

REVISTA DO NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS INTERDISCIPLINARES EM MUSICOTERAPIA

# inCantare

Volume 8 N.1 - Jan. / Jun. 2017 - ISSN 2317-417X

REVISTA IN CANTARE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ

CAMPUS CURITIBA II - FACULDADE DE ARTES DO PARANÁ



**UNESPAR**  
Universidade Estadual do Paraná  
Campus de Paranaçu

**Governo do Estado do Paraná  
Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior**

---

**Universidade Estadual do Paraná - Campus de Curitiba II  
Faculdade De Artes Do Paraná  
Divisão De Pesquisa E Pós-Graduação**

**Universidade Estadual do Paraná / *State University of Parana***

Reitor / *Rector*: **Prof. Ms. Antonio Carlos Aleixo**

Vice-Reitor / *Vice-Rector*: **Prof. Dr. Sydnei Roberto Kempa**

**Faculdade de Artes do Paraná / *Arts College of Parana***

Diretora / *Dean*: **Profª Ms. Pierângela Nota Simões**

Vice-Diretor / *Vice-Dean*: **Ms. Marcelo Bourscheid**

**Divisão de Pesquisa e Pós-Graduação / *Research and Graduate Program***

Coordenador / *Coordinator*: **Prof. Dr. Marcos Henrique Camargo**

Editora Chefe / *Editor-in-chief*: **Prof. Drª Noemi Nascimento Ansay**

Editora Chefe / *Editor-in-chief*: **Prof. Drª Cristiane Wosniak**

**Editora / *Editor***

**Profª Dra. Rosemyriam Cunha - Universidade Estadual do Paraná**

**Técnicos / *Technicians***

Capa e Projeto Gráfico / *Cover and Graphic Design*: **Wanderson Barbieri Mosco;  
Juciene Santos;**

**Bibliotecário / *Librarian*: Mary Tomoko Inoue**

**Orientadores/ *Advisors***

**Drª Bernadete F. Grilo Machado**

Universidade Estadual do Paraná

**Drª Marly Chagas Oliveira Pinto**

Conservatório Brasileiro de Música do RJ

**Drª Gislaïne Vagetti**

Universidade Estadual do Paraná

**Drª Noemi Nascimento Ansay**

Universidade Estadual do Paraná

**Drª Beatriz Ilari**

University of Southern California

**Dr. Carlos Mosquera**

Universidade Estadual do Paraná

**Dra. Debbie Carrol**

Université du Québec à Montreal

**Dra. Lia Rejane Mendes Barcellos**

Conservatório Brasileiro de Música do RJ

**Dra. Luciana Barone**

Universidade Estadual do Paraná

**Dr. André Acastro Egg**

Universidade Estadual do Paraná

**Ms. Lydio Roberto Silva**

UniBrasil Centro Universitário

**Drª Claudia Zanini**

Univeridade Federal de Goiânia

**Drª Cybelle Maria Veiga Loureiro**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Drª Mayumi Denise Senoi Ilari**

Universidade de São Paulo

**Drª Cléo Monteiro França Correia**

Universidade Federal de São Paulo

**Dr. Gastão Octavio Franco da Luz**

Universidade Federal do Paraná

**Dra. Leomara Craveiro de Sá**

Universidade Federal de Goiás

**Dra. Sandi Curtis**

Concordia University

REVISTA DO NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS INTERDISCIPLINARES EM MUSICOTERAPIA

# inCantare

Volume 8 N.1 - Jan. / Jun. 2017 - ISSN 2317-417X

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ - CAMPUS DE CURITIBA II  
FACULDADE DE ARTES DO PARANÁ  
DIVISÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

REVISTA IN CANTARE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ

CAMPUS CURITIBA II - FACULDADE DE ARTES DO PARANÁ



A Revista InCantare é uma publicação da Faculdade de Artes do Paraná. As opiniões expressas nos artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores. Os artigos e documentos deste volume foram publicados com autorização de seus autores e representantes. A revisão ortográfica e gramatical é de responsabilidade dos autores.

Licenciada sob uma licença creative commons



TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – É proibida a reprodução, salvo de pequenos trechos, mencionando-se a fonte, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Disponível nos seguintes endereços eletrônicos:

<http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare>

<http://www.fap.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=179>

Indexadores:



InCantare – Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia / UNESPAR – Campus de Curitiba II – FAP;  
Rosemyriam Cunha (editora). – v. 8 n. 1. (jan./jun., 2017). - Curitiba: FAP, 2016. 156p.  
Semestral  
ISSN 2317-417X  
Disponível: <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare>

1. Musicoterapia – Periódicos. 2. Música – periódicos.  
I. UNESPAR – Campus de Curitiba II. II. – Faculdade de Artes do Paraná. III. Cunha, Rosemyriam.

CDD 615.837

Universidade Estadual do Paraná  
Campus de Curitiba II – Faculdade de Artes do Paraná  
Divisão de Pesquisas e Pós-Graduação  
Rua dos Funcionários, 1357, Cabral  
80.035-050 Curitiba – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 41 3250-7339  
<http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare>

## SUMÁRIO

<b>EDITORIAL</b> .....	7
Rosemyriam Cunha Mariana Arruda	
<b>ORQUESTRANDO SONORIDADES NA VINCULAÇÃO: DISPOSITIVO ICMUS PARA ADULTOS EM REABILITAÇÃO PSQUIÁTRICA</b> .....	9
María Fernanda Barbaresco Giovanni Galli Giovanna Castagnero Francesco Maria Saviotti	
<b>PROGRAMA PILOTO DE MUSICOTERAPIA PARA FAVORECER O ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES DIFÍCEIS EM VIRTUDE DO PROJETO DE VIDA DE ADOLESCENTES VÍTIMAS DE CONFLITO ARMADO COLOMBIANO</b> .....	37
Andrés Felipe Salgado Vasco	
<b>INTERVENÇÃO NO AUTISMO BASEADA NA MUSICOTERAPIA DE IMPROVISACÃO E NO MODELO DIR-FLOORTIME</b> .....	67
Stephan Malta Oliveira Carolina Lampreia ( <i>in memoriam</i> )	
<b>COMO SUPORTAR A AUTONOMIA?</b> .....	87
Marcelo F. Bruniere Matheus Mattos	
<b>A INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE MUSICAL EM PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL NO MUNICÍPIO DE SANTANA DE PARNAÍBA</b> .....	108
Rodolfo Ferreira do Amor Igor Ortega Rodrigues Regiane Oliveira Rangel dos Santos Rita de Cassia Paro Alli Cintia Milani Dulci Fonseca Vagenas	
<b>A INFLUÊNCIA DA MÚSICA AMBIENTE NA ROTINA DIÁRIA DOS USUÁRIOS DE TRANSPORTE COLETIVO DA CIDADE DE CURITIBA</b> .....	125
Frederico Gonçalves Pedrosa	
<b>ENTREVISTA</b> .....	144
Andressa Dias Arndt	

## CONTENTS

<b>EDITORIAL</b> .....	7
Rosemyriam Cunha Mariana Arruda	
<b>ORCHESTRATING SONORITIES TO CREATE LINKAGE: ICMUS DISPOSITIVE FOR ADULTS IN PSYCHIATRIC REHABILITATION</b> .....	11
María Fernanda Barbaresco Giovanni Galli Giovanna Castagnero Francesco Maria Saviotti	
<b>PROGRAMA PILOTO DE MUSICOTERAPIA PARA FAVORECER EL AFRONTAMIENTO DE SITUACIONES DIFÍCILES EN FUNCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA DE ADOLESCENTES VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO COLOMBIANO</b> .....	38
Andrés Felipe Salgado Vasco	
<b>AUTISM INTERVENTION BASED ON IMPROVISATIONAL MUSIC THERAPY AND DIR-FLOORTIME MODEL</b> .....	68
Stephan Malta Oliveira Carolina Lampreia ( <i>in memoriam</i> )	
<b>HOW TO SUPPORT AUTONOMY?</b> .....	88
Marcelo F. Bruniere Matheus Mattos	
<b>THE INFLUENCE OF MUSICAL ACTIVITY ON PEOPLE WITH CEREBRAL PALSY IN THE CITY OF SANTANA DE PARNAIBA</b> .....	109
Rodolfo Ferreira do Amor Igor Ortega Rodrigues Regiane Oliveira Rangel dos Santos Rita de Cassia Paro Alli Cintia Milani Dulci Fonseca Vagenas	
<b>THE INFLUENCE OF THE ENVIRONMENTAL MUSIC IN THE DAILY ROUTINE OF THE USERS OF COLLECTIVE TRANSPORTATION OF THE CITY OF CURITIBA</b> .....	126
Frederico Gonçalves Pedrosa	
<b>INTERVIEW</b> .....	144
Andressa Dias Arndt	

## EDITORIAL

A cada edição da revista InCantare, confirma-se o companheirismo e o compartilhamento como qualidades do trabalho que entregamos aos nossos leitores. Desde as colaborações dos autores que submetem os trabalhos, ao trâmite das apreciações até a editoração da revista, um grupo de pessoas interage em sincronia para que essas ações sejam bem sucedidas. São muitas pessoas envolvidas e centradas no objetivo de construir e socializar conhecimentos. Esse processo tem gerado na equipe uma sensação de contentamento fundamentado no esforço e no apoio de todos os partícipes!

Os autores aqui reunidos, deram vida ao presente volume do periódico, ao se envolverem na dinâmica de criar abordagens, dados e reflexões originais para as temáticas tratadas. María Fernanda Barbaresco, Giovanni Galli, Giovanna Castegnero, Francesco e Maria Saviotti pesquisaram a práxis musicoterapêutica com adultos em reabilitação em um departamento de Saúde Mental na Itália. Andrés Felipe Salgado Vasco apresentou resultados de um programa de musicoterapia voltado para adolescentes no enfrentamento de situações de reparação de traumas deixados pela luta armada colombiana.

A parceria de Stephan Malta Oliveira com a psicóloga Carolina Lampreia gerou o relato da investigação-ação baseada na experiência de improvisação musicoterapêutica e no modelo dir-floor-time. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, a autora, que já nos deixou, foi profissional de renome internacional na pesquisa voltada para a identificação e intervenção precoce no autismo. É com honra que a InCantare recebe e oferece aos leitores um trabalho do conjunto da obra fecunda que a autora construiu!

Na sequência, Marcelo F. Bruniere e Matheus Mattos estudaram as intervenções de um grupo de teatro no campo da saúde mental, a partir de questionamentos sobre a autonomia dos participantes. Já o grupo de pesquisadores formado por Rodolfo Ferreira do Amor, Igor Ortega Rodrigues, Regiane Oliveira Rangel dos Santos, Rita de Cassia Paro Alli, Cintia Milani e Dulci Fonseca Vagenas apresentaram relato de pesquisa realizada no município de Santana de Parnaíba sobre a influência da atividade musical em pessoas com paralisia cerebral. Em seguida, Frederico Barbosa atualizou dados de uma pesquisa a respeito da música e de sonoridades ouvidas no interior de transportes coletivos de Curitiba.

A musicoterapeuta Andressa Ardnt fecha este volume da InCantare em entrevista que revela as opiniões e experiências da profissional sobre a prática da musicoterapia na atualidade.

Os temas música, teatro, saúde, educação atravessam as pesquisas aqui publicadas. No conjunto, essas temáticas reforçam o escopo de nossa revista e mostram intervenções criativas que visam o avanço da integração entre arte, ciência e vida.

Boa leitura!

**Rosemyriam Cunha**  
**Mariana Arruda**



**ORQUESTRANDO SONORIDADES NA VINCULAÇÃO: DISPOSITIVO ICMUS PARA ADULTOS EM REABILITAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

**María Fernanda Barbaresco  
Giovanni Galli  
Giovanna Castagnero  
Francesco Maria Saviotti**

**RESUMO:** Este artigo apresenta o recorte de uma pesquisa mista realizada em um processo breve de musicoterapia desenvolvido por seis meses, em oficinas semanais em grupo, no decorrer de 2016. Os participantes eram adultos com diagnóstico psiquiátrico em tratamento de reabilitação no Departamento de Saúde Mental de uma instituição pública italiana. A finalidade do projeto foi a avaliação da prática musicoterapêutica baseada em evidências tendo por referência conceitos publicados pela Equipe de Investigação, Clínica e Comunidade Musicoterapêutica - (ICMus). A metodologia utilizada consistiu em entrevistas individuais preliminares e sessões grupais de musicoterapia. O registro e processamento dos dados foi efetuado por meio de autoavaliações feitas pelos próprios usuários e de testes neuropsiquiátricos aplicados no início e no final do processo mediante matrizes e protocolos musicoterapêuticos que foram construídos por profissionais de três países diferentes. O resultado do estudo está assinalado no seu próprio título: um dispositivo musicoterapêutico, uma pesquisa e um tempo limitado no qual foram integradas sonoridades a serviço da vinculação grupal.

**Palavras-Chave:** Musicoterapia. Pesquisa. Campos sonoros notáveis. Psiquismo. Grupalidade.

**ORQUESTANDO SONORIDADES EN VINCULARIDAD:  
DISPOSITIVO ICMUS PARA ADULTOS EN REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA****María Fernanda Barbaresco<sup>1</sup>****Giovanni Galli<sup>2</sup>****Giovanna Castegnere<sup>2</sup>****Francesco Maria Saviotti<sup>2</sup>**

**RESUMEN:** El artículo recorta una experiencia de investigación mixta perteneciente a un programa breve de Musicoterapia, desarrollado mediante Talleres Grupales semanales durante 5 meses del año 2016. Los participantes fueron adultos con diagnóstico psiquiátrico en rehabilitación del Departamento de Salud Mental de una institución pública italiana. El proyecto tuvo como finalidad valorar la praxis musicoterapéutica basada en la evidencia tomando como referencia principal los conceptos publicados por el Equipo de Investigación, Clínica y Comunidad Musicoterapéutica<sup>3</sup> - (ICMus). La metodología utilizada consistió en entrevistas individuales preliminares y sesiones musicoterapéuticas grupales. El registro y procesamiento de los datos fue efectuado a través de autoevaluaciones completadas por los propios usuarios, con test neuropsiquiátricos aplicados al inicio y al final, como mediante matrices y protocolos musicoterapéuticos con contrastación de profesionales en 3 países. La resultante tuvo la marca que señala el título del estudio: un dispositivo musicoterapéutico, una indagación empírica y un tiempo acotado que supo integrar sonoridades al servicio de la vincularidad grupal.

**Palabras claves-** Musicoterapia. Investigación. Campos sonoros notables. Psiquismo. Grupalidad.

---

1 Licenciada en Musicoterapia, Facultad de Medicina, USAL, Bs. As. Argentina. Investigadora y co-fundadora del equipo ICMus (Investigación, Clínica y Comunidad Musicoterapéutica). Co-autora del libro Música y Psiquismo: Lo Psicosonoro. Bs.As: Ed. ICMus Argentina, 2006. Musicoterapeuta del Servicio de Salud Mental de la ASST (Asociación Sociosanitaria Territorial) del Garda y de la Residencia Sanitaria para Discapacitados de la FoBAP (Fundación Bresciana Asistencial en "Psicodisabilità"), Italia. Musicoterapeuta desde hace 20 años en: Proyectos de Capacitación y Desarrollo Integral para Empresas, Promoción y Prevención, Clínica, Rehabilitación y Cuidados Paliativos de la Salud en Argentina, México e Italia.

Tangoterapeuta y Cantante de Tango con intervenciones internacionales.

Contacto: barbaresco.mf@gmail.com icmusricerca@gmail.com www.icmus.org.ar

2 Profesionales colaboradores en Italia y responsables de la ASST del Garda, Departamento de Salud Mental, Comunidad Protegida a Alta Asistencia (CPA), sede Salò (BS): Dr. Giovanni Galli (psiquiatra), Giovanna Castegnere (educadora profesional), Dr. Francesco M. Saviotti (director médico del Servicio de Psiquiatría). Contacto: giovanni.galli@asst-garda.it

3 Supervisora ICMus en Argentina: Dra. Patricia Pellizzari

**ORCHESTRATING SONORITIES TO CREATE LINKAGE: ICMUS DISPOSITIVE FOR ADULTS IN PSYCHIATRIC REHABILITATION****María Fernanda Barbaresco<sup>4</sup>****Giovanni Galli<sup>5</sup>****Giovanna Castagnero****Francesco Maria Saviotti**

**ABSTRACT:** The article sums up a mixed research experience carried out during a brief program of Music Therapy. The encounters were developed in weekly group workshops that lasted for five months of 2016. The participants were adults with psychiatric diagnosis in rehabilitation at the Department of Mental Health from an Italian public institution. The project aimed to evaluate music therapy evidence-based practices by reference to concepts published by the Music Therapy Research, Clinical and Community Team (ICMus). Preliminary individual interviews and music therapy group sessions were applied as methodological tools. Registration and processing of data was carried out through self-assessment completed by the participants and neuropsychiatric test applied at the beginning and at the end of the process. Music therapy arrays and protocols were used by professionals from three different countries in order to verify data reliability. The results of the study are indicated in the title of the paper: a music therapy device, an empirical investigation and a planned time of process which integrated sonorities to create the group linkage.

**Keywords** - Music Therapy. Research. Remarkable sonorous space. Psyche. Group linkage.

11

---

4 Degree in Music therapy, Department of Medicine, at Salvador University, Buenos Aires, Argentine. Researcher and co-founder of the team ICMus (Music Therapy Research, Clinical and Community). Co-author of the book *Music and Psyche: The Psychosonorous Aspects*. Buenos Aires: Ed. ICMus, 2006.

Music therapist of the Mental Health Service at ASST (Territorial Social Healthcare Association) of Garda and the Psychosocial Residence for disabled people at FoBAP (Bresciana Healthcare Foundation in Psycho-handicapped), Italy.

Music therapist working for 20 years on: Integral training development for companies, Promotion and prevention, Clinic, Rehabilitation and Palliative care of the Health in Argentina, Mexico and Italy.

Tango therapist and Tango singer with international intervention.

Contacto: [barbaresco.mf@gmail.com](mailto:barbaresco.mf@gmail.com)

5 Professional therapist and doctor from Italy, at ASST del Garda, Department of Mental Health, Community Protected High (CPA), Salò city (BS): Dr. Giovanni Galli (psychiatrist), Giovanna Castagnero (health educator), Dr. Francesco M. Saviotti (medical director of the Psychiatry Service). Contact: [giovanni.galli@asst-garda.it](mailto:giovanni.galli@asst-garda.it)

## 1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo transcurre en el marco de un proceso de transculturación de su autora, de nacionalidad argentina y radicada en Italia en los últimos tres años. Por tanto la experiencia de familiarización estuvo vigente como rasgo fundamental durante la investigación y en el despliegue de los encuentros clínicos. También encuadró y determinó la práctica, el punto de entrada de la profesional a la salud pública italiana y su consiguiente nivel de expectativas generado en la institución auspiciante, dado que la Musicoterapia es aún una disciplina poco reconocida en el contexto sociosanitario de ese país.

En la labor musicoterapéutica como en la ergoterapia (STRAUSS, 1989), no es primario el producto realizado sino la relación que el usuario es convocado a crear en la actividad con el terapeuta, el grupo y el material ofrecido.

La concepción de Strauss (1989) sobre la Nueva Psiquiatría Dinámica fue asumida en el sostenimiento de la Rehabilitación, no comprendida reductivamente como una prótesis que ayuda al paciente crónico hasta que logra compensar su déficit, sino más bien como un tratamiento facilitador en la activación de los procesos de cambio interior y de recuperación integral de la salud, donde la indagación acerca de los factores que pueden propiciar o inhibir tales procesos son parte inherente de la propuesta. Es decir que se priorizó el paradigma rehabilitativo en lugar del terapéutico, pues los modelos teóricos, técnicas, metodologías de intervención integrada, y los conocimientos del rol jugado por el usuario como persona estuvieron en función de los esfuerzos relativos a sus propios intereses y a la participación activa en un espacio de optimismo programático, a diferencia de la pasividad y el pesimismo psicopatológico del circuito terapéutico estigmatizante (FERRARA; GERMANO, 2002). La cosmovisión psiquiátrica rehabilitativa en Italia con un abordaje analítico, sistémico-relacional, psicosocial-educacional, multicontextual y des-institucionalizante representó entonces un componente importante en la evolución y en las consecuencias de la afección mental consideradas en esta pesquisa.

## 2 ANTECEDENTES

Existen varios artículos en el panorama mundial que refieren los beneficios del abordaje musicoterapéutico en casos psiquiátricos a favor de su rehabilitación y reinserción integrativa en la sociedad. (YAN; LI; ZHANG, 1998. WIGRAM; PEDERSEN; BONDE, 2002. CECCATO; CANEVA; LAMONACA, 2005. GAMBA; POLI, 2007. ULRICH; HOUTMANS; GOLD, 2007. AGRIMI et al., 2009. SILVERMAN, 2014).

La colega italiana Mt. Laura Gamba (2016) confiere necesario elaborar proyectos de investigación para demostrar la eficiencia de la actividad en Musicoterapia con herramientas de observación, evaluación y medición validadas y estandarizadas, pertinentes a diversos ámbitos médicos o neuropsicológicos como construyendo instrumentos musicoterapéuticos ad hoc específicos para el campo donde este tratamiento viene incluido.

En el norte de Italia durante el período 2011-2012, dicha profesional coordinó un estudio multicéntrico con 64 pacientes psicóticos crónicos (grupo experimental: 40 participantes / grupo control: 24 participantes) para evaluar la validez de la atención musicoterapéutica en la práctica clínica, complementando la asistencia standard del usuario. El análisis de los resultados conseguidos confirmó una mejoría estadísticamente significativa en lo que respecta a la condición clínica integral del asistido, contemplando su sintomatología psicótica (y en particular de sus síntomas negativos), su funcionamiento general y su calidad de vida. (GAMBA, 2012)

El referente fundamental de la indagación que estructura este texto, fue la relevancia y necesidad del aporte científico para el crecimiento y la inclusión laboral internacional de nuestra profesión. Esto se conjugó con el interés y solicitud de evaluación basada en evidencia por parte del servicio de psiquiatría en el que operó este servicio, sumado a la inquietud particular de quien suscribe relativa a la exploración e integración del dispositivo metodológico musicoterapéutico ICMus en Italia, tras haber formado parte de dicho Equipo de Investigación en Argentina durante 9 años, y en conmemoración del X<sup>o</sup> aniversario de la edición impresa del Proyecto Música y Psiquismo: Lo Psicosonoro (PELLIZZARI et al., 2006). El análisis en aquel entonces se realizó tomando dos muestras poblacionales con y sin trastornos psiquiátricos; y si bien tuvo características no longitudinales, el recorte

transversal de esta exploración científica mediante entrevistas únicas en profundidad, produjo resultados técnicos y conceptuales de alto valor de aplicabilidad para la clínica musicoterapéutica.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Objetivos Generales

Para este estudio mixto (cualitativo-cuantitativo) se fijaron propósitos focalizados en dos áreas paralelamente, expuestos con sus respectivas definiciones operacionales sintetizadas.

##### 3.1.1 Objetivos Clínicos

3.1.1.1 Promover el reconocimiento, el potenciamiento y el desarrollo de las fuerzas, los recursos resilientes y las habilidades saludables de cada miembro del grupo.

3.1.1.2 Fomentar la autonomía, la integración, la motivación a la participación y el bienestar psicosocial en las áreas sensorio-motora, perceptivo-cognitiva, expresivo-afectiva y socio-comunicativa.

##### 3.1.2 Objetivos Investigativos

3.1.2.1 Valorar las condiciones iniciales de salud de cada participante mediante una entrevista musicoterapéutica verbal individual y sonoro-vincular, teniendo en cuenta algunos aspectos del dispositivo metodológico ICMus (PELLIZZARI et al., 2006), tales como:

- a) La Modalidad de Enlace (ME) <sup>6</sup>- forma de contacto con los objetos y posición psíquica correspondiente a una constelación de variables en la expresión sonora, que incluye: modo de acción, postura, mirada, tiempo e investidura observables en grados de discriminación, de intencionalidad y de actividad formativa con los instrumentos musicales-.

---

<sup>6</sup> Concepto actualizado en el Iº Simposio ICMus: Homofonías, contrapuntos y otras tramas. Bs. As., 2016. Basado en BASSUTTO, A. Cap. IV Modalidades de Enlace: Del contacto inicial a la construcción de los objetos sonoros. PELLIZZARI et al. Música y Psiquismo: Lo Psicasonoro. Equipo ICMus Ediciones. Bs. As. , 2006.

- b) El Perfil Psicsonoro Individual (PPSI)<sup>7</sup> conjunto de rasgos sonoro-fenomenológicos agrupados en base al grado de organización dinámica de los cambios y permanencias del sonido, conformada por la relación de los elementos que componen una estructura, de funciones que vinculan y de un tipo de enlace con los objetos en la expresión sonora- .
- c) El Perfil Psicsonoro Vincular (PPSV)<sup>8</sup> modo di conexión sonora intersubjetiva, que constituye un constructo epistémico y una categorización empírica de la gama de comportamientos sonoro-espontáneos que aluden a la posibilidad de diferenciación subjetiva y a las capacidades relacionales audibles en la interacción de una persona con otra.

3.1.2.2 Verificar los alcances del abordaje grupal e individual de Musicoterapia en un lapso de 5 meses en total, con el registro de matrices de datos que consideraron las siguientes categorías psicológicas<sup>9</sup>:

- a) Sensibilidad a la música y lo sonoro (SMS) -receptividad musical-
- b) Equilibrio afectivo (EA) -registro, expresión y autorregulación emocional-
- c) Empowerment (E) -autoestima-
- d) Funcionamiento social (FS) -modalidad relacional-
- e) Autonomía (A) -independencia personal-
- f) Organización cognitiva (OC) -organización del pensamiento en su curso, forma y contenido, simbolización y juicio-
- g) Resiliencia (R) -plasticidad psicológica-
- h) Calidad de vida (CV) -bienestar integral-

---

7 Definición actualizada en el Iº Simposio ICMus: Homofonías, contrapuntos y otras tramas. Bs. As., 2016. Basado en BERNARDINI, R. Cap. V. Perfiles Sonoros Individuales: La organización dinámica de la expresión sonora. PELLIZZARI et al. Música y Psiquismo: Lo Psicsonoro. Equipo ICMus Ediciones. Bs. As., 2006.

8 Concepto actualizado en el Iº Simposio ICMus: Homofonías, contrapuntos y otras tramas. Bs. As., 2016. Basado en BARBARESCO, M. Cap. VI. Perfiles Sonoros Vinculares: La virtualidad audible de las modalidades de conexión. PELLIZZARI et al. Música y Psiquismo: Lo Psicsonoro. Equipo ICMus Ediciones. Bs. As., 2006.

9 Categorías con definiciones operacionales ideadas exclusivamente para este proyecto y comunicadas por BARBARESCO, M. Orquestando Sonoridades en Vincularidad: Proyecto ICMusicoterapia en Rehabilitación Psiquiátrica. Iº Simposio ICMus: Homofonías, contrapuntos y otras tramas. Bs. As., 2016.

Se sumaron a este sondeo multidimensional una Evaluación Musicoterapéutica Participativa Individual (EMPI) en el momento de cierre, con el aporte adicional interdisciplinario del estado clínico basal y final de cada paciente mediante el Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) (KAUFER; CUMMINGS, 2000), y dos test auto-suministrados al comenzar y al concluir el programa musicoterapéutico: Resilience Scale (RS) (WAGNILD; YOUNG, 1993) y General Health Questionnaire (GHQ-12) (CLAES; FRACCAROLI, 2002). Para acrecentar la confiabilidad del estudio, los instrumentos de recolección de datos constaron de tres vías de acceso simultáneo: la apreciación personal de cada usuario, la evaluación profesional externa del psiquiatra y la valoración específica de la musicoterapeuta.

### **3.2 Población: Aspectos clínicos y sociodemográficos globales**

La muestra poblacional fue constituida por 15 personas de 22 a 58 años de edad con patologías psiquiátricas, tales como: Esquizofrenia Paranoide (5), Trastorno Bipolar (4), Psicosis Esquizoafectiva (2), Disturbio Borderline (2), Histeria de Conversión (1), Psicosis infanto-juvenil, TDA, Desorden del comportamiento con alcoholismo (1), drogadependencia (4) y con restricciones judiciales en algunos casos.

Para el reclutamiento fueron considerados los siguientes criterios de:

- a) Inclusión = adultos con trastornos psiquiátricos residentes o semiresidentes en la Comunidad Protegida a Alta Asistencia (CPA) y el Centro Psicosocial (CPS) de Salò, pertenecientes al Departamento de Salud Mental, seleccionados por el personal médico-sociosanitario que los asistía en el sector rehabilitación de la estructura hospitalaria del Garda, provincia de Brescia, Italia durante el 2016.
- b) Exclusión = pacientes en fase aguda o crítica, ausencia en el 60% de los talleres musicoterapéuticos de dicho año.

En promedio los participantes poseían alrededor de 17 años de enfermedad. La mayoría recibía antipsicóticos y ansiolíticos; menos de la mitad requería en su momento fármacos estabilizadores del humor. Casi todos habían accedido a parte de la escolaridad secundaria y residían juntos en la CPA del establecimiento ya nominado. La mayor parte había tenido experiencias previas (20 o 30 horas) en talleres grupales expresivos, y menos de la mitad ya habían participado en grupos de Musicoterapia.



### 3.3 Núcleo de la Experiencia Investigativa Musicoterapéutica

En este abordaje se llevaron a cabo entrevistas personales preliminares a cada usuario, según la estructura implementada y publicada por ICMus en el libro antes citado. Las mismas fueron adaptadas al idioma italiano y a las categorías de análisis específicas que incentivaron esta indagación. Así constaron de una parte práctica sonora de improvisación individual y vincular con la musicoterapeuta entrevistadora (denominada Toma Sonora), más una parte verbal semidirigida con preguntas sobre lo experimentado y una sola interrogación escrita al respecto (llamados Entrevista Verbal y Cuestionario Escrito respectivamente).

Se concretaron encuentros grupales con una frecuencia y duración de una vez por semana durante 75 minutos cada uno. La asistencia promedio de todo el proceso fue alrededor de 13 participantes por cada sesión, lo que correspondió al 82 % de la presencia media total. En el transcurso del taller 2 pacientes fueron dadas de alta de la comunidad terapéutica en la que habitaban y se ausentaron desde entonces, por lo que fueron consideradas como casos *drop off* al final.

Pudieron evaluarse los perfiles sonoros individuales y vinculares de cada integrante en todos los casos. Se efectuó una contrastación de los mismos con dos colegas musicoterapeutas (de Argentina y Brasil) para detectar correspondencias y/o diferencias en la escucha de los materiales sonoros, otorgando rigurosidad y validez científica al análisis.

En el trabajo grupal se utilizaron las siguientes técnicas musicoterapéuticas:

- a) Expresivas (ISI – V o Improvisación sonora vocal e instrumental individual y vincular, referencial y no referencial (WIGRAM, 2004. PELLIZZARI et al., 2006); Body drum; Sonorización de escenas estáticas o de recorrido; Sonodramatización; Psicodrama musical; Dinámicas extramusicales con movimiento corporal, representación gráfica o plástica, labor literaria y/o verbalización).
- b) Receptivas (EISS o Estimulación de imágenes y sensaciones a través del sonido (SCHAPIRA et. col., 2007); Inducción musical a la Relajación; Visualización creativa guiada con música y consignas verbales (GROCKE; WIGRAM , 2007); Reconocimiento espacial-sonoro-auditivo; Escucha de Aprehensión Inmediata, Sinóptica o de Asociación).

c) Mixtas (TC o Reproducción, recreación, y composición de canciones (SCHAPIRA et. col., 2007); Songwriting (BAKER, 2011); Relajación sonora grupal activa (PAVLICEVIC, 2006); Audición asociada con acción complementaria; Juegos musicales libres y reglados con/sin objetos).

La elección de las estrategias y actividades fue considerada en función de los emergentes surgidos en cada taller y con el planeamiento adecuado para los temas y requerimientos del proceso de acuerdo a las capacidades emocionales, cognitivas y vinculares de los integrantes.

Cada sesión fue registrada en formato audio o audiovisual para su posterior examen.

## **4 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **4.1 Fase Inicial Individual**

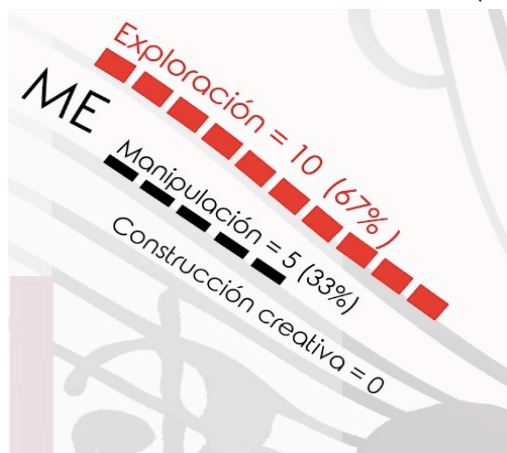
#### **4.1.1 Toma Sonora (TS)**

Concebida como expresión sonora espontánea mediante la voz y 10 instrumentos musicales (membranófonos, aerófonos, idiófonos, cotidiáfonos y de percusión), con variadas propiedades resonantes (rítmicas, melódicas y armónicas), y que fueron consignados libremente a cada entrevistado/a para que toque solo/a y en interrelación con la musicoterapeuta. Esta improvisación fue abordada y analizada bajo 3 aspectos sonoro-subjetivantes, ya definidos por ICMus (2006), guiando el procesamiento de los datos.

A continuación se ilustran los porcentajes obtenidos según la cantidad de participantes que se ubicaron en cada rango con las tendencias preponderantes constatadas en:

a) la Modalidad de Enlace (ME) Exploratoria representada por dos tercios de la muestra, con variaciones en + y – por cada gradiente de enlace, dependiendo del nivel de rigidez, descarga, investidura y funcionalidad. Solo una tercera parte de los entrevistados se relacionó objetivamente desde la Manipulación.

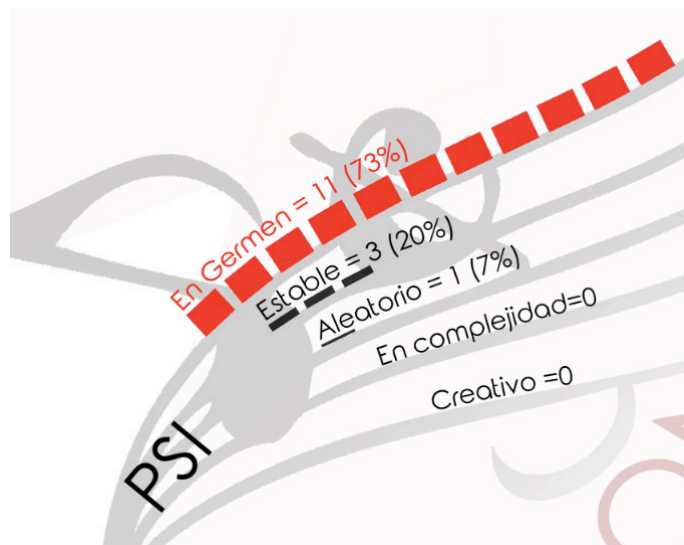
GRÁFICO 1. MODALIDAD DE ENLACE (ME)



NOTA: Indicación entre paréntesis de los porcentajes según cantidad de usuarios hallados en cada gradiente de la ME, destacando en rojo y en la línea superior la predominancia general.

b) el Perfil Sonoro Individual (PSI) En Germen con oscilaciones en más + o – según la presencia de la función repetición y el tiempo que duró la propia expresión sonora. No se detectaron personas con PSI En complejidad ni Creativo.

GRÁFICO 2. PERFIL SONORO INDIVIDUAL (PSI)



NOTA: Indicación entre paréntesis de los porcentajes según cantidad de usuarios hallados en cada gradiente del PSI, destacando en rojo y en la línea superior la predominancia general.

c) el Perfil Sonoro Vincular (PSV) desplegó un abanico de variedades con una predominancia de los usuarios Dependientes, y con menor frecuencia aparecieron otros modos relacionales como en los casos Fusionados, Diferenciados y Aislado. No se registraron participantes en el PSV Integrado.

GRÁFICO 3. PERFIL SONORO VINCULAR (PSV)



NOTA: Indicación entre paréntesis de los porcentajes según cantidad de usuarios hallados en cada gradiente del PSV, destacando en rojo y en la línea superior la predominancia general.

La duración de la producción sonora individual abarcó una media de 5 minutos aproximadamente con respecto a la media de 8 minutos correspondiente a la producción sonora vincular, denotando que lograron expresarse sonoramente más tiempo cuando interactuaban con otra persona. Pareciera que la brevedad irrumpiese cuando tocan solos, revelando tal vez las propias limitaciones de su cuadro psicopatológico.

El contar con antecedentes previos en experiencias musicoterapéuticas no configuró un factor que incidiría sobre el grado de desarrollo en la ME, ya sea con los instrumentos o la música, ni en el nivel de organización de la improvisación sonora individual.

#### 4.1.2 Entrevista Verbal (EV):

Consistió en un modelo semiabierto de preguntas referentes a las categorías psicológicas evaluadas por la musicoterapeuta con sus correspondientes indicadores. A saber: Sensibilidad a la música y lo sonoro (SMS), Equilibrio afectivo (EA), Empowerment (E), Funcionamiento social (FS), Autonomía (A), Resiliencia (R), Organización cognitiva (OC). Solo esta última fue deducida según la manera en que respondieron durante toda la entrevista, hablando y escribiendo.

FORMULARIO MUSICOTERAPÉUTICO 1. ENTREVISTA VERBAL (EV)

**INTERVISTA VERBALE SEMIAPERTA ICMus**

DATI PERSONALI IN SCHEDA INIZIALE DELL'UTENTE  
DOMANDA PER CATEGORIA:

- **SENSIBILITÀ ALLA MUSICA ED IL SUONO**  
**Qual'è la prima parola che ti viene in mente dopo aver suonato questi strumenti?**  
**Quale strumento ti è piaciuto di più?**  
**Perché?**
- **EQUILIBRIO AFFETTIVO**  
**Hai potuto percepire qualche emozione nell'attività?**  
**Sei riuscito/a ad esprimere qualche emozione suonando?**  
**Come ti senti in questo momento?**
- **AUTOSTIMA "EMPOWERMENT"**  
**Che ne pensi di te stesso/a? (in 3 parole)**  
**Ti piaci, così come sei? O ti critichi spesso?**  
**Sei soddisfatto/a con quello che fai in generale?**
- **FUNZIONAMENTO SOCIALE**  
**Hai amici?**  
**Ti piace fare le attività in gruppo?**  
**Preferisci essere da solo/a?**
- **AUTONOMIA**  
**Quali sono le tue attività giornaliere?**  
**Hai regolarmente bisogno d'aiuto?**  
**Che cose fai da solo/a?**  
-Grado autonomia in igiene (bagno, vestirsi, cura di se), alimentazione, abitazione, mobilitazione, lavoro e occupazione, gestire denaro, prendere i medicinali, tempo libero-
- **RESILIENZA**  
**Abitualmente cosa fai davanti ad una difficoltà?**  
**Ti senti forte e capace per risolvere problemi?**  
**Hai qualcuno che ti aiuta di solito in questi casi?**

CUADRO 1. VALORES REFERENCIALES DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS




REFERENCIAS EN ORDEN PROGRESIVO ASCENDENTE		
	Rojo	1= Nada (No, grave, ausente)
	Amarillo	2= Poco (Alterado, moderado, parcial)
	Verde	3= Mucho (Si, conservado, presente)

TABLA 1. VARIABLES PSICOLÓGICAS INICIALES

Variables Psicológicas	Valores Referenciales por cantidad de participantes		
	1 N (%)	2 N (%)	3 N (%)
OC	0 (0%)	11 (73%)	4 (27 %)
EA	1 (7%)	14 (93%)	0 (0%)
E	5 (33%)	10 (67 %)	0 (0%)
FS	4 (26%)	10 (67%)	1 (7%)
A	1 (7%)	6 (40%)	8 (53%)
R	1 (7%)	13 (86%)	1 (7%)
SMS	0 (0%)	6 (40%)	9 (60%)
CAM	4 (27%)	9 (60%)	2 (13%)

NOTA: OC= Organización cognitiva, EA= Equilibrio afectivo, E= Empowerment, FS= Funcionamiento social, A= Autonomía, R= Resiliencia, SMS= Sensibilidad a la música y lo sonoro, CAM= Capacidad Asociativa con la Música.

Las categorías psicológicas fueron recogidas por la musicoterapeuta en la Entrevista Verbal a partir de lo que comunicaba cada usuario entrevistado. El grupo estudiado se observó mayormente afectado en las categorías EA, E, FS, R determinando las estrategias del tratamiento; pero manifestó alta sensibilidad y receptividad a la música, lo que facilitó el acceso a la tarea musicoterapéutica.

Los entrevistados con valor 2 - en la OC, es decir con más desorden en la organización del pensamiento, en la simbolización y en el juicio, coincidieron con los que poseían ME Manipulatoria.

Se distinguió una correlación entre aquellos con FS limitado o escaso (valor 1 o 2-) y los que exhibieron PSV Fusionado y Aislado con restringidas posibilidades sonoro-vinculares también.

