

# inCantare

Volume 6 N. 2 - Jul. / Dez. 2015 - ISSN 2317-417X

## Ressonâncias do trabalho musicoterapêutico em grupo no contexto da saúde mental: mergulhando no universo da loucura

Luciana Lançarim da Silva<sup>1</sup>

Sheila Maria O. Beggiato Volpi<sup>2</sup>

**RESUMO** - Esta pesquisa caracteriza-se por ser qualitativa e exploratória com caráter *Ex-post-facto* a partir dos procedimentos técnicos utilizados. A loucura é brevemente abordada através dos séculos de história da humanidade e a discussão sobre a saúde mental e os tratamentos continuam sendo temas da atualidade. A música apresenta-se como um destes tratamentos. Este artigo propõe uma discussão através da análise dos atendimentos relatados em diários de campo e relatórios sobre as ressonâncias do trabalho musicoterapêutico na qualidade do convívio social de pessoas em sofrimento psíquico grave que possuem extenso histórico de hospitalização, trazendo assim uma visão diferenciada, objetiva e inovadora, no sentido de refletir sobre os aspectos sociais advindos do trabalho realizado e apresentando resultados de uma prática musicoterapêutica pouco descrita, com esta população.

Palavras-chave - Musicoterapia. Residência Terapêutica. Saúde Mental.

1 Discente do curso de Musicoterapia da UNESPAR/FAP. Foi bolsista do Programa de Iniciação Científica (PIC) 2012-2013 e 2013-2014.

2 Musicoterapeuta formada pela UNESPAR. Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Professora da UNESPAR no Curso de Bacharelado em Musicoterapia. Editora Geral da Revista Brasileira de Musicoterapia.

## ***Resonances of group music therapy on mental health context: diving deep into the universe of madness***

Luciana Lançarin da Silva

Sheila Maria O. Beggiato Volpi

**ABSTRACT** - *This work is characterized as a qualitative and exploratory research which ex-post facto character stems from the technical procedures that were used. Madness is briefly addressed through the centuries of history of mankind, and discussion on mental health and treatments remain current issues. By analyzing the music therapy attendance reported in field diaries and reports, this article proposes a discussion on the resonances of the music therapy work on the quality of social conviviality with people in severe psychological distress that have extensive hospitalization history. The aim is to offer a differentiated, objective and innovative vision on the social aspects that arise from the music therapy work as well as to present results of a music therapy practice with the this population.*

**Keywords** - *Music therapy. Therapeutic Residence. Mental Health.*

## Introdução

“Sou como você me vê. Posso ser leve como uma brisa ou forte como uma ventania, depende de quando e como você me vê passar.”  
(Clarice Lispector)

Imagine-se entrando em uma sala de estar média contendo dois sofás simples e uma televisão em um aparato no alto de uma parede. Esta é a sala do local onde vivem as pessoas a que este trabalho se refere. Os atendimentos de musicoterapia foram, quase sempre, realizados neste ambiente. Então, ali, você encontra nove pessoas totalmente diferentes. Os comportamentos são distintos tanto no âmbito de expressividade como de linguagem. Alguns se expressam através do discurso verbal, mas nem sempre possível de ser compreendido, enquanto outros, produzem sons com a voz e com gestos. Entre estes, há mulher e um homem cadeirantes e os demais mantêm-se em movimentos contínuos pela sala e pela casa.

Neste ambiente, o violão começa a ser tocado e surge uma canção. Então, o homem cadeirante canta enquanto outra pessoa dança e toca um chocalho. Outros três se mantêm dançando ou caminhando, saindo e entrando na sala e, um outro fica ao lado da musicoterapeuta segurando suas mãos ou o próprio violão. Por vezes, a música, a dança e o canto se misturam com um grito ou um choro.

Esta é a cena de um dos atendimentos de musicoterapia com estas pessoas, que poderia ser sinônimo de ‘bagunça’, mas que está cheia de significados, de interação quando olhamos atentamente e analisamos o que está acontecendo.

Este trabalho baseia-se nas observações advindas da prática de musicoterapia do estágio de 4º ano do curso de bacharelado em Musicoterapia no ano de 2015.

O desejo de trabalhar neste ambiente veio a partir da experiência, do ano anterior, em estágio em um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Desta experiência proveio o conhecimento e a vontade de continuar a prática de musicoterapia ligada à saúde mental.

A loucura vem sendo discutida através dos séculos de história da humanidade (FOUCAULT, 1978) e tomou diferentes significados e conotações. A princípio, as pessoas diferentes, por não seguirem certos padrões de pensamento e expressão,

eram consideradas perigosas e a medida tomada nestes casos era o isolamento e a institucionalização.

Em 1793, o considerado pai da psiquiatria, Philippe Pinel, iniciou a medicalização em alguns hospitais gerais de Paris. Ele acreditava que os “loucos” deveriam ser libertos das correntes, porém deveriam ser mantidos em tratamentos asilares e isolados da sociedade (AMARANTE, 2007).

O passar das décadas e o avanço dos estudos e da tecnologia, associada ao tratamento médico, possibilitou que as crises de sofrimento psíquico pudessem ser controlados, sem a necessidade da internação. A partir deste panorama, os profissionais que se dedicavam a estudar a loucura começaram a questionar o sistema, visando a pessoa e não mais a doença.

Na segunda metade do século XX, com Franco Basaglia na Itália, teve início a reforma psiquiátrica, a luta antimanicomial, que defendia uma “psiquiatria democrática” visando: serviços de portas abertas, territorializados e a convivência social. Este modelo se espalhou pelo mundo em prol do cuidado humanizado para com os pacientes e serviu de modelo para que em 1990, o Brasil passasse a ser signatário da Declaração de Caracas, a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica. Assim, em 2001, foi aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental.

