979-1997. **Addiction**, v.100, p. 1258-1269, 2005.

KING, P. Heavy metal music and drug abuse in adolescents. **Drug Abuse**, v.83, p.295-304, 1988.

LACOURSE, E., CLAES, M., VILLENEUVE, M. Heavy metal music and adolescent suicide. **Journal of Youth and Adolescence**, v.30, p.321-332, 2001.

MAYS, K.L., CLARK, D.L., GORDON, A.J. Treating addiction with tunes: a systematic review of music therapy for the treatment of patients with addictions. **Substance Abuse**, v.29, n.4, p.51-59, 2008.

RUSTAD, R., SMALL, J.E., JOBES, D.A., SAFER, M.A., PETERSON, R.J. The impact of rock videos and music with suicidal content on thoughts and attitudes about suicide. **Suicide and Life Threatening Behavior**, v.33, p.120-131, 2003.

SILVERMAN, M.J. Music Therapy and clients who are chemically dependent: a review of literature and pilot study. **The Arts in Psychotherapy**, v.30, p.273-281, 2003.

## **UMA REFLEXÃO SOBRE O USO DAS MÚSICAS DA MÍDIA NO CONTEXTO DA MUSICOTERAPIA NA EDUCAÇÃO ESPECIAL**

Mayara Divina Teles<sup>1</sup>  
Wilibaldo de Sousa Neto<sup>2</sup>  
Drª Sandra Rocha do Nascimento<sup>3</sup>

Atualmente verificamos a elevada presença das músicas da mídia em diversas situações do cotidiano das pessoas, bem como nos variados níveis sociais. Dentro estas músicas, os estilos musicais mais predominantes são o axé e o funk, associados a coreografias sugestionadas pelos cantores e imitadas fielmente pelo público.

Tendo como característica serem eminentemente repetitivas, quer em sua estrutura melódica e rítmica, bem como nos movimentos que sugestiona, as músicas da mídia configuram uma “massificação musical”, inibindo as expressões criativas dos sujeitos, levando-os à apreensão de uma ‘fruição estereotipada’, expressões sem gestos novos ou criativos mas caracteristicamente repetitivos e percepções muito reduzidas.

Diversos autores (BELTRÃO, 1986; ECO, 1971; MCLUHAN, 1995) denunciam algumas características da Cultura de Massa que podem influenciar no comportamento dos indivíduos. Segundo Beltrão (1986), a comunicação de massa tem um produto padronizado, com o objetivo de alcançar um público largo, de níveis culturais, gostos e necessidades diversas. Eco (1971, p.282) afirma que “as mensagens de massa são mensagens inspiradas numa ampla redundância, repetindo para o público aquilo que ele já sabe e aquilo que ele deseja saber”. Mcluhan (1995) já enfatiza que os aparelhos eletrônicos se configuram como os mecanismos mais utilizados na atualidade, enfatizando que “afetam profundamente sua visão e sua experiência do mundo, de si mesmo e dos outros” (p.10).

Um dos públicos mais atingidos por essa “massificação musical” são as crianças, que ouvem as músicas da mídia constantemente em seu cotidiano familiar e social. Expressando-se através de imitações dos movimentos dos cantores, essa forma de ‘fruição estereotipada’ faz com que as músicas infantis percam seu espaço e sejam substituídas por músicas e coreografias destinadas ao público adulto.

Nos atendimentos musicoterapêutico realizados durante os Estágios Curriculares em Musicoterapia na unidade Renascer da Associação Pestalozzi de Goiânia, com alunos participantes do Programa AEE (Atendimento Educacional Especializado) que se encontram inscritos no processo de inclusão escolar nas escolas municipais, a presença da “massificação musical” era uma constante, quer através das escolhas musicais, músicas da mídia seguidas

de expressões corporais estereotipadas, como da pouca capacidade de criar novos gestos ou fazer outras escolhas. Verificamos, também, que os pacientes que vivenciam o processo de inclusão escolar, na rede regular de ensino, geralmente experimentam situações de exclusão que os levam a desenvolverem uma baixa auto-estima, insegurança, falta de iniciativa, timidez e até comportamentos inadaptados. Ainda prevalece, no ensino, a tendência à homegeinidade das condutas dos alunos e de suas formas de aprender, pouco considerando as formas diferentes de expressão, geralmente consideradas como problemas de comportamento ou dificuldades de aprendizagem.

Mediante a essa constatação, acreditamos que a influência das músicas da mídia nas expressões sonoro-musicais das crianças deverá ser compreendida de forma diferenciada, questionando-nos acerca da presença e uso dessas músicas dentro de *settings* terapêuticos, bem como considerando-as como possibilitadoras da inserção social destes sujeitos.

Através do trabalho musicoterapêutico com estes alunos é possível trazer o indivíduo para uma adequação social e fazer com que ele se sinta socialmente integrado, pois a musicoterapia é uma terapêutica expressiva que através do verbal e do não verbal possibilita minimizar os problemas tanto individuais como grupais e facilitar a integração no ambiente social (BRUSCIA, 2000, p.274).

