

REVISTA DO NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS INTERDISCIPLINARES EM MUSICOTERAPIA

# inCantare

Volume 9 N.1 - Jan. / Jun. 2018 - ISSN 2317-417X

REVISTA IN CANTARE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ

CAMPUS DE CURTIBA II - FACULDADE DE ARTES DO PARANÁ



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

**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. Sydney Roberto Kempa**

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

Diretora / *Dean*: **Prof<sup>a</sup> 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. Dr<sup>a</sup> Noemi Nascimento Ansay**

Editora Chefe / *Editor-in-chief*: **Prof. Dr<sup>a</sup> Cristiane Wosniak**

**Editoras / *Editors***

**Prof<sup>a</sup> Dra. Rosemyriam Cunha - Universidade Estadual do Paraná**

**Prof<sup>a</sup> Ms. Mariana Lacerda Arruda - 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***

**Dr<sup>a</sup> Bernadete F. Grilo Machado**

Universidade Estadual do Paraná

**Dr<sup>a</sup> Marly Chagas Oliveira Pinto**

Conservatório Brasileiro de Música do RJ

**Dr<sup>a</sup> Gislaine Vagetti**

Universidade Estadual do Paraná

**Dr<sup>a</sup> Noemi Nascimento Ansay**

Universidade Estadual do Paraná

**Dr<sup>a</sup> Beatriz Ilari**

University of Southern California

**Dra. Debbie Carrol**

Université du Québec à Montreal

**Dra. Luciana Barone**

Universidade Estadual do Paraná

**Dr. André Acastro Egg**

Universidade Estadual do Paraná

**Ms. Lydio Roberto Silva**

UniBrasil Centro Universitário

**Dr<sup>a</sup> Claudia Zanini**

Univeridade Federal de Goiânia

**Dr<sup>a</sup> Cybelle Maria Veiga Loureiro**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Dr<sup>a</sup> Mayumi Denise Senoi Ilari**

Universidade de São Paulo

**Dr<sup>a</sup> 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 9 N.1 - Jan. / Jun. 2018 - 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 DE CURITIBA II - FACULDADE DE ARTES DO PARANÁ



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

© 2018 Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR – Campus de Curitiba  
II - Faculdade de Artes do Paraná – FAP

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>

Indexadores:



InCantare – Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia / UNESPAR – Campus de Curitiba II – FAP;  
Rosemyriam Cunha (editora). – v. 9 n. 1. (jan./jun., 2018). - Curitiba: FAP, 2018. 108p.  
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>AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO ESTÁTICO EM JOVENS COM DEFICIÊNCIA VISUAL</b> .....	9
Carlos Fernando França Mosquera Suellen da Costa Souza William Cordeiro de Souza Anne C.S.G. Nascimento Anita Helena Schlesener	
<b>PASSADO E PRESENTE NOS MODOS DE FAZER FANDANGO CAIÇARA EM PARANAGUÁ/PR</b> .....	24
Frederico Gonçalves Pedrosa	
<b>MUSICOTERAPIA RECEPTIVA NO TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA</b> .....	47
Maria Cristina Nemes Liliane M. F. Oliveira L. Souza	
<b>MUSICOTERAPIA E O IMPLANTADO COCLEAR: REVISÃO SISTEMÁTICA</b> .....	67
Marcus Vinicius Alves Galvão	
<b>A CANÇÃO DE APRESENTAÇÃO COMO UM RECURSO DE MUSICOTERAPIA NA SAÚDE MENTAL</b> ..	85
Marcelo Rubens de Paula Reis Marina Horta Freire	

## CONTENTS

<b>EDITORIAL</b> .....	7
Rosemyriam Cunha Mariana Arruda	
<b>EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO ESTÁTICO EN LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD VISUAL</b> .....	10
Carlos Fernando França Mosquera Suellen da Costa Souza William Cordeiro de Souza Anne C.S.G. Nascimento Anita Helena Schlesener	
<b>PAST AND PRESENT IN THE WAYS OF DOING FANDANGO CAIÇARA IN PARANAGUÁ/PR</b> .....	25
Frederico Gonçalves Pedrosa	
<b>RECEPTIVE MUSIC THERAPY FOR CHRONIC PAIN TREATMENT</b> .....	48
Maria Cristina Nemes Liliane M. F. Oliveira L. Souza	
<b>MUSIC THERAPY WITH COCHLEAR IMPLANT USERS: SYSTEMATIC REVIEW</b> .....	68
Marcus Vinicius Alves Galvão	
<b>PRESENTATION SONG AS A RESOURCE OF MUSIC THERAPY IN MENTAL HEALTH</b> .....	86
Marcelo Rubens de Paula Reis Marina Horta Freire	

## EDITORIAL

Sinceras saudações aos nossos leitores e contribuidores. Apresentamos hoje, o volume 9 da InCantare, com artigos que representam a produção de autores de destaque nas suas áreas de especialização. Estamos convictas de que os autores e as pessoas que citam nossa revista é que são os motores que nos movem a buscar a qualidade e a continuidade do periódico. Esse sentimento nos leva à gratidão e nos enleva, pois nos fortalece a dar continuidade à socialização de saberes e práticas que articulam a música à saúde e educação. Em circunstâncias de incertezas, como as que passamos nesse período histórico da nação, nossa revista se mantém fundamentada na crença de que é preciso perseverar e agir em prol da vida e do bem estar das pessoas. A Arte se torna um recurso forte nesses momentos.

Partindo dessa perspectiva, convidamos nossos leitores a compartilhar das propostas teórico-práticas selecionadas para o volume que aqui se concretiza com a colaboração de vários autores. **Carlos Mosquera, Suellen da Costa Souza, William Cordeiro de Souza, Anne C.S.G. Nascimento e Anita Helena Schlesener** relatam os resultados de uma intervenção para avaliar o perfil psicomotor jovens cegos com idade entre 06 e 14 anos, com o uso de testes de equilíbrio estático. Voltado para manifestações culturais populares, **Frederico Gonçalves Pedrosa** descreve e analisa modos de fazer Fandango Caiçara na cidade de Paranaguá, cidade litorânea do estado do Paraná, com destaque para algumas alterações nesse sistema cultural.

**Maria Cristina Nemes e Liliane M. F. Oliveira L. Souza** descrevem detalhes de tratamentos do alívio da dor crônica e como as práticas da musicoterapia se inserem nesse contexto. A colaboração de **Marcus Vinicius Alves Galvão** se presentifica em uma revisão sistemática a respeito da musicoterapia e a pessoa com implante coclear com contribuições da prática musicoterapêutica nessa área.

**Marcelo Rubens de Paula Reis e Marina Horta Freire** fecham esta publicação com reflexões sobre o uso da técnica canção de apresentação no âmbito da musicoterapia inserida na saúde mental. Eles indicam benefícios dessa prática tanto em relação ao usuário como ao musicoterapeuta.

Desejamos que desfrutem do conteúdo dos artigos. Boa leitura.

**Rosemyriam Cunha  
Mariana Arruda**

## AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO ESTÁTICO EM JOVENS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Carlos Fernando França Mosquera<sup>1</sup>

Suellen da Costa Souza<sup>2</sup>

William Cordeiro de Souza<sup>3</sup>

Anne C.S.G. Nascimento<sup>4</sup>

Anita Helena Schlesener<sup>5</sup>

**RESUMO:** A deficiência visual é definida como perda total ou parcial da visão, podendo ser congênita ou adquirida, provocada por doença como: toxoplasmose, retinopatia, glaucoma, catarata, oftalmia neonatal, traumatismos, entre outras ou ainda, por causas desconhecidas. É classificada em baixa visão ou visão subnormal e cegueira. De acordo com Smith (2008) e Oliveira *et al* (2000), pessoas com baixa visão podem ter eficiência no funcionamento visual, para isso, alguns fatores devem ser considerados, como o grau de acuidade visual, o uso da visão periférica (quando existente), e a etiologia da deficiência visual. A baixa visão e a cegueira provocam na maioria das vezes um desequilíbrio nos deslocamentos dessas pessoas, como afirma a literatura, mas nem sempre estas informações são unânimes nas investigações científicas. Sabendo disso, traçamos como objetivo do trabalho a avaliação do perfil psicomotor (equilíbrio estático) de crianças entre 06 e 14 anos com baixa visão (n=16)(GE) e sem a baixa visão (n=26)(GC), usando dois testes de equilíbrio estático para reconhecer potencialidades e as dificuldades das crianças e comparando os resultados dos testes dos dois grupos. A opção pelos testes, decorre da facilidade de aquisição dos materiais, bem como o baixo custo para adquiri-los. Pode-se executar esses testes em qualquer espaço físico, por isso a escolha de um método prático e viável. Em nossa pesquisa, a baixa visão não representou de forma acurada a efetiva causa de desequilíbrios estáticos. Mas sim, podemos constatar que, crianças na faixa etária avaliada que exercitam-se extracurricular, obtêm um melhor equilíbrio estático dos jovens que não se exercitam.

9

**PALAVRAS-CHAVE:** Baixa visão. Avaliação. Equilíbrio

---

1 Professor Associado da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR) Campus Curitiba II

2 Acadêmica de dança da UNESPAR/Curitiba II

3 Membro do Núcleo de Estudos em Atividade Física da Universidade do Contestado (UNC)

4 Diretora do Centro de Atendimento Educacional Especializado Natalie Barraga – Área Deficiência Visual

5 Doutorado em História (UFPR), Pós-doutorado em Educação (UNICAMP)

## EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO ESTÁTICO EN LOS JÓVENES CON DISCAPACIDAD VISUAL

Carlos Fernando França Mosquera

Suellen da Costa Souza

William Cordeiro de Souza

Anne C.S.G. Nascimento

Anita Helena Schlesener

**RESUMEN:** La discapacidad visual se define como pérdida total o parcial de la visión, pudiendo ser congénita o adquirida, provocada por enfermedad como: toxoplasmosis, retinopatía, glaucoma, catarata, oftalmía neonatal, traumatismos, entre otras o por causas desconocidas. Se clasifica en baja visión o visión subnormal y ceguera. De acuerdo con Smith (2008) y Oliveira et al. (2000), las personas con baja visión pueden tener eficiencia en el funcionamiento visual, para ello, algunos factores deben ser considerados, como el grado de agudeza visual, el uso de la visión periférica (cuando existe) y la etiología de la baja visión. La baja visión y la ceguera provocan, la mayoría de las veces, un desequilibrio en los desplazamientos de esas personas, como afirma la literatura, pero no siempre estas informaciones son unánimes en las investigaciones científicas. Sobre esto, trazamos un objetivo del trabajo con el perfil psicomotor (equilibrio estático) de niños entre 6 y 14 años con baja visión (n = 16) (GE) y sin la baja visión (n = 26) (GC), utilizando dos pruebas, de equilibrio estático para reconocer el potencial y las dificultades de los niños y comparando los resultados de las pruebas de los dos grupos. La opción por las pruebas, deriva de la facilidad de adquisición de los materiales, así como el bajo costo para adquirirlos. Se pueden realizar estas pruebas en cualquier espacio físico, por lo que se opta la elección de un método práctico y viable. En nuestra investigación, BV no representó de forma precisa la efectiva causa de desequilibrios estáticos. Pero sí, podemos constatar que, niños en la franja etaria evaluada que se ejercitan extracurricular, obtienen un mejor equilibrio estático de los jóvenes que no se ejercitan.

10

**PALABRAS-CLAVES:** Baja visión. Evaluación. Equilibrio

## INTRODUÇÃO

A deficiência visual (DV) é definida como perda total ou parcial da visão. As causas podem ser classificadas como pré-natais, perinatais ou pós-natais; podendo ser congênita ou adquirida, provocada por doença como: toxoplasmose, retinopatia, glaucoma, catarata, oftalmia neonatal, traumatismos, entre outras ou ainda, por causas desconhecidas. É classificada em baixa visão (BV) ou visão subnormal e cegueira.

Em reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) realizada na Tailândia em 1992, definiu-se que a pessoa com baixa visão é aquela que possui um comprometimento parcial em seu funcionamento visual, até mesmo quando realizado tratamento para correção de erros refracionais e estes permanecem; além disso, quando se constata acuidade visual inferior a 6/18, percepção de luz ou um campo visual inferior a 10° do seu ponto de fixação; e ainda assim utiliza ou é potencialmente capaz de utilizar a visão para o planejamento e execução de tarefas. (SÁ; BIM, 2012; CASTRO, 2016)

De acordo com Smith (2008) e Oliveira *et al* (2000), pessoas com baixa visão podem ter eficiência no funcionamento visual, para isso, alguns fatores devem ser considerados, como o grau de acuidade visual, o uso da visão periferia (quando existente), a etiologia da DV, variáveis internas (como batimentos cardíacos e retorno venoso), variáveis ambientais (como contraste, distância e iluminação) e técnicas de estimulação.

A primeira estimativa global sobre deficiência visual foi feita em 1975 e indicou que havia 28 milhões de pessoas cegas. Já na década de 1990, estimou-se que a população mundial de pessoas cegas era de 38 milhões e 110 milhões de pessoas com baixa visão. Em 1996, os números foram corrigidos para 45 milhões de cegos e 135 milhões de pessoas com baixa visão. Para 2020, a previsão é de que o número de pessoas com deficiência visual seja o dobro, comparado aos números de 1990. (TALEB *et al*, 2012, p.17 e 18).

No Brasil, há 6,5 milhões de pessoas com DV. De acordo com o censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do total de pessoas com DV, 582 mil são cegas e 6 milhões tem baixa visão. (BRASIL, 2017).

Numa perspectiva psicomotora, considera-se que o corpo pode ser compreendido pelo indivíduo, a partir da formação de um esquema, uma imagem corporal e, assim como o movimento, mesmo surgindo de fenômenos inconscientes, desenvolve-se em parte,

graças à visão. Dessa forma, ficam perceptíveis as adaptações que ocorrem no corpo e no movimento das pessoas com deficiência visual. De acordo com Coquerel (2016), a mudança postural e a deambulação são as mais evidentes. Outra modificação relevante – e da qual se trata o presente artigo – diz respeito ao desenvolvimento do equilíbrio destes sujeitos, que ocorre principalmente pelo acionamento dos sistemas sensoriais, através de áreas neurais correspondentes à audição e ao tato (DICKINSON; LEONARD, 2007).

O equilíbrio é uma habilidade motora, desenvolvida através da associação da visão com o aparelho vestibulo coclear e proprioceptivo, a força muscular e a morfologia corporal, que faz dessa forma, o controle e ajuste postural, organização, orientação e localização espacial. (COQUEREL, 2016; DUARTE; ZATSIORSKY, 2002). O equilíbrio possibilita ao sujeito estar numa posição ou postura de forma eficaz, com menor gasto de energia e com a diminuição do efeito das forças que agem sobre o corpo, como a gravidade. Ou seja, é quando ocorre o alinhamento do centro de massa do corpo em relação à base. De acordo com (PARREIRA; GRECCO), *“um sistema está em equilíbrio mecânico quando a somatória de forças que atuam sobre ele é igual a zero.”* Entretanto a estimulação sensório-motora e a estimulação transcraniana por corrente contínua parecem ser uma estratégia de reabilitação, segundo os autores.

Assim como afirma Tomomitsu *et al* (2013), em pessoas com DV é comum que não haja essa correspondência no desenvolvimento, assim não há o controle do equilíbrio corporal, *“sobretudo quando o comportamento inativo e sedentário é preponderante por conta da restrição psicomotora.”* (CARTER; KANNUS; KHAN, 2001). E essa é uma realidade em crianças com DV congênita, principalmente quando os pais não reconhecem a estimulação precoce como fator decisivo para se evitar os atrasos psicomotores.

Como o sistema visual oferece informações e referências insuficientes ou até nulas para as pessoas com DV, o desenvolvimento do equilíbrio depende significativamente dos sistemas vestibular e somatossensorial. Entretanto, como o processamento de informações diretamente relacionadas ao equilíbrio, é mais lento no sistema somatossensorial, o sistema vestibular torna-se o grande responsável. Segundo Andrade *et al* (2012), Bouchard e Tetreault (2000), Dickinson e Leonard (2007), é possível perceber a diferença no desenvolvimento do equilíbrio entre indivíduos videntes e pessoas com deficiência visual. Os indivíduos cegos e

com baixa visão, apresentam maior dificuldade para manter o controle postural sobre uma base. Outros estudos, com os mesmos objetivos desta pesquisa, como os de (MATOS; OLIVEIRA) comparando os testes de equilíbrio em crianças (8 a 11 anos) com BV e crianças que não apresentam a deficiência visual não encontraram diferenças significativas nos resultados, mesmo que a metodologia tenha sido diferente, uma plataforma estabilométrica.

“O estímulo visual é responsável por todo o processo de desenvolvimento da capacidade visual da criança – que ocorre até aproximadamente os 5 anos de idade.” (MOREIRA, 2016, p.66). Portanto, as crianças com DV devem ser estimuladas precocemente a desenvolver sua mobilidade e conseqüentemente seu equilíbrio estático e dinâmico, através da exploração do espaço corporal e ambiental proximal, pois há evidências claras de que a redução ou falta de visão, reduzem significativamente o equilíbrio corporal desses indivíduos (SKAGGS; HOPPER, 1999)

Sabendo disso, avaliamos o perfil psicomotor (equilíbrio estático) de crianças entre 06 e 14 anos com BV (n=16)(GE) e sem a BV (n=26)(GC), usando dois testes de equilíbrio estático para reconhecer potencialidades e as dificuldades das crianças e comparando os resultados dos testes dos dois grupos.

A opção pelos testes, decorre da facilidade de aquisição dos materiais, bem como o baixo custo para adquiri-los. Pode-se executar esses testes em qualquer espaço físico, por isso a escolha de um método prático e viável.

## **MATERIAL**

Dois testes de equilíbrio foram utilizados para realizar a avaliação, o Teste de equilíbrio do Flamingo e o Teste de equilíbrio sobre a barra, com os olhos fechados - Bateria de Roloff. O Teste de equilíbrio do Flamingo (VASCONCELOS, 1991) tem o objetivo de avaliar a capacidade de equilíbrio estático, através da lateralidade dos membros inferiores. Foi realizado com o indivíduo em pé, colocando um dos pés sobre o eixo longitudinal de uma trave à altura do chão, feita de madeira, com medidas de 50 cm de comprimento, 3 cm de largura e 4 cm de altura. A perna livre é flexionada e o peito do pé segurado com a mão do mesmo lado. O indivíduo tenta manter-se nessa posição por um minuto, podendo previamente apoiar-se no antebraço do observador para se colocar na posição correta.

Durante 60 segundos, o sujeito realiza o número de tentativas necessário, de modo a manter o equilíbrio sobre a trave. Utilizou-se também um cronômetro para marcar o tempo. O teste foi realizado com os dois pés.

O Teste de equilíbrio sobre a barra, com os olhos fechados- Bateria de Roloff (Pereira, 1981), tem como objetivo avaliar equilíbrio estático, sem a ajuda da visão. Para isso, o participante deve colocar-se em cima da barra (com as mesmas medidas do teste anterior), com o pé colocado ao comprimento desta, o pé livre deve ser retirado do chão e os olhos devem ficar fechados, mantendo assim o equilíbrio pelo maior tempo possível. O tempo foi contado a partir do momento em que o pé livre deixou o solo e foi encerrado, assim que o mesmo tocou o chão novamente. Além da barra, foi necessário também o uso de um cronômetro pra marcar o tempo. O teste foi realizado alternando os pés de apoio.

Para os testes de medida de massa corporal e de estatura; a medida de estatura segue as orientações do Manual do PROESP/BR, com as observações específicas desta bateria (uso de fita métrica com precisão até 2mm). Para o teste de medida de massa corporal, foi usado uma balança com precisão de até 500g. A medida foi anotada em quilogramas com a utilização de uma casa decimal.

Outros materiais como cronômetro, papel, caneta, venda para cobrir os olhos, também foram utilizados para a execução dos testes. Os testes com jovens de baixa visão foram realizados no próprio Centro (CRAID) que frequentam e, com os jovens da escola particular os testes foram realizados na própria escola.

Para a análise dos dados foi realizada a estatística descritiva composta por média, desvio padrão e frequência relativa (%). Foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados. A Comparação dos dados paramétricos foi realizada através do teste U de Mann-Whitney. Já os dados paramétricos foram comparados pelo teste T de Student. Foi adotado um nível significância de  $p < 0,05$ . Todas as análises foram realizadas no software SPSS versão 20.0.

## RESULTADOS

### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Para o grupo experimental (GE), foram selecionadas 16 crianças e jovens frequentadores do CRAID (06 a 14 anos), (gráfico 1) de ambos os sexos, que apresentavam baixa visão. Outro critério de inclusão, os mesmos não podiam ter diagnóstico de alguma outra deficiência. Como critério de exclusão, adotamos os pressupostos dos alunos não ser autorizados pelos pais à participar da pesquisa.

Para o grupo controle (GC), foram selecionados 26 crianças (da mesma faixa etária do GE) da rede particular de ensino. Como critério de inclusão os selecionados não podiam apresentar transtornos visuais e que fossem autorizadas pelos pais para participar da pesquisa. Como critérios de exclusão, se os candidatos apresentassem o diagnóstico de baixa visão ou outra deficiência. A seleção dos jovens foi aleatória, o tipo de pesquisa foi quantitativa.

**Tabela 1: Idade média dos participantes da pesquisa**

Grupo Experimental (GE)	Idade em anos	Diferença média
	9,3 anos	7,4 em anos
Grupo Controle (GC)	Idade em anos	Diferença média
	10,2 anos	4,2 em anos

**Gráfico 1: Número de participantes da pesquisa**



## RESULTADOS REFERENTES À ANÁLISE DOS EQUILÍBRIOS ESTÁTICOS

Os dados obtidos na testagem referem-se ao maior tempo mantido em equilíbrio, tanto de olhos abertos como de olhos vendados.

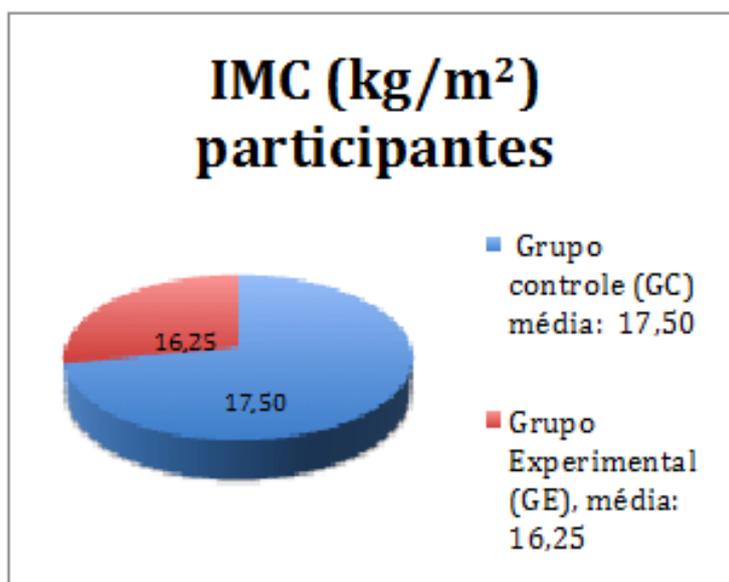
A tabela abaixo (tabela 1) mostra a média de idade de participantes que foram avaliados na pesquisa. O número de participantes do Grupo Controle (n=26) (gráfico 1), foi superior ao Grupo Experimental (n=16) pelo interesse e disposição na investigação. O GC exercita-se mais, em atividades extracurriculares que o GE, como mostra a tabela 2. Estes dados já poderiam prever melhores respostas nos testes de equilíbrio, uma hipótese inicial dos pesquisadores.

Os dados coletados mostram que a idade dos grupos se assemelham, sendo a média de idade do GC um ano e um mês mais velhos (tabela 1). Quanto ao IMC (kg/m<sup>2</sup>), o GC também apresenta índices superiores ao GE (gráfico 2), esta diferença não foi suficiente para atrapalhar a mostra da pesquisa, porque a referência comparada é o IMC, apenas. Se fôssemos apenas comparar o peso dos grupos poderíamos encontrar outras conclusões dos resultados obtidos, o que não foi o caso.

**Tabela 2: Número de participantes da pesquisa que participam de atividades físicas extracurriculares**

<b>Alunos CRAID</b>	N= 16	5 realizam	11 não realizam
<b>Alunos Escola particular</b>	N= 26	20 realizam	6 não realizam

**Gráfico 2: IMC (kg/m<sup>2</sup>) dos grupos participantes da pesquisa**

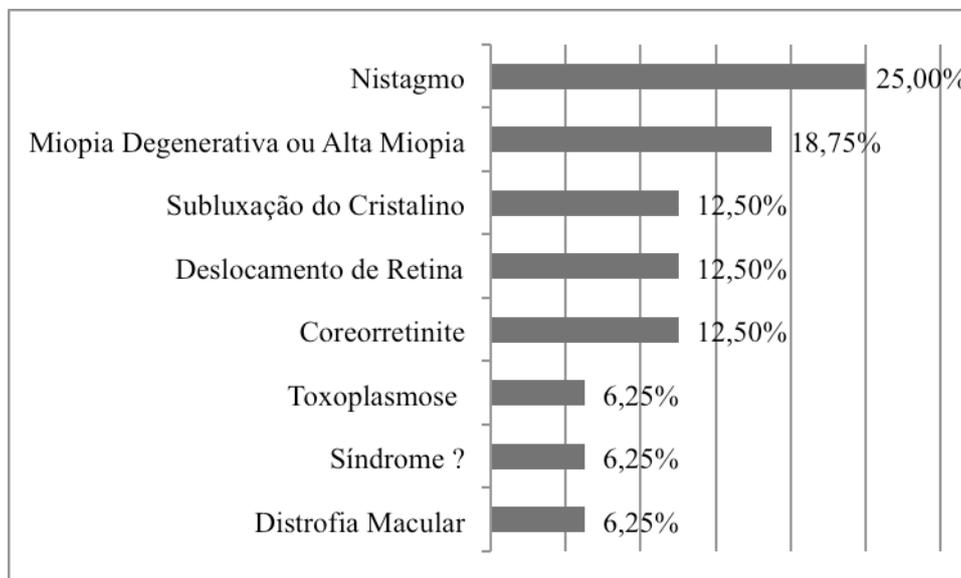


Quanto a estatura (m) e massa corporal (kg) dos grupos avaliados o GC apresenta índices maiores para ambas variáveis testadas (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra

Variáveis	Grupo Controle (n=25)	Grupo Baixa Visão (n=16)	p
Idade (anos)	10,2±4,2	9,3±7,4	0,102
Massa Corporal (kg)	39,89±7,14	35,00±9,95	0,111
Estatura (m)	1,47±0,14	1,39±0,14	0,128
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	17,50±1,78	16,25±2,88	0,144
Flamingo Direito	5,73±4,21	4,66±4,67	0,189
Flamingo Esquerdo	5,26±3,93	4,53±4,86	0,300
Olhos Fechados Direito (s)	5,11±3,25	3,81±3,05	0,107
Olhos Fechados Esquerdo (s)	6,30±5,08	3,55±2,05	0,001*
Tempo de atividades físicas (Extracurricular) diário	± 60 min.	± 10 min	

Tabela 4. Causas mais relatadas das causas da baixa visão do Grupo Experimental (GE)



Em relação aos resultados dos testes de *flamingo com apoio do pé direito e flamingo com o apoio do pé esquerdo*, verificou-se uma diferença maior nos resultados do flamingo com o apoio do pé direito. O GC realizou os testes com maior tempo de permanência em equilíbrio. Não houve, entretanto, diferenças estatísticas significativas. Os participantes do GC tiveram melhores escores que os participantes do GE, assim mesmo.