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se deem no âmbito dos hospitais gerais, com período de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede com pontos de atenção que permitam o cuidado ao portador de sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011)

Constatamos que, a literatura não oferece uma quantidade de trabalhos em língua portuguesa significativa, sobre o impacto do trabalho da musicoterapia com pessoas

em sofrimento psíquico grave que possuem extenso histórico de hospitalização. A musicoterapia não é mencionada nos trabalhos que ressaltam esta população.

A partir deste contexto, este artigo apresenta os resultados de uma investigação e análise das ressonâncias do trabalho musicoterapêutico na qualidade do convívio social desta população trazendo assim, uma visão diferenciada, objetiva e inovadora, no sentido de refletir sobre os aspectos sociais advindos do trabalho realizado e apresentando resultados de uma prática musicoterapêutica pouco descrita.

Quando falamos em ressonâncias, nos referimos ao que foi observado nas sessões musicoterápicas, no sentido de ecoar nas maneiras de agir e ser no grupo.

Para falar sobre o trabalho musicoterapêutico realizado, é relevante definir e explicar alguns aspectos do cenário, tais como: música e loucura e como são os participantes dos atendimentos musicoterapêuticos.

## **Música e loucura**

Pensar na loucura com uma conotação negativa nem sempre foi uma realidade. Foucault (1978), em seu livro *História da Loucura*, discorre desde tempos remotos o que esta seria. Já foi considerada desde manifestação de sabedoria à possessão demoníaca, finalmente chegando a se tornar sinônimo de doença.

O uso da música na saúde/medicina caminha em paralelo ao longo dos séculos. Existem relatos do uso de música para tratamentos médicos desde os homens primitivos, passando pelos Gregos e chegando aos tempos atuais. Puchivailo e Holanda (2014) remontam a história da música como tratamento não farmacológico nos períodos da história da humanidade. Os autores, baseados em Blasco (1999), afirmam que advém dos egípcios o primeiro estudo sobre a influência da música no corpo humano e, com os gregos temos o primeiro relato da utilização da música para tratamento de *manias*.

Ao longo dos tempos, a música passou a ser pensada como sendo um poder divino, tendo capacidade de harmonizar o corpo. Na Idade Média, quando a religião era lei, a música era dividida em religiosa e pagã. Apenas as músicas religiosas deixavam os homens mais perto de Deus, ou seja, a música relacionada à igreja poderia ser benéfica.

Paralelamente, aos dois conceitos (loucura e música), passaram a ter conotações mágicas, religiosas, poderosas a ponto de atingir e modificar aspectos psicológicos do ser humano e mesmo assim continuaram incompreensíveis. Caminhando a passos largos pela história, a loucura tornou-se objeto da ciência e a música também. Ambas estudadas, catalogadas e sistematizadas.

Como já mencionado anteriormente, o conceito de loucura transformou-se ao longo dos tempos. (FOUCAULT, 1978; AMARANTE, 2007). A preocupação com pessoas consideradas loucas passou a ser um problema dentro das sociedades e a medida tomada foi a institucionalização. Naquela época, os hospitais possuíam caráter religioso e acreditavam que a loucura ou os loucos tinham diversos significados.

No Brasil, a realidade vivida pelas pessoas internadas em manicômios, hospícios e afins era desumana. Daniela Arbex (2013) relata, no seu livro *Holocausto Brasileiro*, a partir de entrevistas com ex-pacientes do maior hospício do Brasil, conhecido por Colônia em Barbacena – MG, as condições precárias de vida a qual as pessoas eram expostas. O relato escancara a falta de humanidade, de higiene e respeito a que foram submetidos os internos. As pessoas eram vistas como mercadoria (tendo seus corpos negociados com universidades, para servir de objeto de estudo aos estudantes de medicina), e o hospício tornou-se uma instituição macabra e corrupta. Pessoas eram internadas e abandonadas para sempre sem nem mesmo ter motivo plausível para ali estarem. A leitura deste livro assusta, pois são fatos verídicos de nossa realidade.

Em contrapartida, já no final do século XVIII, teve início os estudos dos efeitos fisiológicos da música nos seres humanos. “A partir do advento do Empirismo, buscavam-se terapias no fazer psiquiátrico que atingissem o sistema sensorial dos internos” (PUCHIVAILO E HOLANDA, 2014, p. 128) e a música possuía lugar de destaque nas pesquisas, que buscavam estabelecer os efeitos dos sons nos sistemas sensoriais dos pacientes.

Dr. Robert Burton (1577-1640) estudou a música para o tratamento de pessoas com melancolia. Puchivailo e Holanda (2014) mencionam o trabalho deste médico que relatou o uso terapêutico da música para acalmar a alma. Dizia que “[...] a música podia alegrar o melancólico e reavivar sua alma, mas também advertia quanto aos malefícios e doenças que podem ser ‘geradas pela música’” (BURTON apud PUCHIVAILO E HOLANDA, 2014, p. 128).

A partir daí, houve a preocupação em propor tratamentos diferenciados para aliviar sofrimentos psíquicos e a música era recomendada, inclusive por psiquiatras como Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) que, segundo Puchivailo e Holanda (2014), foi um dos precursores da psicopatologia.

Oficialmente credita-se o surgimento da musicoterapia como profissão apenas após a Segunda Guerra Mundial, mas como descrito anteriormente, a música já vinha sendo utilizada como meio para tratamentos terapêuticos muitos séculos antes.