No trabalho musicoterapêutico é importante estar atento para os aspectos da Identidade Sonoro Musical ou ISO (BENENZON, 1985) de cada paciente, pois é nela que se encontram os elementos sonoros que vão alcançar o indivíduo em seus aspectos intra e inter-relacionais. Benenzon (1998) descreve o ISO Cultural como “um produto da configuração cultural global da qual o indivíduo e o seu grupo fazem parte, a identidade sonora própria de uma comunicação de homogeneidade relativa, que corresponde a uma cultura musical e sonora manifestada e compartilhada”.

No decorrer do processo musicoterapêutico foi trazida, pelos pacientes, a canção “*Rebolation*”(Parangolé), proporcionando maior envolvimento dos participantes à atividade, levando à exploração das várias partes do corpo utilizando como suporte a música e favorecendo a criatividade ao trocar o refrão da letra original. Para esclarecer sobre as variações efetivadas em conformidade com as necessidades dos educandos, citamos: na versão original “Mão na cabeça que vai começar. O rebolation, o rebolation.....etc”, sendo construída, com os educandos a variação “Mão no joelho que vai começar... Mão no pé. Mão na cintura. Mão no ombro que vai começar. O rebolation.....etc”, visto que suas necessidades em relação à lateralidade e espacialidade eram prementes.

Como premissa essencial, a aceitação e estimulação de expressões cada vez mais criativas e menos imitativas norteavam a utilização das músicas e gestos, favorecendo uma fruição mais ampliada e saindo das formas estereotipadas de agir.

A partir de uma nova perspectiva de intervenção terapêutica efetivando o uso de músicas da mídia associadas às ações dos sujeitos, percebemos que utilizamos os elementos sonoros do ISO cultural dos pacientes, levando-os à maior interação, ampliando a compreensão de consignas e a expressão corporal, além de melhorar a lateralidade, propriocepção, sentimento de aceitação e pertencimento ao grupo social e criatividade.

Nas experiências musicais o corpo, o som e a música interagem. Segundo Craveiro e Valentin (2008),

Os acontecimentos vão se constituindo no encontro do indivíduo com o seu corpo, com o corpo do outro, com o corpo dos instrumentos musicais e com o corpo da própria música, podendo produzir experimentações criativas e lampejos na construção de subjetividades, abrindo caminhos às ressignificações.

Estes acontecimentos contribuem para a promoção de autoconhecimento e saúde integral e coletiva abordando os aspectos físico, emocional, social e mental (VALENTIN, 2009) destes pacientes, trazendo para o indivíduo e para o seu grupo social uma saúde coletiva, pois um indivíduo saudável afeta toda a sua comunidade.

Sudin (1991 apud BARBOSA), afirma que ainda que no contexto educacional as atividades estéticas e a música podem atuar como agentes promissores na estimulação de potencialidades da criança, pois “favorece o desenvolvimento cognitivo, a atenção, a memória, a agilidade motora e capacidades similares”, além de promover “a socialização na sala de aula ou na escola” (p. 143).

O indivíduo que se sente mais livre e incluído no seu meio social é um indivíduo saudável, pois segundo Westphal (2006) um sujeito saudável é aquele que apresenta capacidades físico-funcionais, bem estar físico e mental e espiritual, estado positivo, e isto faz com ele se sintar integrado ao seu grupo, o que traz a idéia de promoção da saúde coletiva pois esta é “um processo de capacitação de indivíduos e coletividade para identificar os fatores e condições determinantes de saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhorias das condições de vida e da saúde da população”. A mesma autora ressalta que neste processo são enfatizadas as potencialidades individuais e socioculturais para a produção social de saúde, ou seja, alcançar suas potencialidades individuais trazem benefícios para o sujeito, fazendo com que ele se sinte melhor adaptado ao seu grupo social, tornando o seu grupo social mais saudável.

## **Conclusão**

A partir dessa experiência clínica, compreendemos que as músicas da mídia tem exercido forte influência sobre o universo infantil, ao serem re-significadas dentro do contexto clínico. Sua utilização nos proporciona otimizar a inclusão social destes indivíduos com deficiência, favorecendo a minimização das problemáticas do processo inclusivo, fazendo com que este processo se torne mais saudável para o indivíduo e seu grupo social. Portanto, a musicoterapia com educandos participantes da inclusão escolar e de atendimentos educacionais especializados auxilia na promoção da saúde individual e coletiva.