Los que presentaron más dificultades en la Autonomía (A en valores 2 o 1) solieron mostrar una ME desde la Manipulación y/o un PSI Aleatorio o En germen.

#### 4.1.3 Cuestionario Escrito (CE):

Para estimar la Capacidad Asociativa con la Música (CAM) se propuso leer y responder el siguiente formato de cuestionamiento sobre lo experimentado sonoramente, otorgándole los mismos valores anteriores.

FORMULARIO MUSICOTERAPÉUTICO 2. CUESTIONARIO ESCRITO (CE)

QUESTIONARIO SCRITTO ICMus

Data:

Nome e cognome:

Riconosci in quello che hai suonato aspetti caratteristici della tua personalità?

SI NO

Quali?

FUENTE: Adaptado y traducido de PELLIZZARI et al (2006)

Todos respondieron Sí a la pregunta, y establecieron a través de la escritura una relación implícita entre lo improvisado sonoramente y las características de su persona, sin precisión ni detalles específicos (Ver último item referido a la CAM en Tabla 1). En general lograron articular estas nociones con más desarrollo desde el habla que escribiendo.

#### 4.1.4 Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q) :

Se eligió una compilación validada de 12 síntomas neurológicos y psiquiátricos que se notificaron en las últimas 4 semanas, y fue completado por la educadora sanitaria que tenía contacto diario con los pacientes.

TABLA 2. FIRST NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI-Q)

Cantidad de trastornos neuropsiquiátricos	Puntajes
	por cantidad de participantes N (%)
0	1 (7%)
1	3 (20%)
<b>2</b>	<b>7 (47%)</b>
3	1 (7%)
4	1 (7%)
5	2 (12%)

NOTA: NPI Inicial: media poblacional de 2 áreas sintomáticas (Normal= 0 / Patológico = > 1)  
Puntaje predominante por cantidad de disturbios asociados 2 = 7 (47%) participantes

Arrojó un estado nosográfico poblacional parcialmente compensado con algunos disfunciones neuropsiquiátricas remanentes (ansia, apatía, abulia, depresión, irritabilidad, desinhibición, desórdenes de alimentación, alucinaciones como los más comunes) y en vías de recuperación.

#### 4.1.5 Test Autosuministrados Iniciales (TAI):

Se emplearon 2 test convalidados en Italia para evaluar la Capacidad Resiliente (RS) y la Calidad de Vida (CV) según el estado vivenciado de salud y bienestar generalizado, conformados por afirmaciones y preguntas escritas con diferentes opciones de respuestas preestablecidas que fueron compiladas por los mismos usuarios, y que correspondían a distintos niveles de puntajes.

##### 4.1.5.1 Escala de Resiliencia (RS)

TABLA 3. FIRST RESILIENCE SCALE (RS)

Niveles cualitativos de Resiliencia	Puntajes por cantidad de participantes
	N (%)
No resilientes	0 (0%)
Medianamente resilientes	7 (47%)
Resilientes	8 (53%)

Existieron conexiones análogas para esta categoría entre dicho test administrado por el psiquiatra y lo evaluado en la EV musicoterapéutica. No obstante, es importante señalar la diferencia entre estos instrumentos de medición porque indicaron lo percibido directamente por cada participante, y los datos sobre la Resiliencia pertenecientes a la entrevista, ya que fueron proporcionados por la musicoterapeuta a partir de lo que comentaba cada integrante.

##### 4.1.5.2 Cuestionario sobre el Bienestar General (GHQ-12)

TABLA 4. FIRST GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-12)

Niveles cualitativos de Bienestar General	Puntajes por cantidad de participantes
	N (%)
Bajo (-)	2 (13%)
Regular (-+)	7 (47%)
Optimo (+)	6 (40%)



Este sondeo fue impartido por el psiquiatra y algunos sujetos requirieron ayuda para realizarlo. La mayoría marcó un bienestar regular y parcial (7 personas) o identificó una primacía del malestar (2 pacientes). Menos de la mitad admitió bienestar integral (6), influyendo en la Calidad de Vida (CV) concebida.

#### 4.2 Fase del Proceso Grupal en Matrices de datos

El devenir del tratamiento musicoterapéutico fue plasmado en una grilla matriz donde se insertaron los datos organizadores de los territorios o escenas notables y sobresalientes a la escucha, como se puede distinguir en la próxima planilla.

FORMULARIO MUSICOTERAPÉUTICO 3. MATRIZ GRUPAL DE DATOS

MATRICE DI SEGUIMENTO	ISTITUZIONE:	DATA:	GRUPPO:
PRESENZA PER DATA			
RIFLESSIONI RILEVANTI DEL GIORNO			
OBIETTIVI / STRATEGIE INIZIALI PER LA DATA			
ATTIVITÀ BASICHE SVILUPPATE NELLA DATA			
TECNICHE USATE	Improvvisazione con regole /libera: Canto con/senza accompagnamento: Ricettive con/senza attività complementaria: Sonodrammatizzazione: TVS:	Gioco di regole con/senza oggetti: Espressione corporea/ballo: Attività plastica o pittura: Attività letteraria: Riflessione verbale:	Altre:
OSTACOLI O MOMENTI CRITICI			
TEME SIGNIFICATIVE DI GRUPPO SECONDO CATEGORIE DI STUDIO			
TEME SIGNIFICATIVE INDIVIDUALE SECONDO CATEGORIE DI STUDIO			
AREE SONORE PREDOMINANTI A LIVELLO INDIVIDUALE DI GRUPPO Modalità di legame, funzioni sonore, profili e/o estetiche di gruppo emergenti	Individuali:  Gruppo:		

ALTRE OSSEVAZIONI:

STRATEGIE E RISORSE PER IL PROSSIMO INCONTRO:

FUENTE: Adaptado y traducido del Equipo ICMus Comunitario Argentina.  
PELLIZZARI et.col. (2012)

#### 4.2.1 Temas Significativos Grupales

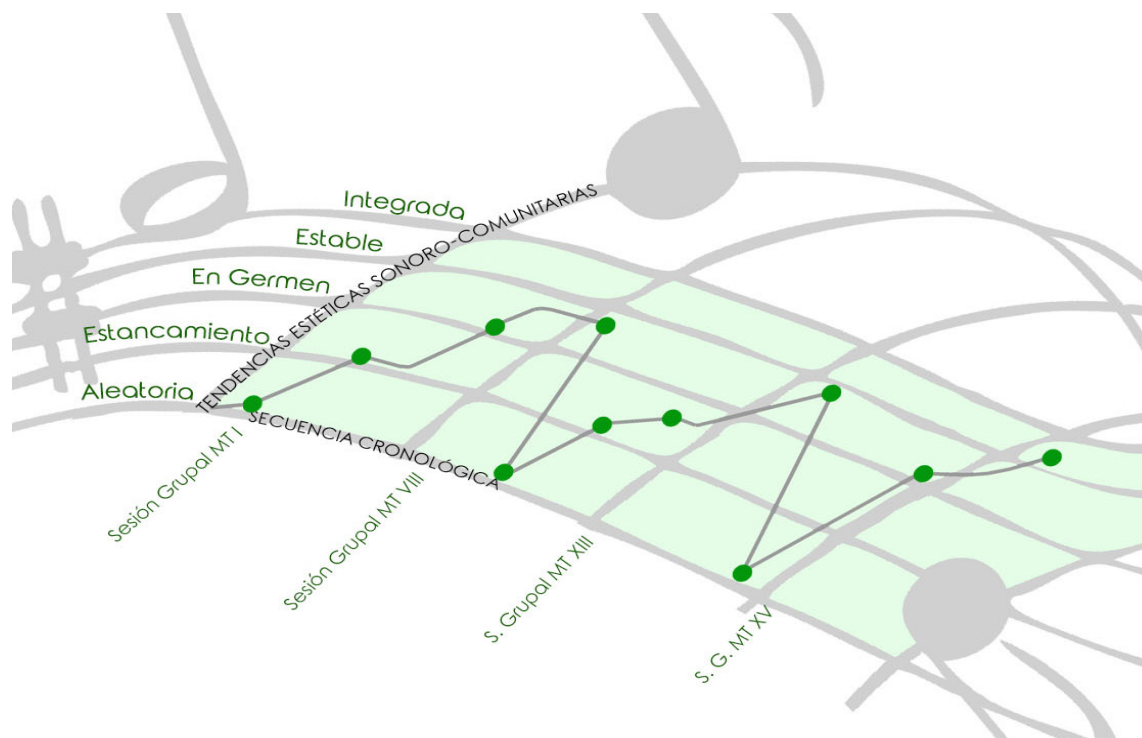
Se apreció un movimiento desde categorías vulnerables como el EA-, FS-, R- y OC- detectadas en las primeras sesiones, hacia un fortalecimiento salugénico de las mismas incluyendo la SMS+, la A+, y la CV+ en los últimos encuentros. Éstas fueron vivenciadas y registradas con temáticas relativas a:

- a) la disparidad y labilidad emotiva, la dificultad en el reconocimiento y expresión corporal de emociones, problemas en la sincronización grupal, excesiva dependencia o inhibición en el accionar, tristeza, conflictos personales e impotencia y leves disgregaciones discursivas en los talleres musicoterapéuticos del comienzo.
- b) el aumento de la comunicación verbal ligada a lo sonoro con espontaneidad en la participación, unión y cohesión de grupo, autopercepción y expresión emocional personal e interpersonal, motivación y colaboración propositiva reflexiva, alegría, libertad, gratificación grupal y disposición a compartir en público durante las sesiones conclusivas.

#### 4.2.2 Estéticas Sonoro-Grupales Significativas

Se detectó un recorrido evolutivo en ascenso oscilante hacia una mayor organización e integración de grupo, ingresando desde la *Aleatoriedad* (indiscriminación, superposición y confusión con poca escucha del otro, impulsividad y catarsis en el ruido), atravesando por el *Estancamiento* (repetición, rigidez, descoordinación instrumental, monotonía y fijación), para arribar a una estructura *Embrionaria* (con jerarquías no consolidadas, mayor diferenciación y selección de climas emocionales, con imitación simultánea y sucesiva), y converger finalmente en una tendencia estética *Estable* con formas sonoras ordenadas esencialmente por la canción y la voz como consecuencia de la reflexión y de acciones decididas en consenso grupal.

GRÁFICO 4. PROCESO EVOLUTIVO DE LAS TENDENCIAS ESTÉTICAS PSICOSONORAS GRUPALES



Es llamativo que los 2 retrocesos sonoro-grupales relevados en la línea del tiempo sucedieran después de 2 pausas en los encuentros musicoterapéuticos (de 15 días cada una), y en donde se vislumbró la necesidad de retroceder reiniciando el camino construido en grupo para afianzar la dirección hacia el desarrollo y el progreso (Ver Gráfico 4).

### 4.3 Fase Final Individual

#### 4.3.1 Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q):

TABLA 5. LAST NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI-Q)

Cantidad de trastornos neuropsiquiátricos	Puntajes
	por cantidad de participantes N (%)
0	3 (20%)
<b>1</b>	<b>6 (40%)</b>
2	4 (26%)
3	1 (7%)/
4	0 (0%)
5	1 (7%)

NOTA: NPI FINAL: media poblacional de 1 disfunción (Normal= 0 / Patológico = > 1)  
Puntaje predominante por cantidad de disturbios asociados 1= 6 (40%) participante

Como lo muestra la Tabla 5. se evidenció una disminución global de la sintomatología psiquiátrica, donde 2 usuarias fueron dadas de alta de la CPA por su recuperación y un paciente fue transferido a otro servicio por descompensación. Comparando cuantitativamente las resultantes del principio en dicho test (compilado también por la educadora), los síntomas psicopatológicos puntuaron la siguiente distribución para:

**10 participantes descendió / 3 participantes permaneció igual / 2 participantes ascendió**

Al concluir se corroboró una notoria reducción de los trastornos en el 67% de los que asistieron regularmente al taller de Musicoterapia.

#### 4.3.2 Test Autosuministrados Finales (TAF):

Fueron implementadas las mismas pruebas que en la apertura, siendo ambas examinadas posteriormente por un profesional en psiquiatría.

##### 4.3.2.1 Escala de Resiliencia (RS)

TABLA 6. LAST RESILIENCE SCALE (RS)

Niveles cualitativos de Resiliencia	Puntajes por cantidad de participantes	
	N (%)	
No resilientes	0	(0%)
Medianamente resilientes	1	(8%)
Resilientes	11	(92%)

Aunque al inicio este examen ofreció resultados similares en la cantidad de pacientes resilientes y los parcialmente resilientes con un leve predominio de los segundos, al finalizar el proceso de Musicoterapia fueron destacablemente muchos más los sujetos con Resiliencia abundante.

##### 4.3.2.2 Cuestionario sobre el Bienestar General (GHQ-12)

TABLA 7. LAST GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-12)

Niveles cualitativos de Bienestar General	Puntajes por cantidad de participantes	
	N (%)	
Bajo (-)	0	(0%)
Regular (-+)	4	(33%)
Optimo (+)	8	(67%)

Mientras al comenzar prevalecieron los usuarios con un bienestar regular y 2 personas probaron malestar, al cerrar las sesiones de Musicoterapia dominaron los usuarios con sensación saludable y gratificación generalizada, coincidiendo con los porcentajes relevados en la EMPI sobre la Calidad de Vida (CV) autopercibida.

### 4.3.3 Evaluación Musicoterapéutica Participativa Individual (EMPI):

Se confeccionó básicamente un cuestionario escrito sobre la vivencia en estos laboratorios grupales de Musicoterapia llevados a cabo durante el 2016, teniendo en cuenta las mismas categorías e indicadores referenciales señalados anteriormente.

#### FORMULARIO MT 4. EVALUACIÓN MUSICOTERAPÉUTICA PARTICIPATIVA INDIVIDUAL (EMPI) FINAL

Dott.ssa Barbara Esco

##### MUSICOTERAPIA 2016 QUESTIONARIO SCRITTO FINALE

Data:

Nome e cognome:

Considerando il percorso di Musicoterapia che abbiamo fatto insieme in questi mesi, spunta con una croce il colore che corrisponde meglio alla tua sensazione e condizione nel presente.

1. Puoi capire meglio te stesso/a e relazionarti con altri attraverso la musica e gli strumenti?

MOLTO  POCO  NIENTE

2. Riesci a coordinare i ritmi, concentrarti ed organizzare le tue idee con maggiore frequenza?

MOLTO  POCO  NIENTE

3. Hai potuto migliorare la tua capacità di riconoscere ed esprimere le tue emozioni?

MOLTO  POCO  NIENTE

4. Puoi gestire e regolare i tuoi cambi emozionali?

MOLTO  POCO  NIENTE

5. Ti senti più sicuro/a e contento/a con te stesso/a rispetto a quando hai iniziato questo laboratorio?

MOLTO  POCO  NIENTE

6. Hai migliorato le tue abilità di relazionarti spontaneamente con gli altri ed integrarti in un gruppo?

MOLTO  POCO  NIENTE

7. Sei più indipendente e richiedi meno aiuto nello svolgimento delle attività giornaliere?

MOLTO  POCO  NIENTE

8. Ti senti più forte e capace per risolvere i problemi?

MOLTO  POCO  NIENTE

9. Hai potenziato il grado di soddisfazione e benessere generale nella tua vita?

MOLTO  POCO  NIENTE

10. Credi che questa esperienza di Musicoterapia ti è servita?

MOLTO  POCO  NIENTE

10.1. In che ti è servita?

GRAZIE!

TABLA 2. VARIABLES PSICOLÓGICAS FINALES

Variables Psicológicas	Valores Referenciales por cantidad de participantes		
	1	2	3
	N (%)	N (%)	N (%)
OC	0 (0%)	3 (33%)	8 (67%)
EA-p.e	0 (0%)	1 (10%)	10 (90%)
EA-a.	0 (0%)	7 (67%)	4 (33%)
E	0 (0%)	1 (10%)	10 (90%)
FS	0 (0%)	2 (25%)	9 (75%)
A	0 (0%)	3 (33%)	8 (67%)
R	0 (0%)	5 (42%)	6 (58%)
CV	0 (0%)	3 (33%)	8 (67%)
SMS	0 (0%)	2 (25%)	9 (75%)
CAM	2 (12%)	2 (12%)	7 (58%)

NOTA: OC= Organización cognitiva, EA-p.e= Equilibrio afectivo (percepción; expresión), EA-a.= Equilibrio afectivo (autorregulación), E= Empowerment, FS= Funcionamiento social, A= Autonomía, R= Resiliencia, CV= Calidad de Vida, SMS= Sensibilidad a la música y lo sonoro, CAM= Capacidad Asociativa con la Música.

Dichas categorías fueron valoradas desde el aporte escrito de cada participante al completar el cuestionario auto-evaluativo final. La tendencia sobresaliente del grupo en esta autovaloración se instaló en el valor 3, representando alta incidencia y cambio favorable en todas las variables estudiadas. Por el contrario en la entrevista verbal inicial la tendencia preponderante fue el valor 2, que equivalió a la escasa o irregular consolidación de dichas capacidades. Sin embargo, no serían dos instrumentos de medición exactamente homologables pues la EMPI en la fase conclusiva estuvo condicionada por la autopercepción de cada sujeto mientras la EV del principio fue procesada desde la lectura y registro de la musicoterapeuta en función de lo que decía cada entrevistado.

Las categorías dedicadas a la autorregulación en el Equilibrio Emocional y a la Resiliencia, parecieran ser las más problemáticas o menos influenciadas por el trabajo musicoterapéutico, presentando un valor 2 en muchos casos. Sin embargo, el valor 1 para ambos aspectos fue descartado por todos los participantes, esbozando cierta repercusión beneficiosa y buena disposición a los logros terapéuticos.

La aprobación y la eficacia a nivel personal referida al taller de Musicoterapia realizado en estos meses, fue total en el valor 3; lo que declaró motivación y satisfacción en los integrantes del grupo referida a esta propuesta.

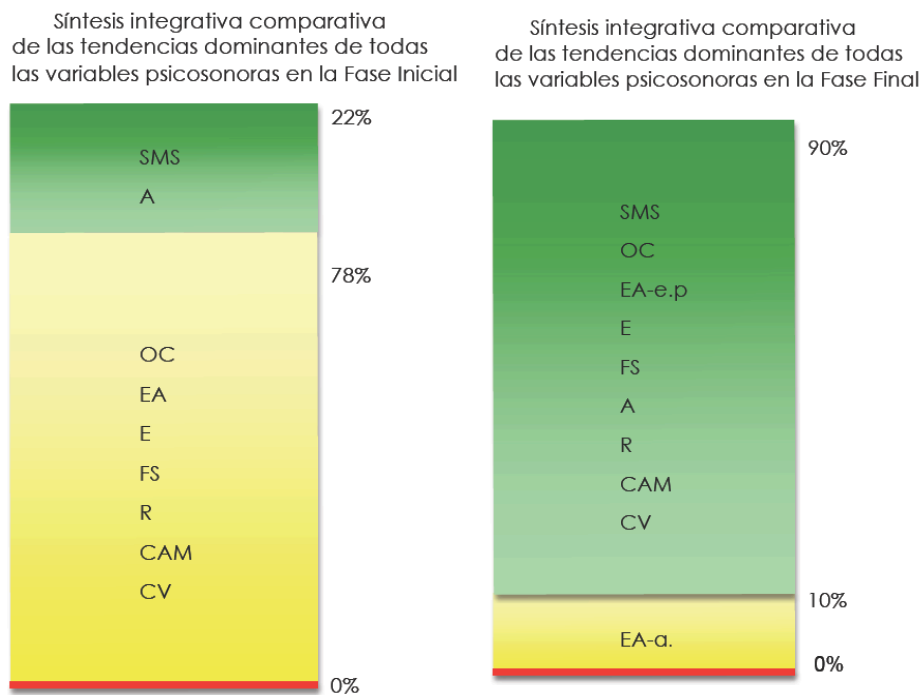
La CAM fue deducida desde respuestas abiertas en donde los pacientes explicitaron con sus propias palabras en qué les ayudó esta experiencia musicoterapéutica. Además resultó posible agrupar las mismas en tres temáticas que aludieron al:

1. área emocional (ej: "aprender a controlar mejor mi hipersensibilidad"),
2. área vincular (ej: "sentirme más de acuerdo con los otros")
3. estado general (ej: "estar bien").

Es interesante subrayar que en este cuestionario escribieron con más facilidad, abundancia y frecuencia en comparación con el cuestionario inicial, lo que insinuaría un sutil avance en la habilidad comunicativa verbal escrita.

Resumiendo, como el próximo gráfico lo enseña (a la derecha), fue factible comprobar la inversión de la predominancia a favor de la zona verde representante de aspectos más saludables en las variables psicológicas ligadas a lo sonoro durante la última etapa, con respecto al mismo diagrama esquematizado (a la izquierda) y referido al primer período.

GRAFICO 5. INTEGRACIÓN COMPARATIVA LONGITUDINAL DE LAS VARIABLES PSICOSONORAS PREPONDERANTES AL INICIO Y AL FINAL



NOTA: Ver valores referenciales del Cuadro1.  
Rojo=1 (Nada) / Amarillo=2 (Poco) / Verde =3 (Mucho)

## 5 CONCLUSIONES FINALES

Los test aplicados permitieron confirmar una notoria mejoría de los cuadros clínicos exponiendo una menor cantidad de síntomas en la mayoría de los integrantes del grupo, y un incremento de la resiliencia y del bienestar después del trabajo musicoterapéutico.

En sintonía con el título del último collage decidido entre los usuarios, “Nuestra Aventura” en Musicoterapia (Fotografía 1) posibilitó un recorrido de afianzamiento desde tramas que comprendieron 3 esferas dinámicas interconectadas y descritas a continuación con una sinopsis de la trayectoria.

### 5.1 Dimensión Sonora

La partida fue desde una expresión sonora individual-vincular fundamentalmente *En Germen, Exploratoria y Dependiente*; y con una estética grupal fundada en el *Ruido, el Aislamiento y la Aleatoriedad*.



La llegada, ratificada en este estudio, ocurrió con algunos cambios personales efectivos en el modo de conectarse consigo mismos y los demás; con una tendencia estética grupal centrada en la construcción de *Sonoridades juntos, en Resonancia, Dependencia y Estabilidad*, características articuladas intrínsecamente con ciertas *capacidades psíquicas más evolucionadas y armónicas*.

### 5.2 Dimensión Psicosocial

La salida a nivel individual se identificó con *fragilidad y/o alteración* predominantemente en el *Equilibrio Emocional, el Empowerment, el Funcionamiento Social, la Autonomía y la Resiliencia*. En el plano grupal se partió con más *dificultades en la Organización Cognitiva, Equilibrio Afectivo, Socialización y falta de Plasticidad Psicológica*.



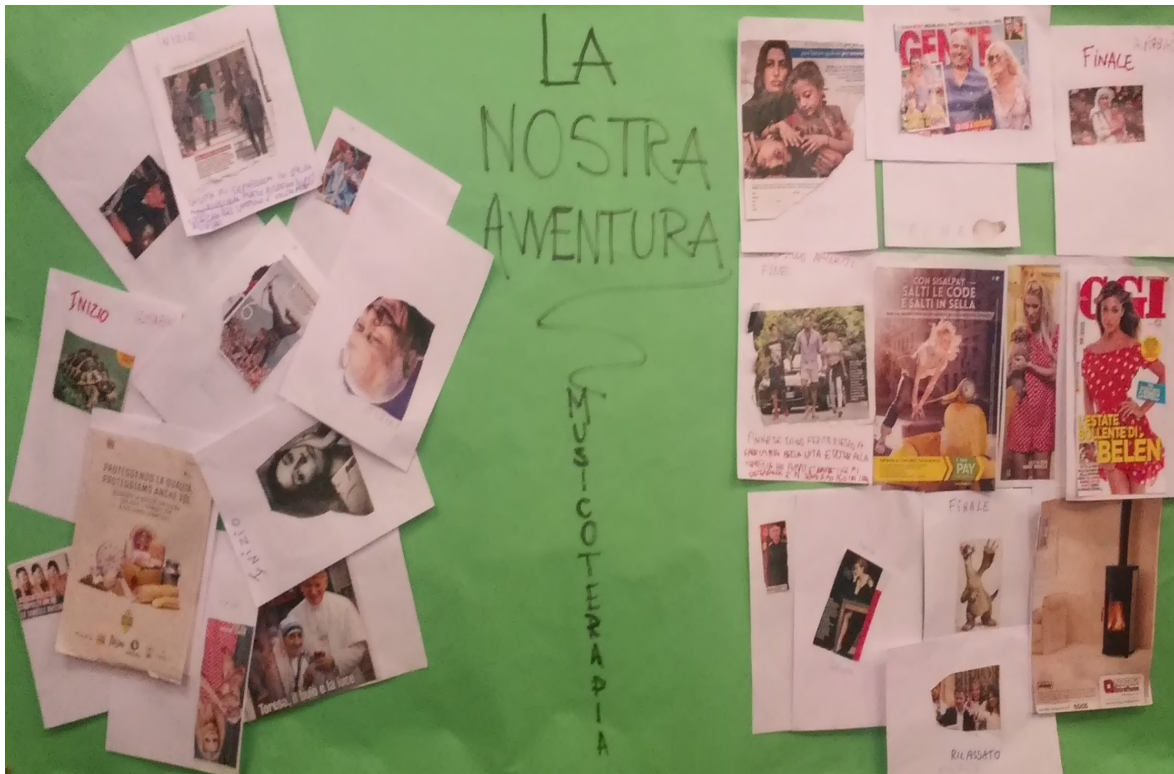


El arribo verificado en esta indagación se situó con un *potenciamiento de estas categorías a nivel personal y grupal a favor de la movilización de las energías y recursos salugénicos* del paciente (que la patología usualmente tiende a reducir), con eventual predisposición individual al intercambio de esta experiencia musicoterapéutica en público.

### 5.3 Dimensión Psicosonora

Se reveló con un *Inicio, un Proceso y un Final* en evidente interrelación multifactorial con las dos dimensiones anteriores, y al servicio de la elaboración conjunta de una red de fortalecimiento instaurada en la *búsqueda de una organización e integración sonora-creativa-intersubjetiva más saludable*.

FOTOGRAFIA 1. NUESTRA AVENTURA EN MUSICOTERAPIA



LEYENDA: "La Nostra Avventura". Técnica receptiva con actividad complementaria: Collage confeccionado en la última sesión según la escucha de las propias improvisaciones sonoras grupales al inicio y al final, ilustrando el proceso desde la forma, distribución e intersubjetividad de las unidades individuales.

Gracias a la evaluación en esta *investigación y al abordaje musicoterapéutico*, se ha podido cuestionar y valorar algunos alcances de nuestra intervención sobre la *optimización del funcionamiento en la vida para nuestros usuarios y su viabilidad en la inclusión comunitaria*.

No obstante, cabe recapitular las problemáticas inherentes a la traducción, analogía y/o correlatos en dicha pesquisa y en el análisis específico de los datos, referidos a las dificultades transculturales de nuestra disciplina incluida en una labor con finalidad científica. Asumiendo la importancia de seguir huellas, dejarse llevar por los impactos perceptivos, emocionales y sonoros como marcas que orientan caminos posibles de decodificación, sentidos y hallazgos significativos en la tarea y en los procesos musicoterapéuticos, sin caer en lecturas absolutistas y acabadas.

Este trabajo linda con el paradigma de la complejidad, sumándose temáticas relativas a la estética sonora y la vincularidad (PELLIZZARI, 2011), en tanto formas viables funcionales desde una actitud comprometida con el paciente, reflexionando para él y con él. Como también con la Musicoterapia, instituyendo un dispositivo capaz de generar constructos y estrategias de tratamiento que puedan ser transmitidos a la comunidad profesional con el fin de abrir diálogos, enfoques y perspectivas interdisciplinarias, orquestando sonoridades en respeto de la diversidad.

## AGRADECIMIENTOS

A la Asociación Civil ICMus Argentina y sus integrantes por ser fuente de inspiración y sostén continuo. Un reconocimiento especial a la colega Lic. Fernanda Valentín (Brasil) por su colaboración desinteresada en la contrastación, y principalmente a la Dra. Patricia Pellizzari por su inmensurable apoyo, ayuda, guía y supervisión constante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRIMI, E. et al. Musicoterapia nella riabilitazione cognitiva del paziente schizofrenico: Studio multicentrico randomizzato controllato in singolo cieco di applicazione del protocollo STAM (Sound Training Attention and Memory). **Giornale italiano di psicopatologia**, v. 15, n.4, p.10-20, 2009.

BAKER, F; ULHIG, S. **Voice work in Music therapy**. London: Jessica Kingsley Publishers, 2011.

BELLANTUONO, C; FIORIO, R; ZANOTELLI, R; TANSELLA, M. Psychiatric screening in general practice in Italy: A validity study of the GHQ. **Social Psychiatry**, v. 22, p. 113-117, 1987.

BERNARDINI, R; BASUTTO, A; KINISBERG, F; BARBARESCO, M.F. Curso Dispositivo ICMus: trabajo de enlaces. Iº **Simposio ICMus**: Homofonías, Contrapunto y Otras Tramas, Buenos Aires, 27.nov. 2016.

CECCATO, E ; CANEVA, P; LAMONACA, D. Music Therapy and cognitive rehabilitation with schizophrenia: a controlled study. **Music Therapy Today**, v. 6, n. 4, p. 810-824 , 2005.

CLAES, R; FRACCAROLI, F. General Health Questionnaire (GHQ-12): invarianza fattoriale in diverse versioni linguistiche. **Bollettino di Psicologia Applicata**, n. 237, p. 25-35, 2002.

FERRARA, M; GERMANO, G. Riabilitazione in Psichiatria. in AA.VV. **Trattato di Psichiatria**, v. 3, Milano: Masson, 2002

GAMBA, L; POLI, R. Case – series: la Musicoterapia come trattamento add-on nei disturbi d'ansia, nei disturbi somatoformi e nei quadri misti ansioso –depressivi” **Psichiatria oggi**, v.20, n.1-2, p. 27-29, 2007.

GAMBA, L. **Strumenti per la valutazione in musicoterapia**: Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza - Psichiatria. iBooks. StreetLib, 2016.

GROCKE, D; WIGRAM, T. **Receptive Methods in Music therapy**: Techniques and clinical applications for Music therapy clinicians, educators and students. London: Jessica Kingsley Publishers, 2007.

KAUFER D.I; CUMMINGS J.L. et al. Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form the Neuropsychiatric Inventory. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v.12, p. 233-239, 2000.

PAVLICEVIC, M. **Groups in Music**: Strategies from Music Therapy. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2006.

PELLIZZARI, P. **Crear salud**. Buenos Aires: ICMus editores, 2011.

PELLIZZARI, P. et al. **Proyecto Música y Psiquismo**: Lo Psicasonoro. Buenos Aires: ICMus editores, 2006.

SCHAPIRA, D. et. al. **Musicoterapia**: Abordaje Plurimodal. Buenos Aires: Adim Ediciones, 2007

SILVERMAN, M.J. Lyric Analysis Intervention in Psychiatric Music Therapy: Clinical Application and Research. **14th World Congress Music Therapy Book**. Vienna/Krems, 2014

STRAUSS, J. S. Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry. **II Schizophrenia Bulletin**, v. 15 n. 2, 179-187, 1989.

ULRICH, G; HOUTMANS, T; GOLD, C. The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. **Acta Psychiatry Scand**, v.116, n. 5, p. 362-370, 2007.

WAGNILD, G.M; YOUNG, H.M. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 1, n. 2, p.165-178, 1993.

WIGRAM, T; PEDERSEN, I.N; BONDE, L.O. **A Comprehensive Guide to Music Therapy**: Theory, Clinical Practice, Research and Training. London: Jessica Kingsley Publishers. 2002

WIGRAM, T. **Improvisation**: Methods and Techniques for Music therapy clinicians, educators and students. London: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

YAN, W.Y; LI, Z; ZHANG, H.Y. Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. **Hong Kong Journal of Psychiatry**, v. 8, n. 1, p. 38-40, 1998.

Recebido-03/07  
Aceito-02/11

## PROGRAMA PILOTO DE MUSICOTERAPIA PARA FAVORECER O ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES DIFÍCEIS EM VIRTUDE DO PROJETO DE VIDA DE ADOLESCENTES VÍTIMAS DE CONFLITO ARMADO COLOMBIANO

Andrés Felipe Salgado Vasco

**Resumo:** A violência na Colômbia tem se estendido por aproximadamente setenta anos, deixando milhões de vítimas inocentes. Diversas instituições, tanto a nível nacional como internacional, reúnem esforços buscando cessar com os conflitos e a reparação integral dos mártires. A Musicoterapia, desde seu nascimento e através de sua evolução, vem apresentando um desenvolvimento a favor da solução desse tipo de problemática; este trabalho instigou o desenvolvimento de um programa de Musicoterapia para contribuir na reparação psicossocial de adolescentes vítimas da violência da Colômbia. Utilizando um modelo de investigação mista, em uma intervenção breve (a qual durou dezoito dias), com dois grupos e um caso individual, por meio dos quatro métodos principais da Musicoterapia. Dentro dos resultados obtidos, observa-se que a Musicoterapia favorece o enfrentamento de situações difíceis, por meio do desenvolvimento de habilidades de enfrentamento como o manejo da respiração, os pensamentos positivos em momentos de dificuldade, a dosificação e exteriorização dos sentimentos negativos, favorece também a projeção de expectativas sobre o futuro, mediante a visualização de aspirações e metas que o adolescente programa, tanto no nível pessoal como profissional; entendendo, por sua vez, que o enfrentamento de situações difíceis é determinante para o estabelecimento do projeto de vida. Concluindo que, a Musicoterapia pode contribuir para a reparação integral, desde o aspecto psicossocial, convertendo-se em uma alternativa adequada para atender aos e as adolescentes vítimas da violência na Colômbia.

**Palavras-chave:** Musicoterapia. Adolescentes vítimas de violência. Enfrentamento. Projeto de vida. Reparação.

## PROGRAMA PILOTO DE MUSICOTERAPIA PARA FAVORECER EL AFRONTAMIENTO DE SITUACIONES DIFÍCILES EN FUNCIÓN DEL PROYECTO DE VIDA DE ADOLESCENTES VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO COLOMBIANO

Andrés Felipe Salgado Vasco<sup>1</sup>

**Resumen:** La violencia en Colombia se ha extendido por alrededor de setenta años, dejando millones de víctimas inocentes. Diversas instituciones tanto a nivel nacional como internacional aúnan esfuerzos en busca del cese de los conflictos y la reparación integral de los mártires. En tanto que la musicoterapia desde su nacimiento y a través de su evolución viene presentando un desarrollo a favor de la solución de este tipo de problemáticas; este trabajo planteó el desarrollo de un programa de musicoterapia para aportar en la reparación psicosocial de adolescentes víctimas de la violencia en Colombia. Utilizando un modelo de investigación mixta, en una intervención breve (la cual duró dieciocho días), con dos grupos y un caso individual, mediante los cuatro métodos principales de la musicoterapia. Dentro de los resultados obtenidos, se observa que la musicoterapia favorece el afrontamiento de situaciones difíciles, mediante el desarrollo de habilidades de afrontamiento como el manejo de la respiración, los pensamientos positivos en momentos de dificultad, la dosificación y exteriorización de los sentimientos negativos, además, favorece la proyección de expectativas sobre el futuro, mediante la visualización de las aspiraciones y metas que el adolescente programa, tanto a nivel personal como profesional; entendiéndose a su vez, que el afrontamiento de situaciones difíciles es determinante para el establecimiento del proyecto de vida. Concluyendo que, la musicoterapia puede aportar en la reparación integral, desde el aspecto psicosocial, convirtiéndose en una alternativa adecuada para atender a los y las adolescentes víctimas de la violencia en Colombia.

**Palabras clave:** musicoterapia. Adolescencia víctimas de la violencia. Afrontamiento. Proyecto de vida. Reparación.

**Abstract:** Violence in Colombia has been present for about seventy year leaving millions of innocent victims. Various institutions, from the national and the international communities, combine efforts to seek the cessation of conflicts and the full reparation of the Martyrs. Musicotherapy from its birth and through its evolution has proven to be effective in resolving this type of issues. Therefore, in order to provide psychosocial reparation in adolescent victims of violence in Colombia, this research proposed the development of a Musicotherapy program. This study used both quantitative and qualitative research approaches, in a brief intervention (which lasted eighteen days), with two groups and an individual case, using the four main methods of Musicotherapy. One of the results showed that Musicotherapy also gives the individual tools to cope with difficult situations such as breathing techniques, positive thinking during difficult times, controlling and expressing negative feelings, it also improves the projection and expectations about the future, by helping the adolescent visualize there personal and professional goals and aspirations; it is also critical to remember that the way we approach crisis determines the success of our life project. Finally this project concludes that Musicotherapy can make grate contributions to the psychosocial healing process, making it an appropriate alternative to care for adolescent victims of violence in Colombia.

**Key words:** musicotherapy, adolescents victims of violence, coping, life project, repair.

---

<sup>1</sup> Profesor investigador de la Universidad Nacional de Colombia, Musicoterapeuta en la fundación casa de la madre y el niño, Co-creador, coordinador y musicoterapeuta del proyecto: "Cultura en tu escuela" y director de la Banda Sinfónica Infantil del municipio de Bituima. Cundinamarca. Magister en musicoterapia – Universidad Nacional de Colombia. Licenciado en música – Universidad de Caldas. Email: afsalgadov@unal.edu.co

## 1 ANTECEDENTES

### 1.1 Violencia en Colombia

En la década del 50 se produjo un violento enfrentamiento entre los grupos políticos y la persecución de los integrantes del partido liberal en las zonas rurales dio pie al surgimiento de grupos armados. En 1957 se inicia un periodo de reconciliación conocido como Frente Nacional, donde ambos partidos políticos (liberales y conservadores) asumieron el poder de forma alternada. Fue en las décadas de los sesenta, setenta y ochenta donde se movilizan nuevos grupos revolucionarios: Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), Ejército de Liberación Nacional (ELN), Ejército Popular de Liberación (EPL), Movimiento 19 de Abril (M-19), el grupo guerrillero indígena Movimiento Armado Quintín Lame, la Autodefensa Obrera (“ADO”) y disidencias de los anteriores, como el grupo “Ricardo Franco”, entre otros. El surgimiento de estos grupos y el fracaso por conseguir acuerdos de paz dio como resultado un nuevo momento de violencia denominado Bandolerismo. A finales de los setenta se suma el narcotráfico a través de los carteles de la droga. Hacia 1968 aparecen los grupos de autodefensa, los cuales se fortalecen hacia finales de la década de los setenta y principio de los ochenta, los cuales apoyados por algunos sectores de la fuerza pública cometieron todo tipo de masacres a civiles. Hacia 1997 estos grupos se consolidan en una organización denominada Autodefensas Unidas de Colombia (AUC). En forma paralela sucesivos gobiernos se empeñaron en negociar la paz. A comienzos de los años noventa M-19, EPL, y el Quintín Lame se desmovilizaron por acuerdos alcanzados. Las FARC y el ELN no se desmovilizaron. Los grupos armados al margen de la ley (Guerrillas y Paramilitares) crearon una confusa combinación de alianzas y de choques simultáneos con el narcotráfico y la propia fuerza pública. Las FARC, el ELN y Paramilitares adelantaron además actividades de extorsión y secuestro. En las últimas décadas el crimen organizado también ha tenido incidencia en la vida nacional. El problema de la violencia en Colombia es de larga data y de gran complejidad. La estabilidad de instituciones democráticas está afectada por profundas desigualdades sociales y altos índices de violencia cuyo significado

no puede reducirse a la sola violencia terrorista (HUMANOS, 2004). En la actualidad, Colombia esta en un proceso de postconflicto con el grupo de las FARC y el país entero esta sumido en una dinámica de reconstrucción de tejido social.

## 1.2 Víctimas de la violencia en Colombia

Las víctimas en Colombia han sido muchas, sin respetar género, edad, etnia o creencia, sin embargo y para precisión de este trabajo, el estudio tomó las referencias encontradas, en cuanto a la violencia vivida por los menores de edad, los cuales son el foco de la presente investigación. Según Histórica (2013), las huellas de la guerra son más destructivas en quienes son más vulnerables: en particular, las niñas y los niños. La guerra en Colombia ha causado la muerte de miles de niños y niñas, algunos en las masacres, otros en los enfrentamientos entre los actores armados, además, por causa de los campos minados o por las incursiones y ataques a sus veredas y pueblos. Los menores de edad han sido víctimas de casi todas las modalidades de violencia; según datos del RUV (Registro Único de Víctimas), al 31 de marzo de 2013, entre 1985 y 2012, 2.520.512 menores de edad han sido desplazados, 70 han sido víctimas de violencia sexual, 154 de desaparición forzada, 154 de homicidio y 342 de minas antipersona. Los niños y las niñas han experimentado la violencia de manera dramática y cruda. Han observado hechos atroces, como el asesinato y la tortura de sus padres, madres, familiares y vecinos, o la quema y destrucción de sus hogares, enseres, animales queridos y objetos personales. Muchos de ellos y ellas tienen marcas permanentes en sus cuerpos debido a la amputación de miembros por efecto de las minas antipersonas o han sufrido abuso sexual, tortura, reclutamiento forzado, y entrenamiento para la guerra. Miles de los niños y niñas víctimas del conflicto sobreviven y huyen en condición de desplazamiento forzado. El impacto más notable de la guerra tiene que ver con los daños que causa en sus cuerpos y con los traumas, sufrimientos y daños psicológicos y emocionales resultantes de las victimizaciones padecidas (HISTÓRICA, 2013).



