

MUSICOTERAPIA NA DEMÊNCIA

“O som é um objeto subjetivo,
que está dentro e fora,
não pode ser tocado diretamente,
mas nos toca com uma enorme precisão”
(Wisnick, 1989:26)

Há pelo menos trinta mil anos a música é utilizada como elemento terapêutico, conforme assinalam Barcellos (1992) e Costa (1989). Desde a mais remota origem da humanidade, o homem sempre buscou atribuir à música os mais diferentes significados, seja em relação a sua expressão estética, ou a sua função mística, religiosa, mágica, terapêutica. Os fenômenos sonoros da natureza, de alguma forma, sempre receberam algum tipo de identificação: os sons ora representavam ameaças, avisos divinos, ora serviam como meio de comunicação, expressando estados de espírito, como alegria, amor, tristeza, raiva. E, ao identificar-se com seu meio, o homem passou a imitar os sons que ouvia, reproduzindo-os com sua voz ou com instrumentos criados por ele mesmo, obtendo os mais diferentes efeitos. Estes iam desde o curativo, como no caso bíblico de Davi, que com os sons de sua harpa afugentava os maus espíritos que atormentavam o rei Saul, até efeitos bélicos, incitando guerreiros a lutarem com maior bravura. A música já era parte do próprio homem, como é até hoje (Benenson, 1985).

A crença na existência de que cada ser humano possui um som ou uma canção secreta própria capaz de fazê-lo vulnerável à magia pode ser observada nos relatos de povos antigos e mais primitivos. Este som podia relacionar-se com o timbre da voz, por exemplo, e quando descoberto podia ser utilizado para fins curativos. Quanto ao valor curativo da música, Aristóteles pode ser considerado um precursor da musicoterapia, pois a recomendava à pessoa dominada por emoções não controláveis, afirmando que após a audição de uma música capaz de comover sua alma, sentia-se tranqüilizado, a ponto de poder escutar os cantos

sagrados, caracterizando este fenômeno como uma espécie de cura ou purificação moral (Cervellin, 1983). Cabe lembrar que, apesar dessa prática remontar à mais longínqua existência, ela renasce após a Segunda Guerra Mundial, quando de sua introdução nos postos de socorro e ante as melhoras apresentadas pelos feridos da guerra (Costa, 1989).

A acepção geralmente atribuída à “Musicoterapia”, palavra que resulta da junção de “música” e “terapia”, é a de cuidar, tratar pela música ou com música. Entretanto, essa prática vai mais além do que essa simples atribuição. Enquanto terapia, a música trata de pessoas com dificuldade de comunicação e relação, como ocorre nas esquizofrenias ou em outros transtornos psicóticos, de crianças autistas e similares patologias. (Costa, 1989; Benenzon, 1988). No caso das demências, a musicoterapia vem se mostrando eficaz entre os tratamentos não-medicamentosos, com bons resultados até mesmo em seu estágio mais avançado, ou seja, no qual outros recursos de comunicação (verbal ou não-verbal) não conseguem alcançar.

3.1

A música na musicoterapia

A música é entendida como a arte de combinar sons. Entretanto, considerando as mais recentes tendências musicais, pode ser definida como a articulação de sons e silêncios, aliada a seus outros elementos – o ritmo, a melodia e a harmonia. Como linguagem sonora, a música também apresenta evolução em seus contextos histórico e cultural, o que acabou por lhe conferir características diversas (Wisnick, 1989), além de apresentar uma estreita relação com a própria evolução do homem no que diz respeito a seus aspectos biológico e psíquico (Muszkat et al., 2000). A música é composta por elementos bem definidos – som, ritmo, melodia e harmonia, que mesmo na complexidade do todo, podem ser analisados em sua singularidade.

O ritmo, como pulso, pode ser considerado um marcador biológico muito bem representado pela respiração, pelo batimento cardíaco e pelo andar do próprio homem. Dessa forma, é representado como aquele que dá ordem e sentido numa relação entre tempo e espaço. É constituído por dois elementos básicos: a duração,

que vai definir o andamento, e a acentuação das sonoridades que vai configurar o estilo rítmico. A partir dessas configurações é que podemos, então, distinguir andamento de ritmo, muito embora apresentem uma estreita relação entre si. O andamento é definido pela duração do som entre uma batida e outra, variando de lento (repetição de sons prolongados) a rápido (repetição de sons rápidos). A acentuação marca a distinção entre uma simples pulsação (uma seqüência de sons iguais) e os ritmos binário, ternário entre outros (os sons ou um dos tempos recebe uma acentuação com maior intensidade que os demais). É da combinação desses dois elementos básicos que se formam os diferentes ritmos e que podem ser identificados em sua singularidade e especificidade: o samba, o xaxado, a valsa etc. Apesar do ritmo apresentar estreita relação com o aspecto biológico do homem, este também é expresso na forma de sentimento, uma vez que as sinalizações usadas para indicar o movimento têm sua origem em expressões afetivas, como por exemplo *allegro*, *affetuoso*, *agitato* entre outros (Costa, 1989). Conseqüentemente, pode-se dizer que esses elementos possuem duas dimensões: uma biológica e outra subjetiva.