## **Referências**

- BARBOSA, Elisama. Musicoterapia na Dificuldade de Aprendizagem: Uma Mediação entre o Cantar, o Ler e o Escrever. **Projeto Apresentado ao curso de graduação em Musicoterapia** – EMAC/UFG.
- BELTRÃO, Luiz. **Subsídios para uma teoria da comunicação de massa.** Luiz Beltrão, Newton de Oliveira Quirino. São paulo: Summus, 1986.
- BENENZON, Rolando. **Teoria da Musicoterapia.** Contribuindo ao conhecimento do contexto não-verbal. (tradução de Ana Sheila M. de Uricoechea). 3º ed. São Paulo: Summus, 1998.
- BRUSCIA, K.E. **Definindo Musicoterapia.** Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- CRAVEIRO, L. e VALENTIN, F. O Corpo em Musicoterapia: Complexidade e Subjetividades. **Anais do 8º SEMPEM** – Seminário de Pesquisa em Música, 2008, p. 52-56.
- ECO, Umberto. **Obra Aberta.** 2ª Ed., São Paulo: Ed. Perspectiva, 1971.
- MACLUHAN, Marshall. **Os meios de comunicação como extensões do Homem.** São Paulo: Cultrix, 1995.
- PARANGOLÉ. “*Rebolation*”. Disponível em <<http://letras.terra.com.br/parangole/1589700/>>. Acesso em 27/01/2011 ás 09:22.
- VALENTIN, Fernanda. A Musicoterapia Aplicada a Sócio-Educadores: Em Busca da Construção de Corpos Sonoros e Subjetividade. **Projeto apresentado ao programa de Pós-Graduação** – EMAC/UFG, 2009.
- WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças – **Tratado de Saúde Coletiva.** Fiocruz – São Paulo-Rio de Janeiro, 2006.

---

<sup>1</sup> Mayara Divina Teles- EMAC/UFG; [mayarateles88@gmail.com](mailto:mayarateles88@gmail.com)

<sup>2</sup> Wilibaldo de Sousa Neto- EMAC/UFG; [wili\\_baldo@hotmail.com](mailto:wili_baldo@hotmail.com)

<sup>3</sup> Drª Sandra Rocha do Nascimento- EMAC/UFG; [srochakanda@hotmail.com](mailto:srochakanda@hotmail.com)

**III FORUM DE MUSICOTERAPIA DA AMT-RS**  
Faculdades EST – São Leopoldo – RS  
16 e 17 de abril de 2011

**Musicoterapia como Tratamento Não-Medicamentoso em  
Hipertensão Arterial**

**Claudia Regina de Oliveira Zanini<sup>1</sup>**

Diversos pesquisadores têm reconhecido que a música pode influenciar variações fisiológicas, incluindo pressão arterial (PA), freqüência cardíaca, respiração, temperatura corporal e respostas galvânicas da pele, assim como parâmetros bioquímicos dos sistemas endócrino e imunológico. A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença de massa, com consequências para o aparelho cardiocirculatório, podendo gerar elevação das taxas de morbi-mortalidade. Controlar a PA diminui complicações e deve preservar a qualidade de vida. Visando contribuir para uma visão holística do paciente, com uma abordagem mais voltada para o “cuidado do ser”, buscou-se inserir o musicoterapeuta em uma equipe multidisciplinar de saúde, em um serviço de atendimento ambulatorial de um hospital universitário. Desenvolveu-se um ensaio clínico controlado que avaliou pacientes de ambos os性os, maiores que 50 anos, HA estágio 1, medicados e matriculados na LHA, tendo como principal objetivo avaliar o efeito da Musicoterapia na qualidade de vida (QV) e no controle da PA de pacientes hipertensos.

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciências da Saúde pela UFG (Universidade Federal de Goiás). Mestre em Música (UFG). Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental. Graduada em Piano (UFG) e em Administração de Empresas (Universidade Católica de Goiás). Tem atuado como pesquisadora e professora do Curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da UFG desde seu primeiro ano de funcionamento (1999). Coordena o Programa de Pós-Graduação em Música (Mestrado) da UFG, onde atua como orientadora. Ex-Coordenadora do Curso, dos Estágios e do Laboratório de Musicoterapia da UFG. Lidera o NEPAM - Núcleo de Musicoterapia, grupo de pesquisa cadastrado no CNPQ. Email: [mtclaudiazanini@gmail.com](mailto:mtclaudiazanini@gmail.com)