Em relação ao teste com apoio da perna direita e esquerda de olhos fechados, os resultados apontam para tempos de execução superiores para o GC. Resultados similares foram encontrados em outros estudos utilizando diferentes modos de avaliação do equilíbrio.

Esperava-se que as diferenças nos resultados seriam maiores entre os grupos, como hipótese inicial, que o GC poderia permanecer mais tempo em equilíbrio do que foi encontrado. Em compensação, para o teste de olhos fechados com a perna esquerda de apoio, houve um resultado significativo entre os grupos. Resultado já esperado pela experiência dos autores, como também pelos achados na literatura. O nistagmo é a maior prevalência como causador da BV, como aponta a tabela (4), sendo que as outras causas são as mais variadas possíveis.

Nesta testagem foi usado o Teste paramétrico de Student e constatou-se valores significativos  $p < 0,05$  demonstrando assim o nível de significância (Tabela 3).

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da UNESPAR/FAP sob o n. 79321317.3.0000.0094 segundo a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## DISCUSSÃO

O presente estudo realizou testes de equilíbrio estático, com o objetivo de comparar dois grupos participantes e de discutir os resultados apresentados. Manter-se o maior tempo equilibrado seja de olhos abertos ou fechados, de acordo com a metodologia dos testes, era o objetivo de cada participantes da pesquisa. As principais discussões encontram-se a seguir.

O GC exercita-se mais em atividades extracurriculares, como apontaram os resultados (tab.3) O número de participantes do GE que exercitam-se semanalmente, em uma atividade dirigida é muito pequeno (tabela 2). Não foi o objetivo da pesquisa conhecer tempo e intensidade das atividades extracurriculares, apenas saber se os participantes

exercitavam-se pelo menos duas vezes na semana, mais do que trinta minutos em cada atividade. O motivo dessa baixa procura por uma atividade extracurricular pelo GE é desconhecido, sabe-se apenas, pela anamnese realizada com os participantes (e/ou, responsáveis) que a BV não foi o motivo da não procura por uma atividade física, nem mesmo a causa da BV (tabela 4) impediu nesta busca ou nessa recusa pela atividade complementar. Se fossemos considerar apenas o peso corporal de cada participante poderíamos suspeitar de diferenças nos resultados, pois, segundo Apfeldorfer (1997) que o peso do corpo “é sentido pelos indivíduos obesos de uma forma mais intensa e alguns movimentos são difíceis, por vezes impossíveis.” Uma das suposições para este índice superior (IMC), como mostram os resultados do GC é a quantidade e tempo de atividades físicas realizadas extracurricular pelos participantes (CARTER; KANNUS; KHAN, 2001).

Outros fatores que poderiam colaborar nos melhores resultados dos testes pelo GC: melhor aproveitamento no treinamento dos testes, como também, um melhor controle da ansiedade provocada pela aproximação com os avaliadores. Reforça-se apenas, que todos os participantes da pesquisa, foram treinados e orientados verbalmente, em momentos distintos, para a realização dos mesmos. Woollacott e Cook-Shumway (2006) observaram que crianças com visão normal passam por um período de reorganização sensorial por volta dos 7 anos de idade, quando melhoram a integração das informações sensoriais provenientes dos três canais sensoriais, alcançando um comportamento similar ao adulto. “A fase pré-púbere e puberdade são períodos da vida em que a postura sofre uma série de ajustes e adaptações às mudanças do corpo.”

Na anamnese com os participantes, tanto do GE como do GC, foi perguntado qual era a perna dominante de cada um, mas não se observou uma diferença estatística, apenas um achado de que a perna esquerda como apoio, como aponta a tabela 2. é mais vulnerável ao desequilíbrio para o GE.

Quanto a idade dos participantes, não houve, como mostrado nos resultados, diferenças significativas que prejudicassem qualquer avaliado na realização dos testes. As idades estavam próximas e apropriadas para a realização dos mesmos, como confirma a literatura (ASONITOU et al. 2012).

Quanto aos resultados dos testes com apoio de uma das pernas e com os olhos fechados, houve significativa discrepância nos resultados para o teste como o apoio da perna esquerda. Uma hipótese para esta discrepância de  $p < 0,05$  sejam os resultados dos testes obtidos pelos participantes do GC, estes mais homogêneos, diferente do GE, assim, a média obtida tenha colaborado com estes melhores resultados. O resultado encontrado para estes testes também coincide com os trabalhos revisados na literatura, como também era a hipótese da nossa pesquisa (BOUCHARD; TETREAU, 2000; DICKINSON; LEONARD, 2007; RAHAL et al. 2015; SLAVOLJUB, et al. 2015). Outro autor, Pereira (1987), refere que as anomalias posturais dos indivíduos cegos “são devidas à falta de atividade física e controle visual.” Segundo o mesmo autor, o desequilíbrio de pessoas cegas também pode ocorrer pelo medo da percepção incorreta, das tensões musculares generalizadas e ansiedade. Mosquera (2016) também confirma estas preocupações em seus estudos. Para Bortolaia; Barela & Barela (2012) concluíram que a baixa visão em crianças na segunda infância, influenciam a velocidade de deslocamento e o equilíbrio em postura ortostática quando comparados a crianças da mesma faixa etária que não apresentam deficiência na visão. Essas informações contribuem, como as pesquisas que buscam entender o mesmo problema, ou seja, quais “os mecanismos de ajustes que operam no tempo de recuperação da estabilidade numa tentativa de prevenir, educar, reeducar os indivíduos para os cuidados com a postura ereta perturbada e/ou autoperturbada (SÁ; BIM, 2012).

## CONCLUSÕES

A pesquisa corroborou com os resultados de estudos em que existiu uma correlação entre a qualidade de equilíbrio estático de crianças e jovens com baixa visão e do grupo de controle. Em nossa pesquisa, a BV não representou de forma acurada a efetiva causa de desequilíbrios estáticos. Mas sim, pudemos constatar que, crianças na faixa etária avaliada que exercitam-se extracurricular, obtêm um melhor equilíbrio estático dos jovens que não se exercitam, a literatura confirma esta hipótese. Os resultados da pesquisa também podem colaborar no planejamento e desenvolvimento de atividades nos locais de atendimentos escolares dos jovens pesquisados. Os pesquisadores se comprometeram em repassar os resultados da pesquisa bem como alternativas de trabalhos psicomotores aos responsáveis

dos Centros Escolares. Sugere-se a realização de estudos com tamanho maior da amostra e com a realização de testes equivalentes, possibilitando analisar o equilíbrio estático como maior precisão.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. D. A. *et al.* **Equilíbrio e risco de quedas em crianças com deficiência visual.** *ConScientiae Saúde*. v. 11, n. 4. p. 625-634, set. 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92924959013>

APFELDORFER, G. **Como logo existo: excesso de peso e perturbações do comportamento alimentar.** Tradução de S. Camape. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

PENHA, D.S.G.; BRAGA, F.A. Obesidade infantil em crianças da rede pública de ensino: prevalência e consequências para flexibilidade, força explosiva e velocidade. **Rev. Educ. Fis. UEM**, vol. 23.n.4. Maringá, out/dez. 2012. Acesso em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-30832012000400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832012000400012&lng=pt&nrm=iso) Acessado em: 24/04/2018.

BOUCHARD, D. TETREAU, S. The motor development of sighted children and with moderate low vision aged 8-13. **Journal of Visual Impairment and Blindness**, n. 94. p. 564-573, 2000. Disponível em: <https://www.afb.org/jvib/newjvibabstract.asp?articleid=/JVIB/JVIB940903> Acessado em 13/03/2018.

BRASIL. **Cidadania e Justiça.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2017/12/mais-de-6-5-milhoes-de-brasileiros-possuem-deficiencia-visual-severa>

BRITO, Patrícia R. VEITZMAN, Sílvia. Causas de cegueira e baixa visão em crianças. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**. v. 63, n. 1. p. 49-54, fev. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v63n1/13605.pdf>. Acesso em: 03/09/2017.

CARTER, N.D. KANNUS, P. KHAN, KM. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. **Sportes Med.** 31 (6): 427-38, 2001.

CASTRO, E. A deficiência visual e a aprendizagem. In: **Deficiência visual: do currículo aos processos de reabilitação.** MOSQUERA, C.F.F. 2º edição, Ed. Chain, 2016.

COQUEREL, P. Psicomotricidade para pessoas com deficiência visual. In: **Deficiência visual: do currículo aos processos de reabilitação.** MOSQUERA, C.F.F. 2º edição, Ed. Chain, 2016.

DICKINSON, J. LEONARD, J.A. The role of peripheral vision in static balancing. **Ergonomics**, v. 10. p. 421-429, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00140136708930889>

DUARTE, M. ZATSIORSKY, V.M. Effects of body lean and visual information on the equilibrium maintenance during stance. **Exp Brain Res**, v. 146 n. 1. p. 60-69, 2002. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00221-002-1154-1>

GALLAHUE, D. L, OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos.** São Paulo: Phorte Editora, 2003.

GUYTON, A.C. **Fisiologia Humana**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988.

MATOS, M. R. ;MATOS, C. P. G. ;OLIVEIRA, C. S. Equilíbrio estático da criança com baixa visão por meio de parâmetros estabilométricos. **Fisioterapia em Movimento**. v. 23, n. 3. P. 361-369, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a03v23n3.pdf>. Acesso em: 03/09/2017.

MOREIRA, L. Cegueira sob a visão médica. In: **Deficiência visual: do currículo aos processos de reabilitação**. MOSQUERA, C.F.F. 2º edição, Ed. Chain, 2016.

OLIVEIRA, L.F.; IMBIRIBA, L.A.; GARCIA, M.A.C. Índice de estabilidade para avaliação do equilíbrio postural. **Revista Brasileira de Biomecânica**, São Paulo, v. 1. n. 1. p. 33-8,. nov. 2000.

OLIVEIRA, D. N.; BARRETO. R.R. Avaliação do equilíbrio estático em deficientes visuais adquiridos. **Revista Neurociências**, v. 13, n.3, Jul/Set, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial Sobre a Deficiência 2011**. Tradução de: Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. Tradução de: World report on disability 2011.

PEREIRA, L. **Analizador proprioceptivo e aquisição de padrões motores. Comparação entre dois grupos de crianças normovisuais e deficientes visuais através da bateria de testes de Roloff**. Ludens, 6(1), out/dez., 1981

\_\_\_\_\_ Caracterização do desenvolvimento psicomotor da criança cega ou com visão residual, segundo diferentes perspectivas. **Educação Especial e Reabilitação** (1), 24-29, 1989.

RAHAL, M. A. et al. Analysis of static and dynamics balance in healthy elderly practitioners of Tai Chi Chuan versus ballroom dancing. **Clinics** vol. 70 n. 3, SP, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322015000300157](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322015000300157) Acesso em 02/02/2018.

SLAVOLJUB, U.; et al. Comparison of the Static Balance of Children with and Without Visual Impairment. **Research in Physical Education, Sport and Health**. Vol. 4, n. 2, p. 95-99, 2015. Disponível em: [http://www.pesh.mk/PDF/Vol\\_4\\_No\\_2/16.pdf](http://www.pesh.mk/PDF/Vol_4_No_2/16.pdf) Acessado em 02/02/2018.

SMITH, D. D. **Introdução à Educação Especial: Ensinar em tempos de Inclusão**. 5ª edição, Artmed, 2008.

TALEB *et al.* **As Condições de Saúde Ocular no Brasil 2012**. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. 1ª ed 2012. Disponível em: <http://www.cbo.com.br/novo/medico/pdf/01-cegueira.pdf>

TOMOMITSU, M. S. V. Static and dynamic postural control in low-vision and normal-vision adults. **Clinics**, v. 68. n. 4. p. 517-521, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/clinics/article/view/76796/80658>

WOOLLACOTT, MH; COOK-SHUMWAY, A. **Controle motor: teoria e aplicações práticas**. 2. ed. São Paulo. Manole; 2003.

SKAGGS, S.; HOPPER, C. Individuals with visual impairments: a review of psychomotor behavior. **Adap Phys Act Quart**, 13:16-26, 1999. Acessado em 25/02/2018: <https://journals.humankinetics.com/doi/pdf/10.1123/apaq.13.1.16>

ASONITOU K.; KOUTSOUKI, D; KORTESSIS, T.; CHARITOU, S. Motor and cognitive performance differences between children with and without developmental coordination disorder (DCD). **Rev. Dev. Disabil**; 33: 996-1005, 2012. Acessado em 23/4/18: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2012.01.008>

VASCONCELOS, F. **Coordenação sensório-motora** (F. Desporto Escolar – DGD Ed.), 1991

SÁ, C.G.; BIM, C.R. Análise estabilométrica pré e pós-exercícios fisioterapêuticos em crianças deficientes visuais. **Fisioter. Mov.** vol. 25, n. 4. Curitiba out/dez. 2012

BORTOLAIA AP, BARELA AMF, BARELA JA. Controle postural em criança portadoras de deficiência visual nas faixa etárias entre 3 a 11 anos. **Motriz**. 2003;9(2):79-86.

PARREIRA, R.B.; GRECO, L.A.C.; OLIVEIRA, C.S. Postural control in blind individuals: A systematic review. **Gait Posture**. 2017 Sep;57:161-167. doi: 10.1016/j.gaitpost.2017.06.008. Epub 2017 Jun 12. Disponível em: [https://www.gaitposture.com/article/S0966-6362\(17\)30231-X/fulltext](https://www.gaitposture.com/article/S0966-6362(17)30231-X/fulltext) Acessado em: 10/02/2017

## PASSADO E PRESENTE NOS MODOS DE FAZER FANDANGO CAIÇARA EM PARANAGUÁ/PR

Frederico Gonçalves Pedrosa<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este texto se trata de um recorte atualizado de pesquisa levada a cabo no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná e tem a finalidade de descrever e analisar modos de fazer Fandango Caiçara na cidade de Paranaguá/PR. Para tal intento se fez revisão de literatura, observação participante, entrevistas e análise de documentos escritos e sonoros afim de compreender os processos sócio-históricos pelos quais se deram e se dão as construções que resultam nas sonoridades encontradas nos bailes e em materiais audiovisuais relativos ao fandango atual e o fandango do passado. Encontrou-se nas narrativas de mestres e pela observação participante algumas alterações neste sistema cultural que fomentam a continuidade da cultura caiçara, e dos fandangos nela imersos, já que a manutenção de sua perpetuação se dá nos modos específicos pelos quais ela se transforma. Por fim, salienta-se que, neste texto se encontrará *links* para uma leitura multimídia dos tópicos tratados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fandango Caiçara. Presente Histórico. Cultura.

24

---

<sup>1</sup> Mestre em Música pela Universidade Federal do Paraná (2017), graduado em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná (2010). Docente da Universidade Federal de Minas Gerais na Graduação de Música com Habilitação em Musicoterapia. É integrante dos grupos de pesquisa Núcleo de Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia (NEPIM-CNPq) e Processos Formativos e Cognitivos em Educação Musical (PROFCEM-CNPq) além de possuir vínculo com o Núcleo de Pesquisas em Publicações Didáticas (NPPD/UFPR). E-mail: frederico.musicoterapia@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9227138663195042>.

**PAST AND PRESENT IN THE WAYS OF DOING  
FANDANGO CAIÇARA IN PARANAGUÁ/PR**

**Frederico Gonçalves Pedrosa**

**ABSTRACT:** This paper is a part of the research developed in the Music Master's Program of the Federal University of Paraná – UFPR – that was actualized. It describes and analyzes the ways of doing Fandango Caiçara having by *locus* the city of Paranaguá (that takes place in the State of Paraná, Brazil). To do so it was made a literature review, participant observation, interviews, documental analysis and sound analysis with the purpose to understand the socio and the historical constructions that possibilities the existence of the sonorities found in fandango. In the narratives of the fandango's Masters and by participant observation, this research found several salutary changes to maintain the continuity of the caiçara culture, and of the fandangos immersed in it, since this maintenance takes place in the specific ways in which it transforms. Finally, it is worth noting that this text have links to enable a multimedia reading of covered topics.

**KEYWORD:** Fandango Caiçara. Historical Present. Culture.

## INTRODUÇÃO

Em 2012, o Fandango Caiçara foi registrado como Patrimônio Imaterial pelo Instituto de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) com projeto de salvaguarda. Após dois anos, no ano de 2014, recebeu o certificado de Patrimônio Cultural. No entanto, as práticas do fandango são alvo de pesquisas desde a década de 30 do século passado trazendo para si diferentes olhares sobre esta manifestação; dentre eles de folcloristas, geógrafos, sociólogos, antropólogos e músicos. Fruto de uma destas pesquisas, o texto que segue é um recorte de pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Música da Universidade Federal do Paraná, concluída no ano de 2017, que levou a construção de uma dissertação intitulada “O processo de ensino/aprendizagem da viola caiçara na Ilha de Valadares: possibilidades e limites de sua didatização”.

Para se compreender como se dão os processos de transmissão de conhecimentos dentro do contexto caiçara na cidade de Paranaguá/PR, Pedrosa (2017) usou de ferramentas como entrevistas semiestruturadas e observação participante além de aportes teóricos da etnografia da educação. Segundo Elsie Rockwell (1986) ao pesquisar contextos educacionais é necessário entender que estes ambientes são construídos socialmente, o que significa dizer que pode-se reconhecer no presente vestígios e contradições de construções históricas, resultando em um “presente histórico” (*Ibidem*, p.48).

O olhar sobre os processos que formam o presente do Fandango Caiçara resultou em reflexões sobre os aspectos históricos, sociais, musicais e de transmissão de conhecimento relativos ao fandango parnanguara, com o foco ampliado sobre à Ilha de Valadares<sup>2</sup>. Assim, as linhas que seguem têm por objetivo entender quais as construções sócio-históricas sobre as caiçaras e os seus fandangos resultaram nas produções sonoras encontradas hoje e identificadas como tal, além de buscar compreensão sobre quais alterações os fandangos passaram (e passam) e como estas mudanças revelam os processos vividos pelos próprios caiçaras.

---

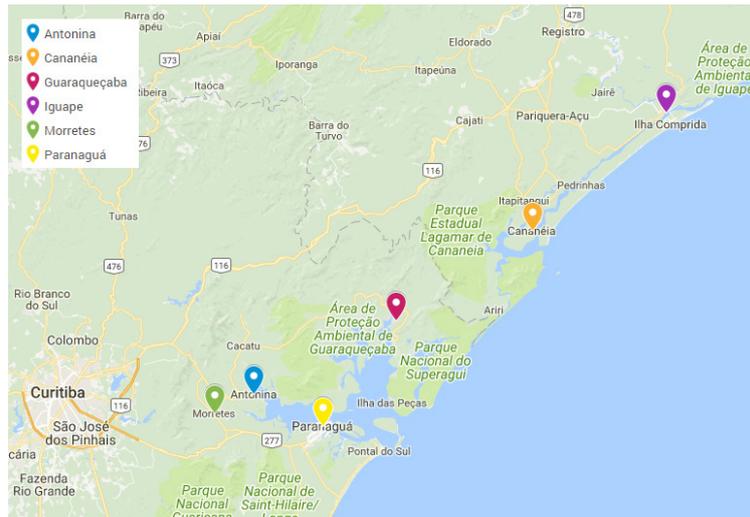
2 Esta ilha faz parte do município de Paranaguá/PR e receberá maior atenção item 2.

As vozes dos mestres que compuseram a referida dissertação também estão presentes neste texto somando-se aos autores e pesquisadores do fandango. Estes mestres são Anísio Pereira, Aorelio Domingues de Borba, Brasília Santos Ferres, José Martins Filho (Zeca da Rabeca) e Waldemar Cordeiro. Nesta produção se usará a palavra fandango como sinônimo de Fandango Caiçara e as expressões “viola”, “viola fandanguieira” e “viola caiçara” representando o mesmo instrumento – a viola típica do fandango com 5 ordens de cordas as quais, muitas vezes se soma a turina (também chamada de cantadeira ou periquita, corda que se insere entre o braço e o bojo nestas violas).

### **OS CAIÇARAS E OS SEUS FANDANGOS**

O Fandango Caiçara é um sistema sociocultural complexo que envolve aspectos musicais (coreográficos, poéticos e festivos), de território (a região do lagamar) e de hábitos de vida dos seus sujeitos – os caiçaras (MARTINS, 2006; SILVEIRA, 2014; GIORDANI, 2017). A literatura descreve que esta cultura situa-se geograficamente entre o litoral sul do estado de São Paulo, nos municípios de Cananéia e Iguape, e o litoral norte do estado do Paraná, em Guaraqueçaba e Paranaguá – região chamada de Território do Fandango Caiçara. Além destes locais, já foi incidente, também, em Morretes e Antonina, no estado do Paraná, num passado recente (IPHAN, 2011; CORRÊA; GRAMANI, 2006).

Figura 1 Território Caiçara.

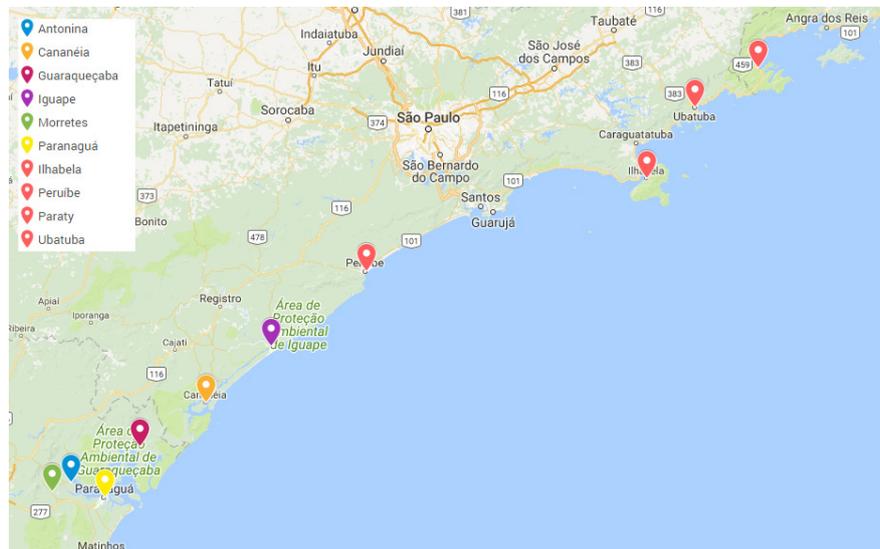


Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao território, no ano de 2017, percebeu-se através do trabalho de campo que as práticas do projeto intitulado “Ô de Casa – salvaguarda do fandango caiçara”<sup>3</sup> levaram a ampliação de outras localidades litorâneas a este mapa. Este é o caso das cidades de Ilha Bela/SP, Peruíbe/SP, Ubatuba/SP e Paraty/RJ. Os povos caiçaras têm alterado sua percepção sobre a dimensão do seu território e começam a incorporar sobre o nome de fandango manifestações que antes não eram consideradas como tal (p.e. ciranda e xiba).

28

Figura 2: Expansão do Território Caiçara verificada em campo.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Pode-se dizer que as ações que singularizam o Fandango Caiçara são:

<sup>3</sup> <https://odecasasalvuardafandango.wordpress.com>.

- a) Práticas que transitam pela fé, parentesco, trabalho e festa;
- b) Alternância de danças coreografadas e batidas com tamancos pelos homens, bem como danças de casais bailadas sem coreografia; e
- c) Universo musical e poético específico, com o uso de instrumentos como a viola fandanguera (ou viola branca, como é conhecida em Iguape/SP), com suas afinações e toques característicos, juntamente com adufos<sup>4</sup> e rabecas (IPHAN, 2011).

A palavra *caiçara* designa as comunidades litorâneas formadas pela contribuição étnico-cultural dos indígenas, dos colonizadores portugueses e, em menor grau, dos escravizados africanos. Essas comunidades estão entre as primeiras regiões do país colonizadas por ibéricos, datando de 1502 as primeiras povoações, em Cananéia. Historicamente, a região do lagamar<sup>5</sup> experienciou diversos “ciclos econômicos” de apogeu e decadência, que propiciaram mobilidade espacial dos seus habitantes. Este processo resultou na aculturação étnica e cultural dos que são entendidos como *caiçaras* (DIEGUES, 2006).

Etimologicamente, *caiçara* é originária da raiz linguística tupi-guarani, derivada da junção de duas palavras, *caá* que significa mato e *içara* que denota armadilha; *caiçara*, portanto, indica um sistema de proteção e de sobrevivência. Assim era chamada, pelos indígenas, a cerca de proteção fincada à volta da aldeia, bem como a cerca de pau-a-pique feita ao redor da roça, para impedir a entrada de animais. “A mesma palavra, posteriormente, passou a designar o rancho na beira do rio ou no combro das praias, para abrigar as canoas e os apetrechos da pescaria” (FONTES FILHO *apud* FERRERO, 2007, p. 34).