O som tem sido objeto de infinitas buscas de reprodução pelo homem. Em suas variações de altura, intensidade e timbre oferece uma gama de articulações e, fisicamente, é representado por uma onda que oscila até sua extinção. A emissão e a propagação de um dado som pode provocar diferentes reações no ser humano, ainda mesmo em sua fase intra-uterina. Alguns deles, o ouvido humano é incapaz de perceber. Segundo Wisnick (1989:17-18)

“Os sons são emissões pulsantes, que são por sua vez interpretadas segundo os pulsos corporais, somáticos e psíquicos. As músicas se fazem neste ligamento em que diferentes frequências se combinam e se interpretam porque se interpenetram”.

Ao sinalizar essa relação do som com o homem, o autor aponta para a essência da existência humana. Enquanto existir um pulso, existirá uma vida, uma vida que emite som e que, portanto, é capaz de expressar ou comunicar algum sentimento, algum sentido. Esse som pulsante, representado através do corpo somático - o pulso sangüíneo e certas disposições musculares, como o piscar os

olhos, apresentam uma seqüência de vários pulsos, que aos poucos vai se transformando em ritmo.

A melodia, uma espécie de discurso ou fala musical, é caracterizada pela combinação de uma seqüência ascendente ou descendente de diferentes alturas de sons (graves e agudos), com durações e acentuações variáveis, formando frases e períodos tal como ocorre na linguagem verbal, correspondendo à estrutura emocional e horizontal da música. A harmonia, cuja representação está na seqüência simultânea ou superposta de várias notas, que encadeadas formam os acordes de uma composição musical, expressa uma estrutura vertical e intelectual da música.

Para a musicoterapia, a música é considerada como qualquer manifestação sonora, seja o som musical ou não, compondo nossas vivências sonoras desde a fase intra-uterina, do nascimento até os dias atuais, ou até a morte, como observa Benenzon (1988).

3.2

Aspectos teóricos e clínicos

A musicoterapia utiliza-se de subsídios teóricos da Psicanálise, da Neurociência, das Ciências Sociais para sua fundamentação. As contribuições da Neuropsicologia podem ser consideradas de suma importância no direcionamento de um estudo da cognição e do comportamento nas demências, tendo em vista que música envolve diversas modalidades do funcionamento cerebral – a auditiva, a visual e a motora. A estas, juntam-se os aspectos emocionais envolvidos na apreciação e interpretação musicais e, subjetivos, como preferência musical, educação, cultura, interesse (Engelhardt et al, 1995). Outro aspecto relevante é que a música também é uma linguagem. E, como linguagem, é regida por um sistema próprio em que estão presentes signos, significantes ou “musicantes” e significados diferentes do sistema da linguagem verbal (Costa, 1989; Muszkat et al., 2000).

As concepções de Benenzon (1988) oferecem um suporte valioso em termos de referencial clínico e teórico para o desenvolvimento dessa prática. Este autor apresenta duas contribuições importantes: a primeira, do ponto de vista

científico – consiste na investigação do complexo som-ser humano (seja o som musical ou não) com a busca de subsídios para diagnóstico e método terapêutico; a segunda, do ponto de vista terapêutico - a abertura de canais de comunicação através dos elementos musicais, visando o processo de reabilitação e recuperação do paciente para a sociedade. Por complexo som-ser humano, o autor entende uma espécie de feedback, um circuito que se inicia em um dado estímulo que, num longo processo, acaba por produzir outro, e sucessivamente irá enriquecer outro estímulo. Este funcionamento é a base da musicoterapia.

A esses aspectos juntam-se dois conceitos básicos, através dos quais todo o processo musicoterápico é desenvolvido: 1) o Princípio de Iso, que corresponde a uma identidade sonora peculiar a cada sujeito e que o individualiza perante os demais, presente desde as vivências mais arcaicas (as gestacionais) até os dias atuais e, 2) o Objeto Intermediário, um instrumento passível de estabelecer a relação terapeuta-paciente, capaz de abrir canais de comunicação, fluidificar aqueles que estão rígidos e estereotipados, impedindo sua realização. Poderá ser qualquer um dos elementos musicais - ritmo, som, melodia ou harmonia, a voz, o corpo e/ou o próprio instrumento musical. A noção de identidade sonora desenvolvida por Benenzon e definida como Princípio de Iso, consistiria no trabalho musicoterápico na possibilidade de criar um andamento da música num padrão igual ou semelhante ao tempo mental do paciente, como definiu Altshuler (1943).