**III FORUM DE MUSICOTERAPIA DA AMT-RS**  
Faculdades EST – São Leopoldo – RS  
16 e 17 de abril de 2011

**Coro Terapêutico: uma Proposta para Trabalho com  
Grupos em Musicoterapia**

**Claudia Regina de Oliveira Zanini<sup>1</sup>**

O presente trabalho resultou de uma pesquisa qualitativa, envolvendo as áreas de Musicoterapia e Gerontologia. Introduz um novo conceito, o do Coro Terapêutico, que “consiste num grupo conduzido por um musicoterapeuta, com objetivos terapêuticos, em que a voz é utilizada como recurso para a comunicação, expressão, satisfação e interação social. Os participantes, através do cantar, veiculam sua subjetividade, externando sua existencialidade interna” (ZANINI, 2002). A coleta de dados teve como instrumentos as fichas musicoterápicas, os relatórios das sessões, as gravações das mesmas em fita cassete (transcritas posteriormente), as filmagens, os depoimentos finais (da maioria dos participantes) e as entrevistas de dez participantes (filmadas e transcritas); todos devidamente autorizados pelo grupo de participantes/alunos. Outro elemento objeto de análise consistiu de um vídeo, contendo a filmagem da última sessão/aula, apresentado a três profissionais de diferentes áreas, visando a observação dos elementos do fenômeno. A análise dos dados baseou-se no paradigma fenomenológico e o perfil dos participantes teve tratamento quantitativo. Concluiu-se após o processo de análise, que três essências se revelaram, depreendidas do fenômeno pesquisado: o “cantar” é meio para auto-expressão e auto-realização; as canções revelam a “subjetividade/existencialidade interna do ser”; e, a auto-confiança do “ser”, participante do Coro Terapêutico, faz com que ele tenha expectativas para o

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciências da Saúde pela UFG (Universidade Federal de Goiás). Mestre em Música (UFG). Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental. Graduada em Piano (UFG) e em Administração de Empresas (Universidade Católica de Goiás). Tem atuado como pesquisadora e professora do Curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da UFG desde seu primeiro ano de funcionamento (1999). Coordena o Programa de Pós-Graduação em Música (Mestrado) da UFG, onde atua como orientadora. Ex-Coordenadora do Curso, dos Estágios e do Laboratório de Musicoterapia da UFG. Lidera o NEPAM - Núcleo de Musicoterapia, grupo de pesquisa cadastrado no CNPQ. Email: [mtclaudiazanini@gmail.com](mailto:mtclaudiazanini@gmail.com)

futuro. Finalmente, propõe-se que o conceito de Coro Terapêutico pode ser ampliado, podendo ser indicado para outras áreas de atuação profissional, como uma proposta para trabalhos com grupos em Musicoterapia.

**III FORUM DE MUSICOTERAPIA DA AMT-RS**  
Faculdades EST – São Leopoldo – RS  
16 e 17 de abril de 2011

**Musicoterapia em Saúde Coletiva – Inserção, Implementação e Pesquisas**  
**Claudia Regina de Oliveira Zanini<sup>1</sup>**

A Musicoterapia tem sido inserida em novos espaços e áreas de atuação, contribuindo para a humanização dos serviços de saúde pública. Sua implementação vem acontecendo a partir da participação de profissionais graduados e/ou pós-graduados em equipes multiprofissionais, com formação multi, inter ou transdisciplinares. Tem-se o objetivo de abordar os principais problemas de saúde coletiva e o papel do musicoterapeuta como um profissional que participa ativamente de ações voltadas para a *Educação em Saúde*. São atendimentos em grupo, focando temas como doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas não-transmissíveis. Para atuar nestes *settings* diferenciados o profissional deve considerar o ISO ambiental (Benenzon) e os recursos disponíveis. Considera-se a importância da realização de pesquisas neste vasto campo de atuação para o musicoterapeuta, visto que é necessário suscitar especificidades deste cenário e multiplicar as ações para obter o (re)conhecimento da comunidade científica e da sociedade.

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciências da Saúde pela UFG (Universidade Federal de Goiás). Mestre em Música (UFG). Especialista em Musicoterapia em Educação Especial e em Saúde Mental. Graduada em Piano (UFG) e em Administração de Empresas (Universidade Católica de Goiás). Tem atuado como pesquisadora e professora do Curso de Musicoterapia da Escola de Música e Artes Cênicas da UFG desde seu primeiro ano de funcionamento (1999). Coordena o Programa de Pós-Graduação em Música (Mestrado) da UFG, onde atua como orientadora. Ex-Coordenadora do Curso, dos Estágios e do Laboratório de Musicoterapia da UFG. Lidera o NEPAM - Núcleo de Musicoterapia, grupo de pesquisa cadastrado no CNPQ. Email: [mtclaudiazanini@gmail.com](mailto:mtclaudiazanini@gmail.com)

# PRODUÇÃO MUSICAL COLETIVA: DISCUSSÃO SOBRE O PROCESSO DE UM GRUPO MUSICOTERAPÊUTICO

Rosemyriam Cunha

## RESUMO

O presente trabalho apresenta uma discussão a respeito de aspectos musicais e não musicais que caracterizaram um processo de grupo musicoterapêutico. A reflexão se desenvolveu fundamentada na perspectiva das comunidades de prática musical proposta pela musicossocióloga Joan Russell e a partir de dados registrados nos encontros do grupo durante o ano de 2010. As ações do grupo mostraram que dinâmicas sociais, musicais, afetivas e cognitivas estavam implicadas no processo aqui descrito.

**PALAVRAS-CHAVE:** Processo grupal, musicoterapia, comunidades de prática musical.

Funciona nas dependências da Faculdade de Artes do Paraná (FAP), o Centro de Estudos e Atendimentos em Musicoterapia “Clotilde Leinig”(CAEMT), cuja função maior é a de prestar serviços musicoterapêuticos à comunidade em geral. Participam do CAEMT professores e alunos do curso de Musicoterapia e os atendimentos são realizados por acadêmicos do terceiro e do quarto ano do curso, sob a supervisão de professores musicoterapeutas. Predomina, entre as modalidades de trabalho ali realizadas, o modelo de encontros semanais para atendimento individual.