Paranaguá/PR foi a cidade que deu abertura para a colonização do sul do Brasil, a partir dos anos de 1550, com a chegada de portugueses, espanhóis e de famílias vindas do estado de São Paulo (LEAL, 2003). A partir de 1646 se dá o início do período de exploração de mineração desta região, que constituiu parte do período de extração e exportação do

---

4 Adufo ou adufe é um instrumento assemelhado ao pandeiro.

5 Faixa litorânea entre Iguape-SP e Paranaguá-PR.

ouro do Brasil e fez crescer a população e o interesse de famílias de outros locais do território nacional sobre Paranaguá. Com a descoberta do ouro em Minas Gerais houve a primeira evasão populacional para aquelas novas lavras (DIEGUES, 2006).

A partir do declínio do extrativismo houve um período onde a principal atividade econômica se centrou nas construções navais, ainda no séc. XVII. A partir do séc. XVIII, a região se especializa em produção agrícola com exportação de farinha, arroz, cana-de-açúcar e peixe seco para outros portos brasileiros. Como um embargo da metrópole proibiu o comércio com outras cidades parou-se de produzir estes produtos, causando fome na região, que só retornou a uma economia mais equilibrada no século XIX, com produção de banana, arroz, pescado e exploração de madeira (DIEGUES, 2006).

Ainda no séc. XIX, a partir de 1852, fundaram-se colônias de europeus que construíram engenhos, olarias e serrarias, atingindo seu apogeu trinta anos depois. Em 1917 o governo estadual começou a administrar as práticas portuárias da cidade (que foram fundamentais para toda sua história) fazendo melhorias. Atualmente este porto é um dos maiores da América Latina e o maior em exportação de grãos. Resultado desses processos de apogeu e decadências se formou o povo hoje conhecido como caiçara.

Carlos Silveira (2014) aponta que o caiçara, enquanto um tipo culturalmente específico, “expresso na ideia de povos e comunidades tradicionais, está diretamente vinculada à emergência das questões ambientais em âmbito doméstico e internacional” (p.127). É neste contexto que a noção de caiçara começa a ser associada às ideias de “conservação ambiental” e “populações tradicionais”, delineando outra realidade para grande parte destes grupos que vivem entre o litoral paranaense e o litoral sul-fluminense, onde foram delimitadas dezenas de áreas de preservação ambiental (SILVEIRA, 2014).

O processo de transformação de vários espaços nacionais em Áreas de Preservação Ambiental – como aconteceu no lagamar – ocasionou várias resultantes para o fandango (por exemplo, foram criados grupos de identidade caiçara a fim de lutar politicamente pelos “direitos dos caiçaras” (como é o caso da Associação Jovem da Juréia). É neste sentido que o fandango passa a ser entendido como a principal expressão cultural desta população

(SILVEIRA, 2014). Algumas das ações positivas que estas lutas colheram foram a criação do Museu Vivo do Fandango<sup>6</sup>, a Enciclopédia Caiçara (com seus seis volumes) e a referida patrimonialização do Fandango Caiçara como bem imaterial da humanidade.

Apesar do fandango, enquanto um conjunto de danças, ser objeto de pesquisa de vários autores, pouco se especulou sobre sua origem. Existem hipóteses, por exemplo, apontando para a ascendência ibérica do fandango no Brasil, enquanto outras, principalmente de autores europeus, levantam a possibilidade de que esta expressão popular teria saído das américas rumo ao continente europeu (BURKE *apud* GRAMANI, 2009; ELLIOT; SILVERMAN, 2015). Gottfried (*apud* GRAMANI, 2009) salienta que independente de sua origem parece irrefutável que o fandango é fruto das aculturações características do período colonial.

No século XVII músicas chamadas de fandango eram apreciadas em Portugal por todas as camadas sociais enquanto no Brasil são descritos fandangos nas festas das altas classes do Rio de Janeiro ao Rio Grande do Sul até 1840, quando se recolhe às zonas rurais<sup>7</sup> (RODERJAN *apud* GRAMANI, 2009). Historicamente, se encontram textos de viajantes europeus que, em solo brasileiro, entraram em contato com manifestações (de muita semelhança ao fandango) em diversos locais, principalmente no Paraná. Entre os séculos XVIII e XIX alguns destes viajantes descreveram cenas do interior e da capital do referido estado que se assemelham, em muito, aos fandangos levados a cabo no litoral sul paulista e norte paranaense hodiernamente (PEREIRA, 2006).

Contudo, os fandangos, bem como os “batuques” realizados por negros escravizados, foram reprimidos ao longo dos séculos XVIII e XIX, tanto na capital quanto na parte interiorana do estado. Isto fez com que o a atuação do fandango se restringisse às comunidades rurais isoladas, não sobrevivendo nos centros urbanos (BUDASZ, 2002; PEREIRA, 2004; DIEGUES, 2006; IPHAN, 2011). A região estuarina Iguape-Cananéia-Paranaguá, isolada do continente pela serra do mar, permite grande comunicação entre suas

---

6 Projeto realizado pela ONG Associação Cultural Caburé e incluído na Lista de Melhores Práticas de Salvaguarda do Patrimônio Imaterial da Humanidade da Unesco – em 2011.

7 Este êxodo de manifestações populares cidadinas para o meio rural aconteceu, também, com diversas manifestações populares nacionais, como por exemplo os reisados e as folias do divino (para maior revisão ver capítulo quarto de Pedrosa [2017]).

comunidades – principalmente pelo Canal do Varadouro. A família Pereira<sup>8</sup>, por exemplo, se diz pertencente ao estado de São Paulo, porém a maior parte dos seus integrantes reside em cidades e povoados do estado do Paraná (como pode-se visualizar em MARCHI, SAENGER, CORRÊA, 2002).

Assim, a sobrevivência do fandango no litoral deu-se, também, pelo fato de que os grupos que foram deslocados dos centros urbanos mantiveram a força dessa expressão, que sobreviveu em meio a agricultores e pequenos produtores rurais – isolados geograficamente mas em contato constante entre si. Prática constante neste grupo social era o “mutirão” (chamado também de pixurum ou ainda puxirão) que se constituía em uma forma de trabalho coletivo entre pessoas da comunidade, que se uniam para a derrubada da mata, cuidados com o roçado, puxada de peixe ou varação de canoa. Depois de um dia de trabalho coletivo, um fandango, como forma de pagamento, era oferecido pelo dono da casa ou da terra que havia sido trabalhada àqueles que o haviam ajudado. Era neste espaço também que se faziam as transmissões dos saberes musicais caiçaras (CORRÊA; GRAMANI, 2006; GRAMANI, 2009; MARTINS, 2006).

Com a modificação do contexto vivenciado por estes sujeitos, de acordo com as leis referentes às Áreas de Preservação Ambientais (APA), a partir do meio do século passado, não puderam mais realizar plantio de seu alimento, bem como foram privados de retirarem da mata a matéria prima para construção de seus instrumentos musicais – a caixeta. Dessa forma, muitos dos que moravam em sítios se mudaram para centros urbanos como Guaraqueçaba e Paranaguá. Esta última abriga grande quantidade de mestres fandangueiros vindos de diversas regiões – residentes, principalmente, na Ilha dos Valadares.

O movimento migratório contribuiu para que o principal contexto para realização do fandango (o mutirão) já não existisse mais. Somam-se a isto outros fatores como a influência dos mais jovens pelas mídias massificadas, a atuação de igrejas neopentecostais que proíbem o fandango e o deslocamento social imposto à figura do velho (BOSI *apud*

---

8 Família que possui grande número de músicos fandangueiros, que conheceram algum prestígio, através de atividades como viagens para eventos, gravação de CD e constantes pesquisas como é o caso de Gramani (2009).

GRAMANI, 2009, p.16). Estes fatores fazem com que esta cultura popular fique restrita, cada vez mais, a um público cada vez menor. São constantes as preocupações acerca do fim da referida cultura popular.

A manchete abaixo, por Adélia Maria Lopes, ilustra estas preocupações:

Figura 3: O Estado do Paraná, 29/05/1980



### *O último dos fandangos, antes que desapareça*

Foi neste intuito que Inami Custódio Pinto, reconhecido folclorista paranaense, se une a Romão Costa, conhecido mestre caiçara, e fundam em 1966 o Grupo de Fandango Mestre Romão (ULANDOVSKI, 1968; GRAMANI, 2009). Muitos grupos foram formados no intuito de estabelecer outros espaços para que o ensino/aprendizagem se desse de forma ampla e com a manutenção dos saberes transmitidos pelos mais velhos, prática que acontece até os dias atuais.

Na cidade de Morretes, citando outro exemplo, foi criado, na década de 70, sob orientação da professora Helmosa Salomão Ritcher, um grupo que logo encerrou suas atividades com o falecimento da professora nos anos 80 (CORRÊA, 2011). Como na experiência de Inami Custódio e Mestre Romão, o grupo sustentou as práticas da cultura localmente. Em 2001, formou-se o Grupo de Fandango Professora Helmosa, porém, neste grupo já não haviam músicos que tocassem os instrumentos típicos de um baile de fandango, dado o falecimento dos senhores que se davam a este ofício (PEDROSA, 2016).

Contudo Senhor Leonardo, de Morretes/PR, em entrevista a Lopes (1986) diz que Manequinho da Viola (violeiro do grupo formado por Romão e Inami) não conseguiria tocar com os senhores Januário e Rufino de França, irmãos e violeiros do grupo da professora Helmosa, dada as diversas diferenças que existiam entre o fandango de Morretes Helmos e o da Ilha de Valadares, em Paranaguá. Anísio Pereira (2017) comenta que, ao se mudar

de Guaraqueçaba para a Ilha dos Valadares teve que adaptar a sua forma de executar os instrumentos, bem como de cantar para o novo contexto. Argumenta-se, dessa forma, que são várias as “formas de fazer” fandango (MARTINS, 2006).

Um exemplo audiovisual dessas diferenças entre as linhagens está gravado no DVD resultante do Festival de Música Cidade Canção (FEMUCIC) de 2008. Seu Martinho dos Santos, último mestre violeiro de Morretes/PR, foi chamado para tocar no Festival De Música Cidade Canção (FEMUCIC, 2008). Os valadarenses Aorelio Domingues, rabequista, e Eloir de Jesus, adufeiro conhecido como Poro, ao acompanhar Seu Martinho neste festival apresentaram dificuldades em regular a métrica das frases da rabeça com os pequenos interlúdios que Martinho executava, ou seja, acompanhar o mestre fandangueiro morretense exigia dos músicos de Paranaguá/PR fazer alterações em suas formas de tocar (PEDROSA, 2006)<sup>9</sup>.

Em sua dissertação, Patrícia Martins (2006) discute as diversas sociabilidades por qual se passa o fandango e faz a distinção entre o “fandango doméstico” (referente aos sítios), o “fandango de baile” (que começou a ser organizado a partir da influência de folcloristas) e o “fandango enquanto bem cultural” (patrimonializado) e, assim, conceitua que “fandango é um momento em que o passado está no presente, reforçando identidades e sociabilidades” (MARTINS, 2006 p.26)

Segundo a autora existem diferenças nas “formas de fazer” que são separadas sócio-historicamente, mas estes tensionamentos são equilibrados no fazer fandango. Aponta, ainda, que o fandango da Ilha dos Valadares se caracteriza como uma “fusão de fandangos e fandangueiros” salientando que existem várias “linhagens fandanguieras” (p. 19).

Assim, propõe-se aqui, como já o fez Carlos Eduardo Silveira (2014), usar o termo fandango no plural, para poder abarcar as diferentes práticas levadas a cabo por diferentes caiçaras, em diversos espaços geográficos. Como sugerido pelo referido autor, no presente trabalho compreende-se “o fandango como o resultado parcial e sempre variável da ação

---

<sup>9</sup> <https://drive.google.com/open?id=0BybupncgYXK4MGoyaERxOHNwTEK>.

de diversos atores” (SILVEIRA, 2014, p.126). Desta forma, no próximo tópico se olhará mais atentamente para as práticas musicais do fandango descritas na literatura, gravadas em discos e documentários relacionando com práticas mais atuais

## MUSICALIDADES DOS FANDANGOS ILHÉUS

A Ilha dos Valadares está localizada a 400 metros de distância do centro da cidade de Paranaguá/PR, e é possível acessá-la atravessando uma ponte ou por uma balsa. Lá residem praiheiros, agricultores, pescadores além de pessoas que trabalham na cidade. A população registrada atualmente pelo IBGE é de quase 30 mil habitantes, apesar de seus moradores levantarem a hipótese de se tratar de um número maior (LEAL, 2003; MARTINS, 2006).

Como apontado por Martins (2006) e Silveira (2014), a Ilha dos Valadares se mostra como um lugar privilegiado para a pesquisa sobre o “fazer fandango”, já que se encontram grande número de pessoas envolvidas neste sistema cultural. Existem mestres provenientes de várias ilhas, cidades e mesmo de outro estado e, por tanto, de diferentes “linhagens fandanguieras”<sup>10</sup>. Além dos residentes, acontece um grande fluxo de pessoas já que ali também se encontra a Associação Mandicuera, importante articuladora do fandango, como um todo, que se vincula a pesquisadores e músicos da capital paranaense e de todo território nacional.

Atualmente, o modo de vida do ilhéu é dependente dos frutos da pesca e da roça além de ações sócio-políticas ligadas ao fandango. Porém muitos também trabalham no comércio local ou em empresas na cidade de Paranaguá. Estas práticas marcam as relações do fandango caiçara, formando o que Martins (2006) chama de “divertimento trabalhado” em que o contexto do fandango é permeado de jocosidade, das relações de troca e suas tensões resultantes (MARTINS, 2006). Neste sentido a Associação Mandicuera de Cultura

---

10 Estas diferentes linhagens foram capturadas em vídeo em uma aula de viola ministrada pelos Mestres Zeca da Rabeca e Brasília Santos, por Laíze Guazina e Frederico Pedrosa. Nele pode-se perceber que a movimentação dos acordes de tônica e dominante dos referidos mestres acontecem em momentos distintos. Acessa-se em: <https://drive.google.com/open?id=1K5UIKbl356EPcAh8myWIW8Hxyul7RT-1>.

Popular – principalmente na figura de Aorelio Domingues – é importante interlocutor que articula diversas manifestações culturais, como a Orquestra Rabecônica do Brasil<sup>11</sup>, o Boi de mamão, a Folia do Divino e os próprios bailes de fandango.

Além disto, a Ilha dos Valadares representa os três momentos que vivem no imaginário do fandanguero insulano. O tempo dos sítios: o passado, do período dos mutirões onde se fazia fandango como paga do trabalho; o fandango de baile: que começou a ser instituído com a presença dos grupos de fandango da Ilha dos Valadares; e o fandango de palco: aquele feito para se apresentar em palcos de todo o território nacional. Assim, a ilha também faz a mediação entre *sítio, ilha e cidade* (MARTINS, 2006).

A atuação dos primeiros folcloristas que se relacionaram com o fandango se deu na Ilha dos Valadares. Não é sem razão que grande parte das investigações levadas a cabo no território paranaense se deu nessa localidade. No entanto, como mostram Gramani (2009) e Pereira (2006), as incursões de pesquisadores se deram, também, a partir das óticas particulares sobre as quais entendiam o fandango.

Até o ano de 1978 as informações musicais contidas nesses trabalhos se limitavam a mostrar quais instrumentos eram utilizados e a fazer breve descrição sobre as características físicas de alguns deles. Existem poucas transcrições de melodias das marcas e, detendo-se, na maioria das vezes, na notação de suas letras. “Informações sobre afinação da viola e da rabeca, toque da viola, melodias da rabeca, ritmo do tamanqueado, entre outras, não são citadas” (GRAMANI, 2009, p.34).

Em oposição ao descrito está o material feito por Inami Custódio a partir de gravações realizadas em 1968 e transcritas em parceria com José Nilo Valle, Sérgio Deslandes e com Carlos Todeschini e Andréa Stockler Pinto (PINTO 1983; 1992; 2010). Nestes textos têm-se: a) a melodia da primeira voz; b) linha melódica da rabeca; c) rítmica da viola caiçara (apesar de não se descrever as mudanças características dos acordes), e; d) rítmica do adufe. Em raras exceções são transcritos os acordes das violas (indicando apenas quando é o acorde de tônica e quando é o de dominante) e a rítmica dos tamancos.

---

11 Orquestra Rabecônica do Brasil é um projeto que propõe transpor para a formação orquestral erudita o repertório musical tradicional caiçara (SILVEIRA, 2014).

Figura 4: Partitura de Vilão de Lenço (PINTO, 1992, p. 20)

**Vilão de Lenço**

recolhido por: Inami C. Pinto  
transcrição: Sérgio Deslandes

Formam-se no salão uma fila de homens e outra de mulheres que seguram, ele com a mão direita, ela com a mão esquerda, a ponta de lenços coloridos; dançam para a frente e para trás, seguindo uma coreografia para cada estrofe. O colorido dos lenços e o efeito dos desenhos faz desta dança uma das mais belas do folclore de nossa terra.

VOZ

RABECA

VIOLA

ADUFE

ritmo sempre igual e harmonia junto com a rabeca  
igual até o fim.

Gramani (2009), indica que um dos primeiros trabalhos de análise musical das marcas de fandango é o de Zagonel (1980), na qual a pesquisadora utilizou gravações recolhidas por Fernando Correa de Azevedo em 1948 e por Inami Pinto em 1968 e ressaltou algumas peculiaridades das melodias das marcas, como a ocorrência do intervalo de quarta aumentada.

Dadas interferências desses pesquisadores filiados ao movimento folcloristas os grupos de fandango parnanguaras conservam, hoje, com uma diversidade grande de modas **bailadas**, que são canções onde se dança em par, como em um baile, e que se dividem em Chamarrita e Dondom<sup>12</sup>; e as modas **batidas** ou figuradas, coreografadas e que possuem estrutura rítmica acentuada pelos batedores de tamanco. São várias as modas batidas recebendo inúmeros nomes, as mais comuns de serem observadas nos bailes de Paranaguá/PR são Anu<sup>13</sup>, Marinheiro, Tonta, Queromana, Andorinha, Feliz e Xará.

Os fandangos não são canções, porém estruturas rítmicas, melódicas e harmônicas onde se podem colocar versos (ZAMBONIN, 2006; MARTINS, 2006). Utiliza-se tanto versos improvisados, quanto versos tradicionais do fandango. Ary Giordani (2017) comenta que as estruturas do Zégel, nascidas no al-Andalus (nome dado pelos mouros à península ibérica) podem ser a origem da forma e métrica das modas do fandango.

<sup>12</sup> Exemplo de Dondom: <https://www.youtube.com/watch?v=AEgVaovro-o>.

<sup>13</sup> Exemplo de Anu: <https://www.youtube.com/watch?v=GJ80hBI3PAQ>.

O Zégel, técnica inédita até o século IX, possui versos curtos e buliçosos, constituído por estrofes e diversificando rimas de uma estrofe para a outra. Soler (1995) nos diz que esta estrutura, tipicamente, começa com um estribilho monorrímo (de uma rima apenas) que se constitui em tema. Segue uma estrofe com três versos que rimam entre si e um quarto que rima com o estribilho. Pode-se voltar ao estribilho quantas vezes forem necessárias, mas sempre com mesma estrutura.

Giordani (2017) demonstra como estas poéticas são modelos germinais das formas de se poetizar, transpassado ao continente americano e hoje expresso, também, nas modas de fandango. Nos versos que seguem, provenientes de um Dondom tradicional, percebe-se a seguinte estrutura:

Cantemo meu camarada / Cantemo nos dois juntinho  
**Mulata faceira do cabelo andado**  
 Os anjos cantam na glória / Nós também seremos anjinho  
**Mulata faceira do cabelo andado**

**Já te namorei/ já fui teu namorado**  
**Já moremos junto/ já fui teu criado**  
**Minha menina bonita/ não me faça de enganado**  
**Mulata faceira do cabelo andado<sup>14</sup>**

Os versos em negrito são fixos e os não negritos é onde se insere novos versos. Por exemplo, ao se colocar os versos “o meu olho de chorar/ já perdeu a claridade/ vou dizer para meu olho / que não cabe mais saudade” – versos tradicionais do fandango – nessa mesma estrutura, ficaria assim:

O meu olho de chorar/ já perdeu a claridade  
**Mulata faceira do cabelo andado**  
 Vou dizer para meu olho / que não cabe mais saudade  
**Mulata faceira do cabelo andado**

Esses versos, que serão sucedidos pelo estribilho (ou “moda”, no contexto do fandango), são acrescentados enquanto se canta o fandango, constituindo uma forma de repente, de improviso, também proveniente da cultura ibero-andaluza (SOLER, 1995; GIORDANI, 2017). Diferente dessa construção, e só ocorrente mais atualmente por mestres mais novos, têm sido feitas composições, com letras fixas, que não se enquadram dentro

14 Disponível em: <https://drive.google.com/open?id=1hQtnyZ3Mb5Ek2mPhpH9uNYoapDTpxJBI>.

desta forma de se fazer canções. Elas seguem uma letra corrida e não usam dos versos tradicionais. Este é o caso da Moda da Placa Solar<sup>15</sup>, composição de Aorelio Domingues e Cleiton do Prado – mestres de fandango de Paranaguá/PR e Iguape/SP.

Muitas melodias que acompanham as letras das modas de estruturas mais tradicionais tendem a ser recorrentes (ainda hoje), podendo ser encontradas em amplo material recolhido por Inami Pinto (1983; 1992; 2010), no CD do grupo Viola Quebrada com a Família Pereira (2002) e no disco Amanhece de Aorelio Domingues (2017), além do próprio contato com os mestres fandangueiros *in loco*.

Em contrapartida as melodias executadas pelas rabecas nos interlúdios das canções bem como a forma de se mudar os acordes nas violas caiçaras são próprias de cada tocador. Nas violas a técnica de mão direita consiste apenas em rasgueados já que os dedos da mão esquerda (considerando um músico destro) não mudam de forma simultânea – como ocorre no violão ao ser rasgueado. Apesar de se encontrar muitas formas de tocar os ritmos nas violas, todas estas formas se comunicam. John Sloboda (2008) destaca que, em contexto oral, não se encontra uma reprodução nota a nota de estruturas musicais aprendidas, sendo comum que os músicos executem elementos curtos, repetidos, com variações musicalmente eficazes de estruturas que já tenham prévia familiaridade.

Assim, a partir de uma estrutura comum, cada músico de tradição oral, cria variações que são reconhecidas no dado contexto como pertencente àquela tradição. Isto faz com que se possa escutar dizeres como como “o dondom do Mestre Zeca”, ou “o dondom do Mestre Aorelio”, indicando que aquela produção sonora é reconhecida como uma produção musical específica (dondom), mas que tem particularidades de quem a executa (Mestre Aorelio ou Mestre Zeca), ou ainda, que as experiências dos mestres sejam diferentes, mas que façam sentidos quando tocadas juntas.

Apesar desta diversidade uma forma possível de representar uma execução típica da Chamarrita, a partir de uma notação tradicional, na afinação *Intaivada*<sup>16</sup>, seria desta forma:

---

15 Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=eh5\\_HDERZtA](https://www.youtube.com/watch?v=eh5_HDERZtA).

16 Para mais informações sobre estas afinações ver Pedrosa (2017)

Figura 5: Chamarrita, transcrita pelo autor.

The image displays a musical score for 'Chamarrita'. It consists of four staves. The top two staves are for the Viola Caiçara, showing guitar tablature (TAB) and standard musical notation. The bottom two staves are for the Viola, also showing TAB and standard musical notation. The score includes various musical notations such as notes, rests, and articulation marks (up and down arrows). The key signature is one sharp (F#) and the time signature is 4/4.

## NOVOS MODOS DE FAZER

No item anterior abordamos características que são marcantes no fandango desde suas primeiras descrições por pesquisadores. Estas peculiaridades são recorrentes nas práticas atuais e como estão representadas nas falas dos mestres – verificadas nas entrevistas. Em contrapartida, existem práticas atuais que alteram as sonoridades dos fandangos ilhéus.

Algumas mudanças já foram enunciadas em linhas anteriores (p.e. expansão do território do fandango). Entretanto, outras alterações foram enumeradas pelos mestres entre o tempo dos sítios e o presente. Sobre a estrutura musical relataram que pouco mudou. Porém, dado o fato da Ilha dos Valadares ser um reduto de ex-sitiantes de diversas linhagens fandanguieiras é possível observar formas distintas de se executar o fandango, tanto no canto e na execução dos instrumentos quanto nos batidos.

Algumas alterações aconteceram, também, com os instrumentos musicais. A primeira delas diz da construção. Martins Filho (2017) e Borba (2017) informam que os instrumentos são melhor construídos em dias atuais já que os construtores aprimoraram suas técnicas. Além disso não se acham mais as cordas de carretel as quais gostavam de encordoar suas violas.

Cordeiro (2017) e Ferres (2017) disseram preferir as cordas de “carretel amarelo” por manterem melhor afinação, apesar de, atualmente, usarem cordas de viola caipira – a contragosto. Martins Filho (2017) e Borba (2017) usam também cordas de violão, já que os bordões de suas violas ficam uma oitava abaixo dos bordões de Cordeiro e Ferres. Borba também comenta que para a primeira corda da viola usa a terceira corda da guitarra com bons resultados.

Outro fator é a presença de amplificação para os instrumentos e para as vozes, fazendo com que os mestres tenham que se adaptar a estas exigências. Em campo percebeu-se que os fandangos que ocorrem no Mercado do Café e na Casa de Fandango do Mestre Eugênio suscitam desentendimentos, com mestres pedindo para que se aumente muito seu instrumento em detrimento aos outros, por exemplo.

Ainda sobre as tecnologias presentes no fandango atual, Aorelio Domingues gravou e lançou um disco<sup>17</sup>, no ano de 2017, onde contou com a presença de um contrabaixista executando o contrabaixo elétrico e o acústico em suas músicas. Em relação à isso, Aorelio (2017) comenta que

(...) hoje a sociedade escuta música médio grave, é tudo TUM TUM TUM e se a gente continuar no médio agudo fica muito distante da realidade das pessoas. Pelo menos a gente tem que colocar um chão pro fandango (...) tá tudo igual, a gente só colocou um chão ali para as pessoas poderem reconhecer aquilo como música – uma música qualquer. É folclore? É. É cultura popular? É. Pior coisa é ter um folclore quebrado, fora do tempo.