### 1.3 Musicoterapia

Los antecedentes que se encuentran en Colombia en lo referente a programas de intervención musicoterapéutica dirigidos a víctimas de la violencia, son escasos, por lo que este programa piloto pretende ser pionero, estableciendo las bases para el inicio de una importante línea de trabajo e investigación en este tema. El primer antecedente relacionado que se encontró se titula *“La musicoterapia en procesos de resignificación de la autoconfianza en personas mayores víctimas del conflicto armado en Colombia”*, el cual buscó promover la resignificación de la autoconfianza en un grupo de cinco mujeres víctimas del conflicto armado en Colombia, tomando en cuenta al ser humano desde sus dimensiones psicosociales, cognitivas y físicas y teniendo como medio una aproximación al abordaje Plurimodal de musicoterapia y sus ejes de acción, con los que busco promover la producción de narrativas e historias de vida que posibiliten un espacio de interacción social y el surgimiento de estrategias de afrontamiento de los hechos victimizantes (GÓMEZ, 2015). El segundo y último antecedente encontrado se titula *“La musicoterapia como estrategia para afrontar síntomas comunes de, ansiedad, depresión y estrés en la situación de discapacidad física en tres militares, asociados a asopecol y lesionados por minas antipersona y/u otros artefactos bélicos de destrucción humana, Bogotá. Estudios de caso”*, este estudio describe la intervención musicoterapéutica en tres pacientes adultos de edades entre los 34 y 74 años. La meta general de este estudio fue implementar un programa de musicoterapia para afrontar los síntomas comunes de depresión, ansiedad y estrés en la situación de discapacidad física en tres personas militares afectados por minas antipersona y/u otros artefactos bélicos, favoreciendo las relaciones interpersonales que permitan la disminución del aislamiento social, la toma de conciencia corporal actual, la adaptación al cambio, la construcción de la nueva autoimagen y lograr un cambio positivo en el aspecto emocional (MORENO, 2009).

## 2 MARCO TEÓRICO

### 2.1 La adolescencia

Según Patiño (2003), presenta una serie de dificultades importantes, algunas de las cuales se deben a la índole misma de la situación de cambio de la niñez a la edad adulta. Diana E. Papalia (2009), menciona que la adolescencia está llena de oportunidades para el crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial, pero también de riesgos para el desarrollo saludable. Ana Viruela (2009), argumenta que estos cambios provocan en los jóvenes niveles de estrés importantes y pueden influir en el desarrollo de diferentes aspectos psicológicos y psicopatológicos, por ello, el adolescente requiere poseer estrategias de afrontamiento eficaces que le permitan evaluar la situación y los recursos de los que dispone y actuar de forma que logre adaptarse a las situaciones que se van produciendo.

### 2.2 Situaciones difíciles y afrontamiento en adolescentes

La primera precisión que se debe hacer es que las situaciones difíciles en este trabajo son entendidas como sucesos estresantes, los cuales entendidos desde Patiño (2003), pueden ser normativos o no normativos. Los **sucesos normativos** incluyen eventos como cambios de escuela, variaciones en las relaciones con los padres y cambios corporales, los cuales se presentan aproximadamente al mismo tiempo entre adolescentes de la misma edad y además son típicos de esta etapa del desarrollo. Los **sucesos no normativos** pueden definirse como eventos en la vida significativos y críticos, como la muerte de algún familiar, asaltos o golpes, que aumentan la probabilidad de producir un desajuste en el adolescente. Estos sucesos son poco frecuentes, difíciles de predecir y abrumadores.

Los sucesos de vida estresantes influyen principalmente en el concepto negativo que tiene el joven de sí mismo, la falta de motivación para emprender nuevas acciones y resolver las situaciones que se le presentan, así como la dificultad para relacionarse con sus pares (HEREDIA-ANCONA, 2011).

La realidad Colombiana y más aún, la realidad de los adolescentes víctimas de la violencia presenta ciertas particularidades importantes de revisar, en una investigación desarrollada por Nohelia Hewitt Ramírez (2014), la cual tuvo como objetivo caracterizar los síntomas psicológicos de la población infantil y adolescente expuesta al conflicto armado en una zona rural de Colombia; se permitió corroborar que evaluar una población que ha sido expuesta a la guerra, conlleva limitaciones relacionadas con la posible re-victimización y bloqueo emocional. Sus resultados reflejan la afectación psicológica significativa de la salud mental en niños y adolescentes expuestos a la violencia producto del conflicto armado en Colombia, lo que señala la urgencia de definir, desarrollar y evaluar programas de atención psicosocial orientados a mitigar el impacto, a prevenir problemas de salud mental, y a favorecer el ajuste emocional y la calidad de vida de la población víctima del conflicto armado.

Por su parte Rosa María Estévez Campos (2012), sugiere que el bienestar psicológico y la salud están influidos por la forma de afrontar el estrés. Parece existir acuerdo en considerar un primer grupo de estrategias orientadas a modificar directamente el estresor, estas implican esfuerzos por cambiar algunos aspectos personales, del ambiente o de la relación entre la persona y su ambiente; este grupo de estrategias son denominadas como afrontamiento centrado en el problema, resolución de problemas, entre otros. Un segundo grupo de estrategias están enfocadas a mantener el equilibrio afectivo a través de la búsqueda de apoyo social y de la reducción de la tensión por la regulación de los aspectos emocionales, estas han sido denominadas tradicionalmente como afrontamiento centrado en la emoción o de búsqueda de ayuda o apoyo. Por último, se encuentra el grupo de estrategias designadas en la literatura como afrontamiento de evitación, las cuales suponen reducir los esfuerzos por enfrentar directamente el suceso conflictivo. Parece más útil la distinción entre estrategias que impulsan al individuo a intentar abordar las condiciones relacionadas con el estrés (afrontamiento) frente a los intentos que le conducen a distanciarse de ella (evitación).

## 2.3 Proyecto de vida en adolescentes

Sobre la etapa adolescente, también es importante referirse al proyecto de vida, el cual está ligado directamente a la toma de decisiones que repercuten en el futuro inmediato de los jóvenes. Según Hernández (2004), prepararse para la vida significa, asumirla en su complejidad y diversidad, en la capacidad de mantener los rumbos o direcciones esenciales en que se conectan los dramas vitales y sociales. En situaciones de crisis social, la incertidumbre y variabilidad en el curso de los acontecimientos, y el deterioro de las condiciones de vida, pueden producir conmociones y revaloraciones importantes de los proyectos de vida individuales y colectivos. Es precisamente en estos períodos de crisis social donde más se necesita una concepción y práctica coherente para detener y revertir el proceso.

Albert Camus, afirmó: “Tan sólo existe un problema auténticamente serio, y es [...] el de juzgar si la vida vale o no la pena de ser vivida...” (FRANKL, 1984).

## 2.4 Musicoterapia

### 2.4.1 Definiendo la musicoterapia

Según Bruscia (2007), la musicoterapia es demasiado amplia y compleja para ser definida o contenida por una sola cultura, filosofía, modelo de tratamiento, contexto clínico o individual. La definición que se da a continuación no necesariamente determina para siempre su significado, sino que, por el contrario, sólo establece una perspectiva o aproximación a su concepción: “La musicoterapia es un proceso sistemático de intervención en el cual el terapeuta ayuda al usuario a fomentar su salud, utilizando experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de éstas como fuerzas dinámicas del cambio” (BRUSCIA, 2007).

### 2.4.2 Los cuatro métodos principales de la musicoterapia

En la música existen cuatro tipos de experiencias diferentes: la improvisación, la recreación (o interpretación), la composición y la escucha, cada uno de estos tipos de experiencia musical tiene sus características únicas y se define por su proceso específico de participación. Cada una de estas experiencias involucra diferentes comportamientos

sensoriomotores, cada una requiere diferentes clases de habilidades perceptuales y cognitivas, evocan diferentes emociones, y conllevan diferentes procesos interpersonales. A causa de esto, cada experiencia posee sus propias aplicaciones y su particular potencial terapéutico (BRUSCIA, 2007).

### **2.4.3 El grupo musicoterapéutico**

Según Ramírez Á. E. (2014), el grupo musicoterapéutico es el lugar por excelencia en donde se expresan y manifiestan las características individuales de la personalidad, toda vez que es la confluencia de los aspectos individuales y colectivos del individuo y en donde se ponen en juego las dimensiones “yo -otro” y “yo-grupo”. El grupo es entonces, el lugar en donde a través de la improvisación o mediante cualquier otra actividad musical se expresan las características sonoras individuales y en donde de acuerdo a la participación sonora o al liderazgo musical, se comunica (sonoriza) el lugar que cada uno de los usuarios ha vivido frente a la “exclusión” o “inclusión”, producto de las individualidades relacionales presentes en la propia historia. La pertenencia a un grupo es quizás, la situación más difícil de alcanzar para quienes sufren o han sufrido una marginación familiar, institucional o social, pero es a la vez uno de los mejores lugares para que pueda “repararse” dicha problemática mediante el trabajo musicoterapéutico (RAMÍREZ, 2014).

### **2.4.4 Responsabilidad ética del musicoterapeuta**

Muchas de las cuestiones éticas de los musicoterapeutas están directamente relacionadas con las de los trabajadores de la salud, temas como la confidencialidad, el respeto a la dignidad individual, el consentimiento informado, el mantenimiento de la competencia profesional, y así sucesivamente son familiares a todos los terapeutas. Ahora bien, en cuanto a la dignidad individual, sin embargo, los musicoterapeutas deben tener en cuenta la identidad musical como una parte integral de la dignidad humana, teniendo pleno respeto de los gustos musicales de las otras personas. Finalmente, un requisito previo e importante al inicio de la terapia, es el manejo desde el concepto de reconocimiento, con el fin de ver y aceptar realmente a la otra persona (RUUD, 2010).

### 3 METODOLOGÍA

#### 3.1 Diseño de investigación

El presente trabajo, fue desarrollado desde un diseño de investigación cualitativo, con la utilización de una herramienta cuantitativa en la fase de valoración diagnóstica, la cual determinó las categorías de análisis y los objetivos de intervención, encaminando así la ruta para el trabajo de campo. El criterio de asignación de los usuarios a los grupos fue conocido, estos fueron asignados de acuerdo con los resultados del test sucesos de vida (los usuarios que en una o varias de las áreas puntuaron por encima de T 65 fueron incluidos en el estudio, los que puntuaron por debajo fueron excluidos). Por su parte las categorías fueron registradas previas al desarrollo del tratamiento y los análisis fueron enfocados a los efectos de interacción (el tratamiento fue asociado a las categorías definidas previamente).

#### 3.2 Instrumentos de evaluación, análisis y seguimiento

Para este trabajo se utilizan siete instrumentos en diferentes momentos: en la fase de valoración diagnóstica se utiliza la prueba psicométrica sucesos de vida y una entrevista semiestructurada, las cuales sirven para definir las categorías de análisis y los objetivos de intervención. Durante la fase de intervención se utilizan los planes y protocolos de sesión que dan cuenta paso a paso del proceso que se está realizando. Y finalmente en el análisis del proceso de intervención, se utilizan los perfiles de valoración en la improvisación (modelo Bruscia) cuyas muestras se tomaron en la segunda sesión y en la última, el análisis cualitativo de la improvisación (para analizar las improvisaciones grupales), y un análisis descriptivo de canciones (composiciones de los usuarios).

#### 3.3 Criterios de selección de los participantes

(Debido a la particular situación de la población y como reserva de sus datos personales, no se puede presentar detalladamente los criterios de selección utilizados para la formación de los grupos [Habeas data]).

La selección de los adolescentes se hizo primero de una base de datos que se encuentran registrados como víctimas de la violencia de Colombia, de allí se seleccionaron los adolescentes (entre 13 y 18 años) tanto del sexo femenino como masculino, se les entregó un consentimiento informado en el cual se pidió autorización de sus padres o acudientes para realizar la aplicación de la prueba psicométrica sucesos de vida, una vez aplicada y calificada con la supervisión de un psicólogo, se seleccionaron los adolescentes en cuyos resultados se observó una Puntuación mayor a T 65 y por tanto, pudieran estar en riesgo de presentar alguna alteración emocional. A dichos adolescentes se les realizó una entrevista inicial, y se les entregó un segundo consentimiento informado, donde los padres o acudientes de los adolescentes autorizaron la grabación de las sesiones y así poder iniciar con el proceso musicoterapéutico.

### 3.4 Participantes

Una vez concluida la etapa de selección, los adolescentes con los que se inicia el proceso musicoterapéutico fueron diez, cinco hombres y cinco mujeres. Como se mencionó anteriormente, los adolescentes incluidos en el presente trabajo son víctimas de la violencia de Colombia, algunos presenciaron los hechos victimizantes, mientras que los demás son hijos de víctimas. Seis adolescentes nacieron en Bogotá, mientras que los otros cuatro se vieron obligados a desplazarse a esta ciudad, migrando de departamentos como Tolima y Guaviare. Los adolescentes del presente estudio viven en la ciudad de Bogotá; estudian en una institución educativa distrital y pertenecen tanto a la jornada de la mañana como de la tarde en igual número, (cinco de la jornada de la mañana y cinco de la jornada de la tarde). Por lo que se decide trabajar con dos grupos y un caso individual de la siguiente forma:

- Grupo 1: cuatro participantes (Jornada de la mañana).
- Grupo 2: cinco participantes (Jornada de la tarde).
- Caso individual: un participante (Jornada de la mañana).

Nota: Aunque el usuario podría haberse incluido en el grupo 1, debido a su particular problemática (Reclutamiento y Desplazamiento), se decide trabajar de forma individual, visualizándose como un caso importante, el cual, al ser comparado en la fase de análisis y resultados con el trabajo grupal, pudo mostrar las ventajas y desventajas de ambos abordajes (grupales vs individuales).

La intervención musicoterapéutica tuvo una duración de 23 sesiones, realizadas de forma intensiva en dieciocho (18) días.

### **3.5 Objetivo general**

Favorecer el afrontamiento de situaciones difíciles en función del proyecto de vida de adolescentes víctimas del conflicto armado colombiano por medio de un programa piloto de musicoterapia.

### **3.6 Unidades de análisis para el trabajo de intervención y objetivos específicos**

Las unidades de análisis constituidas a observar en este trabajo son las categorías en el test Sucesos de Vida, aplicado a los adolescentes previo al inicio de la intervención musicoterapéutica (PATIÑO, 2003), áreas: Familiar, Social, Personal, Logros y Fracazos y Escolar que evalúa el test sucesos de vida, aplicado a los adolescentes.

Según Patiño (2003), el área familiar se refiere a sucesos que ocurren dentro de la dinámica de la familia tanto nuclear como extensa del adolescente, Abarca sucesos relacionados con la comunicación y formas de interacción. Por su parte el área social pretende investigar sucesos que tienen que ver con las pautas de interrelación del adolescente con otras personas fuera de su ambiente familiar y escolar. Una vez analizadas ambas áreas y encontrando elementos comunes, se define el siguiente objetivo de intervención:

1. Desarrollar habilidades comunicativas y expresivas a través de los diferentes métodos musicoterapéuticos, buscando mejorar las interacciones de los participantes con su entorno.

Según Patiño (2003), el área logros y fracasos, explora el alcance o no de metas de los adolescentes en diferentes actividades y áreas de su vida. Una vez analizada esta área se define el siguiente objetivo de intervención:



2. Favorecer experiencias exitosas dentro de las sesiones, por medio de actividades que permitan que el usuario pueda participar y tener un rol importante dentro de la experiencia.

Según Patiño (2003), el área personal comprende los eventos que se relacionan con la vida emocional y sexual del adolescente, con sus pasatiempos, cambios físicos y psicológicos. Una vez analizada esta área se definen los siguientes objetivos de intervención:

3. Facilitar el desarrollo de habilidades de afrontamiento por medio de diferentes técnicas musicoterapéuticas, con el fin de que los usuarios tengan herramientas para manejar las situaciones difíciles.
4. Favorecer la proyección de expectativas sobre el futuro y el proyecto de vida mediante los diferentes métodos musicoterapéuticos.

Por otra parte, es importante mencionar que el objetivo:

5. Establecer un espacio emocionalmente seguro donde los participantes puedan expresar sin restricción sus emociones, por medio de actividades musicoterapéuticas que les faciliten este proceso.

Es un objetivo vital para el desarrollo del presente trabajo y aunque no es materia de análisis dentro de las categorías establecidas ya que no pertenece directamente a ningún área de las que menciona el test sucesos de vida, se le realizará un seguimiento como a todos los demás. Este se formula debido a que es muy importante dentro del encuadre musicoterapéutico que el espacio brinde seguridad y confianza a los usuarios, permitiendo así que estos expresen libremente todo lo que sienten para contribuir a que el proceso se desarrolle a cabalidad. Este objetivo se considera transversal a los demás y fundamental para que se puedan desarrollar.

Tabla 1. *Categorías de análisis*

Categorías de análisis					
Ítems a trabajar:		Desarrollo de habilidades comunicativas y expresivas	Experiencias exitosas	Habilidades de afrontamiento	Proyecto de vida
Categorías:	Familiar	X			
	Social	X			
	Personal			x	x
	Problemas de conducta	no se trabajará en dicha área			
	Logros y fracasos		X		
	Salud	no se trabajará en dicha área			
	Escolar	X			

## 4 VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

### 4.1 Caso individual

Tabla 2. *Categorías de análisis, fase de valoración diagnóstica, caso individual.*

Categorías de análisis					
Fase de valoración diagnóstica					
Caso individual (usuario 1)					
Categorías:		Familiar, Social Y Escolar	Logros Y Fracazos	Personal	
Ítems a analizar:		Desarrollo de habilidades comunicativas y expresivas	Experiencias exitosas	Habilidades de afrontamiento	Proyecto de vida
Instrumentos de evaluación, análisis y seguimiento	Sucesos de vida	Puntúa sucesos estresantes en las áreas social y escolar	No puntúa sucesos estresantes dentro de esta área	No puntúa sucesos estresantes dentro de esta área	No puntúa sucesos estresantes dentro de esta área
	Entrevista inicial	El usuario proveniente de la vereda Robira (Ibagué Tolima), llega a Bogotá a causa del desplazamiento forzado debido a que iba a ser reclutado por un grupo insurgente; perteneciente a una familia de bajos recursos económicos, donde ambos padres trabajan informalmente para responder por el sostenimiento del adolescente y sus tres hermanos, el usuario se muestra conforme con el lugar donde vive y en los momentos de dificultad sus redes de apoyo son su mamá, su tía y su mejor amiga.			

### 4.2 Grupo 1

Tabla 3. *Categorías de análisis, fase de valoración diagnóstica, grupo 1.*

Categorías de análisis					
Fase de valoración diagnóstica					
Grupo 1 (usuarios: 2, 3, 4 y 5)					
Categorías:		Familiar, social y escolar	Logros y fracasos	Personal	
Ítems a analizar:		Desarrollo de habilidades comunicativas y expresivas	Experiencias exitosas	Habilidades de afrontamiento	Proyecto de vida

Instrumentos de evaluación, análisis y seguimiento	Sucesos de vida	Puntúan sucesos estresantes en las áreas familiar y social	Puntúan sucesos estresantes en esta área	Puntúan sucesos estresantes en esta área
	Entrevista inicial	Los usuarios nacieron en Bogotá, no fueron víctimas directas de la violencia, (esto entendido desde el punto de vista que no se encontraban presentes cuando acaeció el hecho victimizante del cual fue víctima su familia, razón por la cual deben desplazarse a esta ciudad (Bogotá)) a excepción del usuario 3 que viene desplazado de Purificación Tolima; los usuarios pertenecen a familias humildes, trabajadoras, donde el sustento es responsabilidad de sus padres; todos los usuarios reportan que les gusta el lugar donde viven, aunque el usuario 2 menciona que no le agrada la inseguridad y la delincuencia, el usuario 3 extraña el lugar donde nació, el usuario 4 le gustaría conocer otras ciudades y el usuario 5 se siente conforme; finalmente como redes de apoyo en los momentos de dificultad mencionan a la familia en primer lugar y en segundo lugar los amigos, a excepción del usuario 5 que comenta no buscar apoyo en dichos momentos.		

### 4.3 Grupo 2

Tabla 4. *Categorías de análisis, fase de valoración diagnóstica, grupo 2.*

Categorías de análisis					
Fase de valoración diagnóstica					
Grupo 2 (usuarios: 6, 7, 8, 9 y 10)					
Categorías:	Familiar, social y escolar		Logros y fracasos	Personal	
Ítems a analizar:	Desarrollo de habilidades comunicativas y expresivas		Experiencias exitosas	Habilidades de afrontamiento	Proyecto de vida
Instrumentos de evaluación, análisis y seguimiento	Sucesos de vida	Puntúan sucesos estresantes en las tres áreas	Puntúan sucesos estresantes en esta área	Puntúan sucesos estresantes en esta área	
	Entrevista inicial	Los usuarios 6, 8 y 9 nacieron en Bogotá por lo que no fueron víctimas directas de la violencia, (esto entendido desde el punto de vista que no se encontraban presentes cuando acaeció el hecho victimizante del cual fue víctima su familia, razón por la cual deben desplazarse a esta ciudad (Bogotá)), por su parte los usuarios 7 y 10 llegan desplazados de calamar Guaviare y del Tolima respectivamente; los usuarios pertenecen a familias humildes y trabajadoras, de las cuales depende su sustento; del lugar donde viven los usuarios reportan que les gusta aunque les preocupa el tema de la inseguridad, finalmente como redes de apoyo en los momentos de dificultad mencionan a la familia y a sus amigos a excepción del usuario 10 que reporta a la orientadora del colegio.			

## 5 INTERVENCIÓN

La fase de intervención del presente trabajo se diseñó para desarrollarse en cuatro etapas que se presentan en orden a continuación:

1. Cohesión grupal.
2. Reconocimiento y afrontamiento de situaciones difíciles.
3. Proyección a futuro.
4. Cierre.

Dentro del siguiente cuadro se muestran algunos ejercicios realizados en cada sesión.

Tabla 5. Fase de intervención.

Intervención			
Grupos:	Usuario 1	Grupo 1	Grupo 2
Sesión N° 1	Septiembre 17	Septiembre 10	Septiembre 8
	11:00 a. m.	9:00 a. m.	1:00 p. m.
	Improvisación referencial individual (IAP'S)	Improvisación no referencial grupal	Improvisación no referencial grupal
Historia musical			
Sesión N° 2	Septiembre 18	Septiembre 14	Septiembre 10
	11:30 a. m.	8:00 a. m.	1:30 p. m.
	Improvisación referencial (Tema: sucesos estresantes)	Improvisación referencial individual (IAP'S)	Improvisación referencial individual (IAP'S)
Sesión N° 3	Septiembre 22	Septiembre 16	Septiembre 15
	10:30 a. m.	9:00 a. m.	1:00 p. m.
	Técnica de intimidad: dar	Improvisación referencial grupal en tambores (Tema: sucesos estresantes)	Improvisación referencial grupal en tambores (Tema: sucesos estresantes)
	Composición musical	Improvisación referencial grupal vocal (Tema: la calma)	Improvisación referencial grupal vocal (Tema: la calma)
		Improvisación no referencial grupal en tambores	
Historia musical	Historia musical		
Sesión N° 4	Septiembre 23	Septiembre 17	Septiembre 16
	11:30 a. m.	8:30 a. m.	1:00 p. m.
	Improvisación técnica de intimidad: compartir instrumento	Composición musical	Composición musical
	Improvisación referencial instrumental (Técnica: Hacer transiciones)		
Experiencia receptiva (proyección a futuro)			
Sesión N° 5	Septiembre 24	Septiembre 18	Septiembre 18
	9:00 a. m.	10:30 a. m.	1:00 p. m.
	Improvisación musical: Retrato musical a futuro	Improvisación referencial instrumental (Hacer transiciones)	Improvisación referencial instrumental (Hacer transiciones)
Composición musical			
Sesión N° 6	Septiembre 25	Septiembre 22	Septiembre 22
	11:00 a. m.	11:15 a. m.	3:00 p. m.
	Improvisación referencial (IAP'S)	Experiencia receptiva (proyección a futuro)	(No se pudo realizar)
Improvisación musical referencial (sobre el proceso musicoterapéutico)	Improvisación referencial (emergentes)		
Sesión N° 7		Septiembre 23	Septiembre 23
		8:30 a. m.	12:30 p. m.
		Composición musical	Experiencia receptiva (proyección a futuro)
			Composición musical

Sesión N° 8		Septiembre 24	Septiembre 25
		10:45 a. m.	1:00 p. m.
		Improvisación musical: Retrato musical a futuro	Improvisación referencial individual (IAP'S)
		Composición musical	Cierre del proceso: re-creación composición final.
Sesión N° 9		Septiembre 25	
		7:00 a. m.	
		Improvisación referencial individual (IAP'S)	
		Cierre del proceso: Improvisación musical referencial (sobre el proceso musicoterapéutico)	

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Resultados según categorías de análisis

Tabla 6. Resultados fase de intervención, categorías de análisis.

Resultados fase de intervención				
Categorías de análisis				
Categorías:	Familiar, social y escolar	Logros y fracasos	Personal	
Ítems a analizar:	Desarrollo de habilidades comunicativas y expresivas	Experiencias exitosas	Habilidades de afrontamiento	Proyecto de vida
Caso individual	Aunque el usuario refiere indecisa-mente que si siente haber cumplido este objetivo, se aprecia cierta circularidad en los diferentes discursos sonoros.	El objetivo es alcanzado (tanto usuario como musicoterapeuta, coinciden en que a través de la composición).	Se logra en cierta medida (el usuario menciona la respiración y el pensar mejor).	Objetivo alcanzado (claridad en cuanto a metas a nivel profesional).
Grupo 1	Objetivo alcanzado (a través de la música, el cuerpo y verbalmente).	Objetivo alcanzado (a través de las composiciones y el trabajo sobre los sucesos difíciles, sacando lo malo y sintiéndose mejor).	Objetivo alcanzado (respiración, expresión, pensamientos positivos y sacar todo lo malo).	Objetivo alcanzado (claridad en cuanto a metas, tanto a nivel profesional como personal).
Grupo 2	Objetivo alcanzado (a través del sonido, los instrumentos, los ritmos, las canciones, en la interacción con los otros, aprendiendo a escuchar y a preocuparse por los demás).	Objetivo alcanzado (a través de las composiciones, la expresión a través de los instrumentos, la música, los movimientos corporales y la visualización hacia el futuro).	Objetivo alcanzado (a través de la expresión por medio de los instrumentos, “desahogándose” a través de la música, dosificando y sacando los sentimientos negativos, pensando antes de actuar, calmándose y respirando).	Objetivo alcanzado (plasmaron sus anhelos en la composición final, visualizaron lo que quieren tanto a nivel profesional como personal, teniendo en cuenta que hay que superar los diversos obstáculos que se les presenten en la vida).
Conclusión general	El objetivo se alcanza en los trabajos grupales, en el caso individual se aprecia circularidad en el discurso sonoro.	Objetivo alcanzado, tanto en los grupos como en el caso individual.	Objetivo alcanzado en los dos grupos, en el caso individual se logra en cierta medida.	Objetivo alcanzado, tanto en los grupos como en el caso individual.

Tabla 7. Resultados fase de intervención, objetivo 1.

Resultados fase de intervención	
Objetivo 1	
Ítem a analizar:	Establecer un espacio emocionalmente seguro donde los participantes puedan expresar sin restricción sus emociones, por medio de actividades musicoterapéuticas que les faciliten este proceso.
Caso individual	El usuario refiere que se sintió bien, tranquilo y relajado en el espacio; sin embargo, durante el proceso se aprecia en muchos casos un discurso tanto sonoro como verbal “aprendido”, mostrando inseguridad y falta de confianza, por lo que se concluye que este objetivo se logra en cierta medida.
Grupo 1	El objetivo es alcanzado (expresan libremente sus emociones, “desahogan” todos sus problemas).
Grupo 2	El objetivo es alcanzado (expresan libremente sus emociones, liberando las que tenían reprimidas y “desahogándose” a través de la música).
Conclusión general	El objetivo es alcanzado en los trabajos grupales, en el caso individual se logra en cierta medida.

## 6.2 Resultados según perfiles de valoración en la improvisación (IAP's)

Tabla 8. Resultados fase de intervención, perfiles de valoración en la improvisación (Modelo Bruscia).

Resultados fase de intervención	
Perfiles de valoración en la improvisación (Modelo Bruscia)	
Usuarios	Síntesis avances encontrados
Caso individual	Se evidencia que los cambios presentados por el usuario fueron muy pequeños, cabe resaltar que el tiempo de las improvisaciones mejoro notablemente, ya que las muestras iniciales eran improvisaciones que no superaban los 30 segundos, mientras que en las finales ya superaron el minuto. Comparando el análisis de la improvisación musical de los seis sentimientos (alegría, tristeza, agrado, desagrado, tensión y calma) en la modalidad pre y post, mediante la aplicación de los perfiles de tensión y congruencia a todos ellos, se observa en general una tendencia hacia los gradientes de calma y coherencia, aspectos que posiblemente en la vida diaria, facilitarían la expresión de dichos estado emocionales lo cual podría hacer referencia a una persona que tiene cierto poder de autocontrol y regulación personal en las relaciones con los demás y consigo mismo.
Grupo 1	El tiempo de duración de las improvisaciones mejora, los usuarios 2, 3 y 4 presentan un flujo de energía tranquilo y empiezan a aparecer pequeños climas, hay mayor diferenciación entre los sentimientos opuestos sonorizados; por su parte el usuario 5 muestra una diferenciación clara y centrada, se aprecia mayor soltura tanto musical como corporal y puede sonorizar los seis sentimientos sin dificultad. Los usuarios 2, 3 y 4 en el perfil tensión, terminan presentando tendencia hacia el gradiente calma; el usuario 5 por su parte presenta tendencia hacia los gradientes cíclico y calma. En cuanto al perfil congruencia, los usuarios 2 y 4 muestran tendencia hacia el gradiente coherencia y los usuarios 3 y 5 hacia el gradiente centrado. En cuanto a los cambios observados, con respecto al usuario 2 por lo tanto habría que pensar que se trata de a una persona que continúa mostrando cierto poder de autocontrol y regulación personal en las relaciones con los demás y consigo mismo. Del usuario 3, es posible pensar que dicha persona disminuyó sus dificultades y presentó un cambio en su expresión emocional como también en su vinculación con los demás. El usuario 4, es posible que con este leve cambio, empiece a mejorar un poco la expresión de sus emociones que al principio (lap's pre), parecían dificultársele. Es posible que aunque sea un aumento mínimo de gradiente, este incluya un cambio en la energía puesta en la expresión emocional. Por su parte el usuario 5, parece tender hacia el punto medio de los gradientes en los respectivos perfiles en lo cual se aprecia un cambio respecto al análisis inicial en el cual no estaba tan definido dicho aspecto, el cual podría asociarse igualmente con una relativa facilidad en la expresión de dichos sentimientos.
Grupo 2	Grupo 2: el usuario 6 muestran mayor diferenciación de los sentimientos opuestos pedidos sonorizar; el usuario 7 muestra coherencia y consistencia en cuanto a las ideas musicales y los sentimientos que está sonorizando; el usuario 8 evidencia cambios en cuanto a tempo, melodías y armonías, coherentes con los diferentes sentimientos que el usuario sonoriza; el usuario 9 el usuario mantiene estable las observaciones realizadas en el análisis al inicio de la intervención y el usuario 10 presenta diferentes flujos de energía, coherentes con el sentimiento que está sonorizando, dando muestras que logra expresarse a través del sonido. Los usuarios 6, 8 y 9 terminan mostrando tendencia hacia el gradiente calma; el usuario 7 hacia el gradiente hipotenso; y el usuario 10 se mueve entre calma y tenso a la vez. En cuanto a la congruencia los usuarios 6, 9 y 10 continúan marcando una tendencia hacia el gradiente coherente mientras que el usuario 7 pasa al gradiente sin compromiso y el usuario 8 al gradiente centrado. En cuanto a los cambios observados, el usuario 6 después de la intervención terapéutica continúa presentando cierto grado de control en la expresión de sentimientos. El usuario 7 posiblemente muestra cierto nivel de inestabilidad o inconsistencia en la expresión emocional. Lo mostrado por el usuario 8 podría asociarse a una expresión emocional inestable o cambiante que oscilaría entre coherente y centrada en el manejo expresivo de dichos elementos musicales. Del usuario 9 podría pensarse que no hay dirección ni flujo en el manejo de la tensión, notándose igualmente, un equilibrio entre perfiles opuestos, complementándose la calma con el gradiente coherencia en la expresión emocional que abarcaría ideas, música, cuerpo y sentimientos. El usuario 10 continuó exactamente igual en el manejo de elementos musicales para la expresión de sus diferentes estados emocionales.

Conclusión general	<p>Analizados todos los usuarios, se evidencian cambios en la mayoría de ellos, como el caso del usuario 1 que el tiempo de las improvisaciones mejora, los usuarios 2, 3 y 4 que empiezan a presentar clímax y mayor diferenciación entre los sentimientos opuestos sonorizados; el usuario 5 muestra mayor soltura tanto musical como corporal; el usuario 6 muestran mayor diferenciación de los sentimientos opuestos pedidos sonorizar; el usuario 7 muestra coherencia y consistencia en cuanto a las ideas musicales y los sentimientos que está sonorizando; el usuario 8 evidencia cambios en cuanto a tempo, melodías y armonías, coherentes con los diferentes sentimientos que sonoriza; y el usuario 10 presenta diferentes flujos de energía, coherentes con el sentimiento que está sonorizando, dando muestras que logra expresarse a través del sonido. Como excepción se encuentra el usuario 9 el cual mantiene estable las observaciones realizadas en el análisis al inicio de la intervención los usuarios 2, 3, 4, 6, 8 y 9 en el perfil tensión, terminan presentando tendencia hacia el gradiente calma; el usuario 5 por su parte presenta tendencia hacia los gradientes cíclico y calma; el usuario 7 hacia el gradiente hipotenso; y el usuario 10 se mueve entre calma y tenso a la vez. En cuanto al perfil congruencia, los usuarios 2, 4, 6, 9 y 10 terminan mostrando tendencia hacia el gradiente coherencia; los usuarios 3, 5 y 8 hacia el gradiente centrado; mientras que el usuario 7 pasa al gradiente sin compromiso. Según estos análisis: los usuarios 1, 2 y 6 muestran que podrían ser unas personas que tienen cierto poder de autocontrol y regulación personal en las relaciones con los demás y consigo mismos. De los usuarios 3 y 4, es posible pensar que disminuyeron sus dificultades y presentaron un cambio en su expresión emocional como también en su vinculación con los demás. Por su parte el usuario 5, se aprecia que podría presentar una relativa facilidad en la expresión de los sentimientos sonorizados. Los usuarios 7 y 8 posiblemente muestran cierto nivel de inestabilidad o inconsistencia en la expresión emocional. Del usuario 9 podría pensarse que no hay dirección ni flujo en el manejo de la tensión, notándose igualmente, un equilibrio entre perfiles opuestos, complementándose la calma con el gradiente coherencia en la expresión emocional que abarcaría ideas, música, cuerpo y sentimientos. El usuario 10 continuó exactamente igual en el manejo de elementos musicales para la expresión de sus diferentes estados emocionales.</p>
--------------------	---

### 6.3 Resultados según improvisaciones y canciones (composiciones de los usuarios)

Tabla 9. Resultados fase de intervención, improvisaciones y composiciones.

Resultados fase de intervención	
Improvisación y canciones	
Resumen	
Caso individual	Ambos análisis (improvisaciones y composiciones) son opuestos, se aprecia en las improvisaciones un discurso sonoro plano y estereotipado, el cual no muestra mucho del mundo interno del paciente, mientras que, en las composiciones musicales, el discurso es fluido, la música contrastante, se aprecia sinceridad y naturalidad.
Grupo 1	Las improvisaciones de este grupo presentan variedad en cuanto a ritmo, volumen y tiempos, los usuarios de este grupo pueden realizar grandes contrastes en la música y llegar a ellos de forma gradual; las canciones compuestas por otro lado tienen ciertas similitudes en cuanto a la música se refiere, ya que los ritmos son lentos, las melodías dulces, el piano es el instrumento predilecto y el amor es el tema preferido.
Grupo 2	Las improvisaciones de este grupo presentan variedad rítmica, de tempo y velocidad, se permiten crear contrastes a través de la música, los usuarios crean interacciones constantemente entre sí y con el musicoterapeuta; las canciones por su parte son polos opuestos en cuanto a música y letra, cada una cumpliendo con el objetivo propuesto.
Conclusión general	Los tres procesos tuvieron desarrollos diferentes, en cuanto a las improvisaciones, el caso individual da muestra de que la expresión a través de los instrumentos es "plana" y estereotipada, mientras que los grupos 1 y 2 muestran variedad rítmica, de tempo, volumen, velocidad, realizan contrastes en la música, así mismo pueden llegar a ellos de forma gradual. En las canciones por su parte el grupo dos se muestra un poco plano en cuanto a ritmos, melodías, el instrumento escogido y el tema de las composiciones; mientras que el caso individual y el grupo 2, muestran música y letra contrastante.

## 7 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Es relevante comenzar esta sección, acentuando, que, de acuerdo con los resultados encontrados en el presente estudio, la musicoterapia favorece el afrontamiento de situaciones difíciles (entendidas estas como los sucesos estresantes no normativos a los que se ven enfrentados los adolescentes), mediante el desarrollo de habilidades como el manejo de la respiración, los pensamientos positivos en momentos de dificultad, y la dosificación y exteriorización de los sentimientos negativos. Por su parte, la musicoterapia

también favorece la proyección de expectativas sobre el futuro, mediante la visualización de las aspiraciones y metas que el adolescente programa, tanto a nivel personal como profesional.

Este estudio se resalta que el afrontamiento de situaciones difíciles es determinante para el establecimiento de un proyecto de vida y que los adolescentes de esta investigación entienden la necesidad de superar los diversos obstáculos que se les presentan en la vida, para poder seguir caminando en dirección hacia lo que quieren. De esta forma, se articulan los objetivos centrales de la pregunta de investigación, y se infiere que la musicoterapia, es una herramienta adecuada para la reparación psicosocial de los y las adolescentes víctimas de la violencia en Colombia.

A continuación, se discutirán los hallazgos encontrados de los resultados obtenidos de los diferentes instrumentos de análisis y seguimiento utilizados y la posterior triangulación de los mismos.

De acuerdo con los resultados de la fase de intervención referentes a las categorías de análisis, se infiere que:

De las categorías familiar, social y escolar, donde se trabaja el desarrollo de habilidades comunicativas y expresivas, el objetivo se alcanza en los trabajos grupales, pero en el caso individual se aprecia circularidad en el discurso sonoro, este resultado está directamente relacionado con el objetivo 1 (Establecer un espacio emocionalmente seguro donde los participantes puedan expresar sin restricción sus emociones, por medio de actividades musicoterapéuticas que les faciliten este proceso), donde es alcanzado igualmente en los trabajos grupales, pero en el caso individual no se cumple a cabalidad. Teniendo en cuenta lo anterior, se infiere que el usuario 1 no mostró seguridad ni confianza, por lo que se considera que no logra expresar sin restricción sus sentimientos, lo que a su vez y debido a la falta de naturalidad en su actuar, impide que las habilidades comunicativas y expresivas se puedan desarrollar. Es importante anotar también que como se expuso en el marco teórico, el grupo terapéutico según Varas (2011), crea un clima y vínculo entre quienes lo conforman que contribuye a producir la mejoría; esta puede ser una de las explicaciones del porque en este sentido es más beneficioso el trabajo grupal que el individual.



De la categoría logros y fracasos, donde se trabaja la vivencia de experiencias exitosas, el objetivo es alcanzado tanto en los grupos como en el caso individual, es importante mencionar que las canciones (composiciones de los usuarios), se convierten en un movilizador para dichas experiencias, generando gran satisfacción en los usuarios, al poder desarrollar todo un proceso que deja como resultado un producto sonoro donde plasman sus ideas, sus experiencias, sus sueños y anhelos. Por otra parte el no haber cumplido a cabalidad el objetivo 1 (el cual como se mencionó en el apartado: unidades de análisis para el trabajo de intervención; se considera transversal a los demás) en el caso individual, no impidió el cumplimiento del desarrollo de experiencias exitosas, ya que el usuario durante las sesiones de composición logra mostrar fluidez, lo que hipotéticamente sugiere que los medios expresivos influyen de cierta forma en la expresión emocional y varían de acuerdo al individuo, en este caso específico, la canción es un elemento que ayuda a la fluidez y naturalidad, mientras que las improvisaciones se le dificulta mucho más, mostrando un discurso sonoro plano y estereotipado.