No decorrer do ano de 2008, três adultos jovens que freqüentavam o CAEMT, regularmente se queixavam de solidão e solicitavam por oportunidades de contato e convívio com pessoas “diferentes” daquelas de suas relações sociais cotidianas - pais, irmãos e cuidadores. Dentre estes participantes, foi marcante o caso de um rapaz de 32 anos, que contava toda semana à estagiária seu desejo de conversar com pessoas jovens. Sua situação de isolamento se reforçava ainda mais em dias de atendimento quando, para chegar na sala do CAEMT, ele transitava entre os alunos e se percebia sem possibilidades de “fazer parte” daquele grupo. Ele abaixava a cabeça e seguia sozinho, embora rodeado pela comunidade acadêmica.

A angústia dos estagiários que escutavam as queixas de solidão era crescente. De acordo com seus comentários, era preciso “fazer alguma coisa” que pudesse amenizar a sensação de “estar sozinho junto com os outros”, que era comum ao processo daquelas pessoas. Nessa mesma época desenvolvíamos um projeto junto com um grupo de estudantes, cujo primeiro objetivo centrava-se em estudar textos sobre a musicoterapia comunitária. A segunda etapa do projeto contemplava a realização de atividades

musicoterapêuticas em grupos abertos que reunissem os participantes do CAEMT e a comunidade acadêmica. A pretensão era a de vivenciarmos a teoria na prática de encontros mensais em grupo.

Nos meados de 2008, com fundamentação teórica com base em Stige (2006), Bruscia (2000), Pavlecevic (2006), resolvemos direcionar os ideais do grupo de estudos em favor da demanda que vinha das pessoas em atendimento no CAEMT. Dessa forma, passou-se a organizar encontros para os quais se convidavam os participantes do CAEMT, seus parentes, cuidadores, os estagiários e os alunos do grupo de estudos. Também foram chamados a participar estudantes de outros cursos oferecidos na FAP, como Música, Artes Cênicas, Artes Visuais, para que colaborassem com a abertura dos encontros fazendo o “momento da novidade”. A essas pessoas caberia o desenvolvimento de um tema em artes, que, por não mais do que 15 minutos, preparasse o grupo para a expressão musical.

Desde então, os encontros abertos acontecem todos os meses, de acordo com o calendário anual da FAP e reúnem cada vez mais pessoas. Entre participantes, parentes, cuidadores, professores e alunos, os grupos evoluíram de 10 pessoas para uma média de 30 participantes por encontro. Os encontros têm propiciado o compartilhamento de capacidades de expressão da voz cantada, de execução de instrumentos musicais e de histórias de vida. Percebe-se que essas expressões emergem da situação grupal, o que significa que, para este grupo, possibilidades de manifestação social, cultural, afetivas e cognitivas se constroem no encontro entre aquelas pessoas que se reúnem com o objetivo de expressar-se musicalmente..

Outra característica que marcou a organização do processo dos encontros abertos foi a desobrigação com a presença ou permanência na sala. Fazer parte do grupo foi uma opção dada aos participantes convidados. Ficou esclarecido que os processos individuais, que se encontravam em andamento, estavam desatrelados da vivência grupal e havia a liberdade de entrar e sair do recinto onde acontecia o encontro, caso fosse da vontade dos participantes. Verificou-se, porém, entre os presentes, um alto índice de freqüência, de permanência de início ao fim nas reuniões, como também a constante solicitação pelas datas dos encontros seguintes.

Este breve relato do processo do desenvolvimento dos encontros abertos mostra a dinâmica de envolvimento e comprometimento dos membros do grupo com a atividade. Essas características do grupo despertaram o interesse para uma análise e discussão desse processo grupal. Para realizar uma análise e discussão dos aspectos mais

marcantes do processo desse grupo foram utilizados mapas com dados relativos às interações grupais realizadas no ano de 2010. Os mapas, formas de relatar as trocas verbais e musicais de encontros musicoterapêuticos, foram adaptados do modelo apresentado por Pavlecevic (2006) e feitos, após cada encontro, pela equipe do grupo de estudos. Para fundamentar o pensamento teórico desta discussão tomou-se por base a teoria das comunidades de prática musical proposta por Russel (2002), sociomusicóloga que adotou princípios da teoria de aprendizagem de Wenger (1998), e as estendeu para as atividades de produção musical de grupos e comunidades. Para Russel comunidades de prática musical são grupos organizados que

- 1) se reúnem para executar música,
- 2) atribuem significado à sua vivência musical,
- 3) compartilham elementos sociais e históricos em atividades que valorizam,
- 4) são considerados competentes em suas participações, nas quais constroem suas histórias individuais e comunitárias.