Outra característica marcante deste disco é que as músicas são executadas em andamento maior do que normalmente se ouve em bailes de fandango. Para efeitos de comparação pode-se escutar no premiado documentário Mané da Paz (JÚNIOR, 1979) uma versão do mesmo dondom gravada por Aorelio Borba (2017) chamado de “No Jardim”<sup>18</sup>. No documentário a canção está em, aproximadamente em 92 batidas por minuto (bpm) enquanto no CD está em quase em 110 bpm.

---

17 Disponível em: <https://www.youtube.com/channel/UCYhXPAWgQj3wvzmLdluHBeg>.

18 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Jv5YjDEW3A4>.

É interessante notar que, mesmo com os alarmes dados pelos pesquisadores filiados ao movimento folclorista e noticiado em gazetas o Fandango Caiçara continua vivo e com alterações para se aproximar aos parâmetros da música midiática atual. Para Terance Turner (*apud* SAHLINS, 1997, p. 122), cultura é um sistema de formas significativas de ação social, “o meio pelo qual um povo define e produz a si mesmo enquanto entidade social em relação à sua situação histórica em transformação”; pode-se dizer, assim, que a continuidade da cultura caiçara (e dos fandangos nela imersos) se dão nos modos específicos pelos quais ela(es) se transforma(m).

Ao tratar sobre a transmissão de conhecimentos em culturas iletradas Oswaldo Xidieh (*apud* IVAN VILELA, 2011) demonstra a existência de um mecanismo nominado, por ele, como **manutenção subterrânea**. Encontrando entre os camponeses iletrados brasileiros, no século XX, narrativas presentes apenas em evangélicos apócrifos, o autor comenta que esta memória oral adquire, com passar dos tempos, a capacidade de se adaptar a novos contextos sociais, impedindo seu esquecimento e conseqüente extinção. Xidieh (*apud* VILELA, 2011) afirma, ainda, que a memória oral não se dá só a partir da memória falada, mas também da memória dos gestos.

Por fim, é interessante notar que, como exposto no item 2, a própria forma de aprender dentro do fandango determina que ele seja plural, já que é possível que cada violeiro execute as modas de forma própria. Pedrosa (2017), se apropriando de conceitos de John Sloboda (2008), Daniela Gramani (2009) e Ivan Vilela (2011), denominou que, no contexto do Fandango Caiçara da Ilha dos Valadares, aprende-se por um processo denominado **imitação criativa**. Isto quer dizer que o aprendiz da viola fandangueira adquire conhecimentos musicais a partir da imitação de elementos curtos, repetidos, com variações musicalmente eficazes de estruturas que já tenham prévia familiaridade, levando em consideração o gesto corporal, o estudo deliberado, a autorregulação, a memorização e as representações mentais.

Em Paranaguá, atualmente, existem práticas de ensino que não se dão apenas pelo processo de imitação criativa, possuindo, inclusive professores destinado ao ensino – como é o caso de Zeca da Rabeca. Algumas ações da Associação Mandicuera, como a Orquestra Rabecônica, possibilitam a mais músicos aprender aspectos importantes do

fandango com Mestre Aorelio. Existem, ainda, vídeo aulas com três mestres fandangueiros no sítio virtual YouTube (MARCHI, 2016a; 2016b; 2016c) que já são acessados por alunos caiçaras para auxiliar no aprendizado (MARTINS FILHO, 2016; BORBA, 2016), indicando, por fim, alterações no próprio processo de ensino/aprendizagem do Fandango Caiçara.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste texto mostrou-se características historicamente recorrentes na musicalidade dos fandangos caiçaras e que ainda são presentes nas práticas atuais, como construções poética, melodias das vozes e rabeca bem como formas de tocar os seus instrumentos. No entanto, pode-se perceber, também, novas características musicais destas produções; destaca-se a inserção do contrabaixo como instrumento de acompanhamento e novas métricas na construção das modas.

Além das alterações musicais pode-se perceber mudanças no contexto do fandango como a ampliação do território considerado pelos fandangueiros como Território do Fandango Caiçara. Pôde-se acompanhar, também, os movimentos sócio-históricos vividos pelas populações caiçaras que serviram de substrato para várias alterações, a partir do meio do século passado, e resultaram em junção de diferentes linhagens fandanguieras em um mesmo espaço – como é o caso da Ilha de Valadares.

Assim, o presente histórico da Ilha de Valadares se mostra de grande valia para as pesquisas sobre o fandango já que retrata, ainda hoje, todos os movimentos vivenciados pelos caiçaras e como eles influenciaram e influenciam o fandango nas produções do passado e do presente. Essas produções musicais carregam as sociabilidades vividas pelos seus autores e atores, mostrando que as alterações de contextos para execução e transmissão do fandango produzam novos modos de fazer e contribuindo para a manutenção da existência desta cultura popular.

Desta forma, mais ao não se guiar por um discurso “pessimista” (no sentido exposto por Sahlins [1997]) se quis, neste texto, entender quais as transformações que ocorrem no contexto do fandango atual para se pensar sobre quais formas se dão a manutenção deste sistema cultural vivo, caracterizado por ser uma ponte entre o passado e o presente da região caiçara.

## REFERÊNCIAS

- BORBA, Aorelio Domingues. **Entrevista concedida a Frederico Gonçalves Pedrosa**. Paranaguá: 02/08/2017
- BUDAZS, Rogério. Música. In: SANTOS, A. V. dos. **Cifras de música para saltério**. Curitiba: UFPR, 2002. p.18-32.
- CORDEIRO, Waldemar. **Entrevista concedida a Frederico Gonçalves Pedrosa**. Paranaguá: 03/08/2017
- CORRÊA, Joana; GRAMANI, Daniella. Naquele tempo, no tempo de hoje: um panorama do fandango no litoral norte do Paraná e sul de São Paulo. In: CORRÊA, Joana; GRAMANI, Daniella; PIMENTEL, Alexandre. (Org.). **Museu Vivo do Fandango**. Rio de Janeiro: Associação Cultural Caburé, 2006.
- DIEGUES, Antônio. Carlos. Cultura e meio ambiente na região estuarina de Iguape-Cananéia-Paranaguá. In: CORRÊA, Joana; GRAMANI, Daniella; PIMENTEL, Alexandre. (Org.). **Museu Vivo do Fandango**. Rio de Janeiro: Associação Cultural Caburé, 2006.
- ELLIOT, David J; SILVERMAN, Marissa. **Music Matters**. 2ª Ed. Nova York: Oxford University Press: 2015.
- FERRERO, Cíntia Bisconsin. **Na trilha da viola branca: Aspectos sócio-culturais e técnico-musicais do seu uso no fandango de Iguape e Cananéia**. Dissertação do Programa de Pós Graduação em Música. UNESP: 2007.
- FERRES, Brasília Santos. **Entrevista concedida a Frederico Gonçalves Pedrosa**. Paranaguá: 02/08/2017
- GIORDANI, Ary. Forma, estilo, gênero e engajamento no fandango caiçara: das poéticas às alteridades. In: **Revista Moringa - Artes do Espetáculo**, v. 8 n. 1, jan/jul 2017, p.129 a 144. João Pessoa, UFPB: 2017.
- GRAMANI, Daniella Cunha. **O Aprendizado e a prática da rabeça no fandango caiçara: estudo de caso com os rabequistas da família Pereira da comunidade do Arii**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Música. UFPR: 2009.
- INSTITUTO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO E ARTÍSTICO NACIONAL (IPHAN). **Texto Descritivo Completo** – Fandango Caiçara: Expressões de um Sistema Cultural, elaborado pela Associação Cultural Caburé, dezembro de 2011.
- IVAN VILELA, P. **Cantando a própria história**. Tese. USP, São Paulo: 2011.
- JÚNIOR, Celso Lück. **Mané da Paz**. Documentário. Curitiba: 1979.
- LEAL, Leandro de Souza. **Contextualização do Fandango em Paranaguá em Ilha de Valadares entre os anos de 2000 e 2001**. Monografia (Curso de Especialização em Fundamentos do Ensino da Arte) - Faculdade de Artes do Paraná, Curitiba, 2003.
- MARCHI, Lia; SAENGER, Joana; CORRÊA, Roberto. (Orgs.). **Tocadores: homem, terra música e cordas**. Curitiba: Olaria, 2002.

MARCHI, Lia. **Aula de Fandango**: José Martins Filho. 2016a. In: <https://www.youtube.com/watch?v=7YQrRL7Qotc>. Acesso em: 18/07/2017.

MARCHI, Lia. **Aula de Fandango**: Waldemar Barbosa Cordeiro. 2016b. In: <https://www.youtube.com/watch?v=oLWIQxSNYLc>. Acesso em: 18/07/2017.

MARCHI, Lia. **Aula de Fandango**: Brasília Santos Ferres. 2016c. In: <https://www.youtube.com/watch?v=euPsY8mjsJc&t=487s>. Acesso em: 18/07/2017.

MARTINS, Patrícia. **Um Divertimento Trabalhado**: Prestígios e Rivalidades no Fazer Fandango da ilha dos Valadares. Dissertação. UFPR, Curitiba: 2006.

MARTINS FILHO, J. **Entrevista concedida à Frederico Gonçalves Pedrosa**, Paranaguá, em 12/05/2017.

PEDROSA, Frederico Gonçalves. A afinação “pelas três” da viola fandanguieira da cidade de Morretes/PR. In: **Revista da Tulha**, v.2, n.2, USP, jul.-dez. 2016.

PEDROSA, Frederico Gonçalves. **O processo de ensino/aprendizagem da viola caçara na Ilha de Valadares**: possibilidades e limites de sua didatização. Dissertação. UFPR: Curitiba, 2017.

PEREIRA, Anísio. **Entrevista concedida à Frederico Gonçalves Pedrosa**, Paranaguá, em 12/05/2017.

PEREIRA, Edmundo. M. M. “Breve bibliografia comentada sobre o fandango: de dança brasileira a baile caçara”. In: Alexandre Pimentel; Daniella Gramani; Joana Corrêa. (Org.). **Museu Vivo do Fandango**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Associação Cultural Caburé, 2006.

PEREIRA, Magnus R. M. A. *desinvenção* da tradição; ou de como as elites locais reprimiram o fandango e outras manifestações de gauchismo no Paraná do século XIX. In: SOUZA NETO, Manoel J. de. (Org.). **À [des]construção da música na cultura paranaense**. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 2004, p. 55-72.

PINTO, Inami Custódio. **Curso de Introdução aos Estudos de Folclore**. Curitiba: Secretaria de Estado da Cultura e do Esporte, 1983.

PINTO, Inami Custódio. **Fandango do Paraná**. Curitiba: Ed. UFPR, 1992.

PINTO, Inami Custódio. **Folclore no Paraná**. 2. ed. rev. ampl. Curitiba, PR: Secretaria de Estado da Cultura, 2010.

ROCKWELL, Elsie. *Etnografia e teoria* na pesquisa educacional. In: EZPELETA, Justa; ROCKWELL, Elsie. **Pesquisa participante**. 2a ed. São Paulo: Cortez Editora, 1986. p. 31-49.

SAHLINS, Marshall. Pessimismo sentimental e a experiência etnográfica, parte II. **Revista Mana**, n. 3(2), 1997, pp. 103-150.

SILVEIRA, Carlos Eduardo. **Folclore, cultura e patrimônio**: da produção social do(s) fandango(s). Dissertação. UFPR, Curitiba: 2014.

SLOBODA, John Anthony. **A mente musical: a psicologia cognitiva da música**. Tradução: Beatriz Ilari e Rodolfo Ilari. Londrina: Eduel, 2008.

*SOLER, Luis*. **Origens árabes no folclore do sertão brasileiro**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1995

ULANDOVSKI, Vicente. Paraná faz festival sem mostrar folclore. In: **O Estado do Paraná**. Curitiba, 1968.

ZAGONEL, Bernadete. Constâncias melódicas do fandango paranaense. In: **Boletim da Comissão Paranaense de Folclore**, Curitiba, PR, v. 4, n. 4, p. 16-20, ago. 1980.

## MUSICOTERAPIA RECEPTIVA NO TRATAMENTO DA DOR CRÔNICA

Maria Cristina Nemes<sup>1</sup>

Liliane M. F. Oliveira L. Souza<sup>2</sup>

**RESUMO:** O presente estudo tem como objetivo descrever o trabalho da Musicoterapia com o alívio da dor. A pesquisa apresenta cunho descritivo e bibliográfico. Um dos objetivos específicos da pesquisa é também um levantamento bibliográfico sobre dor crônica, música e dor crônica, Musicoterapia e dor crônica. Na literatura são encontradas algumas outras técnicas com a utilização da música e da musicoterapia no alívio da dor crônica, são elas: Arrastamento; música pré-escolhida e música preferida; audição de música clássica, técnica em "U" e *Entrainment*. Essas técnicas trazem alguns benefícios fisiológicos como a redução significativa da atividade da banda delta no giro cingulado da dor, diminuição da ansiedade, diminuição de sintomas depressivos e do consumo de agentes ansiolíticos. Apresenta ainda o deslocamento do foco da atenção da dor para longe do estímulo da dor, e efeitos relevantes na atividade da banda-gama em cortes somatossensoriais primários e secundários. A Musicoterapia relata várias contribuições no alívio da dor, dentre elas a técnica *Entrainment* que demanda o estabelecimento da criação mental da imagem auditiva da dor de forma precisa. O tempo de exposição a esses sons, e a avaliação da intensidade da dor (antes e depois da experiência sonora), foram eficazes, a julgar pelo resultado positivo após a exposição à técnica, melhorando a qualidade de vida, de quem se beneficia, mesmo após um ano.

47

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor. Música. Musicoterapia.

---

1 Musicoterapeuta formada pela Universidade Estadual do Paraná

2 Musicoterapeuta, com formação no tratamento da dor, faz parte do corpo docente na Universidade Estadual do Paraná – Curitiba, Campus II.

## RECEPTIVE MUSIC THERAPY FOR CHRONIC PAIN TREATMENT

Maria Cristina Nemes  
Liliane M. F. Oliveira L. Souza

**ABSTRACT:** The present study aims to describe the work of music therapy with pain relief. Research is descriptive and bibliographic, and as specific objectives are presented a bibliographic research on physical pain, music and pain, Music therapy and pain, and in the discussion, the author briefly describes her experience lived with the receptive Music Therapy technique Entrainment. There were found in the literature some techniques with the use of music and music therapy in pain relief as trailing; pre-selected music; favourite music; classical music audition, technique in "U" and Entrainment. These techniques bring some benefits such as significant reduction of delta band activity in cingulate gyrus, pain, anxiety, depression and consumption of anxiolytic agents. It also shows the shift of attention focus away from the stimulus of pain, and relevant effects on gamma band activity in primary and secondary somatosensory cortices. Music Therapy reports several contributions on pain relief; among them, the Entrainment technique requires the establishment of mental creation of the auditory image of pain in a precise way. Reports show that the time of exposure to these sounds, and the evaluation of pain intensity (before and after the sound experience), were effective, still improving the quality of life one year after the end of the intervention .

48

**KEYWORDS:** Pain. Music. Music Therapy.

## INTRODUÇÃO

Escutar música sozinho ou em grupo vai além de uma experiência estética engloba o corpo, a mente, e as emoções somatizadas em reações fisiológicas, e mentais, além de favorecer o conhecimento pessoal e a desenvolver uma maior comunicação com os outros (SEKEFF, 2007). A música vem sendo utilizada de forma terapêutica desde a antiguidade. Os testemunhos mais antigos remetem à cultura egípcia, porém o relato mais conhecido se encontra no Antigo Testamento, onde David acalma a depressão do Rei Saul através da música que fazia com sua harpa (HAUCK, et al., 2013).

A Musicoterapia como é conhecida hoje na cultura ocidental, só foi surgir no século XX, após o tratamento de veteranos da guerra do Vietnã em hospitais. Em 1950 foi criada a Associação Nacional de Musicoterapia nos Estados Unidos, com o objetivo de fomentar a formação de profissionais qualificados de modo a programar o curso superior de Musicoterapia em universidades, em parceria com escolas médicas e instituições hospitalares, promovendo assim a utilização da música num crescendo contínuo na medicina (LEINIG, 1977).

A escassez de literatura em português sobre musicoterapia e dor crônica foi a motivação para colaborar com as pesquisas na área. Atualmente, a crescente população em nosso país em desenvolvimento, busca cada vez mais longevidade com qualidade de vida. Através de atendimento, poder verificar e quantificar, o uso de uma técnica da musicoterapia no alívio às dores fisiológicas, causadas por vários motivos poderá trazer novas possibilidades para o tratamento da dor.

Portanto esta pesquisa possui como objetivo geral descrever o trabalho da Musicoterapia no alívio da dor. A pesquisa apresenta cunho descritivo e bibliográfico; com objetivos específicos através de uma pesquisa bibliográfica sobre dor física, música e dor, Musicoterapia e dor, e na discussão é feito um breve relato de uma experiência vivenciada com a técnica Musicoterapêutica receptiva *Entrainment*.

No tratamento do sofrimento relacionado à dor existem algumas técnicas da Musicoterapia que podem funcionar na redução e eliminação da dor aguda. Através de um levantamento bibliográfico pode-se constatar que há mais de uma técnica.

## DOR FÍSICA

### CONCEITUANDO DOR

Segundo a *International Association for the study of pain (IASP, 1994)* “A dor é definida como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos desta lesão”.

Ainda conceituando dor, Portnoi (2014) nos traz a informação de que a palavra dor vem da raiz latina *dolor*, que significa sofrimento. Habitualmente o termo dor está ligado a sofrimento mental ou físico. Outras definições referem-se à dor basicamente como uma experiência sensorial e emocional desagradável, desconforto ou mágoa. Apesar da resposta sensorial, a função primordial da dor no organismo é informar sobre um perigo real ou potencial, como a quebra da homeostase<sup>3</sup>; também é induzir a pessoa a adotar comportamentos que objetivam afastar, reduzir ou eliminar a causa da dor. Porém, quando a dor subsiste depois de cessar a função necessária, não é mais um simples sintoma de ferimento ou doença, perde a sua função original de alarme e se torna um problema médico; neste caso, quando a dor se cronifica, pode ser muito prejudicial ao indivíduo.

Como se usa ou se entende a palavra “dor”, vai depender das experiências pessoais, de várias camadas associadas a estímulos físicos, psicológicos, sociais e culturais, ou lesões desagradáveis do passado. A dor pode ser classificada como processual, aguda ou crônica (ALLEN, 2013).

A dor aguda inicia-se com uma lesão ou injúria e substâncias algio gênicas são sintetizadas no local e liberadas estimulando terminações nervosas (nociceptores) de fibras mielinizadas finas ou amielínicas; sua evolução natural é a remissão, porém, em decorrência da ativação de várias vias neuronais de modo prolongado, o caráter da dor pode se modificar e a dor aguda cronificar-se.<sup>4</sup>

Sallum et al. (2012) em seu estudo relacionado à dor, relatam sobre a dor aguda e crônica. Apontam que na dor aguda as principais repercussões sobre o organismo são um aumento do índice de cortisol, do trabalho cardíaco, da pressão arterial, da contração

---

3 A homeostasia consiste no processo de regulação através do qual um organismo consegue manter o seu equilíbrio.

4 Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Kraychete DC. Epidemiologia geral da dor. In: Teixeira MJ, Braum FHO, Marques JO, Lin T Y, organizadores. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003. p. 53-66. – nota de rodapé

muscular, da sudorese, da agitação, da ansiedade e do medo. As complicações e diminuições nas atividades fisiológicas são: no apetite, na deambulação, na saturação de oxigênio, na oferta de oxigênio aos tecidos, na hidratação, no sono, na expansão da caixa torácica (respiração superficial); e nas dificuldades fisiológicas específicas como: taquicardia, arritmia, risco de sangramento, processos tromboembólicos e infecciosos.

Nosso organismo recebe informações dele mesmo e do meio externo através de receptores neuronais. Esses receptores são compostos de neurônios específicos para cada função: Termocaptadores captam informações térmicas; mecanocaptadores, sensores táteis ou propriocepção; e os nociceptores, receptores sensoriais que enviam informações em resposta a estímulos que possuam potenciais de dano, são estes neurônios encarregados pela percepção da dor, podem atuar sozinhos ou em conjunto (BORNE, 2009).

Segundo Portnoi (2014), a dor é um sintoma frequente tanto em enfermidades agudas quanto crônicas; as pessoas com dor em geral, se exercitam menos, o que acarreta comprometimento no condicionamento físico. Por sua vez, tem vários desdobramentos como: uma diminuição de alguns neurotransmissores que interferem no humor, afetando assim também a auto-estima.

A dor é subjetiva e altamente complexa, em natureza, suas causas incluem: infecção, inflamação, irrigação sanguínea diminuída, consequências de tratamento físico ou químico, rigidez por inatividade, reações psicológicas para ansiedade, tensão ou depressão (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2004 apud GROEN, 2007).

A dor crônica contribui para um dano físico, que gera sofrimento por trazer sentimentos de desesperança, depressão e irritabilidade. Acontecem também falhas nos tratamentos, proporcionando uso prolongado de medicamentos, e não raro a perda da capacidade laboral e social causando isolamento (PORTNOI, 2014).

## TEORIAS DA DOR

Há vários modelos teóricos sobre dor, que podem ser classificados em duas categorias: teorias restritivas<sup>5</sup> e teorias abrangentes<sup>6</sup>

No presente estudo utilizaremos um viés da teoria abrangente. Portnoi (2014) nos traz: o modelo Biopsicossocial essa escolha se deu pela preferência do modelo que apresenta características de dimensões psicológicas e ecológicas em interação com aspectos biológicos; estes podem iniciar, manter ou modular perturbações físicas. Segundo esse modelo, fatores psicológicos interferem na avaliação e na percepção de sinais fisiológicos, e aspectos sociais vão mediar e modular essa dor. Esse modelo favorece o entendimento da dor em uma perspectiva multidimensional; de uma maneira geral, o que pensamos, cremos, sentimos como nos comportamos e os contextos sociais e espirituais, afetam de maneira dinâmica o estímulo nociceptivo, termo médico para recepção de estímulos agressivos, recepção de dano transmitido pelo sistema nervoso periférico até o sistema nervoso central, onde é interpretado como dor, indicando (ou estabelecendo) como experiência dolorosa (PORTNOI, 2014).

## FISIOLOGIA DA DOR

Nosso organismo recebe informações através de receptores neuronais, e o fenômeno doloroso é iniciado com a transformação dos estímulos agressivos em potenciais de ação, estes são transferidos para o sistema nervoso central pelas fibras nervosas periféricas (ROCHA, 2007, apud, BESSOU, 1969).

Estas fibras são os receptores específicos para a dor, se localizam nas fibras nervosas nociceptivas (A $\delta$ ) e nociceptores (C), que uma vez acionados, sofrem alteração em sua membrana, consentindo a deflagração de potenciais de ação. As terminações nervosas das fibras A $\delta$  e C, possuem a aptidão para traduzir um estímulo agressivo de

---

5 Teorias restritivas: teoria Cartesiana, a da especificidade, teoria padrão (*input*), a psicológica, a cognitiva radical, a comportamental operante radical, dentre outras.

6 Das teorias abrangentes mais conhecidas, há a teoria de controle da dor (*gate control theory*), a teoria da neuromatriz e a comportamental não-operante radical. O que difere as teorias abrangentes das restritivas, é que as restritivas reconhecem as muitas dimensões presentes nas experiências dolorosas e procuram inseri-las no contexto de forma que a teoria possa abrange-las (PORTNOI, 2014).

natureza térmica, termocetores; química, nociceptores; ou mecânica mecanocetores; em estímulo elétrico e dão sequência levando a informação até o sistema nervoso central e o córtex cerebral fará a interpretação como dor. As fibras A $\delta$  são mielinizadas e as C amielínicas e são capacitadas para transmitir estímulos dolorosos em velocidades distintas. As fibras com bainha de mielina transferem rapidamente a informação; enquanto as sem mielina são responsáveis por uma forma de condução mais lenta da dor (ROCHA, 2007, apud, LEVINE, 1994) e (ROCHA, 2007, apud, LOEWENSTEIN, 1971).

Segundo Sekeff (2007), especialistas demonstraram que a música, ao contrário da anestesia, não se limita a obnubilar o córtex cerebral, ao penetrar mais fundo nos centros inferiores do cérebro. Sem os efeitos colaterais da anestesia ela tranquiliza-o naturalmente.

## MÚSICA E DOR

### ESCUA

Muitos ensaios clínicos foram realizadas desde o início da década de 1970 para investigar os efeitos da música na dor (LEE, 2015). Contudo, os estudos publicados e a ampla descoberta diversificada sobre o assunto, se tornam um complicador para que os clínicos tomem decisões direcionadas quanto a sua aplicação (SAUERLAND; SEILER, 2005). Na intenção do alívio da dor por meio da música deve haver escuta musical.

Eagle, (1988), em seu estudo sobre a conexão “Aio”, que significa “ouvir”, relaciona este sentido (audição) à etimologia das palavras: estéticas “*aisthetikos*”, que significa “perceptivo” e também a palavra anestesia “*Aisthanoma*”, que significa “perceber”. Ao que tudo indica a crença grega do sentido da audição empregado em detrimento dos outros sentidos para o ato de “perceber”, se dá em função de que fechar os olhos (privando a visão), fechar a boca (privando o sabor), prender a respiração (olfato), permanecer imóveis ou intocáveis (tato), porém não fechamos com facilidade nossos ouvidos. Mesmo no sono os ouvidos continuam vigilantes. Através deste atributo de percepção e vigilância permanente os gregos consideram a escuta o atributo perceptual básico da humanidade.

## ESCUA MUSICAL

Para auxiliar nossa compreensão sobre a escuta musical, Ferraz (2001) nos esclarece que a música se dá de uma maneira geral, na forma de sons; ele chama de som, a uma perturbação - tipo de vibração - que venha do aparato auditivo. Também chama de som quando simulamos um som através da imaginação; assim como quando sentimos uma perturbação do tipo vibratório, ou ainda ao sonharmos com esse som. O som é o que dizemos do resultado de algumas formas de perturbação que compartilhamos de modo semelhante, e nossa concepção de som, é uma idéia que se distingue do musical embora se cruzem. Então nos cabe saber, em que momento pode considerar música a esse som que escuto? Nesse contexto a escuta é: formar relações humanas nas cadeias periódicas e aperiódicas de alteração de pressão. “A música é um dos espaços de escuta possíveis”. Ainda em Ferraz (2001), nos diz que aprendemos a música de forma diferente de como aprendemos a linguagem verbal

Santaella (2001) nos diz que, diversos efeitos podem ser produzidos através da música e a apreciação, favorece as muitas formas de interpretação para os que a ouvem. A música compõe uma linguagem, levando-se em conta uma concepção que não se submete ao modelo linguístico, A música faz parte da matriz sonora, de dominância icônica de cada indivíduo.

