



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CÂMARA DOS DEPUTADOS

(DO SR. BORGES DA SILVEIRA) PR-ARENA

8 OUT 1980

ASSUNTO:

PROTOCOLO N.º _____

Regulamenta a profissão de Musicoterapeuta.

DESPACHO: JUSTIÇA = EDUCAÇÃO E CULTURA = FINANÇAS

À COM. DE CONST. E JUSTIÇA em 28 de NOVEMBRO de 19 79

DISTRIBUIÇÃO

- Ao Sr. Deputado Antônio Dias em 4 DEZ 1979
- O Presidente da Comissão de Justiça
- Ao Sr. Luiz Baptista em 11 19 80
- O Presidente da Comissão de Educação e Cultura
- Ao Sr. Braze Ramos em 28 01 19 82
- O Presidente da Comissão de Educação e Cultura
- Ao Sr. Deputado Alípio Coury em 11/08/82
- O Presidente da Comissão de Finanças
- Ao Sr. _____ em _____ 19 _____
- O Presidente da Comissão de _____
- Ao Sr. _____ em _____ 19 _____
- O Presidente da Comissão de _____
- Ao Sr. _____ em _____ 19 _____
- O Presidente da Comissão de _____
- Ao Sr. _____ em _____ 19 _____
- O Presidente da Comissão de _____

PROJETO N.º 2303 DE 1979

SINOPSE

Projeto n.º _____ de _____ de _____ de 19____

Ementa: _____

Autor: _____

Discussão única _____

Discussão inicial _____

Discussão final _____

Redação final _____

Remessa ao Senado _____

Emendas do Senado aprovadas em _____ de _____ de 19____

Sancionado em _____ de _____ de 19____

Promulgado em _____ de _____ de 19____

Vetado em _____ de _____ de 19____

Publicado no "Diário Oficial" de _____ de _____ de 19____

Lote: 55
Caixa: 88
PL N.º 2303/1979
1

CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº 2.303, DE 1979

(DO SR. BORGES DA SILVEIRA)



Regulamenta a profissão de Musicoterapeuta.

(ÀS COMISSÕES DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA, DE EDU
CAÇÃO E CULTURA E DE FINANÇAS)



CÂMARA DOS DEPUTADOS

*As Comissões de Constituição e Justiça,
de Educação e Cultura e de Finanças.*

Em 12.11.79.

PROJETO DE LEI Nº

2.303/79

Regulamenta a profissão de
Musicoterapeuta.

Do SR. BORGES DA SILVEIRA

O CONGRESSO NACIONAL DECRETA:

Art. 1º O exercício da profissão de Musicoterapeuta obedecerá ao disposto nesta Lei.

Art. 2º A profissão de Musicoterapeuta somente poderá ser exercida, no território nacional:

I - pelo portador de diploma de nível superior, de Musicoterapia, expedido por instituição oficial ou particular reconhecida pelo Governo;

II - pelos diplomados no exterior, em cursos regulares, desde que o diploma seja revalidado no País.

Parágrafo único. Aquele que já esteja exercendo com comprovada eficiência, a profissão de Musicoterapeuta, há mais de 5 (cinco) anos, poderá ter os seus direitos reconhecidos desde que os requeira, dentro de 180 (cento e oitenta) dias da entrada em vigor desta lei, à autoridade indicada no regulamento.



Art. 3º É da competência privativa do Musicoterapeuta disciplinar, divulgar e fiscalizar a utilização de métodos e técnicas que caracterizam o emprego profissional da Psicodança, da Expressão Corporal e assemelhados.

Art. 4º No prazo máximo de 2 (dois) anos, a contar da data de publicação desta lei, deverão estar regulamentados e implantados os cursos de Musicoterapia nas instituições oficiais de ensino superior que mantenham escolas de música.

Art. 5º As Faculdades de Musicoterapia oferecerão as seguintes disciplinas:

I - Currículo mínimo:

- 1- Antropologia Cultural;
- 2- Biologia;
- 3- Estética e História da Arte (I e II);
- 4- Educação Física (I, II e III);
- 5- Fundamentos de Expressão e Comunicações Humanas (I e II);
- 6- Formas de Expressão e Comunicação Artísticas (I, II, III e IV);
- 7- Psicologia Geral (I, II e III);
- 8- Sociologia Geral (I, II e III);
- 9- Didática I;
- 10- Estudos de Problemas Brasileiros (I e II);
- 11- Estrutura de Funcionamento do Ensino de 1º e 2º Graus (I e II);
- 12- Folclore brasileiro (I e II);
- 13- Métodos e Técnicas de Pesquisa (I e II);



- 14- Didática II;
 - 15- Acústica;
 - 16- Evolução da Música (I e II);
 - 17- Linguagem e Estruturação Musicais (I, II e III);
 - 18- Práticas Instrumentais (I, II, III e IV);
 - 19- Técnicas de Expressão Vocal (I, II, III e IV);
 - 20- Técnicas criativas de expressão Rítmico-Sonoro (I e II);
 - 21- Técnicas criativas de integração Rítmico-Sonoro (I e II);
 - 22- Regência (I e II);
 - 23- Terapêutica pela Música (I e II);
- II - Matérias biomédicas (especialização)
- 1- Anatomia;
 - 2- Fisiologia;
 - 3- Neurologia;
 - 4- Psicopatologia;
 - 5- Psicoterapia;
 - 6- Musicoterapia;
 - 7- Psicologia;
 - 8- Sociologia;
 - 9- Antropologia;
 - 10- Psicoacústica;
 - 11- Psicodança;
 - 12- Estágio clínico supervisionado.





Art. 6º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 7º A presente Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Revogam-se as disposições em contrário.

JUSTIFICAÇÃO

1. Introdução

Através dos aspectos abordados no II Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em Buenos Aires, no ano de 1976, surgiu uma idéia maior da exploração deste tema.

Há pouca divulgação da Musicoterapia em Psiquiatria, no Brasil. Existem alguns poucos hospitais em funcionamento, e em Curitiba, existe um que atua com equipe terapêutica, atuando com a medicina, psicologia e assistência social, tendo sido verificada a eficiência da aplicação em psiquiatria.

Interessante é apresentar um rápido esboço da origem da Musicoterapia.

O próprio nome da Musicoterapia traz à mente diversas imagens e idéias: "Musicoterapia - especialização científica que se ocupa do estudo e investigação do complexo Som-Ser Humano."



A Musicoterapia é um uso dosificado da música no tratamento da reabilitação, emocional e mental. A música não é um fim em si mesma; seu valor terapêutico não está necessariamente em relação com a sua qualidade nem com a perfeição de suas execuções. Seu efeito obedece, em primeiro lugar, à influência sobre o homem, do som, a origem da música e cujo valor curativo, prejudicial ou não, será evidente à medida que vamos desenrolando esta história. Observamos também que, em todos os tempos, a música vem originando infinitas e curiosas formas de relação. Estas formas constituem a pedra fundamental da musicoterapia.

A palavra "música" aplica-se a tal multiplicidade de experiências que devemos primeiro tratar de desenrolar as muitas que se encaixam nela, para falar de sua origem. Então estaremos em condições de compreender, em um nível humano básico, como poderemos usá-la em nível terapêutico. Para o homem moderno a música é produto, completo e terminado, de muitos elementos reunidos. Cada um desses elementos musicais é um atributo à substância do som, substância que sempre tem sido partido do mundo consciente do homem, isto é, interpretado segundo seu estilo de vida e civilização.

2. A origem da música

2.1 - A origem cósmica do som

O homem acredita, em alguma época, que o som era uma forma elementar cósmica que existia no começo do mundo e que adquiriu a forma verbal.

São João começa o primeiro Capítulo de seu Evangelho com as seguintes palavras: "No princípio existia o Verbo; e o Verbo estava em Deus; e o Verbo era Deus".



Nos Salmos encontramos Davi tocando flauta para o Rei Saul; enquanto Davi tocava, o Rei se acalmava com a música e os maus espíritos se afastavam dele.

Existem muitas lendas acerca da criação do Universo e nas quais o som desempenha uma função principal. Os egípcios acreditavam que o deus THOT havia criado o mundo não com o pensamento e a ação mas com sua voz unicamente. De sua boca e dos sons que produzia, nasceram outros quatro deuses dotados de igual poder, que organizaram o mundo.

Marius Schneider afirma que nas concepções filosóficas que derivam dos dados persa e hindu o Universo havia sido criado de uma substância acústica: o mundo havia sido criado por um som inicial que, ao emergir do abismo, primeiro se fez a luz e, pouco a pouco, parte dessa luz se fez matéria. Mas esta materialização nunca foi totalmente completa, pois cada coisa material continuava conservando mais ou menos substância sonora da qual foi criada.

Os primeiros babilônios e os gregos antigos relacionaram o som com o cosmos de acústicas vinculadas com os números e a astrologia.

Grosley-Holland disse que os filósofos pitagóricos concebiam as escalas musicais como um elemento estrutural do cosmos. Também acreditavam que com o som existia um elemento natural no Universo e podia não ser perceptível aos ouvidos do homem. Chamavam "Harmonia das Esferas" aos sons inaudíveis produzidos pelos movimentos dos corpos celestes que expressavam a harmonia matemática do macrocosmos.

A idéia de que os sons celestiais podiam ser inau



díveis ao ouvido humano existiu também em crenças religiosas, mas essa idéia é ou foi totalmente mística, não tendo base científica. O homem acreditava que a música do paraíso divino podia ser ouvida e captada, mas somente por homens de inspiração divina. O compositor sabia que o protótipo das melodias religiosas era o canto dos anjos, inaudível aos ouvidos humanos, mas transmitido e audível aos inspirados.

Em todos os tempos, as inspirações, as revelações e as alucinações haviam sido difíceis de distinguir entre si. São fenômenos extrasensoriais e amiúde relacionados com transtornos mentais. O som pode ser a causa de ilusão e consquente comunicação com um mundo psíquico invisível.

Desde o Renascimento até nossos dias as crenças na relação entre o som e o cosmos haviam saído do campo da especulação intelectual metafísica. Sem dúvida, sua relação matemática pode ter uma conotação emocional para alguns escritores, que falam da "lógica celestial de Bach".

A música eletrônica abriu um novo campo de interesse dos terapeutas, pois permite ao homem comunicar-se com um novo mundo de emoções.

2.2 - Som e Magia

O homem primitivo explicava os fenômenos naturais em termos de magia e pensava que o som tinha origem sobrenatural. Segundo Margaret Mead, certas tribos primitivas da Nova Guiné crêm que a voz dos espíritos pode ser ouvida através de flautas, tambores e bramido do touro.

Este processo tem um interesse especial em musicoterapia quando conduz a identificação de um ser humano com um



som específico. Marius Schneider disse que, especialmente nas civilizações totêmicas, existia a crença difundida de que cada um dos espíritos que habitavam o mundo possuía um som específico, individual, próprio. O totem ancestral, por exemplo, parecia possuir a vida acústica e responder a cada som. O homem primitivo acreditava que todos os seres, mortos ou vivos, tinham o seu próprio som, o canto secreto, ao qual respondiam e que poderia ser vulnerável à magia. Por essa razão, o mantinham escondido dos bruxos.

O som secreto, pessoal, subconsciente, parece estar presente em alguns indivíduos psicóticos e talvez confirme a velha crença de que cada homem primitivo identifica-se com o seu meio quando imitava os sons que ouvia, em forma vocal ou em instrumento. Marius crê que a imitação vocal é a forma mais potente de participação mística do mundo que nos rodeia. Afirma que este não se limita ao indivíduo e descreve uma experiência coletiva na qual os aborígenes organizam concertos naturais. Cada um dos participantes imita ruído natural, particular, tal como o vento, as nuvens, as árvores, os animais. O resultado é surpreendente e magnífico.

Certos métodos de educação musical tentam reviver este costume primitivo. A imitação dos sons como meio de adquirir poder sobre suas fontes originais está vinculada com o princípio, segundo o qual, "o semelhante atua sobre o semelhante". Esse princípio é aplicado em musicoterapia.

3. Musicoterapia em Psiquiatria.

Não queremos mostrar aqui o histórico da utilização da música como recurso terapêutico em medicina e, particu-



larmente, em psiquiatria. Vamos tratar dos aspectos mais importantes da musicoterapia como é usada e entendida hoje em dia.

3.1 - Musicoterapia ou meloterapia psiquiátrica

É o tratamento de doentes mentais pela música e som, fazendo o doente ouvi-la, tocá-la ou compô-la. Faz-se o doente ouvir certas músicas, participar em grupos corais e de danças, tocar instrumentos e, até mesmo, compor músicas.

3.2 - Fundamentos da Musicoterapia

A musicoterapia fundamenta-se em alguns dados de importância, relativos a seus princípios, ao ritmo e à ritmicidade, ao nível de ataque e aos métodos de aplicação.

3.2.1 - Psicologia da Música

Segundo Arrington existe uma psicologia da música diferente da filosofia da música de Altshuler denomina Matéria-música ao conjunto de elementos constitutivos da música, que Licht considera como provocadores dos efeitos peculiares no homem.

3.2.2 - O ritmo musical

Os estudos de Altshuler, ao introduzir os conceitos de "ritmo orgânico" e "ritmo orgástico", trouxeram interessante contribuição à compreensão do valor do ritmo na musicoterapia. Segundo esse autor, a música tem uma ação positiva quanto a ajudar a prevenir o crime; como as drogas, a música é capaz de estimular ou inibir.

Há relação entre ritmo musical e ritmo biológico. Haveria a homeostase rítmica que mantém o organismo humano integrado, coordenado e harmônico (ritmicidade perpétua do organismo, que acompanha a ritmicidade da natureza). O tom musical,



por sua vez, tem um efeito emocional muito grande, estimulando as emoções como uma poderosa droga psicotrópica.

O ritmo, o tom, a harmonia e o timbre têm uma ação sinérgica de grande valor terapêutico e profilático, já que a música está ligada a toda emoção e ao estado de humor do homem. A música atua sobre as emoções e sobre todas as esferas superiores ou inferiores do homem, estimulando os impulsos instintivos e acarretando alívio emocional. Já a melodia é capaz de substituir tensões, agressões e hostilidades. A melodia faz com que a agressão se transforme em docilidade. Estimula o amor e o trabalho; dá ânimo e compreensão. Há ligação estreita entre a agressão e a melodia. Nos gênios musicais, a agressividade se metamorfoseia em canções de amor e melodias doces, agradáveis, sentimentais e belas. O negro espiritual é uma superação da agressão por um apelo lamentoso. A melodia é, terapeuticamente, mais eficaz que o ritmo.

3.2.3 - Princípios da Musicoterapia

De acordo com Altshuler a eficácia da musicoterapia se deve a alguns princípios fundamentais:

a) Ritmicidade. O ritmo musical se originaria de uma combinação de ritmos da natureza cósmica e corporal, que é chamado ritmo orgânico, que é firme, regular, organizado e de duração definida (batimentos cardíacos, respiração, marcha, ritmo bioelétrico de Berger, cujo equivalente musical está na marcha e na valsa). Ao lado dessa forma existe o ritmo orgástico, erradio, tenso, inquieto, acompanhado de sensação de prazer (micção, defecação, orgasmo sexual, sucção de polegar bem como os ritmos catatônicos e maníacos). Na música o seu equivalente é rumba, rock et.



É sabido que som e ritmo têm uma forte afinidade para os organismos vivos, desde as mais inferiores formas de vida até as mais organizadas. Na própria estrutura dos seres vivos existem aparelhos destinados a captar o som e o ritmo.

b) Iso-Princípio Isológico ou Iso-humoral de Altshuler. Este princípio demonstra que se consegue uma musicoterapia mais efetiva do paciente escolhendo tempo, humor e ritmo mentais do paciente.

Quando um doente está de mau humor, humor triste, uma música correspondente serve para captá-lo mais rapidamente do que uma música alegre. Uma vez que o doente é captado por uma música similar ao seu estado de ânimo pode-se ir gradualmente mudando as características da música para outras que se desejar. O contato através da música é importante no manejo dos doentes nervosos e mentais. Procura-se chamar a atenção inicial do doente pela música como meio de se conseguir um melhor contato psicoterápico. Sons ritmados, como o bater de pés, costumam provocar nos doentes gestos idênticos, que são respostas consideradas como reflexos talâmicos. O estado de humor e o tempo psíquico dos psicóticos são mais rapidamente influenciados quando o contato é feito através da música, em obediência ao iso-princípio.

c) Níveis de ataque. Ao lado da aplicação do iso-princípio, costuma-se utilizar a técnica dos níveis de ataque, que consiste em começar com música em que há predomínio do ritmo. O ritmo capta mais fortemente as esferas primitivas e instintivas do homem, provocando um efeito fisiopsicológico específico, diferente do provocado pela melodia. Posteriormente, execu-



ta-se música com o tom emocional, tocando primeiro músicas tristes e depois músicas alegres. Posteriormente, músicas melódicas e depois harmônicas são introduzidas. Para exemplificar, podemos dizer que a marcha é ritmicamente dominante, ao passo que o intermezzo tem predomínio melódico.

3.2.4 - Aplicação da música em psiquiatria

Licht fez um apanhado dos modos de aplicação e os objetivos visados com o uso da música em psiquiatria:

a) Por audição passiva, escuta, destinada a:

1. melhorar a atenção;
2. manter interesse;
3. influenciar o humor;
4. sedar;
5. aliviar energias;

b) Por participação em grupos de canto e de dan

ça, com o fim de:

1. favorecer cooperação social;
2. aliviar energias
3. despertar interesses;

c) Por criação de som, tocando instrumentos, que:

1. aumenta o auto-respeito pela realização e sucesso;
2. aumenta a felicidade pessoal pela capacidade de agradar os outros;
3. alivia energias.

Mitchell e Zanker, em dois trabalhos importantes, chegaram às seguintes conclusões quanto à aplicação da musicoterapia:



- a) A música romântica produz alívio emocional, mas não facilita uma coesão de grupo;
- b) a música contemporânea séria tem efeito mais integrador e, nos esquisofrênicos inibidos, traz à consciencia forças reprimidas;
- c) a estrutura formal da música clássica prevê segurança a pacientes de todos os tipos e tende a aumentar a coesão do grupo;
- d) a música cômica não é de valor, em virtudes da egocentricidade e da falta de humor dos pacientes mentais;
- e) a música tradicional e folclórica ajuda a integração da personalidade e aumenta a harmonia do grupo como um todo.

3.2.5 - Modo de aplicação da musicoterapia

Desde 1896, com os experimentos de Patrice, procurou-se determinar a influência dos diferentes tipos de música sobre a circulação sanguínea do cérebro. Patrice teve a oportunidade de apreciar esta influência em um paciente que apresentava um orifício na caixa craniana, de onde se podia ver a circulação cerebral. No decurso de sua experiências foi observado que qualquer excitação do cérebro por sons musicais aumentava o curso do sangue também em outras partes do corpo.

Uma música viva aumentava a circulação cerebral e o número de pulsações. As músicas mais lentas produziam uma lentidão de circulação no cérebro e diminuição do seu volume. Uma música vivaz estimularia o cérebro a ter uma atividade mental maior, ao passo que a música lenta é necessária para repousar o cérebro depois de muita atividade.



Em 1906, Shepard confirmou os achados de Patrice, mostrando os fundamentos biológicos do humor. A descoberta das ondas elétricas cerebrais por Berger demonstrou a presença do ritmo no cérebro humano. Mais recentemente Altshuler chamou a atenção para o princípio terapêutico, o ritmo e o simbolismo. Para ele, a primeira parta atingida pela música é o tálamo, que se sabe é a rede de todas as sensações, emoções e sentimentos estéticos. Por sua vez, tálamo estimulado automaticamente exercita o córtex cerebral, com os efeitos correlatos sobre o pensamento e raciocínio. Cannon acredita que a música estimula as emoções e a secreção de adrenalina e outros hormônios.

Altshuler enumera as modificações fisiológicas e emocionais e psíquicas da música:

- a) produz modificações no metabolismo, respiração, pressão sanguínea, pulso, glândulas endócrinas e energia muscular;
- b) dirige a atenção e aumenta a sua tensão;
- c) produz diversão e substituição, distrai o doente e suas idéias mórbidas, substituindo-as por sentimentos e idéias sadias;
- d) estimula o humor;
- e) estimula a imaginação e o intelecto.

De acordo com Van de Wall, os efeitos da música são reações fisiomotoras e sensoriais, que Burris relacionou da seguinte forma:

- a) Aumento do metabolismo;
- b) aumento da respiração e retardamento da regularidade;



c) efeitos variáveis sobre a pressão sanguínea, pulso e volume sanguíneo;

d) redução ou retardamento da fadiga; portanto, capacidade muscular aumentada;

e) aumento de vários limiares de estímulos sensoriais;

f) volume de atividades acelerando;

g) facilitação da atenção;

h) aumento dos reflexos musculares usados no desenho e escrita;

i) aumento da condutividade elétrica do corpo e da flutuação a reflexo psicogalvânico;

j) certas músicas, em certas pessoas, podem manter a atenção para a performance psicomotora prolongada, muito acima do efeito das drogas.

O fato é que a música age no organismo como um todo e repercute sobre as mais variadas esferas da personalidade. Simon, Holzberg e Garritty demonstraram que os psicóticos respondiam emocionalmente à música como normais, mas que a psicologia da música dos normais não pode ser aplicada aos psicóticos.

3.2.6 - Aplicação e indicação da musicoterapia

Muitas investigações têm sido levadas a efeito com o uso da musicoterapia. Por exemplo:

a) a utilização do fenômeno da sinestesia na interpretação dos efeitos da música sobre o comportamento emocional e sua manifestações;

b) Poodolsky, em seu trabalho Music and Health, considera a música um dos melhores remédios para o espírito;



c) Emmet Dent concluiu que a música é a responsável por curas e melhoras de pacientes, que chegam a ser maravilhosas;

d) na Clínica Psiquiátrica Phipps pode-se observar que a música acalma a fúria dos mais violentos casos clínicos;

e) Van de Wall e Bons apresentaram casos de recuperação com a música, que são notáveis;

f) Gilman levou a cabo um estudo do uso da música de orquestra em doentes mentais. A referida técnica faz as seguintes indicações de musicoterapia:

Diagnóstico

Esquizofrenia, tipo paranóide

Psiconeurose, histeria de conversão

Psiconeutrose, tipo ansioso

Psicose maníaco-depressiva

Psiconeurose, tipo misto

Tipo de Música

Suave, sedante

Estimulante

Sedante, relaxante

Sedante

Relaxante

g) algumas indicações especiais na aplicação da musicoterapia:

1. Musicoterapia nos estados de ansiedade e outros distúrbios emocionais.



A música tem a propriedade de produzir vários estados de humor e, por meio da música apropriada, um humor ansioso pode ser substituído, dando vazão às tensões e aliviando a ansiedade. O estímulo musical facilita a expressão de elementos mentais reprimidos ou inconscientes e, com isso, elimina a angústia. A música tem também efeito relaxante da fadiga emocional, fato fato demonstrado por Herman na dor de cabeça por tensão e na hipertensão emocional;

2. Musicoterapia nos estudos de raiva, cólera e ódio.

A música facilita a expressão de sentimentos reprimidos que dão lugar à cólera, acompanhada de agressividade. Ela mostrou-se muito eficaz em moderar e eliminar o ódio e combater os sentimentos destrutivos. Facilita a auto-expressão e alivia as tensões e pressões emocionais internas.

3. Musicoterapia na depressão.

Também a tristeza e a dor moral podem ser minoradas e eliminadas pela música, que substitui um estado de humor por outro, alivia as tensões internas e os conflitos, que dão origem à depressão. Os estímulos rítmicos da música produzem atividade física que, por sua vez, desperta o indivíduo de sua tensão.

4. Musicoterapia em esquizofrenia.

A música ouvida por eles, ou até mesmo tocada, é eficiente pois os tira do estado de apatia, os acalma quando excitados.

5. Musicoterapia como um complemento da eletrochoqueterapia.



Tem o objetivo de aliviar as angústias bem como de ajudar a reintegração e ressocialização do doente.

Essas considerações foram feitas com o objetivo de ilustrar esquematicamente, as bases científicas da Musicoterapia.

4. Conclusões

A Musicoterapia é uma ciência, um tratamento natural, pertencente às especialidades paramédicas, que se ocupa da aplicação de qualquer elemento sonoro, musical ou não, com o objetivo de produzir estados regressivos e aberturas de canais em pacientes, empreendendo por meio de novos canais de comunicação o processo de reaprendizagem e de recuperação do indivíduo para a sociedade.

A Musicoterapia tem aplicação válida:

- a) em portadores de enfermidades físicas e mentais;
- b) em deficiências físicas, mentais e sensoriais (cegos e mudos) para qualquer idade de pacientes;
- c) nas salas de cirurgia.

A cada dia que passa, a Musicoterapia vem tendo aceitação geral da classe médica, o que se tem evidenciado através de bibliografias e Congressos Mundiais de Musicoterapia. O 1º Congresso foi realizado na França, em 1974 e, o segundo, na Argentina, em 1976. O 3º está programado para a Inglaterra em 1979.

A Faculdade de Educação Musical do Paraná, o Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro e a Escola de Arte da Universidade do Rio Grande do Sul mantêm cursos de Musi



coterapia para o preparo de profissional terapeuta.

Em vários países os musicoterapeutas têm sua profissão regulada em lei. No Brasil, muitos desses profissionais, com formação especializada, estão trabalhando em hospitais e outras instituições sem a garantia e a valorização que só lhes pode proporcionar o reconhecimento de sua profissão.

O curso de Musicoterapia deve ser elevado ao nível superior de ensino, já que a Musicoterapia pertence às especialidades paramédicas, sendo o curso de seis anos de duração.

Na certeza de que poderei contar com o espírito esclarecido e dinâmico dos legisladores, apresentei o presente projeto de lei, que se fez acompanhar dos subsídios para melhor esclarecimento sobre a Musicoterapia e seu campo de aplicação.

Sala das Sessões, em

9/11/79


SR BORGES DA SILVEIRA



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA



PROJETO DE LEI Nº 2.303, DE 1979

"Regulamenta a profissão de Musico
terapeuta."