Com base nesta perspectiva, considerou-se que os grupos abertos se constituíram em uma comunidade de prática musical. Esta percepção se justifica na medida em que o grupo se organizou em torno de ações musicais que foram significativas para os participantes e por meio delas expressaram e trocaram experiências de suas vidas. Independente do grau de informação musical que possuíam ou do nível de desempenho de funções - motoras, cognitivas - suas manifestações eram aceitas como formas individuais de expressão que sustentaram o desenvolvimento de capacidades pessoais e do grupo como um todo.

Para se compreender o processo deste grupo como uma comunidade de prática musical, buscou-se compreender detalhes de sua formação, do ambiente no qual aconteceram as reuniões e as formas de expressão do grupo, no contexto do enquadre teórico aqui proposto. A partir do estudo dos mapas das interações do grupo foram destacadas três categorias que orientaram a presente discussão: 1) recursos humanos, 2) recursos musicais e 3) recursos afetivos e cognitivos da expressão grupal.

Na categoria recursos humanos, foram incluídos os estudantes, os estagiários, os musicoterapeutas e os participantes do grupo. A categoria recursos musicais englobou as canções executadas individualmente, as canções coletivas, os apoios melódicos e rítmicos dados para a facilitação da expressão de canções, as expressões musicais realizadas por parte do grupo. Os recursos afetivos e cognitivos englobaram a escuta e

acolhimento, coesão e participação, fragmentação e desatenção. Essas categorias foram aproximadas de cada atributo indicado por Russel (2002), na tentativa de descrever aspectos próprios e particulares do processo de formação do grupo e sua constituição como uma comunidade de prática musical.

Atributo 1: Grupos organizados que se reúnem para executar musical. A organização do grupo aberto esteve diretamente relacionada aos recursos humanos que estiveram envolvidos no processo. De acordo com Small (1998), a produção musical engloba uma rede comunicativa que se estende para além da estrutura musical e atinge as dinâmicas físicas, cognitivas e emocionais das pessoas. Assim, a sonoridade que resulta da ação musical parte da colaboração de todas as pessoas envolvidas no processo. Com base nessa perspectiva o autor criou o termo *muscking* para nomear “toda a participação na ação musical, seja ela ativa ou passiva<sup>1</sup>” (p. 9). A forma de pensar apresentada por Small considera que a produção musical é uma atividade, algo que as pessoas fazem e na qual todos os envolvidos repartem responsabilidades: músicos, ouvintes, dançarinos, vendedores de entradas, responsáveis pela limpeza do estabelecimento, entre outros.

Com base nesta visão, considerou-se que os encontros iniciaram antes do dia agendado para a reunião de todos os integrantes. Cada encontro iniciou com uma reunião do grupo de estudos para o planejamento das atividades do dia: abertura da reunião, reserva de espaço físico e outras providências necessárias para garantir a infraestrutura da atividade. Na seqüência, combinava-se com os estagiários para que avisassem os participantes do CAEMT a respeito do encontro e que estes sondassem a possibilidade de preparar um número para ser apresentado no encontro. Depois eram feitos contatos com os convidados responsáveis pelo “momento da novidade” e os professores musicoterapeutas. Um ou dois dias antes da data marcada para o encontro do grupo, todos os participantes do CAEMT eram relembrados e re-convidados via um telefonema dado pela professora ou aluno do grupo de estudos. Na hora que antecedia a abertura do encontro a equipe de alunos, estagiários e professores organizava o ambiente com cadeiras, instrumentos e todos os objetos que porventura seriam usados no dia. Por fim, acontecia a recepção dos participantes que chegavam para participar da atividade.

---

<sup>1</sup> Tradução da autora

Ao se iniciar as atividades, tomava-se o cuidado de arrumar o ambiente de forma a permitir o contato de olhar entre todas as pessoas presentes. Procurou-se acomodar os participantes sempre próximos aos estagiários que os atendiam, ladeados por alunos e mais distanciados de parentes e cuidadores. Essa formação visou estimular a autonomia dos participantes e ao mesmo tempo privilegiou o contato com outras pessoas além de seus costumeiros círculos de convivência.

Com a repetição dos encontros a forma adotada para organizar os eventos foi se mostrando adequada e funcional. Por mais que momentos de tensão surgissem no desenrolar das atividades, o fato de alunos, estagiários e professores estarem “semeados” entre os participantes e convidados facilitou a formação de uma rede de comunicação entre o grupo. Para os organizadores foi fácil visualizar um ao outro e avisar no caso de detalhes da comunicação dos participantes ficarem desapercebidos pelo grupo. Os participantes, por sua vez, tinham seus pontos de referência e segurança representados pela equipe do CAEMT e ao mesmo tempo tinham a oportunidade de conviver com um grupo “novo” a cada encontro.

A estrutura de organização dos encontros envolveu uma equipe formada por alunos, estagiários e professores direcionados a receber e promover o bem estar dos participantes. A mobilização de todos, o compartilhamento de responsabilidades foi fundamental para que a ação grupal pudesse acontecer com sucesso nos momentos do encontro. A ação musical emergiu como uma superestrutura grupal resultante do planejamento e do desempenho das tarefas delegadas às pessoas que, envolvidas no projeto, tinham por objetivo comum a produção musical coletiva.