De la categoría personal, el ítem habilidades de afrontamiento logra cumplirse en los casos grupales, donde los usuarios reportan la respiración, la expresión, los pensamientos positivos, entre otras, como formas de enfrentar las situaciones difíciles. Logrando, así como lo menciona Ana Viruela (2009), que el adolescente posea estrategias de afrontamiento eficaces que le permitan evaluar la situación y los recursos de los que dispone y actuar de forma que logre adaptarse a las situaciones que se van produciendo. Por su parte el caso individual, alcanza el objetivo en cierta medida, aunque el usuario reporta la respiración y el pensar mejor como herramientas para afrontar las situaciones difíciles, se considera que el discurso del usuario parece aprendido, el cual se evidenció en diferentes momentos del proceso; como en su forma de tocar, la cual por momentos muestra rasgos defensivos, lo que se ratifica en los análisis de las improvisaciones realizadas, donde el discurso sonoro no varía. Los resultados de los análisis de los perfiles de valoración en la improvisación (Modelo Bruscia), concuerdan con lo anterior, al referir que el usuario puede ser una persona que tiene cierto poder de autocontrol y regulación personal en las relaciones con los demás y consigo mismo.

De la categoría personal, el ítem proyecto de vida es alcanzado en todos los casos, es importante referir que el objetivo consistía en lograr que los usuarios se proyectaran hacia futuro, coincidiendo en lo expuesto por Colombia U. N. (2015), el cual menciona que un proyecto de vida marca un propósito anhelado que se quiere lograr, un sitio o un lugar deseados; un proyecto de vida, antes que nada, tiene que imaginarse, tiene que dibujarse en el horizonte: lleno de imágenes y detalles amables. Sobre lo anterior, los resultados expuestos reportan claridad en cuanto a metas tanto a nivel profesional como personal. Ahora bien, los usuarios también tienen en cuenta que es vital la superación de las situaciones difíciles, lo que concuerda con lo dicho por Hernández (2004), cuando menciona que prepararse para la vida significa, asumirla en su complejidad y diversidad, en la capacidad de mantener los rumbos o direcciones esenciales en que se conectan los dramas vitales y sociales.

En lo consistente a la forma como se abordó la categoría personal, tanto en el desarrollo de habilidades de afrontamiento como en el proyecta de vida, concuerda con lo expuesto por Hernández (2004) el cual menciona que las situaciones de crisis social, pueden producir conmociones y revaloraciones importantes de los proyectos de vida individuales y colectivos, y que en estos períodos de conmoción emocional fuerte es donde se ponen a prueba los valores y las orientaciones personales y la capacidad de analizar las bases del conflicto y de abordar estrategias para sortear los obstáculos.

Es importante mencionar que al triangular los resultados obtenidos de los análisis de los protocolos de sesión y las entrevistas finales (como se hizo en este caso), se obtienen tanto las observaciones del musicoterapeuta como el análisis de los usuarios sobre su proceso, encontrando similitudes y complementos, lo que enriquece los resultados del proceso.

Teniendo en consideración los resultados de los perfiles de valoración en la improvisación, se infiere que estos como lo menciona Bruscia (1999), son una herramienta valiosa para la valoración del usuario, basándose en la situación clínica, el análisis musical y la interpretación psicológica. Los perfiles, aplicados en la modalidad pre y post, a pesar del corto tiempo que duró la intervención, mostraron cierto grado de confiabilidad al exponer cambios sutiles en la utilización de los diferentes elementos musicales en la improvisación,

por lo que se considera, que, en intervenciones de mayor duración, los cambios en las ejecuciones de los usuarios observados a través de esta herramienta podrían ser más grandes.

Dentro de los registros de estos análisis es importante mencionar los cambios presentados por los usuarios 2, 3, 4 y 6 los cuales empiezan a presentar clímax y mayor diferenciación entre los sentimientos opuestos sonorizados; el usuario 5 muestra mayor soltura tanto musical como corporal; el usuario 7 muestra coherencia y consistencia en cuanto a las ideas musicales y los sentimientos que está sonorizando; el usuario 8 evidencia cambios en cuanto a tempo, melodías y armonías, coherentes con los diferentes sentimientos que sonoriza; y el usuario 10 presenta diferentes flujos de energía, coherentes con el sentimiento que está sonorizando. En cuanto a la relación psicológica, los usuarios 3 y 4, es posible pensar que disminuyeron sus dificultades y presentaron un cambio en su expresión emocional, como también en su vinculación con los demás.

Por otra parte, al triangular los resultados obtenidos correspondientes a los análisis de las improvisaciones y canciones (composiciones de los usuarios), se aprecian diferencias en cada caso (individual, grupo 1 y grupo 2), por ejemplo, en el caso individual, las improvisaciones se aprecian “planas”, mientras que las composiciones resultan fluidas; por otra parte, en el grupo 2, ambos métodos sirven como medios de expresión de los usuarios. Estos análisis se complementan en el sentido de que la improvisación da cuenta de la expresión a través de los diferentes elementos musicales como el ritmo, el tempo, la velocidad etc. Mientras que en las canciones a parte de los elementos musicales también contienen letras que permiten hacer un análisis de los temas allí expuestos por los usuarios, en este caso específico, las situaciones difíciles a las que se han enfrentado y las expectativas que tienen para su futuro.

En cuanto al grupo musicoterapéutico, según las observaciones hechas, se puede inferir que en los casos grupales, los usuarios logran a través de las diferentes experiencias realizadas (improvisación y composición), vincularse de forma positiva a través de la música con sus compañeros, por ende, se coincide con lo que refiere Ramírez Á. E (2014), y se

asume que la intervención grupal ayuda a la reparación de las problemáticas visibilizadas en la fase de valoración diagnóstica, las cuales abordadas de forma individual (caso individual: usuario 1), no muestran el mismo desarrollo y los resultados no se logran a cabalidad.

En cuanto al diseño de investigación utilizado, es importante referir que el diseño mixto fue un determinante importante en este trabajo, ya que los resultados cuantitativos obtenidos en la fase de valoración diagnóstica a través del test sucesos de vida, no solo definieron las variables a observar (previo al desarrollo del tratamiento), sino que fueron determinantes para definir los objetivos de la intervención musicoterapéutica, con los cuales se respondió a las necesidades de los usuarios, permitiendo así la integridad y coherencia en el desarrollo del programa piloto. Por su parte los elementos cualitativos, los cuales se priorizaron en el estudio, a través de los diferentes instrumentos de análisis y seguimiento, se encargan de dar cuenta de los resultados obtenidos. Es relevante mencionar que hubiera sido muy enriquecedor para este trabajo, haber podido realizar un pos-test, y así haber obtenido resultados tanto cualitativos como cuantitativos del proceso; esto no se pudo efectuar debido al tiempo que tuvo de duración la intervención (18 días), el cual se convierte en una limitante en este sentido, no permitiendo que se puedan utilizar este tipo de elementos. Por su parte el trabajo de dos grupos y un caso individual resultó adecuado, ya que permitió realizar una comparación de ambos abordajes.

Los resultados de este estudio no se pueden comparar con otros previos, debido a que no se encuentra en la realidad colombiana hasta este momento antecedentes musicoterapéuticos similares.

Finalmente, es importante referirse a las limitaciones que se tuvieron en el desarrollo de este trabajo. En principio, el diseño experimental que se pretendía realizar constaba de cuatro grupos: 1 control y tres experimentales. Con los cuales se iban a desarrollar diferentes intervenciones: desde la musicoterapia, el trabajo social y un trabajo mixto. Buscando con esto, establecer ventajas y desventajas de los diferentes abordajes, desarrollando la estrategia de recuperación emocional más adecuada para esta población. Esto no se pudo alcanzar, debido a la dificultad para lograr la consecución de la población. Sería redundante hablar acá de todo lo que los adolescentes víctimas de la violencia han vivido y por ende de las prevenciones que tienen por el miedo a ser re-victimizados. La

limitante de la población también influyó en la decisión de realizar un abordaje breve, que de manera ambiciosa se enfocó en la consecución de los objetivos planteados, los cuales se pudieron alcanzar en casi todos los casos. Pese a estas limitantes, se espera prontamente poder continuar con el desarrollo de esta línea de trabajo en el país, pudiendo así incluir a la musicoterapia como baluarte en este campo.

## 8 CONCLUSIONES

- A. Se concluye que, de acuerdo con los resultados obtenidos, la musicoterapia favorece el afrontamiento de situaciones difíciles (entendidas estas como los sucesos estresantes no normativos a los que se ven enfrentados los adolescentes), mediante el desarrollo de habilidades como el manejo de la respiración, los pensamientos positivos en momentos de dificultad, y la dosificación y exteriorización de los sentimientos negativos.
- B. La musicoterapia favorece la proyección de expectativas sobre el futuro, mediante la visualización de las aspiraciones y metas que el adolescente programa, tanto a nivel personal como profesional.
- C. Teniendo en cuenta que el afrontamiento de situaciones difíciles es determinante para el establecimiento del proyecto de vida, se infiere que, la musicoterapia puede aportar en la reparación integral, desde el aspecto psicosocial, convirtiéndose en una alternativa adecuada para atender a los adolescentes víctimas de la violencia en Colombia.
- D. La identificación de los sucesos estresantes a los que se han visto enfrentados los adolescentes se pudo realizar a través de la aplicación del test psicométrico sucesos de vida.
- E. De la fase de intervención se puede concluir que las diferentes categorías establecidas para el análisis (familiar, social, escolar, logros y fracasos y escolar), arrojaron resultados positivos en todos los casos, aunque más pronunciados en los grupos que en el trabajo individual. Sintetizando: tanto en el establecimiento de un espacio emocionalmente seguro, como en el desarrollo de habilidades

comunicativas y expresivas; el objetivo es alcanzado en los trabajos grupales; en el caso individual, el primero no se alcanza completamente y en el segundo, se aprecia circularidad en el discurso sonoro.

- F. En cuanto a la vivencia de experiencias exitosas, el objetivo terapéutico es alcanzado tanto en los grupos como en el caso individual, en este caso las canciones (composiciones de los usuarios), se convirtieron en un movilizador para dichas experiencias, generando gran satisfacción en los usuarios, al poder desarrollar todo un proceso que deja como resultado un producto sonoro donde plasman sus ideas, sus experiencias, sus sueños y anhelos.
- G. Por su parte, las habilidades de afrontamiento logran alcanzarse en los casos grupales, donde los usuarios reportan la respiración, la expresión, los pensamientos positivos, entre otras, como formas de enfrentar las situaciones difíciles; en el caso individual, el objetivo tuvo un desarrollo, pero no es alcanzado completamente.
- H. El ítem proyecto de vida es alcanzado en todos los casos, los resultados expuestos reportan claridad en cuanto a metas tanto a nivel profesional como personal.
- I. Otros avances significativos importantes de mencionar, son los obtenidos de los análisis de los perfiles de valoración en la improvisación, en la modalidad pre y post, dentro de los cuales se destacan los cambios presentados por los usuarios 2, 3, 4 y 6 los cuales empiezan a presentar clímax y mayor diferenciación entre los sentimientos opuestos sonorizados; el usuario 5 muestra mayor soltura tanto musical como corporal; el usuario 7 muestra coherencia y consistencia en cuanto a las ideas musicales y los sentimientos que está sonorizando; el usuario 8 evidencia cambios en cuanto a tempo, melodías y armonías, coherentes con los diferentes sentimientos que sonoriza; y el usuario 10 presenta diferentes flujos de energía, coherentes con el sentimiento que está sonorizando. En cuanto a la relación psicológica, los usuarios 3 y 4, es posible pensar que disminuyeron sus dificultades y presentaron un cambio en su expresión emocional, como también en su vinculación con los demás.

- J. Por su parte, la triangulación de los diferentes resultados, obtenidos de los distintos instrumentos de análisis y seguimiento utilizados, permitieron la constatación de las evoluciones de los procesos desde diferentes miradas. Por ejemplo, los análisis de los protocolos de sesión y las entrevistas finales permitieron obtener en un mismo resultado, tanto la mirada del observador (en este caso el musicoterapeuta), como la de los participantes, encontrando similitudes y complementos, lo que enriquece los resultados del proceso. Los análisis de los perfiles de valoración en la improvisación, en la modalidad pre y post, permitieron valorar la evolución de los usuarios de forma individual, basándose en la situación clínica, el análisis musical y la interpretación psicológica, mostrando cierto grado de confiabilidad al exponer cambios sutiles en la utilización de los diferentes elementos musicales en la improvisación.
- K. La triangulación de los resultados obtenidos correspondientes a los análisis de las improvisaciones y canciones (composiciones de los usuarios), fueron complementarios en el sentido de que la improvisación da cuenta de la expresión a través de los diferentes elementos musicales como el ritmo, el tempo, la velocidad etc. Mientras que en las canciones a parte de los elementos musicales también contienen letras que permiten hacer un análisis de los temas allí expuestos por los usuarios, en este caso específico, las situaciones difíciles a las que se han enfrentado y las expectativas que tienen para su futuro.
- L. En cuanto al grupo musicoterapéutico, se concluye que, los usuarios logran a través de las diferentes experiencias realizadas (improvisación y composición), vincularse de forma positiva a través de la música con sus compañeros, convirtiéndose este en el lugar para “desahogarse” (dicho por los usuarios), facilitando y apoyando la reparación de las distintas problemáticas abordadas, las cuales trabajadas de forma individual (caso individual: usuario 1), no mostraron el mismo desarrollo y los resultados no se logran a cabalidad.
- M. En cuanto al diseño de investigación, se concluye que fue un determinante importante, ya que los resultados cuantitativos de la fase de valoración diagnóstica definieron la dirección en la que se desarrolló la etapa de intervención. Y los

elementos cualitativos utilizados, se encargaron del seguimiento del proceso y de los análisis para visibilizar los resultados. Por su parte el trabajo de dos grupos y un caso individual resultó adecuado, ya que permitió realizar una comparación de ambos abordajes.

- N. Finalmente, en cuanto a las limitaciones, se concluye que la dificultad para la consecución de la población es un determinante importante para el desarrollo del proceso, influyendo tanto en el diseño investigativo como en el tipo de abordaje, el cual en este caso fue breve (18 días). La duración de la intervención también impidió la realización del pos-test, el cual hubiera sido muy enriquecedor al poder comparar resultados cuantitativos y cualitativos, sin embargo, esto traspasa inclusive los límites de un trabajo de maestría como este. Otra limitante observada, fue en la utilización de los perfiles de valoración en la improvisación, los cuales, en intervenciones de mayor duración, podrían mostrar cambios más grandes en las ejecuciones de los usuarios.
- O. Ahora bien, es importante mencionar que ninguna de estas limitaciones fue impedimento para que el proceso musicoterapéutico se pudiera desarrollar y llevar a buen término, teniendo como principales beneficiarios, a los adolescentes que aceptaron participar en él.

## 9 RECOMENDACIONES

Se recomienda ampliar el trabajo a otras etapas del desarrollo, como adultez y niñez, para empezar a constatar los beneficios de la musicoterapia con otros grupos.

Aunque las limitaciones no son un impedimento para el desarrollo del trabajo, para fines investigativos, se sugiere realizar trabajos más extensos, donde se pueda aplicar pre y pos-test, tanto en la prueba psicométrica como en los perfiles de valoración en la improvisación (Modelo Bruscia).

Se confía utilizar el test, sucesos de vida, ya que es una herramienta valiosa para la valoración diagnóstica de los usuarios.



Se invita a utilizar los diferentes instrumentos de evaluación, análisis y seguimiento (protocolos de sesión [análisis y seguimiento], perfiles de valoración de la improvisación [modelo Bruscia], análisis cualitativo de la improvisación) y la triangulación de los mismos, ya que permiten la constatación de las evoluciones y los resultados de los diferentes procesos.

Se recomienda el uso de los cuatro principales métodos de la musicoterapia (recreación, receptivo, improvisación y composición), ya que se complementan y permiten un adecuado desarrollo del trabajo.

Se impulsa en este tipo de población, trabajar grupalmente, ya que como se expuso anteriormente, la vinculación positiva entre los usuarios facilita y apoya la reparación de las distintas problemáticas abordadas. En caso de realizar trabajos individuales, se recomienda que el proceso sea mucho más largo.

## REFERENCIAS

BRUSCIA, K. E. Perfiles de valoración en la improvisación (Modelo Bruscia). In: BRUSCIA, K.E. **Modelos de improvisación en musicoterapia** España: Agruparte, 1999, p. 243 - 262, 272 - 278, 285.

BRUSCIA, K. E. Definición de trabajo. In: BRUSCIA, K.E. **Musicoterapia métodos y prácticas, los cuatro métodos principales de la musicoterapia**. Col. Santa Cruz Atoyac, México: Pax México, 2007, p. 17 - 21, 97 - 104.

COLOMBIA, U. N. **virtual.unal.edu.co**. Disponible em: [http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/uv00002/docs\\_curso/adolescente/imagenes/proyecto%20de%20vida.pdf](http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/uv00002/docs_curso/adolescente/imagenes/proyecto%20de%20vida.pdf). Acceso em 8 de outubro de 2015.

ESTÉVEZ CAMPOS, R.M. **Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente**: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. Revista Latinoamericana de Psicología, 2012, p. 39-53. Disponible em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n2/v44n2a04.pdf>. Acceso em: 28 de outubro de 2015.

FRANKL, V. E. La voz que clama en demanda de sentido. In: FRANKL, V. E. **Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida?** México: Fondo de Cultura Económica, 1984, p. 17 - 46.

GÓMEZ, J. H. Resumen. In: GÓMEZ, J. H. **La musicoterapia en procesos de resignificación de la autoconfianza en personas mayores víctimas del conflicto armado en Colombia**. Bogotá D.C, 2015. (No publicado).

HERNÁNDEZ, D. O. **Clacso**. Consejo latinoamericano de ciencias sociales. 2004. Disponible em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20120827125359/angelo8.pdf>. Acceso em 21 de outubro de 2015

HEWITT RAMÍREZ, N. H. (01 de 2014). **Scielo España**. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552014000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552014000100009). Acesso em: 28 de outubro de 2015.

HISTÓRICA, C. N. La inocencia interrumpida. Los daños e impactos sobre los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes. In: HISTÓRICA, C. N. **¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad** Bogotá: Imprenta Nacional, 2013, p. 314 - 321.

HUMANOS, C. I. **Organización de los Estados Americanos OEA**. Informe sobre el proceso de desmovilización en Colombia. Disponível em: <http://www.cidh.org/countryrep/colombia04sp/informe3.htm>. Acesso em 13 de dezembro de 2004.

HEREDIA-ANCONA, M. C. Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. **Revista Latinoamericana de Medicina Conductual**, 2011, p. 49-57.

MORENO, M. A. Resumen. In: MORENO, M. A. **La musicoterapia como estrategia para afrontar síntomas comunes de, ansiedad, depresión y estrés en la situación de discapacidad física en tres militares, asociados a asopecol y lesionados por minas antipersona y/u otros artefactos bélicos de destrucción**. Bogotá D.C, 2009, p.2. (No publicado).

PAPALIA, D. E. Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. In: PAPALIA, D. E. **Desarrollo humano**. México: The McGraw-Hill Companies, Inc, 2009, p. 352 - 388.

PATIÑO, E. L.M. **Sucesos de Vida**. México, D.F. - Santafé de Bogotá: El manual moderno, S.A. de C.V. 2003.

RAMÍREZ, Á. E. **Cartas a Una Musicoterapeuta**. Carta N° 7. El grupo Musicoterapéutico. Bogotá, 2014 (No publicado).

RUUD, E. Responsabilidad ética. In: RUUD, E. **Musicoterapia desde la perspectiva de las humanidades**. Barcelona: Barcelona Publishers, 2010, p. 50.

VARAS, M. Cómo y cuándo surge la terapia de grupo. In: VARAS, M. **Terapia de grupo**. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 2011, p. 24-28.

VIRUELA, A. L. C. **Repositori Universitat Jaume I**. 2009. Disponível em: [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77671/forum\\_2009\\_17.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77671/forum_2009_17.pdf?sequence=1). Acesso em 28 de outubro de 2015.

Recebido-23/11  
Aceito-04/12

## INTERVENÇÃO NO AUTISMO BASEADA NA MUSICOTERAPIA DE IMPROVISAÇÃO E NO MODELO DIR-FLOORTIME

Stephan Malta Oliveira<sup>1</sup>

Carolina Lampreia (*in memoriam*)<sup>2</sup>

**Resumo:** O artigo é resultado de uma pesquisa-ação, na qual foi aplicado um programa de intervenção clínica a uma criança autista. A intervenção se fundamentou na musicoterapia de improvisação e no modelo DIR floortime, ambos referenciais desenvolvimentistas. Segundo esta perspectiva, o engajamento afetivo é fundamental para o desenvolvimento da comunicação. A musicalidade comunicativa, que fundamenta a musicoterapia de improvisação e se faz presente no engajamento afetivo, apresenta padrões atípicos no autismo, resultando em padrões atípicos nas interações sociais e no desenvolvimento da comunicação. A técnica da intervenção consistiu na interação musical improvisada e emocionalmente significativa, seguindo-se o foco de interesse da criança. Foram construídas categorias para avaliar o desenvolvimento do engajamento afetivo e dos comportamentos comunicativos não-verbais e verbais. Os resultados mostraram que a Intervenção contribuiu para o desenvolvimento do engajamento afetivo e dos comportamentos de antecipação, alternância de turno, imitação e fala referenciada, bem como para o aumento da duração e frequência do contato ocular, sorriso responsivo e vocalizações não-referenciadas. Novos estudos precisam ser realizados, embora, este tipo de tratamento pareça contribuir para o desenvolvimento das habilidades comunicativas no autismo.

**Palavras-chave:** Autismo. Perspectiva desenvolvimentista. Engajamento afetivo. Musicoterapia de improvisação. Modelo DIR floortime.

---

1 Professor Adjunto de Neuropsiquiatria Infantil - Departamento Materno Infantil da Faculdade de Medicina – Universidade Federal Fluminense. Pós-doutorando em Psiquiatria e Saúde Mental pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Psicopatologia e Subjetividade - IPUB/UFRJ. Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social – UERJ, Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. email: stephanmoliveira@gmail.com

2 Professora aposentada do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Rio. Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

## AUTISM INTERVENTION BASED ON IMPROVISATIONAL MUSIC THERAPY AND DIR-FLOORTIME MODEL

Stephan Malta Oliveira  
Carolina Lampreia (*in memoriam*)

**Abstract:** This article results from a research-action in which a program of clinical intervention was applied to an autistic child. The intervention was based on the improvisational music therapy and the DIR-floortime models, both of them derived from developmental perspectives. According to this perspective, the affective engagement is fundamental for the development of communication. The communicative musicality, which is the foundation of the improvisational music therapy and also constitutes the affective engagement, presents atypical patterns in autism, resulting in atypical patterns of social interaction and communication development. The techniques of the intervention consisted in improvised music and emotionally meaningful interaction, following the child's interests. Categories were created in order to evaluate the development of the affective engagement as well as verbal and non-verbal communicative actions. The results showed that the intervention contributed to the development of the affective engagement and also influenced behaviours as anticipation, turn taking, imitation and referential speech. It also increased the duration and frequency of visual contact, responsive smile and non-referential vocalizations. Further studies on this topic should be conducted although this kind of treatment seems to have contributed to the development of the communicative skills of the autistic child.

**Keywords:** Autism. Developmental perspective. Affective engagement. Improvisational music therapy. DIR-floortime model.

## INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto de uma pesquisa de campo na qual foi aplicado um programa de intervenção clínica (Intervenção) a uma criança com o diagnóstico de autismo. O método utilizado foi o estudo de caso, correspondendo a uma pesquisa-ação. A pesquisa foi realizada em um ambulatório de psiquiatria da rede pública de um município do Estado do Rio de Janeiro. O programa de intervenção teve como referencial-base a musicoterapia de improvisação e o modelo *DIR-floor time*, ambos fundamentados na perspectiva desenvolvimentista, mais especificamente, na teoria afetiva<sup>3</sup> dentro desta perspectiva. Esta enfoca a importância do engajamento sócio-emocional para o desenvolvimento afetivo, social e cognitivo (HOBSON, 1993; GREENSPAN; WIEDER, 2006). De acordo com esta corrente, o “engajamento sócio-emocional” ou “engajamento afetivo” é fundamental para o desenvolvimento da comunicação - não-verbal e verbal – incluindo a função simbólica. A musicalidade comunicativa, que fundamenta a musicoterapia de improvisação, é um dos componentes do engajamento afetivo. Dentro desta concepção, são consideradas as peculiaridades da musicalidade comunicativa e do engajamento afetivo no autismo.

## O AUTISMO SEGUNDO A PERSPECTIVA DESENVOLVIMENTISTA

O conceito de engajamento afetivo ou engajamento sócio-emocional foi desenvolvido pelo pesquisador inglês Peter Hobson (1993) e pode ser definido como a responsividade emocional de um dos parceiros comunicativos à responsividade emocional do outro. Este aspecto das trocas comunicativas humanas tem um importante papel no que se refere à regulação do estado emocional do bebê. Como afirma Tronick (1998), os bebês lançam mão de componentes internos e componentes externos para a regulação do seu próprio estado emocional. Os primeiros são representados pelos comportamentos autodirigidos, como a sucção do polegar ou a retirada do olhar em uma situação de interação. Os componentes externos são representados pelos comportamentos dirigidos ao outro, nos quais o bebê busca ativamente atrair a atenção do cuidador. Este, por sua vez, reconhece

---

3 Fala-se em teoria afetiva dentro da psicologia do desenvolvimento justamente por se tratar de uma abordagem que enfatiza as trocas afetivas, emocionais, o engajamento sócio-emocional no processo de desenvolvimento humano. Seus principais representantes que, em sua grande maioria, vieram da psicanálise, são: Daniel Stern, Stanley Greenspan, Peter Hobson e Edward Tronick.

as necessidades emocionais da criança e busca auxiliá-la na realização de seus objetivos ou simplesmente confortá-la. Tronick (1989) desenvolve o conceito de coordenação afetiva e mostra, a partir de análises de vídeo de interações mãe-bebê que, no primeiro ano de vida, apenas um terço do tempo da interação é marcado por estados de coordenação afetiva, representados por afetos positivos; que a maior parte do tempo caracteriza-se pela passagem de estados de não coordenação afetiva (representados por afetos negativos) para estados de coordenação afetiva, os chamados reparos interativos. Ainda segundo o autor, uma maior frequência dos estados afetivamente coordenados se relaciona a um desenvolvimento positivo por parte da criança.

Um elemento de grande importância, que se encontra presente nas trocas afetivo-comunicativas primárias, é a chamada musicalidade comunicativa. Este termo foi cunhado por Stephen Malloch (MALLOCH; TREVARTHEN, 2008) e é definido como a capacidade humana inata para a produção e apreciação musical. Tal noção se fundamenta na similaridade entre os elementos presentes nas interações humanas e na música, como os elementos de ritmo, tempo, intensidade, tonalidade e mesmo o silêncio. Trevarthen et. al(1998) afirmam que as interações humanas são marcadas desde o início:

por fenômenos rítmicos e por tons expressivos que requerem uma terminologia musical para uma apropriada descrição (...) as características de improvisação musical e de estruturas fraseadas da comunicação básica emocional permitem que mãe e bebê possam ajustar o timing, a forma emocional e a energia de suas expressões para obterem intersincronia e complementaridade de sentimentos entre eles” (p. 185, tradução feita pelos autores).

Este fenômeno confere significados afetivos às trocas interativas humanas e possibilita conseqüentemente a emergência dos significados semânticos. Portanto, é a partir do engajamento afetivo e dos ritmos, intensidades e tonalidades presentes nas trocas afetivas entre cuidador e criança, que esta pode desenvolver um senso de abstração, que é fundamental para a apreensão dos significados dos termos e das deixas sociais, do que está implícito nas sentenças. De acordo com Malloch e Trevarthen (2008), a musicalidade comunicativa inata é que confere vida às infinitas formas de comunicação. É ela que faz com que haja uma adequada intersincronia entre cuidador e criança.

Estudos recentes na psicologia do desenvolvimento, como aqueles realizados por Stern (1992) e Trevarthen e Aitken (2001), mostram que os bebês são ativos na interação com seus cuidadores desde as primeiras horas de vida. Os bebês interagem por meio de expressões corporais, faciais e vocalizações, as quais são respondidas por seus cuidadores também por expressões faciais, gestuais e vocais. Estas expressões, que perpassam todas as interações intersubjetivas humanas, são caracterizadas por elementos próprios da musicalidade comunicativa, como por exemplo, por determinadas intensidades - forte/fraco -, determinados pulsos temporais - lento/rápido -, por modulações e variações na tonalidade das expressões vocais e na intensidade das expressões corporais. Nestas ricas trocas estabelecidas precocemente, são veiculados significados afetivos que “informam” tanto ao bebê quanto ao cuidador o tom hedônico da interação, se positivo ou negativo, e os devidos “ajustes” que devem ser feitos pela díade.

Bebês de 6 semanas já são capazes de usar suas “vozes”, expressões e movimentos de todo o corpo com uma poderosa intenção conversacional, a qual convida o cuidador ao engajamento, que ocorre de maneira afetuosa e improvisada. Por outro lado, os cuidadores respondem às expressões/vocalizações das crianças oferecendo um suporte adequadamente contingente, dizendo coisas e contando histórias (GRATIER; TREVARTHEN, 2007); as mães modulam a tonalidade de suas vocalizações, criando uma “fala particular” dirigida aos bebês, com a finalidade de capturar a atenção deles, denominada “manhês (STERN, 1995).

As expressões vocais, gestuais e faciais dos bebês têm o status comunicativo de uma protolinguagem, constituindo os meios para o engajamento intersubjetivo. Além disto, estas expressões não verbais, tendo por si só uma função comunicativa, persistem nas trocas sociais posteriores de todos os tipos, faladas e não faladas, constituindo uma condição necessária para a construção dos significados linguísticos (GRATIER; TREVARTHEN, 2007).

O engajamento afetivo, caracterizado por um ajuste entre ritmos desarmônicos e harmônicos, tende a fazer com que as interações entre ambos os parceiros de uma díade comunicativa sejam mais prolongadas no tempo e mais ricas do ponto de vista qualitativo. Isto possibilita o desenvolvimento de comportamentos inerentes à fase da intersubjetividade

primária (TRAVERTHEN et. al, 1998), que vai do nascimento aos 9 meses de idade mais ou menos e se caracteriza por interações diádicas, isto é, por interações face-a-face, pessoa-objeto ou pessoa-pessoa. Dentro da perspectiva adotada, todo este processo é que possibilita a entrada da criança na fase da intersubjetividade secundária, que se inicia por volta dos 9 meses de idade e se caracteriza por interações triádicas, cuidador-bebê-objeto (TREVARTHEN et. al, 1998). É nesta fase que se desenvolve a atenção compartilhada, na qual a criança já é capaz de compartilhar sua atenção a um determinado objeto ou ao mundo ao redor com outra pessoa (STERN, 1992; CARPENTER; TOMASELLO, 2000). A criança compartilha não só a atenção e o interesse pelo mundo ao redor como também seus sentimentos e afetos relacionados aos objetos e situações da vida, o que Stern (1992) denomina sintonia afetiva. Este compartilhamento afetivo implícito é fundamental para a emergência dos significados linguísticos. É justamente na fase da intersubjetividade secundária que ocorre a entrada da criança no campo do simbólico, marcada pelo desenvolvimento dos gestos, do apontar e das brincadeiras lúdicas, como o jogo-de-faz-de-conta. Em última instância, o desenvolvimento da função simbólica da criança parece permitir o surgimento das primeiras vocalizações com valor referencial, ou seja, o surgimento das primeiras palavras, onde os objetos-símbolos passam a ser nomeados-representados, segundo as normas linguísticas culturalmente compartilhadas.

Inúmeros estudos recentes mostram que há uma importante base biológica na gênese do autismo (FRITH; FRITH, 2001; ASSUMPÇÃO JR; KUCZYNSKI, 2007). Embora, haja a necessidade da combinação de diversos fatores na gênese da condição - tanto biológicos quanto ambientais, que não são nem condições necessárias nem suficientes, por se tratar de um fenômeno complexo, resultado de uma causalidade não-linear - que tornam a criança susceptível a desenvolver o quadro, vários dados apontam para um importante peso dos fatores genéticos neste processo, como mostram os estudos com gêmeos monozigóticos, os quais conferem uma concordância de até 92 por cento, significativamente mais alta que a concordância em gêmeos dizigóticos (ASSUMPÇÃO JR.; KUCZYNSKI, 2007).

Em geral, há um padrão variado e atípico nos diversos elementos pertencentes à musicalidade comunicativa, como nos aspectos temporais e na modulação da intensidade e tonalidade das expressões. Os bebês com “risco para autismo”, geralmente, apresentam



padrões rítmicos interativos atípicos, que levam a modificações<sup>4</sup> na intersincronia e na interafetividade, dificultando a previsibilidade do jogo interativo (TREVARTHEN et. al, 1998). Pode haver, portanto, uma “quebra” no timing da interação, que poderá ser mais breve e mais difícil, ou pelo menos, se dar por vias não habituais, considerando-se os padrões interativos previamente conhecidos e internalizados pelos cuidadores. Isto pode fazer com que a gênese dos vários comportamentos comunicativos inerentes às interações diádicas e triádicas seja divergente, resultando em um desenvolvimento atípico da comunicação não-verbal, da função simbólica e da comunicação verbal. Como afirmam Rogers, Cook e Meryl (2005), as crianças autistas apresentam um menor comprometimento nos jogos sensório-motores - que envolvem a simples manipulação dos objetos – que propriamente nos jogos simbólicos. Trevarthen et. al (1998, p.130) afirmam que estas crianças *“têm uma verdadeira fascinação pela simples presença dos objetos bem como por suas características sensoriais (...) mais que por seus significados simbólicos e culturais”*.

## MUSICOTERAPIA DE IMPROVISACÃO E MODELO DIR-FLOORTIME

Ambas as técnicas foram agrupadas na aplicação do programa de intervenção na pesquisa de campo por entendermos que se tratam de programas complementares, uma vez que ambos se fundamentam na teoria afetiva da perspectiva desenvolvimentista, apresentando pressupostos similares.

A musicoterapia de improvisação consiste em uma forma de musicoterapia ativa, na qual o paciente manipula livremente os instrumentos musicais, em interação com o terapeuta. Ela deve ser distinguida da simples estimulação com música por meio de instrumentos e da musicoterapia passiva, na qual o paciente apenas ouve a música. Um dos seus objetivos é criar um canal de comunicação afetiva entre o terapeuta e a criança, por meio da manipulação improvisada dos instrumentos musicais, ou seja, uma comunicação facilitada por interações espontâneas e emocionalmente significativas (GREENSPAN; WIEDER, 2006).

---

4 Optamos por alterar termos como perturbações e comprometimentos, encontrados nos artigos estudados, por modificações e dificuldades.

Várias pesquisas apontam para a eficácia da musicoterapia no autismo, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento das habilidades comunicativas, não-verbais e verbais, das crianças (GOLD; WIGRAM; ELEFANT, 2006). Kim, Wigram e Gold (2008) realizaram um estudo controlado randomizado, com crianças autistas pré-escolares, comparando os efeitos da musicoterapia de improvisação e de sessões de “brincadeiras”, sobre a atenção compartilhada e as habilidades comunicativas não-verbais. Os resultados mostraram que a musicoterapia de improvisação foi mais eficaz que as sessões de jogos tanto em desenvolver comportamentos de atenção compartilhada quanto em facilitar o desenvolvimento de habilidades sociais não-verbais. Além disto, as análises de vídeo mostraram que comportamentos como contato ocular e alternância de turno foram significativamente mais frequentes e mais prolongados na musicoterapia de improvisação. Em outro estudo, Edgerton e Cindy (1994) avaliaram os comportamentos comunicativos musicais e não-musicais de 11 crianças autistas submetidas a 10 sessões de musicoterapia de improvisação. Os pesquisadores usaram uma escala – a CRASS (*The Checklist of Communicative Responses/Acts Score Sheet*) – para medir os escores dos comportamentos. Os resultados mostraram uma diferença significativa entre os escores das primeiras sessões e aqueles das últimas, o que evidencia um aumento significativo na manifestação de comportamentos comunicativos durante a intervenção.

Vários instrumentos podem ser utilizados no trabalho com o intuito de facilitar o estabelecimento de algum tipo de contato com a criança. Ela escolhe o seu instrumento de preferência e o manipula espontaneamente, de modo improvisado, e o terapeuta, com outro instrumento, responde às expressões da criança, buscando equiparar os ritmos desta, as variações de tons, sua batida temporal, a intensidade de suas expressões e seus contornos de ativação. Com isto, busca-se estabelecer a coordenação afetiva com a criança, visando o desenvolvimento do engajamento afetivo e dos comportamentos inerentes às interações diádicas e às interações triádicas, próprios da comunicação não-verbal e, em última instância, o desenvolvimento da função simbólica e da comunicação verbal da criança. Busca-se trabalhar com gestos, imitações, como no caso das músicas “atirei o pau no gato”, “meu pintinho amarelinho”, por exemplo, em que a criança pode imitar trechos cantados nas canções, como “bater as asas”, “fazer o miau”, o “piu-piu”, etc.

O Modelo DIR-*floortime* (*Developmental, individual and relationship-based*), criado por Stanley Greenspan, significa: abordagem desenvolvimentista baseada no relacionamento e na diferença individual. “Desenvolvimentista” se refere ao nível de desenvolvimento em que a criança se encontra, de acordo com os seis níveis descritos pelos autores; “diferença individual” se refere ao processamento sensorial e planejamento motor singulares da criança e; “baseado no relacionamento”, refere-se à importância dos relacionamentos afetivos para o seu desenvolvimento (GREENSPAN; WIEDER, 2006).

O modelo DIR tem três princípios básicos, a saber: ajustar as interações às características constitucionais de cada criança; construir interações espontâneas; e considerar as emoções como parte destas interações. Como um modo de fazer valer os princípios básicos desta forma de abordagem, há três componentes que funcionam como uma pedra-angular para a intervenção: a noção de que a linguagem e a cognição, tanto quanto as habilidades sociais e emocionais, são adquiridas através de trocas emocionalmente significativas; a idéia das características únicas de processamento sensorial e planejamento motor da criança; e de que todas as áreas do desenvolvimento são inter-relacionadas. *“Linguagem, cognição e os conceitos matemáticos de quantidade são todos aprendidos através de experiências interativas emocionalmente significativas. Em outras palavras, emoções são a força que nos permitem aprender”* (GREENSPAN; WIEDER, 2006, p. 38, tradução feita pelos autores). Segundo esta concepção, as emoções levam, inclusive, ao desenvolvimento do pensamento abstrato. Por exemplo, para aprender conceitos como justiça, a criança deve ter tido primeiramente a experiência emocional de ter sido tratada com justiça ou com injustiça. Do contrário, ela não consegue apreender o que o conceito significa.

O modelo DIR tem como uma de suas principais diretrizes ajudar a criança com autismo a desenvolver ao longo dos seis estágios do desenvolvimento considerado pelos autores. O primeiro estágio é marcado pela noção de regulação e interesse no mundo externo; o segundo estágio corresponde ao engajamento e relacionamento propriamente ditos; o terceiro, ao desenvolvimento da intencionalidade comunicativa; o quarto estágio é marcado pela solução de problemas e formação de um sentido de *self*; o quinto é marcado

pelo aparecimento de símbolos e pelo uso de palavras e ideias; e, finalmente, o sexto estágio corresponde ao desenvolvimento do pensamento lógico, do pensamento abstrato bem como de um crescente sentido de realidade.

De modo a ajudar a criança com autismo a desenvolver em todos estes estágios do desenvolvimento, o primeiro passo que o modelo propõe é buscar obter o engajamento com ela. Dentre as técnicas de engajamento, é proposto, inicialmente, seguir o interesse da criança, por mais diferente que possa parecer. Se, por exemplo, uma criança fica batendo um brinquedo sobre o chão, deve-se tentar sentar ao lado dela e procurar encontrar um sentido naquela brincadeira, tentando “mergulhar” no mundo da criança. Outra condição a ser considerada para se obter o engajamento com a mesma é aprender a reconhecer o perfil único de processamento sensorial dela. Se a criança é hiper ou hiporreativa, por exemplo, adequando as respostas a este perfil identificado. Após ter-se conseguido seguir uma linha de interesse da criança, deve-se buscar expandir os interesses desta pelo mundo ao redor. Isto deve ser feito buscando-se fazer com que a criança obtenha prazer no engajamento. Várias alternativas podem ser tentadas, sempre respeitando os limites de cada uma, até que uma atividade prazerosa seja realizada. Esta atividade, que pode ser um pular cordas ou simplesmente rasgar vários pedaços de papel, deve ser prazerosa para ambos, terapeuta ou cuidador e criança. É justamente esta conexão afetiva que possibilita a passagem do estágio da memorização para o estágio da abstração, na apreensão dos significados.

Outra diretriz fundamental do modelo DIR é a participação dos pais ou cuidadores no tratamento. Todas as estratégias que visam obter o engajamento afetivo da criança autista, seguindo sua linha de interesse, devem ser feitas em casa, pelo cuidador ou outros familiares. Daí advém o termo “abordagem *floortime*”, que está vinculada ao modelo DIR e significa o momento de sentar no chão, ao lado da criança, para assim, conquistar seu interesse pela interação. Esta idéia parte do princípio que as crianças se desenvolvem, sobretudo, em ambientes naturais de interação, no seio de suas próprias famílias e comunidades, o que não impede, entretanto, que interações semi-estruturadas possam também ser utilizadas dentro do programa terapêutico (GREENSPAN; WIEDER, 2006; OLIVEIRA, 2009).

## PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo consistiu em uma pesquisa-ação, uma vez que articulou pesquisa e assistência clínica, ao mesmo tempo, no próprio local de tratamento da participante, sujeito da pesquisa. O método utilizado foi o estudo de caso. Ela foi realizada em um ambulatório de psiquiatria e saúde mental da rede pública municipal no Estado do Rio de Janeiro. Yin (2005) afirma que o estudo de caso permite que as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real sejam preservadas. Trata-se de uma metodologia de pesquisa que busca apreender as particularidades de cada caso, para em seguida, obter algumas possíveis generalizações a partir do exemplar.

O estudo de caso presente consistiu na aplicação do programa de Intervenção clínica baseado na musicoterapia de improvisação e no modelo DIR-*floortime* a uma criança com o diagnóstico de autismo. Por meio deste estudo, foi avaliado se houve o desenvolvimento do engajamento afetivo por parte da criança, dos comportamentos comunicativos não-verbais e da comunicação verbal da mesma.

## MÉTODO

### PARTICIPANTE

A escolha da criança-participante baseou-se em alguns critérios, como a idade da mesma e o fato de não ter sido submetida a nenhum tipo de tratamento anterior. A criança deveria estar inserida no serviço onde foi realizada a pesquisa, não tendo havido, portanto, recrutamento de participantes. Vale notar que todas as demais crianças tratadas na rede ambulatorial do serviço tinham uma idade maior que a escolhida e/ou já haviam sido tratadas anteriormente, o que aumentaria consideravelmente as variáveis a serem consideradas.

T. é do sexo feminino, nasceu em janeiro de 2005, tendo 2 anos e 6 meses no dia da primeira avaliação e 2 anos e 7 meses no início da Intervenção. Suas irmãs tinham 7 e 5 anos à época. Os pais eram separados e as filhas viviam com a mãe (Sra. E.). Não há relatos de alterações em seu desenvolvimento psicomotor. A participante começou a frequentar a escola aos 3 anos de idade, sendo assistida pela equipe de educação inclusiva da rede

municipal. Ao final da Intervenção, tinha 3 anos e 9 meses. A pesquisa foi consentida pela mãe da paciente, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi aprovada pelo Comitê de Ética do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

## PROCEDIMENTO

O programa de intervenção clínica efetuado na pesquisa de campo foi aplicado a T. após a realização das sessões de linha de base (LB), que consistiram em 3 atendimentos nos quais não houve a aplicação do programa. Foram realizados 32 atendimentos ao longo de um período de 14 meses, sendo 29 deles referentes à Intervenção. Nos primeiros 6 meses, os atendimentos eram semanais e nos últimos 8 meses passaram a ser quinzenais, em virtude da estrutura do serviço no qual foi realizada a pesquisa. A duração média das sessões foi de 50 minutos, sendo 35 minutos dedicados exclusivamente à criança e 15 minutos a um trabalho em conjunto com T. e a Sra. E. O diagnóstico de transtorno autista foi realizado por um dos autores do artigo e terapeuta de T. (médico-psiquiatra, com ampla experiência no atendimento a crianças autistas), segundo os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV-TR (2002) e pela CID-10 (2000), bem como pela aplicação da CARS – *The Childhood Autism Rating Scale* - Escala de avaliação do autismo na infância (SCHOPLER, REICHLER, e RENNER, 1988). Esta escala pode ser utilizada tanto para propósitos diagnósticos quanto para a avaliação do grau do autismo. Foi aplicada no início e no final da Intervenção.

A técnica da Intervenção fundamentou-se no uso livre e improvisado dos instrumentos musicais. Um dos princípios da Intervenção era a noção de seguir o foco de interesse da criança, seguindo o modelo DIR, buscando estabelecer um contato de forma ativa com a mesma, sempre que possível se colocando no seu campo de visão. Além dos instrumentos musicais (xilofone, chocalho, pandeiro, violão), foram utilizados outros objetos (bola, fantoches, papéis, canetas, etc.). A escolha do objeto a ser trabalhado na sessão era dada à criança. Permitia-se o uso livre dos instrumentos musicais. Buscava-se responder, por meio de um determinado instrumento, às expressões comportamentais e/ou

musicais da criança, criando-se, desta maneira, um canal de comunicação afetiva com a mesma. Este tipo de comunicação é denominado interação musical. Descrevemos abaixo um exemplo de uma interação musical com T.

T. pegou o violão, colocou-o sobre seu colo e começou a expressar uma frase rítmica, repetitiva, com uma pequena variação, de 2 a 3 notas. Peguei o pandeiro e comecei a tocá-lo, procurando equiparar a expressão da paciente em pulso temporal e intensidade. T. começou a aumentar a intensidade de sua expressão musical, acompanhei-a, aumentando também a intensidade de minha expressão no pandeiro. Em seguida, T. se levantou, começou a vocalizar melodicamente, a dançar, fazendo movimentos estereotipados com os braços. Posteriormente, T. se dirigiu novamente ao violão, tocando uma frase musical com uma menor intensidade e com um pulso temporal mais lento. Diminuí também o pulso e a intensidade da minha expressão no pandeiro e, lentamente, encerramos a frase. (OLIVEIRA, 2009, p. 108).

Com o intuito de avaliar os efeitos da Intervenção, foram construídas categorias de análise pertencentes às interações diádicas e às interações triádicas, além da categoria engajamento afetivo; esta última apresenta um caráter eminentemente subjetivo, enquanto todas as demais apresentam uma dimensão objetiva, pois trata-se de comportamentos passíveis de serem observados. De acordo com Garcia-Pérez, Lee e Hobson (2007), os seres humanos são os melhores instrumentos para a avaliação de categorias qualitativas, como é o caso do engajamento afetivo.

Além do engajamento afetivo, foram construídas as seguintes categorias: contato ocular, sorriso responsivo (sorriso em interações face-a-face), antecipação, vocalizações não-referenciadas, alternância de turno, dentro das interações diádicas; seguir o apontar, protodeclarativo (quando a criança aponta para compartilhar seu interesse por um determinado objeto), protoimperativo (quando aponta para solicitar um dado objeto), imitação e fala referenciada, dentro das interações triádicas.

Foi considerado para o engajamento afetivo as seguintes graduações: a) engajamento fraco, b) engajamento médio e c) engajamento forte; para as demais categorias: a) ausente, b) presente sob instigação, quando o pesquisador realizava duas ou mais tentativas, no sentido de buscar ativamente a interação, para desta maneira, instigar a manifestação de um determinado comportamento comunicativo e, c) presente espontaneamente, quando a criança manifestava um comportamento comunicativo de forma espontânea ou quando o pesquisador realizava apenas uma tentativa no sentido de facilitar a manifestação deste. As

categorias foram anotadas em uma Folha de Registro, ao final de cada sessão. Realizou-se também anotações descritivas das sessões ao final das mesmas, no prontuário da participante.

## RESULTADOS

Segue uma análise descritiva dos dados obtidos a partir da Folha de Registro e das anotações feitas no prontuário da paciente após as sessões. A análise foi feita considerando as 32 sessões, sendo as três primeiras correspondentes à linha de base (LB) e as demais à Intervenção propriamente dita.

Passemos à análise de todas as categorias, considerando as três fases da Intervenção.<sup>5</sup>

O engajamento afetivo se manteve no nível fraco no período correspondente à linha de base da pesquisa. Na primeira fase da Intervenção, apresentou na maioria das sessões um nível médio, aparecendo em apenas uma como forte, na sessão 7. Na segunda fase, o engajamento afetivo apareceu como forte em 4 sessões e na última fase em 7 sessões, correspondendo a um aumento nos comportamentos espontâneos por parte da paciente. Houve, portanto, um aumento no grau do engajamento afetivo de T. ao longo da Intervenção.

O comportamento do contato ocular apareceu nas três sessões da linha de base da pesquisa espontaneamente, no entanto, com pequena duração e apenas uma ou duas vezes nestas sessões. Na primeira fase da Intervenção, já houve um aumento na sua frequência e duração, aparecendo espontaneamente em três sessões, nas situações em que se cantava canções do cancioneiro popular, como o “pintinho amarelinho” (piu-piu”) e “atirei o pau no gato”. Na segunda fase, apareceu espontaneamente em 7 sessões e na terceira fase em 9 sessões, havendo também, em ambas, um aumento na frequência e duração.

---

5 A Intervenção foi dividida em três fases, considerando-se a evolução da criança ao longo da pesquisa. A primeira correspondeu a uma familiarização da criança com os instrumentos musicais - sessões de 4 a 13; a segunda a um aumento do repertório interativo de T. e uma maior variabilidade de suas expressões musicais - sessões 14 a 22; e a terceira, ao início da primeira palavra significativa expressa pela participante - sessões 23 a 32.



O sorriso responsivo apareceu em apenas uma sessão da linha de base espontaneamente, apenas uma vez na sessão, também com duração breve. Na primeira fase da Intervenção, apareceu apenas sob instigação, quando se cantava as cantigas de roda “meu pintinho amarelinho” e “atirei o pau no gato”, por mais de uma vez. Na segunda fase, apareceu espontaneamente em duas sessões, nas mesmas situações em que havia aparecido na fase anterior, além dos jogos interativos de contar de 1 a 10 ou quando se cantava o “alfabeto da Xuxa...”. Na terceira fase, apareceu em 9 sessões, espontaneamente. Houve também ao longo da Intervenção um aumento na frequência e duração deste comportamento.

As vocalizações não-referenciadas (ininteligíveis) apareceram em duas sessões da linha de base, espontaneamente. Na primeira fase da Intervenção, apareceram espontaneamente também em duas sessões. Na segunda fase, em 7 sessões e na terceira em todas. Este comportamento, diferentemente daqueles descritos anteriormente, aparecia também em situações nas quais não havia uma interação entre terapeuta e paciente, em momentos de autoabsorção desta. Houve também um aumento na frequência e duração do mesmo ao longo da Intervenção.

O comportamento de antecipação somente começou a aparecer a partir da segunda fase da Intervenção, em 5 sessões neste período. Aparecia, por exemplo, quando T. se levantava para correr em direção à sala imediatamente após o terapeuta abrir a porta, antes que o mesmo a chamasse para entrar, e quando se tocava “o pintinho amarelinho”, ela batia as asas antes mesmo que se cantasse - “ele bate as asas...” Novamente, tal comportamento não apareceu nas sessões subsequentes, voltando a aparecer nas últimas 4 sessões.

O comportamento de alternância de turno apareceu em apenas duas sessões, na sessão 10 e na sessão 20, nas situações de brincar com a bola.

O comportamento de imitação apareceu pela primeira vez na sessão 7. Na primeira fase da Intervenção, apareceu espontaneamente em uma sessão e sob instigação, em duas. Aparecia, principalmente, nos jogos interativos de cantar o “piu-piu”, quando T. fazia o

gesto do “piu-piu” com uma das mãos ou “batia as asas” com os braços. Na segunda fase, apareceu em três sessões sob instigação e em duas espontaneamente. Na terceira fase, apareceu espontaneamente em 6 sessões, não aparecendo sob instigação.

Outro comportamento novo foi o da fala referenciada, tendo aparecido apenas no último terço da Intervenção, em 5 sessões. Correspondeu à palavra “tchau”, quando o atendimento era encerrado e T. respondia ao “tchau” do terapeuta, acenando, inclusive, com uma das mãos.

Os comportamentos de seguir o apontar, protodeclarativo e protoimperativo não foram manifestados durante a Intervenção.

## DISCUSSÃO

O trabalho de campo mostrou que a aplicação da Intervenção baseada na musicoterapia de improvisação e no modelo DIR-floor time, ao longo de 29 sessões, a uma criança de 2 anos e 7 meses com o diagnóstico de autismo, contribuiu para aumentar a frequência e a duração dos seguintes comportamentos: contato ocular, sorriso responsivo e vocalizações não-referenciadas bem como aumentar a ocorrência espontânea destes comportamentos. Vale notar que estes comportamentos já estavam presentes antes da Intervenção, ou seja, na linha de base da pesquisa, embora com frequência e duração menores. Além disto, a aplicação do programa de Intervenção contribuiu para o desenvolvimento dos comportamentos de antecipação, alternância de turno, imitação e fala referenciada. Estes dados mostram que houve um desenvolvimento das interações diádicas por parte da criança submetida ao programa de Intervenção, bem como uma incipiente entrada da mesma na fase das interações triádicas. O desenvolvimento de habilidades comunicativas não-verbais por parte de T. vai ao encontro dos achados feitos por Gold, Wigram e Elefant (2006) e Kim, Wigram e Gold (2008). Os comportamentos como seguir o apontar, protoimperativos e protodeclarativos não foram desenvolvidos. A pesquisa mostra também que o programa aplicado contribuiu para o desenvolvimento do engajamento afetivo de T.

É importante ressaltar que outros contextos interativos e a evolução natural da criança, certamente, contribuíram para o desenvolvimento dos comportamentos mencionados. Entretanto, os comportamentos comunicativos manifestados durante as sessões da Intervenção tendem a ser expressos em outras situações. No que diz respeito a uma análise da relação entre o desenvolvimento do engajamento afetivo e o desenvolvimento dos demais comportamentos comunicativos, se for feita uma análise pontual, ou seja, sessão por sessão, não se verifica uma relação direta entre ambos. No entanto, se esta análise for feita levando-se em consideração todo o período da Intervenção, ou seja, a partir de uma análise processual – de forma não-linear - verificar-se-á uma relação entre o engajamento afetivo e os demais comportamentos comunicativos, o que indica que parece haver uma estreita relação entre estas categorias, como mostra, por exemplo, o modelo DIR-*floortime*, além de outras pesquisas em psicologia do desenvolvimento (TRONICK, 1989; STERN, 1992; HOBSON, 1993). Além disto, o programa contribuiu para uma diminuição da severidade do grau do autismo de T., representada pela redução do escore da CARS de 37 para 34, o que corresponde a uma modificação de um autismo severo para um autismo moderado, segundo a escala.

Algumas críticas podem ser feitas com relação à metodologia da pesquisa, dentre elas, o fato de não terem sido realizadas análises de vídeo das sessões e o fato de o terapeuta que aplicou o programa ter sido o único avaliador. Isto se deve ao fato de se tratar de uma pesquisa-intervenção. Para um aumento da efetividade do programa, algumas mudanças com relação ao procedimento podem ser feitas, como, por exemplo, o aumento na frequência semanal das sessões, para cerca de duas ou três sessões por semana.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto acima, a Intervenção baseada na musicoterapia de improvisação e no modelo DIR-*floortime* se mostrou um programa efetivo para o autismo. Isto mostra que um trabalho clínico baseado em interações espontâneas, emocionalmente significativas e no uso improvisado de instrumentos musicais, pode ser extremamente benéfico no tratamento de indivíduos autistas. Este programa, portanto, além de contribuir para o desenvolvimento

das habilidades comunicativas e do engajamento afetivo, pode contribuir também para a autorregulação emocional das crianças bem como para a melhoria da qualidade de vida das mesmas.

Concluindo o trabalho, a Intervenção aplicada na pesquisa apresenta-se enquanto uma alternativa aos programas de intervenção para o autismo, sobretudo àqueles de cunho *behaviorista*, possibilitando que os comportamentos manifestados espontaneamente no *setting* terapêutico possam ser replicados em outros contextos. A partir deste trabalho, deve-se pensar, portanto, no incentivo à construção de contextos interativos, marcados por trocas afetivas significativas, seja na clínica, na escola, na família ou comunidade, favorecendo o desenvolvimento das potencialidades da criança, dentro de uma lógica de acomodação social<sup>6</sup>, que possibilite o combate ao preconceito e às estigmatizações.

Com relação às perspectivas futuras da Intervenção implementada, novos estudos que confirmem sua efetividade precisam ser realizados. Além disto, pode-se pensar na ampliação da aplicação do programa a outras condições que não apenas o autismo, mas que também se caracterizam por padrões atípicos no domínio das interações sociais e da comunicação, como no caso dos transtornos da linguagem (expressivo, receptivo/misto), em alguns casos de deficiência intelectual e mesmo em alguns transtornos psicóticos de início na infância.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (4<sup>o</sup>. ed. rev., C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2002.

ASSUMPÇÃO Jr., F.B.; KUCZYNSKI, E. **Autismo Infantil. Novas Tendências e perspectivas**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CARPENTER, M.; TOMASELLO, M. Joint attention, cultural learning and language acquisition. Implications for children with autism. In: WETHERBY, A.M; PRIZANT, B.M. (Eds). **Autism Spectrum Disorders. A transactional developmental perspective**, pp. 31-54. Baltimore: Paul H. Brooke, 2000.

EDGERTON; CINDY, L. The effect of improvisational music therapy on the communicative behaviors of autistic children. **Journal of Music Therapy**, v. 31, n. 1, p. 31-62, 1994.

---

<sup>6</sup> Acomodação social é um processo social caracterizado por mudanças nas normas e práticas sociais vigentes, de modo que se diminuam os conflitos, preconceitos e estigmas entre indivíduos ou grupos, diminuindo o sofrimento causado por tais conflitos e criando um novo *modus vivendi*.

- FRITH, U.; FRITH, C. The biological basis of social interaction. *Current Directions. Psychological Science*, v. 10, n. 5, p. 151-155, 2001.
- GARCÍA-PÉREZ, R.M.; LEE, A.; HOBSON, R.P. On intersubjective engagement in autism: A controlled study of nonverbal aspects of conversation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 37, n. 7, p. 1310-1322, 2007.
- GOLD, C.; WIGRAM, T.; ELEFANT, C. Music therapy for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD004381, 2006. Disponível em: 10.1002/14651858.CD004381.pub2. Acesso em: janeiro/2017.
- GRATIER; TREVARTHEN, C. Voice, Vitality and Meaning: on the Shaping of the Infant's Utterances in Willing Engagement with Culture. Comment on Bertau's "On the Notion of Voice". *International Journal for Dialogical Science*, v. 2, n. 1, p. 169-181, 2007.
- GREENSPAN, S.; WIEDER, S. **Engaging Autism – Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate and Think**. Da Capo Press, 2006.
- HOBSON, P. (1993) The Emotional Origins of Social Understanding. *Philosophical Psychology*, v. 6, n. 3, p. 227-249, 2006.
- KIM, J.; WIGRAM, T.; GOLD, C. The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 38, n. 9, p. 1758-1766, 2008.
- MALLOCH S.; TREVARTHEN, C. (2008) Musicality: communicating the vitality and interests of life. In: MALLOCH, S. e TREVARTHEN, C. (eds). **Communicative Musicality: exploring basis of human companionship**, pp. 1-11. Oxford University Press, 2008.
- OLIVEIRA, S.M. **A clínica do autismo sob uma perspectiva desenvolvimentista: o papel do engajamento afetivo no desenvolvimento da comunicação e da linguagem**. Dissertação de Mestrado (135p.) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2009.
- ROGERS, S.; COOK, I.; MERYL, A. Imitation and play in autism. In: F.VOLKMAR, A. KLIN; R. PAUL; D. COHEN (Eds.). **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. Diagnosis, Development, Neurobiology and Behavior**, pp. 406-422. New Jersey: John Wiley and Sons, Inc., Hoboken, 2005.
- SCHOPLER, E.; REICHLER, R.J.; RENNER, B.R. **The Childhood Autism Rating Scale (CARS)**. WPS, Western Psychological Services, 1988.
- STERN, D. **O Mundo Interpessoal do Bebê – Uma visão a partir da Psicanálise e da Psicologia do Desenvolvimento**. (Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- STERN, D. **The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy**. BasicBooks, 1995.
- TREVARTHEN, C.; AITKEN, K.; PAPOUDI, D.; ROBERTS, J. **Children with autism. Diagnosis and Interventions to Meet Their Needs**. (2nd Edition) London: Jessica Kingsley, 1998.

TREVARTHEN C.; AITKEN, K. Infant Intersubjectivity: research, theory and clinical applications. **Journal of Child Psychology and Psychiatry.**, v. 42 n. 1, p. 3-48, 2001.

TRONICK, E.Z. Emotions and Emotional Communication in Infants. **American Psychologist**, v. 44, n. 2, p. 112-119, 1989.

TRONICK, E.Z. Dyadically Expanded States of Consciousness and the process of Therapeutic Change. **Infant Mental Health Journal**, v. 19, n. 3, p. 290-299, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**, EDUSP, 2000.

YIN, R.K. **Estudo de Caso. Planejamento e Métodos.** 3ª. ed. São Paulo: Bookman Editora, 2005.

## COMO SUPORTAR A AUTONOMIA?

Marcelo F. Bruniere<sup>1</sup>

Matheus Mattos<sup>2</sup>

**RESUMO:** O Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II - Ponta do Coral) faz parte da rede substitutiva estabelecida pela reforma psiquiátrica e atende adultos da região de Florianópolis. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, esse equipamento tem como objetivo “evitar as (re)internações psiquiátricas e promover a ressocialização e a cidadania das pessoas que atende”. O processo de reabilitação social deve ser capaz de estimular a produção de autonomia, com vistas a possibilitar às pessoas em sofrimento psíquico fazerem parte do processo de trocas sociais. Nesse sentido a produção de autonomia dos sujeitos com transtorno mental adquire um papel central no processo de inclusão social dessas pessoas, visto que a autonomia tem uma representação imediata da liberdade humana e um valor que o qualifica e caracteriza enquanto indivíduo. O presente trabalho busca refletir sobre algumas implicações da produção de autonomia com usuários do CAPS II, considerando as contribuições da esquizocenia como uma abordagem artística e terapêutica através de relatos de experiência.

**Palavras-chave:** Autonomia. CAPS. Esquizocenia.

---

1 Marcelo Bruniere: Mestrando pelo Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Participa desde 2012 do Grupo de Teatro, Cinema e Terapia dos Usuários do CAPS-II (Ponta do Coral), ensaiando e me apresentando com o grupo nos eventos que ocorreram durante esse período. Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4357652D6>

2 Psicólogo formado pela universidade Federal de Santa Catarina. Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K8617931U2>

## HOW TO SUPPORT AUTONOMY?

Marcelo F. Bruniere  
Matheus Mattos

**ABSTRACT:** The Center of Psychosocial Attention II (CAPS II - Ponta do Coral) is part of the new model for mental health care proposal of the psychiatric reform which serves adults in the Florianopolis region. According to the Municipal Department of Health, the goal of this equipment is to “avoid psychiatric readmissions and promote resocialization and citizenship to people receiving care”. The social rehabilitation process must be able to stimulate the production of autonomy aiming to foster social relationships between people with psychological suffering. In this sense, the production of autonomy of the people with mental disorder is crucial in the social inclusion process since the autonomy has an immediate representation on human liberty and a value which qualifies and characterizes the individual. This work aims to reflect on some implications of the production of autonomy of people who receive care at CAPS II considering reports of experience about contributions of the *esquizocenia* as an artistic and therapeutic approach.



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CAPS II - PONTA DO CORAL

O Centro de Atenção Psocossocial II (CAPS II) Ponta do Coral faz parte da rede substitutiva estabelecida pela reforma psiquiátrica e atende adultos da região de Florianópolis. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, esse equipamento tem como objetivo “evitar as (re)internações psiquiátricas e promover a ressocialização e a cidadania das pessoas que atende.” (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis)

O CAPS caracteriza-se como um estabelecimento pertencente às organizações da saúde, logo, segue as diretrizes dessas organizações e pauta suas ações nelas. Dessa maneira os CAPS são estabelecimentos públicos que compõem a rede do SUS, regidos pelas políticas nacionais de saúde.

Acreditamos que para falar do CAPS é fundamental resgatar um pouco do seu histórico e falar da função que ele cumpre. Nos anos setenta teve início no Brasil o processo de Reforma Psiquiátrica, concomitantemente ao Movimento Sanitário que lutava pela implantação de um sistema de saúde coletiva equitativo e universal. A partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores, familiares, sindicalistas e pessoas com históricos de internações psiquiátricas, teve início o movimento de reforma, através da denúncia sistemática das violências perpetradas nos manicômios, a mercantilização da loucura, a predominância de instituições privadas. O movimento passou também a contruir com uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo de assistência centrado em hospitais.

Decorrente dessas denúncias, da luta dos movimentos sociais, de disputas políticas e da inspiração na experiência italiana, mudanças na assistência a saúde mental começaram a surgir. Quase uma década depois do início do movimento, foi inaugurado em 1986 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, em São Paulo (BRASIL, 2004). No ano seguinte, ocorreu também em São Paulo o segundo Congresso Nacional do MTSM, que tinha por lema “Uma Sociedade sem Manicômios”. A partir destas experiências foi possível enxergar a real possibilidade de construção de uma rede substitutiva ao modelo manicomial (BRASIL, 2005).

Quinze anos depois da inauguração do primeiro CAPS, após uma série de reivindicações e de muita luta política, a lei federal 10.2016 foi aprovada, regulamentando a rede substitutiva e dispendo sobre mecanismos para a proteção dos usuários. A lei, em seu projeto original “[...] propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.” No entanto na versão aprovada “[...] não institui mecanismos claros para a extinção progressiva dos manicômios.”

O CAPS, como serviço da rede substitutiva da atenção a saúde, se propõe a quebrar com a lógica manicomial ainda presente na sociedade e é regido pelos princípios do SUS. Na hierarquia do SUS o CAPS é caracterizado como um serviço de nível secundário. Há ainda uma tipologia dos CAPS que os diferencia em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi. Cada tipo de CAPS atende a públicos e necessidades distintas, devendo, no entanto, trabalhar em rede.

Os CAPS II são um tipo de CAPS direcionado a municípios de 70 mil a 200 mil habitantes (Em tese, municípios com populações maiores deveriam criar mais CAPS II conforme a necessidade, apesar de isso nem sempre acontecer, como é o caso em Florianópolis). Eles visam atender pessoas em sofrimento psíquico intenso em função de *transtornos mentais graves*. A equipe mínima de um CAPS II é composta por: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio (BRASIL, 2004).

Os cuidados de saúde nos CAPS acontecem através de PTS (Projeto Terapêutico Singular), em tese, construído coletivamente pelo usuário, por seus familiares e pela equipe. Este projeto deve levar em conta a singularidade de cada usuário, criando um serviço personalizado. Os projetos podem incluir atividades diversas, desde atendimento individual ou em grupo, atendimento à família, até oficinas terapêuticas.

## 1.2 GRUPO DE TEATRO, CINEMA E TERAPIA PARA USUÁRIOS DO CAPS

O grupo de teatro é um projeto de extensão coordenado pelo professor Marcos Eduardo Rocha Lima, do Departamento de Psicologia da UFSC, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. As origens do grupo e da oficina remontam ao GUDA

– Grupo de Usuários de Drogas Anti-Psicóticas – que iniciou suas atividades em janeiro de 1997 no NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial). Durante os anos seguintes, o GUDA tornou-se um grupo terapêutico-teatral, que poderíamos caracterizar como esquizocênico, chamado *Utu Suru Baco Smica*, produzindo peças de influência artaudiana-nietzschiana-esquizoanalítica sobre, principalmente, o tema da loucura.

O grupo funciona atualmente como uma oficina terapêutica no CAPS II Ponta do Coral, da qual participam um número bastante variável de usuários e estagiários. A proposta do grupo é problematizar, através das práticas teatrais, questões como a institucionalização em manicômios, a produção da loucura, a super-medicalização, a dicotomia normal/ patológico, entre outros temas relacionados a representação da loucura e a saúde mental.

Há que se fazer algumas considerações. Em primeiro lugar, apesar do foco evidente na produção de peças teatrais, a oficina produz uma diversidade de atividades que, mesmo centralizadas pelos encontros semanais no CAPS II, o extrapolam: jogos teatrais, ensaios, criações de peças, apresentações de peças, pequenos exercícios terapêuticos de esquizodrama e acompanhamento terapêutico. Em segundo lugar, a redação deste relatório - que teria por objetivo fazer observações bastante pontuais - dificilmente pode dissociar-se das outras atividades realizadas, considerando não só as relações entre elas, mas nossa participação nelas há algum tempo.

### 1.3 GRUPO SIMULACRO

As problematizações acerca da constituição de grupos pensada para este trabalho tem por base a obra *Grupo: A Afirmação de um Simulacro*, de Regina Benevides de Barros (2013). Para isso tentamos buscar alguma concepção que pudesse dar, mais ou menos, conta do que encontramos em campo. Pensar o grupo de teatro do CAPS enquanto unidade, configurada em papéis representacionais, e a figura de um coordenador, nos pareceu insuficiente, pois vai um pouco na contramão de nosso embasamento teórico. Benevides sustenta a ideia de que o grupo ocupou historicamente um não-lugar, pautado na lógica do terceiro excluído. Terceiro excluído porque se situa num campo de tensão que deriva da dicotomia ou individual-coletivo, atendendo ora às pretensões de um, ora às pretensões de outro. Pensando o indivíduo como um dos modos possíveis de subjetivação

– modo naturalizado em essência e por excelência da Modernidade – o grupo surgiria como simulacro, uma cópia ruim, desviante desse modelo, sem jamais atender às totalizações de um ou de outro, do indivíduo ou da (boa) cópia-sociedade. Como coloca a autora, “na seleção dos pretendentes, o simulacro será sempre impedido de ser” (BARROS, 2013, p. 36). É a potência desse não-lugar que permitirá pensar o grupo então como dispositivo.

Primeiramente, não há necessariamente de se pensar uma teoria que se aplique a grupos, na tentativa de descobrir alguma verdade mais próxima sobre o ser grupal. Parte-se, então de apreensões que fazemos provisoriamente da realidade, as chamadas cartografias, que optamos por utilizar em nosso trabalho. Cartografar como método, mas também como intervenção, pois esse processo implica a produção de sentidos e afetações, e não de algo a ser descoberto em mim ou no outro. Relatos construídos por fragmentos, composições, descontinuidades, afetos e corpos. Corpos que estão implicados no movimento mesmo do traçado de linhas de forças que se interpõem umas às outras. Por isso mesmo, não há aqui qualquer pretensão de neutralidade, porque ela apaga os corpos: “corpo desencarnado de si próprio – desencarnado, sem carne, sem cheiro, sem cor, sem ritmo, sem jeito – um corpo sem corpo” (BARROS, 2013, p. 235). Colocamo-nos aqui na experiência, que é lugar desamparado e precário, e por isso mesmo, potente para problematizar as questões que nos propomos a pensar.

Portanto, abordar a noção de grupo como dispositivo nos auxilia a romper com certos binarismos presentes em outras teorias: interior-exterior, identidade-diferença, dentro-fora, sujeito-objeto, entre outros. Trata-se pois, também de uma escolha com implicações éticas e políticas, e não de qual teoria proporciona um sentido mais verdadeiro. Certo modo de entender um grupo é sempre mais um modo possível de conhecê-lo – neste mesmo trabalho utilizamos da abordagem do psicodrama. Pensamos num modo de entender um grupo que não com o intuito de acessá-lo ou decifrar e analisar seus elementos, mas de produzi-lo, criá-lo.

Nessa lógica, Benevides propõe a noção de um grupo-devir, que se abre para a produção de múltiplos modos de existência e para os processos singularizadores. Singularizar, para a autora, “está no domínio da ruptura, da afirmação da potência, do escape do que está naturalizado, separado de seus movimentos de produção” (p. 284).

Portanto, desloca-se ainda o grupo da interpretação para a experimentação, uma vez que, nessa proposta, ele não mais se configura como algo a ser analisado por alguém, seja no seu entendimento como um aglomerado de indivíduos, um todo maior que as partes ou intercâmbio de fantasmas inconscientes. Do mesmo modo, a oficina de teatro não se dá pela representação e/ou interpretação de papéis, nem um coordenador-líder necessário à realização de tarefas, visto que não há um modo de funcionamento arraigado em um objetivo específico. Experimentar se dá na dimensão do acontecimento – explicitado mais adiante nesse trabalho – e implica atentar para as linhas que constroem os territórios de existência e os que agenciamentos se fazem presentes nesse processo constitutivo.

Pensar a vivência grupal é ainda pensar o acontecimento engendrado por encontros, e levar em conta o desejo neles investido, bem como os modos de afetação que ali emergem. Os afetos se remetem àquilo que está no entre, no fluxo de forças que atravessam os corpos e neles produzem marcas. De acordo com Benevides, “tais marcas, efeitos portanto dos encontros entre os corpos, nada explicam sobre a natureza dos corpos em questão, apenas expressam sua potência, indicam a presença de um corpo no outro” (p.196). Desse modo, os corpos se agenciam.

Por fim, o grupo como dispositivo abarca a articulação de elementos heterogêneos que propiciem a invenção de novos modos de funcionamento e universos referenciais, que engendrem efeitos outros nos processos de subjetivação. Grupo-rizoma, porque implicado num processo nunca acabado ou totalizador. Grupo-corpo-sem-órgãos que, diferente de organismo, não se estabelece a partir de relações possíveis pautadas por um objetivo comum, mas enquanto “dispositivo, máquina, porque põe a operar, fabrica outros modos de conexão, produz novos focos de análise, outros modos de subjetivação” (BARROS, 2013, p.307).

## 2 COMO SUPORTAR A AUTONOMIA?

Os CAPS podem oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, caracterizam o que vem sendo denominado de clínica ampliada: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para a família, atividades comunitárias e assembleias ou reuniões de organização do serviço. As

oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS e se encaixam na modalidade “atendimento em grupo”. Os CAPS têm frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores ou estagiários. Nelas tentam ser realizadas propostas das mais diversas, que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço e das necessidades apresentadas (BRASIL, 2004). Assim, os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à sua vida. Isso inclui o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania.

Muitas coisas podem ser feitas num CAPS, mas tudo depende das condições reais para a realização desse trabalho, apesar das definições formais, não há garantia de que as atividades ocorram dessa forma. Assim como qualquer serviço público em saúde, essas atividades ainda possuem suas ligações ao modelo biomédico e medicamentoso. Por isso, o maior desafio é tentar promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e interação social. Para Saraceno (2010), o processo de reabilitação social deve ser capaz de estimular a produção de autonomia, com vistas a possibilitar às pessoas em sofrimento psíquico fazerem parte do processo de trocas sociais. Nesse sentido, Leal (2001) considera que a produção de autonomia dos sujeitos com transtorno mental adquire um papel central no processo de inclusão social dessas pessoas, visto que a autonomia tem uma representação imediata da liberdade humana e um valor que o qualifica e caracteriza-o enquanto indivíduo.

O Grupo de Teatro, Cinema e Terapia dos usuários do CAPS II – Ponta do Coral foi iniciado em janeiro de 1997, como já foi comentado anteriormente, na época ele se chamava GUDA (Grupo de Usuários de Drogas Anti-Psicóticas). Apenas no segundo semestre de 1998 o trabalho voltou-se definitivamente para o teatro, pela percepção do potencial terapêutico deste em termos de afirmação das singularidades e de fortalecimento da solidariedade grupal, mudando o nome para Utu Suru Baco Smica. Trata-se de um grupo que se propõe determinada prática política: colocar em evidência a arbitrariedade

dos diagnósticos psiquiátricos, a categorização de normal e patológico já naturalizado na sociedade, a produção da loucura e a excessiva medicalização a ela relacionada. Sobre as finalidades clínica e artística, vão ao encontro do que poderíamos relacionar com certa esquizocenia: fazer do teatro o espaço para uma tentativa de reverter o poder sobre a vida, em potência da vida (ROCHA LIMA, 2010). Os encontros acontecem toda quinta-feira à tarde, o grupo é coordenado pelo professor do Departamento de Psicologia da UFSC, Marcos Eduardo Rocha Lima.

Um dos objetivos e finalidade da implementação dos CAPS, então, é reinserção do usuário em sua rede de uma maneira autônoma, ou seja, conquistando estratégias de governar a si mesmo e se desvencilhar de relações que produzem paixões tristes (FUGANTI, 2001). O que nos propomos a pensar no momento: Quais as relações possíveis entre teatro e psicologia na produção de autonomia?

Para darmos conta de uma reflexão sobre essas relações provocaremos o encontro de diferentes perspectivas teóricas, bem como nos serviremos de elementos cartográficos: conhecimentos produzidos empiricamente, sendo relatados à medida que eu for sendo atravessado pelas ressonâncias dos movimentos que me afetaram na experiência. Cabe ressaltar aqui que a Cartografia é um método de observação nômade que também se faz, necessariamente, intervenção: entendendo que objeto, sujeito e conhecimento são efeitos coemergentes do processo de pesquisar, não se pode orientar a pesquisa pelo que se suporia saber de antemão acerca da realidade. Mergulhados na experiência do pesquisar, não havendo nenhuma garantia ou ponto de referência exterior a esse plano. O ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, um saber que emerge do fazer e influencia mudanças no próprio contexto, ou seja, inter-vem (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009).

Selecionarei imagens que compuseram o campo de imanência da observação/intervenção (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Imagens em um sentido específico: algo entre afecções e suas conseqüentes representações, ou como nos conta Bergson:

Iremos fingir por um instante que não conhecemos nada das teorias da matéria e das teorias do espírito, nada das discussões sobre a realidade ou a idealidade do mundo exterior. Eis-me portanto em presença de imagens, no sentido mais vago em que se possa tomar essa palavra, imagens percebidas quando abro meus sentidos,

despercebidas quando os fecho. (...) No entanto há uma que prevalece sobre as demais na medida em que a conexão não apenas de fora, mediante percepções, mas também de dentro, mediante afecções: é meu corpo (BERGSON, 1999, p,14).

Assim, pensemos o meu corpo como um termômetro das relações nas quais ele está emerso, ou então, como um corpo vibrátil sujeito aos afetos das intensidades que pedem passagem à linguagem (ROLNIK, 2014). Enquanto devir-cartógrafo, recorri a fontes das mais variadas, incluindo fontes não só teóricas - e muito menos apenas escritas - priorizei um critério que considero fundamental: o grau de abertura para a vida que me permito a cada momento. Para pensarmos esse aspecto metodológico no que se refere à observação de um grupo, consideremos a constituição de um “corpo” múltiplo com suas relações específicas de velocidade e de lentidão, um corpo grupal como essa variação contínua entre seus elementos heterogêneos, como afetação recíproca entre potências singulares num certo campo virtual (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009). Entender o grupo como corpo remete a aplicar a isso todas suas consequências, o que inclui pensarmos o grupo então como potência, já que é dessa maneira que estamos apresentando o indivíduo nesse trabalho. Portanto, assim como em relação ao corpo, não sabemos o que pode um grupo, daí dispensarmos regras e roteiros pré-parados para todas as intervenções (PELBART, 2008).

## 2.1 CARTOGRAFANDO DEVIRES ENTRE PSICOLOGIA E TEATRO, OU VICE-VERSA

Existem várias possibilidades para a relação prenunciada no subtítulo desse texto, podemos pensar numa “psicologização” do teatro, por exemplo: preocupação com representar os sentimentos fielmente, com a expressão dos estados da alma, com a desordem do mundo interior de um personagem, seus dramas psicológicos, sua história, e os conflitos decorrentes da relação com os demais personagens (STANISLAVSKY, 2005). A narrativa submetida ao texto, presa à palavra, induz a caracterizações e explicações psicológicas que acabam por moldar a idéia de um indivíduo centrado numa identidade do eu, que se revela através do trabalho de representação. Para algumas dessas propostas a arte se insinua como capacidade de desvendar os mistérios da alma e de implodir os



obstáculos que impedem as expressões mais genuínas. Pensemos em qual concepção de sujeito está virtualizada nessas práticas: a noção de um núcleo-eu localizável, a ser descoberto, a ser nomeado e a ser explicado.

Por outro lado, podemos falar de uma “teatralização” da psicologia, como é observado na sua apropriação para fins terapêuticos. Nessa abordagem encontramos, por exemplo, o psicodrama de Jacob Levy Moreno, que aparece como a primeira teoria psicológica que utilizou de jogos teatrais para fins terapêuticos. Moreno introduziu um modo revolucionário de fazer teatro: eliminou o dramaturgo e o texto teatral escrito, a separação entre palco e plateia e deu ênfase à improvisação (SOARES OLIVEIRA; ARAÚJO, 2012). O espaço psicodramático aparece então como oportunidade de dramatização, compartilhamento e reconstrução de realidades dos atores: podem ser usados materiais a respeito de seus relacionamentos, conflitos, desejos e necessidades (SOARES OLIVEIRA; ARAÚJO, 2012).

Seja afirmando o sujeito do conhecimento, seja pressupondo uma sobreposição da consciência perante o pensamento ou mesmo falando de um sujeito sócio-histórico, na tradição da psicologia se mantém a ideia de um núcleo essencial e estável, que ora assume o lugar de estrutura, ora de uma imagem de si, ora de um centro autônomo da psique, que em todo caso indica uma identidade do sujeito naquilo que ele reconhece como sendo ele próprio. Surgindo em um contexto de crítica a essa concepção de sujeito de conhecimento é que será criada uma prática teatral designada como “Esquizocenia”, que a princípio pode ser entendida como a construção de “cenas sustentadas no acontecimento e não na representação” (ROCHA LIMA, 2010, p.66). O conceito de produção de subjetividade utilizado nessa prática tem o intuito de dar outro relevo ao seu entendimento, aqui ela é pensada como efeito de máquinas em ação conjunta, que são tanto sociais quanto políticas, econômicas, culturais, clínicas, midiáticas, etc (DELEUZE; GUATTARI, 2010). Assim, o devir-esquizocenista consiste em pôr literalmente a vida em cena - vida como multiplicidade-, em seu estado de variação, modos menores de viver “sem comunidade” e que no palco ganham visibilidade cênica, legitimidade estética e consistência existencial.