AUTOR: Deputado BORGES DA SILVEIRA

RELATOR: Deputado ANTONIO DIAS

I - RELATÓRIO

Compreendendo aspectos abordados no II Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em 1976, em Buenos Aires, vem o nobre Deputado Borges da Silveira, através do projeto de lei em pauta, regulamentar a profissão de Musicoterapeita. A proposição versa sobre quem poderá exercer a profissão, sobre a competência do Musicoterapeuta, sobre Currículo Mínimo e Matérias Biomédicas que comporão as disciplinas a serem cursadas pelos alunos de Musicoterapia.

Passando por uma análise etimológica do termo Musicoterapia, a justificção do projeto fala sobre as raízes históricas da terapia musical, fala do seu aspecto místico e religioso e da sua ligação com elementos da natureza. Os princípios fundamentais da eficácia da Musicoterapia, de acordo



com Altshuler, são também delineados, assim como também se detalham a metodologia de aplicação e os objetivos visados com o uso da música, em consonância com Licht. Finalmente, o resultado de algumas investigações sobre o uso e eficácia da Musicoterapia informa sobre as bases científicas em que se afirma a terapia musical.

Informa-se também que algumas instituições de nível superior, no Brasil, já mantêm cursos de Musicoterapia, mas que a profissão não teve regulamentação, até o momento, do que decorre o fato de que musicoterapeutas estão trabalhando em hospitais e outras instituições sem a garantia, o reconhecimento e a valorização provenientes da regulamentação oficial da profissão.

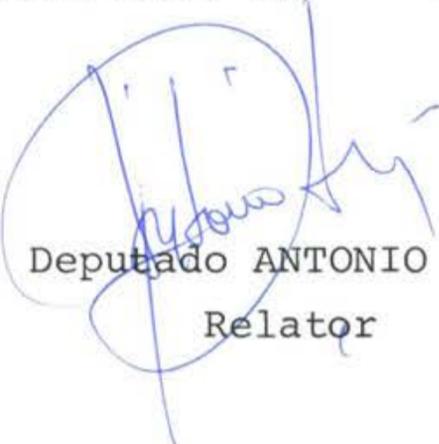
Regimentalmente, compete à Comissão de Constituição e Justiça opinar sobre o aspecto constitucional, jurídico e de técnica legislativa dos projetos que lhe forem distribuídos. A Comissão de Educação e Cultura analisará o mérito da matéria em epígrafe. Nada temos a obstar, do ponto de vista da Comissão de Justiça, pois o projeto é constitucional, jurídico, e não fere a técnica legislativa.

II - VOTO DO RELATOR

Opinamos pela conveniência da aprovação do Projeto de Lei nº 2.303, de 1979.

8 OUT 1980

Sala da Comissão, em de de 1980


Deputado ANTONIO DIAS
Relator



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA



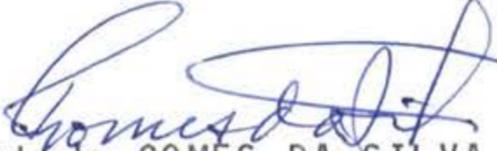
PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Constituição e Justiça, em reunião de sua Turma "A", opinou, unanimemente, pela constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa do Projeto nº 2 303/79, nos termos do parecer do Relator.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Gomes da Silva - Vice-Presidente, no exercício da Presidência, Antonio Dias-Relator, Bonifácio de Andrada, Brabo de Carvalho, Cristiano Dias Lopes, Elquisson Soares, João Gilberto, Lázaro de Carvalho, Natal Gale, Nelson Morro, Paulo Pimentel, Péricles Gonçalves.

Sala da Comissão, 08 de outubro de 1980.


Deputado GOMES DA SILVA

Vice-Presidente, no exercício
da Presidência


Deputado ANTÔNIO DIAS
Relator



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA



OF. 896/81-R/C

Porto Alegre, 19 de Junho de 1981.

Ao Senhor Secretário-Geral da Mesa. Anexe-se
ao processo relativo ao PL nº 2303/79
Em, 04/08/81.

Presidente da Câmara dos Deputados

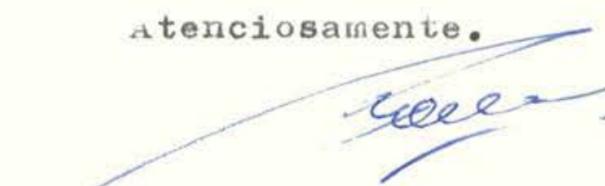
Senhor Presidente:

Tenho a satisfação em cumprimentar Vossa Excelência e, na oportunidade solicitar-lhe que verifique a situação do projeto de Lei número 2303/79, o qual dispõe sobre o exercício da profissão de musicoterapeuta.

Saliento ao senhor deputado que há grande interesse na aprovação deste projeto por parte dos profissionais incluídos nele.

No aguardo de um pronunciamento de Vossa Excelência, desde já agradeço, e ao ensejo, manifesto-lhe expressão do meu apreço e elevada consideração.

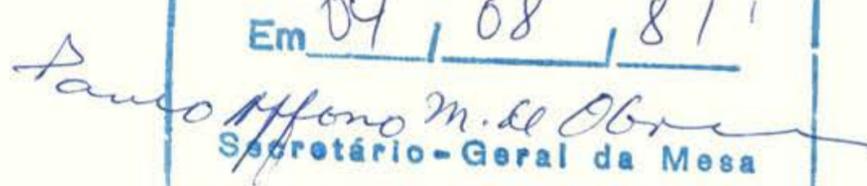
Atenciosamente.


Deputado ROBERTO ATAYDE CARDONA
Bancada do PDS

Excelentíssimo Senhor
Deputado NÉLSON MARCHEZAN
Digníssimo Presidente da Câmara Federal
70.000 - BRASÍLIA - DF

Encaminhe-se.

Em 04 / 08 / 81


Secretário-Geral da Mesa

ASSOCIAÇÃO SUL BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

FUNDADA EM 11-11-68

RUA SENHOR DOS PASSOS, 248 - PORTO ALEGRE - R. G. DO SUL

20



Ao Secretário-Ceral da Mesa. Anexe-se
ao processo relativo ao PL 2303/79.
Em, 24/11/81.

Porto Alegre, 23 de Outubro de 1981.

Senhor Deputado:

Presidente da Câmara dos Deputados

Novamente estamos recorrendo a Vossa Senhoria para solicitar seu máximo interesse e atenção ao Projeto 2303/79 e respectivo parecer com substitutivo; cuja apresentação nos próximos dias nessa Câmara nos foi noticiada e do qual foi relator o Sr. Deputado Luis Baptista.

Numerosas instituições tanto de saúde mental como de reabilitação ou de educação especial, tornando-se conscientes da importância da Musicoterapia no tratamento de sua clientela, já incluíram musicoterapeutas no seu quadro de especialistas. Afim de que a situação desses profissionais seja regularizada, é necessário que essa profissão cada vez mais solicitada pelas instituições, seja regulamentada.

Para que assunto de tão relevante importância no futuro dessa terapêutica em nosso País, venha a merecer o empenho de Vossa Senhoria, juntamos nosso pedido ao das demais Associações de Musicoterapia do Brasil.

Certas, do irrestrito apoio que prestará ao Projeto referido, compreendendo sua fundamental importância para nós e para o desenvolvimento da Musicoterapia no Brasil, aproveitamos o ensejo para apresentar-lhe nossos protestos da mais alta consideração.

Atenciosamente

Dora Suzana Blauth da Rocha

Presidente da ASDMT

Professora de Musicoterapia no

Instituto de Artes da U.F.R.S.S.

Ao Excelentíssimo Senhor
Deputado Nelson Marchezan
Câmara Federal
BRASÍLIA

Em anexo. 20. Em 25.11.81.
Paulo Affonso M. de Oliveira
Sec. Geral da Mem.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
COMISSÃO DE EDUCAÇÃO E CULTURA



PROJETO DE LEI Nº 2303, de 1979

Regulamenta a profissão de Musicoterapeuta

AUTOR: Deputado BORGES DA SILVEIRA

VISTA: Deputado BRAGA RAMOS

PARECER VENCEDOR

VOTO EM SEPARADO

A propósito do projeto nº 2303, de 1979, que regulamenta a profissão de musicoterapeuta, o nobre Deputado Luiz Baptista, Relator da matéria nesta Comissão, teceu oportunas considerações, sendo seu voto, quanto ao mérito, pela aprovação, com substitutivo.

Minha posição diante deste projeto é semelhante a do relator, diferindo apenas quanto a partes do substitutivo apresentado.

Assim sendo, tenho a honra de apresentar ao projeto o substitutivo anexo.

Sala das Comissões, em de de
1982.

Deputado  BRAGA RAMOS



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE EDUCAÇÃO E CULTURA



SUBSTITUTIVO AO SUBSTITUTIVO OFERECIDO AO PROJETO DE LEI Nº 2.303/79

"Regulamenta a profissão de Musicoterapeuta".

Autor: Dep. BORGES DA SILVEIRA

Art. 1º - O exercício da Musicoterapia será somente permitido:

- a) aos que concluíram ou venham a concluir curso de Musicoterapia, ministrado por instituições de ensino superior, oficiais, equiparadas ou reconhecidas;
- b) aos musicoterapeutas diplomados no exterior, cujos diplomas tenham sido ou venham a ser revalidados no País;
- c) aos músicos que, na data da publicação desta Lei, embora não sendo portadores de diploma específico, tenham sido pioneiros no exercício de musicoterapia, e contem com mais de 10 (dez) anos de serviço, em entidades públicas ou privadas, desde que requeiram seu registro, em órgão competente, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da vigência desta Lei.

Art. 2º - São atividades privativas do musicoterapeuta:

- I - utilizar sistematicamente a música, visando a recuperação, o desenvolvimento e a preservação da capacidade física, emocional e mental do paciente;
- II - dirigir serviços de musicoterapia em órgãos e estabelecimentos públicos e privados;



CÂMARA DOS DEPUTADOS



- III - lecionar disciplinas de musicoterapia no curso específico e noutros, observadas as exigências legais;
- IV - aplicar métodos e técnicas nas áreas sonoro-musical, de movimento e expressão e outras congêneres, com finalidade terapêutica;
- V - o musicoterapeuta, para todos os efeitos, será integrado na categoria das profissões para-médicas.

Art. 3º - Ficam criados o Conselho Federal de Musicoterapia e os Conselhos Regionais de Musicoterapia, cujas atribuições serão definidas em decreto do Poder Executivo.

Art. 4º - O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a sua aprovação.

Art. 5º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão, em 23 de junho de 1982.


Deputado BRAGA RAMOS



CÂMARA DOS DEPUTADOS



COMISSÃO DE EDUCAÇÃO E CULTURA

PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Educação e Cultura, em sua reunião ordinária, realizada em 23 de junho de 1982, opinou, unanimemente, pela APROVAÇÃO do Substitutivo apresentado pelo Sr. Braga Ramos ao Projeto de Lei nº 2.303/79, do Sr. Borges da Silveira, que "regulamenta a profissão de Musicoterapeuta". O Deputado Braga Ramos foi designado Relator do parecer vencedor. O parecer pela aprovação, com substitutivo, do Sr. Luiz Baptista passou a constituir voto em separado.

Estiveram presentes os senhores Deputados Lygia Lessa Bastos, Presidente; João Faustino e José Maria de Carvalho, Vice-Presidentes; Alcir Pimenta, Braga Ramos, Salvador Julianelli, Bezerra de Melo, Rômulo Galvão, Darcílio Ayres, A.H. Cunha Bueno, João Herculino, Raymundo Urbano, Daniel Silva e Celso Peçanha.

Sala da Comissão, em 23 de junho de 1982.


LYGIA LESSA BASTOS
Presidente


BRAGA RAMOS
Relator Designado



CÂMARA DOS DEPUTADOS



COMISSÃO DE EDUCAÇÃO E CULTURA

SUBSTITUTIVO ADOTADO PELA COMISSÃO AO PROJETO DE LEI Nº

2.303/79

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - O exercício da Musicoterapia será somente permitido:

a) aos que concluíram ou venham a concluir curso de Musicoterapia, ministrado por instituições de ensino superior, oficiais, equiparadas ou reconhecidas;

b) aos musicoterapeutas diplomados no exterior, cujos diplomas tenham sido ou venham a ser revalidados no País;

c) aos músicos que, na data da publicação desta lei, embora não sendo portadores de diploma específico, tenham sido pioneiros no exercício de musicoterapia, e contem com mais de 10 (dez) anos de serviço, em entidades públicas ou privadas, desde que requeiram seu registro, em órgão competente, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da vigência desta lei.

Art. 2º - São atividades privativas do musicoterapeuta:

I - utilizar sistematicamente a música, visando a recuperação, o desenvolvimento e a preservação da capacidade física, emocional e mental do paciente;

II - dirigir serviços de musicoterapia em órgãos e estabelecimentos públicos e privados;

III - lecionar disciplinas de musicoterapia no curso específico e noutros, observadas as exigências legais;

IV - aplicar métodos e técnicas nas áreas sonoro-musical, de movimento e expressão e outras congêneres, com finalidade terapêutica;



CÂMARA DOS DEPUTADOS



V - o musicoterapeuta, para todos os efeitos, será integrado na categoria das profissões para-médicas.

Art. 3º - Ficam criados o Conselho Federal de Musicoterapia e os Conselhos Regionais de Musicoterapia, cujas atribuições serão definidas em decreto do Poder Executivo.

Art. 4º - O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a sua aprovação.

Art. 5º - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão, em 23 de junho de 1982.


LYGIA LESSA BASTOS
Presidente


BRAGA RAMOS
Relator Designado



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE EDUCAÇÃO E CULTURA



PROJETO DE LEI Nº 2.303, DE 1979

"Regulamenta a profissão de Musicoterapeuta".

AUTOR: Deputado BORGES DA SILVEIRA

RELATOR: Deputado LUIZ BAPTISTA

VOTO EM SEPARADO

I - RELATÓRIO

O nobre e operoso Deputado Borges da Silveira, através desta proposição, pretende regulamentar a profissão de Musicoterapeuta e fixar o currículo dos cursos de formação de Musicoterapeutas.

Musicoterapia, na definição oferecida pela "National Association for Music Therapy", é a aplicação científica da arte da música para conseguir objetivos terapêuticos.

Essa entidade foi fundada em 1950, para o desenvolvimento do uso terapêutico da música em estabelecimentos hospitalares, educacionais e comunitários, e a difusão do ensino, treinamento e pesquisa da profissão.

Nessa época, muitas instituições passaram a se interessar pelos valores terapêuticos da música e a criar empregos para musicoterapeutas, enquanto universidades e escolas superiores estabeleceram cursos de formação de musicoterapeutas.



Em todo o curso da História, inúmeras referências são encontradas quanto à participação da Música no tratamento das doenças, e seus efeitos sobre o Homem têm sido discutidos através dos séculos por filósofos, médicos, educadores e músicos. Dos estágios mágico e místico passou a ser objeto de investigação científica e, a partir dos últimos 50 anos, pesquisas mais sérias e objetivas têm sido efetuadas, com o propósito de evidenciar e explicar a função terapêutica da música, ligando-a a diversas recuperações.

Constituindo-se como especialidade paramédica, é definida como: "Especialização científica que se ocupa do estudo e investigação do complexo som-ser humano, seja o som musical ou não, tendendo a buscar os métodos diagnósticos e os efeitos terapêuticos dos mesmos".

Seu emprego cada vez mais se evidencia, e sua importância tem sido reconhecida através da sua inclusão nas diversas equipes multidisciplinares destinadas à reabilitação e educação.

Logo após a fundação da associação americana, surgiram associações de musicoterapeutas na Inglaterra, Alemanha, Suíça, França, Iugoslávia, Argentina e Brasil.

Em seguida às "Primeiras Jornadas Latino-Americanas de Musicoterapia", realizadas em Buenos Aires, em 1968, fundou-se a Associação Brasileira de Musicoterapia, sediada no Rio de Janeiro.

Posteriormente, criaram-se a Associação Sul Brasileira de Musicoterapia, em Porto Alegre - RS, a Associação de Musicoterapia do Paraná, em Curitiba - PR, a Associação Paulista de Musicoterapia, em São Paulo - SP, e a Associação Mineira de Musicoterapia, em Belo Horizonte - MG.



Em 1972 foi estabelecido no Conservatório Brasileiro de Música, no Rio de Janeiro, o Curso de Formação de Musicoterapeutas, reconhecido pelo Governo Federal através do Decreto nº 81.765, de 06 de junho de 1978, baixado pelo Presidente Ernesto Geisel, de acordo com a Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, e tendo em vista o Parecer nº 829/78, do Conselho Federal de Educação (Câmara de Ensino Superior - 2º Grupo), proferido pelo Professor Abgar Renault (Processo nº 2.757/73).

A cada dia que passa, a Musicoterapia vem tendo aceitação geral da classe médica, o que se tem evidenciado através de congressos mundiais.

Tem havido intensificação do interesse pela Musicoterapia em seminários e simpósios que difundem os fins terapêuticos da Música, que assume a forma de um valioso auxiliar terapêutico e, em alguns casos, a forma principal de terapia.

METODOLOGIA DA MUSICOTERAPIA

A metodologia em Musicoterapia consta de duas partes:

- 1.^a - caráter diagnóstico;
- 2.^a - caráter terapêutico.

Na parte diagnóstica o objetivo é descobrir o Princípio do Iso, isto é, a utilização da música com um tempo musical igual ao tempo mental do paciente. Com isto, visa o musicoterapeuta chegar à identidade rítmico-sonora do paciente, individualmente ou em grupo. Ainda nesta etapa, os instrumentos



musicais são escolhidos, de preferência, pelo paciente, para serem empregados durante o processo musicoterapêutico, havendo modificações que se fizeram necessárias para a evolução do tratamento.

Na 2.^a etapa - de caráter terapêutico - com as observações adquiridas na parte diagnóstica, desenvolver-se-á o processo musicoterápico propriamente dito, a partir de uma comunicação não verbal.

ÁREAS DE ATUAÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Na atualidade, a utilização da musicoterapia tem suscitado particular interesse. Muitos trabalhos têm sido realizados no mundo inteiro em campos como da Psiquiatria, Neurologia, Fisiatria, Geriatria e Educação Especial.

No Brasil, o trabalho da musicoterapia vem sendo desenvolvido nos seguintes campos:

Doença Mental - Clínica "Sta. Catarina" (Niterói)
(Psiquiatria) Casa de Saúde "Dr. Eiras" (Rio de Janeiro)
Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
Instituto "São Pedro" - P. Alegre - RS
Centro Terapêutico da Faculdade de Educação Musical - Curitiba - Paraná
Hospital Psiquiátrico "N. S. da Luz" - Curitiba - Paraná
Centro de Neuro-Psiquiatria e Psicologia Infantil - Rio de Janeiro - CENPI
Hospital de Psiquiatria "Adauto Botelho" - Curitiba - Paraná
Hospital do Engenho de Dentro - Rio de Janeiro.



Deficiência Mental - Sociedade Pestalozzi do Brasil - Rio de Janeiro e Niterói - RJ
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - Niterói - RJ
Curso "Solange Dreux" - Niterói - RJ
Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional - Rio de Janeiro
Escola Estadual de 1º Grau Incompleto "Recanto da Alegria" - Porto Alegre - RS
Instituto Educacional "Nazaré" - Porto Alegre - RS
Centro Ocupacional de Porto Alegre - RS.

Deficiência Física - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - ABBR - Rio de Janeiro - RJ
Casa do Sol - Rio de Janeiro - RJ
Clínica "Araújo Leitão" - Rio de Janeiro - RJ
Clínica "Dra. Ivoneide Trindade" - Recife - PE
Associação Mineira de Reabilitação - Belo Horizonte - MG
Instituto da Voz e da Fala - Belo Horizonte - MG.

Em seu atendimento a Legião Brasileira de Assistência (LBA) está empregando a Musicoterapia como recurso terapêutico.

A musicoterapia vem tendo crescente aceitação pela classe médica, que é evidenciada com a sua inclusão em equipes multidisciplinares de instituições de reabilitação, clínicas psiquiátricas e escolas de educação especial.



Musicoterapeutas brasileiros têm levado suas experiências a congressos nacionais e internacionais de grande repercussão.

No Brasil muitos são os profissionais formados em Musicoterapia que trabalham em hospitais e outras instituições de tratamento.

Observe-se que o trabalho de musicoterapia conta com a íntima cooperação entre musicoterapeutas, médicos e psicólogos.

Em vários países da Europa, da América do Norte e da América Latina, os musicoterapeutas têm sua profissão regulamentada.

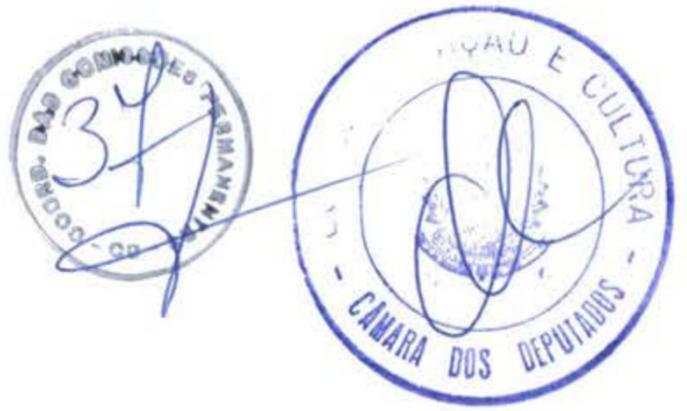
Falta, no Brasil, uma legislação que garanta os direitos e defina os deveres dos musicoterapeutas.

A Comissão de Constituição e Justiça opinou, unanimemente, pela constitucionalidade e juridicidade do Projeto de Lei nº 2.303, de 1979.

Compete à Comissão de Educação e Cultura opinar sobre o mérito desta proposição, por se tratar de instrução musical especializada e do desenvolvimento cultural do País.

II - VOTO DO RELATOR

A iniciativa parlamentar, em todos os sentidos, é louvável e meritória.



Entretanto, seja-nos permitido assinalar que a proposição deve apenas dispôr sobre o exercício da profissão de Musicoterapêuta, deixando a regulamentação propriamente dita para o decreto a ser baixado pelo Poder Executivo, consoante o item III do artigo 81 da Constituição.

Parece-nos, e temos o apoio de entendidos na matéria, inclusive, sobretudo, de Émile Jaques-Dalcroze (1865-1951), criador da Rítmica, que a Musicoterapia foi além da psicodança e da expressão corporal (artigo 3º da proposição) na investigação do complexo som-ser humano.

O artigo 4º exige a implantação de cursos de Musicoterapia "nas instituições oficiais de ensino superior que mantenham escolas de música", o que consideramos inconveniente, por acarretar o aumento da despesa dessas instituições públicas (art. 57, II, da Constituição) e a criação de um curso que talvez não corresponda às necessidades do mercado-de-trabalho local.

O artigo 5º do projeto sob exame fixa o currículo das faculdades de Musicoterapia; essa decisão compete ao Conselho Federal de Educação, em conformidade com a alínea "e" do artigo 9º da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e os artigos 18 e 51 da Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968.

Tendo em vista os reparos feitos à ementa e aos artigos 3º, 4º e 5º do projeto, cremos ser conveniente e oportuno o oferecimento do Substitutivo em anexo.



Votamos favoravelmente à aprovação, no mérito, do Projeto de Lei nº 2.303, na forma do Substitutivo oferecido em anexo.

Sala da Comissão, em 13 de maio de 1981.

Deputado

Presidente

Deputado LUIZ BAPTISTA

Relator

/def



Decreto n.º 81 765 , de 06 de junho de 1978

Concede reconhecimento ao curso de Formação de Musicoterapeutas, ministrado pelo Conservatório Brasileiro de Música, com sede na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

O Presidente da República

usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, de acordo com o artigo 47 da Lei nº 5 540, de 28 de novembro de 1968, alterado pelo Decreto-lei nº 842, de 9 de setembro de 1969, e tendo em vista o Parecer do Conselho Federal de Educação nº 829/78, conforme consta do Processo nº 2757/73-CFE e 216 484/78 do Ministério da Educação e Cultura,

D E C R E T A :

Art. 1º - É concedido reconhecimento ao curso de Formação de Musicoterapeutas, ministrado pelo Conservatório Brasileiro de Música, mantido pela Sociedade Civil Conservatório Brasileiro, com sede na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Art. 2º - Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, em 06 de junho , de 1978;
157º da Independência e 90º da República.

ERNESTO GEISEL
Euro Brandão



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE EDUCAÇÃO E CULTURA



PROJETO DE LEI Nº 2.303, DE 1979

Dispõe sobre o exercício da profissão de Musicoterapeuta.

S U B S T I T U T I V O

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - O exercício da profissão de Musicoterapeuta será somente permitido:

a) aos que concluíram ou venham a concluir cursos de formação de musicoterapeutas, ministrados por instituições de ensino, oficiais, equiparadas ou reconhecidas, de nível superior;

b) aos musicoterapeutas diplomados por universidades ou escolas superiores estrangeiras, cujos diplomas tenham sido ou venham a ser revalidados no País;

c) aos que, na data da publicação desta lei, contem mais de 5 (cinco) anos de prática de métodos e técnicas de Musicoterapia, em entidades públicas ou privadas, desde que requeram seu registro dentro de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da publicação do regulamento da profissão.



Art. 2º - Os musicoterapeutas só poderão exercer a profissão, em conformidade com o respectivo regulamento, depois de registrados nos órgãos competentes dos Ministérios da Educação e Cultura e do Trabalho.

Art. 3º - São atividades privativas do Musicoterapeuta:

I - utilizar sistematicamente a música, visando a recuperação, o desenvolvimento e a preservação da capacidade física, emocional e mental do paciente:

II - dirigir serviços de musicoterapia em órgãos e estabelecimentos públicos e privados;

III - lecionar disciplinas de musicoterapia, observadas as exigências legais;

IV - supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de musicoterapia.

Art. 4º - No prazo de 90 (noventa) dias, o Poder Executivo expedirá o regulamento da profissão de musicoterapeuta.

Art. 5º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.



Art. 6º - Revogam-se as disposições em contrá-
rio.

Sala da Comissão, em 13 de maio de 1981.