Atributo 2 e 3 – Grupos que atribuem significado à sua vivência musical, compartilham elementos sociais e históricos em atividades que valorizam.

Estes dois aspectos das comunidades de prática musical, nesta discussão estão representados pela categoria recursos musicais que aqui engloba a execução de canções individualmente ou coletivamente, os apoios melódicos e rítmicos da expressão de canções, as expressões musicais realizadas por parte do grupo. De acordo com Martin (1995), os significados que damos às músicas que ouvimos ou interpretamos emergem como consequência de atividades realizadas no meio social, junto a outras pessoas e em um contexto cultural específico. O autor explica que, ao produzir música em conjunto, as pessoas compartilham experiências carregadas desses significados em uma situação de trabalho coletivo.

Nas reuniões do grupo aberto, as ações musicais que predominaram foram o cantar, o tocar e o escutar. Percebeu-se no decorrer do processo, que determinadas canções ou melodias pareciam ser valorizadas de forma diferenciada pelas pessoas que a expressavam. Foi comum que, quando da manifestação destes fatos sonoros, ocorresse modificações no clima ou o andamento dos encontros. Entre as modificações percebidas constam: silêncio por parte do grupo, direcionamento de olhar para o executante, acompanhamento com voz ou percussão de instrumentos, expressões verbais de apoio ou desagravo, indiferença ou interesse.

Durante o processo dos encontros os participantes executaram canções de suas preferências. Algumas canções, geralmente cantadas individualmente ou em duplas (estagiário e participante), se constituíram em elementos sonoros de significado individualizado que, ao serem apresentadas em todos os encontros, foram agregadas à pessoa a quem “pertenciam”. Essas canções passaram a representar as pessoas de tal forma que, ao aparecerem no repertório do dia eram associadas “aos seus donos”.

Outras canções emergiram de solicitações individualizadas, mas foram sempre executadas em conjunto. Algumas delas se repetiram na sucessão dos encontros e foram agregadas ao repertório geral do grupo, outras apareceram uma ou duas vezes e não foram mais cantadas pelo grupo. A execução de instrumentos melódicos, como o piano e o violino, fez parte das expressões sonoras do grupo e passou a representar, no decorrer do processo, momentos de audição coletiva durante a qual a emoção estética esteve em destaque, pois, após as interpretações instrumentais havia comentários a respeito da beleza percebida. Os elogios vieram em vozes graves, suaves e embargadas, que revelaram o significado emocional daqueles timbres a melodias para o grupo.

Outras canções foram interpretadas por duplas ou trios, estagiários e participantes, alunos e professores. Nestas ocasiões o grupo acompanhou os intérpretes com apoio rítmico, por meio dos instrumentos de percussão ou com apoio melódico decantatório<sup>2</sup>. Esses momentos foram vivenciados diversas vezes nos encontros e mostraram a plasticidade de organização do grupo no compartilhamento da ação musical: cantar em uníssono, cantar partes da canção junto com o “intérprete principal”, decantar toda a canção e acompanhá-la com a percussão, decantar parte da canção, cantar coletivamente

---

<sup>2</sup> Adotou-se aqui a nomenclatura indicada por Tatit (1987), que nomeia por persuação decantatória o acompanhamento vocal da linha melódica por meio da repetição de uma sílaba ou vogal para substituir a letra da canção.

toda a canção, solar a canção ou a melodia instrumental, apenas ouvir toda a canção ou ouvir e ao mesmo tempo acompanhar as melodias.

Com a consolidação da formação do grupo e de suas opções para manifestar-se musicalmente, percebeu-se que o repertório musical formado na sucessão dos encontros adquiriu um significado individual para os participantes. Ao mesmo, o grupo percebia que aquele repertório era representativo daquele grupo, e que foi construído naquela específica situação social e cultural. Além do significado individualizado, um sentido coletivo foi agregado àquela produção sonora. cuja formação se deu ali, na sucessão das vivências práticas musicais.

5) Atributo 3 e 4 - As pessoas são considerados competentes em suas participações nas quais constroem suas histórias individuais e comunitárias.

A produção sonora e musical de um grupo resulta de um complexo trabalho de cooperação (FINNEGAN. 1997). Nos encontros abertos, essa dinâmica cooperativa se constituiu pelas ações que cada pessoa realizou em prol da meta estabelecida pelo grupo. No contexto interativo, as pessoas exerciam suas capacidades/habilidades e por meio delas eram reconhecidas e solicitadas no grupo. O modo de participação no grupo foi caracterizado pela ação democrática. Nesse formato, a cooperação que cada pessoa ofereceu ao grupo foi aceita como a contribuição possível naquele momento, em prol de uma meta comum.