Na esteira da crítica a uma visão essencialista do sujeito também encontramos o Esquizodrama, criado por Gregorio Barendt (em 1973, Buenos Aires). O objetivo principal do Esquizodrama consiste em funcionar de maneiras heterólogas e heterogêneas,

multiplicatórias, transversais, maquínicas e imanentes, com recursos dramáticos tomados das numerosas escolas teatrais e da “apropriação” que muitos e diversos saberes e afazeres fazem deles (BAREMBLITT, 2012). O esquizodrama tenta funcionar como uma caixa de ferramentas, como teorias e *clínicas* do simulacro e como simulacro de teorias e *clínicas* (BAREMBLITT, 2012), assim, a práxis esquizodramática de atos e devires de corpos em pressuposição recíproca nas intervenções por irrupção da variação contínua, como produções do novo singular e absoluto. Nesse sentido, as práticas do psicólogo-oficineiro do grupo em questão também estão de acordo com a perspectiva do esquizodrama, fazendo uma rápida leitura em alguns de seus textos - A ética e a caixa de ferramentas e Três esquizos literários – podemos indicar alguns elementos teóricos que compõe seu trabalho, como por exemplo, por ele se referir as teorias que usa como ferramentas, ou seja, alicates, martelos conceituais:

Usamos as teorias como ferramentas nos processos terapêuticos dos corpos-e-almas que nos procuram no SAPSI e no NAPS. Frente à complexidade da realidade vivida por cada ser que encontramos no trabalho terapêutico, podemos lançar mão de tudo que seja ético, ou seja, de toda ferramenta teórica que seja útil para o processo de transformação, para a construção cotidiana de felicidade (ROCHA LIMA, 1999, p155).

No modo de trabalhar do referido psicólogo-oficineiro, essas ferramentas claramente servem para estetizar certa ética, aqui sua teoria acontece e devém uma arte, que dramatiza uma filosofia, assim como se dramatizam ciências, que, por sua vez, dramatizam mitos:

Em termos de terapia do corpo-e-alma, esta substituição da Moral pela ética significa que em vez de ter como objetivo a adaptação às convenções sociais, busca-se o que é bom para o indivíduo, ou seja, o que amplia a sua capacidade de amar, de sentir-se alegre, de gostar da vida, de realizar-se em seu projeto singular. Em linguagem spinozista, trata-se de levar o corpo e a alma ao máximo de sua potência de agir (ROCHA LIMA, 1999, p155).

Com relação especialmente a última citação, as práticas do psicólogo-oficineiro podem ser caracterizadas como que desenvolvidas a partir de uma ética spinozista, que busca o que é bom para cada indivíduo, ou seja, o que aumenta a potência de agir de seu corpo-e-alma (ROCHA LIMA, 1999). Nesse sentido, o grupo de teatro Utu volta se

aproximar de uma esquizocenia, tentar reverter o poder sobre a vida, biopoder, em potência da vida, biopotência (ROCHA LIMA, 2010). A respeito dessa pontencialização da vida, Pelbart explica a que se refere:

Décadas atrás, Foucault forjou a noção de biopoder para mapear um regime que tomava por objeto a vida. A vida já não era mais aquilo que o poder reprimia, mas aquilo de que ele se encarregava, que ele geria e administrava (...) Coube a Deleuze explicitar que ao poder *sobre* a vida, deveria responder o poder *da* vida, na sua potência política de resistir e criar, de variar, de produzir formas de vida. É o que o grupo de teóricos em torno de Negri tem priorizado ao falar até mesmo em biopotência, invertendo o sentido foucaultiano e dando à biopolítica não só uma acepção negativa de poder *sobre* a vida, mas sobretudo um sentido positivo referente ao poder *da* vida. (Pelbart, 2003, p.60)

Em que medida essas diferentes formas de entender o sujeito podem produzir autonomia? O termo autonomia no contexto da saúde mental é relativamente recente, principalmente se considerarmos que ainda estamos no trabalho de implementação da reforma psiquiátrica. Além de pouco pesquisado, está recoberto de múltiplos sentidos por vezes imprecisos e até divergentes. Para seguirmos, então, nessa questão vamos concentrar uma interpretação de autonomia: capacidade do indivíduo gerar normas, ordens para sua vida conforme as diversas situações que enfrenta (TYKANORI, 2010, p.57). Consideramos que essa breve colocação basta para entendermos a autonomia como condição necessária para a realização de trocas sociais que possibilitam fazer parte do jogo social. Nesse sentido, percebe-se uma estreita relação da autonomia com o poder contratual dos indivíduos.

Definidos nossos modestos parâmetros, sigamos com nossa reflexão, agora articulando a interpretação dos conceitos apresentados com os relatos das experiências vividas em campo. As observações-participante foram realizadas no período de atividade do grupo de teatro, cinema e terapia dos usuários do CAPS- II - Ponta do Coral.

## 2.2 RELATO 01

Nos primeiros encontros para essa temporada o S. apareceu com uma boina dizendo que iria representar um “herói” na peça, seria um herói que todos ali necessitavam, segundo ele, pois iria protestar a favor das pendências com relação às políticas públicas de saúde mental em plena peça. A princípio, a ideia era boa e ele estava bastante empolgado. Chegando ao local onde ensaiamos foi um dos primeiros a apresentar seu novo papel,

enquanto ele se expressava o psicólogo-oficineiro dava orientações a respeito da entonação de voz, postura, ritual comum em um ensaio teatral. Porém, S. não estava exatamente à vontade com aquelas correções, seu ímpeto inicial – pelo menos como senti no momento – era se colocar como “defensor dos loucos”, “salvador dos loucos” e não como “mais um louco” que era afetado por aqueles problemas como todo mundo ali, devir-herói. Lá pelas tantas, quando a manifestação cênica de S. já chegava ao ponto de se autobanalizar (começou a fazer graça com relação à mulher e filha do governador, coisas assim), o psicólogo-oficineiro interrompeu a cena como se pedisse para ser refeita. A frustração do ator se tornou evidente e ele se sentou para ouvir. Já em outro ensaio, agora com a cena refeita em conjunto (psicólogo-oficineiro e usuário), S. tentou apresentar sua performance novamente, me pareceu que ele tentava dar um ar cômico a situação - talvez assim se sentisse melhor com a cobrança, mas foi quando outro usuário gritou pra ele “boiola!!”... Isso foi o fim, S. entregou a folha que estava lendo para o psicólogo, se despediu e só voltou a ensaiar quase no fim da temporada desse semestre.

Essa situação me incomodou um pouco, primeiro achei que não precisávamos ter corrigido o S. tantas vezes, afinal cada um ali faz o papel da maneira que bem entende. Depois, fiz uma ressalva sobre as consequências históricas da relação já antiga entre oficinairo e usuário, algo aconteceu: para quem estava do lado de fora pareceu um conflito de vaidades, mas realmente, subir ao palco para fazer chacota da família de qual candidato for, não me parecia ser a proposta ali. Depois refleti sobre o que pode ter sido produzido naquele momento, o oficinairo não comentou nada sobre a atitude do usuário que gritou “boiola”. Acredito realmente que não era o caso de moralizá-lo, mas eu nunca havia presenciado isso. Sabemos do ambiente de tensão egóica que são os bastidores das peças de teatro, não éramos exceção, assim defini dessa história toda que S. foi respeitado em sua integralidade, pois o oficinairo o julgou capaz de ouvir críticas. Ele poderia ter “passado a mão na sua cabeça”, tratá-lo como um debilitado, uma pessoa que não pode se magoar, mas aquilo era o ensaio de uma peça, onde atores correm o risco de serem criticados.

Portanto, sobre o exemplo relatado, consideramos que a autonomia nesse caso está justamente sendo produzida onde os envolvidos tiveram um ambiente favorável para tomar suas decisões e assumir os riscos de seus efeitos, assim, quanto mais diversificadas forem as relações estabelecidas pelo indivíduo, maiores serão suas possibilidades de escolha, o que lhe permitirá nutrir condutas para sua vida.

A partir situação comentada anteriormente, podemos inferir também uma produção de autonomia no próprio modo de funcionamento do grupo, visto que na esquizocenia “o ator é coautor da peça e autor de si mesmo” (ROCHA LIMA, 2010, p.67). Isso também significa dizer que os atores constroem a si mesmos, produzem novos modos de vida enquanto criam a peça conjuntamente. Nas ações desenvolvidas pelo Esquizodrama pretende-se certo protagonismo dos usuários, que propõe uma participação direta e crescente de seus agentes nas práticas de dramatização, assim como, por outro lado, propõe que eles devenham esquizodramatistas segundo sua singularidade e seu desejo, em novas e insólitas individuações por hecceidade (BAREMBLITT, 2012). Já no teatro psicodramático, essa oportunidade de dramatização surge como espaço de expressão e de transformação, uma vez que o teatro não se propõe como mera reprodução, mas sim como possibilidade em que o ator “seleciona uma situação de conflito e a reencena no aqui e agora do palco, experimentando algo novo, que poderia modificar simbolicamente suas relações cotidianas” (SOARES OLIVEIRA; ARAÚJO, 2012). Em vez de intensificar psicologicamente os traços de cada um, nos seus dramas íntimos, iluminando a suposta verdade psíquica interior do sujeito, o teatro faz esses traços “reverberarem com a cultura como um todo e experimentar variações inusitadas” (Pelbart, 2000, p. 106).

Continuemos nosso trabalho com outro relato, ainda na tentativa de evidenciar as relações entre essas diferentes práticas psicológicas e a autonomia.

### 2.3 RELATO 02

M. apareceu inusitadamente em um dos ensaios do semestre passado. Desde o primeiro dia se mostrou bastante participativo, era pau-pra-toda-cena. No começo era um tanto desengonçado, fora do ensaio custava se articular claramente com o resto do pessoal, na maioria das vezes ficávamos cantando juntos algumas músicas caipiras que ele gostava

tanto. Logo, começou a repetir constantemente “esse grupo é melhor coisa da minha semana”, falava isso na proporção em que seu comportamento mudava. A cada ensaio ele acrescentava algum adereço novo na vestimenta, começou com um chapéu, depois os óculos, mas nos chamou a atenção mesmo foi quando ele apareceu de paletó: ganhou vários apelidos, como “Waldick Soriano”, “Falcão”, etc. Mesmo assim, foi surpreendente quando chegou um dia ao ensaio com “dentes” novos, ele comprou uma dentadura, que imediatamente deu um aspecto novo para sua aparência. Quando ele chegou, fez questão de cumprimentar um por um – estávamos em roda – e, claro, elogiávamos sua dentadura. O que ficou perceptível a nós é que ele se sentia mais bonito. Os encontros com o grupo de teatro pareciam dar motivos para ele estar mais apresentável. Paralelamente com essa mudança estética, aconteciam novas ações, ele se queixava constantemente de maus-tratos da casa de apoio onde estava morando, não sabíamos se os maus-tratos ocorriam sempre e só agora ele estava falando sobre eles, ou se havia acontecido algo em especial para ele comentar aquilo: brigas com internos, roubo de pertences pessoais, negligência a respeito de micro violências, falta de liberdade para tomar decisões sobre o próprio dinheiro e até insatisfação com a situação “tutelar” em que se encontrava, pois falava constantemente no seu desejo de voltar a trabalhar e morar sozinho. Ficamos curiosos com a situação, mas como ele se contradizia em algumas informações não levamos aquilo adiante.

O CAPS-II precisou fazer uma reforma no telhado, por conta de alguns alagamentos, então fechou para obras – o que pelo jeito iria levar mais de seis meses para se efetivar -, então começamos a ensaiar na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) mesmo. É uma logística complicada, alguns usuários não puderam continuar frequentando o ensaio, outros tiveram os desejos dilacerados pela mudança, e ainda havia pessoas que acabaram conhecendo o grupo por acaso, quando iam buscar remédio, por exemplo, e daí passavam a participar do teatro. Enfim, essa mudança nos causou alguns prejuízos e concomitantemente com isso, M. apareceu no ensaio se arrastando, sem conseguir conter a própria baba e com muita dificuldade de se comunicar. Eu fiquei particularmente preocupado, por algum motivo haviam resolvido mudar o tratamento dele na casa de apoio onde morava. Como já fazia

algum tempo que várias dúvidas estavam se acumulando sobre o caso do M., decidi levá-lo de volta pra casa aquele dia depois que o ensaio acabou. Normalmente ele fazia o trajeto de ônibus.

Assim que parei para planejar o que faríamos, fui remetido a algumas questões: Como o M. conseguiu chegar aqui nessas condições?; Como ele faz se algo dá errado no caminho?; Será que ele sabe onde ele mora?. Enfim, preconceitos gerados a partir do campo virtual daquele contexto. Naquele dia M. foi encontrado próximo aos ginásios universitários de esporte por uma participante do teatro. Caso ela não tivesse ido com ele até nós, já teríamos ido embora quando ele chegasse, pois o ensaio já estava acabando. Todos esses fatos me fizeram refletir sobre o quanto ele devia estar habituado a lidar com situações inesperadas, e quanto desejo estava envolvido naquela participação dele na peça: arrastar um corpo “impregnado” de Handol (termo comumente usado em comunidades terapêuticas) até os recantos de um lugar desconhecido, perambular errantemente para pedir informações pingadas sobre locais e horários, se jogar nessas situações sem um celular ou coisa parecida, etc.

A respeito desse momento específico, eu preciso relatar um sentimento: estava diante de mim claramente a possibilidade abandonar minha pretensão inicial de levá-lo de carro, pois aparentemente ele só chegou até ali com informações sobre os ônibus e eu não pretendia ir de ônibus até São José. Ele poderia voltar sozinho e eu ficaria preocupado, ou a gente tentava superar aqueles limites juntos: o meu de confiar nele e o dele de se orientar fora de um ônibus. Sobre isso, Guattari nos fala algo importante:

Que alívio, um pouco fraco, como o de encontrar alguém que lhe dê crédito, contra toda aparência, de uma riqueza inconsciente, inesgotável, enquanto tudo ao seu redor - a sociedade, a família, sua própria resignação - parece ter conspirado para exauri-lo de todo desejo, de toda esperança de mudar sua vida! (Guattari, 1985, p.138)

Na volta para casa, no carro, aproveitei pra tentar entender alguns elementos de sua história pessoal, mas seu discurso surgia completamente desorganizado para mim, ficava mais em dúvida ainda sobre como ele conseguiu chegar até a UFSC. Perguntei a ele se ele sabia chegar até sua casa de carro e ele confirmou. Resolvi testar seus conhecimentos perguntando pra que direção virar depois da ponte, ele me disse “à esquerda”, então fiquei

um pouco preocupado, por que não tinha nem possibilidade de entrar à esquerda: Como eu vou fazer pra chegar na casa de alguém que não sabe se orientar fora do ônibus? Depois de parar o carro muitas vezes para pedir informação ele começou a reconhecer o caminho por onde passávamos. Ainda faltava um pedaço grande, mesmo assim resolvi fazer o que ele dizia, então nos perdemos da rota. Após pararmos mais algumas vezes para pedir informação, passamos por lugares que, novamente, ele dizia serem familiares. Segui suas orientações de novo, quando mais prosseguíamos mais excitado ele parecia por estar certo de suas informações, logo chegamos à casa de apoio.

Chegando lá nos deparamos com muros altos e seguranças “rígidos” na recepção. Foi preciso dar algumas credenciais antes de poder passar pelo portão de ferro, e no fim, se tratava apenas de um lugar onde diferentes pessoas moravam. Conversei com algumas das profissionais que trabalham na casa, elas me contaram que a nova medicação estava sendo testada no M., pois ele apresentou “problemas de comportamento”, queria até ir embora. Falaram-me também que perceberam que o remédio não “ajudou” muito, mas que elas ainda fariam outras experimentações químicas para ver os efeitos. Na semana seguinte M. deu entrada no Hospital Florianópolis com começo de pneumonia. Ele estava triste, não se alimentava, emagreceu bastante, sua imunidade baixou. Ele recebeu alta da internação, mas ainda aguardamos seu retorno para os ensaios. As tutoras tentaram me tranquilizar dizendo “nós queremos muito o bem dele, talvez seja melhor ele ficar em repouso”.

O caso relatado acima me afetou especialmente a respeito de um lugar: quando o limite para se produzir autonomia e dignidade somos nós mesmos. Diversas vezes durante o percurso da UFSC até a casa de apoio onde o M. mora eu duvidei da capacidade dele de tomar decisões sobre a própria vida. Confrontei esse sentimento algumas vezes, agi contra meu próprio preconceito: se aquela pessoa toda medicada tinha coragem de se locomover pelo mundo naquela situação e ainda chegar a seus destinos, por que juntos não teríamos? O que limita aqui é justamente a falta confiança. Nesse processo todo ela se torna essencial: se não confiarmos nos envolvidos, se não nos desafiarmos à superação dos nossos próprios limites, ficamos a dar voltas no mesmo lugar. É muito comum escutarmos, de profissionais da psicologia, de diversas áreas, sobre a dificuldade de se colocar alguma ideia em prática,



principalmente quando está de alguma forma relacionada a lidar com a autonomia dos sujeitos atendidos: existem muitos riscos e dá “trabalho”, disso frequentemente se conclui que é melhor nem tentar.

## CONCLUSÃO

Frequentando o CAPS-II (Ponta do Coral), verifica-se uma ausência de interesse, por parte dos integrantes do grupo de teatro, em explicar, interpretar ou classificar os usuários como “psicóticos”, “doente”, “bipolar”, etc. Quando muito, ao visitar o CAPS pela primeira vez, alguns calouros tendem a fazer perguntas da ordem do “ele é bipolar?” “o que ele tem?”, etc. Mas há ali, de certa forma, uma cultura de não-diferenciação por categorias de normalidade: muitas vezes, sem informações extras, não há como dizer quem é usuário, quem é estagiário, quem é estudante, quem é profissional, etc. Isso já demonstra um certo espaço para que esses usuários possam se desvencilhar, ao menos um pouco, de suas prisões identitárias. Apesar de muitas dessas limitações permanecerem ocultas, se perpetuando através de preconceitos velados.

Como vimos no último relato, parece-nos desafiador falar em produção de autonomia para pessoas em sofrimento psíquico que foram e que ainda são considerados incapazes. Entendemos que a capacidade dos sujeitos é sempre relativa, portanto, variável de pessoa para pessoa e de situação para situação. Desse modo, nos interessa permitir que essas pessoas descubram os seus próprios limites, assim como a melhor forma de lidar com eles e, talvez, de superá-los. Nesse sentido, reconhecemos o importante papel que as instituições de saúde ocupam nesse novo modo de conceber e lidar com as pessoas em sofrimento psíquico. A depender do modo como elas funcionem, podem contribuir para a construção de uma relação de respeito desses sujeitos com a sociedade, ou reforçar o lugar de marginalidade que ocuparam desde a instituição da “doença mental”.

Sobre as diferentes abordagens discutidas, concluímos que todas possuem alguma potência para a produção de autonomia, claro, se as considerarmos como aqui apresentamos: ferramentas conceituais que servem para estetizar práticas, que dramatizam uma ética de potencialização da singularidade nos sujeitos envolvidos, a cada instante, como vetor principal.

## REFERÊNCIAS

- BAREMBLITT, Gregório. **Dez proposições descartáveis acerca do esquizodrama**. Disponível em: <https://institutogregoriobarembritt.wordpress.com/2015/05/27/dez-proposicoes-descartaveis-acerca-do-esquizodrama/>. Acesso em: Agosto de 2016.
- BARROS, Regina Benevides. **Grupo: a Afirmação de um Simulacro**. 3a. ed. Porto Alegre: Sulina/Ed UFRGS, 2013.
- BERGSON, Henri. **Matéria e Memória**. Ensaio sobre a relação do corpo com o espírito. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. 10.000 a.C. - **A geologia da moral (quem a terra pensa que é?)**. Em: Mil Platôs - capitalismo e esquizofrenia, vol 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O anti-Édipo**. São Paulo: Editora 34 Ltda, 2010.
- FUGANTI, Luiz. **A Ética Como Potência e a Moral Como Servidão**. São Paulo: mimeogr, 2001.
- GUATTARI, Félix. **Pistas para uma esquizoanálise - os oito princípios**. In. Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- LEAL, Erotildes Maria. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira. In: Figueiredo, Ana Cristina e Cavalcanti, Maria Tavares (Orgs). **A Reforma Psiquiátrica e o desafio da desinstitucionalização - Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001, p. 69-83.
- PASSOS, Eduardo, KASTRUP, Virgínia e ESCÓSSIA, Liliana da (orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- PELBART, Peter Pal. **A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea**. São Paulo: Iluminuras, 2000.
- PELBART, Peter Pal. Esquizocenia. In: **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003. p.145-50.
- PELBART, Peter Pal. Elementos para uma cartografia da grupalidade. In: SAADI, Fátima; GARCIA, Silvana (orgs.). **Próximo Ato: questões da teatralidade contemporânea**. São Paulo: Itaú Cultural, 2008.

ROCHA LIMA, Marcos Eduardo. A ética e a caixa de ferramentas. **Revista de Ciências Humanas**, [S.l.], n. 25, p. 152161, jan. 1999.

ROCHA LIMA, Marcos Eduardo. **Três esquizos literários**: Antonin Artaud, Raymond Roussel e Jean-Pierre Brisset. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2010.

ROLNIK, Suely. **Cartografia ou de como pensar com o corpo vibrátil. Núcleo de Estudos da Subjetividade**. PUC-SP. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensarvibratil.pdf>> Acesso em 09/11/2014.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 13-18.

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+mental&menu=6>

SOARES OLIVEIRA, Érika Cecília; ARAÚJO, Maria de Fatima. **Aproximações do teatro do oprimido com a Psicologia e o Psicodrama**. Psicologia Ciência e Profissão, v. 32, n. 2, 2012.

STANISLAVSKYS, Konstantin. **A criação de um papel**. Editora Record, 2005.

TYKANORI, Roberto. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 55-59

VIGOTSKI, Lev Semenovitch. **Psicologia da Arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

## A INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE MUSICAL EM PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL NO MUNICÍPIO DE SANTANA DE PARNAÍBA

Rodolfo Ferreira do Amor<sup>1</sup>

Igor Ortega Rodrigues<sup>2</sup>

Regiane Oliveira Rangel dos Santos<sup>3</sup>

Rita de Cassia Paro Alli<sup>4</sup>

Cintia Milani<sup>5</sup>

Dulci Fonseca Vagenas<sup>6</sup>

**RESUMO:** A paralisia cerebral (PC) foi descrita pela primeira vez pelo ortopedista inglês William John Little no ano de 1843. PC se refere a um conjunto de lesões que acometem o cérebro não sendo progressivas, e que tem em comum os distúrbios motores, cognitivos, na postura, na fala e aprendizagem. O objetivo foi estudar as causas de paralisia cerebral em assistidos pela “Rainha da Paz” – Santana de Parnaíba e verificar a contribuição das atividades musicais na sua qualidade de vida. Os métodos empregados consistem na prática clínica da anamnese, pesquisa de dados em prontuário e a avaliação pela escala em IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile) que foi realizada por um musicoterapeuta. Foram selecionados onze assistidos; e uma assistida teve um acompanhamento individualizado, participando de dez encontros musicais, trinta minutos cada, com o instrumento musical violino. Cada encontro foi filmado e avaliado segundo a escala IMTAP, onde se avaliou a motricidade ampla e fina, comparando a evolução da assistida. As principais causas de PC encontradas tiveram a prevalência de prematuridade e anóxia, gestação prolongada e meningite. O resultado da avaliação pela escala em IMTAP, na assistida selecionada, indicou uma melhora do total do domínio de motricidade ampla igual a 10,7% e fina de 29,8%. A música contribuiu para que os portadores de paralisia cerebral assistidos na instituição tivessem momentos de alegria, reabilitação e aprimoramento motor dos membros superiores. Cabe salientar que toda terapia deve ser contínua e sem data de encerramento.

**Palavras-chave:** Paralisia cerebral. Motricidade. Música.

---

1 Aluno de graduação do curso de Biomedicina – Universidade Paulista – UNIP- Alphaville.

2 Musicoterapeuta do município de Santana de Parnaíba

3 Licenciada em educação musical pela UFSC e Voluntária da Comunidade Rainha da Paz.

4 Bióloga e Voluntária da Associação Beneficente Comunidade de Amor Rainha da Paz.

5 Coordenadora do curso de Biomedicina – Universidade Paulista - Alphaville.

6 Professora responsável pelo projeto de extensão comunitária UNIP/Rainha da Paz.

## THE INFLUENCE OF MUSICAL ACTIVITY ON PEOPLE WITH CEREBRAL PALSY IN THE CITY OF SANTANA DE PARNAIBA

Rodolfo Ferreira do Amor

Igor Ortega Rodrigues

Regiane Oliveira Rangel dos Santos

Rita de Cassia Paro Alli

Cintia Milani

Dulci Fonseca Vagenas

**ABSTRACT:** Cerebral palsy (CP) was first described by the English orthopedist William John Little in 1843. CP is a non-progressive condition consisting of a set of lesions that affect the brain, including motor, cognitive, posture, speech and learning disturbance. The objective of the study was to evaluate the causes of cerebral palsy in people assisted at the institution "Rainha da Paz" - Santana de Parnaíba and to verify the contribution of musical activities in their quality of life. The methods used in the evaluation were clinical anamnesis, search in data records and the application of the IMTAP scale (Individualized Music Therapy Assessment Profile) performed by a music therapist. Eleven people attended were selected and one of them was submitted to an individualized attendance including participation in ten musical meetings of thirty minutes each, with the violin musical instrument. These meetings were filmed and the broad and thin motricity of the assisted person was evaluated through the IMTAP scale, comparing their evolution between each encounter. The main causes of CP found in the data records were prematurity, anoxia, prolonged gestation and meningitis. The result of the IMTAP scale evaluation in the selected assisted person indicated an improvement of the total gross motor domain equal to 10.7% and fine motor domain of 29.8%. The conclusion was that music contributed to moments of joy, rehabilitation and motor enhancement of the upper limbs of patients with cerebral palsy assisted in the institution. It should be emphasized that all therapy should be continuous and with no closure date.

**Keywords:** Cerebral palsy. Motricity. Music.

## INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral foi descrita pela primeira vez pelo ortopedista inglês William John Little no ano de 1843 (ASSIS-MADEIRA, 2009). O termo paralisia cerebral foi usado em 1897 por Sigmund Freud após analisar os trabalhos de Little e a expressão PC foi introduzida por Phelps no ano de 1946. Entretanto, o termo paralisia cerebral foi considerado inadequado por alguns autores por sugerir o estacionamento total das atividades motoras e mentais, passando, portanto a ser chamado de encefalopatia crônica não evolutiva da infância a partir de 1959 (ASSIS-MADEIRA, 2009). No Brasil, na década de 80, os pacientes com paralisia cerebral também eram chamados de excepcionais (MENIEL, 2011). Atualmente usam-se os termos Encefalopatia Crônica Não Progressiva ou Não Evolutiva (ECNP ou ECNE respectivamente) (ASSIS-MADEIRA, 2009; SANTOS, 2014; LEVY et al., 2009). A paralisia cerebral se refere a um conjunto de lesões que acometem o cérebro não sendo progressivas, e que tem em comum os distúrbios motores, cognitivos, na postura, na fala e aprendizagem. Podem ocorrer características secundárias como epilepsia, problemas musculoesqueléticos cuja gravidade varia por indivíduo de acordo com a extensão e local da lesão (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Brasil apresenta uma carência de dados epidemiológicos para instituição de prevalência e incidência, contudo no cenário internacional estima-se a ocorrência de 2 – 2,5 casos por mil nascimentos. Ainda assim, as Diretrizes de Atenção do Ministério da Saúde para a pessoa com paralisia cerebral (2013) estimam uma incidência de sete casos por mil recém-nascidos nos países em desenvolvimento (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

## CARACTERÍSTICAS GERAIS DA PARALISIA CEREBRAL

As lesões cerebrais são permanentes na paralisia cerebral e causam sequelas ao longo de toda a vida do indivíduo (GRAHAM et al., 2016). Contudo, uma forma de amenizar o impacto destes distúrbios é a estimulação do sistema nervoso, que possui um mecanismo chamado neuroplasticidade. Na plasticidade do sistema nervoso há o crescimento de novos botões sinápticos e dendritos, a fenda sináptica se estreita, há o incremento de mais neurotransmissores e a promoção da mudança de conformação de macropoteínas receptoras presentes na membrana pós-sináptica. A plasticidade pode ser

estimulada através de estímulos do meio ambiente que são detectados através de nervos periféricos que servem como receptores sensoriais destes estímulos (GRAHAM et al., 2016; FONSECA et al., 2008). O sistema nervoso central processa e armazena as informações captadas pelos sentidos, para que quando nós, sendo estimulados a movimentar, olhar, sentir, pensar, ouvir, consigamos responder a estes estímulos. Desse modo, a resposta do cérebro aos estímulos externos parte deste aos nervos que inervam os músculos, órgãos, e as estruturas do nosso corpo, promovendo a contração e o relaxamento, porém de uma forma coordenada e relativa às circunstâncias (GUYTON, 1996). O indivíduo com paralisia cerebral tem distúrbios em razão do cérebro lesionado não conseguir manter o tônus muscular adequado a cada situação. Isso ocorre tanto em repouso, mantendo uma leve tensão nos músculos que são responsáveis pela postura normal, quanto em atividades físicas como andar. Há tônus baixo (hipotonia), acarretando em relaxamento exagerado (moleza) dos músculos que dificulta a capacidade de se manter em pé, e/ou tônus alto (hipertonía/ espasticidade), que terá como consequência a rigidez muscular limitando seus movimentos (GERALIS, 2007).

Muitas pessoas com paralisia cerebral também apresentam problemas auditivos, visuais, cognitivos, motor, de aprendizado, epilepsia, constipação intestinal, dificuldades na alimentação, escoliose, depressão e osteoporose, que devem ser tratados por profissionais das áreas da saúde (MENIEL, 2011; FONSECA et al., 2008).

### **CLASSIFICAÇÃO: THE GROSS MOTOR FUNCTION CLASSIFICATION SYSTEM (GMFCS)**

Existe um Sistema de Classificação da Função Motora Grossa, o The Gross Motor Function Classification System (GMFCS), que se tornou um padrão para classificar a função motora na paralisia cerebral. De acordo com ela, existem cinco níveis padrão de função motora na paralisia cerebral (GRAHAM et al., 2016).

O primeiro (GMFCS-1) define que as crianças podem correr saltar, subir e descer escadas, ir para a escola, andar pela comunidade, mas tem sua velocidade, equilíbrio e coordenação limitados. O segundo (GMFCS-2) engloba crianças com uma pequena limitação em sua função motora, porém correm, saltam, mas encontram dificuldade em

andar por longas distâncias e se equilibrar em terrenos irregulares, podendo usar cadeira de rodas e dispositivo de mobilidade de mão. No terceiro (GMFCS-3) as crianças utilizam cadeira de rodas ou com dispositivo de mobilidade de mão, precisam de assistência para subir e descer escadas (GRAHAM et al., 2016).

No nível quatro (GMFCS-4) as crianças andam de cadeira de rodas motorizada, e precisam de assistência física (GRAHAM et al., 2016). No último nível, o GMFCS-5, as crianças são transportadas pela cadeira de rodas manual, necessitando de assistência física em todas as circunstâncias, e não conseguem manter a postura da cabeça e do tronco, ou seja, perderam o controle dos movimentos do braço (GRAHAM et al., 2016).

## **A FISILOGIA E A MÚSICA**

O estímulo sonoro ao ser captado pelos nossos ouvidos percorre caminhos neurais auditivos em forma de impulso elétrico até o tálamo, que é responsável pelas emoções; por isso reagimos emocionalmente às músicas. Quanto maior for a atividade cerebral maior será, também, a circulação sanguínea. A música pode causar vasodilatação intracraniana o que pode facilitar o trabalho mental. Quando estamos estressados nossos batimentos cardíacos aumentam, então ouvir música pode ser útil para antagonizar este efeito do estresse (LEINIG, 2009).

A música tem influência na respiração, podendo acelerá-la ou diminuí-la, as inspirações tendem a ocorrer em pontos fortes da música, estabelecendo uma sincronia respiratória/musical (LEINIG, 2009). Quando o indivíduo está emocionado ou quando ouve uma música que lhe emociona ocorre a liberação de grande quantidade de adrenalina pelas glândulas suprarrenais, a adrenalina agirá na parte simpática do sistema nervoso causando alterações circulatórias, respiratórias, digestivas e etc. (LEINIG, 2009).

## **A MÚSICA E O CÉREBRO**

O nosso cérebro está sempre processando e armazenando informações, dedicando mais espaço no córtex às partes do nosso corpo em que há mais atividade e complexidade na execução de movimentos (MONTEIRO, 2010). A capacidade que os neurônios têm de realizar novas sinapses através de sua plasticidade pode causar uma melhora no



aspecto neuromotor a partir de fatores ambientais (estímulos sensoriais) ao qual o sistema nervoso central reage levando a uma melhora de sua percepção, mobilidade, cognição e comunicação. Além disso, existem áreas do nosso cérebro responsáveis por processar e armazenar as informações interpretá-las, associá-las a experiências passadas e comparar com experiências atuais. Outras áreas são capazes de gerar respostas que são expressas exteriormente através da fala, da expressão facial, dos movimentos e sentimentos, e que são dedicadas a determinadas ações. Por exemplo, se você dedicar muito tempo tocando um instrumento musical, a área do cérebro dedicada àquele movimento repetitivo das mãos aumenta, e há a memorização daquela atividade, pois o sistema nervoso entende que aquilo é importante devido à frequência com que você pratica. Isso amplia o aprendizado, pois todas as notas aprendidas e até um simples tocar rítmico nas cordas do violão, estimulam o desenvolvimento neuromotor (MONTEIRO, 2010).

Cada região do nosso cérebro responde ao estímulo musical de modo simultâneo e difuso. Por exemplo, o córtex pré-frontal é responsável pela criação de expectativas, violação e satisfação das expectativas, planejamento do tocar, cantar. O córtex pré-motor é responsável pelo movimento, bater o pé, dançar e tocar um instrumento. O córtex sensorial é responsável pela reação tátil ao tocar um instrumento. O córtex auditivo é responsável pela percepção e análise de tons. A região que está relacionada com a leitura de música, observação dos movimentos de um executante (incluindo os do próprio) é o córtex visual. Já o corpo caloso, liga o hemisfério esquerdo e direito. O núcleo accumbens participa das reações emocionais à música. A amígdala participa das reações emocionais à música e o hipocampo se relaciona com a memória para a música, experiências e contextos musicais. Os gânglios basais são o órgão de sucessão-geração modelação do ritmo, do andamento e métrica. E por fim, o cerebelo está relacionado com os movimentos, como o bater do pé, dançar, e tocar um instrumento, também envolvido nas reações emocionais à música. Uma curiosidade é que o córtex pré-motor, cortex sensorial, cortex auditivo, o corpo caloso e o cerebelo estão aumentados no músico. Estudos mostraram que na discriminação tímbrica, ocorria maior ativação de áreas frontais e temporais do hemisfério não dominante. No córtex auditivo ocorria ativação anterior e lateral para sons graves e médio e posterior para sons agudos. A audição melódica passiva envolvia, principalmente, regiões temporais do

hemisfério direito. Durante tarefas rítmicas, ocorrem ativações na área de broca. O hemisfério direito está relacionado com a altura, timbre e discriminação melódica, e o esquerdo para ritmos, identificação semântica de melodias, senso de familiaridade, processamento temporal e sequencial dos sons (MONTEIRO, 2010).

## A MÚSICA NO CONTEXTO DA PARALISIA CEREBRAL

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como “*percepção individual do seu posicionamento na vida no contexto da cultura e sistema de valores, onde se vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Dessa forma, a qualidade de vida é uma percepção subjetiva e deve ser almejada para todas as pessoas. Contudo, essa qualidade pode ser negligenciada em pessoas com atraso no desenvolvimento (MENIEL, 2011). Sabe-se que crianças e adolescentes com paralisia cerebral necessitam de especial ajuda para manter e desenvolver relacionamentos com o próximo. O efeito da música é resultante do contexto social e cultural interiorizado pelas pessoas. É dessa forma que a música (podendo aqui também pensar na musicoterapia) pode se colocar como um elemento que auxilia a criança e adolescente com deficiências, de maneira a produzir e estruturar pensamentos, emoções, nos âmbitos da vida individual e coletiva, principalmente por auxiliar no desenvolvimento neuromotor atuando com capacidades terapêuticas (FONSECA et al., 2008; VARGAS, 2015).

Pacientes com paralisia cerebral do tipo espástica conseguem relaxar mais facilmente com músicas estimulantes (andamentos ligeiros) utilizando instrumentos musicais de sopro (de metal) e percussão. Os pacientes que possuem o tipo atetóide são conduzidos melhor ao relaxamento através de músicas com melodias e ritmos suaves, principalmente com tons menores utilizando instrumentos de corda e os de sopro (de madeira). Pacientes com hipotonia muscular adquirem um melhor controle físico com aumento do tônus quando tocam instrumentos com músicas de ritmo marcante (andamento ligeiro). Na musicoterapia aplicada aos pacientes com paralisia cerebral do tipo misto (espástica mais atetóide) o musicoterapeuta necessita de grande capacidade de improvisação e observação, pois estes pacientes devido aos diferentes ritmos podem ter seu humor alterado (LEINIG, 2019).

A utilização da música promove o relaxamento, concentração, alívio emocional, melhora na coordenação motora simples e complexa e aplicada em ambientes de outras terapias pode estimular os pacientes a participarem destas terapias (LEINIG, 2019).

### **AVALIAÇÃO: INDIVIDUALIZED MUSIC THERAPY ASSESSMENT PROFILE (IMTAP)**

Essa avaliação é realizada por um musicoterapeuta habilitado ou por um estudante devidamente orientado e supervisionado. O protocolo recomenda sessões de 30 a 60 minutos e que sejam gravadas. IMTAP pode avaliar diferentes grupos de comportamentos e é composta por dez domínios (mas a avaliação pode ser realizada somente com um domínio se o musicoterapeuta preferir), sendo estes: Motricidade ampla, Motricidade fina, sensorial, Comunicação receptiva/Percepção auditiva, Comunicação expressiva, Cognitivo, Emocional, Social e Musicalidade. Os pacientes submetidos a estas avaliações podem ser acompanhados quanto à sua própria pontuação revelando as suas maiores dificuldades e áreas com maior potencial (RODRIGUES, 2015).

### **OBJETIVO GERAL**

Estudar as causas de paralisia cerebral em pacientes assistidos na Associação Beneficente Comunidade de Amor “Rainha da Paz” e verificar a contribuição das atividades musicais para sua qualidade de vida.

### **METODOLOGIA - CASUÍSTICA**

Neste estudo foram incluídos de modo prospectivo 11 assistidos entre crianças, adolescentes e adultos, com paralisia cerebral atendidos na Instituição Beneficente Comunidade de Amor Rainha da Paz situada em Santana de Parnaíba. Essa Instituição atende pessoas com deficiências múltiplas.

Este trabalho foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Universidade Paulista CAAE62018916.3000.5512. Na sequência, os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de inclusão foram considerados

os indivíduos que apresentaram o TCLE devidamente assinado e compareceram a todas as atividades correspondentes. Como critério de exclusão, os indivíduos que não aceitaram os procedimentos propostos.

### **TÉCNICAS: ANAMNESE CLÍNICA E PESQUISA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS**

A anamnese clínica dos 11 assistidos foi realizada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dulci N. Fonseca Vagenas durante o atendimento regular desses indivíduos na própria Instituição. Foram feitas pesquisas de prontuários dos assistidos para obter informações que levassem ao nosso conhecimento as causas de ECNE.

### **AVALIAÇÃO IMTAP (INDIVIDUALIZED MUSIC THERAPY ASSESSMENT PROFILE)**

Para avaliar os efeitos da música, segundo a escala IMTAP, foi selecionado entre os 11 assistidos, uma assistida, que participou de dez encontros musicais, trinta minutos cada, com o instrumento musical violino. Cada encontro foi filmado e avaliado por um musicoterapeuta utilizando a escala IMTAP, avaliando-se a motricidade comparando a primeira com a última filmagem dos encontros musicais. A Tabela 1 descreve as atividades e o tempo de duração de cada atividade. Os outros 10 assistidos foram observados durante as atividades musicais normais oferecidas pela instituição, mas não avaliados pela escala de IMTAP.

**Quadro 1.** Descreve as atividades e o tempo de duração de cada atividade.

<b>Atividade</b>	<b>Duração</b>	<b>Descrição</b>
Conversa inicial	3 minutos	Cumprimentar com um aperto de mãos ou dizendo bom dia. Perguntar quais as expectativas sobre o uso do violino nos encontros musicais.
Apresentação do violino	3 minutos	Explicar que cada corda solta quando “tocada” produz o som de uma nota e que conforme você posiciona o dedo e pressiona em alguma região do braço do violino produz outras notas. O local onde se faz a afinação das cordas do violino. Explicar o posicionamento correto do violino e como segurar o arco (respeitando as limitações do braço direito do assistido devido a sua deficiência) e mostrar como utilizar o arco para produzir as notas.