Deputado

Presidente

Deputado LUIZ BAPTISTA

Relator



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE FINANÇAS



PROJETO DE LEI Nº 2 303, DE 1 979

* Regulamenta a profissão de Mu
sicoterapeuta.

Autor: Deputado Borges da Silveira

Relator: Deputado ATHIÉ JORGE COURY

RELATÓRIO

Mediante a submissão da presente proposta legislativa à elevada deliberação de seus nobres pares, o Deputado Borges da Silveira objetiva regular o exercício da profissão do Musicoterapeuta, portador de diploma de nível superior. E prevê no artigo 3º:

" É da competência privativa do Musicoterapeuta disciplinar, divulgar e fiscalizar a utilização de métodos e técnicas que caracterizam o emprego profissional da Psicodança, da Expressão Corporal e assemelhados."

Na longa e convincente justificção, assinalou o Autor:

" Através dos aspectos abordados no II Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em Buenos Aires,



no ano de 1976, surgiu uma idéia maior da exploração deste tema.

Há pouca divulgação da Musicoterapia em Psiquiatria, no Brasil, Existem alguns poucos hospitais em funcionamento, e em Curitiba, existe um que procede com equipe terapêutica, atuando com a Medicina, Psicologia e assistência social, tendo sido verificada a eficiência da aplicação em Psiquiatria."

A proposição foi distribuída às Comissões de Justiça, de Educação e de Finanças, tendo opinado a primeira, unanimemente por sua constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, acatando os termos do parecer do Relator, Deputado Antônio Dias. E a Comissão de Educação e Cultura pronunciou-se, sem a divergência de um só voto, por sua aprovação, nos termos do Substitutivo do Deputado Braga Ramos. E o parecer favorável do Deputado Luiz Baptista, também com Substitutivo, passou a constituir voto em separado.

No processo encontram-se manifestações pelo acolhimento ao projeto da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, e da Associação Sul Brasileira de Musicoterapia, da Capital daquele Estado.

É o relatório.



VOTO DO RELATOR

O esforço legislativo, ora pendente da apreciação deste órgão técnico, ocupa-se do disciplinamento do exercício de mais uma profissão: a do Musicoterapeuta.

A musicoterapia é definida como especialização científica empenhada no estudo e investigação do complexo som-ser humano. Constitui tratamento de certas doenças nervosas por meio de audições musicais.

" Muitas investigações têm sido levadas a efeito com o uso da musicoterapia. Por exemplo:

- a) a utilização do fenômeno da sinestesia na interpretação dos efeitos da música sobre o comportamento emocional e suas manifestações;
- b) Poodolsky, em seu trabalho Music and Health, considera a música um dos melhores remédios para o espírito;
- c) Emmet Dent concluiu que a música é a responsável por curas e melhoras de pacientes, que chegam a ser maravilhosas;
- d) na Clínica Psiquiátrica Phipps pode-se observar que a música acalma a fúria dos mais violentos casos clínicos;
- e) Van de Wall e Bons apresentaram casos de recuperação com a música, que são notáveis;
- f) Gilman levou a cabo um estudo do uso da música de orquestra em doentes mentais."

Sob o ângulo financeiro, através do qual, regimentalmen



te, nos compete o exame da matéria, nada temos a opor.

Convertido em lei o projeto, ônus algum trará ao Erário Público.

Concludentemente, elogiando o Autor pela iniciativa, opinamos por sua aprovação, nos termos do Substitutivo adotado pela Comissão de Educação e Cultura.

É o voto.

Sala da Comissão, 02 de Setembro 1982

Deputado ATHIÉ JORGE COURY

- Relator -



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE FINANÇAS



P A R E C E R D A C O M I S S Ã O

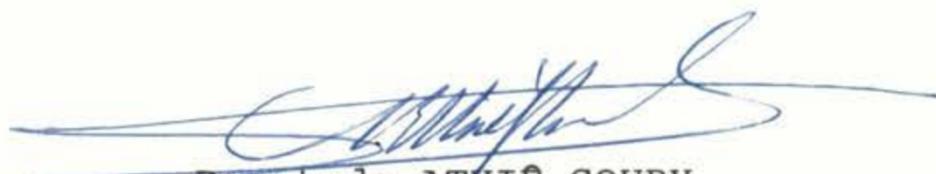
PROJETO DE LEI Nº 2.303/79

A Comissão de Finanças, em reunião ordinária realizada no dia 16 de setembro de 1982, opinou, unanimemente, pela APROVAÇÃO nos termos do substitutivo adotado pela Comissão de Educação e Cultura do Projeto nº 2.303/79 - do Sr. Borges da Silveira - nos termos do parecer do relator Deputado Athiê Coury.

Estiveram presentes os Senhores Deputados Jorge Ferraz, Presidente, Hildérico Oliveira e Christovam Chia^uradia, Vice-Presidentes, Airon Rios, Athiê Coury, Fernando Magalhães, Honorato Vianna, José Carlos Fagundes, Hélio Garcia, Jáder Barbalho, José Mendonça Bezerra, Leorne Belém, Nél^o Lobato, Vicente Guabiroba, Luiz Baccharini e Ruy C^odo.

Sala da Comissão, em 16 de setembro de 1982.


Deputado JORGE FERRAZ
Presidente


Deputado ATHIÊ COURY
Relator

CÂMARA DOS DEPUTADOS
PROJETO DE LEI Nº 2.303-A, de 1979
(DO SR. BORGES DA SILVEIRA)



Regulamenta a profissão de Musicoterapeuta; tendo pareceres: da Comissão de Constituição e Justiça, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa; da Comissão de Educação e Cultura, pela aprovação, com Substitutivo e voto em separado, favorável, do Sr. Luiz Baptista; e, da Comissão de Finanças, pela aprovação, com adoção do Substitutivo da Comissão de Educação e Cultura.

(PROJETO DE LEI Nº 2.303, de 1979, a que se referem os pareceres).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.303, de 1979

(Do Sr. Borges da Silveira)

Regulamenta a profissão de Musicoterapeuta.

(As Comissões de Constituição e Justiça, de Educação e Cultura e de Finanças.)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º O exercício da profissão de Musicoterapeuta obedecerá ao disposto nesta lei.

Art. 2.º A profissão de Musicoterapeuta somente poderá ser exercida, no território nacional:

I — pelo portador de diploma de nível superior, de Musicoterapia, expedido por instituição oficial ou particular reconhecida pelo Governo;

II — pelos diplomados no exterior, em cursos regulares, desde que o diploma seja revalidado no País.

Parágrafo único. Aquele que já esteja exercendo com comprovada eficiência, a profissão de Musicoterapeuta, há mais de 5 (cinco) anos, poderá ter os seus direitos reconhecidos desde que os requeira, dentro de 180 (cento e oitenta) dias da entrada em vigor desta lei, à autoridade indicada no regulamento.

Art. 3.º É da competência privativa do Musicoterapeuta disciplinar, divulgar e fiscalizar a utilização de métodos e técnicas que caracterizam o emprego profissional da Psicodança, da Expressão Corporal e assemelhados.

Art. 4.º No prazo máximo de 2 (dois) anos, a contar da data de publicação desta lei, deverão estar regulamentados e implantados os cursos de Musicoterapia nas instituições oficiais de ensino superior que mantenham escolas de música.



Art. 5.º As Faculdades de Musicoterapia oferecerão as seguintes disciplinas:

- I — Currículo mínimo:
- 1 — Antropologia Cultural;
 - 2 — Biologia;
 - 3 — Estética e História da Arte (I e II);
 - 4 — Educação Física (I, II e III);
 - 5 — Fundamentos de Expressão e Comunicações Humanas (I e II);
 - 6 — Formas de Expressão e Comunicação Artísticas (I, II, III e IV);
 - 7 — Psicologia Geral (I, II e III);
 - 8 — Sociologia Geral (I, II e III);
 - 9 — Didática I;
 - 10 — Estudos de Problemas Brasileiros (I e II);
 - 11 — Estrutura de Funcionamento do Ensino de 1.º e 2.º Graus (I e II);
 - 12 — Folclore brasileiro (I e II);
 - 13 — Métodos e Técnicas de Pesquisa (I e II);
 - 14 — Didática II;
 - 15 — Acústica;
 - 16 — Evolução da Música (I e II);
 - 17 — Linguagem e Estruturação Musicais (I, II e III);
 - 18 — Práticas Instrumentais (I, II, III e IV);
 - 19 — Técnicas de Expressão Vocal (I, II, III e IV);
 - 20 — Técnicas criativas de expressão Rítmico-Sonoro (I e II);
 - 21 — Técnicas criativas de integração Rítmico-Sonoro (I e II);
 - 22 — Regência (I e II);
 - 23 — Terapêutica pela Música (I e II);
- II — Matérias biomédicas (especialização):
- 1 — Anatomia;
 - 2 — Fisiologia;
 - 3 — Neurologia;
 - 4 — Psicopatologia;
 - 5 — Psicoterapia;
 - 6 — Musicoterapia;
 - 7 — Psicologia;
 - 8 — Sociologia;
 - 9 — Antropologia;
 - 10 — Psicoacústica;
 - 11 — Psicodança;
 - 12 — Estágio clínico supervisionado.

Caixa: 88

Lote: 55
PL N° 2303/1979

51

Art. 6.º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.



Este processo tem um interesse especial em musicoterapia quando conduz a identificação de um ser humano com um som específico. Marius Schneider disse que, especialmente nas civilizações totêmicas, existia a crença difundida de que cada um dos espíritos que habitavam o mundo possuía um som específico, individual, próprio. O totem ancestral, por exemplo, parecia possuir a vida acústica e responder a cada som. O homem primitivo acreditava que todos os seres, mortos ou vivos, tinham o seu próprio som, o canto secreto, ao qual respondiam e que poderia ser vulnerável à magia. Por essa razão, o mantinham escondido dos bruxos.

O som secreto, pessoal, subconsciente, parece estar presente em alguns indivíduos psicóticos e talvez confirme a velha crença de que cada homem primitivo identifica-se com o seu meio quando imitava os sons que ouvia, em forma vocal ou em instrumento. Marius crê que a imitação vocal é a forma mais potente de participação mística do mundo que nos rodeia. Afirma que este não se limita ao indivíduo e descreve uma experiência coletiva na qual os aborígenes organizam concertos naturais. Cada um dos participantes imita ruído natural, particular, tal como o vento, as nuvens, as árvores, os animais. O resultado é surpreendente e magnífico.

Certos métodos de educação musical tentam reviver este costume primitivo. A imitação dos sons como meio de adquirir poder sobre suas fontes originais está vinculada com o princípio, segundo o qual, "o semelhante atua sobre o semelhante". Esse princípio é aplicado em musicoterapia.

3. Musicoterapia em Psiquiatria.

Não queremos mostrar aqui o histórico da utilização da música como recurso terapêutico em medicina e, particularmente, em psiquiatria. Vamos tratar dos aspectos mais importantes da musicoterapia como é usada e entendida hoje em dia.

3.1 — Musicoterapia ou meloterapia psiquiátrica

É o tratamento de doentes mentais pela música e som, fazendo o doente ouvi-la, ou compô-la. Faz-se o doente ouvir certas músicas, participar em grupos corais e de danças, tocar instrumentos e, até mesmo, compor músicas.

3.2 — Fundamentos da Musicoterapia

A musicoterapia fundamenta-se em alguns dados de importância, relativos a seus princípios, ao ritmo e à ritmicidade, ao nível de ataque e aos métodos de aplicação.

3.2.1 — Psicologia da Música

Segundo Arrington existe uma psicologia da música diferente da filosofia da música de Altshuler denomina Matéria-música ao conjunto de elementos constitutivos da música, que Licht considera como provocadores dos efeitos peculiares no homem.

3.2.2 — O ritmo musical

Os estudos de Altshuler, ao introduzir os conceitos de "ritmo orgânico" e "ritmo orgástico", trouxeram interessante contribui-



ção à compreensão do valor do ritmo na musicoterapia. Segundo esse autor, a música tem uma ação positiva quanto a ajudar a prevenir o crime; como as drogas, a música é capaz de estimular ou inibir.

Há relação entre ritmo musical e ritmo biológico. Haveria a homeostase rítmica que mantém o organismo humano integrado, coordenado e harmônico (ritmicidade perpétua do organismo, que acompanha a ritmicidade da natureza). O tom musical, por sua vez, tem um efeito emocional muito grande, estimulando as emoções como uma poderosa droga psicotrópica.

O ritmo, o tom, a harmonia e o timbre têm uma ação sinérgica de grande valor terapêutico e profilático, já que a música está ligada a toda emoção e ao estado de humor do homem. A música atua sobre as emoções e sobre todas as esferas superiores ou inferiores do homem, estimulando os impulsos instintivos e acarretando alívio emocional. Já a melodia é capaz de substituir tensões, agressões e hostilidades. A melodia faz com que a agressão se transforme em docilidade. Estimula o amor e o trabalho; dá ânimo e compreensão. Há ligação estreita entre a agressão e a melodia. Nos gênios musicais, a agressividade se metamorfoseia em canções de amor e melodias doces, agradáveis, sentimentais e belas. O negro espiritual é uma superação da agressão por um apelo lamentoso. A melodia é, terapeuticamente, mais eficaz que o ritmo.

3.2.3 — Princípios da Musicoterapia

De acordo com Altshuler a eficácia da musicoterapia se deve a alguns princípios fundamentais:

a) Ritmicidade. O ritmo musical se originaria de uma combinação de ritmo da natureza cósmica e corporal, que é chamado ritmo orgânico, que é firme, regular, organizado e de duração definida (batimentos cardíacos, respiração, marcha, ritmo bioelétrico de Berger, cujo equivalente musical está na marcha e na valsa). Ao lado dessa forma existe o ritmo orgástico, erradio, tenso, inquieto, acompanhado de sensação de prazer (micção, defecação, orgasmo sexual, sucção de polegar bem como os ritmos catatônicos e maníacos). Na música o seu equivalente é rumba, rock etc.

É sabido que som e ritmo têm uma forte afinidade para os organismos vivos, desde as mais inferiores formas de vida até as mais organizadas. Na própria estrutura dos seres vivos existem aparelhos destinados a captar o som e o ritmo.

b) Iso-Princípio Isológico ou Iso-humoral de Altshuler. Este princípio demonstra que se consegue uma musicoterapia mais efetiva do paciente escolhendo tempo, humor e ritmo mentais do paciente.

Quando um doente está de mau humor, humor triste, uma música correspondente serve para captá-lo mais rapidamente do que uma música alegre. Uma vez que o doente é captado por uma música similar ao seu estado de ânimo pode-se ir gradualmente mudando as características da música para outras que se desejar. O contato através da música é importante no manejo dos doentes nervosos e mentais. Procura-se chamar a atenção



Art. 7.º A presente lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8.º Revogam-se as disposições em contrário.

Justificação

1. Introdução

Através dos aspectos abordados no II Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em Buenos Aires, no ano de 1976, surgiu uma idéia maior da exploração deste tema.

Há pouca divulgação da Musicoterapia em Psiquiatria, no Brasil. Existem alguns poucos hospitais em funcionamento, e em Curitiba, existe um que atua com equipe terapêutica, atuando com a Medicina, Psicologia e assistência social, tendo sido verificada a eficiência da aplicação em Psiquiatria.

Interessante é apresentar um rápido esboço da origem da Musicoterapia.

O próprio nome da Musicoterapia traz à mente diversas imagens e idéias: "Musicoterapia — especialização científica que se ocupa do estudo e investigação do complexo Som-Ser Humano."

A Musicoterapia é um uso dosificado da música no tratamento da reabilitação, emocional e mental. A música não é um fim em si mesma; seu valor terapêutico não está necessariamente em relação com a sua qualidade nem com a perfeição de suas execuções. Seu efeito obedece, em primeiro lugar, à influência sobre o homem, do som, a origem da música e cujo valor curativo, prejudicial ou não, será evidente à medida que vamos desenrolando esta história. Observamos também que, em todos os tempos, a música vem originando infinitas e curiosas formas de relação. Estas formas constituem a pedra fundamental da musicoterapia.

A palavra "música" aplica-se a tal multiplicidade de experiência que devemos primeiro tratar de desenrolar as muitas que se encaixam nela, para falar de sua origem. Então estaremos em condições de compreender, em um nível humano básico, como poderemos usá-la em nível terapêutico. Para o homem moderno a música é produto, completo e terminado, de muitos elementos reunidos. Cada um desses elementos musicais é um atributo à substância do som, substância que sempre tem sido partido do mundo consciente do homem, isto é, interpretado segundo seu estilo de vida e civilização.

2. A origem da música

2.1 — A origem cósmica do som

O homem acredita, em alguma época, que o som era uma forma elementar cósmica que existia no começo do mundo e que adquiriu a forma verbal.

São João começa o primeiro Capítulo de seu Evangelho com as seguintes palavras: "No princípio existia o Verbo; e o Verbo estava em Deus; e o Verbo era Deus".

Nos Salmos encontramos Davi tocando flauta para o Rei Saul; enquanto Davi tocava, o Rei se acalmava com a música e os maus espíritos se afastavam dele.



Existem muitas lendas acerca da criação do Universo e nas quais o som desempenha uma função principal. Os egípcios acreditavam que o deus THAT havia criado o mundo não com o pensamento e a ação mas com sua voz unicamente. De sua boca e dos sons que produzia, nasceram outros quatro deuses dotados de igual poder, que organizaram o mundo.

Marius Schneider afirma que nas concepções filosóficas que derivam dos dados persa e hindu o Universo havia sido criado de uma substância acústica: o mundo havia sido criado por um som inicial que, ao emergir do abismo, primeiro se fez a luz e, pouco a pouco, parte dessa luz se fez matéria. Mas esta materialização nunca foi totalmente completa, pois cada coisa material continuava conservando mais ou menos substância sonora da qual foi criada.

Os primeiros babilônios e os gregos antigos relacionaram o som com o cosmos de acústicas vinculadas com os números e a astrologia.

Grosley-Ho'land disse que os filósofos pitagóricos concebiam as escalas musicais como em elemento estrutural do cosmos. Também acreditavam que com o som existia um elemento natural no Universo e podia não ser perceptível aos ouvidos do homem. Chamavam "Harmonia das Esferas" aos sons inaudíveis produzidos pelos movimentos dos corpos celestes que expressavam a harmonia matemática do macrocosmos.

A idéia de que os sons celestiais podiam ser inaudíveis ao ouvido humano existiu também em crenças religiosas, mas essa idéia é ou foi totalmente mística, não tendo base científica. O homem acreditava que a música do paraíso divino podia ser ouvida e captada, mas somente por homens de inspiração divina. O compositor sabia que o protótipo das melodias religiosas era o canto dos anjos, inaudível aos ouvidos humanos, mas transmitido e audível aos inspirados.

Em todos os tempos, as inspirações, as revelações e as alucinações haviam sido difíceis de distinguir entre si. São fenômenos extra-sensoriais e amiúde relacionados com transtornos mentais. O som pode ser a causa de ilusão e conseqüente comunicação com um mundo psíquico invisível.

Desde o Renascimento até nos dias as crenças na relação entre o som e o cosmos haviam saído do campo da especulação intelectual metafísica. Sem dúvida, sua relação matemática pode ter uma conotação emocional para alguns escritores, que falam da "lógica celestial de Bach".

A música eletrônica abriu um novo campo de interesse dos terapeutas, pois permite ao homem comunicar-se com um novo mundo de emoções.

2.2 — Som e Magia

O homem primitivo explicava os fenômenos naturais em termos de magia e pensava que o som tinha origem sobrenatural. Segundo Margaret Mead, certas tribos primitivas da Nova Guiné crêem que a voz dos espíritos pode ser ouvida através de flautas, tambores e bramidos do touro.



- f) volume de atividades acelerando;
- g) facilitação da atenção;
- h) aumento dos reflexos musculares usados no desenho e escrita;
- i) aumento da condutividade elétrica do corpo e da flutuação a reflexo psicogalvânico;
- j) certas músicas, em certas pessoas, podem manter a atenção para a **performance** psicomotora prolongada, muito acima do efeito das drogas.

O fato é que a música age no organismo como um todo e repercute sobre as mais variadas esferas da personalidade. Simon, Holzberg e Garritty demonstraram que os psicóticos respondiam emocionalmente à música como normais, mas que a psicologia da música dos normais não pode ser aplicada aos psicóticos.

3.2.6 — Aplicação e indicação da musicoterapia

Muitas investigações têm sido levadas a efeito com o uso da musicoterapia. Por exemplo:

- a) a utilização do fenômeno da sinestesia na interpretação dos efeitos da música sobre o comportamento emocional e suas manifestações;
- b) Poodolsky, em seu trabalho **Music and Health**, considera a música um dos melhores remédios para o espírito;
- c) Emmet Dent concluiu que a música é a responsável por curas e melhoras de pacientes, que chegam a ser maravilhosas;
- d) na Clínica Psiquiátrica Phipps pode-se observar que a música acalma a fúria dos mais violentos casos clínicos;
- e) Van de Wall e Bons apresentaram casos de recuperação com a música, que são notáveis;
- f) Gilman levou a cabo um estudo do uso da música de orquestra em doentes mentais. A referida técnica faz as seguintes indicações de musicoterapia:

Diagnóstico

Esquizofrenia, tipo paranóide
Psiconeurose, histeria de conversão
Psiconeurose, tipo ansioso
Psicose maniaco-depressiva
Psiconeurose, tipo misto

Tipo de Música

Suave, sedante
Estimulante
Sedante, relaxante
Sedante
Relaxante

- g) algumas indicações especiais na aplicação da musicoterapia:

1. Musicoterapia nos estados de ansiedade e outros distúrbios emocionais.

A música tem a propriedade de produzir vários estados de humor e, por meio da música apropriada, um humor ansioso pode ser substituído, dando vazão às tensões e aliviando a ansiedade. O estímulo musical facilita a expressão de elementos mentais reprimidos ou inconscientes e, com isso, elimina a angústia. A música tem também efeito relaxante da fadiga emocional, fato demonstrado



por Herman na dor de cabeça por tensão e na hipertensão emocional;

2. Musicoterapia nos estudos de raiva, cólera e ódio.

A música facilita a expressão de sentimentos reprimidos que dão lugar à cólera, acompanhada de agressividade. Ela mostrou-se muito eficaz em moderar e eliminar o ódio e combater os sentimentos destrutivos. Facilita a auto-expressão e alivia as tensões e pressões emocionais internas.

3. Musicoterapia na depressão.

Também a tristeza e a dor moral podem ser minoradas e eliminadas pela música, que substitui um estado de humor por outro, alivia as tensões internas e os conflitos, que dão origem à depressão. Os estímulos rítmicos da música produzem atividade física que, por sua vez, desperta o indivíduo de sua tensão.

4. Musicoterapia em esquizofrenia.

A música ouvida por eles, ou até mesmo tocada, é eficiente pois os tira do estado de apatia, os acalma quando excitados.

5. Musicoterapia como um complemento da eletrochoquetapia.

Tem o objetivo de aliviar as angústias bem como de ajudar a reintegração e ressocialização do doente.

Essas considerações foram feitas com o objetivo de ilustrar esquematicamente as bases científicas da Musicoterapia.

4. Conclusões

A Musicoterapia é uma ciência, um tratamento natural, pertencente às especialidades paramédicas, que se ocupa da aplicação de qualquer elemento sonoro, musical ou não, com o objetivo de produzir estados regressivos e aberturas de canais em pacientes, empreendendo por meio de novos canais de comunicação o processo de reaprendizagem e de recuperação do indivíduo para a sociedade.

A Musicoterapia tem aplicação válida:

- a) em portadores de enfermidades físicas e mentais;
- b) em deficiências físicas, mentais e sensoriais (cegos e mudos) para qualquer idade de pacientes;
- c) nas salas de cirurgia.

A cada dia que passa, a Musicoterapia vem tendo aceitação geral da classe médica, o que se tem evidenciado através de bibliografias e Congressos Mundiais de Musicoterapia. O 1.º Congresso foi realizado na França, em 1974 e, o segundo, na Argentina, em 1976. O 3.º está programado para a Inglaterra, em 1979.

A Faculdade de Educação Musical do Paraná, o Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro e a Escola de Arte da Universidade do Rio Grande do Sul mantêm cursos de Musicoterapia para o preparo de profissional terapêuta.

Em vários países os musicoterapeutas têm sua profissão regulada em lei. No Brasil, muitos desses profissionais, com formação



inicial do doente pela música como meio de se conseguir um melhor contato psicoterápico. Sons ritmados, como o bater de pés, costumam provocar nos doentes gestos idênticos, que são respostas consideradas como reflexos talâmicos. O estado de humor e o tempo psíquico dos psicóticos são mais rapidamente influenciados quando o contato é feito através da música, em obediência ao iso-princípio.

c) Níveis de ataque. Ao lado da aplicação do iso-princípio, costuma-se utilizar a técnica dos níveis de ataque, que consiste em começar com música em que há predomínio do ritmo. O ritmo capta mais fortemente as esferas primitivas e instintivas do homem, provocando um efeito fisiopsicológico específico, diferente do provocado pela melodia. Posteriormente, executa-se música com o tom emocional, tocando primeiro músicas tristes e depois músicas alegres. Posteriormente, músicas melódicas e depois harmônicas são introduzidas. Para exemplificar, podemos dizer que a marcha é ritmicamente dominante, ao passo que o intermezzo tem predomínio melódico.

3.2.4 — Aplicação da música em psiquiatria.

Licht fez um apanhado dos modos de aplicação e os objetivos visados com o uso da música em psiquiatria:

- a) Por audição passiva, escuta, destinada a:
 - 1. melhorar a atenção;
 - 2. manter interesse;
 - 3. influenciar o humor;
 - 4. sedar;
 - 5. aliviar energias;
- b) Por participação em grupos de canto e de dança, com o fim de:
 - 1. favorecer cooperação social;
 - 2. aliviar energias;
 - 3. despertar interesses;
- c) Por criação de som, tocando instrumentos, que:
 - 1. aumenta o auto-respeito pela realização e sucesso;
 - 2. aumenta a felicidade pessoal pela capacidade de agradar os outros;
 - 3. alivia energias.