## Os participantes

As pessoas abordadas neste estudo possuem um histórico de internação extenso, variando em torno de 10 a 40 anos, não possuem vínculos familiares há muitos anos, pois quando foram institucionalizadas, as atividades relacionadas à saúde mental, seguiam outros parâmetros. Estas pessoas demandam cuidados básicos na alimentação e na higiene, o que faz com que necessitem de cuidados diários e permanentes. Convivem em um local fora do hospital, porém com todos os cuidados necessários.

Ao todo são nove participantes, sendo 4 homens e 5 mulheres com idade, de 35 a 80 anos, que necessitam de cuidados diários e permanentes. O perfil destas pessoas é de um quadro clínico que independe de apenas um diagnóstico ou uma patologia. Para isto deve se levar em conta: as comorbidades relativas a transtornos mentais severos; longo período de hospitalização, incluindo-se aí o consumo prolongado de medicamentos; segregação de convívio social; entre outros. O que impede o enquadramento destes indivíduos em somente uma denominação ou categoria médica.

Costa (2014) em seu livro *Sufrimento humano: crise psíquica e cuidado*, considera vários meios de pensar neste tipo de categorização, trazendo a tona uma discussão pertinente sobre o que é o sofrimento em si. Para o autor, a palavra sofrimento “é derivada do grego *pherein* e do latim *suffero* que significa resignação, tolerância e também a ação de suportar, permitir por tolerância” (COSTA, 2014, p. 23). A discussão sobre este termo é abrangente e, para um melhor entendimento do porque é usada para designar pessoas como as que são aqui estudadas, faz uso de definições de vários filósofos como Schopenhauer, Kierkegaard, Nietzsche, Lévinas, etc.

Ao se tentar compreender o sofrimento, não podemos deixar de lado o fato de que, este, não tem uma manifestação única para todos os indivíduos de uma mesma cultura, família ou período histórico. Ou seja, o sofrimento pode atingir a cada indivíduo de maneira diferente e singular.

Assim sendo, Costa (2014) define *sofrimento psíquico grave* como toda a manifestação aguda da angústia humana. Neste caso, o que se avalia com angústia? Pois se o sofrimento psíquico diz respeito a como o indivíduo interpreta e transforma em sintomas o seu relacionamento com o mundo, então, nos indagamos? Será que as pessoas aqui abordadas estão em estado de angústia? Acredita-se que o público alvo desta pesquisa não pode ser enquadrado completamente nas definições de pessoas com *sofrimento psíquico grave* dantes mencionada, mas também não se distancia completamente. É impossível saber o que se passa na mente de pessoas que não necessariamente procuram ou conseguem se comunicar verbalmente, portanto não podemos saber se eles estão em sofrimento ou angustiados. Também não sabemos dos traumas sofridos pelos participantes, apenas podemos subentender algumas colocações ou reações frente a situações específicas, que remetem a memórias e ou acontecimentos já vividos, por meio da observação de ações corporais, de humor, etc.

Podemos dizer que os participantes deste trabalho são oriundos de um ambiente em que todos eram loucos, sem distinções, para um outro ambiente que os considera diferentes entre si, respeitando suas singularidades e com intuito de inseri-los em um ambiente familiar. Alguns resíduos da rotina hospitalar ainda servem como meio norteador para eles, como os horários de refeições e banhos. Aos poucos vão se adaptando e sentindo-se confortáveis frente a sua nova realidade.

## **Método**

Esta pesquisa caracteriza-se por ser qualitativa e exploratória. Segundo Gil (2002) “Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições” (p.41). Tem o caráter *Ex-post-facto* a partir dos procedimentos técnicos utilizados com intuito de descrever e entender o contexto do objeto de estudo.



A tradução literal da expressão *ex-post facto* é “a partir do fato passado”. Isso significa que neste tipo de pesquisa o estudo foi realizado após a ocorrência de variações na variável dependente no curso natural dos acontecimentos. (GIL, 2002, p.49)

O trabalho realizado aconteceu de março a novembro/2015, fazendo parte do estágio curricular de 4º ano do curso de bacharelado em musicoterapia. Porém, para esta pesquisa foi feito um recorte de 10 atendimentos e os dados foram analisados a partir dos relatórios e anotações do diário de campo, no período de 27/08/2015 a 22/10/2015, conforme autorização do Comitê de Ética (número de registro: 103598/2015). Os atendimentos musicoterapêuticos aconteceram duas vezes por semana, nas quintas-feiras e nos sábados. A população investigada é de 9 pessoas, sendo 5 mulheres e 4 homens.

Para a análise do material coletado não existiram categorias *a priori*. Estas foram criadas a partir dos achados, considerando os aspectos observados, e assim foram organizados em um quadro que será apresentado, analisado e discutido na sequência.

## **Discussão e análise de dados**

Para possibilitar uma ampla discussão a partir da análise dos dados se faz importante destacar as linhas de pensamento que seguiram como foco para o desenvolvimento do processo musicoterapêutico aqui analisado.

157

## **Um olhar sobre a Musicoterapia**

A reflexão que se lança para este trabalho vem contaminada de uma visão singular a partir de valores e preceitos da pesquisadora/estagiária, que nortearam a prática musicoterapêutica, e nestes incluem-se o conceito de homem e da própria musicoterapia.

Entende-se aqui que, independentemente de qualquer diagnóstico, lidamos com pessoas e suas singularidades. Ou seja, não importa a população, local ou

circunstâncias que se escolhe trabalhar, o que importa é que se lida com homens e mulheres, com seres humanos. A partir disto foi possível, estabelecer objetivos para o trabalho musicoterapêutico, que partiu das observações das potencialidades dos indivíduos.

Saber, no contexto, das patologias envolvidas, medicamentos, etc. foi importante para o conhecimento das limitações apresentadas, porém não teve como foco, em nenhum momento a patologia e nem a limitação, pois para este trabalho compreende-se que o indivíduo se constitui como um todo, incluindo-se aí também suas doenças.