Quando escutamos música os níveis de consciência corporal, não são os mesmos de quando estamos em uma atividade sem música, o que provavelmente em alguns casos dessa escuta nos possa levar até a um relaxamento corporal total.

## MÚSICA NO TRATAMENTO DA DOR

A Música é a combinação de ritmo, harmonia e melodia, de maneira agradável ao ouvido. No sentido amplo é a organização temporal de sons e silêncios (pausas). No sentido restrito, música é a arte de coordenar e transmitir efeitos sonoros, harmoniosos e esteticamente válidos, podendo ser transmitida através da voz ou de instrumentos musicais. A música é uma manifestação artística e cultural de um povo, em determinada época ou região. A música é um veículo usado para expressar os sentimentos (BLIN e GALLAIS-DEULOFEU, 2005).

Para Guétin *et al.*, (2012), e Roy *et al.*, (2012), a música como coadjuvante no processo de alívio das dores, é amplamente descrita na literatura, bem como a citação a seguir: ouvir música reduz a dor aguda e crônica.

Santos; Vasques, (2015), falam que a música contribui de forma favorável no tratamento da dor oncológica, aliviando a dor e trazendo à tona conteúdos emocionais que possibilitam um trabalho terapêutico que quando conduzido de forma adequada, irá refletir positivamente durante todo o tratamento. Franco; Rodrigues, (2009), em suas pesquisas também obtiveram sucesso na utilização da música no alívio da dor em pacientes oncológicos.

Outros estudos falam sobre o uso da música no alívio da dor. Para Matsota, *et al.*, (2013), a música pode ser usada em hospitais gerais para aliviar a dor em conjunto com medicação. Observou-se nesse estudo a elevação do humor do paciente contra a depressão, que a música promove o movimento para reabilitação física, que pode acalmar ou sedar, induzir o sono, neutralizar a apreensão ou o medo e diminuir a tensão muscular, para relaxamento - incluindo o do sistema nervoso autônomo. O mesmo autor também recomenda o uso da música como uma terapia complementar de baixo custo e de fácil acesso, sem efeitos colaterais para abordar pré-operatório, estresse operatório e pós-operatório. Assim como no gerenciamento da dor aguda e crônica, embora a eficácia da música dependa da disposição individual de cada paciente.

Os resultados dos estudos de Lee (2016) indicam que em geral as intervenções musicais tem efeitos benéficos sobre a intensidade da dor, sofrimento emocional da dor, uso de agentes anestésicos, opióides e não opióides, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória. A utilização da música aponta efeitos clinicamente significativos nos casos de dor aguda, dor processual, dor crônica; e as crianças apresentam maior benefício com a música comparado aos adultos. Considerando todos os possíveis benefícios, os tipos de intervenções musicais podem proporcionar uma abordagem complementar efetiva para o alívio à dor.

No estudo de Hauck, *et al.*, (2013), estudos de neuroimagem revelaram caminhos anatômicos envolvidos na modulação da dor por distração ou ordem superior, processos cognitivos, envolvendo fenômenos como analgesia induzida por placebo, controle percebido sobre a dor ou crenças religiosas. Hauck fala ainda que sobre os mecanismos neuronais que subjazem a modulação da dor pela música, pouco se sabe.

Na experiência avaliada no estudo, Hauck, *et al.*, (2013) são utilizadas 2 abordagens terapêuticas diferentes: terapia de música receptiva e o método de arrastamento. Em um primeiro passo - é feita uma entrevista levantando o histórico musical do paciente, depois feita à indicação para o tratamento, e efetivado o contrato; no segundo passo - composição da música da dor e a música da cura; no terceiro passo - o terapeuta toca a música para o paciente; no quarto passo - reflexões, discussão das fases anteriores e a música é disponibilizada para ser utilizada como receptiva. Na experiência avaliada no estudo, o objetivo é caracterizar os efeitos da musicoterapia em percepção da dor comparando os efeitos de dois conceitos terapêuticos diferentes, referidos como receptivos e métodos de arrastamento, na atividade cortical registrada por magnetoencefalografia em combinação com laser de calor. Primeiramente são mensurados os seguintes dados: parâmetros para excitação e atenção, frequência cardíaca e respiratória, condutância da pele e temperatura corporal; após uma aplicação de laser com intensidade inferior ao limiar de dor são mensurados novamente esses parâmetros.

Pode-se concluir a partir dos dados, que as duas terapias musicológicas Lee (2016) e Hauck, *et al.*, (2013), se aproximam neste estudo. Ambas parecem modular a percepção da dor através de pelo menos dois mecanismos diferentes: envolvendo mudanças de atividade nas bandas delta e gama em diferentes estágios do sistema de processamento de dor. A fragilidade do estudo mencionada pelo autor, se deu em função da natureza do estímulo de calor ser muito breve, e entregue por um infravermelho, o laser não se compara com a dor clínica duradoura, que tem um impacto fundamentalmente diferente.

Guétin (2012) estudou os efeitos da intervenção musical na gestão da dor crônica, e como forma de intervenção musical utilizou a técnica de intervenção em “U”. Essa técnica consiste em: primeiro passo- uma entrevista inicial onde uma enfermeira preenche junto com o paciente um questionário para obter suas preferências; segundo passo - depois

se estabelece um padrão de 20 minutos de sessão distribuídos em várias fases, primeira fase - braço descendente do “U” - é de relaxamento para o paciente, o efeito desta técnica é alcançado primeiro através de uma redução no tempo musical - tamanho orquestral, frequências e volume, na segunda fase - na parte inferior do “U” - é o ponto de relaxamento máximo; terceiro passo - uma fase “redinâmica” (ascendente do braço do “U”) acontece.

Para auxiliar no direcionamento da pesquisa de Guétin (2012), as dores foram classificadas em quatro categorias: fibromialgia, dor sensoriais, cognitivas, afetivas e comportamentais. A intervenção musical também repercutiu com relevância na ansiedade, depressão e no consumo de medicamentos. E a proporção no resultado apresentado foi uma melhoria duas vezes maior nos pacientes submetidos a sessões de intervenção musical, do que os pacientes do grupo controle. Uma limitação que o autor traz a respeito do estudo é com relação à atitude dos participantes que foi avaliada usando um auto questionário em casa. O autor também questiona qual seria o resultado caso houvesse um terceiro grupo onde fosse aplicado outro tipo de técnica de intervenção musical. Por fim, constituiu um viés metodológico, ter diferentes tipos de dor incluída no estudo.

Segundo o autor, Garza-Villarreal, *et al.*, (2014), houve redução da dor e o aumento da mobilidade funcional em pacientes com fibromialgia que utilizaram a escuta de música auto escolhida.

Podemos ver até o presente momento vários estudos sobre o uso da música aplicada no alívio da dor. Veremos ao longo do artigo de que modo a Musicoterapia utiliza a música no tratamento do alívio da dor crônica.

## MUSICOTERAPIA E DOR

A Musicoterapia é o uso clínico e baseado em evidências de intervenções de música para atingir objetivos individualizados dentro de uma relação terapêutica por um profissional credenciado que tenha completado um programa de terapia aprovada, *Associação Norte Americana de Musicoterapia (AMTA, 2013 apud AIGEN, 2014)*.

Um conceito de dor trazido por uma escritora da Musicoterapia Leinig (2010), “a dor é um estado de consciência com um estado afetivo de desagrado, às vezes muito intenso, acompanhado de reações que tendem a remover as causas que a provocam”.

## ESCUITA MUSICAL NA MUSICOTERAPIA

A musicoterapia vem comprovando sua eficácia no auxílio ao tratamento com o ser humano em diversas áreas da medicina. Na musicoterapia, em seu percurso, por ser uma área em expansão, podemos observar modificações em “três momentos distintos”:

Primeiro - no poder que a música exerce sobre o indivíduo; Segundo - na relação terapêutica, da música com o indivíduo e sua história de vida, onde a música é um “elemento facilitador” para tratamento terapêutico; Terceiro - na busca do equilíbrio entre a relação terapêutica ‘paciente-ouvinte’ versus ‘musicoterapeuta-ouvinte’, formando “uma tríade” – musicoterapeuta, música e paciente (PIAZZETTA e CRAVEIRO DE SÁ, 2005) sobre (GASTON, 1968 apud COELHO, 2002:62).

Dentro do processo musicoterapêutico através do uso da música como fio condutor do tratamento, se faz necessário avaliar e mensurar a dor que esse indivíduo traz consigo, que importância ele dá para essa dor, e o quanto a dor o restringe e/ou o impossibilita de realizar as atividades da vida diária.

Através da musicoterapia esse indivíduo poderá trazer à tona conteúdos subjetivos, adormecidos ou não, e trabalhá-los de forma estruturada e sadia com a utilização de canções, sons pré-gravados ou produzidos mediante a sua história de vida sonora.

Na experiência receptiva os principais objetivos são: promover a receptividade; evocar respostas corporais específicas; desenvolver habilidades áudio-motoras; evocar estados experiências afetivas; explorar idéias e pensamentos; facilitar a memória, as reminiscências e as regressões; favorecer a criatividade; estabelecer uma conexão entre o ouvinte e o grupo comunitário ou sociocultural; estimular ou relaxar; estimular experiências espirituais.

## MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DA DOR

Dóro (2016) estudou o impacto da Musicoterapia na manifestação do humor, da ansiedade e da dor em pacientes internados para a realização de transplante de células-tronco hematopoéticas. Ele comparou os resultados obtidos nas análises de dois grupos: o grupo experimental de Musicoterapia (GEM) e o grupo controle (GC). Para uma interpretação mais detalhada foram comparadas as análises entre os dois grupos com relação às variáveis

na diminuição dos efeitos negativos geradores dos distúrbios de humor, da ansiedade e da dor; na média das sessões, na primeira e na última sessão. Na diminuição do humor e da ansiedade, ocorreu significância estatística, o mesmo não se observou no quesito dor. O autor em sua discussão concorda com Pinto Junior, et al., (2012), que traz como justificativa para o resultado sobre dor a hipótese de outras variáveis como o tamanho reduzido de amostra e a não padronização na posologia e classe de analgésicos ofertados. Porém Dóro (2016) compreende ao final que, apesar dos resultados não demonstrarem relevância estatisticamente, para os resultados com a dor, em meio a tanta dor a obtenção de um alívio é uma resposta favorável para ser interpretada.

A musicoterapia possui diversas técnicas e abordagens. Dentre elas a receptiva. A partir da pesquisa, foram encontradas na literatura algumas técnicas com a utilização da música e da musicoterapia no alívio da dor, são elas: Arrastamento; Hauck, et al., (2013), descreveu os efeitos da musicoterapia na percepção da dor comparando os efeitos de 2 conceitos terapêuticos diferentes referidos como receptivos: escuta musical e método de arrastamento, na atividade cortical registrada por magnetencefalografia em combinação com laser. Na técnica de arrastamento a composição da música de “dor” e música de “cura”, essa música foi gravada e posteriormente foi disponibilizada para ser utilizada como técnica receptiva para a escuta. Música pré-escolhida: no estudo de Franco - Rodrigues, (2009), foi utilizada a técnica receptiva com a audição de música clássica, gravada, pré-selecionada, num tempo aproximado de 20 a 30 minutos, em três dias consecutivos. Na pesquisa realizada por Garza-Villarreal, et al., (2014), foi utilizada a técnica receptiva com a escuta de música auto escolhida – música preferida. Franco; Rodrigues (2009) foi utilizada a técnica receptiva com a audição de música clássica, gravada, pré-selecionada, num tempo aproximado de 20 a 30 minutos, em três dias consecutivos. Com a técnica em “U Guétin, et al., (2012), alterou as condições musicais para obter alívio da dor através do relaxamento proporcionado pela música. Com a técnica musicoterápica receptiva Entrainment a escolha de um som que represente a dor e outro som que represente o alívio é feita pelo participante e/ou paciente, sendo ele exposto pela reprodução do som feita pelo musicoterapeuta. O musicoterapeuta reproduzirá um som em seguida do outro para que haja um efeito chamado comporta, pelos especialistas nessa técnica.

Na parte fisiológica, o corpo imediatamente tem morfina natural sendo liberada e se instaura o alívio da dor, acontece algo muito parecido como quando um analgésico sintético injetável é utilizado.

Essas técnicas trazem alguns benefícios como: a redução significativa: da atividade da banda delta no giro cingulado, da dor, da ansiedade, da depressão e do consumo de agentes ansiolíticos (HAUCK, *et al.*, 2013). Apresenta ainda o deslocamento do foco da atenção para longe do estímulo da dor, e efeitos relevantes na atividade da banda-gama em córtex somatossensoriais primários e secundários.

Rider (1985) utilizou o *Entrainment*, mecanismo audioanalgésico que obteve redução da dor e da tensão e alteração nas atividades cerebrais.

Quadro - 1

Hauck, <i>et al.</i> , (2013), Estudos de neuroimagem	Guétin, <i>et al.</i> , (2012), Técnica em U	Dra. Cheryl Dileo (1999) <i>Entrainment</i> – som acústico
Primeiro Passo - é feita uma entrevista levantando o histórico musical do paciente, depois feita a indicação para o tratamento, e efetivado o contrato.	Primeiro Passo - uma entrevista inicial onde uma enfermeira preencheu junto com o paciente um questionário para obter suas preferências.	Primeiro Passo – entrevista inicial, levantamento do histórico musical do paciente feita pelo musicoterapeuta, mapeamento da dor, nível da dor antes do atendimento – escala.
Segundo Passo - Composição do som da dor e a do som da cura.	Segundo Passo - depois se estabeleceu um padrão de 20 minutos de sessão distribuídos em várias fases: primeira fase, (braço descendente do “U”), é de relaxamento para o paciente, o efeito desta técnica é alcançado primeiro através de uma redução no tempo musical, tamanho orquestral, frequências e volume.	Segundo Passo – estabelecimento da criação mental da imagem auditiva da dor e sua intensidade.
Terceiro Passo - o terapeuta toca a música para o paciente.	Terceiro Passo - uma fase “redinâmica” (ascendente do braço do “U”).  Objetivo: proporcionar relaxamento.	Terceiro Passo – emissão do som da dor feita no instrumento elegido pela descrição do paciente e executada pelo musicoterapeuta.

<p>Quarto Passo - reflexões, discussão das fases anteriores e a música é disponibilizada para ser utilizada como receptiva.</p> <p>O objetivo é caracterizar os efeitos da musicoterapia em percepção da dor na atividade cortical registrada por magnetoencefalografia em combinação com laser de calor.</p>	<p>Quarto Passo – não existe</p>	<p>Quarto Passo – emissão do som do alívio feita no instrumento elegido pela descrição do paciente e executada pelo musicoterapeuta.</p>
<p>Quinto Passo – não existe</p>	<p>Quinto Passo – não existe</p>	<p>Quinto Passo – quantificação do nível de dor do paciente após aplicação do Entrainment feita pelo musicoterapeuta</p> <p>Objetivo: proporcionar analgesia ao paciente de forma natural por até 24 hrs.</p>

## ENTRAINMENT - UMA TÉCNICA MUSICOTERAPÊUTICA RECEPTIVA

Em musicoterapia a experiência musical é fundamentada de duas maneiras: experiência musical interativa - onde o musicoterapeuta produz música com o cliente (BARCELLOS, 1992); e experiência receptiva - que se realiza através da audição de peças musicais. A experiência receptiva através da escuta favorece aspectos de várias dimensões da música e de acordo com o objetivo terapêutico da experiência, as respostas são moduladas (BRUSCIA, 2000). Como descrito por Bruscia (2016) dentre os métodos receptivos, o *Entrainment* é uma variação da escuta somática, utilizando vibrações, sons, elementos e formas combinadas para influenciar diretamente o corpo do cliente. Pode-se reduzir a ansiedade relacionada à dor e induzir à insensibilidade à dor sem uso de analgésico combinando esses sons de forma adequada.

O uso da técnica receptiva *Entrainment* deve ser individual, pela necessidade de um relato exato sobre a dor (feita pelo indivíduo), e o som que ela possui. Por ser algo muito intenso, essa técnica não pode ser aplicada em conjunto. Também não pode ser aplicada em pessoas com algum tipo de doença que possa acarretar em relatos não reais ou com seu estado mental alterado, tal como alucinações, transtornos de personalidade como borderline, psicose e patologias referentes a doenças degenerativas como, por exemplo, as demências e Alzheimer (DILEO, 1999).

Após uma descrição da dor e de como ela se apresenta, associando-a a palavras comuns e à descrição de tipos sonoros (relatados pelo indivíduo com dor), pode-se chegar a um som que a represente. Muitas vezes essa dor física também é de causa psíquica. Então se faz um levantamento de tipos sonoros que trazem prazer- alívio ao cliente. São eleitos os sons um para representar a dor e outro para representar o alívio. O som deve ser exato para cada escolha; se não o for não desencadeará o efeito fisiológico do analgésico natural produzido pelo próprio organismo (DILEO, 1999).

Quando as dimensões afetivas, cognitivas, socioculturais e espirituais podem ser identificadas individualmente e no conjunto simultaneamente, podem-se transformar os aspectos da dor (DILEO, 1999).

Com essa técnica bem aplicada pode se ter um alívio da dor de até 24hrs, contribuindo assim com situações onde a pessoa tenha intolerância às substâncias químicas usadas concomitantemente, promovendo em alguns casos uma mobilidade maior, autonomia de movimentos, diminuição dos níveis de depressão e ansiedade. Sintomas esses já descritos anteriormente e recorrentes em quem possui algum tipo de dor crônica.

Pudemos observar que os resultados obtidos com voluntários que passaram pelo tratamento do Entrainment no alívio da dor crônica com uso de corticoides, tem sido eficazes no que diz respeito à diminuição do uso de substâncias para o alívio da dor.

Dentro da escala de avaliação da dor crônica em um nível de 0 a 10, os pacientes chegam para o tratamento da musicoterapia com dor inicial de nível elevado, próximo a 10. O que se tem observado é que: o uso do som ao qual representa a dor relatada pelos participantes, se for acertado, assim como o som que lhes dá alívio após exposição, o nível da dor geralmente diminui, quando não desaparece por completo.

Para que o tratamento seja eficaz é necessário que cada participante esteja em um total de quatro atendimentos consecutivos realizados semanalmente, com duração média de 50 min. Entre um atendimento e outro, os sons elegidos para representação da dor e do alívio sofrem alterações na intensidade sonora e na escolha dos instrumentos devido às modificações no quadro e no nível de dor. Essas modificações podem ser causadas por estados emocionais diversos, como também influencias climáticas, como frio e calor (ALLASIA, 2014).

## DISCUSSÃO

A Musicoterapia relata várias contribuições no alívio da dor, dentre elas a técnica *Entrainment* que demanda o estabelecimento da criação mental da imagem auditiva da dor de forma precisa.

Pelo levantamento bibliográfico realizado, pode-se comparar o uso da música em abordagens semelhantes.

Comparando a técnica do arrastamento ao *Entrainment* pode-se observar os mesmos procedimentos: entrevista, escolha do som da dor e do som do alívio feita pelo participante e a exposição a esse som. A gravação desse som para utilização como audição posterior é levada pelo participante como forma placebo.

Posteriormente a aplicação da técnica, são mencionadas a reavaliação da intensidade da dor após aplicação da técnica receptiva. Porém não são da mesma maneira que o procedimento realizado no *Entrainment*.

A pergunta é se ambas as técnicas não seriam porventura a mesma com dois nomes distintos? E a hipótese foi confirmada, são sim dois termos para o mesmo modo operante.

Também nos trabalhos pesquisados não são relatados o tempo de exposição aos sons, um em seguida do outro.

Após ter participado de uma vivência com a técnica *Entrainment*, percebeu-se a necessidade de compartilhar a experiência por causa dos benefícios observados, cito: pronto alívio, desaparecimento do sofrimento, resgate da autoestima, e mudança de atitude perante a vida. A investigação precisa do tipo sonoro, o tempo de exposição a esses sons, e a avaliação da intensidade de dor (antes e depois da experiência sonora), na experiência vivenciada com a técnica *Entrainment*.

## REFERÊNCIAS

AIGEN, Kenneth. **The study of music therapy: current issues and concepts**. Routledge, New York, 2014.

ALLASIA, Vanessa Vannay. **Musicoterapia en personas con fibromialgia**. 1ª Ed. La Casita de Paz Editorial, 2014. p.29-47.

ALLEN, Joy. Pain management with adults. In J. Allen (Ed.), **Guidelines for musictherapy practice in adult medicalcare**.2013, (pp. 35–61). University Park, IL: Barcelona Publishers.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes; SANTOS, Marco Antonio Carvalho. A Natureza Polissêmica da Música e a Musicoterapia. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: ano 1, n. 1, p. 5 – 18, 1996.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. A Movimentação Musical em Musicoterapia: interações e intervenções. **Cadernos de Musicoterapia, n.2**. Rio de Janeiro: Ed. Enelivros, 1992.

BESSOU, P.; PERL, E. R. Responses of cutaneous sensory units with unmyelinated fibers to noxious stimuli. **Journal Neurophysiol**, 1969; 32:1025-1043.

BLIN, Jean; GALLAIS-DEULOFEU, Claire. **Classes difíceis**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2005.

BORNE, Leonardo. Musicoterapia dor e meta-análise da literatura internacional: contribuições para a rética musicoterapêutica no Brasil. (2009). **Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, XI Fórum Paranaense de Musicoterapia e IX Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**. Organização AMT-PR, Curitiba: Griffin, 2009.

BRUSCIA, Kenneth, E., **Definindo Musicoterapia**, 2 ed, trad. Mariza Velloso Fernandes Conde, Ed. Enelivros, 2000, p.332.

\_\_\_\_\_. **Definindo Musicoterapia**, 3 ed, trad. Marcus Leopoldino, Ed. Barcelona Publisher, 2016, p.135 - 136

COELHO, Lilian. Escutas em Musicoterapia: a escuta como espaço de relações, 2002 Dissertação (Mestrado) – **Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Semiótica**, PUC-SP. São Paulo, 2002.

CORTICÓIDE <https://www.tuasaude.com/corticoides/>Acesso em: 19.nov. 2017.

DILEO, Cheryl Maranto. **Musicoterapia, ressonância e sofrimento relacionado a dor**. (1999).

DORO, Carlos A.O impacto da musicoterapia no controle do humor em pacientes internados para transplante de células-tronco hematopoéticas. 2016. 80p. **Dissertação (Mestrado) - Medicina Interna, do Setor de Ciências e Saúde, Universidade Federal do Paraná**, Curitiba, 2016

DRUMOND, José Paulo. Bioética, dor e sofrimento. **Ciência Cultura**. 63 (2):32-7, 2011. Disponível em<<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php>> Acesso em: 26 de jul. 2017.

EAGLE, Charles T; HARSCH, John M. Elements of pain and music: The Aio Connection. **Music Therapy**. 1988, Vol. 7, N. 1, 15-27p.

FERRAZ, Sílvio. Apontamentos sobre a escuta musical. In: **Música Hodie**. UFG vol 01. Goiânia: 2001, p. 19-23.

FRANCO, Mariana, RODRIGUES, Andrea Bezerra, A música no alívio da dor em pacientes oncológicos. **Einstein** 2008; 7(2):147-51.

GARZA-VILLARREAL, E. A.; WILSON, A. D.; VASE L.; BRATTICO E.; BARRIOS F. A.; JENSEN T. S.; ROMERO-ROMO, J. I.; VUUST, P. (2014). Music reduces pain and increases functional mobility in fibromyalgia. **Front. Psychol.** 5:9010.3389/fpsyg.2014.00090.

GROEN, Kara M. Pain assessment and management in end of life care: A survey of assessment and treatment practices of hospices Music Therapy and Nursing professionals. **Journal of Music Therapy**, 44(2), 2007.

GUÉTIN, S.; GINIÈS, P.; SIOU, D. K. A; PICOT, M. C.; POMMIE, C.; GULDNER, E.; GOSP, A. M.; OSTYN, K.; COUDEYRE, E.; TOUCHON, J. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single blind, randomized, controlled trial, (2012). **The Clinical journal of pain** 28, 329-337 10, 1097 / AJP.0b013e31822be973

HAUCK, M.; METZNER, S.; ROHLFFS, F.; LORENZ, J.; ENGEL, A. K. (2013). The influence of music and music therapy on pain-induced neuronal oscillations measured by magnet encephalography, 2012. **Pain** 154, 539–547. 10.1016/j.pain.2012.12.016

IASP. **International Association for the Study of Pain**. Disponível em [http://www.sbed.org.br/materias.php?cd\\_secao=76](http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=76) Acesso em: 08.jul. 2017.

LEE, Jin Hyung. The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis. (2016). **Journal of Music Therapy**.00(00), 2016, 1–48doi:10.1093/jmt/thw012

LEINIG, Clotilde Espínola. **Tratado de Musicoterapia**. São Paulo: Ed. Sobral, 1977.

LEINIG, Clotilde Espínola. **A Música e a Ciência se encontram: um estudo integrado entre a Música, a Ciência e a Musicoterapia**. Curitiba: Ed. Juruá, 2010.

LEVINE, J. D.; TAIWO, Y. Inflammatory Pain. (1994). em: **Wall PD, Melzack R, Bonica JJ - Textbook of Pain**. 3rd ed., Edinburgh, Scotland, Churchill Livingstone; p. 45-56.

LOEWENSTEIN, W R. Mechano-Electric Transduction in the Pacinian Corpuscle: Initiation of Sensory Impulses in Mechanoreceptors. (1971). em: **Autrum H - Handbook of Sensory Physiology**. Berlin. Springer-Verlag; p.267-290.

MATSOTA, P; CHRISTODOULOPOULOU, T.; SMYRNIOTI, M. E.; PANDAZI, A.; KANELLOPOULOS, I.; KOURSOUMI, E.; KARAMANIS, P.; KOSTOPANAGIOTOU, G. Music's Use for Anesthesia and Analgesia. (2013). **Journal of Alternative and Complementary Medicine** 19(4): 298–307.