Há 5 tipos de Iso: 1) o gestáltico, que caracteriza o indivíduo; 2) o complementar, como uma flutuação momentânea do gestáltico; 3) o grupal, como resultado da união de vários Isos gestálticos num grupo social; 4) o universal que se caracteriza por identificar todos os seres humanos independente de seus contextos sociais e 5) o cultural, como produto da configuração cultural global de que o indivíduo e seu grupo fazem parte.

Na busca de um conceito de musicoterapia, ocorre assinalar com base em Nick & Aleixo (1991: 30), que se trata de uma prática terapêutica que se utiliza dos instrumentos musicais, da música e/ou seus elementos, da voz e do corpo como formas de expressão e comunicação não-verbal na prevenção e no tratamento dos transtornos físicos e mentais, propiciando a conseqüente relação do indivíduo com ele mesmo, e com o outro e a sociedade. Da mesma forma, pode-se dizer que tal definição está de acordo com os conceitos adotados de “terapia” e

“doença”, bem como da área de interesse e de atuação de cada profissional, como nos observa Ruud (1990).

Em se tratando da clínica com pacientes geriátricos, Boxberger & Cotter (1968) consideram a importância do estímulo não-verbal e do ritmo simples como sendo efetivo em pacientes com diminuição da relação com a realidade, observando que em 1960 Altshuler, ao separar grupos de hiperativos e hipoativos, descreve que o ritmo, sobretudo com essa clientela, é de caráter simples, igual e direto, evitando-se o ritmo sincopado. Aponta também haver preferência pelos instrumentos de cordas aos de sopro e percussão. Contudo, em se tratando da cultura brasileira, sinalizamos que entre as características da música brasileira encontramos um ritmo sincopado, muito ligado a nossa vivência sonora, assim como uma identificação mais próxima com os instrumentos de percussão.

No tocante aos aspectos clínicos da aplicação da musicoterapia a pacientes com demência, a literatura apresenta relatos do uso de música através da programação musical individual ou grupal em instituições geriátricas (Chavin, 2002), como o que procura identificar o melhor estilo musical para diminuir a agitação de pacientes com demência e outros sintomas associados (Gerdner, 2000).

A literatura indica que as habilidades musicais e artísticas permanecem preservadas nas demências tanto do tipo Alzheimer (Beatty et al., 1994; 1997) como nas demências fronto-temporais (Miller et al., 2000).

Apesar de ainda não existir estudo sistematizado da aplicação da musicoterapia a pacientes com demência, é interessante ressaltar alguns pontos observados da prática clínica com psicóticos posto que esses pacientes também apresentam dificuldades na relação e na comunicação interpessoal.

Costa (1989) associa seu achado, trinômio ação-relação-comunicação, às contribuições de Aulagnier (1979) observando que caso as vivências experienciadas no setting musicoterápico fossem predominantemente prazerosas, o “prazer de ouvir” (peculiar ao processo originário), transforma-se em “desejo de escutar” (característica do processo primário), evoluindo para a “exigência da significação” (primordial do processo secundário). As modulações sonoras maternas ouvidas pelo bebê, ou a ausência destas, podem então propiciar prazer ou desprazer e, apresentar papel importante na apropriação do campo semântico, na cultura e no contexto simbólico.

Embora no psicótico não ocorra um comprometimento da linguagem, bem como de outras funções cognitivas e funcionais no mesmo nível da demência, posto que a estruturação da linguagem e a do campo semântico ainda poderem vir a ser resgatadas, na fase inicial da demência, o paciente, mesmo com algum déficit mnemônico, parece conseguir atribuir significados à cadeia de significantes musicais. Porém, mais que isso, o que realmente parece ter relevância seria o fato do paciente ainda poder vir a gozar da possibilidade do “prazer de ouvir” nos estágios avançados. E por que também não pensar no “desejo de escutar” na medida em que o paciente, no estágio inicial da doença, ainda é capaz de expressar algum sentimento? E, quando não muito até nomeá-lo?

A relação estabelecida pelo terapeuta com o paciente que está demenciando se configurará de suma importância nesse processo. A sonoridade da voz e a postura do terapeuta frente ao paciente deverá ser acolhedora, gratificante à medida em que poderá vir a se aproximar de aspectos semelhantes às vivências mais arcaicas do ser humano.

O trabalho de Lima (1986) encontra eco aqui, no momento em que o autor ressalta que o ato da mãe cantar os acalantos ou as cantigas de ninar é aquilo que dá continência ao bebê, tão logo a mãe percebe o que ameaça o bebê – os “perseguidores” internos; daí o choro. O som da voz da mãe, numa cadência rítmica e numa linha melódica embala o bebê e entre outras coisas introduz, através da letra de cada cantiga, diferentes conteúdos simbólicos, como a figura do pai, a função materna e a presença de uma mãe má ou boa como ocorre nos contos infantis. O musicoterapeuta diante de um paciente que está demenciando, ao cantar com ele músicas que são significativas, pode estar lhe dando um continente como a mãe o faz com o bebê, como observa o autor.