Primeiro contato do assistido com o violino	4 minutos	Deixar o assistido segurar e tocar o violino e o arco, sentir sua textura, seu peso, tentar posicionar o violino como foi explicado anteriormente. O arco deverá ser segurado da forma mais confortável possível que o próprio assistido decidir. O assistido estará livre para decidir o momento em que irá tocar ou não o violino e o momento em que quiser tocar o instrumento nestes quatro minutos.
Observação do tempo máximo em que o assistido consegue segurar o arco com a mão direita sem apoiá-lo nas cordas do violino	3 minutos	Será observado o tempo máximo que o assistido consegue segurar o arco com a mão direita visto que ela apresenta fraqueza neste braço, a fim de evidenciar progresso na força deste mesmo braço. Somente o arco será segurado, sem apoiá-lo nas cordas do violino.
Ensinar o assistido a utilizar o arco para produzir as notas sol (G), ré (D), lá (A) e mí (E)	4 minutos	Passando todo o arco duas vezes sobre cada uma das cordas sol (G), ré (D), lá (A) e mí (E), lentamente, serão produzidas estas mesmas notas respectivamente. Neste caso não é preciso posicionar algum dedo e pressionar para produzir as notas citadas.
O assistido irá produzir as notas sol (G), ré (D), lá (A) e mí (E) utilizando o arco.	10 minutos	O assistido irá tocar o violino conforme ensinado anteriormente, passando duas vezes todo o arco lentamente sobre cada corda do violino. O voluntário estará livre para decidir se quer descansar os braços para depois poder continuar tocando o violino.
Conversa de despedida.	3 minutos	O assistido será questionado quanto à experiência que teve com o instrumento musical violino, se gostou ou não e se este instrumento musical poderá lhe trazer algum benefício.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos nas pesquisas de dados em prontuários demonstraram que, esta foi uma importante ferramenta para obtenção das informações que levassem às causas de paralisia cerebral juntamente com a anamnese clínica pela qual obtivemos informações não relatadas em prontuário. Participaram do trabalho de musicalização onze assistidos (4 do sexo feminino e 7 do sexo masculino), portadores de Síndrome de Down, Wolf Parkinson, ECNE, Encefalopatia crônica, Hidrocefalia e Macrocefalia, e média de idade entre 21anos,

A assistida K.M.R., foi a selecionada entre os 11 assistidos, para participar das atividades musicais que foram avaliadas segundo a escala IMTAP. Têm 21 anos, sexo feminino, portadora de ECNE com diparesia espástica, frequenta a instituição de segunda à sexta feira, participa da terapia ocupacional, psicologia, xadrez, hidroterapia e atividades musicais. Interessa-se principalmente pelo canto, mas aceitou participar dos encontros

musicais onde foi utilizado o violino. Foram realizados 10 encontros musicais com 30 minutos cada, os quais foram filmados e submetidos á avaliação IMTAP por um musicoterapeuta. No início ela não conseguia segurar o violino sozinha, necessitando de ajuda, não conseguia reproduzir os sons das notas nitidamente e cansava o braço rapidamente (Figura1). Após os dez encontros musicais ela conseguiu segurar e posicionar o violino sozinha e reproduzir os sons das notas nitidamente. Ela faz uso de cadeira de rodas e relatou que “adquiriu um pouco de força no braço direito, após os movimentos realizados para tocar o violino nos encontros musicais, (Figura 2), permitindo que ela movimentasse melhor as rodas da sua cadeira”.

### **AVALIAÇÃO IMTAP (INDIVIDUALIZED MUSIC THERAPY ASSESSMENT PROFILE)**

O primeiro e o décimo vídeo dos encontros musicais com a assistida foram analisados pelo musicoterapeuta que avaliou a motricidade ampla e fina segundo a escala IMTAP. A avaliação da motricidade ampla na escala IMTAP possui subdomínios, que são divididos em dois grupos: A) Fundamentos e B) Perceptivo/Visual/Psicomotor. Já a avaliação da motricidade fina possui os grupos: A) Fundamentos; B) Percutindo cordas; C) Autoharp/QChord; D) Violão/Dulcimer; E) Piano; e F) Altura Percutida/Baqueta.

Alguns subdomínios dos grupos utilizados foram retirados porque não se aplicava ao assistido devido sua condição física como, por exemplo, o subdomínio “Exibe marcha regular” que é aplicado a indivíduos que andam e no caso ela faz uso de cadeira de rodas. Outros subdomínios foram retirados como o subdomínio “Adapta-se tocando para equiparar mudanças no andamento” porque não foi proposto a ela tocar em outros andamentos. Os subdomínios “Violão/Dulcimer”, “Piano”, “Autoharp/Qchord” e “Altura percutida/Baqueta” não foram avaliados porque somente o violino foi utilizado.

A avaliação feita pelo musicoterapeuta no primeiro e décimo encontros musicais resultou em um escore final dos subdomínios e do total do domínio (Motricidade Ampla e Fina) maiores no décimo encontro musical em relação ao primeiro.

Feitas as avaliações de motricidade ampla da primeira e décima filmagens, o subdomínio Fundamentos teve um aumento de 17,6%, o subdomínio Perceptivo/Visual/Psicomotor de 7,7% e o total do domínio (Motricidade Ampla) teve uma melhora de 10,7% (Gráfico 1).

Na avaliação da motricidade fina o subdomínio Fundamentos teve um aumento de 29% o subdomínio Percutindo Cordas de 33,7% e a avaliação total do domínio (Motricidade Fina) aumentou 29,8% (Gráfico 2), comprovando uma melhora nos dois domínios, principalmente na motricidade fina (Gráfico 3). Os gráficos abaixo demonstram os resultados com os valores (em porcentagem) dos escores (resultados) finais.

Figura 1 – O estudante de biomedicina e músico ensinando a assistida a tocar violino no primeiro encontro musical

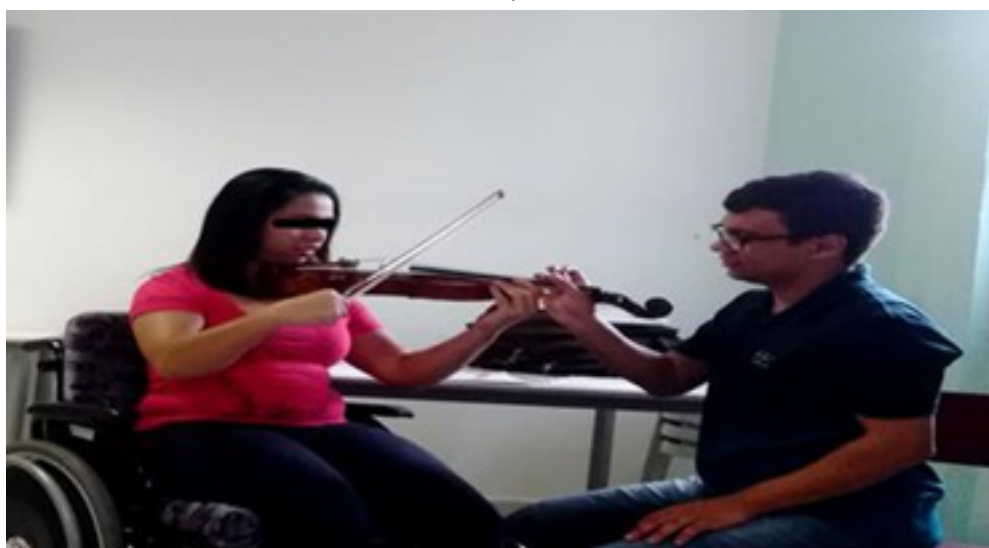


Figura 2. O estudante de biomedicina e músico e a assistida nos últimos minutos do décimo e último encontro musical.

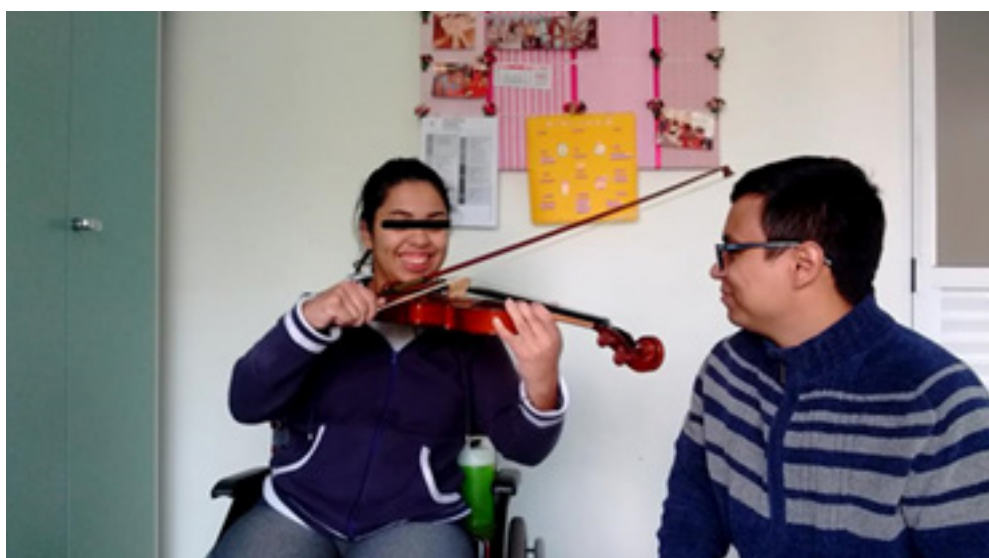


Gráfico 1 - Resultados da avaliação dos grupos de subdomínios e do total de domínio na motricidade ampla do primeiro e décimo encontro musical. O grupo Fundamentos teve um aumento de 17,6%, o grupo Perceptivo/Visual/Psicomotor de 7,7% e o total do domínio (Motricidade Ampla) teve uma melhora de 10,7%

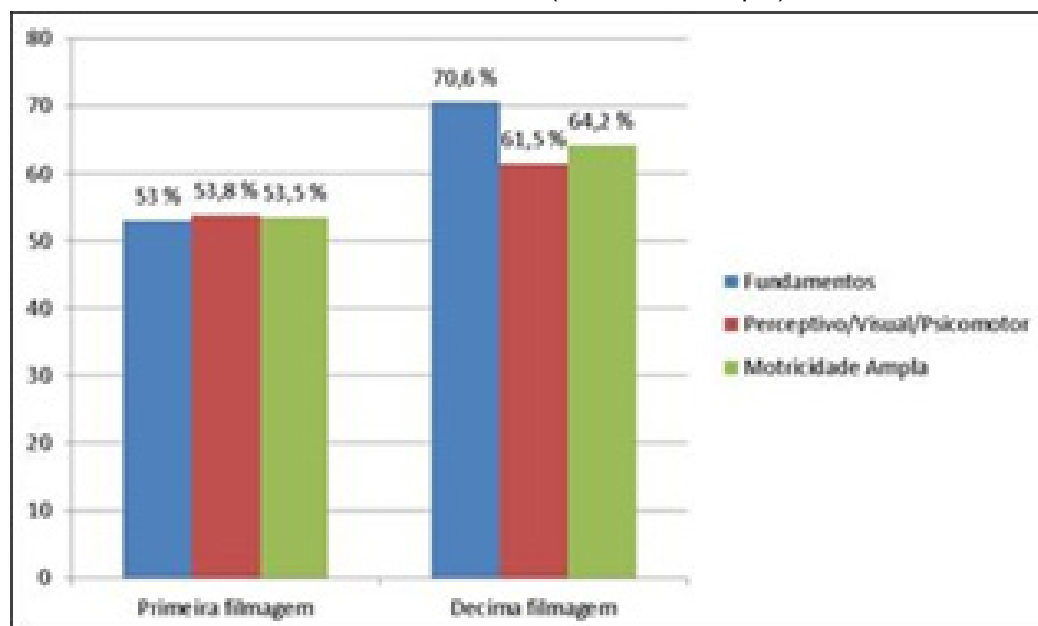


Gráfico 2 – Resultados da avaliação dos grupos de subdomínios e do total de domínio na motricidade fina do primeiro e décimo encontro musical. O grupo Fundamentos teve umaumento de 29% o grupo Percutindo Cordas de 33,7% e a avaliação total do domínio (Motricidade Fina) aumentou 29,8%.

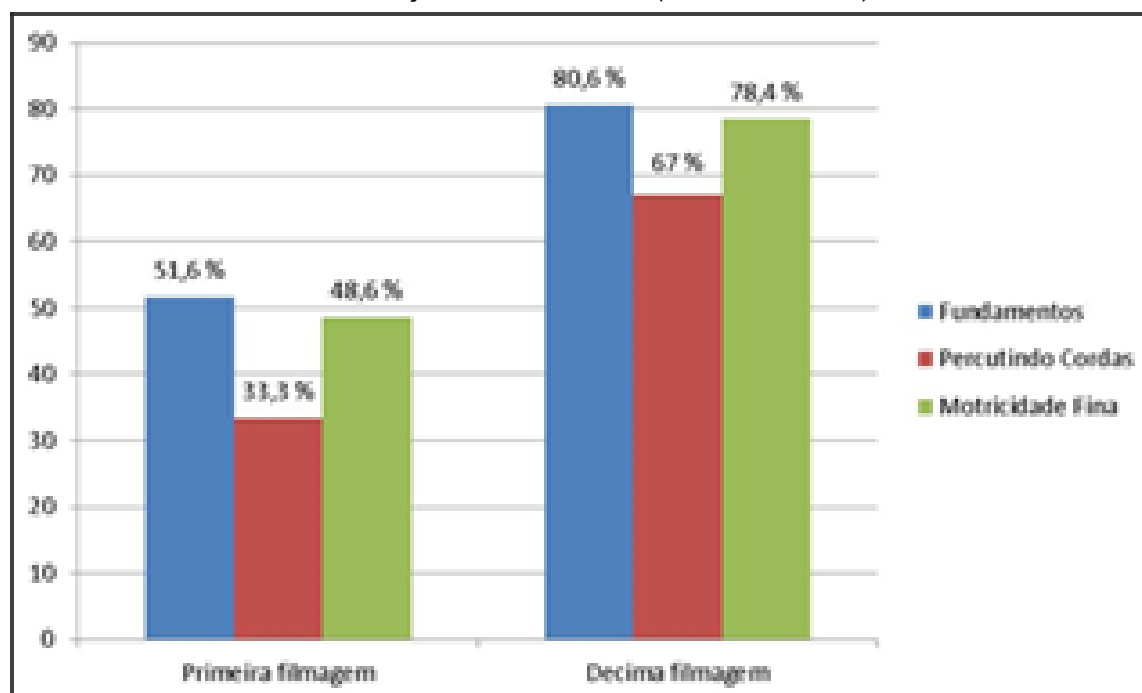
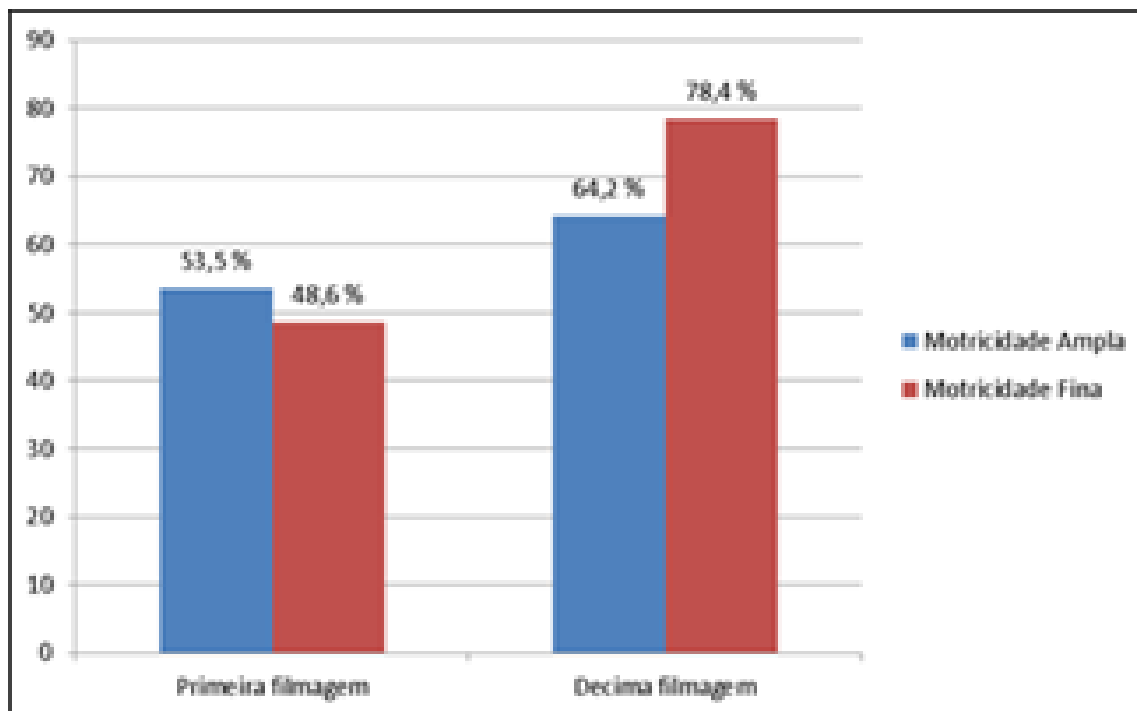




Gráfico 3 – Comparação dos resultados da Avaliação total de domínio (Motricidade Ampla e Fina) do primeiro e décimo encontro musical. Houve melhora na motricidade ampla de 10,7% e na motricidade fina de 29,8%.



## DISCUSSÃO

As principais causas de paralisia cerebral identificadas nesse trabalho, com os 11 assistidos da Instituição Rainha da Paz tiveram a prevalência de: prematuridade e anóxia, seguidas de gestação prolongada, hipóxia e meningite. Os outros 10 assistidos com paralisia cerebral atendidos na instituição utilizaram, nas atividades musicais principalmente instrumentos de percussão, pois são mais simples de tocar e bons para o acompanhamento da música. Observou-se que estes tipos de instrumentos poderão auxiliar na inclusão de novos assistidos que tem seus movimentos amplos e finos afetados. Eles foram beneficiados com a música, a qual serviu para alegrá-los e proporcionar um alívio emocional para as tensões durante e fora das terapias (LEINIG, 2009).

O instrumento musical violino utilizado no trabalho com a assistida K.M.R, demonstrou ser útil na melhora motora tanto dos movimentos amplos como finos e a análise dos movimentos finos resultou em um escore maior, o que significa que este instrumento musical poderá ajudar os indivíduos que o tocarem a realizar movimentos mais complexos, precisos, específicos e delicados. A assistida selecionada tem paralisia cerebral com diparesia espástica, seu membro superior direito tem hipertonia muscular o

que dificultou seus movimentos com o arco. Ela faz uso de cadeira de rodas, por isso a melhora na motricidade ampla e fina esteve restrita ao membro superior direito que realizou os movimentos com o arco, neste caso o uso do violino teve efeito positivo na motricidade ampla e caso não possuísse nenhuma deficiência deste membro o escore da motricidade ampla seria o mesmo tanto no primeiro como no décimo encontro musical.

Quanto aos movimentos finos, à assistida poderá apresentar melhora se realizar atividades diárias como: escrever, desenhar, pintar, recortar, digitar no teclado do computador, realizar atividades que envolvam os dois membros superiores ao mesmo tempo e quaisquer outros movimentos que exijam mais precisão, especificidade e complexidade (SANTOS, 2016).

A hipótese de que mediante a utilização da música como proposta para haver uma melhora motora foi observada através dos resultados obtidos pela avaliação IMTAP realizada pelo musicoterapeuta e corrobora com estudos que relacionam a realização de atividades motoras, principalmente a fina, com a reorganização do mapa cortical e reabilitação do sistema nervoso através dos mecanismos de neuroplasticidade (BORELLA, 2009).

A melhora dos movimentos amplos e principalmente dos movimentos finos não se restringe somente a pessoas com paralisia cerebral, pois os mecanismos pelos quais ocorre a memorização de novas habilidades e execução motora, bem como o aprimoramento destas, são os mesmos para qualquer pessoa, pois se trata da adaptação do sistema nervoso às novas habilidades aprendidas, como por exemplo, o violino utilizado neste trabalho, no qual o indivíduo utilizou movimentos amplos e finos, repetitivos e precisos nas cordas, com a reorganização do mapa cortical como forma de adaptação do cérebro, onde mais da metade do córtex pré-motor é responsável pelos movimentos dos braços e das mãos (HALL, 2011). Pesquisas comprovaram que a estimulação bilateral dos membros superiores promove uma melhor reabilitação cerebral comparado à estimulação unilateral (BORELLA, 2009).

Existe também a memória de habilidades, na qual memórias de atividades anteriores como o primeiro encontro musical da assistida onde ela começou aprender a tocar violino até o décimo encontro musical foram ativadas e, portanto o cérebro pode através deste tipo de memória, calcular a força necessária, a velocidade e a posição correta com que se deve

tocar o violino permitindo o aprimoramento das habilidades já adquiridas (HALL, 2011). A assistida relatou no décimo encontro musical que “gostou de participar das atividades musicais”, portanto, considerando o conceito de memória positiva, ocorreu uma facilitação das sinapses ligadas às memórias dos encontros musicais anteriores que em conjunto com a memória de habilidades e a neuroplasticidade, cooperaram para uma melhora na motricidade ampla e fina (HALL, 2011).

## CONCLUSÃO

A música contribuiu para que a assistida selecionada tivesse momentos de alegria, reabilitação e aprimoramento motor dos membros superiores, permitindo que a mesma percebesse maior força no membro superior direito ao movimentar sua cadeira de rodas.

Os outros 10 assistidos apresentaram satisfação em participar das atividades musicais e vem demonstrando alegria em tocar instrumentos musicais, como tambor, agogô, instrumentos de percussão (chocalho, carrilhão) e violino, além de participar do grupo musical da instituição que toca nas missas e eventos locais. Cabe salientar que toda terapia deve ser contínua e sem data de encerramento.

## REFERÊNCIAS

ASSIS-MADEIRA E. Ausente; CARVALHO S.G. Paralisia cerebral e fatores de risco ao desenvolvimento motor: uma revisão teórica. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.9, n.1, p.142-163, 2009.

BORELLA M.P.; SACCHELLI T. The effects of motor activities practice on neural plasticity. **Rev Neurocienc**, São Paulo 2009;17(2): 161-9.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 8-15 p.

FONSECA, L.F; LIMA C.L.A. **Paralisia Cerebral**: Neurologia, Ortopedia, Reabilitação. Rio de Janeiro: MedBook; 2008.

GERALIS, E. **Crianças com paralisia cerebral**: Guia para pais e educadores. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.16-23.

GUYTON, A.C. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. 16-17 p.

GRAHAM, H.K.; ROSENBAUN P; PANETH N, DAN B; LIN J.P; DAMIANO D.L, et al. **Cerebral Palsy**. 2016. 1-20 p.

- HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**. 12.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. 705-745 p.
- LEINIG, C. **A música e a ciência se encontram**: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia. Curitiba: Juruá; 2009.
- LEVY, C.C.A.C; ROSEMBERG S. Crianças com encefalopatia crônica não evolutiva: avaliação audiológica e próteses auditivas. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo.2009 jul-set; 21(3):237-242.
- MENIEL, S.M. **Paralisia cerebral**: encefalopatia crônica não progressiva da infância: olá quer ser meu amigo? São Paulo: Scortecci; 2011. p. 26-67.
- MONTEIRO, N.C.C.R. Musicoterapia, a prática clínica vista sob a ótica da neurociência. In: Anais do X Encontro Nacional de Pesquisa. 2010. Salvador, Bahia.
- RODRIGUES, I.O. **Os efeitos da musicoterapia através do software cromotmusic em aspectos sensoriais, emocionais e musicais de crianças e jovens surdos**: ensaio controlado randomizado [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
- SANTOS, A. F. Paralisia cerebral: uma revisão da literatura. **Unimontes científica**. Montes Claros, v. 16, n.2 - jul./dez. 2014.
- SANTOS, G. C. **Avaliações motoras para indivíduos de 0 a 12 anos portadores da síndrome de Down**. 34 f. Trabalho de conclusão de curso (licenciatura - Pedagogia) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2016. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/144020>>. Acesso em: 23 mai, 2017
- VARGAS, P.G. **Musicoterapia Aplicada**. CreateSpace Independent Publishing Platform. 1.ed. Espanha, 2015. p. 5-14.

## A INFLUÊNCIA DA MÚSICA AMBIENTE NA ROTINA DIÁRIA DOS USUÁRIOS DE TRANSPORTE COLETIVO DA CIDADE DE CURITIBA

Frederico Gonçalves Pedrosa<sup>1</sup>

**RESUMO:** Esta pesquisa apresenta reflexões teóricas a respeito dos efeitos da música ambiente sobre as pessoas. O estudo, desenvolvido no Programa de Iniciação Científica da Faculdade de Artes do Paraná, entre 2009 e 2010, com o apoio da Fundação Araucária, teve por objetivo investigar a influência da música que era veiculada nos ônibus sobre a vida diária dos usuários de transporte coletivo, na cidade de Curitiba. A revisão de literatura mostrou que esse assunto, no contexto musicoterapêutico, é ainda pouco explorado. No entanto, percebeu-se que no âmbito da enfermagem, há pesquisas já concluídas sobre o tema. De caráter qualitativo, esse estudo teve como instrumento para a construção dos dados um questionário que foi dirigido à pessoas na faixa etária entre 18 e 40 e que haviam permanecido pelo menos 20 minutos no interior dos veículos. A investigação mostrou que a ambientação sonora colabora com o bem-estar e favorece positivamente a rotina diária dos usuários do transporte coletivo da cidade de Curitiba. Mostrou também a necessidade de novos estudos sobre esse tema para o aprofundamento das questões voltadas para o uso da música ambiente como prática de saúde.

**Palavras-chaves:** música ambiente; musicoterapia; Influência da música nos usuários de transporte público.

125

---

<sup>1</sup> Professor do Curso de Bacharelado Musicoterapia da Universidade Estadual do Paraná – *campus* II (Faculdade de Artes do Paraná) e mestrando em Música pela Universidade Federal do Paraná.

## THE INFLUENCE OF THE ENVIRONMENTAL MUSIC IN THE DAILY ROUTINE OF THE USERS OF COLLECTIVE TRANSPORTATION OF THE CITY OF CURITIBA

Frederico Gonçalves Pedrosa

**ABSTRACT:** This qualitative research presents theoretical reflections about the effects of music on people. The study was developed at the Programa de Iniciação Científica at the Faculdade de Artes do Paraná between 2009 and 2010. The goal of this research was to investigate the influence of music conveyed on buses on the daily routine of users of public transportation in Curitiba. The literature review showed that this subject is still unexplored in the Music Therapy context. However, it was noticed that in the Nursing context there is already completed researches about the subject. A questionnaire was asked for people aged between 18 and 40 who travel at least 20 minutes on buses. The investigation has showed that background sound can collaborate to the health and the daily routine of the users of public transport in Curitiba. It also showed that there is a field for further researches on the subject of music as a health practice

**Keywords:** Ambient Music; Music Therapy; Influence of ambient music on users of public transport.

O transporte coletivo de Curitiba possuía, em algumas de suas linhas, um sistema de áudio que difundia no interior dos ônibus uma voz feminina mencionando o nome da estação de parada e as portas que iriam se abrir para as entradas e saídas das pessoas. Entre uma parada e outra a voz era substituída pelo som de peças musicais pré-selecionadas e programadas para serem veiculadas dentro dos ônibus.

O projeto para equipar os ônibus da cidade de Curitiba com música ambiente começou em setembro de 2006 e atingiu uma parte pequena da frota – os coletivos chamados ligeirinhos. No ano de 2007, 195 ônibus contavam com esse dispositivo e já não eram apenas ligeirinhos como também os ônibus chamados biarticulados (GALINDO, 2007; CUNHA, 2006).

As músicas veiculadas nos coletivos pareciam exercer um efeito positivo sobre a população de usuários do transporte, como artigos e matérias de jornais da época relataram. Os testemunhos publicados em gazetas, de acordo com Galindo (2007) e Cunha (2006), dão conta de que a música programada para esse fim acalmava, distraía, fazia o caminho parecer menor e a viagem mais rápida.

No entanto não se sabe como essas músicas eram escolhidas para serem veiculadas nos coletivos. Inicialmente transmitiam-se vários estilos musicais. Cunha (2006) relata que o repertório era composto por músicas como *My Way*, *Folhas secas*, *Garota de Ipanema* e *Imagine* – canções de um repertório que abrangia o estilo da bossa nova e músicas internacionais bastante conhecidas. Tais canções apresentavam estrutura musical semelhante, o que pode indicar que se a pessoa gostasse de uma dessas canções iria gostar das outras. Percebe-se, assim, uma restrição de estilos e gêneros no repertório ofertado à população. No texto de Galindo (2007) ainda é citada a opção pela execução do RAP – vertente do gênero musical canção e que quer dizer ritmo e poesia; resulta da combinação entre linguagem verbal e musical (PINTO & BIAZZO, 2006).

No ano de 2007, a partir de outubro, a música erudita passou a ser executada nos ônibus homenageando a cada mês um compositor. Em outubro reproduziram Nicolo Paganini, em novembro Johann Sebastian Bach e em dezembro as homenagens foram feitas a Georg Friedrich Haendel que se repetiram nos meses seguintes (GALINDO, 2007).

Durante a realização desta pesquisa o repertório disponibilizado aos usuários era composto por música erudita e outros tipos de música, como a brasileira e a influenciada pelos elementos celtas do compositor Carlos Nuñez.

Em abril do ano de 2010, quando do início deste estudo, buscou-se informações junto ao órgão responsável pelo transporte público de Curitiba, a respeito das razões para se colocar música nos coletivos e os critérios para a escolha da programação. Uma das pessoas responsáveis pela manutenção do projeto informou que inicialmente as canções eram escolhidas aleatoriamente, mas começou a ser cobrado, pelo Escritório Central de Arrecadações e Distribuição (ECAD) – órgão que cuida dos trâmites dos direitos autorais decorrentes da execução pública de músicas nacionais e estrangeiras, uma taxa diária por veículo que executasse as músicas. A partir desta oneração as melodias passaram a ser retiradas do *site* [www.dominiopublico.gov.br](http://www.dominiopublico.gov.br), iniciativa que foi tomada para evitar a cobrança de taxas sobre a divulgação das músicas. Também foi esclarecido, na ocasião, que o gênero musical selecionado se deu devido à verificação de um estudo japonês cuja conclusão indicava que este tipo de música, a erudita, proporciona aos ouvintes tranquilidade e conforto.

Segundo suas explicações os ônibus fabricados a partir de 2006 contavam com equipamento de “áudio digital microprocessado” projetado para uso específico em veículo do transporte coletivo, sem dispositivos que permitam a eleição de melodias. As canções eram veiculadas de forma automática, sequencial ou aleatória a partir de um cartão de memória substituível, com duração de até 90 horas e no padrão MP3. Os textos institucionais, que intercalam as músicas, eram acionados via coordenadas GPS (Global Positioning System).

A veiculação de músicas nos coletivos de Curitiba continuou até o segundo semestre do ano de 2013. Em nova consulta ao referido órgão responsável por esses veículos, a informação recebida foi de que, em 2013, a programação musical era composta apenas de músicas de concerto e de domínio público e, por isso, havia solicitações dos usuários tanto no sentido da alteração do repertório como no da suspensão da execução destas músicas. Os pedidos de músicas específicas não podiam ser atendidos dado o fato destas possuírem



direitos autorais. Estes fatos levaram a não mais se reproduzir as músicas nos ônibus de Curitiba, fato que parece ter gerado satisfação aos usuários cessaram as reclamações sobre a reprodução das músicas nos ônibus.

Cabe ressaltar então que, apesar de esta pesquisa ter sido realizada no ano de 2010, considera-se que o estudo apresenta dados e discussões relevantes. Inclusive por ter apontado, assertivamente, indícios que viriam a se constituir nos motivos para a paralização do projeto música nos ônibus, como se verá nas considerações finais.

A partir destas informações este trabalho aborda o tema da música ambiente veiculada nos ônibus de Curitiba e investiga se essas melodias exerciam influências sobre a rotina diária dos usuários de transporte coletivo da cidade de Curitiba. A temática da música ambiente é objetivo de estudos nos campos da psicoacústica, da estética e da acústica (SCHAFER, 2001; ROEDER, 1998). Na área da saúde, a enfermagem tem se dedicado a estudos variados sobre esse assunto (GONÇALEZ, NOGUEIRA, PUGGINA, 2008). A musicoterapia, campo de conhecimento e prática que se insere nas experiências de cuidado à saúde física, mental e emocional das pessoas, começa a despertar para a importância de perceber e analisar a ambientação musical dos espaços físicos. Nesse sentido, este trabalho, pretende oferecer aos profissionais que interagem com as pessoas por meio da música, dados que sensibilizem para a avaliação do ambiente sonoro e para a utilização de melodias a fim de construir planejamentos de ambientes acústicos.

No contexto deste trabalho, foram adotados os conceitos sugeridos por Blacking (1973), que define o som como qualquer frequência capaz de ser captada pelo sistema auditivo e que está inserido em concepções culturais. A música, também seguindo os critérios do mesmo autor, foi entendida como a organização de sons e silêncios que é reconhecida e aceita pela sociedade como o som culturalmente organizado.

O gênero musical chamado de *música ambiente* foi entendido como aquele que incorpora outros estilos – incluindo música erudita, jazz, bossa nova, música eletrônica e *new age* – para gerar uma atmosfera sutil e envolvente. Koellreuter (1977) define este gênero como *música aplicada*.

Partindo dos conceitos sugeridos por Koellreuter (1977) e Blacking (1973) aqui expostos, pode-se dizer que a música ambiente no contexto deste trabalho, significa o som culturalmente organizado e socialmente reconhecido como capaz de modificar o ambiente por gerar uma atmosfera sutil e envolvente e permitir que haja modificações nos aspectos social e civilizador.

A música ambiente se processa extensivamente no tronco do cérebro e por isso é percebida passivamente, de acordo com Brenner *et al.* (2006). Esses autores realizaram uma investigação que enfatizou os aspectos psicofisiológicos do processamento da música. As conclusões desses autores foram de que as músicas contínuas e pouco variadas podem ser fatigantes.

Para Steinberg (S/D), a música ambiente tende a estimular aspectos cognitivos como concentração, atenção e memória além de promover o relaxamento e a redução das tensões. A autora cita esse tipo de música como um dos métodos receptivos e não passivos, inferindo-se que quem escuta música não apenas recebe passivamente as sonoridades, mas interage com elas. A música previamente selecionada bem como comandos sonoros que visam direcionar a escuta para aspectos como timbre, intensidade e altura melódica são tratados por Steinberg como recurso da área de prática organizacional da musicoterapia.

Esta mesma autora diz que intervenções de musicoterapia nos ambientes de convívio ou nos espaços reservados para esses encontros e/ou grupos terapêuticas são ações políticas. São políticas de humanização e prevenção pertinentes desde que engajadas num conceito e num marketing com participação e implicação de todos os envolvidos (STEINBERG, 2007).

A partir do conceito de música e marketing, na chamada psicologia do consumidor, relaciona-se o uso da música ambiente como forma de criar um clima agradável para o consumo. Pesquisas verificaram que a música ambiente gera efeito sobre a motivação e comportamento de vendedoras, influencia a percepção e o comportamento dos consumidores e proporciona um melhor lugar de trabalho para os funcionários (ANDRADE; BARBOSA, 2009; SECO-FERREIRA; 2007).

A aplicação da música erudita como uma proposta de humanização de um serviço de emergência, foi analisada por Silva e Gatti (2007). No artigo constam as respostas de 49 profissionais entrevistados. Entre eles estavam médicos, enfermeiros, auxiliares administrativos, auxiliares de farmácia, auxiliares de limpeza e auxiliares e técnicos de enfermagem. Todos trabalhavam nos períodos da manhã e tarde no setor de emergência. As indagações da entrevista diziam respeito à profissão dos entrevistados, preferência musical e hábito de ouvir música, efeitos da música percebidos no ambiente de trabalho e se o profissional aprovava as intervenções musicais.

As músicas utilizadas neste ambiente hospitalar foram escolhidas entre o repertório do compositor erudito alemão Johann Sebastian Bach; compositor do período musical compreendido como barroco. A escolha se deu pelo caráter relaxante das peças pois, segundo as autoras

música relaxante deve ter sincronidade rítmica, de modo geral, e a música barroca é significativamente eficaz, se comparada a outras formas musicais, na indução de “estados alfa”, ou seja, um estado de alerta relaxado acompanhado pela sensação de bem-estar no ouvinte. O barroco, no setor musical, manifesta-se através do estilo concertante sobre o qual se combinam todos os instrumentos; o estilo desenvolve o virtuosismo, elemento genuíno e indispensável das partituras musicais dos séculos XVII e XVIII. A música barroca também apresenta pelo som imponente, daí o grande desenvolvimento da técnica e da construção musical. Johann Sebastian Bach é perfeito exemplo da arte barroca na história da música; o desenvolvimento do estilo concertante, do virtuosismo, do colorido, da decoração ornamental e do som imponente são eloquentes testemunhos do espírito barroco da obra de Bach (SILVA & GATTI, 2007 p.4).

Sobre as respostas obtidas nas entrevistas, 38% das pessoas tinham preferência por MPB, 19% por jazz/blues e 18% por rock. A música erudita ficou em quarto lugar na ordem de preferências, com 13% das escolhas. Mas 76% das pessoas disseram que os efeitos produzidos no ambiente foram positivos – os efeitos citados foram harmonia, relaxamento, calma, tranquilidade, atenção, leveza, diminuição do *stress* e felicidade. Assim as pesquisadoras chegaram a conclusão de que o tipo de música de preferência individual não parece afetar os efeitos positivos que a música exerce sobre o ambiente (SILVA & GATTI, 2007).

Gonçalves, Nogueira e Puggina (2008), em pesquisa sobre música na assistência de enfermagem no Brasil, citaram que a maioria dos estudos realizados nesta área indicaram que a música utilizada no ambiente para cuidados de saúde é a erudita. Outro estudo foi concretizado por Silva *et al* (2008), a partir da referência de dois estudos estrangeiros que indicavam que a música com som de baixa amplitude, de ritmo simples e direto e com tempo de aproximadamente 60-70 batimentos era adequada para promover relaxamento. Na investigação, um grupo de três acadêmicos de enfermagem executou músicas populares. Os pesquisadores encontraram cinco categorias da influência desta música sobre os indivíduos: alteração positiva da percepção do tempo; bem-estar; entretenimento e mudança da rotina, recordações positivas e companhia.

Caminha *et al.* (2008), averiguou em estudo, a influência da valsa e da marcha sobre os estados subjetivos de pacientes adultos em hemodiálise. Foram escolhidos esses gêneros musicais por possuírem ritmos bastante característicos. A pesquisa revelou que, em média, 83% das pessoas perceberam o tempo passando mais rápido e que, em média, 74% das pessoas obtiveram uma sensação de bem-estar mais rápida do que quando o procedimento da diálise era feito sem a música. Além do mais, pode-se dizer que os estados subjetivos foram modulados de “chateação” e “preocupação” para “paz” e “calma”.

Dentre estes estudos oriundos do campo da enfermagem, dois se detiveram sobre a influência do repertório utilizado e questionaram se o repertório era “do gosto” ou não do pesquisado. Os dois estudos chegaram à conclusão de que a música influencia benéficamente, mas que o tipo de repertório não influi nos benefícios oferecidos pela música. Isso porque, mesmo com a utilização de repertório que não era de preferência dos entrevistados, os resultados foram significativamente positivos.

Observou-se, no decorrer desta revisão, que a abordagem de assuntos que se referem à música ambiente é explorada em diversas áreas de conhecimento e que a maioria dos estudos no contexto da enfermagem chamam essa forma de aplicação de sonoridades por “musicoterapia” ou “uso terapêutico da música” (CAMINHA ET AL, 2008; GONÇALVES, 2008; SILVA *et al.*, 2006). Porém, a pesquisa sobre a influência desse tipo de sonoridade ambiente quando envolve a música de preferência dos entrevistados foi pouco estudada. A

perspectiva de considerar a preferência musical do ouvinte interessa aos objetivos dessa investigação uma vez que aqui se pretende refletir sobre o a música ambiente veiculada nos ônibus e seus reflexos sobre o dia-a-dia dos usuários.

## ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Esta pesquisa, de caráter qualitativo e exploratório foi fundamentada em um enquadre teórico que pretendeu trabalhar com os significados, motivos, aspirações e crenças das pessoas. A partir dessa premissa, esses fenômenos foram entendidos como parte da realidade social vivida e partilhada pelos participantes (MINAYO, 2009).

Foram ouvidas e analisadas as opiniões das pessoas que utilizavam os serviços do transporte público de Curitiba e que aceitaram participar do presente estudo. Procurou-se saber o que pensavam sobre as programações musicais que eram veiculadas dentro dos coletivos a partir de um questionário composto por seis questões relativas à influência dessa música sobre o cotidiano das pessoas. Foram entrevistadas 22 pessoas, na faixa etária entre 18 e 40 anos, cuja permanência dentro do ônibus tivesse um mínimo de 20 minutos.