Mitchell e Zanker, em dois trabalhos importantes, chegaram às seguintes conclusões quanto à aplicação da musicoterapia:

- a) A música romântica produz alívio emocional, mas não facilita uma coesão de grupo;
- b) a música contemporânea séria tem efeito mais integrador e, nos equisofrênicos inibidos, traz à consciência forças reprimidas;
- c) a estrutura formal da música clássica prevê segurança a pacientes de todos os tipos e tende a aumentar a coesão do grupo;



d) a música cômica não é de valor, em virtudes da egocentricidade e da falta de humor dos pacientes mentais;

e) a música tradicional e folclórica ajuda a integração da personalidade e aumenta a harmonia do grupo como um todo.

3.2.5 — Modo de aplicação da musicoterapia

Desde 1896, com os experimentos de Patrice, procurou-se determinar a influência dos diferentes tipos de música sobre a circulação sanguínea do cérebro. Patrice teve a oportunidade de apreciar esta influência em um paciente que apresentava um orifício na caixa craniana, de onde se podia ver a circulação cerebral. No decurso de sua experiência foi observado que qualquer excitação do cérebro por sons musicais aumentava o curso do sangue também em outras partes do corpo.

Uma música viva aumentava a circulação cerebral e o número de pulsações. As músicas mais lentas produziam uma lentidão de circulação no cérebro e diminuição do seu volume. Uma música vivaz estimularia o cérebro a ter uma atividade mental maior, ao passo que a música lenta é necessária para repousar o cérebro depois de muita atividade.

Em 1906, Shepard confirmou os achados de Patrice, mostrando os fundamentos biológicos do humor. A descoberta das ondas elétricas cerebrais por Berger demonstrou a presença do ritmo no cérebro humano. Mais recentemente Altshuler chamou a atenção para o princípio terapêutico, o ritmo e o simbolismo. Para ele, a primeira parte atingida pela música é o tálamo, que se sabe é a rede de todas as sensações, emoções e sentimentos estéticos. Por sua vez, tálamo estimulado automaticamente exercita o córtex cerebral, com os efeitos correlatos sobre o pensamento e raciocínio. Cannon acredita que a música estimula as emoções e a secreção de adrenalina e outros hormônios.

Altshuler enumera as modificações fisiológicas emocionais e psíquicas da música:

a) produz modificações no metabolismo, respiração, pressão sanguínea, pulso, glândulas endócrinas e energia muscular;

b) dirige a atenção e aumenta a sua tensão;

c) produz diversão e substituição, distrai o doente e suas idéias mórbidas, substituindo-as por sentimentos e idéias sadias;

d) estimula o humor;

e) estimula a imaginação e o intelecto.

De acordo com Van de Wall, os efeitos da música são reações fisiomotoras e sensoriais, que Burris relacionou da seguinte forma:

a) Aumento do metabolismo;

b) aumento da respiração e retardamento da regularidade;

c) efeitos variáveis sobre a pressão sanguínea, pulso e volume sanguíneo;

d) redução ou retardamento da fadiga; portanto, capacidade muscular aumentada;

e) aumento de vários limiares de estímulos sensoriais;



especializada, estão trabalhando em hospitais e outras instituições sem a garantia e a valorização que só lhes pode proporcionar o reconhecimento de sua profissão.

O curso de Musicoterapia deve ser elevado ao nível superior de ensino, já que a Musicoterapia pertence às especialidades paramédicas, sendo o curso de seis anos de duração.

Na certeza de que poderei contar com o espírito esclarecido e dinâmico dos legisladores, apresentei o presente projeto de lei, que se fez acompanhar dos subsídios para melhor esclarecimento sobre a Musicoterapia e seu campo de aplicação.

Sala das Sessões, 9 de novembro de 1979. — **Borges da Silveira.**

*Rejeitadas as proposições;
ao arquivo. Em 25.5.83.*



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 2.303-A, de 1979

(Do Sr. Borges da Silveira)

Regulamenta a profissão de Musicoterapeuta; tendo pareceres: da Comissão de Constituição e Justiça, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa; da Comissão de Educação e Cultura, pela aprovação, com Substitutivo e voto em separado, favorável, do Sr. Luiz Baptista; e, da Comissão de Finanças, pela aprovação, com adoção do Substitutivo da Comissão de Educação e Cultura.

(Projeto de Lei n.º 2.303, de 1979, a que se referem os pareceres.)

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º O exercício da profissão de Musicoterapeuta obedecerá ao disposto nesta lei.

Art. 2.º A profissão de Musicoterapeuta somente poderá ser exercida, no território nacional:

I — pelo portador de diploma de nível superior, de Musicoterapia, expedido por instituição oficial ou particular reconhecida pelo Governo;

II — pelos diplomados no exterior, em cursos regulares, desde que o diploma seja revalidado no País.

Parágrafo único. Aquele que já esteja exercendo com comprovada eficiência, a profissão de Musicoterapeuta, há mais de 5 (cinco) anos, poderá ter os seus direitos reconhecidos desde que os requeira, dentro de 180 (cento e oitenta) dias da entrada em vigor desta lei, à autoridade indicada no regulamento.

Art. 3.º É da competência privativa do Musicoterapeuta disciplinar, divulgar e fiscalizar a utilização de métodos e técnicas



que caracterizam o emprego profissional da Psicodança, da Expressão Corporal e assemelhados.

Art. 4.º No prazo máximo de 2 (dois) anos, a contar da data de publicação desta lei, deverão estar regulamentados e implantados os cursos de Musicoterapia nas instituições oficiais de ensino superior que mantenham escolas de música.

Art. 5.º As Faculdades de Musicoterapia oferecerão as seguintes disciplinas:

I — Currículo mínimo:

- 1 — Antropologia Cultural;
 - 2 — Biologia;
 - 3 — Estética e História da Arte (I e II);
 - 4 — Educação Física (I, II e III);
 - 5 — Fundamentos de Expressão e Comunicações Humanas (I e II);
 - 6 — Formas de Expressão e Comunicação Artísticas (I, II, III e IV);
 - 7 — Psicologia Geral (I, II e III);
 - 8 — Sociologia Geral (I, II e III);
 - 9 — Didática I;
 - 10 — Estudos de Problemas Brasileiros (I e II);
 - 11 — Estrutura de Funcionamento do Ensino de 1.º e 2.º Graus (I e II);
 - 12 — Folclore brasileiro (I e II);
 - 13 — Métodos e Técnicas de Pesquisa (I e II);
 - 14 — Didática II;
 - 15 — Acústica;
 - 16 — Evolução da Música (I e II);
 - 17 — Linguagem e Estruturação Musicais (I, II e III);
 - 18 — Práticas Instrumentais (I, II, III e IV);
 - 19 — Técnicas de Expressão Vocal (I, II, III e IV);
 - 20 — Técnicas criativas de expressão Rítmico-Sonoro (I e II);
 - 21 — Técnicas criativas de integração Rítmico-Sonoro (I e II);
 - 22 — Regência (I e II);
 - 23 — Terapêutica pela Música (I e II);
- II — Matérias biomédicas (especialização):
- 1 — Anatomia;
 - 2 — Fisiologia;
 - 3 — Neurologia;
 - 4 — Psicopatologia;



- 5 — Psicoterapia;
- 6 — Musicoterapia;
- 7 — Psicologia;
- 8 — Sociologia;
- 9 — Antropologia;
- 10 — Psicoacústica;
- 11 — Psicodança;
- 12 — Estágio clínico supervisionado.

Art. 6.º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

7.º A presente lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8.º Revogam-se as disposições em contrário.

Justificação

1. Introdução

Através dos aspectos abordados no II Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em Buenos Aires, no ano de 1976, surgiu uma idéia maior da exploração deste tema.

Há pouca divulgação da Musicoterapia em Psiquiatria, no Brasil. Existem alguns poucos hospitais em funcionamento, e em Curitiba existe um que atua com equipe terapêutica, atuando com a Medicina, Psicologia e assistência Social, tendo sido verificada a eficiência da aplicação em Psiquiatria.

Interessante é apresentar um rápido esboço da origem da Musicoterapia.

O próprio nome da Musicoterapia traz à mente diversas imagens e idéias: "Musicoterapia — especialização científica que se ocupa do estudo e investigação do complexo Som-Ser Humano".

A Musicoterapia é um uso dosificado da música no tratamento da reabilitação emocional e mental. A música não é um fim em si mesma; seu valor terapêutico não está necessariamente em relação com a sua qualidade nem com a perfeição de suas execuções. Seu efeito obedece, em primeiro lugar, à influência sobre o homem, do som, a origem da música e cujo valor curativo, prejudicial ou não, será evidente à medida que vamos desenrolando esta história. Observamos também que, em todos os tempos, a música vem originando infinitas e curiosas formas de relação. Estas formas constituem a pedra fundamental da musicoterapia.

A palavra "música" aplica-se a tal multiplicidade de experiência que devemos primeiro tratar de desenrolar as muitas que se encaixam nela, para falar de sua origem. Então estaremos em condições de compreender, em um nível humano básico, como poderemos usá-la em nível terapêutico. Para o homem moderno a música é produto, completo e terminado, de muitos elementos reunidos. Cada um desses elementos musicais é um atributo à substância do som, substância que sempre tem sido partido do



o mundo consciente do homem, isto é, interpretado segundo seu estilo de vida e civilização.

2. A origem da música

2.1 — O origem cósmica do som

O homem acredita, em alguma época, que o som era uma forma elementar cósmica que existia no começo do mundo e que adquiriu a forma verbal.

São João começa o primeiro Capítulo de seu Evangelho com as seguintes palavras: "No princípio existia o Verbo; e o Verbo estava em Deus; e o Verbo era Deus".

Nos Salmos encontramos Davi tocando flauta para o Rei Saul; enquanto Davi tocava, o Rei se acalmava com a música e os maus espíritos se afastavam dele.

Existem muitas lendas acerca da criação do Universo e nas quais o som desempenha uma função principal. Os egípcios acreditavam que o deus THAT havia criado o mundo não com o pensamento e a ação mas com sua voz unicamente. De sua boca e dos sons que produzia, nasceram outros quatro deuses dotados de igual poder, que organizaram o mundo.

Marius Schneider afirma que nas concepções filosóficas que derivam dos dados persa e hindu o Universo havia sido criado de uma substância acústica: o mundo havia sido criado por um som inicial que, ao emergir do abismo, primeiro se fez a luz e, pouco a pouco, parte dessa luz se fez matéria. Mas esta materialização nunca foi totalmente completa, pois cada coisa material continuava conservando mais ou menos substância sonora da qual foi criada.

Os primeiros babilônios e os gregos antigos relacionaram o som com o cosmos de acústicas vinculadas com os números e a astrologia.

Grosley-Holland disse que os filósofos pitagóricos concebiam as escalas musicais como um elemento estrutural do cosmos. Também acreditavam que com o som existia um elemento natural no Universo e podia não ser perceptível aos ouvidos do homem. Chamavam "Harmonia das Esferas" aos sons inaudíveis produzidos pelos movimentos dos corpos celestes que expressavam a harmonia matemática do macrocosmos.

A idéia de que os sons celestiais podiam ser inaudíveis ao ouvido humano existiu também em crenças religiosas, mas essa idéia é ou foi totalmente mística, não tendo base científica. O homem acreditava que a música do paraíso divino podia ser ouvida e captada, mas somente por homens de inspiração divina. O compositor sabia que o protótipo das melodias religiosas era o canto dos anjos, inaudível aos ouvidos humanos, mas transmitido e audível aos inspirados.

Em todos os tempos, as inspirações, as revelações e as alucinações haviam sido difíceis de distinguir entre si. São fenômenos extra-sensoriais e amiúde relacionados com transtornos mentais. O som pode ser a causa de ilusão e conseqüente comunicação com um mundo psíquico invisível.



Desde o Renascimento até nos dias as crenças na relação entre o som e o cosmos haviam saído do campo da especulação intelectual metafísica. Sem dúvida, sua relação matemática pode ter uma conotação emocional para alguns escritores, que falam da "lógica celestial de Bach".

A música eletrônica abriu um novo campo de interesse dos terapeutas, pois permite ao homem comunicar-se com um novo mundo de emoções.

2.2 — Som e Magia

O homem primitivo explicava os fenômenos naturais em termos de magia e pensava que o som tinha origem sobrenatural. Segundo Margaret Mead, certas tribos primitivas da Nova Guiné crêem que a voz dos espíritos pode ser ouvida através de flautas, tambores e bramidos do touro.

Este processo tem um interesse especial em musicoterapia quando conduz a identificação de um ser humano com um som específico. Marius Schneider disse que, especialmente nas civilizações totêmicas, existia a crença difundida de que cada um dos espíritos que habitavam o mundo possuía um som específico, individual, próprio. O totem ancestral, por exemplo, parecia possuir a vida acústica e responder a cada som. O homem primitivo acreditava que todos os seres, mortos ou vivos, tinham o seu próprio som, o canto secreto, ao qual respondiam e que poderia ser vulnerável à magia. Por essa razão, o mantinham escondido dos bruxos.

O som secreto, pessoal, subconsciente, parece estar presente em alguns indivíduos psicóticos e talvez confirme a velha crença de que cada homem primitivo identifica-se com o seu meio quando imitava os sons que ouvia, em forma vocal ou em instrumento. Marius crê que a imitação vocal é a forma mais potente de participação mística do mundo que nos rodeia. Afirma que este não se limita ao indivíduo e descreve uma experiência coletiva na qual as aborígenes organizam concertos naturais. Cada um dos participantes imita ruído natural, particular, tal como o vento, as nuvens, as árvores, os animais. O resultado é surpreendente e magnífico.

Certos métodos de educação musical tentam reviver este costume primitivo. A imitação dos sons como meio de adquirir poder sobre suas fontes originais está vinculada com o princípio, segundo o qual, "o semelhante atua sobre o semelhante". Esse princípio é aplicado em musicoterapia.

3. Musicoterapia em Psiquiatria

Não queremos mostrar aqui o histórico da utilização da música como recurso terapêutico em medicina e, particularmente, em psiquiatria. Vamos tratar dos aspectos mais importantes da musicoterapia como é usada e entendida hoje em dia.

3.1 — Musicoterapia ou meloterapia psiquiátrica

É o tratamento de doentes mentais pela música e som, fazendo o doente ouvi-la, ou compô-la. Faz-se o doente ouvir certas músicas, participar em grupos corais e de danças, tocar instrumentos e, até mesmo, compor músicas.



3.2 — Fundamentos da Musicoterapia

A musicoterapia fundamenta-se em alguns dados de importância, relativos a seus princípios, ao ritmo e à ritmicidade, ao nível de ataque e aos métodos de aplicação.

3.2.1 — Psicologia da Música

Segundo Arrington existe uma psicologia da música diferente da filosofia da música de Altshuler, que denomina Matéria-música ao conjunto de elementos constitutivos da música, que Licht considera como provocadores dos efeitos peculiares no homem.

3.2.2 — O ritmo musical

Os estudos de Altshuler, ao introduzir os conceitos de "ritmo orgânico" e "ritmo orgástico", trouxeram interessante contribuição à compreensão do valor do ritmo na musicoterapia. Segundo esse autor, a música tem uma ação positiva quanto a ajudar a prevenir o crime; como as drogas, a música é capaz de estimular ou inibir.

Há relação entre ritmo musical e ritmo biológico. Haveria a homeostase rítmica que mantém o organismo humano integrado, coordenado e harmônico (ritmicidade perpétua do organismo, que acompanha a ritmicidade da natureza). O tom musical, por sua vez, tem um efeito emocional muito grande, estimulando as emoções como uma poderosa droga psicotrópica.

O ritmo, o tom, a harmonia e o timbre têm uma ação sinérgica de grande valor terapêutico e profilático, já que a música está ligada a toda emoção e ao estado de humor do homem. A música atua sobre as emoções e sobre todas as esferas superiores ou inferiores do homem, estimulando os impulsos instintivos e acarretando alívio emocional. Já a melodia é capaz de substituir tensões, agressões e hostilidades. A melodia faz com que a agressão se transforme em docilidade. Estimula o amor e o trabalho, dá ânimo e compreensão. Há ligação estreita entre a agressão e a melodia. Nos gênios musicais, a agressividade se metamorfoseia em canções de amor e melodias doces, agradáveis, sentimentais e belas. O negro espiritual é uma superação da agressão por um apelo lamentoso. A melodia é, terapeuticamente, mais eficaz que o ritmo.

3.2.3 — Princípios da Musicoterapia

De acordo com Altshuler a eficácia da musicoterapia se deve a alguns princípios fundamentais:

a) Ritmicidade. O ritmo musical se originaria de uma combinação de ritmo da natureza cósmica e corporal, que é chamado ritmo orgânico, que é firme, regular, organizado e de duração definida (batimentos cardíacos, respiração, marcha, ritmo bioelétrico de Berger, cujo equivalente musical está na marcha e na valsa). Ao lado dessa forma existe o ritmo orgástico, errático, tenso, inquieto, acompanhado de sensação de prazer (micção, defecação, orgasmo sexual, sucção de polegar bem como os ritmos catatônicos e maníacos). Na música o seu equivalente é rumba, rock etc.



É sabido que som e ritmo têm uma forte afinidade para os organismos vivos, desde as mais inferiores formas de vida até as mais organizadas. Na própria estrutura dos seres vivos existem aparelhos destinados a captar o som e o ritmo.

b) Iso-Princípio Isológico ou Iso-humoral de Altshuler. Este princípio demonstra que se consegue uma musicoterapia mais efetiva do paciente escolhendo tempo, humor e ritmo mentais do paciente.

Quando um doente está de mau humor, humor triste, uma música correspondente serve para captá-lo mais rapidamente do que uma música alegre. Uma vez que o doente é captado por uma música similar ao seu estado de ânimo pode-se ir gradualmente mudando as características da música para outras que se desejar. O contato através da música é importante no manejo dos doentes nervosos e mentais. Procura-se chamar a atenção inicial do doente pela música como meio de se conseguir um melhor contato psicoterápico. Sons ritmados, como o bater de pés, costumam provocar nos doentes gestos idênticos, que são respostas consideradas como reflexos talâmicos. O estado de humor e o tempo psíquico dos psicóticos são mais rapidamente influenciados quando o contato é feito através da música, em obediência ao iso-princípio.

c) Níveis de ataque. Ao lado da aplicação do iso-princípio, costuma-se utilizar a técnica dos níveis de ataque, que consiste em começar com música em que há predomínio do ritmo. O ritmo capta mais fortemente as esferas primitivas e instintivas do homem, provocando um efeito fisiopsicológico específico, diferente do provocado pela melodia. Posteriormente, executa-se música com o tom emocional, tocando primeiro músicas tristes e depois músicas alegres. Posteriormente, músicas melódicas e depois harmônicas são introduzidas. Para exemplificar, podemos dizer que a marcha é ritmicamente dominante, ao passo que o intermezzo tem predomínio melódico.

3.2.4 — Aplicação da música em psiquiatria

Licht fez um apanhado dos modos de aplicação e os objetivos visados com o uso da música em psiquiatria:

- a) Por audição passiva, escuta, destinada a:
 1. melhorar a atenção;
 2. manter interesse;
 3. influenciar o humor;
 4. sedar;
 5. aliviar energias;
- b) Por participação em grupos de canto e de dança, com o fim de:
 1. favorecer cooperação social;
 2. aliviar energias;
 3. despertar interesses;
- c) Por criação de som, tocando instrumentos, que:
 1. aumenta o auto-respeito pela realização e sucesso;



2. aumenta a felicidade pessoal pela capacidade de agradar os outros;

3. alivia energias.

Mitchell e Zanker, em dois trabalhos importantes, chegaram às seguintes conclusões quanto à aplicação da musicoterapia;

a) a música romântica produz alívio emocional, mas não facilita uma coesão de grupo;

b) a música contemporânea séria tem efeito mais integrador e, nos equisofrênicos inibidos, traz à consciência forças reprimidas;

c) a estrutura formal da música clássica prevê segurança a pacientes de todos os tipos e tende a aumentar a coesão do grupo;

d) a música cômica não é de valor, em virtude da egocentricidade e da falta de humor dos pacientes mentais;

e) a música tradicional e folclórica ajuda a integração da personalidade e aumenta a harmonia do grupo como um todo.

3.2.5 — Modo de aplicação da musicoterapia

Desde 1896, com os experimentos de Patrice, procurou-se determinar a influência dos diferentes tipos de música sobre a circulação sanguínea do cérebro. Patrice teve a oportunidade de apreciar esta influência em um paciente que apresentava um orifício na caixa craniana, de onde se podia ver a circulação cerebral. No decurso de sua experiência foi observado que qualquer excitação do cérebro por sons musicais aumentava o curso do sangue também em outras partes do corpo.

Uma música viva aumentava a circulação cerebral e o número de pulsações. As músicas mais lentas produziam uma lentidão de circulação no cérebro e diminuição do seu volume. Uma música vivaz estimularia o cérebro a ter uma atividade mental maior, ao passo que a música lenta é necessária para repousar o cérebro depois de muita atividade.

Em 1906, Shepard confirmou os achados de Patrice, mostrando os fundamentos biológicos do humor. A descoberta das ondas elétricas cerebrais por Berger demonstrou a presença do ritmo no cérebro humano. Mais recentemente Altshuler chamou a atenção para o princípio terapêutico, o ritmo e o simbolismo. Para ele, a primeira parte atingida pela música é o tálamo, que se sabe é a rede de todas as sensações, emoções e sentimentos estéticos. Por sua vez, tálamo estimulado automaticamente exercita o córtex cerebral, com os efeitos correlatos sobre o pensamento e raciocínio. Cannon acredita que a música estimula as emoções e a secreção de adrenalina e outros hormônios.

Altshuler enumera as modificações fisiológicas emocionais e psíquicas da música:

a) produz modificações no metabolismo, respiração, pressão sanguínea, pulso, glândulas endócrinas e energia muscular;

b) dirige a atenção e aumenta a sua tensão;



c) produz diversão e substituição, distrai o doente e suas idéias mórbidas, substituindo-as por sentimentos e idéias sadias;

d) estimula o humor;

e) estimula a imaginação e o intelecto.

De acordo com Van de Wall, os efeitos da música são reações fisiomotoras e sensoriais, que Burris relacionou da seguinte forma:

a) aumento do metabolismo;

b) aumento da respiração e retardamento da regularidade;

c) efeitos variáveis sobre a pressão sanguínea, pulso e volume sanguíneo;

d) redução ou retardamento da fadiga; portanto, capacidade muscular aumentada;

e) aumento de vários limiares de estímulos sensoriais;

f) volume de atividades acelerando;

g) facilitação da atenção;

h) aumento dos reflexos musculares usados no desenho e escrita;

i) aumento da condutividade elétrica do corpo e da flutuação a reflexo psicogalvânico;

j) certas músicas em certas pessoas, podem manter a atenção para a **performance** psicomotora prolongada, muito acima do efeito das drogas.

O fato é que a música age no organismo como um todo e repercute sobre as mais variadas esferas da personalidade. Simon, Holzberg e Garritty demonstraram que os psicóticos respondiam emocionalmente à música como normais, mas que a psicologia da música dos normais não pode ser aplicada aos psicóticos.

3.2.6 — Aplicação e indicação da musicoterapia.

Muitas investigações têm sido levadas a efeito com o uso da musicoterapia. Por exemplo:

a) a utilização do fenômeno da sinestesia na interpretação dos efeitos da música sobre o comportamento emocional e suas manifestações;

b) Poodolsky, em seu trabalho **Music and Health**, considera a música um dos melhores remédios para o espírito;

c) Emmet Dent concluiu que a música é a responsável por curas e melhoras de pacientes, que chegam a ser maravilhosas;

d) na Clínica Psiquiátrica Phipps pode-se observar que a música acalma a fúria dos mais violentos casos clínicos;

e) Van de Wall e Bons apresentaram casos de recuperação com a música, que são notáveis;



f) Gilman levou a cabo um estudo do uso da música de orquestra em doentes mentais. A referida técnica faz as seguintes indicações de musicoterapia:

Diagnóstico

Esquizofrenia, tipo paranóide
Psiconeurose, histeria de conversão
Psiconeurose, tipo ansioso
Psicose maníaco-depressiva
Psiconeurose, tipo misto

Tipo de Música

Suave, sedante
Estimulante
Sedante, relaxante
Sedante
Relaxante

g) algumas indicações especiais na aplicação da musicoterapia:

1. Musicoterapia nos estados de ansiedade e outros distúrbios emocionais.

A música tem a propriedade de produzir vários estados de humor e, por meio da música apropriada, um humor ansioso pode ser substituído, dando vazão às tensões e aliviando a ansiedade. O estímulo musical facilita a expressão de elementos mentais reprimidos ou inconscientes e, com isso, elimina a angústia. A música tem também efeito relaxante da fadiga emocional, fato demonstrado por Herman na dor de cabeça por tensão e na hipertensão emocional;

2. Musicoterapia nos estudos de raiva, cólera e ódio.

A música facilita a expressão de sentimentos reprimidos que dão lugar à cólera, acompanhada de agressividade. Ela mostrou-se muito eficaz em moderar e eliminar o ódio e combater os sentimentos destrutivos. Facilita a auto-expressão e alivia as tensões e pressões emocionais internas.

3. Musicoterapia na depressão.

Também a tristeza e a dor moral podem ser minoradas e eliminadas pela música, que substitui um estado de humor por outro, alivia as tensões internas e os conflitos, que dão origem à depressão. Os estímulos rítmicos da música produzem atividade física que, por sua vez desperta o indivíduo de sua tensão.

4. Musicoterapia em esquizofrenia.

A música ouvida por eles, ou até mesmo tocada, é eficiente pois os tira do estado de apatia, os acalma quando excitados.

5. Musicoterapia como um complemento da eletrochoquetoterapia.

Tem o objetivo de aliviar as angústias bem como de ajudar a reintegração e ressocialização do doente.

Essas considerações foram feitas com o objetivo de ilustrar esquematicamente as bases científicas da Musicoterapia.