É fundamental que o musicoterapeuta adquira um profundo conhecimento das músicas que fizeram ou fazem parte do universo musical do paciente, seja através dele próprio ou de um familiar que possa identificar esse universo. É com a linguagem musical do paciente – seus gostos e preferências - que o musicoterapeuta criará um espaço onde essa linguagem possa ser exercida, seja em grupo ou individualmente, de forma a proporcionar um ambiente agradável e prazeroso que o sustente.

Sydenstricker (1991) considera que a linguagem musical possibilita um contato mais profundo com o mundo psicótico em que a música pode ser

considerada um fenômeno transicional. E, como fenômeno transicional, essa linguagem musical vai apresentar dois aspectos distintos: um subjetivo, que se relaciona com os aspectos do mundo interno do paciente e, outro objetivo, voltado para seu mundo externo. A música, seus componentes e o próprio instrumento musical estariam diretamente ligados ao objeto transicional de Winnicott (1975).

Esse processo da música como objeto transicional não difere na demência, tendo em vista que, seja através da articulação do canto, do executar um instrumento musical e/ou da utilização dos elementos musicais, existe a possibilidade de aproximação e do encontro terapeuta-paciente.

3.3

Em grupo ou individual?

Alguns trabalhos (Godinho et al., 1988; Lopez, 1994; Ramalhete, 1994) desenvolvidos em casas geriátricas ou gerontológicas apontam a inserção do paciente com demência junto a outros quadros psicopatológicos. A proposta de um trabalho em grupo apenas com pacientes portadores de demência, além de inovador, constitui um desafio a ser pesquisado.

Estar em grupo sempre foi uma necessidade do homem e se faz presente em todas as fases de sua vida – infância, adolescência e maturidade – independente dos padrões sociais, culturais e políticos que o circundam. O desejo de compartilhar e de trocar experiências de vida, de comunicar sentimentos e pensamentos levam o homem a buscar o outro e conseqüentemente, viver em grupo, possibilitando a inter-relação eu-outro.

Bezerra Junior (1987) ao abordar as terapias grupais assinala que razões de ordem socioeconômica como economia de tempo dos técnicos e a grande demanda pelos atendimentos, por si só não constituem argumentos passíveis de sustentar a aplicação de terapias grupais já que

“As terapias grupais ou são boas indicações terapêuticas, porque atendem a necessidade dos clientes do modo mais adequado e eficaz do que outras modalidades de atenção (como as terapêuticas medicamentosas ou as psicoterapias individuais) ou não devem ser propostas como alternativa.” (p. 162)

Salienta, ainda, que a dinâmica grupal dilui a figura do terapeuta sem contudo tirar-lhe a função específica dentro do grupo. Ao terapeuta é conferida a função peculiar de elemento aglutinador, que operacionaliza as regras de comunicação necessárias a que o grupo, através de troca entre seus componentes, se expresse verbalmente na linguagem que lhe é própria.

Segundo Fregtman (1982:32)

“O grupo é campo de experiência normalizadora. O coordenador do grupo deve atender à possibilidade de intercâmbio, à redução da ansiedade excessiva, com a qual estará aproximando o grupo da neurotização. O terror já não destrói mais. Pode ser detido porque pode ser nomeado”.

Ressalta ainda esse autor que

“Fazer musicoterapia é, numa primeira abordagem, convocar as experiências lúdicas do paciente que permite ser colocado em posição de ‘jogo’, único campo em que os pontos de referência - e, por conseguinte, as defesas estratificadas diante do ‘outro’ - estão excluídos, pois não há nada a defender nem conquistar. Assim o ‘jogo’, ocorrerá sem lógica, nem motivações cujo interesse transcenda a satisfação hedonista da sensorialidade, deslocando a ordem convencional da razão.” (p. 26)

E, afirma que

“Através do jogo sonoro iniciamos um caminho em cuja extremidade se encontram a reparação e a reconstrução de um mundo presente-passado. Ou talvez somente o reconhecimento...” (p. 38)

Não se pode negar que, em virtude dos comprometimentos que vão aparecendo com o curso da demência, um isolamento social vai surgindo na vida do paciente. A proposta de um trabalho em grupo propicia ao paciente manter vínculos de relacionamento ou criar novos vínculos, não ficando assim tão isolado do meio que o cerca. O ideal é de um grupo mais homogêneo onde as diferentes possibilidades da música possam ser utilizadas. Em grupos de pacientes em fase inicial, a estimulação da iniciativa em recorrer a sua própria memória musical pode ser aplicada; do mesmo modo é comum ocorrer entre os integrantes do grupo uma conversa sobre determinado tema proposto por um dos pacientes que pode ou

não estar relacionado à vivência com a música. Um fator de suma importância consiste em organizar grupos com faixa etária, aspectos culturais e sociais aproximados.