PIAZZETTA, Clara M; CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. Escuta musicoterápica: Uma construção contemporânea. **ANPPOM – Décimo Quinto Congresso**, 2005.

PINTO JUNIOR, F. E. L.; FERRAZ, D. L. D. M.; CUNHA, E. Q. D.; SANTOS, I. R. M. dos; BATISTA, M. D. C. Influência da Música na Dor e na Ansiedade decorrentes de Cirurgia em Pacientes com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.2, p. 135-141, 2012.

PORTNOI, Andréa G.(organizadora). **A psicologia da dor**. São Paulo: Ed. Guanabara Koogan, 2014. p. 272

RIDER, M. S. Entrainment Mechanisms are Involved in Pain Reduction, Muscle Relaxation, and Music-Mediated Imagery. (1985). **Journal of Music Therapy**, XXII(4). 183-192

ROCHA, A. P. C.; KRAYCHETE, D. C.; LEMONICA, L.; CARVALHO, L. R.; BARROS, G. A. M.; GARCIA, J. B. S.; SAKATA, R. K. Dor: Aspectos Atuais da Sensibilização Periférica e Central. (2007). **Revista Brasileira Anestesiologia** Artigo de revisão 2007; 57: 1: 94-105

ROY, M.;LEBUISS, A.; HUGUEVILLE, L.; RAINVILLE, P. (2012). Modulação espinhal de nocicepção pela música.**EUR. Journal. dor** 16 , 870-877 10.1002 /j.1532-2149.2011.00030.

SALLUM, Ana Maria; GARCIA, Dayse Maioli; SANCHES, Mariana. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura.(2012). **Acta Paul Enferm.**; 25 (Número Especial 1):150-4p.

SANTOS, Luciano de Souza; VASQUES, Adriana Machado. O aporte da música na dor oncológica. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, Ano 20, Nº 203, Abril de 2015. <http://www.efdeportes.com/> acesso em: 27. jul. 2017

SANTAELLA, Lucia. **Matrizes da Linguagem e Pensamento – Sonora, Visual, Verbal**. São Paulo: Ed. Iluminuras Ltda, 2001.

SAUERLAND, Stefan; SEILER, Christofer M. (2005).Role of systematic reviews and meta-analysis in evidence-based medicine. **World Journal of Surgery**, 29(5), 582–587. doi:10.1007/ s00268-005-7917-7

SEKEFF, Maria de Lourdes. **Da música seus usos e recursos**. São Paulo; Ed. UNESP, 2007.

TEIXEIRA, M. J.;TEIXEIRA, W. G. J.; KRAYCHETE, D. C. **Epidemiologia geral da dor**. In: Teixeira MJ, Braum FHO, Marques JO, Lin TY, organizadores. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003. p. 53-66.

## MUSICOTERAPIA E O IMPLANTADO COCLEAR: REVISÃO SISTEMÁTICA

Marcus Vinicius Alves Galvão<sup>1</sup>

**RESUMO:** A tecnologia envolvendo o Implante Coclear tem se desenvolvido rapidamente nos últimos anos. O sujeito surdo após ser implantado precisa passar por um processo de (re)habilitação intenso e sistematizado. O Centro de Reabilitação e Readaptação Doutor Henrique Santillo-CRER, localizado no município de Goiânia possui uma equipe especializada na reabilitação do sujeito implantado na qual o musicoterapeuta se insere. Este artigo tem por objetivo fazer um levantamento na literatura e compará-lo com as ações realizadas no CRER. A revisão sistemática da literatura foi conduzida nas bases *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *PubMed* e *Scopus*, no período de 2006 a 2016. A literatura demonstrou que as ações musicoterapêuticas no trabalho multiprofissional com o sujeito implantado contribui de forma significativa no processo de (re)estabelecimento do desenvolvimento auditivo, além de possibilitar e facilitar a percepção dos surdos, como uma função autorrealizadora, contribuindo para a formação do ser.

**PALAVRAS- CHAVE:** Musicoterapia. Reabilitação auditiva. Implante coclear (IC). Revisão sistemática.

67

---

<sup>1</sup> Mestre em Ciências da Saúde da Saúde (2017), Especialista em Direitos Humanos da Criança e do Adolescente (2015) pela Universidade Federal de Goiás (UFG) e especializando em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão pela UNB. Graduado em Musicoterapia (2013). Tradutor/Intérprete de Língua Brasileira de Sinais desde 2007. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Musicoterapia do CNPq e do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde Mental. Atuou como professor de música na Associação de Surdos de Goiânia (2009-2011), Musicoterapeuta no Centro de Atendimento Especializado Peter Pan da Associação Pestalozzi de Goiânia (2012-2015). Atualmente é Musicoterapeuta do CAPS III Bem-me-Quer no Município de Aparecida de Goiânia e da Unidade de Atendimento Transitório Infanto-juvenil no Município de Goiânia.

**MUSIC THERAPY WITH COCHLEAR IMPLANT USERS: SYSTEMATIC REVIEW****Marcus Vinicius Alves Galvão**

**ABSTRACT:** The technology surrounding the Cochlear Implant has been developing rapidly in recent years. After being implanted, the deaf person must undergo an intense and systematic (re)habilitation process. The Centro de Reabilitação e Readaptação Doutor Henrique Santillo -CRER, located in the city of Goiânia, has a specialized team trained in the rehabilitation of implanted subject in which the music therapist is inserted. This article aims to make a survey in the literature and compare its results with actions taken in CRER. A systematic review of literature was conducted on Lilacs (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), PubMed and Scopus databases, in the period of time between 2006 and 2016. The literature has demonstrated that music therapy actions when involved in multiprofessional work contributes significantly to the process of (re) establishment of auditory development in deaf people, also enabling and facilitating their perception, as a self-actualizing function, contributing to a formation of the self .

**KEYWORDS:** music, music therapy, auditory rehabilitation, cochlear implant (CI), systematic review.

## INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva não é uma doença de notificação compulsória, portanto a estimativa de sua incidência é difícil. Em 2003, a prevalência mundial de crianças surdas era de 1,5/1000 com variação de 0,8 a 2/1000 (CECATTO et al., 2003). Em âmbito nacional, o Censo de 2010 (IBGE), apontou a incidência de 9,7 milhões de surdos, que representa 5,1% da população, categorizados em diferentes graus, são eles: alguma dificuldade, não consegue de modo algum, grande dificuldade, alguma dificuldade, nenhuma de toda a população brasileira.

A partir deste quantitativo, Santana (2007) elenca inúmeros aspectos são eles de ordem médica (sobre a etiologia, diagnóstico e a cirurgia de implante colear (IC)); de ordem linguística (processos diferentes de aquisição e de desenvolvimento da linguagem oral e / ou de sinais); de ordem educacional (abordagens específicas para o surdo); de ordem terapêutica (acompanhamento especialmente no campo da fonoaudiologia) e de ordem social (dificuldades nas interações com os ouvintes).

Aspectos estes que são amplamente discutidos e estudados a partir de duas visões, a médica (ouvinte) e a sócio cultural do surdo. A primeira considera a surdez como uma deficiência, e que se pode poupar o este ser humano de sofrimento um desnecessário. Declara-se então um direito inalienável, sua remoção torna-se um dever moral e social, sendo que quem quer que questione a pertinência moral do IC parte de um patamar desnivelado em que a cultura dominante já instituiu o seu parecer a priori. Bryce (1996) destaca a visão sócio cultural, os Surdos não se comparam eles próprios com a restante população não-surda, mas antes interpretam-se a si mesmos, a sua identidade e o seu mundo como a normal. Também não interpretam a sua condição como uma condenação a um mundo de silêncio, acreditando por outro lado que a surdez lhes abre a possibilidade de pertencer à sua cultura, a Surda – uma cultura com uma vasta história, língua e sistema de valores próprios, ainda que diferentes da cultura dos pais em que muito provavelmente tenham nascido.

A partir da cultura surda destacamos sua língua, esta língua de sinais é a língua natural das pessoas surdas, ou seja, a língua que pode ser adquirida pelas crianças, naturalmente e de forma inconsciente, a partir da interação com seus falantes (SANTANA, 2007). Quadros (2004) salienta que é a partir da Língua de Sinais Brasileira que a comunidade surda expressa suas ideias, pensamentos, poesias e arte. A língua que é usada como meio e fim de interação social, cultural e científica. Os falantes nativos dessa língua conversam, planejam, sonham, brigam, contam estórias explorando meios riquíssimos e complexos que são próprios de uma língua de sinais.

De acordo com Brandalise (2015, p.8), o sujeito surdo lida com inúmeros desafios, entre eles se encontram a incapacidade de ouvir que é causa do isolamento e o da perda de parte dos prazeres que a audição oferece - sons da natureza, sons dos ambientes e a música.

De acordo com Rochette *et al* (2014), a música além de estar presente no nosso cotidiano ela pode constituir como um poderoso estímulo para o treinamento de habilidades perceptivas e auditivas em crianças surdas. A atividade musical envolve uma extensa atividade cerebral e engaja vários processos perceptivos e cognitivos. A prática musical em curtos e longos períodos de prática produz modificações neuroanatômicas e neurofuncionais.

Atualmente, centros especializados oferecem tratamentos que envolvem a avaliação da condição, o tipo necessário de cirurgia e a reabilitação ao sujeito com perda auditiva profunda. Uma das alternativas para a pessoa nesta condição é o chamado implante coclear (IC).

A ideia do IC começou nas décadas de 1930-1940, porém somente em 1957 Djourno e Eyries descreveram pela primeira vez os efeitos da estimulação do nervo auditivo em um indivíduo surdo, com a colocação de fio metálico no nervo auditivo de um paciente submetido à cirurgia do nervo facial. Segundo o paciente, o ruído gerado era parecido com o som produzido por uma “roleta de cassino” (SCARANELLO, 2005).

Desde então a tecnologia envolvendo IC desenvolveu-se rapidamente. Em 1977, foi realizado o primeiro IC em um paciente brasileiro pelo Professor Pedro Luiz Mangabeira Albernaz utilizando o implante monocanal desenvolvido pelo *Ear Research Institute de Los Angeles*. Desde a década de 70 até os dias atuais, estima-se que 60 a 65 mil pacientes já foram implantados, sendo 24 mil nos EUA (ALBERNAZ, 2015). No estado de Goiás o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) passou a fazer essa cirurgia em 2012 e até 2015 totalizou 90 procedimentos (GALVÃO *et al.*, 2016).

Após a cirurgia inicia-se o processo de reabilitação, que objetiva desenvolver a capacidade de percepção auditiva do indivíduo. Para um bom prognóstico, bem como, o processo de reabilitação o IC depende de fatores como: tempo de privação auditiva, modo de comunicação ou tipo de reabilitação, etiologia e época da instalação da surdez, expectativa e motivação dos pais, paciente e terapeuta, engajamento da família na reabilitação (SCARANELLO, 2005).

O processo (re)habilitação segue uma diretriz composta essencialmente por quatro etapas: detecção, discriminação, identificação e compreensão (BUITRAGO, 2013). O autor salienta ainda que dentro deste processo e para facilitar a evolução, há atitudes verbais ou de fala que devem ser utilizadas no dia-a-dia do sujeito implantado. O sujeito implantado pode: repetir, simplificar, rephrasear, reforçar, utilizar palavra-chave, reelaborar, delimitar contexto, utilizar voz clara e em intensidade habitual (não diminuir ou aumentar intensidade), falar próximo, favorecer leitura orofacial. O contexto da conversação não impede nem diminui a evolução positiva da audição, porém o paciente deve ser encorajado durante o processo de reabilitação para diminuir situações de frustração.

Quique (2013) afirma que geralmente as equipes de tratamento multidisciplinar que trabalham com implantados coclear(es) são compostas por otorrinolaringologista, audiologista, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Cada uma das diretrizes e etapas são trabalhadas e podem ser realizadas através de técnicas da Musicoterapia. Para o sujeito usuário de IC em (re)habilitação, buscamos a escuta, a identificação auditiva e a fala como resultado final.

De acordo com Brandalise (2015) desde meados da década de 1970 a musicoterapia vem dedicando-se a questões relacionadas ao déficit auditivo e no início da década de 1990 até o presente momento tem contribuído com o debate sobre a reabilitação com a pessoa com implante coclear. Os resultados que vêm sendo alcançados são efetivos e diversificados. Piazzeta (2006) salienta que a musicoterapia se diferencia das outras terapias pela singularidade e criação do vínculo sonoro-musical construído no decorrer do tratamento. Objetivou-se fazer um levantamento na literatura e compará-lo com as ações realizadas no CRER.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho é uma pesquisa bibliográfica que envolve as áreas da Música, Musicoterapia e Saúde, tendo como foco principal a aplicabilidade destas no tratamento do Implantedo Coclear.

Realizou-se uma Revisão Sistemática (RS) em bases de dados *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *PubMed* e *Scopus*. A presente pesquisa teve como objeto de estudo a produção de conhecimento relacionada à utilização da música e da musicoterapia no surdo implantado.

Para fazer o levantamento dos artigos para a revisão foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

a) Artigos em português, inglês ou espanhol, com data de publicação no período entre Janeiro/2006 e Julho/2016.

b) Artigos na íntegra (*full text*);

c) Artigos que incluem em sua metodologia a utilização experimental da música ou intervenção musical em alguma situação clínica;

## **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

a) Artigos que não apresentem a relação música e/ou musicoterapia com IC.

b) Teses e dissertações.

Para a realização da pesquisa foram seguidas as seguintes etapas:

1. Busca dos artigos nas bases de dados selecionadas, utilizando-se os descritores - “Música e Implante Coclear” e “Musicoterapia e Implante Coclear”, os idiomas português, espanhol e inglês.
2. Leitura dos resumos de todos os artigos encontrados e seleção daqueles que se encaixavam nos critérios de inclusão.
3. Preenchimento do protocolo criado especificamente para a coleta de dados.
4. Análise dos artigos encontrados e discussão dos resultados, confrontando o material obtido em triangulação com o conteúdo da revisão de literatura feita inicialmente nas áreas de Música, Musicoterapia.

## RESULTADOS

Ao fazer a busca eletrônica nas bases de dados: *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Pubmed* e *Scopus* com os descritores “Música e Implante Coclear”, “Musicoterapia e Implante Coclear” e seus correlatos em inglês e espanhol, foram encontrados 586 artigos. Destes, 534 foram excluídos por não satisfazerem os critérios de inclusão, após a leitura na íntegra dos artigos foram incluídos na pesquisa 6 artigos.

Cabe assinalar que inicialmente foi um dos objetivos desta pesquisa realizar a leitura integral de todos os artigos encontrados. No entanto, em virtude da indisponibilidade de acesso a todos os artigos completos, optou-se pelo estudo dos artigos que apresentassem o acesso livre.

Abaixo no Quadro 1, expõe-se a distribuição dos 6 artigos selecionados para a pesquisa, de acordo com título, ano de publicação, local de publicação e fonte da pesquisa.

**Quadro 1. Relação dos artigos incluídos no estudo por título, ano publicação, publicação veiculada e fonte.**

Título	Ano	Local de Publicação	Fonte
Strategies for Working with Children with Cochlear Implants	2009	Copyright © 2009 MENC: The National Association for Music Education DOI: 10.1177/0027432109341274 <a href="http://mej.sagepub.com">http://mej.sagepub.com</a>	Lilacs
Music and cochlear Implants: Not in Perfect Harmony	2009	Published in final edited form as: ASHA Lead. 2009 June 16; 2009:	Pubmed
Music and Quality of Life in Early-Deafened Late-Implanted Adult Cochlear Implant Users	2013	Copyright © 2013 Otology & Neurotology, Inc.	Lilacs
Métodos unisensoriales para la rehabilitación de la persona con implante coclear y métodos musicoterapéuticos como nueva herramienta de intervención	2013	Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2013; 73: 94-108	Lilacs
Musicoterapia en niños con implante coclear	2014	Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2014; 74: 215-227	Lilacs
Embedding Music Into Language and Literacy Instruction for Young Children Who Are Deaf or Hard of Hearing	2016	DOI: 10.1177/1096250614566539 <a href="http://yec.sagepub.com">http://yec.sagepub.com</a> © 2015 Division for Early Childhood	Scopus

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para a coleta de dados dos artigos foi elaborado um protocolo, incluindo os seguintes dados referentes a cada publicação: título, idioma, área específica do estudo, ano de publicação, publicação veiculada, clientela, amostra, objetivos da pesquisa, resultados, tipo de intervenção, tipo de estudo, coordenador da atividade musical, tipo de atividade musical, música, participação do sujeito, instrumentos de coleta de dados e considerações finais. Como podemos ver no quadro 2.

Quanto ao ano de publicação, 57% dos artigos selecionados estão entre o período de 2009 a 2013 (SCHRAER-JOINE e PRAUSE-WEBER, 2009; FULLER, 2009; BUITRAGO, 2013; QUIQUE, 2013). Mais de 71,4% dos artigos selecionados foram

publicados originalmente em inglês (SCHRAER-JOINE e PRAUSE-WEBER, 2009; FULLER, 2009; NELSON, 2016), seguidos de 28,6 % em espanhol (QUIQUE, 2013; 2014), não foi selecionado nenhum artigo na língua portuguesa, evidenciando uma escassa produção científica da área no país trabalhando a interface proposta pesquisada. Rodrigues e Gattino (2015) reforçam a precariedade apontada e estimulam a produção científica, afirmando que mesmo com poucos trabalhos musicais voltados aos surdos, verifica-se a necessidade de romper com o pensamento de que a música não é para pessoas surdas [...] quebrando esse paradigma, pois a musicalidade é algo constituinte do ser humano.

Na pesquisa, foram identificadas quatro diferentes áreas de atuação profissional: Musicoterapia, Fonoaudiologia, Otorrinolaringologia e Educação Musical, em que a música foi utilizada. Destacando-se a parceria entre as áreas da musicoterapia e da fonoaudiologia (QUIQUE, 2014), com o maior número de publicações, sendo dois de cada área envolvendo a utilização experimental da música ou intervenção musical em alguma situação clínica com o Implantado coclear.

Quanto à abordagem metodológica, 33,3% dos artigos encontrados foram revisões de literatura (QUIQUE, 2013), a princípio tinha-se como critério de exclusão estes artigos, mas devido o peso científico dos autores e a contribuição para a área decidiu-se mantê-los, e 77,7% qualitativo e quantitativo. Quanto ao tipo de estudo, foram encontrados: 3 (três) descritivo-exploratórios (42,8%) ( SCHRAER-JOINE e PRAUSE-WEBER, 2009; FULLER, 2009; BUITRAGO, 2013), 1 editorial e revisão (14,5%) (SCHRAER-JOINE e PRAUSE-WEBER, 2009; NELSON, 2016 ) e 1 qualitativo descritivo (QUIQUE, 2014).

**Quadro 2. Síntese da análise dos artigos da revisão**

<b>Título</b>	Strategies for Working with Children with Cochlear Implants	Music and cochlear Implants: Not in Perfect Harmony	Music and Quality of Life in Early-Deafened Late-Implanted Adult Cochlear Implant Users	Métodos nisensoriales para la rehabilitación de la persona con implante coclear y métodos musicoterapéuticos como nueva herramienta de intervención	Musicoterapia en niños con implante coclear	Embedding Music Into Language and Literacy Instruction for Young Children Who Are Deaf or Hard of Hearing
<b>Idioma</b>	Inglês	Inglês	Inglês	Espanhol	Espanhol	Inglês
<b>Área do estudo</b>	Educação Musical	Fonoaudiologia	Otorrinolaringologia	Fonoaudiologia	Musicoterapia/ Fonoaudiologia	Fonoaudiologia
<b>Ano</b>	2009	2009	2013	2013	2014	2016
<b>Publicação Veiculada</b>	Periódico	Periódico	Periódico	Periódico	Periódico	Periódico
<b>Cientela</b>	Criança surda Implantada	Não descrito	Surdos implantados	Não descrito	Crianças implantadas	Crianças surdas com IC e com dificuldades na audição
<b>Amostra</b>	Não descrito	Não descrito	22	Não descrito	4	Não descrito
<b>Objetivos</b>	Indicar atividades musicais para diferentes contextos educacionais	Evidenciar os benefícios da música para o IC música na reabilitação da audição e fala	Avaliar sudos com IC Durante a apreciação auto-relatada e percepção da música	Revisar e documentar os aspectos relevantes dos métodos unisensoriais, para a reabilitação do surdo usuário de implante coclear	Investigar e descrever as características de um programa de intervenção com a utilização da musicoterapia em crianças.	Apresentar as estratégias utilizadas na reabilitação do surdot usuário de IC utilizando a música e a literatura

<b>Resultados</b>	Professores de Músicas são responsáveis por educar uma criança com uma prótese coclear deve considerar adaptando lições para atender a especial necessidades e exigências auditivas do estudante	Os benefícios da preservação e estimulação da audição acústica e os potenciais efeitos sinérgicos da estimulação bimodal para melhorar a percepção e o prazer da música, bem como a percepção da fala para o IC.	O surdo postlingual, os usuários de IC gostam de música e avaliam positivamente a qualidade da música.	A revisão não mostrou superioridade de nenhum de dos tratamentos mas a maneira em que eles trabalham para fornecer novas perspectivas e ferramentas na intervenção com a população de usuários de implantes cocleares ou outros aparelhos auditivos.	Os participantes mostraram um avanço importante nas áreas específicas contempladas: detecção, discriminação, identificação e compreensão sonora-musical.	Instruções acadêmicas que enfatiza a linguagem e desenvolvimento de alfabetização de acordo recomendações de melhores práticas que foram ainda mais eficazes quando as crianças estão empenhadas e entusiasmadas sobre a experiência de aprendizagem.
<b>Tipo de intervenção</b>	Não se aplica	Não se aplica	Audição musical e aplicação dos questionários	---	10 sessões individuais	---
<b>Tipo de Estudo</b>	Editorial	Revisão de literatura	Estudo Quantitativo	Revisão de Literatura	Qualitativo do tipo exploratório	---
<b>Coordenador da atividade musical</b>	---	---	---	---	Musicoterapeuta	---
<b>Tipo de atividade musical</b>	---	---	Experiência receptiva	---	Sessões com duração de 30 a 40min (audição, recriação, improvisação)	Não identificado
<b>Música</b>	---	---	---	---	---	---
<b>Participação do sujeito</b>	---	---	Passiva (audições musicais)	---	Tocando, ouvindo	---

<p><b>Instrumentos de coleta de dados</b></p>	<p>Não se aplica</p>	<p>Não se aplica</p>	<p>1- Questionário Holandês de Formação Musical (fruição e percepção da música),                  2- Questionário <i>Nijmegen</i> de Implante Coclear (qualidade de vida),                  3-Implante Coclear Funcionamento <i>Index</i> (funcionamento relacionadas com a auditivo) e 4- Discurso, espacial e Escala da Qualidade da Audição (Capacidade auditiva) e atividades musicais e/ou intervenções</p>	<p>Não se aplica</p>	<p>Diário de bordo e vídeo</p>	<p>Não identificado</p>
<p><b>Considerações finais</b></p>	<p>As recomendações oferecidas aqui podem servir de base para educadores de música no fornecimento de experiências musicais prazerosas para muitas crianças com esta audição prótese</p>	<p>Embora a música possa não parecer mais “normal”, o reconhecimento de músicas pode ser otimizado com o acompanhamento das letras, que podem fornecer pistas contextuais suficientes para acionar uma representação mental significativa da música para o IC.</p>	<p>Possíveis explicações para a ausência de correlações entre as medidas musicais e os outros desfechos poderiam ser que outros fatores, como a percepção de fala, contribuem mais para a qualidade de vida dos usuários de IC</p>	<p>A musicoterapia é uma ferramenta de trabalho recente na população de usuários com IC, no entanto, pode contribuir para a reabilitação de pessoas com deficiências auditivas do premissa do trabalho com sons musicais como sua matéria prima</p>	<p>O programa de musicoterapia e a ferramenta de avaliação tiveram um impacto positivo na reabilitação de crianças com IC</p>	<p>A música é mais potente instrumento do que qualquer outro para educação, porquerritmo e harmonia encontrar o seu caminho para o lugares interiores da alma</p>

Nos estudos experimentais, a música e a musicoterapia objetivam avaliar o prazer e reação à música, sua influência na qualidade de vida e a descrição das características de um programa de reabilitação com a musicoterapia. Quanto a amostragem, notam-se também diferenças significativas entre os estudos pesquisados, em um aponta-se um quantitativo de 4 indivíduos e o outro em maior número, 22 participantes, sendo o primeiro com crianças e o outro com adultos, ambos IC (FULLER, 2009; QUIQUE, 2014).

No estudo quantitativo foram utilizados os seguintes instrumentos de coletas de dados: 1- Questionário Holandês de Formação Musical (fruição e percepção da música), 2- Questionário *Nijmegen* de Implante Coclear (qualidade de vida), 3-Implante Coclear Funcionamento *Index* (funcionamento relacionadas com a auditivo) e 4- Discurso, espacial e Escala da Qualidade da Audição (Capacidade auditiva) e atividades musicais e/ou intervenções (FULLER, 2009). O outro estudo quantitativo, os sujeitos da pesquisa foram submetidos a 10 sessões de musicoterapia, sendo avaliados antes e depois de cada intervenção nos aspectos da detecção, discriminação, identificação e compreensão sonora musical.

Quanto ao tipo de atividade musical, nos estudos experimentais são mencionadas as experiências receptivas e ativas (FULLER, 2009). Mais especificamente, um estudo relata a utilização das quatro técnicas descritas por Bruscia (2000); em outro de forma ativa, há o entrelaçamento entre o ritmo musical e a leitura (métrica); já em outro há interação entre a língua de sinais, o corpo e a música (vivência e Ed. Musical) e no restante há a descrição da relação do IC com cada elemento musical.

Nos artigos de intervenção selecionados, apenas 1 (um) explicita a condução da atividade pelo profissional Musicoterapeuta (QUIQUE, 2014). Enquanto outros, descrevem a música como veículo de comunicação (SCHRAER-JOINE e PRAUSE-WEBER, 2009; FULLER, 2009; NELSON, 2016), a partir de tal entendimento salienta a parceria entre os profissionais musicoterapeutas e fonoaudiólogos, pois esses se encontram no campo da (re) habilitação da comunicação, tendo o IC como sujeito da díade fono-música de forma harmoniosa.