No que se refere a musicoterapia, o planejamento baseou-se no pensamento que a musicalidade é inerente ao indivíduo, ou seja, está presente em todos e necessita apenas de estímulo para assim trabalha-la, como meio aos objetivos terapêuticos desejados. Even Ruud (1990) postula que:

O campo da musicoterapia é um ponto de encontro único entre arte e ciência, medicina e humanidades; é uma profissão de tratamento onde experiências, reflexões, diálogos e processos estão em luta com terapias que confiam no controle, resultado e ajustamento. (RUUD, 1990, p. 93)

Este autor ainda argumenta que “[...] a música pode vir a se apresentar como um veículo que pesquise e torne experiências de vida visíveis e manejáveis” (p. 95), ou seja, é importante que o musicoterapeuta mantenha-se atento aos acontecimentos durante os atendimentos para direcionar o fazer musical do indivíduo até seus objetivos terapêuticos.

158

### **Aspectos da elaboração do plano musicoterapêutico**

Os objetivos dos atendimentos observados para esta pesquisa foram: estimular a socialização, desenvolver o respeito ao próximo e o trabalho cooperativo, exercitar o dividir, estimular a comunicação, procurar manter a estabilidade emocional ou de humor, e trabalhar a organização do pensamento lógico. Estes aspectos foram observados em um primeiro momento deste processo, antes do recorte aqui analisado, mas que serviram de base para o planejamento terapêutico seguinte.

O estágio curricular de 4º ano limita-se ao período letivo de um ano, portanto na primeira parte o trabalho foi direcionado para momentos mais individualizados. No período aqui analisado, o processo encontrava-se mais direcionado para um sentido grupal/coletivo.

Sobre as rodas de música como ambientes, Arndt (2015) comenta que:

[...] originalmente se caracterizam como espaços informais para o acontecimento sonoro, sendo assim, comumente não há eleição a priori do repertório a ser executado, não há ensaios e a presença de uma audiência é fluida ou mesmo desnecessária. (ARNDT, 2015, p. 135)

Conceito este que, consideramos para retratar o grupo aqui estudado, pois aconteceram de maneira muito próxima, no sentido de não haver eleições a priori, de canções ou atividades musicais. A roda que se formava poderia ser sinônimo de estar no mesmo ambiente, na mesma sala sob uma organização em que todos conseguiram visualizar/acompanhar o que estava acontecendo. Arndt (2015) ainda explica que “a configuração da experiência musical em roda remete a um ambiente familiar, íntimo, a um tipo de fazer caseiro” (p. 136). Isto se encaixa nos preceitos desta pesquisa, pois trabalhar com uma atmosfera caseira e íntima possibilitou que efetivamente remetesse ao convívio dos participantes. Costa (1995) afirma que “o potencial terapêutico do grupo estimula cada participante a desempenhar melhor as tarefas e propicia os relacionamentos interpessoais e a integração de regras de convivência” (p. 44).

Assim o trabalho coletivo mostrou relevância a partir do momento que cada um, em sua singularidade, fazia parte do todo e tinha seu lugar no grupo. O fazer musical em grupo tornou-se um espaço no qual as potencialidades de cada indivíduo se fizeram importantes pois “para que haja um coletivo é necessário que as demandas individuais sejam sentidas em comum e, assim, possam provocar unificação de ações coletivas visando objetivos compartilhados” (ARNDT, 2015, p.139).

A partir deste panorama, trabalhou-se, através de práticas musicoterapêuticas de composição e de improvisação, visando a afirmação da identidade de cada um, enquanto indivíduo e componente do grupo, daquele coletivo.

Nas experiências de composição, segundo Bruscia (2000), o terapeuta ajuda o paciente a criar melodias e escrever canções ou qualquer tipo de produto musical. “[...] o terapeuta assume a responsabilidade dos aspectos mais técnicos do processo e tenta adequar a participação do cliente de acordo com sua capacidade musical” (p.128).

Com relação as experiências de improvisação o autor diz que “o cliente pode utilizar qualquer meio musical dentro de sua capacidade” (p. 124) e ainda estabelece como objetivos:

Estabelecer um canal de comunicação não verbal e uma ponte a comunicação verbal; dar sentido à auto expressão e a formação de identidade; explorar os vários aspectos do eu na relação com os outros; desenvolver capacidade de intimidade interpessoal e; desenvolver habilidades grupais. (BRUSCIA, 2000, p. 124)

Entendemos identidade como a maneira particular e única de cada um ser. Moreira (2007), Costa (1995) e Papalia (2010) fizeram um apanhado sobre a aquisição e desenvolvimento da identidade do indivíduo durante toda a vida. O que pode ser afirmado é que a identidade é o resultado de fatores culturais e familiares com os quais nos deparamos ao longo de nossa existência. Porém não se caracteriza por ser um aspecto fechado, assim pode ser “reconstruída, analisada e renegociada, de acordo com as experiências do meio social no cotidiano” (MOREIRA, 2007, p. 62). Este é um fator importante de discussão neste trabalho, pois observamos pessoas que foram retiradas do convívio sócio familiar por um longo período, nos levando a questionar: até que ponto esta prática influenciou em suas maneiras de ser, agir e estar?

Castro (2008) afirma que “o conceito de identidade situa-se inicialmente, na importância de percepção das relações entre o sujeito e políticas de exclusão” (p. 77). Remete ao fato de se perceber diferente em relação ao outro e entender estas diferenças tornando-se único.

Desta forma, as práticas musicoterapêuticas foram realizadas com intuito de estímulo ao desenvolvimento da identidade individual enquanto membro de um grupo social através do fazer musical coletivo visando os objetivos antes descritos.