As alterações de comportamento e a acentuação do comprometimento cognitivo e funcional decorrentes da evolução da doença levam a modificações quanto à estrutura do atendimento. Uma proposta individual e mais diretiva pode ser desenvolvida, mas sempre com o propósito de ser um espaço em que se busque levar em consideração a possibilidade do paciente ainda fazer sua escolha por esta ou aquela atividade. Quando isso não é mais possível, cabe ao terapeuta observar o paciente e, a partir do conhecimento adquirido, desenvolver o atendimento. A adequação dos trabalhos também é realizada com os familiares com vistas à continuidade na própria residência, pois o que se objetiva é a manutenção da qualidade de vida para um sujeito já tão comprometido. Este é um aspecto fundamental pois o paciente passa a maior parte do seu tempo em casa com a família e/ou o cuidador.

Apesar da pouca disponibilidade de informações no manejo da clínica de pacientes com demência, é imprescindível que se esteja sempre aberto a novas reflexões que auxiliem ou transformem os procedimentos clínicos. Uma experiência clínica diretamente com grupos de pacientes com Alzheimer ou mesmo com outra demência se configura em uma tarefa a ser pesquisada, até mesmo pela peculiaridade da doença, nas manifestações imprecisas dos sintomas em seu curso, para cada paciente.

Os atendimentos são feitos em grupo e/ou individualmente, de acordo com a necessidade de cada caso. Os grupos são formados por até 6 sujeitos que apresentam um perfil homogêneo, tanto no que diz respeito aos aspectos psicopatológicos quanto aos aspectos de histórias pessoais e sociais. A heterogeneidade se manifesta na preferência musical. Alguns preferem o clássico, a ópera e outros preferem o samba, a marchinha de carnaval, o bolero, a valsa etc. Este aspecto variável permite a descoberta ou redescoberta musical através do outro. Em grupo ou individualmente, o objetivo precípua é o de melhorar a auto-estima do paciente, sua relação consigo mesmo e com o outro. Outro objetivo é mantê-lo ligado a algum aspecto que possibilite a melhora de sua qualidade de vida. Cada grupo é atendido por um ou dois musicoterapeutas, ao passo que no trabalho individual apenas um musicoterapeuta realiza o atendimento.

Esse trabalho pode se dar de forma diretiva ou não-diretiva, ou até mesmo com o emprego de ambas as técnicas:

- diretiva: o musicoterapeuta propõe as atividades ao paciente e/ou grupo de forma diretiva e ativa, podendo ser a utilização, separada ou em conjunto dos vários elementos da música, de canto, de audição musical, sempre respeitando as possibilidades de cada um.
- não-diretiva: o musicoterapeuta possibilita que o acontecer musical se dê através do próprio paciente e/ou grupo, buscando assim estimular a iniciativa de cada um quanto ao que será desenvolvido numa sessão, entre as diferentes opções possíveis acima mencionadas. Essa técnica pode obter resultado satisfatório nos momentos iniciais da doença.

Os atendimentos de grupo acontecem uma vez por semana, com duração de 60 minutos e os atendimentos individuais ocorrem uma vez por semana com duração de 30 ou 40 minutos. Estes atendimentos podem ser divididos em duas partes distintas: uma de produção sonoro-musical e outra de comentários. Verifica-se, entretanto, certa flexibilidade quanto a esse desenvolvimento. Depende do estado clínico e do humor dos pacientes. Por vezes, o atendimento pode se dar apenas em nível verbal, em determinado dia.

Num trabalho em que a música está envolvida, o fazer musical propicia uma interação valiosa, seja através da execução de instrumentos musicais ou do cantarolar uma melodia e do cantar a letra ou ainda na simples audição musical. A possibilidade de que esses pacientes obtenham melhora na auto-estima, na relação consigo mesmo e com o outro, apresenta-se como uma condição *sine qua non* para esse trabalho. Principalmente, em alguns casos em que a linguagem momentaneamente aparece “mais articulada”, ao narrar fatos de sua história pessoal, desencadeadas pela própria música. Os aspectos subjetivos do paciente podem ser resgatados e valorizados, seja numa situação de atendimento em grupo ou individual.

3.4

Algumas possibilidades

3.4.1

Canto

“Coube ao homem, criar o seu canto e nele refletir sobre diferentes aspectos de sua vida singular. As canções, então, passaram a fazer parte de diversos momentos de sua vida. ...O canto está presente no universo simbólico de todas as culturas”. (Brandão & Milleco, 1992:18)

Cantar para um grupo ou uma platéia pode ser um ato de comunicação ou de contar histórias como assinala Stefani (1987). O canto é a confluência ou a síntese de três dimensões: a voz, a palavra e a música. A voz como algo muito pessoal, representando a imagem sonora de uma pessoa; a palavra enquanto meio para a comunicação interpessoal, expressando sentimentos, afetos entre outros e, a música associada a expressões, a representações, através de construções melódicas e rítmicas. Essas três dimensões não trabalham isoladas, mas de forma complementar.