4. Conclusões

A Musicoterapia é uma ciência, um tratamento natural, pertencentes às especialidades paramédicas, que se ocupa da aplicação



de qualquer elemento sonoro, musical ou não, com o objetivo de produzir estados regressivos e aberturas de canais em pacientes, empreendendo por meio de novos canais de comunicação o processo de reaprendizagem e de recuperação do indivíduo para a sociedade.

A Musicoterapia tem aplicação válida:

- a) em portadores de enfermidades físicas e mentais;
- b) em deficiências físicas, mentais e sensoriais (cegos e mudos) para qualquer idade de pacientes;
- c) nas salas de cirurgia.

A cada dia que passa, a Musicoterapia vem tendo aceitação geral da classe médica o que se tem evidenciado através de bibliografias e Congressos Mundiais de Musicoterapia. O 1.º Congresso foi realizado na França, em 1974 e, o segundo, na Argentina, em 1976. O 3.º está programado para a Inglaterra, em 1979.

A Faculdade de Educação Musical do Paraná, o Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro e a Escola de Arte da Universidade do Rio Grande do Sul mantêm cursos de Musicoterapia para o preparo de profissional terapeuta.

Em vários países os musicoterapeutas têm sua profissão regulada em lei. No Brasil, muitos desses profissionais, com formação especializada, estão trabalhando em hospitais e outras instituições sem a garantia e a valorização que só lhes pode proporcionar o reconhecimento de sua profissão.

O curso de Musicoterapia deve ser elevado ao nível superior de ensino, já que a Musicoterapia pertence às especialidades paramédicas, sendo o curso de seis anos de duração.

Na certeza de que poderei contar com o espírito esclarecido e dinâmico dos legisladores, apresentei o presente projeto de lei, que se fez acompanhar dos subsídios para melhor esclarecimento sobre a Musicoterapia e seu campo de aplicação.

Sala das Sessões, 9 de novembro de 1979. — **Borges da Silveira.**

PARECER DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA

I — Relatório

Compreendendo aspectos abordados no II Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em 1976, em Buenos Aires, vem o nobre Deputado Borges da Silveira, através do projeto de lei em pauta, regulamentar a profissão de Musicoterapeuta. A proposição versa sobre quem poderá exercer a profissão, sobre a competência do Musicoterapeuta, sobre Currículo Mínimo e Matérias Biomédicas que comporão as disciplinas a serem cursadas pelos alunos de Musicoterapia.

Passando por uma análise etimológica do termo Musicoterapia, a justificação do projeto fala sobre as raízes históricas da terapia musical, fala do seu aspecto místico e religioso e da sua ligação com elementos da natureza. Os princípios fundamentais da eficácia da Musicoterapia, de acordo com Altshuler, são também delineados, assim como também se det'ham a metodologia de aplicação e os objetivos visados com o uso da música, em con-



sonância com Licht. Finalmente, o resultado de algumas investigações sobre o uso e eficácia da Musicoterapia informa sobre as bases científicas em que se afirma a terapia musical.

Informa-se também que algumas instituições de nível superior, no Brasil, já mantêm cursos de Musicoterapia, mas que a profissão não teve regulamentação, até o momento, do que decorre o fato de que musicoterapeutas estão trabalhando em hospitais e outras instituições sem a garantia, o reconhecimento e a valorização provenientes da regulamentação oficial da profissão.

Regimentalmente, compete à Comissão de Constituição e Justiça opinar sobre o aspecto constitucional, jurídico e de técnica legislativa dos projetos que lhe forem distribuídos. A Comissão de Educação e Cultura analisará o mérito da matéria em epígrafe. Nada temos a obstar, do ponto de vista da Comissão de Justiça, pois o projeto é constitucional, jurídico, e não fere a técnica legislativa.

II — Voto do Relator

Opinamos pela conveniência da aprovação do Projeto de Lei n.º 2.303, de 1979.

Sala da Comissão, 8 de outubro de 1980. — **Antonio Dias**, Relator.

III — Parecer da Comissão

A Comissão de Constituição e Justiça, em reunião de sua Turma "A", opinou, unanimemente, pela constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa do Projeto n.º 2.303/79, nos termos do parecer do Relator.

Estiveram presentes os Senhores Deputados: Gomes da Silva, Vice-Presidente, no exercício da Presidência; Antonio Dias, Relator; Bonifácio de Andrada, Brabo de Carvalho, Cristiano Dias Lopes, Elquisson Soares, João Gilberto, Lázaro de Carvalho, Natal Gale, Nelson Morro, Paulo Pimentel, Péricles Gonçalves.

Sala da Comissão, 8 de outubro de 1980. — **Gomes da Silva**, Vice-Presidente, no exercício da Presidência — **Antônio Dias**, Relator.

PARECER DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO E CULTURA PARECER VENCEDOR

Voto em separado

A propósito do projeto n.º 2.303, de 1979, que regulamenta a profissão de musicoterapeuta, o nobre Deputado Luiz Baptista, Relator da matéria nesta Comissão, teceu oportunas considerações, sendo seu voto, quanto ao mérito, pela aprovação, com substitutivo.

Minha posição diante deste projeto é semelhante a do relator, diferindo apenas quanto a partes do substitutivo apresentado.

Assim sendo, tenho a honra de apresentar ao projeto o substitutivo anexo.

Sala das Comissões, de de 1982. — **Braga Ramos**.



SUBSTITUTIVO OFERECIDO

Art. 1.º O exercício da Musicoterapia será somente permitido:

a) aos que concluíram ou venham a concluir curso de Musicoterapia, ministrado por instituições de ensino superior, oficiais, equiparadas ou reconhecidas;

b) aos musicoterapeutas diplomados no exterior, cujos diplomas tenham sido ou venham a ser revalidados no País;

c) aos músicos que, na data da publicação desta Lei, embora não sendo portadores de diploma específico, tenham sido pioneiros no exercício de musicoterapia, e contem com mais de 10 (dez) anos de serviço, em entidades públicas ou privadas, desde que requeiram seu registro, em órgão competente, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da vigência desta Lei.

Art. 2.º São atividades privativas do musicoterapeuta:

I — utilizar sistematicamente a música, visando a recuperação, o desenvolvimento e a preservação da capacidade física, emocional e mental do paciente;

II — dirigir serviços de musicoterapia em órgãos e estabelecimentos públicos e privados;

III — lecionar disciplinas de musicoterapia no curso específico e noutros, observadas as exigências legais;

IV — aplicar métodos e técnicas nas áreas sonoro-musical, de movimento e expressão e outras congêneres, com finalidade terapêutica;

V — o musicoterapeuta, para todos os efeitos, será integrado na categoria das profissões paramédicas.

Art. 3.º Ficam criados o Conselho Federal de Musicoterapia e os Conselhos Regionais de Musicoterapia, cujas atribuições serão definidas em decreto do Poder Executivo.

Art. 4.º O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a sua aprovação.

Art. 5.º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão, 23 de junho de 1982. — Braga Ramos.

III — Parecer da Comissão

A Comissão de Educação e Cultura, em sua reunião ordinária, realizada em 23 de junho de 1982, opinou, unanimemente, pela aprovação do Substitutivo apresentado pelo Sr. Braga Ramos ao Projeto de Lei n.º 2.303/79, do Sr. Borges da Silveira, que "regulamenta a profissão de Musicoterapeuta". O Deputado Braga Ramos foi designado Relator do parecer vencedor. O parecer pela aprovação, com substitutivo, do Sr. Luiz Baptista passou a constituir voto em separado.

Estiveram presentes os senhores Deputados Lygia Lessa Bastos, Presidente; João Faustino e José Maria de Carvalho, Vice-Presidentes; Alcir Pimenta, Braga Ramos, Salvador Julianelli, Bezerra



Melo, Rômulo Galvão, Darcílio Ayres, A. H. Cunha Bueno, João Herculino, Raymundo Urbano, Daniel Silva e Ceiso Peçanha.

Sala da Comissão, 23 de junho de 1982. — **Lygia Lessa Bastos**, Presidente — **Braga Ramos**, Relator designado.

SUBSTITUTIVO ADOTADO PELA COMISSÃO

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º O exercício da Musicoterapia será somente permitido:

a) aos que concluíram ou venham a concluir curso de Musicoterapia, ministrado por instituições de ensino superior, oficiais, equiparadas ou reconhecidas;

b) aos musicoterapeutas diplomados no exterior, cujos diplomas tenham sido ou venham a ser revalidados no País;

c) aos músicos que, na data da publicação desta lei, embora não sendo portadores de diploma específico, tenham sido pioneiros no exercício de musicoterapia, e contem com mais de 10 (dez) anos de serviço, em entidades públicas ou privadas, desde que requeiram seu registro, em órgão competente, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da vigência desta lei.

Art. 2.º São atividades privativas do musicoterapeuta:

I — utilizar sistematicamente a música, visando a recuperação, o desenvolvimento e a preservação da capacidade física, emocional e mental do paciente;

II — dirigir serviços de musicoterapia em órgãos e estabelecimentos públicos e privados;

III — lecionar disciplinas de musicoterapia no curso específico e noutros, observadas as exigências legais;

IV — aplicar métodos e técnicas nas áreas sonoro-musical, de movimento e expressão e outras congêneres, com finalidade terapêutica;

V — o musicoterapeuta, para todos os efeitos, será integrado na categoria das profissões paramédicas.

Art. 3.º Ficam criados o Conselho Federal de Musicoterapia e os Conselhos Regionais de Musicoterapia, cujas atribuições serão definidas em decreto do Poder Executivo.

Art. 4.º O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a sua aprovação.

Art. 5.º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão, 23 de junho de 1982. — **Lygia Lessa Bastos**, Presidente — **Braga Ramos**, Relator designado.

VOTO EM SEPARADO DO SR. LUIZ BAPTISTA

I — Relatório

O nobre e operoso Deputado Borges da Silveira, através desta proposição, pretende regulamentar a profissão de Musicoterapeuta e fixar o currículo dos cursos de formação de Musicoterapeutas.



Musicoterapia, na definição oferecida pela "National Association for Music Therapy", é a aplicação científica da arte da música para conseguir objetivos terapêuticos.

Essa entidade foi fundada em 1950, para o desenvolvimento do uso terapêutico da música em estabelecimentos hospitalares, educacionais e comunitários, e a difusão do ensino, treinamento e pesquisa da profissão.

Nessa época, muitas instituições passaram a se interessar pelos valores terapêuticos da música e a criar empregos para musicoterapeutas, enquanto universidades e escolas superiores estabeleceram cursos de formação de musicoterapeutas.

Em todo o curso da História, inúmeras referências são encontradas quanto à participação da Música no tratamento das doenças, e seus efeitos sobre o homem têm sido discutidos através dos séculos por filósofos, médicos, educadores e músicos. Dos estágios mágico e místico passou a ser objeto de investigação científica e, a partir dos últimos 50 anos, pesquisas mais sérias e objetivas têm sido efetuadas, com o propósito de evidenciar e explicar a função terapêutica da música, ligando-a a diversas recuperações.

Constituindo-se como especialidade paramédica, é definida como: "Especialização científica que se ocupa do estudo e investigação do complexo som-ser humano, seja o som musical ou não, tendendo a buscar os métodos diagnósticos e os efeitos terapêuticos dos mesmos".

Seu emprego cada vez mais se evidencia, e sua importância tem sido reconhecida através da sua inclusão nas diversas equipes multidisciplinares destinadas à reabilitação e educação.

Logo após a fundação da associação americana, surgiram associações de musicoterapeutas na Inglaterra, Alemanha, Suíça, França, Iugoslávia, Argentina e Brasil.

Em seguida às "Primeiras Jornadas Latino-Americanas de Musicoterapia", realizadas em Buenos Aires; em 1968, fundou-se a Associação Brasileira de Musicoterapia, sediada no Rio de Janeiro.

Posteriormente, criaram-se a Associação Sul Brasileira de Musicoterapia, em Porto Alegre — RS, a Associação de Musicoterapia do Paraná, em Curitiba — PR, a Associação Paulista de Musicoterapia, em São Paulo — SP, e a Associação Mineira de Musicoterapia, em Belo Horizonte — MG.

Em 1972 foi estabelecido no Conservatório Brasileiro de Música, no Rio de Janeiro, o Curso de Formação de Musicoterapeutas, reconhecido pelo Governo Federal através do Decreto n.º 81.765, de 6 de junho de 1978, baixado pelo Presidente Ernesto Geisel, de acordo com a Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968, e tendo em vista o Parecer n.º 829/78, do Conselho Federal de Educação (Câmara de Ensino Superior — 2.º Grupo), proferido pelo Professor Abgar Renault (Processo n.º 2.757/73).

A cada dia que passa, a Musicoterapia vem tendo aceitação geral da classe médica, o que se tem evidenciado através de congressos mundiais.



Tem havido intensificação do interesse pela Musicoterapia em seminários e simpósios que difundem os fins terapêuticos da Música, que assume a forma de um valioso auxiliar terapêutico e, em alguns casos, a forma principal de terapia.

METODOLOGIA DA MUSICOTERAPIA

A metodologia em Musicoterapia consta de duas partes:

- 1.^a — caráter diagnóstico;
- 2.^a — caráter terapêutico.

Na parte diagnóstica o objetivo é descobrir o Princípio do Iso, isto é, a utilização da música com um tempo musical igual ao tempo mental do paciente. Com isto, visa o musicoterapeuta chegar à identidade rítmico-sonora do paciente, individualmente ou em grupo. Ainda nesta etapa, os instrumentos musicais são escolhidos, de preferência, pelo paciente, para serem empregados durante o processo musicoterapêutico, havendo modificações que se fizerem necessárias para a evolução do tratamento.

Na 2.^a etapa — de caráter terapêutico — com as observações adquiridas na parte diagnóstica, desenvolver-se-á o processo musicoterápico propriamente dito, a partir de uma comunicação não verbal.

ÁREAS DE ATUAÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Na atualidade, a utilização da musicoterapia tem suscitado particular interesse. Muitos trabalhos têm sido realizados no mundo inteiro em campos como da Psiquiatria, Neurologia, Fisiatria, Geriatria e Educação Especial.

No Brasil, o trabalho da musicoterapia vem sendo desenvolvido nos seguintes campos:

Doença Mental. (Psiquiatria)

Clínica "Sta. Catarina" (Niterói)

Casa de Saúde "Dr. Eiras" (Rio de Janeiro)

Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Instituto "São Pedro" — P. Alegre — RS

Centro Terapêutico da Faculdade de Educação Musical — Curitiba — Paraná

Hospital Psiquiátrico "N. S. da Luz" — Curitiba — Paraná

Centro de Neuro-Psiquiatria e Psicologia Infantil — Rio de Janeiro — CENPI

Hospital de Psiquiatria "Adauto Botelho" — Curitiba — Paraná

Hospital do Engenho de Dentro — Rio de Janeiro.

Deficiência Mental

Sociedade Pestalozzi do Brasil — Rio de Janeiro e Niterói — RJ

Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação — ABBR
Curso "Solange Dreux" — Niterói — RJ



Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional
Rio de Janeiro

Escola Estadual de 1.º Grau Incompleto "Recanto da Alegria"
— Porto Alegre — RS

Instituto Educacional "Nazaré" — Porto Alegre — RS

Centro Ocupacional de Porto Alegre — RS.

Deficiência Física

Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação — ABBR
— Rio de Janeiro — RJ

Casa do Sol — Rio de Janeiro — RJ

Clínica "Araújo Leitão" — Rio de Janeiro — RJ

Clínica "Dr.^a Ivoneide Trindade" — Recife — PE

Associação Mineira de Reabilitação — Belo Horizonte — MG

Instituto da Voz e da Fala — Belo Horizonte — MG.

Em seu atendimento a Legião Brasileira de Assistência (LBA) está empregando a Musicoterapia como recurso terapêutico.

A musicoterapia vem tendo crescente aceitação pela classe médica, que é evidenciada com a sua inclusão em equipes multidisciplinares de instituições de reabilitação, clínicas psiquiátricas e escolas de educação especial.

Musicoterapeutas brasileiros têm levado suas experiências a congressos nacionais e internacionais de grande repercussão.

No Brasil muitos são os profissionais formados em Musicoterapia que trabalham em hospitais e outras instituições de tratamento.

Observe-se que o trabalho de musicoterapia conta com a íntima cooperação entre musicoterapeutas, médicos e psicólogos.

Em vários países da Europa, da América do Norte e da América Latina, os musicoterapeutas têm sua profissão regulamentada.

Falta, no Brasil, uma legislação que garanta os direitos e defina os deveres dos musicoterapeutas.

A Comissão de Constituição e Justiça opinou, unanimemente, pela constitucionalidade e juridicidade do Projeto de Lei n.º 2.303, de 1979.

Compete à Comissão de Educação e Cultura opinar sobre o mérito desta proposição, por se tratar de instrução musical especializada e do desenvolvimento cultural do País.

II — Voto do Relator

A iniciativa parlamentar, em todos os sentidos, é louvável e meritória.

Entretanto, seja-nos permitido assinalar que a proposição deve apenas dispor sobre o exercício da profissão de Musicoterapeuta, deixando a regulamentação propriamente dita para o decreto a ser baixado pelo Poder Executivo, consoante o item III do art. 81 da Constituição.

Parece-nos, e temos o apoio de entendidos na matéria, inclusive, sobretudo, de Émile Jaques-Dalcroze (1865-1951), criador da

Ritmica, que a Musicoterapia foi além da psicodança e da expressão corporal (art. 3.º da proposição) na investigação do complexo som-ser humano.

O art. 4.º exige a implantação de cursos de Musicoterapia "nas instituições oficiais de ensino superior que mantenham escolas de música", o que consideramos inconveniente por acarretar o aumento da despesa dessas instituições públicas (art. 57, II, da Constituição) e a criação de um curso que talvez não corresponda às necessidades do mercado de trabalho local.

O art. 5.º do projeto sob exame fixa o currículo das faculdades de Musicoterapia; essa decisão compete ao Conselho Federal de Educação, em conformidade com a alínea e do art. 9.º da Lei n.º 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e os arts. 18 e 51 da Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968.

Tendo em vista os reparos feitos à emenda e aos arts. 3.º, 4.º e 5.º do projeto, cremos ser conveniente e oportuno o oferecimento do Substitutivo em anexo.

Votamos favoravelmente à aprovação, no mérito, do Projeto de Lei n.º 2.303, na forma do Substitutivo oferecido em anexo.

Sala da Comissão, 13 de maio de 1981. — **Luiz Baptista**, Relator.

LEGISLAÇÃO CITADA

DECRETO N.º 765, DE 6 DE JUNHO DE 1978

Concede reconhecimento ao curso de Formação de Musicoterapeutas, ministrado pelo Conservatório Brasileiro de Música, com sede na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, de acordo com o art. 47 da Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968, alterado pelo Decreto-lei n.º 842, de 9 de setembro de 1969, e tendo em vista o Parecer do Conselho Federal de Educação n.º 829/78, conforme consta do Processo n.º 2.757/73-CFE e 216.484/78 do Ministério da Educação e Cultura, decreta:

Art. 1.º É concedido reconhecimento ao curso de Formação de Musicoterapeutas, ministrado pelo Conservatório Brasileiro de Música, mantido pela Sociedade Civil Conservatório Brasileiro, com sede na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Art. 2.º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 6 de junho de 1978; 157.º da Independência e 90.º da República. — **ERNESTO GEISEL** — **Euro Brandão**.

SUBSTITUTIVO

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º O exercício da profissão de Musicoterapêutica será somente permitido:

a) aos que concluíram ou venham a concluir cursos de formação de musicoterapêutica, ministrados por instituições de ensino, oficiais, equiparadas ou reconhecidas, de nível superior;

Caixa: 88

Lote: 55

PL N.º 2303/1979

65





b) aos musicoterapeutas diplomados por universidades ou escolas superiores estrangeiras, cujos diplomas tenham sido ou venham a ser revalidados no País;

c) aos que, na data da publicação desta lei, contem mais de 5 (cinco) anos de prática de métodos e técnicas de Musicoterapia, em entidades públicas ou privadas, desde que requeiram seu registro dentro de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da publicação do regulamento da profissão.

Art. 2.º Os musicoterapeutas só poderão exercer a profissão, em conformidade com o respectivo regulamento, depois de registrados nos órgãos competentes dos Ministérios da Educação e Cultura e do Trabalho.

Art. 3.º São atividades privativas do Musicoterapeuta:

I — utilizar sistematicamente a música, visando a recuperação, o desenvolvimento e a preservação da capacidade física, emocional e mental do paciente;

II — dirigir serviços de musicoterapia em órgãos e estabelecimentos públicos e privados;

III — lecionar disciplinas de musicoterapia, observadas as exigências legais;

IV — supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de musicoterapia.

Art. 4.º No prazo de 90 (noventa) dias, o Poder Executivo expedirá o regulamento da profissão de musicoterapeuta.

Art. 5.º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6.º Revogam-se as disposições em contrário.

Sala da Comissão, 13 de maio de 1981. — **Luiz Baptista**, Relator.

PARECER DA COMISSÃO DE FINANÇAS

I — Relatório

Mediante a submissão da presente proposta legislativa à elevada deliberação de seus nobres pares, o Deputado Borges da Silveira objetiva regular o exercício da profissão do Musicoterapeuta, portador de diploma de nível superior. E prevê no art. 3.º:

“É da competência privativa do Musicoterapeuta disciplinar, divulgar e fiscalizar a utilização de métodos e técnicas que caracterizam o emprego profissional da Psicodança, da Expressão Corporal e assemelhados.”

Na longa e convincente justificação, assinalou o Autor:

“Através dos aspectos abordados no II Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em Buenos Aires, no ano de 1976, surgiu uma idéia maior da exploração deste tema.

Há pouca divulgação da Musicoterapia em Psiquiatria, no Brasil. Existem alguns poucos hospitais em funcionamento, e em Curitiba, existe um que procede com equipe terapêutica, atuando com a Medicina, Psicologia e assistên-



cia social, tendo sido verificada a eficiência da aplicação em Psiquiatria.”

A proposição foi distribuída às Comissões de Justiça, de Educação e de Finanças, tendo opinado a primeira, unanimemente por sua constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, acatando os termos do parecer do Relator, Deputado Antônio Dias. E a Comissão de Educação e Cultura pronunciou-se, sem a divergência de um só voto, por sua aprovação, nos termos do Substitutivo do Deputado Braga Ramos. E o parecer favorável do Deputado Luiz Baptista, também com Substitutivo, passou a constituir voto em separado.

No processo encontram-se manifestações pelo acolhimento ao projeto da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, e da Associação Sul Brasileira de Musicoterapia, da Capital daquele Estado.

É o relatório.

II — Voto do Relator

O esforço legislativo, ora pendente da apreciação deste órgão técnico, ocupa-se do disciplinamento do exercício de mais uma profissão: a do Musicoterapeuta.

A musicoterapia é definida como especialização científica empenhada no estudo e investigação do complexo som-ser humano. Constitui tratamento de certas doenças nervosas por meio de audições musicais.

“Muitas investigações têm sido levadas a efeito com o uso da musicoterapia. Por exemplo:

a) a utilização do fenômeno da sinestesia na interpretação dos efeitos da música sobre o comportamento emocional e suas manifestações;

b) Poodolsky, em seu trabalho **Music and Health**, considera a música um dos melhores remédios para o espírito;

c) Emmet Dent concluiu que a música é a responsável por curas e melhoras de pacientes, que chegam a ser maravilhosas;

d) na Clínica Psiquiátrica Phipps pode-se observar que a música acalma a fúria dos mais violentos casos clínicos;

e) Van de Wall e Bons apresentaram casos de recuperação com a música, que são notáveis;

f) Gilman levou a cabo um estudo do uso da música de orquestra em doentes mentais.”

Sob o ângulo financeiro, através do qual, regimentalmente, nos compete o exame da matéria, nada temos a opor.

Convertido em lei o projeto, ônus algum trará ao Erário Público.

Concludentemente, elogiando o Autor pela iniciativa, opinamos por sua aprovação, nos termos do Substitutivo adotado pela Comissão de Educação e Cultura.

É o voto.

Sala da Comissão, 2 de setembro de 1982. — Athiê Jorge Coury, Relator.

Lote: 55
Caixa: 88
PL N° 2303/1979
66



Desde o Renascimento até nos dias as crenças na relação entre o som e o cosmos haviam saído do campo da especulação intelectual metafísica. Sem dúvida, sua relação matemática pode ter uma conotação emocional para alguns escritores, que falam da "lógica celestial de Bach".

A música eletrônica abriu um novo campo de interesse dos terapeutas, pois permite ao homem comunicar-se com um novo mundo de emoções.

2.2 — Som e Magia

O homem primitivo explicava os fenômenos naturais em termos de magia e pensava que o som tinha origem sobrenatural. Segundo Margaret Mead, certas tribos primitivas da Nova Guiné crêem que a voz dos espíritos pode ser ouvida através de flautas, tambores e bramidos do touro.

Este processo tem um interesse especial em musicoterapia quando conduz a identificação de um ser humano com um som específico. Marius Schneider disse que, especialmente nas civilizações totêmicas, existia a crença difundida de que cada um dos espíritos que habitavam o mundo possuía um som específico, individual, próprio. O totem ancestral, por exemplo, parecia possuir a vida acústica e responder a cada som. O homem primitivo acreditava que todos os seres, mortos ou vivos, tinham o seu próprio som, o canto secreto, ao qual respondiam e que poderia ser vulnerável à magia. Por essa razão, o mantinham escondido dos bruxos.

O som secreto, pessoal, subconsciente, parece estar presente em alguns indivíduos psicóticos e talvez confirme a velha crença de que cada homem primitivo identifica-se com o seu meio quando imitava os sons que ouvia, em forma vocal ou em instrumento. Marius crê que a imitação vocal é a forma mais potente de participação mística do mundo que nos rodeia. Afirma que este não se limita ao indivíduo e descreve uma experiência coletiva na qual as aborígenes organizam concertos naturais. Cada um dos participantes imita ruído natural, particular, tal como o vento, as nuvens, as árvores, os animais. O resultado é surpreendente e magnífico.

Certos métodos de educação musical tentam reviver este costume primitivo. A imitação dos sons como meio de adquirir poder sobre suas fontes originais está vinculada com o princípio, segundo o qual, "o semelhante atua sobre o semelhante". Esse princípio é aplicado em musicoterapia.