O tempo de permanência no carro foi determinado pelos pesquisadores com base nos minutos que, em média, os coletivos levam para percorrer o trajeto bairro – estação central da cidade. Tomou-se por referência a distância média de 8 a 10 estações de parada do carro. O percurso foi considerado adequado para que as pessoas pudessem se acomodar no interior do carro e captar os sons do ambiente.

Esses critérios deram fundamento para o desenvolvimento de um projeto que foi submetido e aprovado por um comitê de ética. O mesmo comitê recomendou que se fizesse uma consulta à Urbanização de Curitiba S.A. (URBS), órgão responsável pelo transporte público da cidade, no sentido de solicitar a autorização para a efetivação da pesquisa. Após receber a anuência e as orientações desse órgão, quanto ao horário e local para a concretização das entrevistas, deu-se início à investigação.

Um teste piloto foi aplicado aos passageiros, no horário e no terminal recomendado pela URBS. Percebeu-se, por meio dessa testagem, que as questões precisavam de ajustes e que nos horários que foram sugeridos – de maior fluxo de usuários – os coletivos não veiculavam trilha sonora.

Frente estas constatações, o questionário foi reformulado e o horário de abordagem das pessoas foi remanejado para próximo aos *horários de pico*, de forma a acatar as indicações da URBS e atender aos objetivos do estudo.

As pessoas foram convidadas a participar do estudo enquanto circulavam no terminal. Assim que desciam do coletivo, o pesquisador as abordava com uma explicação da pesquisa e as convidava a responder às perguntas, caso estivessem enquadradas nos critérios de seleção.

Os questionários foram feitos no mês de maio de 2010. Um total de 37 pessoas foram convidadas a colaborar com o estudo. Quinze pessoas se recusaram a responder. As recusas foram justificadas pela pressa ou pela adoção de uma postura de ignorar a presença do pesquisador. Os 22 participantes responderam às questões no próprio terminal, enquanto se dirigiam para outro coletivo ou para fora dos limites estação.

Em posse de todos os questionários passou-se a categorização das respostas. As categorias foram compostas a partir dos temas contidos nas perguntas. Como resultado obteve-se seis classes de respostas dentro do seguinte contexto: 1- sons ouvidos no interior do ônibus; 2- música ouvida no interior do ônibus; 3- Influência desta música nos usuários e suas razões; 4- influência desta música no dia-a-dia dos usuários e suas razões; 5- gosto do usuário em relação a música veiculada; 6- tipos de música que gostaria de escutar no ônibus. As questões foram analisadas a partir da recorrência e coincidência das respostas (FREITAS, 1986). Os conjuntos das respostas semelhantes foram dispostos em quadros que passam a ser disponibilizados e comentados a seguir.

## DISCUSSÃO DE DADOS

### SONS OUVIDOS NO INTERIOR DO ÔNIBUS

O interior dos ônibus é um espaço coletivo e ocupado por uma população que às vezes se concentra em número quase limite à capacidade de ocupação dos carros. Por essa razão acontece ali a produção de sonoridades diversas que somam vozes de pessoas, gritos e choros de crianças, ruídos de motor e de aparelhos eletrônicos como celulares e MP3. Esse contexto e mais os sons provenientes do trânsito dos carros próximos ao ônibus foram aqui considerados por sons ouvidos no interior do coletivo. A esse respeito, os participantes da pesquisa responderam que, quando estavam dentro do coletivo, escutaram:

Quadro 1: Sons ouvidos no interior do ônibus

- |  |
|--|
| 1. Música (16)                         |
| 2. Trânsito (11)                       |
| 3. Pessoas falando (11)                |
| 4. Música de celular (5)               |
| 5. Música Clássica (4)                 |
| 6. Som de <i>headhones</i> alheios (3) |
| 7. Carros (3)                          |
| 8. Criança chorando (3)                |
| 9. Pessoas gritando (2)                |
| 10. Mp3 player (1)                     |
| 11. Poluição sonora (1)                |
| 12. Fofocas (1)                        |
| 13. Nenhuma música nem som (1)         |
| 14. Pessoas dando risada (1).          |

O número das respostas obtidas para esta pergunta excede o total de participantes pela razão de que, quando perguntados sobre quais sons escutaram no interior do ônibus, as pessoas deram mais do que uma resposta. Entre elas, as mais recorrentes foram: sons de risadas, gritos, vozes, ruídos e sons vindos de aparelhos eletrônicos utilizados por outros usuários. Vinte e uma pessoas responderam que ouviram música.

Algumas pessoas especificaram a música como “música clássica”. Outros sons foram comentados pelos passageiros: som do trânsito e de pessoas falando. Este último recebeu denominações de “fofoca” e “pessoas gritando”.

## MÚSICA VEICULADA DENTRO DO ÔNIBUS

A música ouvida no interior dos coletivos, aqui engloba as melodias veiculadas pela central de som instalada no ônibus. Para essas sonoridades, os usuários atribuíram variadas denominações, entre elas:

Quadro 2: Música ouvida no interior do ônibus
1. Música Clássica (10)
2. Música Erudita (4)
3. Música em formato MIDI (3)
4. Música suave (2)
5. Música calma (2)
6. Não sabe o “nome da música” (2)
7. Música Orquestral (1)
8. Toquinho de piano (1)
9. Música celta (1)
10. Nenhuma música (1)
11. Em inglês (1).

As respostas obtidas para a questão sobre qual música foi veiculada dentro do ônibus, mostraram que os usuários haviam escutado o estilo chamado de música erudita ocidental. No entanto este estilo recebeu outros nomes, como “música clássica” e “música orquestral” como é possível observar no quadro acima.

## INFLUÊNCIA DA MÚSICA AMBIENTE SOBRE OS USUÁRIOS

A partir do princípio de que os participantes permaneceram certo tempo do seu dia em contato com a música ambiente dos coletivos, passou-se a perguntar se essa trilha sonora exercia influências sobre eles. Suas respostas mostraram que:



Quadro 3: Influência da música veiculada nos coletivos sobre os usuários

Sim (16)	Razões	Não (6)	Razões
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deixa tranquilo (4)</li> <li>2. Irrita (4)</li> <li>3. Relaxa (3)</li> <li>4. Não dá atenção (2)</li> <li>5. É bom (2)</li> <li>6. Deixa com sono (1)</li> <li>7. Substitui o MP3 player (1),</li> <li>8. É uma ponte que leva a outros pensamentos (1)</li> <li>9. Ajuda a descansar (1)</li> <li>10. Porque gosta (1)</li> <li>11. Acalma (1)</li> <li>12. Vontade de desligar (1)</li> <li>13. Ajuda passar o tempo (1).</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irrita (2)</li> <li>2. Porque não gosta (2)</li> <li>3. Não dá atenção (1)</li> <li>4. Porque não tem a ver comigo (1)</li> <li>5. Porque tem muito tumulto (1)</li> </ol>

Quanto à influência da trilha sonora ambiente sobre os participantes, as pessoas que disseram que as melodias influenciavam seu cotidiano justificaram suas respostas dizendo que a música os deixava tranquilos, os relaxava ou os irritava. Entre os que disseram que a música não exercia influência, justificaram com a opinião de que ela irritava ou que não era do seu gosto pessoal.

É interessante notar que o fato dos entrevistados se sentirem irritados ou de não “prestarem atenção” nas músicas foram usados para justificar tanto a influência e a não influência da sonoridade ambiente sobre os participantes da pesquisa. No entanto, considera-se que mesmo quando a sonoridade ambiente resulta em desconforto, este também se constitui, ainda que de forma negativa, em uma influência da música sobre a pessoa.

## INFLUÊNCIA DESTA MÚSICA NO DIA-A-DIA DOS USUÁRIOS

Uma das perguntas do questionário investigou a opinião dos passageiros quanto a influência da música ambiente na sua rotina de vida diária. Dezesesseis pessoas acharam que a música exercia influência apenas enquanto elas estavam dentro do ônibus. Outras doze pessoas consideraram que a música influenciava seu dia-a-dia.

Como na questão anterior as pessoas justificaram essa influência dizendo que a música os deixava tranquilos, relaxava. Os que expressaram a opinião de que não havia influência, disseram que dormiam durante o trajeto. As respostas podem ser observadas no quadro abaixo.

Quatro 4: Influência da música veiculada nos coletivos sobre o dia-a-dia dos usuários			
Sim (12)	Razões	Não (10)	Razões
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tranquiliza (4)</li> <li>2. Relaxa (3)</li> <li>3. Ajuda a descansar (2)</li> <li>4. É do gosto (2)</li> <li>5. Ajuda a passar o tempo (1)</li> <li>6. Ajuda na concentração (1)</li> <li>7. Dá sono (1)</li> <li>8. Deixa melhor (1)</li> <li>9. Muda o foco da atenção (1)</li> <li>10. Melhora a qualidade (1)</li> <li>11. Porque diferencia do estilo que ouve normalmente (1)</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dorme (2)</li> <li>2. Porque não presta atenção (2)</li> <li>3. Não é todo dia que anda de ônibus (2)</li> <li>4. Irrita (2)</li> <li>5. Não gosta e prefere outros estilos (2)</li> <li>6. “Se mistura” a outros sons e se transforma num ambiente caótico (1)</li> </ol>

## GOSTO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO À MÚSICA VEICULADA NOS ÔNIBUS

Quando perguntados a respeito do tipo de música que gostariam de escutar nos ônibus, metade dos entrevistados respondeu que estavam satisfeitos com o estilo de música que era veiculado. A outra metade dos participantes foi da opinião de que não deveria haver música no interior dos ônibus.

Quadro 5: As músicas veiculadas são do gosto do usuário ou não		
<i>Sim 11</i>	<i>Não 10</i>	<i>Indiferente (1)</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deixa mais calma (4)</li> <li>2. Muda o foco da atenção (1)</li> <li>3. Porque tem o hábito de ouvir (1)</li> <li>4. Melhora o caminho (1)</li> <li>5. Ajuda a descansar (1)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gosta de outros estilos (5)</li> <li>2. Ajuda na poluição sonora (1)</li> <li>3. “Porque não tem nada a ver comigo” (1)</li> <li>4. Não presta atenção (1)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escuta música no celular</li> </ol>

A música ambiente que era veiculada nos coletivos, quando da realização desta pesquisa, coincidia com o gosto musical de onze entrevistados. A outra metade dos participantes respondeu que não gostava da música transmitida nos coletivos ou que esta lhes era indiferente pois escutava música no celular.

Esses dados foram corroborados pelas respostas obtidas na última questão feita aos participantes, conforme consta no Quadro 6.

## TIPOS DE MÚSICA QUE OS USUÁRIOS GOSTARIAM DE OUVIR NO ÔNIBUS

Quadro 6: Tipos de música que os usuários gostariam de ouvir no ônibus
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não acha que deveria ter música no ônibus (7)</li> <li>2. Este tipo de música (6)</li> <li>3. “Música mais animada, mas depende” (1)</li> <li>4. Algo que a pessoa possa dormir (1)</li> <li>5. Pop rock (1)</li> <li>6. Qualquer música que ajude a descansar (1)</li> <li>7. Rock (1)</li> <li>8. sons de natureza (1)</li> <li>9. MPB (1)</li> <li>10. Chopin (1)</li> <li>11. Bach (1)</li> </ol>

Quanto ao tipo de música que os usuários gostariam de ouvir dentro dos coletivos, seis pessoas responderam que gostavam da música que escutam. Nove pessoas sugeriram outros autores ou estilos musicais para o som ambiente. A opinião de sete usuários foi de que os ônibus não deveriam veicular música.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para estudar a influência da música que é veiculada no interior dos ônibus sobre os usuários do transporte público da cidade de Curitiba, foram adotados passos e critérios específicos. A primeira iniciativa tomada em direção a esta construção foi a de entrevistar um dos responsáveis pela escolha e veiculação da música ambiente dentro dos coletivos. Este informou que a escolha das músicas está limitada a não oneração pela sua execução e que estas são inseridas em todos os ônibus que possuem aparelhagem adequada. Sua execução independe do motorista. Ele apenas tem controle da intensidade sonora que será veiculada.

Após cumprir os trâmites burocráticos para a realização da pesquisa passou-se a entrevistar os passageiros dos veículos no momento em que saiam do coletivo, dentro de um terminal. Suas respostas em relação à sonoridade do interior dos ônibus contaram que havia três sons de intensidade mais fortes: a música, o trânsito e o som das pessoas falando. Os participantes disseram que o gênero veiculado era música erudita, clássica ou orquestral e que esta os influenciava deixando-os mais calmos, tranquilos e relaxados. No entanto, os dados indicaram uma contradição, pois as respostas mostraram que, ao mesmo tempo em que a música ambiente relaxava os usuários também os irritava. Esse contrassenso pode ser considerado sob a hipótese de que algumas das pessoas sentiam desconforto por ter que escutar, por todo o tempo do trajeto, músicas não eram de seu gosto pessoal e que se somavam à poluição sonora a qual eles estavam sujeitos.

Em relação a influência desta música sobre a rotina de suas vidas diárias os participantes relataram que ficavam mais calmos e relaxados ou irritados depois de saírem dos coletivos. Foi interessante notar que algumas pessoas disseram que as melodias as irritavam, porém não consideravam este evento como sendo uma influência da sonoridade

ambiente, sendo, talvez, um indício de gosto pessoal. Destacou-se, na análise das respostas, a evidência de que a música ambiente pode exercer mais influência sobre os passageiros enquanto estes estavam utilizando o ônibus do que no decorrer de seu dia-a-dia.

Uma das possíveis justificativas da influência ou não da ambientação sonora sobre os participantes foi o gosto musical dos mesmos. Metade dos participantes disse que a música era de seu gosto e a outra metade disse que não era. A maioria das pessoas que relataram não sofrer influência das melodias disseram que a música não era do seu gosto. Seis participantes responderam que nenhuma música deveria ser veiculada. Este dado coincide com a quantidade de participantes que considerou que a música não os influenciava no trajeto.

Sete participantes eram receptivos à música veiculada nos ônibus e nove indicaram outro estilo para ouvir no trajeto feito pelo coletivo. Estes dados corroboraram os achados das pesquisas citadas na revisão de literatura (GONÇALVEZ, 2008; SILVA & GATTI, 2007) quando estas indicaram que a música veiculada nos espaços físicos para a ambientação das pessoas não precisam estar relacionadas ao gosto das mesmas. Deve-se levar em consideração, no entanto, que a audição contínua de melodias que desagradam as pessoas pode levar a reações de desconforto (BRENNER et al., 2006).

Por fim, cabe uma consideração sobre o uso da música ambiente como prática da área de enfermagem. Práticas de saúde que utilizam a música não devem ser chamadas de musicoterapia. A musicoterapia deve ser exercida por um profissional qualificado, o musicoterapeuta (BARCELLOS E TAETS, 2010). Além disso, a prática da musicoterapia acontece com base em três atores que participam ativamente do processo: o participante, o musicoterapeuta e a música, situação que não ficou definida nos trabalhos aqui revisados.

Este trabalho estudou os motivos e critérios adotados para o uso da música nos ônibus de uma determinada linha, na cidade de Curitiba, e sua influência sobre na rotina diária dos passageiros. A investigação mostrou que a ambientação sonora, de uma forma geral, influencia na rotina dos usuários tanto de forma positiva quanto de forma negativa.

Ao desenvolver a pesquisa percebeu-se que a execução de melodias com fins de ambientação sonora pode ser um campo de estudo e atuação da musicoterapia. Entende-se que esta área científica que utiliza a música como recursos de sua prática pode oferecer mais perspectivas para o entendimento, a análise e a compreensão da ambientação musical dos espaços físicos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. A. BARBOSA.S. C. Influência da música ambiente sobre o comportamento de clientes e funcionárias de uma loja de varejo de moda feminina. **Revista de Psicologia IESB**, 2009, VOL. 1, NO. 1, 11-20

BARCELLOS L.M.R. TAETS G. Musicoterapia: um instrumento de cuidado da enfermagem? In: **Anais do XII Fórum Paranaense de Musicoterapia**. Curitiba: 2010

BLACKING, J. **How Musical is Men?** London: Faber & Faber, 1973.

BRENNER, T. FRIGATTI, E. OSELAME, M. SIMÕES, P. **Análise da utilização da música funcional em supermercados na cidade de Curitiba**. 2006. Disponível em: [http://www.sgmt.com.br/anais/p02pesquisaresumoexpandidooral/RECO07-Brenner\\_et\\_al\\_Anais\\_XISBMT.pdf](http://www.sgmt.com.br/anais/p02pesquisaresumoexpandidooral/RECO07-Brenner_et_al_Anais_XISBMT.pdf). Acesso em: 02/12/2009.

CAMINHA, LB. SILVA, M.J.P. LEÃO, ER. **A influência de ritmos musicais sobre a percepção dos estados subjetivos de pacientes adultos em hemodiálise**. 2009. Disponível em: <http://submission.scielo.br/index.php/reeusp/article/view/8418>. Acesso em: 02/12/2010.

CUNHA, D. **Ônibus musical “acalma” população**. 2006. Disponível em: <http://www.jornalcomunicacao.ufpr.br/redacao3/node/35>. Acesso em: 02/12/2009.

FREITAS, Maria de Fátima Quintal de. O psicólogo na comunidade. Estudo da atuação de profissionais engajados em trabalhos comunitários. Dissertação. 224 f. (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1986.

GALINDO, R. **Música em ônibus pode render multa à prefeitura de Curitiba**. 2007. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?tl=1&id=706863&tit=Musica-em-onibus-pode-render-multa-a-prefeitura-de-Curitiba>. Acesso em: 02/12/2009.

GONÇALVEZ, D.; NOGUEIRA, A.; PUGGINA, A. **O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: uma revisão bibliográfica**. 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/13121/8881>. Acesso em: 02/12/2009

KOELLREUTTER, Hans-Joachim. O ensino da música num mundo modificado. Em: **Anais do I Simpósio Internacional de Compositores**. São Bernardo do Campo. Brasil: 1977. In: <http://www.latinamerica-musica.net/ensenanza/koell-ensino-po.html>

PINTO, J. BIAZZO, C. **As relações entre rap, escola e inclusão social**. 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/afroatitudeanas/volume-1-2006/Ilia%20Ambile.pdf>. Acesso em: 23/04/2010.

ROEDERER, Juan, G. **Introdução à física e psicofísica do som**. São Paulo: EDUSP, 1998.

SCHAFER, R. Murray. **A afinação do mundo**: uma exploração pioneira pela história passada e pelo atual estado de mais negligenciado aspecto do nosso ambiente: a paisagem sonora. Tradução de Marisa Trench Fonterrada. São Paulo: UNESP, 2001.

SECO-FERREIRA, D. C. **Efeitos de música ambiente sobre o comportamento do consumidor**: Análise comportamental do cenário de consumo. Tese de doutorado, 2007. Universidade de Brasília, Brasília-DF.

SILVA, S. FAVA, S. NASCIMENTO, M. FERREIRA C. MARQUES, N. ALVES S. **Efeito terapêutico da música em portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise**. 2006 . Disponível em:

<http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=159>. Acesso em: 02/12/2009

SILVA, M.; GATTI, M. **Música ambiente em serviço de emergência: percepção dos profissionais**. 2007. Disponível em:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a03.pdf). Acesso em: 02/12/2009

STEINBERG, Mirian. **Musicoterapia Empresarial**. Disponível em: <http://www.oapce.com.br/index.cfm?go=app.text&ID=13>. S/D. Acesso em: 11/03/2010

STEINBERG, Mirian. Musicoterapia Organizacional: O discurso, o método e os Níveis. In: **Anais do IX Fórum Paranaense de Musicoterapia**. Curitiba, PR: 2007.

## ENTREVISTA

Andressa Dias Arndt nasceu em São Bento do Sul, no estado de Santa Catarina. Estudou música desde menina e, depois de um encontro inusitado, decidiu que seria musicoterapeuta. Sua trajetória de vida é diversa, intensa e consta de uma passagem pela UNESPAR de 2012 a 2015, ocasião em que deu aulas no curso de Musicoterapia, orientou estágios e concluiu seu mestrado. Atualmente, Andressa reside em Florianópolis e dedica-se ao curso de doutoramento em Psicologia na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. É de lá que recebemos o carinho efervescente das respostas que compõem essa entrevista.

**InCantare: Poderia contar um pouco sobre seus estudos e formação musical?**

**Andressa:** Sempre estudei em escolas públicas, incluindo minha formação musical que começou na Escola de Música Donaldo Ritzmann, vinculada à Fundação Cultural de minha cidade natal. Com 10 anos iniciei meus estudos em Teoria Musical e Canto Coral. Com 11 anos comecei a estudar teclado com Leila Dobrochinsk. Foi com ela e com minha irmã que aprendi a amar a Música Popular Brasileira. As aulas com a Leila eram carregadas de risadas, histórias e aprendizados. Dediquei-me ao estudo do teclado durante 5 anos. Desde os 11 anos frequentei aulas de canto, naquela época, com o Maestro Frank Graf (*in memoriam*) da FURB (Universidade Regional de Blumenau). As aulas de canto me acompanharam e me acompanham intensamente. Durante esse período estudei piano com Edeltraut Edith Klostermann, a quem dedico um carinho enorme até hoje. No meu quinto ano de teclado, faltando pouco tempo para conclusão do curso, desisti do instrumento, pois fui capturada por uma paixão pelo violão. Comecei a estudar violão clássico, a contragosto, mas era a exigência do professor Renato, caso eu quisesse um dia aprender violão popular com ele. Após os meus 18 anos, já morando em Curitiba, estudei canto com Ana Cascardo no Conservatório de Música Popular Brasileira e violão com o professor de música que mais impactou minha vida: César Marques. O César tem um tipo particular de relação com a música e com o violão, da qual compartilho e que me afeta muito. Com ele vivenciei aulas viscerais, corporais, tinha muita pulsão naquela forma de estudar violão. Aprendi muito



com ele, sobre percepção, sobre apropriação, sobre ter uma relação quase simbiótica com o instrumento. O César me ajudou a ser uma musicoterapeuta melhor, mesmo não sendo essa a formação dele. Nenhum(a) professor(a) até hoje impactou tanto minha relação com a música como ele.

**InCantare: Como foi seu encontro com a musicoterapia?**

**Andressa:** Quando estava chegando a época do vestibular, passei a procurar um curso, pensei em várias opções: Letras, Jornalismo, Fonoaudiologia, etc. Mas, nenhum deles me convencia. Certo dia, e até hoje eu acho essa história muito curiosa, eu estava saindo de uma agência bancária naquela linda cidadezinha do norte catarinense, com meus livros de piano, e tropecei em um senhor. Meus livros caíram, ele me ajudou a pegar, e me perguntou: Você estuda música? Comentei que aqueles eram meus livros de piano, ao que ele respondeu: minha filha é musicoterapeuta! Nunca, em toda minha formação musical eu havia escutado aquela palavra. Eu não sabia do que se tratava, mas cheguei na Escola de Música Donaldo Ritzmann, conversei com minhas professoras de música e disse: já decidi o que vou cursar, vou fazer Musicoterapia! Eu não tinha a menor ideia do que era a profissão, mas uma convicção tão grande tomou conta de mim que eu não tinha dúvidas, aquele era o meu desejo profissional. Na época, eu não tinha internet em casa para poder pesquisar sobre a Musicoterapia, lembro que a Professora Marcési me emprestou uma pasta dela com xerox de livros que narravam experiências de Musicoterapia. Eu me encantei e “decorei” aquelas páginas. Em seguida, procurei saber quem era a filha do homem com o qual eu havia esbarrado na agência bancária. Tive o prazer de conhecer a musicoterapeuta Lidiane Tascheck, que me contou sobre a Musicoterapia e ajudou em minha preparação pré-vestibular, mediando meu contato com a Faculdade de Artes do Paraná – FAP, atual UNESPAR (Universidade Estadual do Paraná) Campus de Curitiba II, instituição de sua formação, e minha também.

**InCantare: Você tem contato com profissionais musicoterapeutas no dia a dia? O que percebe no trabalho que fazem?**

**Andressa:** Escolhi sair de Curitiba há pouco mais de dois anos para me dedicar ao doutorado em Florianópolis-SC. Atualmente, não tenho contato com muitos musicoterapeutas em meu cotidiano, a atuação de nossa profissão aqui é expressivamente

menor se comparado à Curitiba. Mas, como minha pesquisa investiga os fazeres e saberes musicoterápicos em contextos sociocomunitários na América Latina, estou tendo o enorme privilégio de conhecer, alguns pessoalmente, mas a grande maioria por Skype, colegas de profissão de países latino-americanos. Tenho me encantado com a forma criativa de nossa profissão atuar. São contextos tão distintos, realidades sociais e culturais tão diferentes, mas me chama atenção dois grandes “em comum” nas práticas profissionais que tenho conhecido com minha pesquisa: a aposta na potência do fazer musical e a paixão pela Musicoterapia.

**InCantare: Qual é a sua impressão sobre a musicoterapia?**

**Andressa:** Compreendo a Musicoterapia como um campo de saber que aposta na potência do sujeito e do fazer musical. Percebo a Musicoterapia como uma profissão causadora de tensionamentos por se colocar sempre em um *entre* lugar, ela não é uma Psicologia, ela não é uma Medicina, não é Educação Musical, ela transversaliza tudo isso para se fundar como um outro possível. Para mim, a riqueza da Musicoterapia é justamente esse caráter performático e transgressor. Performático porque se re-cria toda vez que encontra diferentes desafios no cotidiano de trabalho. Transgressor porque não se filia à uma disciplina, não é legitimada como área de conhecimento no Brasil, e mesmo assim, invade as ruas, universidades, congressos e mídia com o trabalho que faz.

**InCantare: Qual é a sua impressão sobre a profissão do musicoterapeuta?**

**Andressa:** Uma profissão ousada e apaixonante. Optar por ser musicoterapeuta no Brasil é escolher uma militância, é ter que se explicar cotidianamente, é aprender diariamente a não somente realizar um bom trabalho, mas saber nomear e sustentar sua prática. Talvez por isso, tenho a impressão de que só permanece na musicoterapia quem é muito apaixonado pelo que faz, e de igual modo, isso nos move a sermos muito desbravadores. Nossa profissão abriu e abre muitos campos de atuação pela garra dos profissionais que resistem aos preconceitos e incompreensões vigentes.

**InCantare: Fale um pouco sobre sua prática musicoterapêutica.**

**Andressa:** Iniciei minha prática profissional no campo da saúde mental, com pessoas em sofrimento psíquico grave, primeiramente em um hospital de internamento psiquiátrico integral e, em momento posterior, em um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Ao

longo dos anos, muitas experiências me transversalizaram. Já trabalhei com crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista), pessoas com paralisia cerebral, mulheres em luto, pessoas idosas, pessoas com Alzheimer, contextos empresariais, docência no ensino superior, bem... A lista continua. Mas, nos últimos anos tenho me dedicado a atuar no campo sociocomunitário e socioassistencial. Durante meu mestrado realizei uma pesquisa-intervenção em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da região metropolitana de Curitiba - PR. Atualmente, meu compromisso com a Musicoterapia é na condição de pesquisadora, e tenho encarado isso como uma oportunidade incrível de crescimento pessoal e profissional.

**InCantare: Você percebe pontos positivos tanto no campo de saberes como na profissão do musicoterapeuta? E negativos? Quais são? Comente um pouco.**

**Andressa:** A grande potência que vejo é o trabalho que realizamos. Adentramos muitos contextos, encontramos pessoas em diferentes situações e temos escrito histórias incríveis. Não nos intimidamos com falta de recursos, somos criativos/as e não temos dúvida das transformações positivas que testemunhamos nas relações que estabelecemos, mediadas pelo fazer musical.

Um dos grandes pontos negativos que percebo é praticamente não termos ofertas de pós-graduações *stricto sensu* específicas da Musicoterapia no Brasil. Certamente há pontos positivos em dialogar com outras áreas de conhecimento, mas, a falta de oportunidade de nos especializarmos em nossas teorias nos coloca em um constante risco de enfraquecimento epistemológico.

**InCantare: Em comparação com o início de sua trajetória até os dias de hoje, percebe mudanças no campo e na profissão?**

**Andressa:** Um grande avanço que percebo em nossa profissão ao longo desses meus dez anos como musicoterapeuta é que nossa formação acadêmica (me refiro à proposta da UNESPAR, pois me é a mais próxima), agora é muito mais voltada para pesquisa científica, com incentivo à participação em eventos e publicações. Uma formação que investe no campo prático, mas também no campo epistemológico e técnico da Musicoterapia.

**InCantare: Você teria alguma sugestão para os musicoterapeutas que estão iniciando suas carreiras?**

**Andressa:** Estejam abertos/as a vivenciar todas as experiências possíveis no campo da Musicoterapia, não subestimem nenhum tipo de encontro porque no inusitado pode residir a possibilidade de aumento de nossa potência de ser, pensar e existir.

Participem de eventos científicos, publiquem seus estudos de caso, conversem com colegas de profissão, estudem outros idiomas, invistam no prazer da leitura, e por fim, parafraseando Rancière em sua obra O espectador emancipado: faça sua própria música com a música que é feita diante de você.

**InCantare: Pode falar algo sobre a importância da formação continuada, ou seja, a continuidade dos estudos após a graduação em musicoterapia?**

**Andressa:** A graduação em Musicoterapia é um grande escancarar das fronteiras, é aquele investimento primeiro, que te conquista e te faz querer uma relação. Será sempre insuficiente, por mais que aprimoremos a proposta curricular. É preciso desejar conhecer cada vez mais, e assim, vamos percebendo que os caminhos vão se alargando. Investir em formação é investir em si e no outro, aquele com o qual trabalhamos. Estudar é uma oportunidade incrível de construir redes, encontrar pares, escancarar incertezas e assim, investir na produção de conhecimento científico, tema tão caro à Musicoterapia. Por fim, gostaria de mencionar o quanto sou grata aos/as professores/as que me acompanharam e me acompanham em minha formação. É inspirada na potência de trabalho deles/as que me constituo amante da música, da musicoterapia e da pesquisa.

## OBJETIVOS E POLÍTICA EDITORIAL

A InCantare é uma revista interdisciplinar que enfatiza a veiculação de artigos que tratam de articulações entre arte, saúde e educação. O periódico é uma publicação do Campus de Curitiba II da Faculdade de Artes do Paraná – FAP/UNESPAR, com periodicidade semestral. A revista foi criada no ano de 2010, intitulada NEPIM (ISSN 2237-3365) e no ano de 2012 foi renomeada para InCantare. Mantida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia – NEPIM, a revista tem por objetivo publicar e divulgar artigos originais e inéditos de autores filiados a grupos de pesquisa, que tragam contribuições para o campo da Musicoterapia, da Música, da Educação, da Saúde e de áreas afins, fomentando assim o intercâmbio entre pesquisadores de diversas instituições universitárias do país. Atualmente, a revista encontra-se indexada nas bases Periódicos (CAPES), Sumários (nacional), Latindex (latino americano), e Copernicus (internacional). A Revista InCantare está disponível na versão on-line, ISSN 2317-417X. As contribuições enviadas pelos autores serão submetidas ao processo de revisão cega por pares de no mínimo dois relatores especialistas ad-hoc mais a revisão dos editores.

## NORMAS EDITORIAIS

A Revista InCantare recebe artigos para dois volumes ao ano e a submissão é feita exclusivamente através de cadastro do autor no portal de periódicos da UNESPAR. A publicação tem por objetivo divulgar artigos nas áreas de Musicoterapia, Música, Educação, Saúde e afins, nas suas mais variadas formas de análise disciplinar, incentivando assim o intercâmbio de conhecimento entre pesquisadores de diversas instituições de ensino, sejam elas brasileiras ou estrangeiras.

Processo de Submissão e Avaliação: os trabalhos deverão ser enviados aos Editores, via Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER), que os encaminhará, sem identificação, aos avaliadores do Conselho Editorial. O nome dos autores e avaliadores será mantido em sigilo. As contribuições enviadas pelos autores serão submetidas ao processo de revisão cega por pares de no mínimo dois avaliadores mais a revisão dos editores. No caso de discrepância avaliativa será enviado a um terceiro parecerista. Os

pareceres serão enviados aos autores para a ciência do resultado do processo e, quando for o caso, para que faça as modificações solicitadas e rerepresente o trabalho. As submissões serão feitas online: <http://goo.gl/TjaXOH>

1. Serão aceitos manuscritos originais para serem submetidos à aprovação de avaliadores que sejam especialistas reconhecidos nos temas tratados. Os trabalhos serão enviados para avaliação sem a identificação de autoria.
2. Serão aceitos para a submissão textos em língua portuguesa, espanhola e inglesa.
3. A redação se reserva o direito de introduzir alterações nos originais, visando a manter a homogeneidade e a qualidade da publicação, respeitando, porém, o estilo e as opiniões dos autores. As provas tipográficas não serão enviadas aos autores.
4. Os artigos publicados na Revista InCantare podem ser impressos, total ou parcialmente, desde que seja obtida autorização expressa da direção da revista e do respectivo autor, e seja consignada a fonte de publicação original.
5. É vedada a reprodução dos trabalhos em outras publicações ou sua tradução para outros idiomas sem a autorização da Comissão Editorial.
6. As opiniões emitidas pelos autores dos artigos são de sua exclusiva responsabilidade.
7. A revista aceita colaborações de diversos formatos:

- **Artigos:** compreende textos que contenham relatos completos de estudos ou pesquisas concluídas, matéria de caráter opinativo, revisões da literatura e colaborações assemelhadas. Resenhas: compreende análises críticas de livros e de periódicos recentemente publicados, como também de dissertações e teses.

- **Memorial artístico-reflexivo:** compreende um memorial de performance onde constam informações sobre o conceito da obra e uma descrição detalhada do trabalho de produção artística.

- **Tradução:** compreende a tradução de textos de estudos artísticos em língua estrangeira moderna para seu correlato em língua vernácula brasileira.

• **Entrevista:** compreende o relato de profissionais, artistas ou pesquisadores que tenham sido interrogados sobre um objeto de estudo específico.

## SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

1. Para a submissão, os artigos podem ser organizados em dois diferentes formatos: “DOC” ou “DOCX”, sem informação de autoria/co-autoria. O nome completo dos autores, bem como a biografia resumida (com no máximo 100 palavras) em língua vernácula e traduzido para o mesmo idioma do resumo em língua estrangeira, devem obrigatoriamente ser incluídos nos respectivos campos da submissão do artigo no sistema da Periódicos da UNESPAR. Na biografia, indicar a afiliação institucional, o nome do grupo de pesquisa, o endereço eletrônico, informações de interesse e que digam respeito à pesquisa e o link de acesso ao Currículo Lattes do(s) autor(es).

2. Os artigos deverão ser digitados em fonte Arial, tamanho 12 e espaçamento de 1,5 entre as linhas. Com no mínimo 12 e no máximo 22 páginas. A estrutura dos trabalhos e as regras de citação deverão estar em conformidade com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Exemplos disponíveis na página da UFPR: <http://www.portal.ufpr.br/normalizacao.html>.

3. Utilizar formato de folha A4 com margens de 3 cm e texto justificado.

## FORMATAÇÃO

A organização interna dos trabalhos deve ser padronizada na seguinte ordem:

**Título:** Centralizado no topo da primeira página, em negrito;

**Resumo:** Deve conter entre 150 e 250 palavras e palavras chave (de 3 até 5 termos), escritos no idioma do artigo;

**Resumo em língua estrangeira (Inglês ou Espanhol):** Deve conter entre 150 e 250 palavras e palavras chave (de 3 até 5 termos). O corpo do texto dos Resumos deve estar em fonte Arial, tamanho 12, com recuo de parágrafo de 3 cm e espaçamento simples;

**Notas de rodapé:** as notas devem ser reduzidas ao mínimo e redigidas em corpo 10, com a numeração acompanhando a ordem de aparecimento.

**Citações dentro do texto:** nas citações de até três linhas feitas dentro do texto, o autor deve ser citado entre parênteses pelo sobrenome, em maiúsculas, separado por vírgula da data da publicação. A especificação da(s) página(s) deverá seguir a data, separada por vírgula e precedida de “p.” (SILVA, 2000, p. 100). Se o nome do autor estiver citado no texto, indica-se apenas a data, entre parênteses: “como Silva (2000, p. 100) assinala...”. As citações de diversas obras de um mesmo autor, publicadas no mesmo ano, devem ser discriminadas por letras minúsculas após a data, sem espaçamento (SILVA, 2000a, p. 25). Quando a obra tiver dois ou três autores, todos poderão ser indicados, separados por ponto e vírgula (SILVA; SOUZA; SANTOS, 2000, p. 17); quando houver mais de 3 autores, indica-se o primeiro seguido de et al. (SILVA et al., 2000, p. 155). As citações com mais de cinco linhas devem ser destacadas, ou seja, apresentadas em bloco, em tamanho 10, espaço simples e com recuo de parágrafo de 4 cm.

**Referências:** as referências devem conter o mínimo de informação para que o material utilizado como embasamento da pesquisa seja identificado por quem ler o artigo no site da UNESPAR. As informações a serem incluídas em cada referência variam de acordo com o tipo de mídia no qual o material foi consultado. As referências deverão ser organizadas no final do texto, em ordem alfabética, de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

**Ilustrações:** as imagens devem ser enviadas em formato JPEG diagramadas no arquivo do texto e enviadas em arquivos separados, no momento da submissão no sistema de Periódicos da UNESPAR no campo documentos complementares. Cada arquivo de imagem deve ter pelo menos 100 dpi.

Para maiores detalhes e/ou sanar dúvidas quanto às normas para apresentação de documentos científicos a serem enviados para possível publicação na revista, o seguinte manual, cujo teor guia esta publicação, deve ser consultado:

AMADEU, Maria Simone Utida dos Santos. Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT. Curitiba: Ed. UFPR, 2015.

Página eletrônica onde é possível encontrar mais exemplos <http://goo.gl/pl7mMc>.



Obs.: É de caráter obrigatório, para artigos resultantes de pesquisas que tenham sido aprovadas por Comitê de Ética em Pesquisa, que esta informação seja indicada em nota de rodapé ou no texto.

## PRESENTATION FORMAT

InCantare is a semiannual publication of the Interdisciplinary Nucleus of Study and Research in Music Therapy of the Paraná State College of Fine Arts. Created within an interdisciplinary character in 2010, the journal is dedicated to publishing original and unpublished papers from authors associated to research groups, which contribute to Music Therapy, Music, Education, Health, and related fields. The journal is certified by scientific basis like Sumários (Brazilian), Latindex (Latin American), and Copernicus (International). Contributions to the Journal will be submitted to a double blind review process conducted by the minimum of the two members of the Journal's Editorial Board plus the Journal's editors. All reviews will be sent to the author(s). When classified as "subjected to revision" the author(s) will be asked to make the requested corrections in the text before sending it back to the second assessment, which will be done by the previous editors. There will be no identification of author(s) and reviewers during the review process. The reviewers should send their reports to the author(s) in three or four weeks. In general, the assessment process takes two or three months. Full papers should be submitted online, through the following website: <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare>.

## ARTICLE SUBMISSION

1. For the submission, articles should be organized in a 'DOC' format, with no authors' identification. The authors' mini-curriculum (with the maximum of 100 words) should be presented as part of the online submission. Author(s) should add to the minicurriculum the institutional affiliation of each author, research group's title, email address, brief information to the research interest, and web link to the author's online curriculum page.

2. Papers should be typed in: Font type Arial, Font size 12; spacing between lines should be 1,5.

3. The structure of the paper as well as the citation rules should comply with the norms of the Brazilian Association for Technical Standards (ABNT).

4. The A4 paper format should be used numbered top right, margins should be 3.0 cm on each side, and the text should be justified.

5. Title and subtitle (if any) should be in bold capital letters and centralized at the top; two single spaces below the complete author(s) name(s) to the right of the sheet with the numbers to the footnote.

6. Abstract, title and keywords must be provided in both Portuguese and English (about 150-200 words long, simple spaced, three to four keywords).

7. Papers must be limited from the minimum of 12 to the maximum of 22 pages.

8. References should be organized alphabetically by the surname of the first author, at the end of the text, according to specifications of ABNT- Brazilian Association of Technical Standards.

9. Footnotes, if any, should be at the bottom of the sheet in font size 11 with the numbers following the order of appearance.

10. Literal citations of more than three lines should be presented in font size 11, in a paragraph detached from the text, according to the current ABNT version.

11. In-text citations should be presented according to ABNT: author's name and date in parenthesis, number of the pages must be indicated only in direct citations.

12. In accordance with Resolution 196/96, research involving human subjects must present the Brazilian Platform registration number.

13. Graphics, tables, music scores and illustrations will be published in black and white.

14. Authors are responsible for the content of their contributions, the accuracy of their citations and references.

The Interdisciplinary Journal from the Study and Research Group on Music

Therapy accepts articles written in English and Portuguese within the following categories:

- theoretical articles (descriptions and evaluations based upon current theories and literature);
- research report (presentation of methodology, data and analysis process of finished research);
- case reports ( a theoretical descriptions and analysis of a punctual situation);

- descriptive memorial (report or description in first person of a case or process based upon a theoretical perspective);
- summary (critical summary of books or works from the current literature);
- succinct description of theses and dissertations.