O canto é uma atividade não apenas capaz de educar a voz, mas também de mobilizar aspectos afetivos como satisfação em cantar, em ouvir, em estar em grupo, como aparece em comentários de pacientes: *“este grupo está ficando bom...aqui me sinto como se estivesse em casa...”*; *“a gente tem que cantar pra alegrar ela”*; *“estava bom...a cantoria estava boa...”*; *“eu sei cantar tudo... é só dar a partida que eu vou atrás... eu adoro cantar...”*; *“foi bom...não teve nada que atrapalhasse...quem canta seus males espanta...”*.

Iniciar e estimular o canto, através das músicas que marcaram época, que ainda fazem parte de nossa cultura e memória musical, constitui um meio facilitador de aproximação e participação junto ao paciente, como também deste com os outros do grupo. A prosódia musical⁷ pode ser trabalhada em seu aspecto melódico e rítmico com uso da voz e do canto.

⁷ Prosódia Musical: ajuste das palavras à música e vice-versa, a fim de que o encadeamento e a sucessão de sílabas fortes e fracas coincidam, respectivamente, com os tempos fortes e fracos dos compassos. (Dicionário Aurélio, 1986: 1404)

3.4.2

Instrumentos musicais

Segundo Juliette Alvin (1967), os instrumentos musicais se caracterizam como objetos concretos e positivos que podem ser confeccionados, aperfeiçoados ou transformados pelo homem, tornando-se um prolongamento de seu corpo, capazes de metamorfosear em som seus impulsos psicomotores e liberá-los. Os instrumentos musicais são inerentes ao *setting* musicoterápico, tendo como função facilitar a relação terapêutica, além de ampliar as possibilidades de expressão sonoro-musical dos pacientes. Existe uma variedade enorme de instrumentos musicais que podem compor o *setting* musicoterápico, indo desde o mais simples como o chocalho, o pandeiro, o ganzá, o afoxê, o reco-reco, o triângulo até o mais complexo como o piano ou o violão. É relevante levar em consideração o tipo de material, o peso, a textura e a tessitura dos instrumentos musicais no trabalho com o paciente, ressaltando-se que sua utilização deve ocorrer de acordo com o interesse e o desejo do paciente em tocar ou não o instrumento musical.

Os instrumentos musicais, como os demais elementos da música, exercem a função de objeto intermediário entre o terapeuta e o paciente. No entanto, esses instrumentos apresentam uma peculiaridade marcante na voz do próprio instrumento, o qual não ameaça tanto à medida em que é sentido como um objeto externo, não denunciando diretamente o estado intra-psíquico do paciente (como o fazem a voz e o corpo) permitindo a abertura de um canal de comunicação e expressão, facilitador da relação terapêutica.

Benenzon (1988), ao considerar a aproximação do objeto intermediário com o objeto transicional de Winnicott (1975) o faz do ponto de vista de que este é um objeto primário e basicamente um objeto de comunicação. Segundo o autor, de forma evolutiva, o objeto transicional se converterá em objeto intermediário e, sendo assim, somente ele poderá ser utilizado terapeuticamente. Seu posicionamento quanto a essa atuação baseia-se na posição de Rojas Bermudez (1970) numa comparação entre o fantoche e o instrumento musical, assinalando que este apresenta as seguintes características:

- a) existência real e concreta;
- b) inocuidade, que não desencadeia “por si” reações de alarme;

- c) maleabilidade, que se pode utilizar à vontade em qualquer combinação de funções complementares;
- d) transmissor que permite a comunicação por seu intermédio, substituindo o vínculo e mantendo a distância;
- e) assimilabilidade que permite uma relação tão íntima que a própria pessoa possa identificá-lo consigo mesma;
- f) adaptabilidade que se ajuste às necessidades do indivíduo;
- g) instrumentabilidade que possa ser utilizada como prolongamento do indivíduo;
- h) identificabilidade para que possa ser reconhecido imediatamente.

Não é necessário que o paciente saiba tocar um instrumento musical para participar da musicoterapia, mas a forma de utilização e o manuseio dos instrumentos merecem especial atenção por parte do musicoterapeuta. É na relação estabelecida entre instrumento-som-paciente que todo o processo terapêutico se dará, incluindo os itens acima citados. A maneira que o paciente encontra de produzir um som é que será valorizada e não se a forma do manuseio é a correta ou não.

Os instrumentos podem acompanhar o canto, podem ser utilizados apenas em propostas de exploração sonora e/ou de desenvolvimento rítmico.

Após uma proposta de exploração sonora e de trocas de instrumentos com outros pacientes, um deles faz o seguinte comentário “ *parecia noite de Natal, quando as crianças pegam seus presentes e ficam brincando...*”. Outros comentários: “ *eu nunca tinha tocado este instrumento, ele é indígena?*”; “ *não sabia que era tão difícil tocar um instrumento...mas estou achando interessante*”; “ *eu só vou tocando assim...como a professora falou...*”.