3. Musicoterapia em Psiquiatria

Não queremos mostrar aqui o histórico da utilização da música como recurso terapêutico em medicina e, particularmente, em psiquiatria. Vamos tratar dos aspectos mais importantes da musicoterapia como é usada e entendida hoje em dia.

3.1 — Musicoterapia ou meloterapia psiquiátrica

É o tratamento de doentes mentais pela música e som, fazendo o doente ouvi-la, ou compô-la. Faz-se o doente ouvir certas músicas, participar em grupos corais e de danças, tocar instrumentos e, até mesmo, compor músicas.



3.2 — Fundamentos da Musicoterapia

A musicoterapia fundamenta-se em alguns dados de importância, relativos a seus princípios, ao ritmo e à ritmicidade, ao nível de ataque e aos métodos de aplicação.

3.2.1 — Psicologia da Música

Segundo Arrington existe uma psicologia da música diferente da filosofia da música de Altshuler, que denomina Matéria-música ao conjunto de elementos constitutivos da música, que Licht considera como provocadores dos efeitos peculiares no homem.

3.2.2 — O ritmo musical

Os estudos de Altshuler, ao introduzir os conceitos de "ritmo orgânico" e "ritmo orgástico", trouxeram interessante contribuição à compreensão do valor do ritmo na musicoterapia. Segundo esse autor, a música tem uma ação positiva quanto a ajudar a prevenir o crime; como as drogas, a música é capaz de estimular ou inibir.

Há relação entre ritmo musical e ritmo biológico. Haveria a homeostase rítmica que mantém o organismo humano integrado, coordenado e harmônico (ritmicidade perpétua do organismo, que acompanha a ritmicidade da natureza). O tom musical, por sua vez, tem um efeito emocional muito grande, estimulando as emoções como uma poderosa droga psicotrópica.

O ritmo, o tom, a harmonia e o timbre têm uma ação sinérgica de grande valor terapêutico e profilático, já que a música está ligada a toda emoção e ao estado de humor do homem. A música atua sobre as emoções e sobre todas as esferas superiores ou inferiores do homem, estimulando os impulsos instintivos e acarretando alívio emocional. Já a melodia é capaz de substituir tensões, agressões e hostilidades. A melodia faz com que a agressão se transforme em docilidade. Estimula o amor e o trabalho, dá ânimo e compreensão. Há ligação estreita entre a agressão e a melodia. Nos gênios musicais, a agressividade se metamorfoseia em canções de amor e melodias doces, agradáveis, sentimentais e belas. O negro espiritual é uma superação da agressão por um apelo lamentoso. A melodia é, terapeuticamente, mais eficaz que o ritmo.

3.2.3 — Princípios da Musicoterapia

De acordo com Altshuler a eficácia da musicoterapia se deve a alguns princípios fundamentais:

a) Ritmicidade. O ritmo musical se originaria de uma combinação de ritmo da natureza cósmica e corporal que é chamado ritmo orgânico, que é firme, regular, organizado e de duração definida (batimentos cardíacos, respiração, marcha, ritmo bioelétrico de Berger, cujo equivalente musical está na marcha e na valsa). Ao lado dessa forma existe o ritmo orgástico, errático, tenso, inquieto, acompanhado de sensação de prazer (micção, defecação, orgasmo sexual, sucção de polegar bem como os ritmos catatônicos e maníacos). Na música o seu equivalente é rumba, rock etc.



É sabido que som e ritmo têm uma forte afinidade para os organismos vivos, desde as mais inferiores formas de vida até as mais organizadas. Na própria estrutura dos seres vivos existem aparelhos destinados a captar o som e o ritmo.

b) Iso-Princípio Isológico ou Iso-humoral de Altshuler. Este princípio demonstra que se consegue uma musicoterapia mais efetiva do paciente escolhendo tempo, humor e ritmo mentais do paciente.

Quando um doente está de mau humor, humor triste, uma música correspondente serve para captá-lo mais rapidamente do que uma música alegre. Uma vez que o doente é captado por uma música similar ao seu estado de ânimo pode-se ir gradualmente mudando as características da música para outras que se desejar. O contato através da música é importante no manejo dos doentes nervosos e mentais. Procura-se chamar a atenção inicial do doente pela música como meio de se conseguir um melhor contato psicoterápico. Sons ritmados, como o bater de pés, costumam provocar nos doentes gestos idênticos, que são respostas consideradas como reflexos talâmicos. O estado de humor e o tempo psíquico dos psicóticos são mais rapidamente influenciados quando o contato é feito através da música, em obediência ao iso-princípio.

c) Níveis de ataque. Ao lado da aplicação do iso-princípio, costuma-se utilizar a técnica dos níveis de ataque, que consiste em começar com música em que há predomínio do ritmo. O ritmo capta mais fortemente as esferas primitivas e instintivas do homem, provocando um efeito fisiopsicológico específico, diferente do provocado pela melodia. Posteriormente, executa-se música com o tom emocional, tocando primeiro músicas tristes e depois músicas alegres. Posteriormente, músicas melódicas e depois harmônicas são introduzidas. Para exemplificar podemos dizer que a marcha é ritmicamente dominante, ao passo que o intermezzo tem predomínio melódico.

3.2.4 — Aplicação da música em psiquiatria

Licht fez um apanhado dos modos de aplicação e os objetivos visados com o uso da música em psiquiatria:

a) Por audição passiva, escuta, destinada a:

1. melhorar a atenção;
2. manter interesse;
3. influenciar o humor;
4. sedar;
5. aliviar energias;

b) Por participação em grupos de canto e de dança, com o fim de:

1. favorecer cooperação social;
2. aliviar energias;
3. despertar interesses;

c) Por criação de som, tocando instrumentos, que:

1. aumenta o auto-respeito pela realização e sucesso;



2. aumenta a felicidade pessoal pela capacidade de agradar os outros;

3. alivia energias.

Mitchell e Zanker, em dois trabalhos importantes, chegaram às seguintes conclusões quanto à aplicação da musicoterapia;

a) a música romântica produz alívio emocional, mas não facilita uma coesão de grupo;

b) a música contemporânea séria tem efeito mais integrador e, nos equisofrênicos inibidos, traz à consciência forças reprimidas;

c) a estrutura formal da música clássica prevê segurança a pacientes de todos os tipos e tende a aumentar a coesão do grupo;

d) a música cômica não é de valor, em virtude da egocentricidade e da falta de humor dos pacientes mentais;

e) a música tradicional e folclórica ajuda a integração da personalidade e aumenta a harmonia do grupo como um todo.

3.2.5 — Modo de aplicação da musicoterapia

Desde 1896, com os experimentos de Patrice, procurou-se determinar a influência dos diferentes tipos de música sobre a circulação sanguínea do cérebro. Patrice teve a oportunidade de apreciar esta influência em um paciente que apresentava um orifício na caixa craniana, de onde se podia ver a circulação cerebral. No decurso de sua experiência foi observado que qualquer excitação do cérebro por sons musicais aumentava o curso do sangue também em outras partes do corpo.

Uma música viva aumentava a circulação cerebral e o número de pulsações. As músicas mais lentas produziam uma lentidão de circulação no cérebro e diminuição do seu volume. Uma música vivaz estimularia o cérebro a ter uma atividade mental maior, ao passo que a música lenta é necessária para repousar o cérebro depois de muita atividade.

Em 1906, Shepard confirmou os achados de Patrice, mostrando os fundamentos biológicos do humor. A descoberta das ondas elétricas cerebrais por Berger demonstrou a presença do ritmo no cérebro humano. Mais recentemente Altshuler chamou a atenção para o princípio terapêutico, o ritmo e o simbolismo. Para ele, a primeira parte atingida pela música é o tálamo, que se sabe é a rede de todas as sensações, emoções e sentimentos estéticos. Por sua vez, tálamo estimulado automaticamente exercita o córtex cerebral, com os efeitos correlatos sobre o pensamento e raciocínio. Cannon acredita que a música estimula as emoções e a secreção de adrenalina e outros hormônios.

Altshuler enumera as modificações fisiológicas emocionais e psíquicas da música:

a) produz modificações no metabolismo, respiração, pressão sanguínea, pulso, glândulas endócrinas e energia muscular;

b) dirige a atenção e aumenta a sua tensão;



e) produz diversão e substituição, distrai o doente e suas idéias mórbidas, substituindo-as por sentimentos e idéias sadias;

d) estimula o humor;

e) estimula a imaginação e o intelecto.

De acordo com Van de Wall, os efeitos da música são reações fisiomotoras e sensoriais, que Burris relacionou da seguinte forma:

a) aumento do metabolismo;

b) aumento da respiração e retardamento da regularidade;

c) efeitos variáveis sobre a pressão sanguínea, pulso e volume sanguíneo;

d) redução ou retardamento da fadiga; portanto, capacidade muscular aumentada;

e) aumento de vários limiares de estímulos sensoriais;

f) volme de atividades acelerando;

g) facilitação da atenção;

h) aumento dos reflexos musculares usados no desenho e escrita;

i) aumento da condutividade elétrica do corpo e da flutuação a reflexo psicogalvânico;

j) certas músicas em certas pessoas, podem manter a atenção para a **performance** psicomotora prolongada, muito acima do efeito das drogas.

O fato é que a música age no organismo como um todo e repercute sobre as mais variadas esferas da personalidade. Simon, Holzberg e Garritty demonstraram que os psicóticos respondiam emocionalmente à música como normais, mas que a psicologia da música dos normais não pode ser aplicada aos psicóticos.

3.2.6 — Aplicação e indicação da musicoterapia.

Muitas investigações têm sido levadas a efeito com o uso da musicoterapia. Por exemplo:

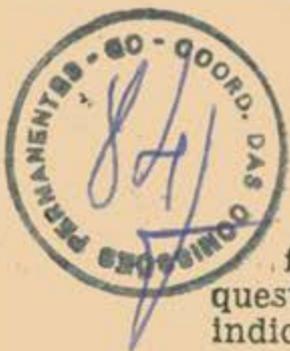
a) a utilização do fenômeno da sinestesia na interpretação dos efeitos da música sobre o comportamento emocional e suas manifestações;

b) Poodolsky, em seu trabalho **Music and Health**, considera a música um dos melhores remédios para o espírito;

c) Emmet Dent concluiu que a música é a responsável por curas e melhoras de pacientes, que chegam a ser maravilhosas;

d) na Clínica Psiquiátrica Phipps pode-se observar que a música acalma a fúria dos mais violentos casos clínicos;

e) Van de Wall e Bons apresentaram casos de recuperação com a música, que são notáveis;



f) Gilman levou a cabo um estudo do uso da música de orquestra em doentes mentais. A referida técnica faz as seguintes indicações de musicoterapia:

Diagnóstico

Esquizofrenia, tipo paranóide
Psiconeurose, histeria de conversão
Psiconeurose, tipo ansioso
Psicose maniaco-depressiva
Psiconeurose, tipo misto

Tipo de Música

Suave, sedante
Estimulante
Sedante, relaxante
Sedante
Relaxante

g) algumas indicações especiais na aplicação da musicoterapia:

1. Musicoterapia nos estados de ansiedade e outros distúrbios emocionais.

A música tem a propriedade de produzir vários estados de humor e, por meio da música apropriada, um humor ansioso pode ser substituído, dando vazão às tensões e aliviando a ansiedade. O estímulo musical facilita a expressão de elementos mentais reprimidos ou inconscientes e, com isso, elimina a angústia. A música tem também efeito relaxante da fadiga emocional, fato demonstrado por Herman na dor de cabeça por tensão e na hipertensão emocional;

2. Musicoterapia nos estudos de raiva, cólera e ódio.

A música facilita a expressão de sentimentos reprimidos que dão lugar à cólera, acompanhada de agressividade. Ela mostrou-se muito eficaz em moderar e eliminar o ódio e combater os sentimentos destrutivos. Facilita a auto-expressão e alivia as tensões e pressões emocionais internas.

3. Musicoterapia na depressão.

Também a tristeza e a dor moral podem ser minoradas e eliminadas pela música, que substitui um estado de humor por outro, alivia as tensões internas e os conflitos, que dão origem à depressão. Os estímulos rítmicos da música produzem atividade física que, por sua vez, desperta o indivíduo de sua tensão.

4. Musicoterapia em esquizofrenia.

A música ouvida por eles, ou até mesmo tocada, é eficiente pois os tira do estado de apatia, os acalma quando excitados.

5. Musicoterapia como um complemento da eletrochoquetoterapia.

Tem o objetivo de aliviar as angústias bem como de ajudar a reintegração e ressocialização do doente.

Essas considerações foram feitas com o objetivo de ilustrar esquematicamente as bases científicas da Musicoterapia.

4. Conclusões

A Musicoterapia é uma ciência, um tratamento natural, pertencentes às especialidades paramédicas, que se ocupa da aplicação

Lote: 55
Caixa: 88
PL N° 2303/1979
69



de qualquer elemento sonoro, musical ou não, com o objetivo de produzir estados regressivos e aberturas de canais em pacientes, empreendendo por meio de novos canais de comunicação o processo de reaprendizagem e de recuperação do indivíduo para a sociedade.

A Musicoterapia tem aplicação válida:

- a) em portadores de enfermidades físicas e mentais;
- b) em deficiências físicas, mentais e sensoriais (cegos e mudos) para qualquer idade de pacientes;
- c) nas salas de cirurgia.

A cada dia que passa, a Musicoterapia vem tendo aceitação geral da classe médica, o que se tem evidenciado através de bibliografias e Congressos Mundiais de Musicoterapia. O 1.º Congresso foi realizado na França, em 1974 e, o segundo, na Argentina, em 1976. O 3.º está programado para a Inglaterra, em 1979.

A Faculdade de Educação Musical do Paraná, o Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro e a Escola de Arte da Universidade do Rio Grande do Sul mantêm cursos de Musicoterapia para o preparo de profissional terapeuta.

Em vários países os musicoterapeutas têm sua profissão regulada em lei. No Brasil, muitos desses profissionais, com formação especializada, estão trabalhando em hospitais e outras instituições sem a garantia e a valorização que só lhes pode proporcionar o reconhecimento de sua profissão.

O curso de Musicoterapia deve ser elevado ao nível superior de ensino, já que a Musicoterapia pertence às especialidades paramédicas, sendo o curso de seis anos de duração.

Na certeza de que poderei contar com o espírito esclarecido e dinâmico dos legisladores, apresentei o presente projeto de lei, que se fez acompanhar dos subsídios para melhor esclarecimento sobre a Musicoterapia e seu campo de aplicação.

Sala das Sessões, 9 de novembro de 1979. — **Borges da Silveira.**

PARECER DA COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA

I — Relatório

Compreendendo aspectos abordados no II Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em 1976, em Buenos Aires, vem o nobre Deputado Borges da Silveira, através do projeto de lei em pauta, regulamentar a profissão de Musicoterapeuta. A proposição versa sobre quem poderá exercer a profissão, sobre a competência do Musicoterapeuta, sobre Currículo Mínimo e Matérias Biomédicas que comporão as disciplinas a serem cursadas pelos alunos de Musicoterapia.

Passando por uma análise etimológica do termo Musicoterapia, a justificação do projeto fala sobre as raízes históricas da terapia musical, fala do seu aspecto místico e religioso e da sua ligação com elementos da natureza. Os princípios fundamentais da eficácia da Musicoterapia, de acordo com Altshuler, são também delineados, assim como também se detêm a metodologia de aplicação e os objetivos visados com o uso da música, em con-



sonância com Licht. Finalmente, o resultado de algumas investigações sobre o uso e eficácia da Musicoterapia informa sobre as bases científicas em que se afirma a terapia musical.

Informa-se também que algumas instituições de nível superior, no Brasil, já mantêm cursos de Musicoterapia, mas que a profissão não teve regulamentação, até o momento, do que decorre o fato de que musicoterapeutas estão trabalhando em hospitais e outras instituições sem a garantia, o reconhecimento e a valorização provenientes da regulamentação oficial da profissão.

Regimentalmente, compete à Comissão de Constituição e Justiça opinar sobre o aspecto constitucional, jurídico e de técnica legislativa dos projetos que lhe forem distribuídos. A Comissão de Educação e Cultura analisará o mérito da matéria em epígrafe. Nada temos a obstar, do ponto de vista da Comissão de Justiça, pois o projeto é constitucional, jurídico, e não fere a técnica legislativa.

II — Voto do Relator

Opinamos pela conveniência da aprovação do Projeto de Lei n.º 2.303, de 1979.

Sala da Comissão, 8 de outubro de 1980. — **Antonio Dias**, Relator.

III — Parecer da Comissão

A Comissão de Constituição e Justiça, em reunião de sua Turma "A", opinou, unanimemente, pela constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa do Projeto n.º 2.303/79, nos termos do parecer do Relator.

Estiveram presentes os Senhores Deputados: Gomes da Silva, Vice-Presidente, no exercício da Presidência; Antonio Dias, Relator; Bonifácio de Andrada, Brabo de Carvalho, Cristiano Dias Lopes, Elquisson Soares, João Gilberto, Lázaro de Carvalho, Natal Gale, Nelson Morro, Paulo Pimentel, Péricles Gonçalves.

Sala da Comissão, 8 de outubro de 1980. — **Gomes da Silva**, Vice-Presidente, no exercício da Presidência — **Antônio Dias**, Relator.

PARECER DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO E CULTURA PARECER VENCEDOR

Voto em separado

A propósito do projeto n.º 2.303, de 1979, que regulamenta a profissão de musicoterapeuta, o nobre Deputado Luiz Baptista, Relator da matéria nesta Comissão, teceu oportunas considerações, sendo seu voto, quanto ao mérito, pela aprovação, com substitutivo.

Minha posição diante deste projeto é semelhante a do relator, diferindo apenas quanto a partes do substitutivo apresentado.

Assim sendo, tenho a honra de apresentar ao projeto o substitutivo anexo.

Sala das Comissões, de de 1982. — **Braga Ramos**.



SUBSTITUTIVO OFERECIDO

Art. 1.º O exercício da Musicoterapia será somente permitido:

a) aos que concluíram ou venham a concluir curso de Musicoterapia, ministrado por instituições de ensino superior, oficiais, equiparadas ou reconhecidas;

b) aos musicoterapeutas diplomados no exterior, cujos diplomas tenham sido ou venham a ser revalidados no País;

c) aos músicos que, na data da publicação desta Lei, embora não sendo portadores de diploma específico, tenham sido pioneiros no exercício de musicoterapia, e contem com mais de 10 (dez) anos de serviço, em entidades públicas ou privadas, desde que requeiram seu registro, em órgão competente, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da vigência desta Lei.

Art. 2.º São atividades privativas do musicoterapeuta:

I — utilizar sistematicamente a música, visando a recuperação, o desenvolvimento e a preservação da capacidade física, emocional e mental do paciente;

II — dirigir serviços de musicoterapia em órgãos e estabelecimentos públicos e privados;

III — lecionar disciplinas de musicoterapia no curso específico e noutros, observadas as exigências legais;

IV — aplicar métodos e técnicas nas áreas sonoro-musical, de movimento e expressão e outras congêneres, com finalidade terapêutica;

V — o musicoterapeuta, para todos os efeitos, será integrado na categoria das profissões paramédicas.

Art. 3.º Ficam criados o Conselho Federal de Musicoterapia e os Conselhos Regionais de Musicoterapia, cujas atribuições serão definidas em decreto do Poder Executivo.

Art. 4.º O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a sua aprovação.

Art. 5.º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão, 23 de junho de 1982. — **Braga Ramos.**

III — Parecer da Comissão

A Comissão de Educação e Cultura, em sua reunião ordinária, realizada em 23 de junho de 1982, opinou, unanimemente, pela aprovação do Substitutivo apresentado pelo Sr. Braga Ramos ao Projeto de Lei n.º 2.303/79, do Sr. Borges da Silveira, que "regulamenta a profissão de Musicoterapeuta". O Deputado Braga Ramos foi designado Relator do parecer vencedor. O parecer pela aprovação, com substitutivo, do Sr. Luiz Baptista passou a constituir voto em separado.

Estiveram presentes os senhores Deputados Lygia Lessa Bastos, Presidente; João Faustino e José Maria de Carvalho, Vice-Presidentes; Alcir Pimenta, Braga Ramos, Salvador Julianelli, Bezerra



deputado Rômulo Galvão, Darcílio Ayres, A. H. Cunha Bueno, João Heráclino, Raymundo Urbano, Daniel Silva e Celso Peçanha.

Sala da Comissão. 23 de junho de 1982. — **Lygia Lessa Bastos**, Presidente — **Braga Ramos**, Relator designado.

SUBSTITUTIVO ADOTADO PELA COMISSÃO

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º O exercício da Musicoterapia será somente permitido:

a) aos que concluíram ou venham a concluir curso de Musicoterapia, ministrado por instituições de ensino superior, oficiais, equiparadas ou reconhecidas;

b) aos musicoterapeutas diplomados no exterior, cujos diplomas tenham sido ou venham a ser revalidados no País;

c) aos músicos que, na data da publicação desta lei, embora não sendo portadores de diploma específico, tenham sido pioneiros no exercício de musicoterapia, e contem com mais de 10 (dez) anos de serviço, em entidades públicas ou privadas, desde que requeiram seu registro, em órgão competente, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da vigência desta lei.

Art. 2.º São atividades privativas do musicoterapeuta:

I — utilizar sistematicamente a música, visando a recuperação, o desenvolvimento e a preservação da capacidade física, emocional e mental do paciente;

II — dirigir serviços de musicoterapia em órgãos e estabelecimentos públicos e privados;

III — lecionar disciplinas de musicoterapia no curso específico e noutros, observadas as exigências legais;

IV — aplicar métodos e técnicas nas áreas sonoro-musical, de movimento e expressão e outras congêneres, com finalidade terapêutica;

V — o musicoterapeuta, para todos os efeitos, será integrado na categoria das profissões paramédicas.

Art. 3.º Ficam criados o Conselho Federal de Musicoterapia e os Conselhos Regionais de Musicoterapia, cujas atribuições serão definidas em decreto do Poder Executivo.

Art. 4.º O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a sua aprovação.

Art. 5.º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Sala da Comissão, 23 de junho de 1982. — **Lygia Lessa Bastos**, Presidente — **Braga Ramos**, Relator designado.

VOTO EM SEPARADO DO SR. LUIZ BAPTISTA

I — Relatório

O nobre e operoso Deputado Borges da Silveira, através desta proposição, pretende regulamentar a profissão de Musicoterapeuta e fixar o currículo dos cursos de formação de Musicoterapeutas.



Musicoterapia, na definição oferecida pela "National Association for Music Therapy", é a aplicação científica da arte da música para conseguir objetivos terapêuticos.

Essa entidade foi fundada em 1950, para o desenvolvimento do uso terapêutico da música em estabelecimentos hospitalares, educacionais e comunitários, e a difusão do ensino, treinamento e pesquisa da profissão.

Nessa época, muitas instituições passaram a se interessar pelos valores terapêuticos da música e a criar empregos para musicoterapeutas, enquanto universidades e escolas superiores estabeleceram cursos de formação de musicoterapeutas.

Em todo o curso da História, inúmeras referências são encontradas quanto à participação da Música no tratamento das doenças, e seus efeitos sobre o homem têm sido discutidos através dos séculos por filósofos, médicos, educadores e músicos. Dos estágios mágico e místico passou a ser objeto de investigação científica e, a partir dos últimos 50 anos, pesquisas mais sérias e objetivas têm sido efetuadas, com o propósito de evidenciar e explicar a função terapêutica da música, ligando-a a diversas recuperações.

Constituindo-se como especialidade paramédica, é definida como: "Especialização científica que se ocupa do estudo e investigação do complexo som-ser humano, seja o som musical ou não, tendendo a buscar os métodos diagnósticos e os efeitos terapêuticos dos mesmos".

Seu emprego cada vez mais se evidencia, e sua importância tem sido reconhecida através da sua inclusão nas diversas equipes multidisciplinares destinadas à reabilitação e educação.

Logo após a fundação da associação americana, surgiram associações de musicoterapeutas na Inglaterra, Alemanha, Suíça, França, Iugoslávia, Argentina e Brasil.

Em seguida às "Primeiras Jornadas Latino-Americanas de Musicoterapia", realizadas em Buenos Aires; em 1968, fundou-se a Associação Brasileira de Musicoterapia, sediada no Rio de Janeiro.

Posteriormente, criaram-se a Associação Sul Brasileira de Musicoterapia, em Porto Alegre — RS, a Associação de Musicoterapia do Paraná, em Curitiba — PR, a Associação Paulista de Musicoterapia, em São Paulo — SP, e a Associação Mineira de Musicoterapia, em Belo Horizonte — MG.

Em 1972 foi estabelecido no Conservatório Brasileiro de Música, no Rio de Janeiro, o Curso de Formação de Musicoterapeutas, reconhecido pelo Governo Federal através do Decreto n.º 81.765, de 6 de junho de 1978, baixado pelo Presidente Ernesto Geisel, de acordo com a Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968, e tendo em vista o Parecer n.º 829/78, do Conselho Federal de Educação (Câmara de Ensino Superior — 2.º Grupo), proferido pelo Professor Abgar Renault (Processo n.º 2.757/73).

A cada dia que passa, a Musicoterapia vem tendo aceitação geral da classe médica, o que se tem evidenciado através de congressos mundiais.



Tem havido intensificação do interesse pela Musicoterapia em seminários e simpósios que difundem os fins terapêuticos da Música, que assume a forma de um valioso auxiliar terapêutico e, em alguns casos, a forma principal de terapia.

METODOLOGIA DA MUSICOTERAPIA

A metodologia em Musicoterapia consta de duas partes:

- 1.^a — caráter diagnóstico;
- 2.^a — caráter terapêutico.

Na parte diagnóstica o objetivo é descobrir o Princípio do Iso, isto é, a utilização da música com um tempo musical igual ao tempo mental do paciente. Com isto, visa o musicoterapeuta chegar à identidade rítmico-sonora do paciente, individualmente ou em grupo. Ainda nesta etapa, os instrumentos musicais são escolhidos, de preferência, pelo paciente, para serem empregados durante o processo musicoterapêutico, havendo modificações que se fizerem necessárias para a evolução do tratamento.