### **Análise dos relatórios e diário de campo**

Foram considerados os relatórios e anotações em diário de campo referentes a 10 atendimentos, em um processo de trabalho musicoterapêutico bem mais amplo do que isto. Ao analisa-los, percebemos que para realizar um trabalho em grupo ou coletivo, foi preciso observar as particularidades e formas de expressão de cada morador. Assim percebeu-se a importância do vínculo inicial que possibilitou uma maior interação dos participantes com a pesquisadora.

Dos relatórios e anotações em diário de campo analisados foi possível categorizar os acontecimentos, a partir de uma análise crítica, levando em consideração os eventos narrados. Como dito anteriormente não foram estabelecidas categorias a priori. Na leitura e análise percebeu-se alguns aspectos que se repetiam. Também notamos que se apresentavam seguindo uma lógica de acontecimentos, assim foi possível construir o quadro abaixo que buscou agregar os aspectos observados nos atendimentos musicoterapêuticos, apresentando uma visualização e entendimento dos mesmos:

	<b>Aspectos observados</b>	<b>Ações / Movimentos</b>
1	Manifestação musical espontânea do(a) participante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantar melodias</li> <li>• Cantar os ritmos das canções</li> <li>• Experimentar os instrumentos musicais</li> <li>• Tocar espontaneamente os instrumentos musicais</li> <li>• Pedir para tocar algum instrumento musical específico</li> <li>• Acompanhar com canto</li> <li>• Acompanhar com sons corporais (palmas, batidas do pé no chão)</li> </ul>
2	Movimentação da musicoterapeuta (Mt) para os (as) participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar que eles/elas sugerissem canções</li> <li>• Tocar e cantar canções do repertório deles/delas</li> <li>• Executar as canções pensando em maneiras que pudessem aumentar a interação entre eles</li> <li>• Oferecer instrumentos de percussão</li> <li>• Oferecer o violão para que todos compartilhassem</li> <li>• Fazer trabalhos percussivos corporais</li> <li>• A partir de algum elemento musical trazido pelo(a) morador(a), criar canções próprias para cada um, instigando-os a compor e improvisar</li> <li>• Acompanhar com o violão, canto ou instrumento percussivo as manifestações espontâneas musicais</li> <li>• Improvisar</li> <li>• Conversar verbalmente com eles/elas</li> <li>• Insistir, mesmo que a primeira resposta fosse negativa</li> </ul>

3	Resposta musical do(a) participante após a “intervenção” da Musicoterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar frases de canções (Técnica Provocativa – BARCELLOS, 2008)</li> <li>• Tocar um instrumento musical</li> <li>• Acompanhar as canções com canto</li> <li>• Acompanhar as canções com outras melodias ou modificando o texto das canções</li> <li>• Gritos, sons guturais, urros</li> <li>• Bater palmas</li> <li>• Tocar um instrumento musical e cantar ao mesmo tempo</li> <li>• Fazer sons de animais</li> </ul>		
4	Resposta espontânea corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dançar em pé</li> <li>• Dançar sentada – mexendo o corpo, pescoço ou pés</li> <li>• Balançar-se com o tronco para frente e para trás</li> <li>• Caminhar em um espaço definido e repetitivo</li> <li>• Caminhar no ritmo da canção</li> <li>• Movimentar os braços</li> <li>• Deitar-se</li> <li>• Acelerar ou não a marcha</li> </ul>		
5	Manifestações verbais	Espontâneas	Respostas	Reminiscências do internamento
		Falas como: “toque mais” ou “tem visita hoje”, que não são solicitadas e não fazem parte de nenhuma canção.	Respostas às perguntas da Mt podendo ser coerentes ou não.	Palavras como “choque” que são acompanhadas de movimentos de medo por outros.
6	Tato como via de percepção, prazer, interação sonora (vibração)	Quando o/a morador(a) segura um instrumento que está sendo tocado pela Mt. a fim de sentir a vibração do mesmo através do tato.		
7	Movimento de pegar ou manusear o instrumento	Espontaneamente	Resposta	
		Quando o/a morador(a) busca espontaneamente por um instrumento, como quando quer tocar o violão e estende a mão.	Quando o/a morador(a) aceita pegar o instrumento que lhe é oferecido, mas logo o devolve.	
8	Manifestação espontânea referente ao humor	Sorriso, choro, gargalhadas, gritos uns com os outros.		

9	Participação da equipe de apoio	Quando algum membro da equipe de apoio e cuidado interage com os/as participantes durante o atendimento, sugerindo canções, oferecendo instrumentos de percussão ou manuseando-os. Interagindo verbalmente ou musicalmente com eles/elas.
10	Observações da Musicoterapeuta	Todas as observações da Mt sobre movimentos dos(as) participantes em relação a situações que acontecem durante o atendimento, mas que não são, necessariamente, provenientes do mesmo. Como saídas da sala, ou maneira de repetir movimentos.
11	Movimento espontâneo expressando vontades	Quando um(a) participante faz alguma ação expressando suas vontades como um grito com gestos para informar que quer passar batom, ou quando o participante pega a Mt pela mão e a leva a algum lugar ou até um objeto.

**QUADRO 01** - Observações e manifestações de respostas e espontaneidade. Fonte: relatórios de atendimentos e diário de campo

Observou-se que as interações musicais e não musicais, partiram ou de movimentos da musicoterapeuta ou dos participantes. Barcellos (1992) aponta que em uma sessão musicoterapêutica podem acontecer vários tipos de movimentos terapêuticos que englobam os dois lados como estimular, ouvir, interações e intervenções. Observando o trabalho realizado, percebemos que estas relações foram criadas e sugeridas através de iniciativas de todos que estavam participando do grupo, fazendo com que a construção do processo possuísse um caráter colaborativo e bidirecional. São as ações e movimentos que podemos verificar nos itens 1, 2 e 9 do quadro. Quando verificamos as interações que aconteceram percebemos que havia uma certa comunicação vigente resultando respostas que deram continuidade e moldaram os atendimentos.