3.4.3

Corpo

Segundo Nick (1998), além do corpo ser condição para a vida, resultante em grande parte da reação que o indivíduo sofre em relação ao *modus vivendi* de sua classe social, dialeticamente, ele registra nossas vivências intra e extra-

psíquicas, carregando em si a marca de uma cultura, que não pode ser ignorada, representando o código de uma mensagem.

O corpo pode ser usado a partir de propostas de musicoterapeutas e/ou dos pacientes, com ou sem estímulo musical. Atividades abrangendo relaxamento, movimentação corporal estimulada por danças e/ou expressão sonora com percussões corporais (estalidos de dedos, palmas etc), com o objetivo de alcançar maior percepção de si mesmo e do outro, a partir da percepção e desenvolvimento rítmico, *“eu sabia dançar valsa...já dancei muito...agora eu não sei mais...”*; *“é sapateado?!...”* (após ouvir uma produção rítmico-sonora com percussões corporais – palmas).

3.4.4

Audição musical

A audição musical evidencia a possibilidade de resgatar lembranças de períodos vividos anteriormente, a partir do momento em que os pacientes ouvem suas músicas nas vozes ou não de seus cantores e/ou compositores preferidos. Através deste recurso pode-se trabalhar o reconhecimento de estruturas rítmicas e melódicas e, até mesmo, acompanhar a audição dessas músicas com a utilização de instrumentos musicais e/ou canto. Possibilita, também, que musicoterapeuta e pacientes entrem em contato com a bagagem musical e cultural de algum integrante do grupo, através de estilos musicais diferentes como a música judaica ou portuguesa, apenas para exemplificar. Registramos alguns comentários durante ou após uma audição: *“começou bem...está indo bem...essas músicas antigas quase todas dão saudade...”*; *“melhorou, ele soltou mais a voz...foi um grande cantor que dava gosto de ouvir cantar”*; *“coloca esta ‘populares Israel’⁸ para ela conhecer...”*; *“...essa música eu dancei com a minha filha...”*.

⁸ título que constava na fita cassete que continha músicas brasileiras cantadas em hebraico.

3.5

Material clínico ilustrativo

Com o propósito de compreender o processo musicoterápico e visando ilustrar este trabalho, será apresentado um atendimento com um grupo de pacientes, de modo a situar o tratamento de sujeitos que merecem cuidado especial.

Trata-se de uma sessão em que dois resultados positivos puderam ser alcançados: um mediante a estratégia adotada pela musicoterapeuta e outro decorrente da postura da paciente que incentivou a participação de uma outra paciente do grupo, dias mais tarde, a trazer uma música e cantá-la espontaneamente.

No dia dessa sessão, o grupo que era composto por oito pacientes - cinco mulheres e três homens – com faixa etária entre 65 e 81 anos, não contou com a participação de um dos homens. A escolaridade variava entre o primeiro grau incompleto o terceiro grau completo. O grupo se reunia toda segunda-feira às 13:30 horas e o atendimento durava 60 minutos. Os pacientes apresentavam graus variados do estágio da doença, mais precisamente de leve para moderado. Uma paciente já apresentava distúrbios do comportamento, enquanto outra revelava uma afasia e uma hemiparesia facial; uma terceira paciente tinha em sua história pregressa, um relato de tratamento psiquiátrico anterior à doença atual.

Embora fosse interessante descrever cada caso para melhor compreensão da singularidade dos pacientes envolvidos na relação, o que se busca apresentar no momento é a aplicação e o manejo da técnica em que a música pode ser vista como ferramenta do processo terapêutico. Cabe lembrar que devido ao número de pacientes do grupo, esse atendimento contou com a participação de uma psicóloga que ficou responsável de acompanhar Raquel, devido a seu estado agitado.

O grupo começa suas atividades com as trocas de informações sobre o fim-de-semana, hábito proposto para o momento inicial do desenvolvimento do trabalho. Durante esse momento, são comentadas também as ausências, as saídas e as novas presenças, bem como o procedimento a ser adotado para o atendimento previsto. O canto nesse grupo se constituía num elemento aglutinador, tendo na voz de Clara as diferentes nuances das variadas músicas que sabia cantar e que movimentavam o grupo.

Nesse dia, Raquel apresenta-se resistente para ficar no grupo, alegando que para ali se dirigira com vistas a uma consulta com o médico. Isto havia sido dito pelo marido da paciente e reforçado pela cuidadora, de forma que Raquel viesse para o tratamento. Uma estratégia que surtiu efeito negativo já que se deparara com um grupo e não com seu médico. A psicóloga sai com a paciente, voltando minutos depois.