Na 2.^a etapa — de caráter terapêutico — com as observações adquiridas na parte diagnóstica, desenvolver-se-á o processo musicoterápico propriamente dito, a partir de uma comunicação não verbal.

ÁREAS DE ATUAÇÃO DA MUSICOTERAPIA

Na atualidade, a utilização da musicoterapia tem suscitado particular interesse. Muitos trabalhos têm sido realizados no mundo inteiro em campos como da Psiquiatria, Neurologia, Fisioterapia, Geriatria e Educação Especial.

No Brasil, o trabalho da musicoterapia vem sendo desenvolvido nos seguintes campos:

Doença Mental. (Psiquiatria)

Clínica "Sta. Catarina" (Niterói)

Casa de Saúde "Dr. Eiras" (Rio de Janeiro)

Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Instituto "São Pedro" — P. Alegre — RS

Centro Terapêutico da Faculdade de Educação Musical — Curitiba — Paraná

Hospital Psiquiátrico "N. S. da Luz" — Curitiba — Paraná

Centro de Neuro-Psiquiatria e Psicologia Infantil — Rio de Janeiro — CENPI

Hospital de Psiquiatria "Adauto Botelho" — Curitiba — Paraná

Hospital do Engenho de Dentro — Rio de Janeiro.

Deficiência Mental

Sociedade Pestalozzi do Brasil — Rio de Janeiro e Niterói — RJ

Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação — ABBR
Curso "Solange Dreux" — Niterói — RJ



Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional —
Rio de Janeiro

Escola Estadual de 1.º Grau Incompleto “Recanto da Alegria”
— Porto Alegre — RS

Instituto Educacional “Nazaré” — Porto Alegre — RS

Centro Ocupacional de Porto Alegre — RS.

Deficiência Física

Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação — ABBR
— Rio de Janeiro — RJ

Casa do Sol — Rio de Janeiro — RJ

Clínica “Araújo Leitão” — Rio de Janeiro — RJ

Clínica “Dr.ª Ivoneide Trindade” — Recife — PE

Associação Mineira de Reabilitação — Belo Horizonte — MG

Instituto da Voz e da Fala — Belo Horizonte — MG.

Em seu atendimento a Legião Brasileira de Assistência (LBA) está empregando a Musicoterapia como recurso terapêutico.

A musicoterapia vem tendo crescente aceitação pela classe médica, que é evidenciada com a sua inclusão em equipes multidisciplinares de instituições de reabilitação, clínicas psiquiátricas e escolas de educação especial.

Musicoterapeutas brasileiros têm levado suas experiências a congressos nacionais e internacionais de grande repercussão.

No Brasil muitos são os profissionais formados em Musicoterapia que trabalham em hospitais e outras instituições de tratamento.

Observe-se que o trabalho de musicoterapia conta com a íntima cooperação entre musicoterapeutas, médicos e psicólogos.

Em vários países da Europa, da América do Norte e da América Latina, os musicoterapeutas têm sua profissão regulamentada.

Falta, no Brasil, uma legislação que garanta os direitos e defina os deveres dos musicoterapeutas.

A Comissão de Constituição e Justiça opinou, unanimemente, pela constitucionalidade e juridicidade do Projeto de Lei n.º 2.303, de 1979.

Compete à Comissão de Educação e Cultura opinar sobre o mérito desta proposição, por se tratar de instrução musical especializada e do desenvolvimento cultural do País.

II — Voto do Relator

A iniciativa parlamentar, em todos os sentidos, é louvável e meritória.

Entretanto, seja-nos permitido assinalar que a proposição deve apenas dispor sobre o exercício da profissão de Musicoterapeuta, deixando a regulamentação propriamente dita para o decreto a ser baixado pelo Poder Executivo, consoante o item III do art. 81 da Constituição.

Parece-nos, e temos o apoio de entendidos na matéria, inclusive, sobretudo, de Émile Jaques-Dalcroze (1865-1951), criador da



Rítmica, que a Musicoterapia foi além da psicodança e da expressão corporal (art. 3.º da proposição) na investigação do complexo som-ser humano.

O art. 4.º exige a implantação de cursos de Musicoterapia "nas instituições oficiais de ensino superior que mantenham escolas de música", o que consideramos inconveniente por acarretar o aumento da despesa dessas instituições públicas (art. 57, II, da Constituição) e a criação de um curso que talvez não corresponda às necessidades do mercado de trabalho local.

O art. 5.º do projeto sob exame fixa o currículo das faculdades de Musicoterapia; essa decisão compete ao Conselho Federal de Educação, em conformidade com a alínea e do art. 9.º da Lei n.º 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e os arts. 18 e 51 da Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968.

Tendo em vista os reparos feitos à emenda e aos arts. 3.º, 4.º e 5.º do projeto, cremos ser conveniente e oportuno o oferecimento do Substitutivo em anexo.

Votamos favoravelmente à aprovação, no mérito, do Projeto de Lei n.º 2.303, na forma do Substitutivo oferecido em anexo.

Sala da Comissão, 13 de maio de 1981. — **Luiz Baptista**, Relator.

LEGISLAÇÃO CITADA

DECRETO N.º 765, DE 6 DE JUNHO DE 1978

Concede reconhecimento ao curso de Formação de Musicoterapeutas, ministrado pelo Conservatório Brasileiro de Música, com sede na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, de acordo com o art. 47 da Lei n.º 5.540, de 28 de novembro de 1968, alterado pelo Decreto-lei n.º 842, de 9 de setembro de 1969, e tendo em vista o Parecer do Conselho Federal de Educação n.º 829/78, conforme consta do Processo n.º 2.757/73-CFE e 216.484/78 do Ministério da Educação e Cultura, decreta:

Art. 1.º É concedido reconhecimento ao curso de Formação de Musicoterapeutas, ministrado pelo Conservatório Brasileiro de Música, mantido pela Sociedade Civil Conservatório Brasileiro, com sede na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Art. 2.º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 6 de junho de 1978; 157.º da Independência e 90.º da República. — **ERNESTO GEISEL** — **Euro Brandão**.

SUBSTITUTIVO

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1.º O exercício da profissão de Musicoterapêutica será somente permitido:

a) aos que concluíram ou venham a concluir cursos de formação de musicoterapêutica, ministrados por instituições de ensino, oficiais, equiparadas ou reconhecidas, de nível superior;



b) aos musicoterapeutas diplomados por universidades ou escolas superiores estrangeiras, cujos diplomas tenham sido ou venham a ser revalidados no País;

e) aos que, na data da publicação desta lei, contem mais de 5 (cinco) anos de prática de métodos e técnicas de Musicoterapia, em entidades públicas ou privadas, desde que requeiram seu registro dentro de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da publicação do regulamento da profissão.

Art. 2.º Os musicoterapeutas só poderão exercer a profissão, em conformidade com o respectivo regulamento, depois de registrados nos órgãos competentes dos Ministérios da Educação e Cultura e do Trabalho.

Art. 3.º São atividades privativas do Musicoterapeuta:

I — utilizar sistematicamente a música, visando a recuperação, o desenvolvimento e a preservação da capacidade física, emocional e mental do paciente;

II — dirigir serviços de musicoterapia em órgãos e estabelecimentos públicos e privados;

III — lecionar disciplinas de musicoterapia, observadas as exigências legais;

IV — supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de musicoterapia.

Art. 4.º No prazo de 90 (noventa) dias, o Poder Executivo expedirá o regulamento da profissão de musicoterapeuta.

Art. 5.º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6.º Revogam-se as disposições em contrário.

Sala da Comissão, 13 de maio de 1981. — **Luiz Baptista**, Relator.

PARECER DA COMISSÃO DE FINANÇAS

I — Relatório

Mediante a submissão da presente proposta legislativa à elevada deliberação de seus nobres pares, o Deputado Borges da Silveira objetiva regular o exercício da profissão do Musicoterapeuta, portador de diploma de nível superior. E prevê no art. 3.º:

“É da competência privativa do Musicoterapeuta disciplinar, divulgar e fiscalizar a utilização de métodos e técnicas que caracterizam o emprego profissional da Psicodança, da Expressão Corporal e assemelhados.”

Na longa e convincente justificação, assinalou o Autor:

“Através dos aspectos abordados no II Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em Buenos Aires, no ano de 1976, surgiu uma idéia maior da exploração deste tema.

Há pouca divulgação da Musicoterapia em Psiquiatria, no Brasil. Existem alguns poucos hospitais em funcionamento, e em Curitiba, existe um que procede com equipe terapêutica, atuando com a Medicina, Psicologia e assistên-



social, tendo sido verificada a eficiência da aplicação em Psiquiatria.”

A proposição foi distribuída às Comissões de Justiça, de Educação e de Finanças, tendo opinado a primeira, unanimemente por sua constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa, acatando os termos do parecer do Relator, Deputado Antônio Dias. E a Comissão de Educação e Cultura pronunciou-se, sem a divergência de um só voto, por sua aprovação, nos termos do Substitutivo do Deputado Braga Ramos. E o parecer favorável do Deputado Luiz Baptista, também com Substitutivo, passou a constituir voto em separado.

No processo encontram-se manifestações pelo acolhimento ao projeto da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, e da Associação Sul Brasileira de Musicoterapia, da Capital daquele Estado.

É o relatório.

II — Voto do Relator

O esforço legislativo, ora pendente da apreciação deste órgão técnico, ocupa-se do disciplinamento do exercício de mais uma profissão: a do Musicoterapeuta.

A musicoterapia é definida como especialização científica empenhada no estudo e investigação do complexo som-ser humano. Constitui tratamento de certas doenças nervosas por meio de audições musicais.

“Muitas investigações têm sido levadas a efeito com o uso da musicoterapia. Por exemplo:

a) a utilização do fenômeno da sinestesia na interpretação dos efeitos da música sobre o comportamento emocional e suas manifestações;

b) Poodolsky, em seu trabalho **Music and Health**, considera a música um dos melhores remédios para o espírito;

c) Emmet Dent concluiu que a música é a responsável por curas e melhoras de pacientes, que chegam a ser maravilhosas;

d) na Clínica Psiquiátrica Phipps pode-se observar que a música acalma a fúria dos mais violentos casos clínicos;

e) Van de Wall e Bons apresentaram casos de recuperação com a música, que são notáveis;

f) Gilman levou a cabo um estudo do uso da música de orquestra em doentes mentais.”

Sob o ângulo financeiro, através do qual, regimentalmente, nos compete o exame da matéria, nada temos a opor.

Convertido em lei o projeto, ônus algum trará ao Erário Público.

Concludentemente, elogiando o Autor pela iniciativa, opinamos por sua aprovação, nos termos do Substitutivo adotado pela Comissão de Educação e Cultura.

É o voto.

Sala da Comissão, 2 de setembro de 1982. — Athiê Jorge Coury, Relator.

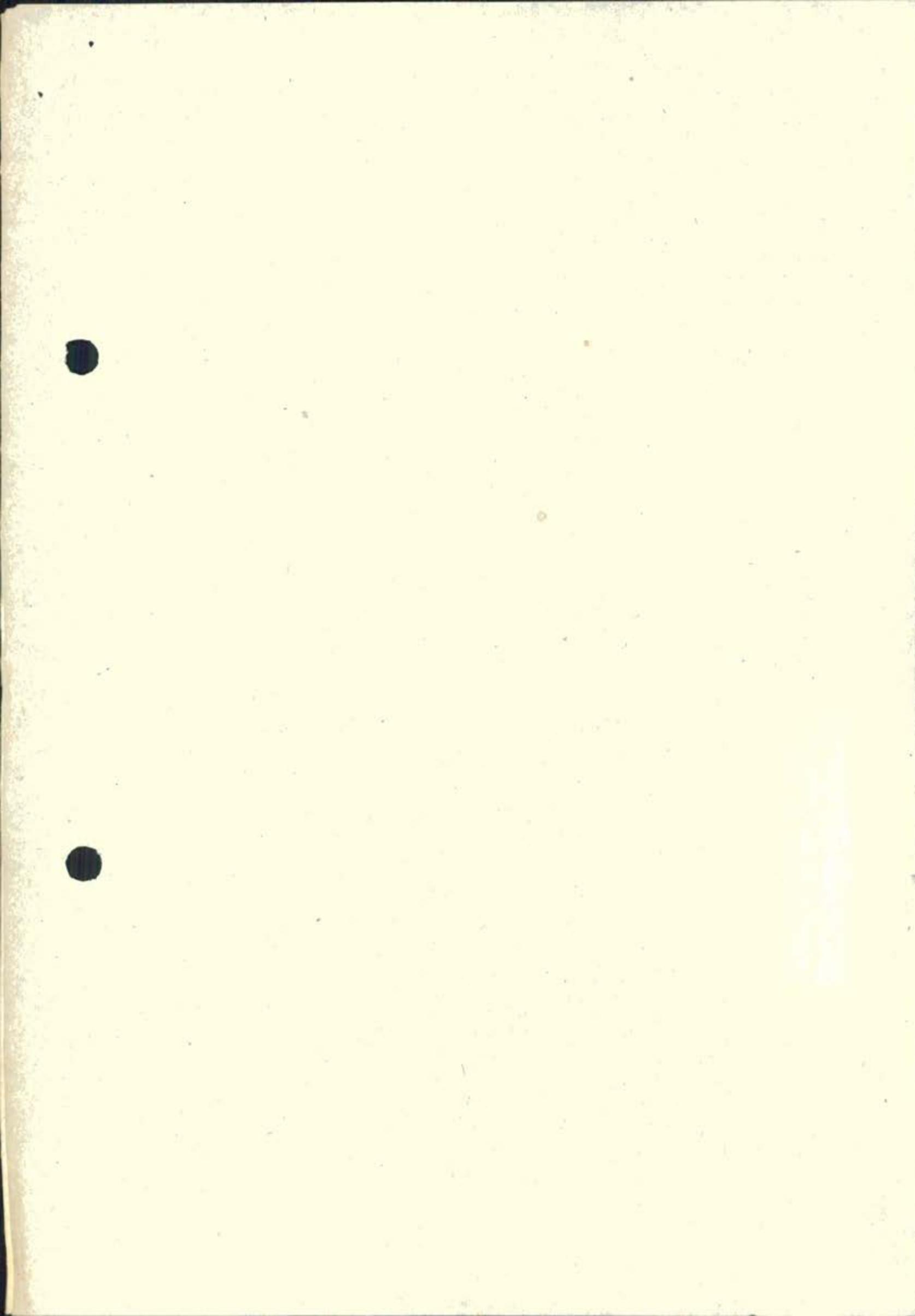


III — Parecer da Comissão

A Comissão de Finanças, em reunião ordinária realizada no dia 16 de setembro de 1982, opinou, unanimemente, pela Aprovação nos termos do substitutivo adotado pela Comissão de Educação e Cultura do Projeto n.º 2.303/79 — do Sr. Borges da Silveira — nos termos do parecer do Relator Deputado Athié Coury.

Estiveram presentes os Senhores Deputados: Jorge Ferraz, Presidente; Hildérico Oliveira e Christovam Chiaradia, Vice-Presidentes; Airon Rios, Athié Coury, Fernando Magalhães, Honorato Vianna, José Carlos Fagundes, Hélio Garcia, Jáder Barbalho, José Mendonça Bezerra, Leorne Belém, Nélio Lobato, Vicente Guabiroba, Luiz Baccarini e Ruy Codo.

Sala da Comissão, 16 de setembro de 1982. — **Jorge Ferraz**, Presidente — **Athié Coury**, Relator.



Lote: 55 Caixa: 88

PL N° 2303/1979

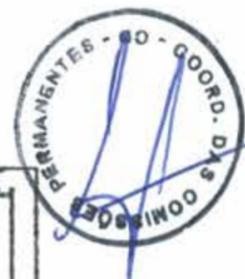
76

Proj. 2.303/79



Associação Brasileira
de
Musicoterapia

Boletim N.º **9**



Boletim nº 9 - Ano V

MARCO - 1979

Órgão Oficial da Associação Brasileira de

Musicoterapia - ABMT

Departamento de Divulgação

Sede Provisória

Conservatório Brasileiro de Música

Av. Graça Aranha, 57 - 12º Andar

Rio de Janeiro



ÍNDICE

Diretoria	1
Editorial	3
A Música	5
Atividades da ABMT de setembro de 78 até a presente data	38
A música e sua comunicação através do corpo	39
Fundação da Associação de Alunos do Curso de Musicoterapia ..	44
Locais de Trabalho onde atuam musicoterapeutas	45
Uma experiência num hospital de dia	47
Cursos	64
Bibliografia recomendada	65



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

DIRETORIA

PRESIDENTE: GABRIELE DE SOUZA E SILVA

- 1º Vice-Presidente: Lia Rejane Mendes Barcellos
2º Vice-Presidente: Lenita Bianchi
1º Secretário : Frederico Archer de Britto Manso
2º Secretário : Ivette Farah
1º Tesoureiro : Jeanette Elpern
2º Tesoureiro : Berta Seixas

CONSELHEIROS

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| Profª. Ana Maria Motta Ribeiro | Profª. Martha Nascimento |
| Dr. Antonio Carlos Soares | Prof. Mauro Costa |
| Prof. Augusto Rodrigues | Profª Natércia Pontes Machado |
| Prof. Bernardo Jablonsky | Profª Noemia Varela |
| Profª Cecilia Fernandez Conde | Dr. Norberto Primo de Souza |
| Profª Helena Dias Carneiro | Profª Olivia Pereira |
| Prof. Heraldo Cidade | Dr. Paulo Cesar Muniz |
| Dr. Inácio Sá Parente | Prof. Paulo Romaria |
| Dra. Magda Navarro Rubio | Dr. Rene Dottori Leibinger |
| Profª Maria de Lourdes Sá Parente | Dra. Sarah Couto Cesar |
| Dr. Pedro Antonio de Souza | Dr. Theodor Lovenkron |

SÓCIOS HONORÁRIOS

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Dr. Roberto Alexandre Quilelli | Profª Juliette Alvin |
| Dr. Jaques Nirenberg | Dra. Wise da Silveira |
| Profª. Doris Hoyer de Carvalho | Dr. Rolando Benenzon |
| Dr. Paulo Cesar Muniz | Profª Renata Aragão Silveira |

Profª. Helena Antipoff (in memorian)

DEPARTAMENTOS

DIVULGAÇÃO

- . Gabriele de Souza e Silva
- . Eliane Carvalho de Azevedo
- . Maria Regina Brandão
- . Ronaldo Pomponet Milleco
- . Sonia de Carvalho Rocha
- . Tradutora: Eliane Carvalho de Azevedo

PESQUISA

- . Frederico Archer de Britto Manso
- . Claudio de São Thiago Cavas
- . Lia Rejane Mendes Barcellos
- . Lucy El Jaick Lessa
- . Ivette Farah

CURSOS

- . Sara Waisman
- . Berta Seixas
- . Jeanette Elpern
- . Tuba Rotstein

APLICAÇÃO

- . Maria de Lourdes Sá Parente
- . Vera Bloch Wrobel
- . Clara Rotstein
- . Valeria Furst



EDITORIAL

Ao se encerrar o mandato da atual Diretoria da ABMT, gostaríamos de registrar a rapidez com que a Musicoterapia vem se difundindo no nosso país. De vários Estados nos chegam cartas, pedidos de cursos, solicitações de coleções do nosso Boletim, enfim as mais variadas manifestações de que, pelo Brasil todo ela vai, gradativamente, ganhando terreno.

Se, por um lado, a crescente divulgação da Musicoterapia nos enche de júbilo, por outro lado, cresce a nossa responsabilidade. Precisamos, cada vez mais, nos organizarmos, nos aparelharmos para que não se fique apenas na divulgação. A Musicoterapia não é um mito, não é uma idéia abstrata, mas sim uma profissão que exercemos. E para que ela seja valorizada, precisamos nos unir, participando das atividades da Associação, fortalecendo-a para que ela possa lutar pela categoria. Trabalhos, pesquisas, idéias, até mesmo a simples ajuda nas atividades de rotina - eis a colaboração que todo musicoterapeuta pode e deve dar.

Já temos um curso de Musicoterapia de nível superior - o do Conservatório Brasileiro de Música - reconhecido pelo Conselho Federal de Educação. Foi o primeiro passo. O segundo será, a regulamentação da profissão. E muitos outros ainda terão de ser dados até que a Musicoterapia, em termos profissionais, esteja ombreada com as outras atividades paramédicas.

No próximo mês, estaremos reunidos em Assembléia Geral para eleição da nova Diretoria. Muitos assuntos, como vemos, precisam ser debatidos. Contamos com a sua presença.

A MÚSICA

Terapia pela música (musicoterapia)



A música, parte essencial, inseparável da concepção dalcroziana, amplia seu campo de ação e ultrapassa os limites da arte pura.

O papel que ela é levada a assumir interessa tanto aos que almejam ver nela, como Dr. Koenig, um "alimento para a alma" quanto àqueles para quem a música é, sempre conforme a opinião de Dr. Koenig, "uma música-remédio".

Seu papel está analisado entre o capítulo referente à Rítmica e o que trata de Terapia, pois suas virtudes eternas tocam os que dela precisam. Entretendo a alma no que ela possui de mais elevado ou trazendo-lhe a solução de seus problemas, a música, "arte educadora por excelência" dizia Platão, oferece a todos os recursos generosos de seu poder maravilhoso.

Em 1926, Emile Jaques-Dalcroze está com 61 anos; afirma uma vez mais: "É enquanto músico que criei a Rítmica, é enquanto músico que continuo a ensiná-la".

Toda a sua doutrina está edificada sobre a música, primeiro elemento fecundante. Ele prolonga assim a longa linhagem daqueles que, da Antiguidade a nossos dias, procuram nela o desenvolvimento psíquico e físico do ser normal ou do ser perturbado.

A música possui um poder terapêutico essencial, ela é linguagem antes da linguagem; linguagem universal que é suficiente sentir para compreender e amar. Permite uma liberdade de expressão que não trilha os caminhos costumeiros; a ela respondemos com toda a força de nossa sensibilidade, de nossa intimidade.

Numa linguagem toda simbólica em que a palavra é som, em que a frase pode ser aliança, união desigual, resolução durável ou passageira, transpomos, associamos nosso "afetivo" à música que é a linguagem da alma porque a subtrai, segundo Maurice Pradines, "deste mundo de representação".

CLAIRE-LISE DUTOIT-CAILLIÉ

(Extraído da obra: "ÉMILE JAQUES-DALCROZE, L'HOMME, LE COMPOSITEUR, LE CRÉATEUR DE LA RYTHMIQUE" Frank MARTIN, Tibor DÉNES, Alfred BERCHTOLD, Henri GAGNEBIN, Bernard REICHEL, Claire-Lise DUTOIT, Edmond STADLER. ÉDITIONS DE LA BACONNIÈRE, NEUCHÂTEL)

Devemos a publicação deste artigo em nosso Boletim à amável autorização da Editora: ÉDITIONS DE LA BACONNIÈRE, 2017 Boudry NEUCHÂTEL - SUIÇA



A criancinha no berço gorjeia, depois cantarola. A criança mais velha inventa espondeamente frases musicais. O adolescente assobia de bom grado. A música está neles.

"A música, observa Jaques-Dalcroze, deve desempenhar um papel importante na educação geral, porque responde aos anseios mais diversos do homem: ao desejo de mover-se, de recolher-se, de evadir-se de si mesmo; ao de sonhar, de agir com toda a valentia, com todo o impulso, com toda a alegria; ao desejo de esquecer, de persuadir e de consolar. É certo que a música, expressão direta do sentimento, purifica a vontade, suprime as fraquezas, estimula as energias e satisfaz a necessidade de ideal."

Os estudos profissionais de Rítmica dão à improvisação uma importância imensa que se justifica tanto mais quanto a música, carregada de considerável poder emocional, inspiradora do movimento, deve exprimir um ideal de vida e de beleza.

"Toda a parte de educação pelo ritmo que tende a penetrar no inconsciente é confiada a um agente mais poderoso do que a palavra ou a visão: a música, arte rítmica por excelência, excitante e repousante ao mesmo tempo, atuando não somente sobre a sensibilidade nervosa, mas também, e diretamente, sobre o sentimento. Não será suficiente que o mestre de Rítmica utilize, no curso de suas aulas, instrumentos de percussão. Ele precisará conhecer os elementos da melodia e da harmonia, assim como sua relação com o dinamismo. Será necessário que ele seja um músico integral

A melodia e a harmonia enobrecem a Rítmica, estimulam as energias musculares e reforçam as faculdades da imaginação.

A música possui qualidades de essência física. Ela possui com o movimento características comuns: a dinâmica (estudo das variedades de força), a agógica (estudo das variedades de velocidade), a divisão do tempo e do espaço. Esses são elementos humanos da música e, por eles, ela penetra no homem".

Para Jaques-Dalcroze, o estudo da música é o do conhecimento de si próprio. A música, arte da expressão, é feita à imagem humana. Sentir para exprimir, conhecer-se para construir-se, Dalcroze procura na arte musical o desabrochamento da personalidade.

Se ele se serve de um vocabulário de músico, é porque:

"O organismo humano é suscetível de ser educado com eficiên-



cia segundo as ordens e os impulsos da música, pois os ritmos musicais, como os ritmos corporais, são o resultado de movimentos sucessivos ordenados, matizados e estilizados de modo a formar uma entidade.

As ordenações diversas exercem o sentido métrico; suas acen-tuações, seus "crescendo" e "diminuendo" exercem o sentido dinâmico; as mudanças de "tempo" e de extensão do tempo desenvolvem o senti-do da duração; enfim, as diferenças de pontos de partida e de che-gada dos movimentos, as lutas contra as resistências reais ou imagi-nárias exercem o sentido muscular-tátil.

É graças ao concurso da música que se pautam nos meus princí-pios o matizado corporal, pois a música é a única arte que tenha fi-xado os diversos graus da duração e do dinamismo. A música desempe-nha o papel de ordenadora, inspiradora dos movimentos, pois ela es-timula as funções nervosas. Ela é para mim a sócia da Rítmica.

Parece-me necessário que o corpo se torne um instrumento de arte. ele só o conseguirá graças a uma educação preparatória tendo por finalidade suprimir todas as resistências de ordem intelectual e física que impedem o homem de se manifestar segundo seu ritmo in-dividual.