As respostas, poderiam acontecer de maneiras diversas como vemos nos itens 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 11. Partindo de uma expressão de vontade, de um movimento corporal, do canto, do tocar, do chorar ou sorrir. Todas são manifestações de participação e singulares. Aceitar segurar um instrumento, ou mesmo de demonstrar vontade de manusear o violão, por exemplo, para alguns indivíduos foi um grande passo neste processo.

As questões emocionais foram aparecendo no decorrer deste período analisado através de manifestações de choro, risos ou gritos, estes representando repreensão para com atitudes alheias ou de fenômenos advindos do nível de interação dos indivíduos para com as propostas musicoterapêuticas. Importante frisar que nem todos os participantes agiram desta maneira, mas, todas as maneiras de estar no

grupo, mesmo em silêncio foram consideradas como formas de participação, a partir do momento que estes se mantiveram presentes no ambiente aonde estava acontecendo o trabalho musicoterapêutico. A partir de uma abordagem participativa em que os papéis e as responsabilidades dos agentes envolvidos são negociados de forma mais flexível, ou seja, fazendo juntos (STIEGE, 2006).

Partindo deste cenário aberto à interação, a comunicação passou a ser demonstrada singularmente por cada participante. Foram maneiras que cada um encontrou para fazer parte e se estabelecer como componente do grupo. A partir deste ponto podemos nos referir às ações da musicoterapeuta, destacadas no item 2, que demandou uma escuta e sensibilidade apuradas para acolher e dar continuidade aos movimentos de cada um, quando as propostas vinham dos participantes provocando um desafio, para a musicoterapeuta, de interpretar e compreender as demandas.

A priori tem-se em um grupo, maneiras de observação como um todo, mas neste, as atenções eram divididas, ou seja, estando todos no mesmo ambiente, a musicoterapeuta precisava deslocar a atenção a todo momento para que assim todos tivessem oportunidade para demonstrar suas habilidades e assim direcionar o grupo, conforme seu ponto de vista. Proporcionou-se deste modo, uma certa igualdade de oportunidades de manifestações e expressões no grupo, pois se

Em um coletivo cada um é singularidade e pluralidade. Não há lugares privilegiados ou posições numéricas que marquem os sujeitos. Para que o coletivo exista, é necessário que os sujeitos lá estejam não por ocuparem o primeiro, segundo ou terceiro lugar de importância, mas porque o coletivo se mantém pela existência do encontro de todos os sujeitos que o compõem, “cada um é o grupo” (ARNDT, 2015, p. 138)

Também fez parte da dinâmica as intervenções da equipe nas atividades. Buscando a interação entre todos da RT que convivem diariamente (item 9) moldando o grupo a cada atendimento.

O movimento de deslocamento percebeu-se como uma característica deste público à medida que se repetiu em todos os atendimentos analisados bem como as observações do item 10 que demonstraram a circulação dos participantes enquanto os atendimentos aconteciam fazendo com que as propostas tomassem uma característica aberta, ou seja, dando a liberdade de entradas e saídas do ambiente para retornar quando desejassem.



Um aspecto que chamou atenção, por não ser comumente apontado como uma forma de interação musical, foi o uso do tato/do corpo demonstrado nos itens 6 e 4. Walter et al (2006) trazem as ideias de Gardner (1994) das inteligências múltiplas - inteligências em linguística, lógico-matemática, espacial, musical, cinestésica, interpessoal e intrapessoal. A cinestésica está relacionada a motricidade e ao controle do corpo. Levando em consideração que a pele é o maior órgão do corpo humano, é possível afirmar que quem se utiliza deste artifício para a percepção, pode utilizar todo seu corpo, e não somente a audição, para perceber a realidade. Segundo Walter et al (2006) “[...] nenhuma inteligência funciona de forma isolada, exceto em casos muito raros de indivíduos mentalmente deficientes com um talento altamente especializado em determinada área e pessoas com dano cerebral” (p. 7).

Costa (1995) afirma que “o esquema corporal é a síntese de todas as mensagens, de todos os estímulos e de todas as ações que permitem a criança diferenciar-se do mundo exterior e de conceber-se como um EU” (p. 22). A autora afirma ainda que “exercícios de percussões corporais e instrumentais, vão dar a noção do tempo ‘real’ [...] exercícios de movimentações e deslocamento vão dar a noção de espaço e tempo ‘fisiológicos’ e ‘subjetivos’” (p. 30). Ou seja, ao se utilizar do tato ou do meio cinestésico de participação em uma atividade musical, a pessoa passa a fazer leituras diferenciadas da experiência, para assim perceber e participar de uma maneira singular.

Outro ponto importante é a mistura de manifestações musicais, verbais e corporais. Todas estiveram presentes de maneira praticamente igual durante os atendimentos. Barcellos (1992) afirma que existem dois tipos de comunicação sendo que uma é apenas verbal (digital) e outra que abrange todas as formas não verbais de expressão (analógicas). A partir da análise dos relatos percebemos que os dois tipos se fundiram. Ou seja, a relação entre o não verbal e o verbal não seguiu uma proporção hierárquica ou lógica, estando em constante diálogo.