Souza, que está chegando ao grupo, é apresentado como o mais novo integrante, sendo bem recebido pelos demais. Raquel é apresentada ao novo paciente e querendo mais uma vez sair do atendimento, inicia o canto de “*Casinha da colina*”, uma música conhecida da paciente e também de Clara. Imediatamente, o grupo se põe a cantar e Raquel que já estava na porta da sala, retorna e começa a declamar a música, comentando que não tem voz para cantar. Talvez quisesse fazer uma referência à maneira afinada com que Clara cantava as músicas no grupo ou até mesmo a mim, que tinha o hábito de estar cantando as músicas. Cantar parece ser a estratégia segura para Raquel conseguir ficar com o grupo, mas é preciso lembrar que nem sempre se obtém sucesso com as estratégias, pois muitas vezes a agitação do paciente não permite mesmo que ele participe.

Solicito a ajuda de Ivo na distribuição dos instrumentos musicais para acompanhar o canto das músicas. Ivo os distribui e Raquel é a única que não os aceita. A música seguinte também fala de casa: “*Casinha Pequeninina*” e, Raquel cantando parece esquecer do que haviam lhe dito em casa. Na verdade, o espaço do tratamento pode ser comparado a um lar que acolhe aqueles que estão necessitando de ajuda. Casa também pode estar associada a família e o grupo também começa a estabelecer laços como os de uma família, uma nova família, pois com o passar do tempo os pacientes perguntam pelas ausências ou demonstram preocupação em ajudar o outro que está mais prejudicado.

Ivo, em seu jeito brincalhão, dirige-se a mim e diz: “*ninguém gosta de você*”; imediatamente Lia responde “*eu gosto sim*”, o que é feito pelos demais pacientes, de forma espontânea. Essa atitude expressa grau de afeto demonstrado pelo grupo. Afeto que não é demonstrado apenas para com a pessoa da musicoterapeuta, mas em relação a todos os componentes do grupo. Em seguida, para não perder o fio condutor do trabalho proponho o canto de “*Carinhoso*”. É oportuno lembrar que essa música, durante certo tempo se configurou como a

música de chegada de cada novo integrante e ali estava Souza chegando. É quando Ana pergunta o nome de uma paciente recém-admitida no grupo. E, como o nome da paciente é nome de uma música, esta foi cantada em seguida. Ao final do canto, Ivo vira-se e diz “*Independência ou morte!*” e a paciente responde “*Liberdade, nada de morte*”. Sinalizo a escolha feita e procurando dar continuidade, comento a preferência de Tania que ora a gira o ganzá como se quisesse abri-lo ora mexe no botão da jaqueta, parecendo querer tirá-lo. Canto “*Ta-hi*”, seguida de outras músicas acompanhadas pelo grupo.

Ana não se conforma com a postura de Raquel, que insiste em pedir para que ela cante uma música. Responde de forma agressiva a Raquel: “*eu não sei...porque é que a senhora não canta...*” Cabe ressaltar que Ana é a paciente que já tinha uma história psiquiátrica anterior à doença atual. Sua postura tanto verbal quanto não-verbal era de intensa negatividade diante do grupo. Sempre se reportava ao trabalho como “*besteira*”, ficando mesmo a andar pela sala em certos momentos, mas prestando atenção aos mínimos detalhes do que acontecia no grupo. Sua fala sempre denotava um teor de melancolia e de falas associadas ao fato de morrer: como “*eu morri*”, “*meu filho morreu*”. Reconstruindo sua história com os familiares, soubemos que a paciente já havia feito tratamento com eletroconvulsoterapia, anos atrás quando manifestou um quadro de depressão com as perdas econômicas do marido. Por si só essa circunstância já poderia colocá-la em situação penosa e parecida com a morte, tal como os processos de depressão que havia vivenciado em determinado período de sua vida.

Canto “*Último Desejo*” que é acompanhado por essa paciente, coisa rara no grupo. Ao término da sessão, Clara comenta que desejava cantar a música que canta quando penteia os cabelos, mas que esqueceu. Souza diz ter gostado e que as músicas fizeram-no lembrar de coisas do passado, não conseguindo porém dizer quais eram.

Com esta sessão, pôde-se verificar que a estratégia utilizada surtiu efeito positivo em Raquel, que conseguiu permanecer no grupo até o final do atendimento. Porém, é preciso lembrar que o grupo também apresentava uma estrutura já formada, em que alguns integrantes se colocavam como interlocutores ou intermediadores na relação terapeuta-paciente.

Algumas semanas depois, Ana, que só reproduzia o canto entoado pelos outros pacientes, inicia espontaneamente, no final de uma sessão, a música “*Errei*

sim”. Após o canto chora dizendo que seu filho morreu. Entretanto, o filho não morreria; esta era a forma da paciente dizer que não vira o filho ainda durante aquele dia. Embora não tenha conseguido cantar a música inteira, esta foi uma possibilidade única: a de ouvir sua voz através de uma música trazida pela primeira vez em seu tratamento no grupo. O papel atuante de Raquel parece ter contribuído para quebrar a resistência de Ana, mesmo que temporária, levando-a a cantar. As posturas de Raquel e Ana continuaram com suas falas próprias. E, assim, a música de Ana pode ser trazida outras vezes no *setting*, agora na voz da musicoterapeuta e dos demais integrantes do grupo.