Segundo Elliot (2005), a ação musical “envolve e desafia (p.8)” a atenção, a cognição, a emoção, a intenção e a memória em diferentes níveis: a música é um desafio multidimensional que gera pensamentos e sentimentos. Sob essa perspectiva, observou-se que o grupo revelou uma oscilação nas suas formas de envolvimento nas atividades marcadas por ações de escuta e acolhimento, coesão e participação, fragmentação e desatenção. Essas formas de participação revelaram os recursos afetivos e cognitivos que aquele grupo dispunha para colaborar com a produção musical coletiva.

A atitude de acolher as pessoas que entravam no grupo e de escutar suas expressões verbais e musicais representaram situações diferentes entre si. Embora o grupo fosse aberto, houve uma formação nuclear representada pelas pessoas assíduas e que compareceram à maioria das reuniões. A essa formação se juntavam outras pessoas que se juntaram ao grupo uma ou outra vez. A acolhida aos conhecidos e aos “estranhos” foi sempre um momento de celebração do reencontro, da oportunidade de conhecer “novas” pessoas, da possibilidade de trocar ideias, contar novidades, dar boas vindas. Já a audição foi seletiva. Nem sempre o interesse e curiosidade pelo repertório

musical que as pessoas sugeriram foi unânime. Houve ocasiões em que canções executadas não despertaram o interesse de parte do grupo, embora, de forma geral, a escuta, a atenção e participação se fizeram presentes. No entanto, polarizações da ação grupal em manifestações verbais, geraram a fragmentação e desatenção grupal.

A coesão do grupo foi marcada pela união das vozes na produção de canções conhecidas pelo grupo. Nesses momentos o grupo se tornou forte e unido. Foi comum o fato de pessoas estranhas entrarem no salão para verificar o que estava acontecendo, atraídas pela “beleza das vozes” que soavam em uníssono.

Fragmentações do grupo, geralmente seguidas do desinteresse e desatenção apareceram quando as atividades deixaram a desejar no sentido de transmitir algum significado para parte do grupo. Algum momento da novidade no qual o verbal predominou, canções que não fizeram sentido e que não foram agregadas ao repertório, razões externas à atividade como troca de medicação ou estado alterado de humor de algum participante desencadearam rupturas na participação das pessoas. Nesse contexto a competência musical do grupo foi manifestada dentro do âmbito de suas possibilidades e nesse enquadre foi reconhecida e valorizada. Essas formas de estar no grupo foram determinantes para a consolidação da história do grupo e de seu reconhecimento junto ao CAEMT e à comunidade acadêmica.

## REFLEXÕES FINAIS

Esta discussão explorou alguns aspectos da produção sonora e musical de um grupo musicoterapêutico. A característica do trabalho realizado foi a busca por expandir a relação dual entre musicoterapeuta e participante para o contato com um grupo aberto de pessoas. A realização dos encontros teve início na sala do CAEMT, e, devido ao crescente aumento no número de participantes, se expandiu para um espaço físico mais amplo e buscou a integração das pessoas que freqüentavam a instituição. Procurou-se, dessa forma ampliar as oportunidades da construção de redes de convívio social e de fruição artística entre os participantes do CAEMT.

A análise do processo dos encontros abertos de musicoterapia revelou que este grupo se constituiu em uma comunidade de prática musical caracterizada por ações de colaboração e compartilhamento. Nessa forma interativa de ação os participantes expressam suas capacidades, trocaram conhecimentos, aprenderam e ensinaram uns aos outros, e com isso potencializaram suas competências pessoais.

Embora a tendência aos atendimentos coletivos já seja reconhecida, estudos dos processos grupais ainda demandam por aprofundamento no campo da musicoterapia. A presente discussão, embora exploratória, pretendeu indicar um caminho de análise de ações coletivas. Entende-se que esta é apenas uma das direções possíveis e espera-se que outros estudos possam somar com sugestões de metodologias de investigação para este tema.

## REFERÊNCIAS

- BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.
- ELLIOT, David. **Praxial Music Education**. Oxford: Oxford Press, 2005.
- FINNEGAN, , Ruth. Music, performance and enactment. In H. Mackay (Ed), **Consumption an every day life**. London: Sage, 1997.
- MARTIN, Peter. **Sounds and society**. Manchester: Manchester university Press, 1995.
- PAVLECEVIC, Mercedes. **Groups in music**. Philadelphia:Jessica Kingsley Publishers, 2006.
- RUSSELL, Joan. Site os learning: Communities of musical practice in the Fiji Islands. **Focus Areas Report**. Bergen: International Society of Music Education, 2002
- SMALL, Christopher. **Musicking: the meanings of performing and listening**. Middletown: Esleyans University, 1998.
- TATIT, Luiz. **A canção: eficácia e encanto**. São Paulo: Atual, 1987.
- STIGE, Brynjulf. Community Music Therapy: Culture, care and welfare. In M. Pavlecevic e G. Ansdell (orgs) **Community Music Therapy**. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2006.
- WENGER, E. **Communities of practice: Learning, meaning and identity**. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.