As manifestações corporais frente aos momentos musicais tornaram-se recursos importantes na observação de interação dos participantes. Cunha e Volpi (2008) dizem que “no ambiente musicoterapêutico a música passa a ser catalizadora de outras manifestações criativas como a expressão corporal” (p.89), pois observamos

que este foi um recurso que apareceu em 8 dos 9 participantes, ou seja, surgiram como maneiras singulares de expressão/comunicação e participação tanto espontâneas como de resposta.

Com relação ao item 5, foram observadas três formas de interação verbal, porém é importante lembrar que nenhum dos participantes demonstrou um discurso coerente no sentido de manter-se em um mesmo assunto, modificando os sentidos textuais na mesma frase. O que foi observado são pequenos fragmentos de frases colocadas ou espontaneamente, demonstrando vontades ou advindas de repertório próprio e repetitivo, ou como respostas às perguntas como “que música vamos tocar”. Àquelas que denominamos como reminiscências do internamento referem-se à práticas ou figuras marcantes do período de internamento hospitalar como “choque” ou “médico”, que apareceram como palavras ‘soltas’, que tentava se buscar a compreensão do contexto a que pertenciam, seguidas de outras que não faziam correlação de sentido mesmo em improvisações musicais.

### **Conclusão/reflexões**

A análise acima nos possibilitou pensar nas ressonâncias que o trabalho musicoterapêutico possibilitou para o grupo. Ao observarmos os tópicos criados foi possível perceber que o nível de interação dos participantes teve real significância de desenvolvimento pois, ao longo do processo musicoterapêutico os indivíduos passaram a ocupar lugares, no sentido de ser e estar dentro deste grupo, procurando apropriar-se do mesmo. Como suas demandas foram respeitadas, significando que não foram forçados a permanecer no ambiente ou executar alguma função, eles iniciaram um movimento de ação espontânea na qual sentiam-se à vontade para repetir certas atitudes e assim delimitar qual seria sua participação no fazer musical coletivo.

Percebemos que mesmo estando no mesmo local de convivência, os participantes demandavam certa atenção individualizada e durante os atendimentos relatados percebemos que esta atenção começou a ser ampliada a partir de movimentos advindos da musicoterapeuta, mas acatados e praticados pelos indivíduos do grupo. Assim, quando uma pessoa cantava uma canção sua, os outros tinham

suas manifestações, seja dançando, caminhando, cantando, tocando um instrumento, ou mesmo mantendo silêncio. As reações adversas como choro, gritos ou saídas da sala aconteciam, normalmente, após a canção terminar. Os momentos musicais alcançaram significados de coletividade, respeito e participação.

A procura da identificação singular para cada um desenvolveu-se em sentidos diversos e pessoais. Como dito anteriormente, a busca desta identidade tem caráter de se reinventar e ser redescoberta e, voltando à citação de Clarice Lispector que inicia este trabalho, a participação de cada um dependeu de como este se comportava e como a musicoterapeuta, enquanto mediadora deste processo, os entendeu como pessoas singulares, carregadas de vontades e perspectivas. Utilizando-se da composição e da improvisação foi possível afunilar ainda mais este processo partindo de elementos musicais como ritmos, melodias ou palavras advindas dos próprios participantes criando canções de maneira participativa que os identificassem, através de seus nomes e observações do que eles gostavam de fazer, comer, etc., repetindo-as nos atendimentos com intuito de favorecer a afirmação e continuidade do desenvolvimento destas identidades.

Este é um ponto importante pois os membros do grupo conseguiram identificar-se com as canções criadas especificamente para cada um deles e assim desenvolveram ações de interação quando percebiam a sua canção. Ou seja, quando suas canções eram executadas praticavam as mesmas atitudes como dançar, tocar, cantar ou manter-se em uma relação de olhares contínuos com a musicoterapeuta. Importante frisar que cada um desenvolveu por si uma maneira de agir nestes momentos que foram diferentes e pessoais.

Surgiram também, canções sertanejas e sambas, bem como as marchinhas de carnaval, sugeridas pelos participantes, pela equipe e pela musicoterapeuta, que quando executadas favoreciam alguns a cantarem junto, seja a letra da canção ou o ritmo da mesma. O repertório foi executado em todos os atendimentos pois também haviam participantes que se identificavam com o mesmo, participando mais ativamente quando conheciam as melodias. A técnica provocativa<sup>3</sup> (BARCELLOS,

3 “A execução através da voz ou de instrumentos musicais, [pelo musicoterapeuta], de forma incompleta, de um trecho– sonoro, rítmico, melódico ou harmônico; de uma música, ou da letra de uma canção –, conhecido pelo ou da cultura do paciente, que se torna provocativo de uma atitude de fechamento ou completude”. (BARCELLOS, 2008, p. 7 e 8).

2008) foi utilizada nestes momentos com intuito de aumentar a participação, estimular a fala e a coerência do discurso para alguns participantes.

Ao se apropriarem dos atendimentos musicoterápicos, eles transformaram algo que era PARA eles, DELES. Ou seja, a interação, a construção da identidade enquanto membro de um grupo e o fazer algo coletivamente se transformou em um momento construído por eles e a musicoterapeuta esteve COM eles.

O compartilhamento aconteceu em dois níveis: de manuseio de instrumentos e através das canções. Assim quando um instrumento era introduzido no grupo, todos tinham oportunidade de toca-lo, experimenta-lo e decidir se queria ficar com o mesmo durante o período do atendimento. O que pode ser percebido pela análise dos relatórios, foi que a maioria manuseava os instrumentos e depois os devolvia. Com o passar do tempo, expressões de vontade espontânea apareceram, como a vontade de tocar o violão ou de experimentar algum instrumento e depois devolver. Estas vontades apareciam, geralmente, através de gestos ou olhares, ou seja, a percepção da musicoterapeuta frente às questões subjetivas de linguagem corporal se mostraram de grande relevância enquanto forma de comunicação efetiva.