Quanto à participação, os artigos revisados revelam que em 85,7% dos estudos a participação do paciente durante a intervenção musical é mista, ou seja, hora de forma passiva, hora ativa (QUIQUE, 2014). E os 14,3% restantes não relatam a forma de participação do sujeito nas intervenções com música.

Os principais objetivos especificados nos estudos foram: investigar e descrever a atuação da Musicoterapia com IC. Salientamos que para alcançar os objetivos acima citados por meio da música, há a necessidade de um profissional que tenha conhecimento e domínio do seu instrumento de trabalho, ou seja, tenha musicalidade clínica (PIAZZETTA, 2006) e conhecimentos de áreas afins que compõem a sua formação profissional. Para Benenzon (1985) o musicoterapeuta deve ser antes de tudo um terapeuta, com um grande conhecimento teórico e prático da utilização do complexo sonoro-musical e do movimento. Portanto, o papel do musicoterapeuta vai além de prescrever e ministrar a música mais apropriada, ele também tem como ofício desenvolver a experiência do cliente com a música (BRUSCIA, 2000).

Os resultados dos estudos dos 6 (seis) artigos selecionados (SCHRAER-JOINER e PRAUSE-WEBER, 2009; GFELLER, 2009; FULLER, C; et al. 2013; QUIQUE, 2013;2014; NELSON, 2015), são: compreensão sonoro musical; melhora na detecção, discriminação e compreensão auditiva; a potencialidade da atuação multiprofissional; preferência do implantado coclear por métodos musicoterapêuticos ativos (recriação, composição e improvisação) e o levantamento das áreas que estudam a interface entre a musica/ musicoterapia com o IC.

Os resultados dos estudos analisados confirmam o potencial terapêutico da música como instrumento capaz de facilitar o processo e a evolução do sujeito para além de atitudes verbais e de fala, promovendo ao implantado mudanças físicas e psicológicas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS E INTERFACE AMBULATORIAL NO CRER**

A utilização da música e da musicoterapia como forma de tratamento junto aos sujeitos surdos e surdos com IC justifica-se por vários motivos: pela sua importância na evolução cultural e biológica do homem; a constância de seu aparecimento na vida humana;

o fato de ser um elemento não verbal; as reações e associações que seus elementos constitutivos podem provocar; a sua representação em todas as culturas e épocas, ou ainda, nos diversos momentos de nossas vidas (BARCELLOS, 1994; 1999).

Percebe-se que a fonoaudiologia e a musicoterapia reforçam a importância da Libras, mas também, oferecem possibilidades para a aprendizagem da fala. Assim como descrito em uma carta encaminhada ao Senado Federal por um surdo oralizado “Nós, mais que ninguém, sabemos que somente a oralização amplia nossas possibilidades e iniciativas como qualquer ser humano [...] afirmo de nos incluir na sociedade, sem ser nos marginalizados.”(SANTANA, 2007p. 133). Por outro lado, Garcia (2017, p.12) relata que

[...] Fui oralizada quando eu era adolescente. Sempre estudei em escolas particulares (concluindo o segundo grau no Colégio Santo Agostinho). O relacionamento era na base da leitura dos lábios e só fui ter contato com outros surdos em 1995 quando tinha 19 anos de idade, ocasião em que eu estava começando a aprender a Língua de Sinais, a fonoaudióloga foi quem me apresentou à Associação dos Surdos de Goiânia (ASG). Foi quando fui apresentada pela primeira vez a uma pessoa surda. Hoje, me sinto muito feliz de ser surda e de me comunicar através da LS

Santana (2007), cita Bevilaqua e Formigoni (1997), que consideram a fala a língua legítima e a abordagem oralista o que geralmente os pais buscam, ressaltando o peso que a Fonoaudiologia tem para eles no acompanhamento do tratamento da surdez. No CRER esses profissionais das áreas de re(ha)bilitação auditiva e musicoterapia, se baseiam em uma abordagem que privilegia a fala, visando potencializar ao máximo o uso do resíduo auditivo com o apoio de dispositivos de amplificação sonora individual (AASI e IC) e facilitarem o conhecimento e as experiências de vida, que os tornarão pessoas “integradas” e participantes da sociedade em geral.

Durante o tratamento de (re)habilitação auditiva, a Musicoterapia por meio das experiências musicais vivenciadas, pode viabilizar a abertura de canais de comunicação. Como Bruscia (2000, p.71) esclarece: “a música pode fornecer meios de comunicação não-verbais ou pode servir de ponte para conectar canais de comunicação verbais e não-verbais”. Baratto, Fernandes e Martins (1998), afirmam que o trabalho musicoterápico com os surdos vai além da percepção da vibração e deve ter o objetivo de levá-los ao prazer de descobrir o mundo sonoro, à liberação de emoções e à socialização desses sujeitos.

Como a Musicoterapia dispõe de experiências musicais diversificadas, vale salientar que na aplicação de uma atividade musical pode-se estimular várias habilidades auditivas ao mesmo tempo, considerando que as respostas ocorrerão mediante maturidade auditiva e grau de comprometimento de cada paciente. Galvão *et. al* (2012), afirmam que a música pode possibilitar e facilitar a percepção de alunos surdos, como uma função autorrealizadora, contribuindo para a formação do ser.

Finalmente, considera-se que a atuação da Musicoterapia em conjunto com a Fonoaudiologia no contexto ambulatorial do CRER entra em consonância com a literatura da Revisão Sistemática realizada, nos quais salientam a importância do trabalho multiprofissional no atendimento ao surdo. Mas tendo em vista que a pessoa com deficiência auditiva implantada é apenas uma questão da deficiência é um dos atributos da pessoa, mas não a identifica sua totalidade, antes de tudo, 'o surdo é uma pessoa.

Espera-se que o presente estudo possa auxiliar a compreensão acerca da atuação do profissional musicoterapeuta na Saúde pública, assim como sobre as contribuições da música e da musicoterapia na (re)abilitação do surdo com IC. Pretende-se também que esse trabalho possa dar subsídios a novas pesquisas sobre o tema, especialmente envolvendo o profissional musicoterapeuta nos contextos clínicos multiprofissionais.

## REFERÊNCIAS:

ALBERNAZ, P. L. M. História dos implantes cocleares. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo , v. 81, n. 2, p. 124-125, Apr. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-86942015000200124&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000200124&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.12.006>. Acesso em 02 de Julho de 2016.

BARATTO, A. C. H; Fernandes, J. O; Martins, W. **Uma abordagem Musicoterápica junto a crianças deficientes auditivas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Musicoterapia) – Setor de Pesquisa e Graduação, Faculdade de Artes do Paraná, Curitiba, 1998.

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de Musicoterapia**. Vol. 3. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de musicoterapia**. Vol.4. Rio de Janeiro: Enelivros,1999.

BENENZON, R. O. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro. Enelivros, 1985.

BUITRAGO, Y. Q. Métodos unisensoriales para la rehabilitación de la persona con implante coclear y métodos musicoterapéuticos como nueva herramienta de intervención. In: **Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello** 2013; 73: 94-108

BRANDALISE, A. A aplicação terapêutica da música no tratamento de pessoas com implante coclear (IC): uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Musicoterapia** - Ano XVII n° 18 ANO 2015. p. 7 a 24

BRUSCIA, K.E. **Definindo musicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BRYCE, G. Cochlear implant and the deaf culture. **Am J Otol** 1996;17(3):496.

FULLER, C; et al. Music and Quality of Life in Early-Deafened Late-Implanted Adult Cochlear Implant Users. In: **Otology & Neurotology**, Vol. 34, No. 6, 2013 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23823145> Acesso em 04 de Julho de 2016.

GALVÃO, M. V. A. et al. Sequência Didática: uma Proposta de Ensino da Música para Surdos. In: **Anais do 8º Simpósio de Cognição e Artes Musicais**. Florianópolis-RS: CEART- UDESC, 2012.v. 1, p. 490-493 Disponível em : [www.abcoamus.org/simcam/index.php/simcam8/simcam8/paper/view/138](http://www.abcoamus.org/simcam/index.php/simcam8/simcam8/paper/view/138). Acesso em 01 de Julho de 2016.

\_\_\_\_\_, et al. Musicoterapia e o Implantado Coclear no CRER: ações apontadas na literatura. In: **XIX Congresso Nacional de Paralisia Cerebral; IV Simpósio Internacional em Linguagem e Motricidade e XVI Jornada Científica do CRER: Atualização em Múltiplas Deficiências**. Goiânia-Go: CENE/CRER, 2016.

GARCIA, R. R.de O. Surdez, Família E Saúde: Relato De Vivência. Centro Virtual de Cultura Surda. **Revista Virtual de Cultura Surda** Edição N° 22 / Setembro de 2017 – ISSN 1982-6842. Disponível em: [http://editora-arara-azul.com.br/site/revista\\_edicoes](http://editora-arara-azul.com.br/site/revista_edicoes). Acesso em 12 de Julho de 2016.

GFELLER, K. Music and cochlear Implants: Not in Perfect Harmony. In: Published in final edited form as: **ASHA Lead**. 2009 June 16; 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150543/> Acesso em 08 de Julho de 2016.

HSIAO, F.; GFELLER, K. Music Perception of Cochlear Implant Recipients With Implications for Music Instruction: A Review of the Literature. In: **Journals Permissions**. nav . Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3587135/> Acesso em 06 de Julho de 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico Brasileiro 2000. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/>. Acesso em 10 de Junho 2016.

NELSON, L. H. et al. Embedding Music Into Language and Literacy Instruction for Young Children Who Are Deaf or Hard of Hearing. In: **Division for Early Childhood**, 2015 Vol. 19, No. 1, March 2016 Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1096250614566539>. Acesso em 02 de Julho de 2016.

PIAZZETTA, C. M. de F. **Musicalidade Clínica em Musicoterapia: um estudo transdisciplinar sobre a constituição do musicoterapeuta como um 'ser musical-clínico'**. Dissertação de Mestrado em Música – UFG - Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2006.

QUADROS, R. M.; KARNOPP, L. B. **Língua de Sinais Brasileira**. Estudos linguísticos. Porto Alegre: Artmed. 2004.

QUIQUE, Yina. Métodos unisensoriales para la rehabilitación de la persona con implante coclear y métodos musicoterapêuticos como nueva herramienta de intervención. **Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello**, 73, 94-108, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162013000100016>. Acesso em 20 de Julho de 2016.

\_\_\_\_\_. Musicoterapia en niños con implante coclear. In: **Rev. torrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello** 2014; 74: 215-227 Disponível em :<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162014000300004>. Acesso em 02 de Julho de 2016. Acesso em 02 de julho de 2016.

ROCHETTE, F.; MOUSSARD, A.; BIGAND, E. Music Lessons Improve Auditory Perceptual and Cognitive Performance in Deaf Children. **Frontiers in Human Neuroscience**, v8, p. 488. 2014 <http://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00488>

RODRIGUES, I. O.; GATTINO, G. S. Música, Musicoterapia e surdez: uma revisão literária. In: **Revista Nupeart** Volume 14, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.udesc.br/index.php/nupeart/article/view/6333/4895>. Acesso em 02 de Julho de 2016.

SANTANA, A. P. **Surdez e Linguagem: aspectos e implicações neurolinguísticas**. São Paulo: Plexus editora, 2007.

SCHRAER-JOINER, L.; PRAUSE-WEBER, M. Strategies for Working with Children with Cochlear Implants. In: **Music Educators Journal** Vol. 96, No.1, 2009. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0027432109341274> Acesso em 09 de Julho de 2016.

SCARANELLO, CA. Reabilitação Auditiva Pós Implante Coclear. **Revista da faculdade de Medicina**, USP Ribeirão Preto, v 8 (3/4), p. 273-278, jul./dez. 2005. Disponível em: [http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n3e4/7\\_reabilitacao\\_auditiva\\_pos\\_implante\\_coclear.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n3e4/7_reabilitacao_auditiva_pos_implante_coclear.pdf) Acesso em 08 de Julho de 2016.

## A CANÇÃO DE APRESENTAÇÃO COMO UM RECURSO DE MUSICOTERAPIA NA SAÚDE MENTAL

Marcelo Rubens de Paula Reis<sup>1</sup>

Marina Horta Freire<sup>2</sup>

**RESUMO:** A música é uma ferramenta que tem o potencial de proporcionar ao ser humano a liberação de emoções, entre tantas outras importantes funções. Atualmente as canções são consideradas um importante recurso musicoterapêutico para a Saúde Mental, e, desde o surgimento da Musicoterapia, elas são citadas neste contexto. Este artigo tem o objetivo de apresentar e refletir, através da análise de conteúdo, o uso da técnica Canção de Apresentação no âmbito da Musicoterapia inserida na Saúde Mental. A análise foi feita a partir dos relatórios catalogados de sessões em grupo, que utilizaram as canções como uma forma de apresentação dos participantes. Além de apontar diferentes tipos de Canções de Apresentação, esta investigação mostra que essa técnica contribui para o vínculo terapêutico inicial, tema inicial de intervenção, processo musicoterapêutico futuro, trazendo vários benefícios ao usuário e ao musicoterapeuta que a utiliza.

**PALAVRAS-CHAVE:** Musicoterapia. Saúde Mental. Canção de Apresentação.

---

1 Estudante de Musicoterapia (Bacharelado em Música Habilitação Musicoterapia) pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atuante na área da saúde mental, estagiou em locais como Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM-Barreiro), Casa do Ancião Cidade Ozanam e Hospital João XXIII, Associação Mineira de Reabilitação (AMR) entre os anos de 2015 e 2017. Atualmente estagia na instituição privada Clínica Mangabeiras, um hospital psiquiátrico de internação. Universidade Federal de Minas Gerais. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/6587585245087789>. E-mail: marcelorubensreis@gmail.com

2 Musicoterapeuta, Professora de Musicoterapia da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutoranda em Música (Educação Musical) pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Neurociências (Neuropsiquiatria clínica) pela mesma Universidade (2014). Bacharel em Musicoterapia pela Universidade de Ribeirão Preto (2007). Possui experiência interdisciplinar nas áreas de Saúde, Humanas e Música, com ênfase em Musicoterapia Improvisacional Musicocentrada. Coordenadora do projeto de extensão Musicoterapia na Saúde Mental da Universidade Federal de Minas Gerais. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1301269894536856>. E-mail: marinahf@gmail.com

**PRESENTATION SONG AS A RESOURCE OF MUSIC THERAPY IN MENTAL HEALTH****Marcelo Rubens de Paula Reis****Marina Horta Freire**

**ABSTRACT:** Music is a tool that has the potential to provide human beings the release of emotions, among many other important functions. Currently songs are considered an important Music Therapy resource in the context of Mental Health and they are mentioned since the emergence of Music Therapy. This article aims to present and reflect on the use of the Music Therapy technique of Presentation Song when it is inserted in Mental Health, through content analysis. Cataloged reports of group sessions were analysed. the sessions were based in songs as a form of presentation of the participants. In addition to pointing out different types of Presentation Songs, this research shows that this technique contributes to the initial therapeutic bond, initial theme of intervention, future Music Therapy process,, bringing several benefits both to the client and the music therapist who uses it.

**KEYWORDS:** Music Therapy. Mental Health. Presentation Song.

## INTRODUÇÃO

Não é recente a utilização da música para restabelecimento e promoção da saúde mental (MILLECCO *et al.*, 2000). Por exemplo na Grécia Antiga, surtos violentos de pessoas com manias, como eram denominados os delírios ou loucura, eram tratados através da música (utilizando-se principalmente a harpa) pelos gregos Zenocrates, Sarpender e Arion, sendo este o primeiro registro do uso da música como terapia (PUCHIVAILO; FURTADO, 2014).

No século XVII, o médico Robert Burton foi um dos responsáveis pelo pioneirismo nas publicações a respeito dos efeitos da música em tratamentos médicos, principalmente da melancolia. Em sua obra *Anatomia da Melancolia* (1621), Burton descreve os efeitos terapêuticos da música, discutindo sobre as possibilidades da música extenuar medos e fúrias e ser utilizada como cura de “aborrecimentos da alma”. Para ele, a música podia “alegrar o melancólico e reavivar sua alma, mas também advertia quanto aos malefícios e doenças que podem ser geradas pela música” (PUCHIVAILO; FURTADO, 2014, p.128).

Mais recentemente, em meados do século XX, se dá nos Estados Unidos o marco do início da Musicoterapia, quando a música começou a ser utilizada cientificamente e para tratamento dos soldados egressos da Segunda Guerra Mundial (BRUSCIA, 2000; CHAGAS; PEDRO, 2008). Acreditava-se que a música poderia ajudar a recuperar a sanidade mental dos soldados (PUCHIVAILO; FURTADO, 2014).

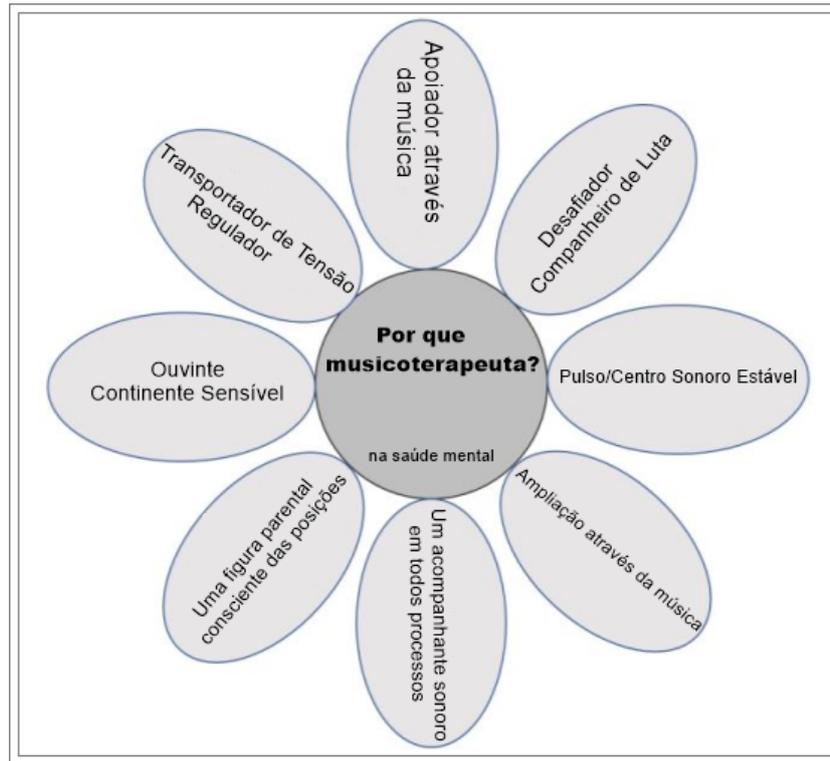
De acordo com Millecco *et al.* (2000, p. 80), a Musicoterapia pode ser definida como uma terapia auto-expressiva, que “estimula o potencial criativo e a ampliação da capacidade comunicativa, mobilizando aspectos biológicos, psicológicos e culturais” do indivíduo. Para esse fim em Musicoterapia, a música é principal ferramenta de trabalho. Atualmente mais estudos já demonstram a importância de tratamentos musicoterapêuticos no âmbito da saúde mental, como Silva e Volpi (2015) que relataram através de análises de relatórios, o espaço que os usuários desenvolvem e ocupam no grupo musicoterapêutico ao longo do processo, expondo suas singularidades. Assim, as autoras nos mostram que essa população demanda atenção individualizada, e que, através destes momentos musicais, são alcançados a coletividade, a participação e o respeito. A partir das reflexões de Anderson (2017), vemos que a Musicoterapia na atuação com esquizofrênicos pode

atingir mudanças mais profundas de acordo com a quantidade de sessões e a duração do processo musicoterapêutico. Além disso, esse estudo ressalta que a Musicoterapia afeta rapidamente funções sociais importantes, quando tem foco na interação social.

Na população de portadores de sofrimento mental, a Musicoterapia também pode visar promover um vínculo terapêutico musical profundo, especialmente com pessoas que ainda não estão prontas para o usar o verbal, mas conseguem pensar e trabalhar musicalmente (ODELL-MILLER, 2017). Pedersen (2017, p.17) vai ao encontro dessas ideias, trazendo uma síntese dos potenciais da música para a saúde mental e apontando potenciais terapêuticos da própria música: linguagem representativa/simbólica, espaço potencial, continente, suporte de identidade, expressão para o *coping* com a vida, espelhamento, ponte das experiências internas e externas, linguagem ambígua e regulação/liberação de tensão.

Porém, ainda segundo Pedersen (2017), não basta só a música para que se atinja os objetivos terapêuticos em saúde mental, sendo imprescindível o musicoterapeuta atuando como suporte, como um apoiador através da música. O musicoterapeuta é o profissional habilitado para utilizar as funções de estabilidade, regulação ou tensão desafiadora da música, sendo sensível para diferenciar as demandas do paciente e a relação terapêutica estabelecida em cada momento. Esses aspectos são possíveis de serem obtidos somente na Musicoterapia e são apontados na flor dos musicoterapeutas criada pela autora, assim como apresentado na figura 1:

FIGURA 1 - FLOR DOS MUSICOTERAPEUTAS



FONTE: Pedersen (2017, p. 18 - tradução nossa)

## CANÇÃO NA MUSICOTERAPIA E SAÚDE MENTAL

As canções são o eixo de procedimentos musicoterapêuticos mais comumente utilizado com as populações de saúde mental (MILLECCO et al, 2000; SCHAPIRA et al, 2007). Os procedimentos e técnicas relativos às canções são encontrados nas quatro experiências musicais em Musicoterapia: audição, recriação, improvisação e composição, através, por exemplo, do uso de canções gravadas, performance instrumental, canto conjunto ou coro terapêutico (BRUSCIA, 2000). A canção na Musicoterapia pode ser utilizada de diversas formas, como auxílio nas funções cognitivas, recuperação física, expressão emocional e aumento de autoestima (PUCHIVAILO, FURTADO, 2014). Conforme apresentado por Millecco *et al*:

Ninguém canta por acaso, cada um busca na música aquilo que necessita para a expressão dos seus sentimentos e emoções, para dizer a si mesmo. Muitas vezes o indivíduo se utiliza da canção composta pelo artista, para atribuir sentido e significado próprio ou para expressar os sentimentos ou emoções. (MILLECCO et al, 2000).

Houghton *et al.* (2005) propõem o uso da canção com foco em saúde mental. A Terapia de Canto em grupo e individual, do programa *Music Performing*, utiliza o canto para promover experiências de socialização, comunicação, expressão de sentimentos e emoções através das canções e improvisações orientadas. No programa *Music Psychotherapy* (Houghton *et al.*, 2005) as técnicas de Interatividade Musical de grupo ou individual visam trabalhar os conflitos conscientes e associam os mecanismos de defesas não saudáveis, observando e discutindo os comportamentos do usuário, apontando para comportamentos saudáveis através dos temas das canções e estímulos musicais. No mesmo programa, a técnica de Suporte de Grupo ou Individual promove apoio através da interação verbal, participação social, e a prática de comportamentos saudáveis, promovendo um estímulo real, através das discussões das letras das canções, elementos musicais, e identificação e clarificação da expressão do usuário.

Uma das formas de usar a canção na sessão de Musicoterapia é a Canção de Apresentação, no início de uma sessão ou processo. Apesar de ser uma técnica simples, não foi encontrada na literatura científica musicoterapêutica nenhuma publicação que descreva a Canção de Apresentação e discuta suas aplicações e efeitos. Em janeiro de 2018, foram realizadas buscas nas bases de dados Portal Capes e Google Acadêmico, com as palavras-chave “Musicoterapia” e “Canção de Apresentação”, e suas correspondentes em inglês, não tendo sido encontrado nenhum artigo ou livro diretamente relacionado. Por isso, resolvemos selecionar este tema para o presente trabalho, com o objetivo de analisar, discutir e refletir sobre essa técnica no contexto de saúde mental, através da análise do conteúdo dos relatórios de sessões, a fim de contribuir para a implementação, adaptação e divulgação dessa técnica.<sup>3</sup>

---

3 Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE: 76859917.1.0000.5149.

## METODOLOGIA

### DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CANÇÃO DE APRESENTAÇÃO

A técnica Canção de Apresentação propõe substituir a forma tradicional de se apresentar em um grupo terapêutico, em que cada participante falaria sobre si mesmo, reduzindo a presença do discurso verbal entre os integrantes do grupo, que passam a escolher qualquer canção para se apresentarem. Ao final da atividade pode se abrir espaço para o paciente explicar o porquê de ter escolhido se apresentar por aquela canção ou trecho. Desta forma, o usuário não é exposto a falar diretamente o motivo de estar ali, ou o seu quadro clínico, mas o que está sentindo, ou buscando sentir, ao citar tal canção.

Os objetivos dessa técnica são: a) contribuir para o primeiro contato no processo musicoterapêutico e b) propiciar acolhimento e comunicação através do cantar dos participantes presentes. Assim, utiliza-se de funções do canto ressaltadas por Millecco *et al* (2000, p.87): a) função de suporte - na qual “o terapeuta é facilitador da emergência de conteúdos internos do usuário e a canção é o suporte para que o paciente os libere” e/ou b) função clarificadora - que possibilita a mobilização emocional, na qual o usuário reflete a partir de outra visão ou mais intimamente suas feridas.

Quando o musicoterapeuta canta junto, a Canção de Apresentação se aproxima da técnica Canto em Conjunto da Abordagem Plurimodal de Musicoterapia, que consiste no canto do musicoterapeuta junto aos usuários fornecendo uma continência emocional acolhedora aos primeiros contatos. Esta técnica é importante no início do processo, para que o paciente se sinta seguro com o musicoterapeuta, através da canção como um dos primeiros contatos entre eles. Assim, a Canção de Apresentação poderia também ser utilizada como uma forma de Canto em Conjunto (SCHAPIRA *et al.*, 2007).

### CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS

Este trabalho analisa os relatórios de sessões de estágio em Musicoterapia ocorridas na Clínica Mangabeiras, instituição privada de saúde mental. Nesta instituição são atendidos indivíduos desde a adolescência até a senilidade em cuidados psiquiátricos, que passaram por momento de surto, ou precisam desintoxicar o organismo, devido ao abuso de drogas. Há internações devido a transtornos de humor, como Depressão, Transtornos Bipolares e Borderline e também internações devido ao abuso de álcool e drogas.