A participação da equipe de apoio foi destacada como ativa durante os atendimentos, ou seja, ajudando os participantes com o manuseio de instrumentos, distribuindo atenções e nas conversas sobre temas e repertórios, bem como sobre situações musicais fora dos atendimentos, aprimorando as atitudes da musicoterapeuta no conhecimento dos indivíduos. Assim o grupo constituiu-se de várias vertentes: a musicoterapeuta, os participantes, os funcionários. Cada um passou a interagir de alguma forma constituindo um grupo mais amplo.

Deste modo, a movimentação do grupo não se deu de forma contínua e planejada no sentido de que, as atividades foram se constituindo de acordo com as demandas de cada dia, de cada momento. A partir das ações, intervenções de cada participante do grupo, foi possível manejar a dinâmica diferenciando-a a cada atendimento, mas, mantendo certas atitudes por parte dos participantes e da musicoterapeuta. Ou seja, a partir das observações anteriores, os atendimentos posteriores foram moldados com certas intervenções a fim de manter-se alguma lógica de interação, construção e desenvolvimento de identidade grupal e individual, bem como do próprio processo terapêutico.

Desta forma tornou-se possível um momento em que todos trabalharam juntos, o que não acontecia, segundo relatos da equipe de apoio. Podemos dizer que um dos aspectos que se fortaleceu através dos atendimentos musicoterapêuticos foi o de trabalho coletivo, seja no sentido de estarem todos no mesmo ambiente, seja nas interações conjuntas, nas trocas de instrumentos e no desenvolvimento de momentos cooperativos, objetivando o convívio social dos participantes.

Podemos inferir que os aspectos trabalhados se diferenciavam individualmente, mas foi possível trabalhá-los em grupo. As demandas de um grupo como este são complexas pela maneira de interação com o meio que cada um apresenta, porém não são impossíveis de serem trabalhadas na medida que se desenvolve o processo musicoterapêutico. Assume um caráter de experimentação, por parte da musicoterapeuta, das técnicas e métodos da profissão, bem como de um olhar subjetivo e minucioso para com os participantes. Cada um tem sua maneira de se expressar e isto influencia todas as dinâmicas, forçando a terapeuta a utilizar-se de todos os recursos musicais disponíveis para conduzir e deixar ser conduzida.

O processo de construção do fazer musical em grupo e trabalho coletivo foram acontecendo aos poucos e, a partir de pequenos movimentos ou detalhes percebidos, é que foi possível deixá-los à vontade o suficiente para que as ações viessem à tona, modificando e moldando significativamente o próprio grupo. Assim como Heráclito disse: “Não se pode chegar aos limites da alma caminhando; mesmo que se percorra às pressas todas as ruas, seu sentido é por demais profundo”.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1 edição. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARNDT, ANDRESSA D. “Mas, nós vamos compor?”: roda de música como experiência coletiva em um CRAS da região metropolitana de Curitiba. **Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina**. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia Maheirie. Florianópolis – SC. 2015.

- BARCELLOS, Lia R. **Cadernos de musicoterapia 2**. Rio de Janeiro: ENELIVROS. 1992.
- BARCELLOS, Lia R. Sobre a técnica provocativa musical em musicoterapia. In: Anais Encontro de Musicoterapia do Rio de Janeiro, VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e VIII Jornada Científica do Rio de Janeiro. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
- BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro. Enelivros, 2000.
- CASTRO, Mariana G. G. Musicoterapia, cultura e identidade. In: **Anais do X Fórum Paranaense de Musicoterapia e I Encontro Sul Brasileiro de Musicoterapia**. Organização AMT-PR. Curitiba: Griffin, 2008. P. 75 a 81.
- COSTA, Clarice M. **Musicoterapia para Deficiências Mentais**. Editora Clio, Portugal, 1995.
- COSTA, Ileno I. **Sofrimento Humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado na contemporaneidade**. Brasília. Ed. Universidade de Brasília, 2014.
- CUNHA, Rosemyriam. VOLPI, Sheila O. B. A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. In: **R.cient./FAP**, Curitiba, v.3, p.85-97, jan./dez. 2008.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. Editor Perspectiva, São Paulo, 1978.
- GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- MOREIRA, Shirlene V. Identidade musical em pacientes com esclerose. **Projeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Música. Linha de Pesquisa: Estudo das Práticas Musicais Orientadora: Professora Dra Cecília Cavalieri França. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Música. Universidade Federal de Minas Gerais. Março 2007.**
- PAPALIA, Diane. OLDS, Sally W. FELDMAN, Ruth D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre. Editora AMGH, 2010.
- PUCHIVAILO, Mariana C. Repercussões clínicas de uma experiência em grupo de Musicoterapia com pessoas em sofrimento psíquico grave: Um estudo fenomenológico. **Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, da Universidade Federal do Paraná como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Curitiba-PR, 2014.**

- PUCHIVAILO, Mariana C. HOLANDA, Adriano F. A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da música à musicoterapia. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia Ano XVI nº 16** ANO 2014. p. 122-142.
- RUUD, Even. **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo. Summus, 1990.
- STIEGE, Brynjulf. On a notion of participation in music therapy. In: **Nordic Journal of Music Therapy, 15 (1)**. 2006. p. 121 a 138.
- WALTER, Silvana A. et al. Ensinando e aprendendo a partir das inteligências múltiplas: um estudo no curso de administração da PUCPR - Campus Toledo. In: **XVII ENANGRAD**. São Luís, Maranhão, 27 a 30 de agosto de 2006.

Recebido em: 10/05/2016

Aceito em: 15/07/2016