Há na instituição 7 quartos individuais, sendo um deles unidade de desintoxicação. Os usuários geralmente ficam internados de 1 a 2 semanas em cuidados de profissionais da Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Yoga, Enfermagem, e recentemente a Musicoterapia. Há exceções em que a internação pode durar até 2 meses. Após a alta, alguns usuários podem continuar seus tratamentos na instituição através do sistema hospital-dia.

As sessões musicoterapêuticas acontecem em um espaço aberto na instituição, duas vezes por semana e duração de uma hora. Cada usuário participa da Musicoterapia em média de duas ou três sessões. O número de participantes por sessão depende da disponibilidade e número de usuários presentes na instituição. São presentes, geralmente, três usuários por sessão, algumas vezes dois ou um. Às vezes participavam também seus acompanhantes de cuidados médicos e seus familiares em visita ou acompanhamento. As sessões de Musicoterapia seguem abordagem humanista e são adaptadas conforme as necessidades trazidas pelos usuários no momento da sessão. Canções são comumente utilizadas, através da re-criação e da improvisação.

## ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para atingir os objetivos desta pesquisa exploratória, foi escolhido o método de análise de conteúdo. Conforme apontam Olabuenaga e Ispizúa (1989, apud MORAES, 1999, p.2), este tipo de análise constitui uma técnica “para ler e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos, que analisados adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessíveis”. Como já mencionado, os documentos analisados foram os relatórios de sessões de Musicoterapia.

Seguindo os passos da Análise de Conteúdo propostos por Moraes (1999), realizamos a presente análise em cinco etapas: (1) preparação das informações, (2) unitarização, (3) categorização, (4) descrição e (5) interpretação. Os dois primeiros passos formaram a parte metodológica do trabalho, enquanto os três últimos dizem respeito aos resultados e discussões. Esse formato se justifica por se tratar de uma análise de conteúdo de modelo aberto, ou seja, na qual a classificação das unidades em categorias não é definida a priori, mas sim a partir dos dados (MORAES, 1999), surgindo durante a própria análise.

Para a preparação das informações (etapa 1) foram selecionados os relatórios das sessões ocorridas entre agosto de 2016 a agosto de 2017. Após uma primeira leitura, foram incluídos somente os relatórios que descreviam a realização da técnica Canção de Apresentação, organizados em ordem cronológica. Após a coleta, foi realizada a transformação do conteúdo em unidades, ou unitarização (etapa 2). Para isso foram relidos os relatórios com as descrições dos pacientes e da técnica aplicada, selecionando os momentos relacionados à técnica Canção de Apresentação. Para criar as unidades de análise, o conteúdo pertinente foi organizado em tabelas que continham data, nome do paciente, canção escolhida, e descrição dada pelo paciente após executar a canção ou trecho, explicando o motivo da escolha. As outras etapas da análise de conteúdo de modelo aberto serão apresentadas a seguir. Para as análises utilizou-se o programa Google Sheets do Google Drive 2017.

## RESULTADOS

### CATEGORIZAÇÃO

O tema das canções e as descrições feitas pelos usuários após cantar a Canção de Apresentação permitiu a interpretação e a categorização das canções executadas. Levou-se em consideração o estado emocional trazido pelo quadro psiquiátrico, o estado emocional ao ouvir/executar a canção, o estado após ouvir a canção e o relato do próprio usuário sobre a escolha da canção. Seguindo a metodologia da análise de conteúdo de modelo aberto (MORAES, 1999), foram realizadas várias discussões para estabelecer classificações de categorias consistentes e excludentes, que sintetizassem o contexto trazido pelo usuário com a Canção de Apresentação e abarcassem todas as descrições encontradas. Foram encontradas as seguintes categorias:

**De estado atual:** Foram incluídas nesta categoria canções que descrevem características pessoais e/ou do estado emocional atual do paciente.

**Ex. 1:** Paciente se apresenta cantando o trecho abaixo da canção “Caçador de mim” de Milton Nascimento e descreve que a letra da canção a define muito bem.

Caçador de Mim - Milton Nascimento

Por tanto amor, por tanta emoção  
A vida me fez assim  
Doce ou atroz, manso ou feroz  
Eu, caçador de mim  
Preso a canções, entregue a paixões  
Que nunca tiveram fim  
Vou me encontrar longe do meu lugar  
Eu, caçador de mim...

**De estado Almejado:** Nesta categoria, o paciente se apresenta por uma canção que obtém alguma característica ou elemento que ele almeja naquele momento, um habitat emocional confortante que a música evoca. Estas características confortantes podem estar na melodia, na letra, nos timbres dos instrumentos presentes, e também em outros fatores contidos na música.

**Ex. 2:** Paciente escolhe a canção “Nascente” e relata que a escolheu pois gostaria de poder ouvir a canção em um lugar da natureza, um ambiente que traria calma. Nesta canção, a melodia remete a calma e predomina o andamento lento, tom menor e acordes dissonantes.

Nascente - Flávio Venturini

Clareia manhã  
O sol vai esconder a clara estrela  
Ardente, pérola do céu refletindo teus olhos  
A luz do dia a contemplar teu corpo  
Sedento, louco de prazer e desejos  
Ardentes

**De lembranças:** Quando a canção escolhida desperta lembrança e saudade de alguma pessoa, momento, ou época que o usuário considera como confortante ou nostálgica.

**Ex. 3:** Paciente se apresenta cantando uma cantiga de ninar (desconhecida ao terapeuta) e descreve que sempre cantava para a sua neta, quando a tinha no colo, e que sente falta deste momento.

**Ex. 4:** Paciente se apresenta cantando Wish You Were Here do grupo Pink Floyd, e cita que escolheu essa canção pois gostava da época em que estava aprendendo com o professor de violão, e que a tocava várias vezes.

**Indução Evocativa Inconsciente:** Essa categoria se refere ao fato de o usuário apresentar uma canção que já estava em sua mente, que se apresenta por já estar acessível, ou que veio à sua mente aleatoriamente após a consigna. Pode ser apresentada em fragmentos (rítmicos, melódicos ou a letra) ou a canção inteira. Nesta categoria raramente o participante descreve algo sobre o tema da canção ou que ela evoca.

**Ex. 5:** Usuário canta uma frase melódica e diz que estava com essa frase na cabeça há um tempo, mas não lembra qual é a canção, apesar de lembrar que gosta da letra da canção. O musicoterapeuta ajuda lembrando a canção e cantando junto. A canção era “Girassol” do Cidade Negra.

**Por Gosto Musical:** Nesta categoria, a canção é escolhida pelo paciente por já ter um gosto musical pela mesma, pelo artista ou elementos muito presentes na canção, não especificamente para o tema apresentação de si.

**Ex. 6:** Paciente canta trecho da canção “Ideologia” do Cazuza e diz gostar muito das canções do artista e do estilo musical.

## ANÁLISE DAS CATEGORIAS

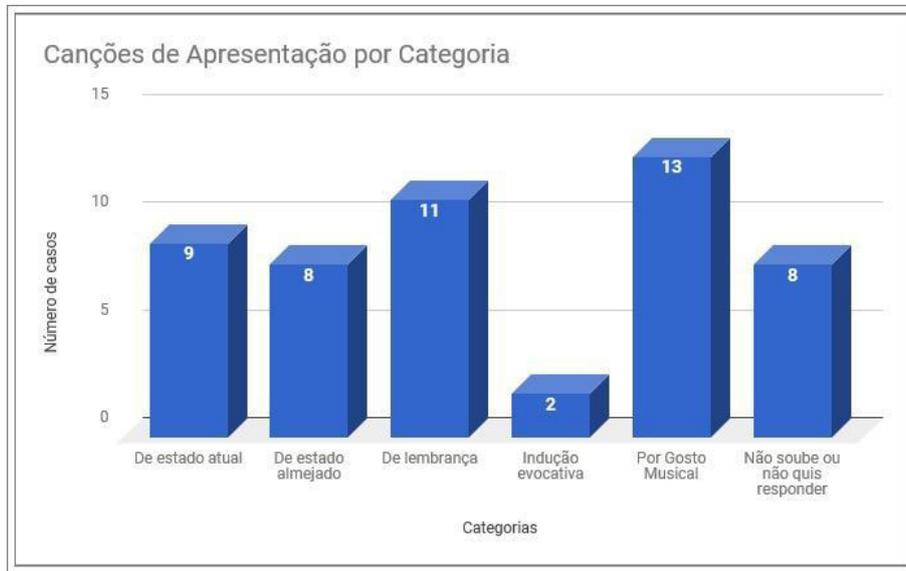
A partir das categorias criadas, foi possível classificar as Canções de Apresentação realizadas. Para isso, foi feita releitura dos relatórios, excluindo as sessões em que não houve a Canção de Apresentação, e organização das canções e descrições em tabelas.

Contabilizamos um total de 51 aplicações da técnica Canção de Apresentação, realizadas com 45 usuários, em 38 sessões do total de 81 sessões que ocorreram entre agosto/2016 e agosto/2017. Em 43 vezes, usuários se apresentaram com canções e, em oito vezes, usuários não souberam ou não quiseram se apresentar (o que foi respeitado pelo musicoterapeuta).

Ficou claro na análise das sessões que a técnica foi utilizada somente quando havia usuários novos no grupo. Houve usuários que estiveram presentes em mais de uma sessão em que foi usada a técnica Canção de Apresentação, podendo ou não escolher a mesma canção para se apresentar toda as vezes.

Foi também quantificado o número total de Canções de Apresentação por categorias, sendo predominante a categoria **Por Gosto Musical** (13), em segundo lugar a **De lembrança** (11), o que pode ser visto no gráfico abaixo.

**GRÁFICO 1 - QUANTIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DA CANÇÃO DE APRESENTAÇÃO**



## EXEMPLOS DE CASOS

A partir da análise dos relatórios foi possível perceber alguns casos em que a Canção de Apresentação foi utilizada de forma significativa para o processo musicoterapêutico. Selecionamos dois exemplos para citar neste trabalho, utilizando nomes fictícios para preservar a identidade das usuárias.

Rose, que sempre dizia ser *engessada* e tímida, se apresentou tocando ao violão a música que seu irmão a ensinou, a canção “O que tua glória fez comigo” do Ministério Voz de Muitas Águas. Através desta Canção de Apresentação em que a descrição de Rose trazia lembranças, foi também percebido o gosto musical da usuária. Na sessão seguinte, retornando a atenção para o violão que tinha deixado de tocar há um tempo, solicitou ao musicoterapeuta que queria aprender a canção de uma forma melhor (melhorando a batida tocada no violão). O musicoterapeuta ajudou então de diversas formas usando esta canção, por exemplo, como a base de uma improvisação, treinando os acordes e formas de se tocar a canção que desejava aperfeiçoar. Através dessas duas sessões e desta

canção foi possível facilitar autonomia e fortalecimento do vínculo terapêutico, ajudando no processo de internação desta usuária e continuidade no tratamento musicoterapêutico no regime hospital-dia.

Outro exemplo significativo foi de Flávia, que chegou à sessão de Musicoterapia se comunicando muito pouco e em baixo volume de voz. Havia mais um usuário presente na sessão, e Flávia foi a primeira a se apresentar. Apresentou-se escolhendo a canção “Há Tempos” de Legião Urbana. O musicoterapeuta acompanhou a canção com o violão, enquanto Flávia cantava. Durante a execução Flávia começou a chorar incessantemente, mas cantou a canção até o final, em choro. Ao acabar agradeceu o momento, abraçando o musicoterapeuta, e agradecendo ao outro participante que estava presente. Foi possível perceber que a apresentação através dessa canção facilitou a expressão e canalização de sentimentos, com a diminuição de mecanismos de defesa e conscientização de seu processo de recuperação.

## DISCUSSÃO

Através da investigação dos relatórios catalogados das sessões acontecidas na instituição Clínica Mangabeiras foram observados dados que permitiram unitarização, categorização e descrição das respostas à técnica de Canção de Apresentação. As análises levaram em consideração informações como canção escolhida, estado cognitivo atual, humor, consigna, descrição do paciente ao executar a canção e forma de execução. Nesta busca de informações encontramos canções com temas positivos, negativos, nostálgicos, religiosos, pessoais, e alguns usuários que não conseguiam pensar em algum trecho para se apresentar.

Em relação a esses casos, em que os usuários não souberam ou não quiseram responder a Canção de Apresentação, deve-se levar em consideração: a falta de contato musical prévio, comumente utilizada como justificativa por esses usuários, e a possível resistência ao contato terapêutico inicial. É importante ressaltar que estes casos foram um número menor do que os usuários que se apresentaram através da canção, o que indica o interesse e a aderência dos usuários à técnica.

A categorização encontrada nos leva à reflexão de quão amplo pode ser o uso desta técnica. Ela permite ao musicoterapeuta conhecer o paciente em sua musicalidade, um pouco da história musical, seu gosto musical (categoria que teve o maior número de apresentações), seu estado cognitivo e sua disponibilidade para o processo musicoterapêutico. Essas informações podem surgir por meio da canção e/ou do instrumento escolhido (quando é o caso).

Os dados retirados desta técnica mostram o que pode estar se passando com o usuário naquele momento, de modo inconsciente e/ou consciente, trazendo possibilidades e informações com o objetivo de compreender e captar alguma pista que possa ser de utilidade dentro do processo musicoterapêutico inicial ou futuro. Assim, Canção de Apresentação acompanha informações pertinentes que também possam ser de uso para outros profissionais da saúde responsáveis pelo usuário.

A partir dessas discussões elaboramos uma flor semelhante à de Pedersen (2017), contendo possíveis benefícios de uso da Canção de Apresentação. Esses benefícios evidenciam como a técnica é importante no início do processo musicoterapêutico, tanto para o musicoterapeuta quanto para o usuário. Os benefícios para o musicoterapeuta são:

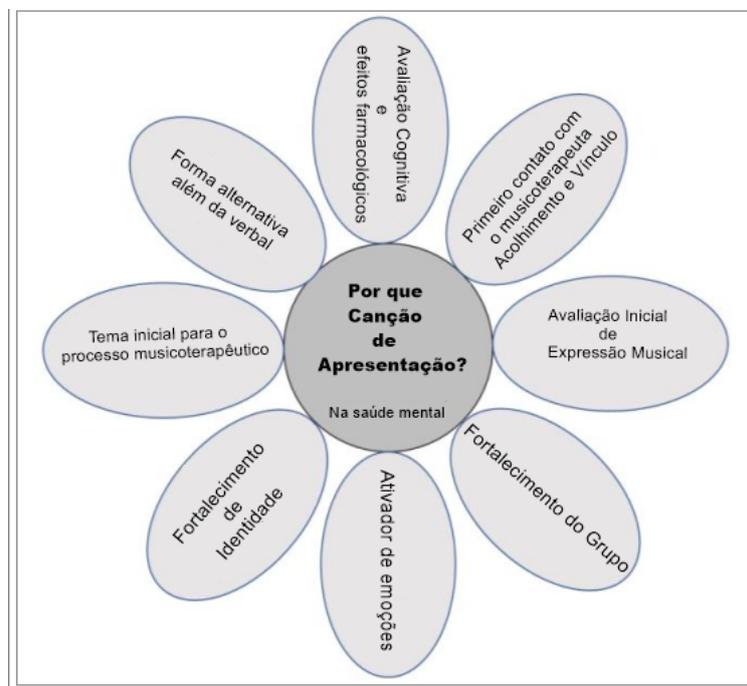
- **Avaliação Cognitiva e efeitos farmacológicos:** Através da expressão facial, gestos, intensidade da voz, e tempo para processar o comando, podemos perceber como o usuário está cognitivamente. Muitos citam falhas na memória ao tentar lembrar alguma parte da canção que gosta muito, dizendo estar sob efeitos de remédios. É possível observar também a hipersonia e a lentidão para executar instrumentos.
- **Avaliação Inicial de Expressão Musical:** Apresentando-se musicalmente o usuário nos mostra um pouco de sua relação com a música através da intencionalidade e da potencialidade vocal, instrumental, senso rítmico, afinação, entre outros aspectos musicais.

Os benefícios para o usuário são muitos e também cabem ao musicoterapeuta, pois expandem suas possibilidades de intervenção. São eles:

- **Ativador de Emoções:** O usuário presente na Canção de Apresentação pode se sentir desorientado devido ao seu quadro clínico, também devido a mecanismos de defesas ativados por momentos de surtos antes da internação ou por estar saindo de isolamento (quarto de unidade de desintoxicação, onde tem contato com poucas pessoas), e pode realmente se sentir desconstruído em função do ambiente desconhecido e de medicamentos. Ao cantar ou ouvir a canção que lhe remete alguma memória potencialmente positiva ou negativa, o usuário ativa emoções, e assim desativa seus mecanismos psíquicos de defesa, podendo experimentar emoções e sentimentos (êxtase, choro, tristeza, alegria).
- **Forma Alternativa além da Verbal:** Devido a muitos quadros depressivos e mecanismos de defesas gerado por diversos fatores já apontados acima, poucos usuários se sentem bem se comunicando verbalmente. Utilizando a música, apresentam fragmentos de sua história, seu gosto musical, traços de sua personalidade, estado almejado, ou até mesmo o estado atual da sua psique, sem expor explicitamente suas feridas.
- **Primeiro contato com o musicoterapeuta/ Acolhimento e Vínculo:** Descrevemos anteriormente a importância do acolhimento musical no primeiro contato. Nesta forma de apresentação o terapeuta tem possibilidades de acolher o usuário utilizando o canto em conjunto ou dando o suporte pelo instrumento. Isso possibilita tornar o primeiro contato agradável e mostrar que o usuário não está sozinho naquele momento.
- **Fortalecimento de Identidade:** Na Canção de Apresentação o usuário tem de acessar suas memórias passadas para definir uma canção que ele possa se apresentar, revendo conceitos que se relacionam com o agora. Desta forma se encontra com sua identidade, selecionando a canção e se expondo ao cantar para o grupo ou terapeuta, fortalecendo seus ideais e demonstrando ao grupo.

- **Tema Inicial para o processo musicoterapêutico:** O usuário demonstra, através desta canção, dicas relacionadas a sua identidade sonora e seus modos expressivo-receptivos<sup>4</sup>, trazendo um gênero que lhe agrada, um artista conhecido, algo que o caracteriza como um indivíduo, dicas de algum instrumento que toca ou tem vontade de tocar. Todos estes aspectos geram possíveis temas musicais que podem ser utilizados em diversas possibilidades para o fortalecimento do vínculo e ao longo do processo musicoterapêutico.
- **Fortalecimento do grupo:** Nas sessões em grupo, o usuário que se apresenta, além de ser acolhido pelo terapeuta, também pode ser acolhido pelos outros participantes, que muitas vezes cantam junto a canção, lembrando letras, ressaltando pontos importantes e em comum no tema da canção apresentada e conseqüentemente encontrando gostos musicais em comum. Esses aspectos podem ser de bom uso para o terapeuta no grupo, trazendo mais possibilidades de temas grupais e gerando o fortalecimento do grupo.

**FIGURA 2: FLOR DA CANÇÃO DE APRESENTAÇÃO**



**FONTE: os autores (2017)**

4 Modos expressivo-receptivos: “a essência expressiva do microcosmo e da música interior de cada indivíduo que nos mostram seu modo de estar na música e, portanto, sua maneira de estar na vida” (SHAPIRA *et al.*, 2007, p.54)

Em cada pétala apresentamos possíveis vantagens e potenciais do uso da técnica observadas ao longo do tempo de aplicação. Pessoalmente, foi experimentado pelo musicoterapeuta atuante itens como a **Ativação de emoções**, em que o usuário, ao se apresentar com a canção, caía em prantos agradecendo por tal momento, desativando mecanismos de defesas (como o exemplo de Flávia, no item 3.3). Também foi experimentada pelo musicoterapeuta atuante a **Avaliação Inicial Cognitiva**, que permitiu observar a cognição de alguns usuários modificada devido a medicamentos e procedimentos, notada nas vezes em que usuários demonstravam dificuldades de responder, e fizeram comentários como: 'depois que passei a tomar este medicamento tenho dificuldades de lembrar muita coisa, mas gosto muita desta canção, vou tentar lembrar'. O outro exemplo citado no item 3.3, da usuária Rose, descreve aspectos de uma das pétalas, a pétala **Tema inicial para o processo musicoterapêutico**, através do possível fragmento recebido após a Canção de Apresentação.

Alguns dos itens mencionados vão ao encontro de Millecco *et al* (2000), pois a Canção de Apresentação é uma 'música do paciente', que permite o reencontro com sua própria identidade, através do engajamento no fazer musical desde o início do processo, ajudando-o a ativar e perceber emoções e sentimentos e a se tornar sujeito da recuperação. O fato da Canção de Apresentação ser um **Fortalecedor de identidade e Ativador de emoções** possibilita também **Fortalecimento do grupo** ao facilitar as relações sociais. Conforme explicam os autores:

A 'música do paciente' revelará o início do reencontro com a própria identidade, colocando-o como agente e sujeito da ação, aumentando a percepção de seus próprios sentimentos, emoções e conflitos, e consequentemente possibilitando o relacionamento com o outro e a inserção no discurso cultural. (MILLECCO *et al.*, 2000, p.88)

Este trabalho também se aproxima das descrições feitas por Pedersen (2017) sobre os potenciais da música em Musicoterapia para a saúde mental, que podem se relacionar com algumas categorias encontradas nesta análise de conteúdo. Para Pedersen (2017) a música tem possíveis potenciais de: trazer um significado estético musical (que se assemelha à categoria **Por Gosto Musical**); expressar as emoções do usuário (que

se relaciona as categorias **De Estado Atual e Almejado**); representar simbolicamente ou metaforicamente uma condição de estado psicológico ou espiritual (que também se relaciona com as categorias **De Estado atual e Almejado**).

Para finalizar esta discussão é importante destacar atitudes que o musicoterapeuta precisa ter ao implementar a técnica Canção de Apresentação. É preciso haver clareza na consigna e dar tempo ao usuário, para que ele processe o que ele quer expor, junto à busca dentro de sua memória musical que pode estar ativa ou não.

Deve-se também tomar cuidados para não prejudicar o acolhimento inicial, também a percepção que o usuário tem de si mesmo . Pois há usuários que, em estado ainda de confusão e depressão, podem escolher canções com o tema bastante negativo (canções que fazem apologia às drogas, à violência, que citam a sexualidade explícita e sofrimento intenso), que remetem memórias e sensações que podem afetar não só o usuário que se apresentou, mas também outros participantes do grupo. Desta forma é essencial que o musicoterapeuta tenha percepção da necessidade de sua intervenção durante e após a apresentação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho discutiu e refletiu a importância da técnica Canção de Apresentação, através da análise de conteúdo de relatórios, categorização e exemplos de casos, mostrando potenciais dessa técnica para atendimentos musicoterapêuticos em saúde mental. Através dos resultados da categorização percebemos que é uma técnica realmente possível de ser implementada, que permite diversas respostas dos usuários, e através da interpretação dos resultados elaboramos a Flor da Canção de Apresentação, que apresenta os benefícios desta técnica.

A experiência de poder acolher o paciente de uma forma pessoal, iniciando com um tema trazido consciente ou inconscientemente, nos mostra a musicalidade e a singularidade de cada usuário, e também de cada musicoterapeuta que terá de utilizar de sua percepção e sensibilidade para utilizar de tais fragmentos observados na Canção de Apresentação de cada usuário.

É preciso a aplicação e divulgação da técnica Canção de Apresentação em outras áreas para maior discussão, levando em consideração também os cuidados para sua aplicação e possíveis contra-indicações . A técnica foi usada no contexto de saúde mental, mas pode ser usada em outros tipos de população, principalmente com adultos. Acreditamos que esta técnica, buscando objetivos diferentes citados neste trabalho, poderia ser aplicada em áreas como Musicoterapia Organizacional, Musicoterapia Social, Musicoterapia Hospitalar e Musicoterapia em Cuidados Paliativos.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, Pauline. Music Therapy May Strike the Right Note for Schizophrenia. **Medscape**, Jun 16, 2017. Disponível em: [www.medscape.com/viewarticle/881730](http://www.medscape.com/viewarticle/881730) . Acesso em 01 Dez 2017.
- BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000
- CHAGAS, M, PEDRO, R. **Musicoterapia desafios entre a modernidade e a contemporaneidade**: como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad e Bapera Editora, 2008
- JOHNSON, Sarah B. Therapeutic Singing (TS). THAUT, Michael & HOEMBERG, Volker. **Handbook of Neurologic Music Therapy**. Reino Unido: Oxford, Cap.16, p.185-195, 2005.
- MILLECCO Filho, Luis Antônio, BRANDÃO, Maria Regina E., MILLECCO, Ronaldo P. **É Preciso Cantar – Musicoterapia, Canto e Canções**. Rio de Janeiro: Enelivros. 2000.
- MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.
- ODELL-MILLER, Helen. Music Therapy in mental health. **Approaches**. Dinamarca, V.9, N.1, p. 11-13, 2017.
- PEDERSEN, I, Nygaard. Music Therapy in psychiatry/ mental health. **Approaches**, Dinamarca, p. 14-18, 2017.
- PUCHIVAILO, Mariana Cardoso. HOLANDA, Adriano Furtado. A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da música à musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, Ano XVI, nº 16, p. 122-142, 2014.
- RUUD, Even. **Caminhos da Musicoterapia**. Tradução de Vera Bloch Wroebel. São Paulo: Summus, 1990.
- SCHAPIRA, Diego; FERRARI, Karina; SÁNCHEZ, Viviana; HUGO, Mayra. **Musicoterapia Abordaje Plurimodal**. Argentina: ADIM Edições, 2007.

HOUGHTON, Becki; SCOVEL, Mary A; SMELTEKOP, Roger; THAUT, Michael; UNKEFER, Robert; WILSON, Brian. Taxonomy of Clinical Music Therapy Programs and Techniques for mental disorders. In: THAUT, Michael H; UNKEFER, Robert F. **Music Therapy in the Treatment of Adults With Mental Disorders: theoretical bases and clinical interventions**. Estados Unidos: Barcelona Publishers, Part 3. p.185-209, 2005.

VOLPI, Sheila Maria. SILVA, Luciana. Ressonâncias do trabalho musicoterapêutico em grupo no contexto da saúde mental: mergulhando no universo da loucura. **Revista Incantare**, V. 6, N.2, p. 149-171, jul./dez. 2015.

## 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.

105

## 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;

**Título em língua estrangeira (Inglês ou Espanhol):** Centralizado na 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>.