Esta educação, apoiando-se sobre a música, arte reguladora e incitadora por excelência, deverá necessariamente compreender estu-dos especiais tendo por finalidade desenvolver as faculdades auditi-vas, o reconhecimento dos sons, a apreciação espontânea das varia-ções dinâmicas e das diversas formas musicais.

Só a música é capaz de criar matizes de ordem emotiva que enobrecem os movimentos corporais e fazem deles os tradutores de nossos sentimentos."

Pareceu-me necessário, num ensino tão totalmente ligado à música, conhecer as impressões sentidas pelas crianças ao ouvir pia-no, estabelecer assim as leis musicais às quais elas são mais sensi-veis e aquelas que as crianças desejam encontrar na improvisação de seu professor.

Interrogando 125 crianças de 9 a 11 anos, meninas e meninos seguindo normalmente suas aulas, constatei em suas respostas ima-identidade de visão que permite determinar o que as "encanta", o que atua vivamente em sua alma.



Foram tocadas obras curtas e de caráter diverso, seja dando seu título e o nome do compositor, seja sem indicação, a fim de não influenciar seu julgamento por um nome conhecido delas. Não dei música dodecafônica ou originária de outra escola atual. Estas tendências ainda discutidas pelos adultos não teriam sido compreendidas pelas crianças.

Elas deviam exprimir em algumas linhas as impressões provocadas pelos trechos ouvidos; o meio, a educação, os conflitos pessoais naturalmente desempenharam um papel.

O que a criança procura é a envergadura, o fraseado harmonioso, a frase-pergunta seguida da frase-resposta, o equilíbrio das massas sonoras, a eclosão natural do motivo.

Na música a criança procura também o que gostaria de encontrar na vida: leis sobre as quais se apoiar, exposição do tema, depois sua repetição, dispensadora de segurança, o desabrochamento natural do segundo tema, o final que arrebatava e conduz com certeza ao alvo.

A criança deseja a construção na harmonia e a harmonia na construção. Assim ela concorda com Vincent d'Indy que afirma: "O ritmo musical é a ordem e a proporção no tempo".

Se analisarmos suas reações em detalhe, notaremos que as crianças são influenciadas por certas células musicais, por certos motivos, que podem ouvir sem se cansar.

Elas têm, em sua maioria, horror aos "fortissimi", que tanto quanto as vozes muito altas, consideram chocante. Elas se encontram assim com o espírito dos grandes clássicos. Elas não apreciam os graves, preferem as notas agudas, mas não gostam que estas sejam fortes. Os "tempi" lentos são opostos a seu gênio, isto mais nitidamente nos meninos.

As crianças são geralmente tradicionalistas, conservadoras ou, se preferirmos, clássicas no sentido musical do termo.

A música e a terapia pela música fundem-se num todo do qual devemos resumir o papel.

A música é um meio de exteriorização, uma liberação. Ela exerce sobre o espírito humano três ações decisivas:



a) Ela tem um poder estimulante. Ela carrega dentro de si a vitalidade, a alegria. Ela possui uma ação tônica, vivificante. Para todos os linfáticos, os inibidos, os astênicos, para todos cujo potencial está em baixa, ela torna-se tutor, sustentáculo, apoio que lhes permitirá o domínio da situação.

b) Ela tem um poder calmante. Ela irradia uma imensa força reguladora, uma certeza pacificadora. Ela age sobre os tensos e inseguros, sobre os agitados e instáveis liberando-os e equilibrando-os. Assim como uma voz amada a música flui serena, oferecendo a todos os que precisam a harmonia que falta à sua vida.

c) Ela tem um poder canalizador. A música carrega dentro de si as virtudes de ordem e de equilíbrio. Ela obedece a leis: a estrutura que determina a simetria e a periodicidade dos valores de duração: a harmonia, que é encadeamento, superposição, formação de som; os "tempi", que são as batidas de coração da música. Esta música, tão semelhante à vida, é impulso e término, tensão e repouso. Ela é vôo e queda. Ela é, por isso mesmo, construtiva e lógica. Ela dá o sentido da forma, do espaço e do tempo. A criança, como o homem, é instintivamente atraída por essas leis.

Falar de música na doutrina de Jaques-Dalcroze, é também dizer "piano", o que permite à toda a improvisação dalcroziana de tomar seu impulso. Além dele há todo um instrumental sonoro que detalharemos mais longe.

O piano

O piano é o instrumento de eleição dos rítmicos. Instrumento completo reflexo da orquestra, ele permite inumeráveis combinações de elementos sonoros.

Melodia, harmonia, feitas de respirações, de suspiros, de pausas, de acentos, de impulsos, nos atraem para o coração de um mundo musical cujo vocabulário encontramos no campo dos sentimentos. Pela música de piano dispomos da riqueza prodigiosa dos sons para levar a criança no seu domínio.

Maurice Pradines, professor da Sorbone, descreve com entusiasmo as sensações suscitadas pela música: "Os sons suaves que nos amolecem, os sons graves que nos fazem estremecer, os sons agudos que quase nos fazem gritar, os sons precipitados ou retardados que nos



... rebatam ou nos retêm, os sons fracos que espicaçam nossa atenção , os sons fortes que martelam o coração, os sons bruscos ou intermitentes que, conforme o caso, nos enervam ou nos angustiam são apenas transposições dos efeitos do ruído pelo acréscimo do elemento de com passo e de ritmo que lhes comunica um caráter lúdico purificador".

A voz

Durante as aulas, apesar de muitas vezes trabalhar a alguma distância do professor, a criança está unida a ele ao mesmo tempo pe lo apoio musical do piano e pela voz que lhe traz o auxílio momentâneo de que precisa. A voz, com seu poder estimulante ou sedativo, po de intervir a cada instante. Ela possui uma influência considerável demais para que não procuremos definir-lhes as qualidades.

A voz, "verdadeiro eco do mundo" cuja musicalidade natural co loca-se a serviço da convenção simbólica dos sons, foi analisada inúmeras vezes.

Certos teóricos consideram-na como um instrumento essencial - mente musical, um dos instrumentos de arte que tocam e cativam nos - sos sentimentos.

Ela pode colocar todos os seus poderes a serviço da expressão verbal.

Elevando-se ainda, libertando-se, deixando as modulações da linguagem para a arte dos sons, ela torna-se música.

De duas pessoas dizendo o mesmo texto, uma emprega todos os recursos de sua voz e infunde uma verdadeira corrente magnética no símbolo das palavras, enquanto que outra só exprime as palavras sem carregá-las de seu poder evocador.

A "magia do verbo" não é uma fórmula vã, a música da linguagem é mais do que uma simples imagem: a voz, veículo do som-palavra, transmite mais do que uma mensagem, ela cria um encantamento. Ela po de enfeitiçar, seduzir ou repelir. Seu poder de fascinação devolve - nos a imagem oculta atrás do som.

Por uma "transmutação" milagrosa, ela faz renascer diante dos olhos de nosso espírito espetáculos passados ou surgir imagens do por vir. Ela aclara, embeleza, atrai, detém a chave que abre as portas do ardor e do entusiasmo.



Sabemos que ela pode descorar, rebaixar, aniquilar os scores, não é de sua ação negativa que queremos tratar, mas ao contrário, de seu papel construtivo.

Maravilhoso instrumento de expressão, ela exerce um ascendente indiscutível. A criança tanto quanto o adulto é sensível à música da voz e seu ser é atingido e vibra intensamente.

O canto

A ação benéfica do canto é incontestável. Sua utilização nas perturbações da linguagem (dislalia, balbúcio, gagueira); junto aos inibidos ou instáveis o torna indispensável a certas funções da terapia.

Ele favorece uma exteriorização harmoniosa e uma formação da sensibilidade.

A improvisação cantada é um meio de liberação pelo qual as crianças revelam rapidamente possibilidades insuspeitadas.

Nas danças de roda gesticuladas ou cantadas, as evoluções são mais marcadas do que no canto gesticulado que pede pouca movimentação uma vez que as situações são de preferência sugeridas.

O canto coral dá segurança aos tímidos, introvertidos, angustiados e disciplina os agitados e os instáveis.

Os três permitem uma integração social melhor, uma tomada de responsabilidade coletiva.

A flauta, a gaita

Elas têm com certeza uma boa influência. Conhecemos os seus efeitos sobre os doentes mentais, na Inglaterra, entre outros, graças aos excelentes textos de Priscilla Barclay, professora de Rítmica em Londres.

É evidente que nem a flauta nem a gaita oferecem margem de possibilidades tão extensas quanto as do piano, mas a doçura e o aveludado de seu timbre exercem uma ação calmante e pacificadora.

Elas têm a vantagem de permitir que o educador permaneça no meio de seus alunos ou que se mova com eles, mas o privam do auxílio da palavra ou das mãos.



A gaita, que cada um pode fabricar ele mesmo, excelente exercício manual, é um instrumento cuja ternura encanta as crianças. Que o professor a utilize sozinho ou que as crianças a toquem como solistas ou em grupo, ela permanece o instrumento que convém aos tímidos e aos inseguros, submete os instáveis e reúne os insociáveis.

Os instrumentos de percussão

Antes de enumerar alguns dos diversos instrumentos de percussão, fazemos questão de sublinhar que sua ação traumatizante destacada pelo Professor de Ajuriaguerra torna seu uso delicado.

Tamborins de todos os tamanhos, tímpanos, baquetas, bastões, tambor, gongo reforçam o sentido métrico. São úteis à aprendizagem dos ritmos simples. Graças ao trabalho dos dedos e da mão, permitem que se passe mais facilmente para a realização corporal, sempre mais difícil de ser obtida. Facilitam o estudo dos diferentes planos espaciais e podem levar as crianças para os exercícios em grupo.

Triângulos, címbalos, crótales, campainhas, xilofones, carrilhões: se excetuarmos os címbalos, cujo choque sonoro não é sempre recomendável, estes diversos instrumentos, com sonoridades harmoniosas, levam a um perfeito despertar sonoro.

Jaques-Dalcroze muito cedo destacou o perigo de limitar-se ao único apoio da percussão:

" Em certos sistemas de Rítmica, os professores utilizam a "música" dos instrumentos de percussão para colaborar com o movimento corporal. É evidente que os ritmos percutidos no címbalo, no tambor e no tamborim são próprios para desenvolver o sentido da acentuação e o sentido métrico, mas só constituem um dos elementos da música. A continuidade, a superposição e as associações e dissociações das melodias e das harmonias introduzem, de fato, no organismo sensível um elemento de vida íntima e de animação geral que considero necessário para uma completa educação psico-física.

A música abre uma fresta para o ideal; suas ressonâncias associam-se intimamente a todas as vibrações de nosso interior: ela nos enobrece, nos eleva, nos exprime. Os ritmos percutidos incitam aos arrebatamentos rápidos e flexíveis, mas são o encadeamento dos movimentos ritmados, seu fraseado, suas modificações lentas ou rápidas de expressão, que asseguram sua tríplice existência: sensorial, espiritual e sentimental.



Certos professores abandonam totalmente o piano em favor flauta, da-gaita, do canto ou da percussão. Se, para-a reeducação psico-motora pela Rítmica, nos servimos com grande prudência destes diversos instrumentos, é-entretanto lamentável que numerosos profes- sores, por falta de experiências, por desconhecimento musical e não por originalidade de método, ignorem um instrumento tão completo quanto o piano.

A RÍTMICA E A TERAPIA

É no campo da terapia que admiramos a intuição e a presciên- cia que Jaques-Dalcroze teve dos problemas do homem. É uma consciên- cia genial da pessoa humana que ele exprimiu numa linguagem de músi- co da qual encontramos idênticas teorias nos mais recentes estudos e com o vocabulário próprio do mundo métrico.

Seria longo demais estabelecer um paralelo entre seu pensa- mento e os escritos atuais daqueles que depois dele inclinaram-se sobre o campo imenso do corpo e da-alma, mas podemos afirmar que suas visões audaciosas lá encontraram sua m justificacão e sua apli- cação mais extraordinária.

Seus discípulos, impregnados de seus princípios, foram os pi- oneiros que, debaixo das ordens do mestre, penetram nas novas esfe- ras. Espicados por Jaques-Dalcroze que tinha fé no valor ilimita- do de sua doutrina, eles adaptaram este ensinamento novo àqueles que, dentre os seres humanos, mais dele careciam.

Parece-nos essencial precisar que já antes de 1930 o ensino da Rítmica havia encontado sua mais comovedora aplicação na maioria dos campos ligados à terapia.

Eis um apanhado, infelizmente incompleto:

- 1917 - Em Genebra, A. Porta abre o primeiro curso de Rítmica para crianças retardadas.
- 1918 - Em Barcelona inauguram-se, graças à J. Llonguerras, o primei- ro curso de Rítmica para cegos e um curso de Rítmica para cri- anças anormais.
- 1919 - Em Londres, Marguerite Meredyll dá um curso semelhante para cegos.
- 1924 - Na Suécia, Margaret Thulstrup abre um curso para crianças anor- mais.



- 1924 - Em Genebra, comunicação do Dr. Weber-Bauler: O ponto de vista do médico sobre a Rítmica como meio de reeducação psicomotora.
- 1924 - Em Paris, o Dr. Jeudon, fundador da Escola de Excepcionais decide que sejam dadas aulas de Rítmica às suas pupilas.
- 1924 - Em Paris, relatório do Dr. Jeudon sobre a reeducação motora e mental pela Rítmica.
- 1924 - Em Paris, primeiro curso para enfermeiras da Salpêtrière.
- 1924 - Em Paris, Jean-Misandeau dá um curso para deprimidos nervosos e outro para atraso motor.
- 1925 - Em Zurich, M. Scheiblaueer ensina Rítmica a crianças retardadas.
- 1925 - Em Genebra, J. Baeriswyl aplica Rítmica à educação das crianças indisciplinadas, como se dizia então, do Home de Varembe.
- 1926 - Em Zurich, M. Scheiblaueer dá seu primeiro curso para crianças surdas.
- 1927 - Em Glasgow, Grace Mac Learn faz o mesmo.
- 1930 - Em Breslau, Louise von Aulock dá cursos numa clínica psiquiátrica. Esquizofrênicos, psicopatas, deprimidos, maníacos, epiléticos, débeis foram selecionados pelos médicos conforme suas possibilidades e aptidões.

Os reeducadores, a quem a Rítmica de Emile Jaques-Dalcroze permitiu enriquecer tantos seres em dificuldade, são em nossos dias muito numerosos e professam em todos os países. Vamos expor a quem se dirige esta aplicação da Rítmica.

O cego e o surdo

A idéia de cegueira apavora o-vidente. A noite perpétua em que se move o cego parece-lhe insuportável.

O vidente a-considera mais terrível do que o mundo do silêncio onde vive o surdo. Este, entretanto, se encontra muito mais isolado do que o cego que possui um duplo-meio de comunicação: o ouvido e a palavra, pelo qual pode penetrar numa vida de sociedade.

Que ele seja cego parcial ou absoluto, pelo ouvido, a palavra e o-alfabeto Braille, ele entra no mundo dos videntes. Ele aí chega graças a um fator suplementar de assimilação com o qual ele pode contar e pelo qual seu pensamento pode ser praticamente idêntico ao dos videntes. São as substituições sensoriais.

Lote: 55
PL N° 2303/1979
Caixa: 88
86



-- O cego organiza suas estruturas e adapta-as às suas necessidades próprias. Por seu poder de adaptação, ele supre a noção de espaço construindo imagens espaciais. -- Ele adapta à sua motilidade uma faculdade de orientação particular (por percepções, julgamento, raciocínios, deduções). --

Ele pode atingir a cultura escrita pela prática da leitura tátil graças a elementos motores, perceptivos, mnemônicos, gnósticos. (O cego lê com as duas mãos, uma lê antecipadamente, a outra termina a linha precedente).

O ouvido é um sentido intelectual. O cego entra na abstração como o vidente e atingirá mais facilmente do que o surdo uma alta cultura e um vasto conhecimento.

-- A dependência inevitável, a incompreensão ou a compaixão dos que cercam o cego podem trazer modificações de seu gênio: complexo de inferioridade, revolta, ironia, egocentrismo, introversão, temor, devaneio, verbalismo.

Os estímulos visuais que fazem progredir rapidamente a criança que vê, faltando ao cego, este com frequência fecha-se em si mesmo. Ele percebe que a sociedade é construída para os videntes e esta constatação fará dele mais facilmente um inadaptado.

-- Que auxílio pode trazer-lhe a Rítmica? Do curto relato que precede, isolemos os elementos para os quais a Rítmica tem o poder de representar um papel preponderante: o cego deve lutar contra o enclausuramento, o egocentrismo, deve procurar o trabalho em equipe, aumentar tanto quanto possível suas faculdades de imitação, reforçar sua organização do espaço e da orientação. Ele precisa, além disso, lutar contra o sedentarismo e a preguiça muscular.

O cego vive muito pelo tato e pelo "sentido muscular". A ação da Rítmica, que desenvolve ao máximo suas sensações e permite exteriorizá-las em expressões, encontra aí uma de suas belas aplicações.

Em 1920, num estudo sobre "A rítmica e a educação dos cegos", Jaques-Dalcroze faz a síntese dos resultados obtidos em Londres e em Barcelona.

O ensino focalizava os conhecimentos essenciais trazidos aos cegos pela aprendizagem da Rítmica.

Nele encontramos uma vez mais noções idênticas, interpenetradas e indissociáveis:



1. Controle pessoal, conhecimento de si mesmo adquirido por exercícios dirigidos para o movimento e sua decomposição, apoiados sobre a dinâmica e a agógica (1). Independência dos movimentos. Controle interior dos movimentos. Este controle interior dos movimentos é adquirido graças ao "sentido rítmico muscular" oriundo da "consciência do ritmo" (2) que permite ao cego uma análise interior mais eficaz do movimento.

2. Conhecimentos musicais relacionados com o movimento (dinâmica e agógica). A música é a grande companheira dos cegos. J. Llangueras fala de um "verdadeiro espetáculo sonoro". A música, "alta satisfação espiritual", entretém no cego a animação, a energia, o entusiasmo e o mergulha em vibrações e sensações. É preciso enriquecer a noite do cego com imagens sonoras que ele possa associar a sensações corporais, a fim de que a música assim adquira uma dimensão a mais.

3. Conhecimento do espaço, sentimento da direção, avaliação da distância, estudo das relações do eu com o espaço ou ser que o cerca.

4. Conhecimentos mentais: memória das sensações, desenvolvimento da atenção, da concentração, do domínio de si, confiança em suas possibilidades.

5. Improvisações de ritmos corporais, desenvolvimento da imaginação decorrente das diversas noções tratadas.

6. Integração social: graças aos exercícios de grupo, aos exercícios a dois, aos exercícios de direção e de contato.

(1) Dinâmica: Estudo das gradações de força.

Agógica: Estudo das divisões do Tempo

(2) A consciência do ritmo: é a faculdade de perceber as relações entre os movimentos físicos e intelectuais e de sentir as modificações que os impulsos da emoção e do pensamento imprimem a esses movimentos.

É preciso estar penetrado pela representação do ritmo, refletir-lhe a imagem por todos os músculos do corpo.

A consciência do ritmo exige o concurso de todos os músculos conscientes e inconscientes, e é por conseguinte o corpo todo que a educação deve por em movimento para criar o sentimento rítmico.



Este movimento rítmico é a manifestação visível da consciência rítmica, que Ernest Ansermet vê como "uma gramática do gesto", pautando a correspondência do movimento e do ritmo".

Eis em poucas palavras a personalidade do ser privado da audição:

Se o cego vive pelo ouvido, o surdo vive pela visão. Ele está enclausurado no mundo do silêncio, e o silêncio cria um isolamento que pode ser intolerável.

Pela privação do ouvido, o surdo encontra-se na impossibilidade de servir-se espontaneamente de suas cordas vocais e deve construir sua linguagem som por som. É pelo olhar e pelo sentido tátil (cinestésico, vibratório) que ele controlará a emissão de sua voz. Sua voz é pois uma criação artificial. Ele elabora sua linguagem e ao mesmo tempo aprende a ler nos lábios, condições indispensáveis ao contato com os que o cercam.

Podemos imaginar que tensão é exigida de uma criança surda durante o período escolar. Quantas dificuldades deverá ela superar para alcançar a linguagem, instrumento que facilita a integração social. O diálogo é possível, mas enfrentar várias pessoas sem perder o fio da conversa é difícil para ela. O tempo de descobrir aquele que fala e já várias palavras, mesmo várias frases, escapam-lhe. O surdo está sempre ansioso. Seu olhar deve avisá-lo de tudo o que se passa.

Se o cego penetra pelo ouvido no mundo intelectual e abstrato, o concreto é-lhe dificilmente acessível. O surdo introduz-se, graças a seus olhos, no mundo que o cerca. Ele vive num universo e, ao contrário do cego, chegará mais dificilmente à abstração.

A criança surda é, mais do que qualquer outra, sujeita ao sentimento de frustração. Tende a viver voltada para si mesma. Há pois anomalia de contatos sociais, o que pode causar modificações na vida afetiva: temor, insegurança, redução do espírito crítico, credulidade ou desconfiança, menor precisão de pensamento.

Ao lado da surdez que pode ser parcial ou total, o surdo sofre alterações diversas do equilíbrio cuja sede se encontra no ouvido interno.

Ele é muito sensível às vibrações do ar e às vibrações solidianas (solo, soalho). É por este motivo que certas instituições têm em algumas salas soalhos elevados que servem de caixa de ressonância.

Que lhes trará a Rítmica ?



A Rítmica torna mais fácil ao surdo a imitação de outra pessoa, mais precisa a identificação com o modelo, mais profundo o conhecimento de si mesmo pela análise da sensação muscular, a decomposição dos movimentos e sua relação com o tempo, espaço e energia.

A confiança, a segurança, o desabrochamento que concedem o conhecimento de si e a avaliação do outro, a possibilidade de exteriorizar as sensações e os sentimentos, a alegria de se fundir harmoniosamente num grupo, eis elementos que falam em favor do ensino da dal croziano.

Quais são os meios utilizados para o ensino da Rítmica adaptado a crianças privadas de audição?

Em 1927, Grace Mac Learn, professora de Rítmica em Glasgow, tentou uma primeira experiência no ensino da Rítmica para crianças surdas. Seus alunos punham suas mãos sobre o piano e sentiam-lhe as vibrações, iam em seguida reproduzir corporalmente o que haviam sentido.

Na mesma época, a-Sra. Scheiblaeuer, professora de Rítmica no Conservatório de Zürich, retoma as experiências já feitas e procura tornar a criança surda independente colocando-lhe entre as mãos um instrumento capaz de vibrar, com o qual ela possa facilmente se deslocar. É o tamborim. As ondas sonoras do piano, sobretudo as que vêm da parte inferior do instrumento para o meio, percutem a pele que recobre o tamborim. A mão é colocada sobre o tamborim e, como faz o tímpano para a cadeia dos ossinhos, o tamborim transmite à mão as vibrações recebidas. Ele faz o papel de "ouvido portátil".

Notou-se depois que as crianças, segurando o tamborim de uma só mão, sentem essas vibrações transmitidas simplesmente pelo quadro de madeira que cerca o instrumento.

Levando o processo mais avante descobriu-se que as crianças surdas (falamos daquelas que não têm resíduos auditivos) eram capazes de diferenciar diversas qualidades de vibrações: piano, gongo, tímpano, tambor.

Podemos pois utilizar em seu ensino uma quantidade de exercícios que pareciam reservados só para os que ouvem. Partindo do ritmo e passando pelo dinamismo, atingimos o matiz; uma vez adquirido, esse-sentido rítmico é aplicado à elocução, à articulação. O ritmo do corpo e o da linguagem se encontram e se sustentam.



O surdo tem muita dificuldade em ritmar suas frases. O som de sua voz é monótono, monocórdio. Precisa de numerosas aulas para aprender a modulá-la. A Rítmica está aí para penetrá-lo da noção dinâmica do ritmo e nele introduzir, por meio da expressão corporal, o impulso necessário à sua expressão verbal.

Enriquecemos a criança surda aumentando seus ritmos pessoais; é ritmicamente que estruturamos sua personalidade.

A vida da criança surda é quase inteiramente baseada na imitação; devemos pois procurar, pela aula de Rítmica, (momento em que ele é independente) aumentar suas possibilidades de imaginação, de criação e de auto-direção.

Durante a escolaridade, a criança surda põe em jogo uma concentração e uma atenção insuspeitadas. As lições de Rítmica devem trazer-lhe a distensão, o relaxamento que lhe são absolutamente necessários.

O surdo é "olhar" como dissemos.

Se o interrogarmos, ele revelará que a aula de Rítmica é um dos raros momentos em que pode trabalhar sem olhar, sem viver sempre pelo olhar, mas concentrado nele mesmo; onde a realização é seguida imediatamente da incitação e não dividida em dois tempos - visão-execução - é uma alegria profunda a que lhe traz a Rítmica.

A CRIANÇA DEFICIENTE

Doutor Jeudon, fundador da Escola de excepcionais em Paris, resumiu primorosamente, em 1924, a aplicação da Rítmica dalcroziana à educação das crianças deficientes. A propósito da reeducação motora, ele declarou: "A primeira meta que nos propomos é inculcar na criança a noção de ritmo."

Há poucas crianças retardadas nas quais não conseguimos, a força de perseverança, desenvolver este sentido do ritmo pelo qual criamos o "sentido muscular", ponto de partida da noção do "eu". Esta sensação do "eu muscular", fisiológico, isto é do equilíbrio, é uma base sólida sobre a qual poderemos estabelecer a educação psíquica. Graças à educação pelo ritmo, a criança chega a situar-se no espaço. Agimos sobre sua atividade-voluntária e seus gestos, a princípio imitativos, automáticos, que tornam-se rapidamente, se tivermos o cuidado de dosá-



os e de variá-los habilmente, conscientes e submissos ao "self-control" que caracteriza o sentido muscular, primeira manifestação real da inteligência e da personalidade".

Ele termina sua exposição explicando que a idade favorável para empreender esta educação é, na sua opinião, a de quatro anos.

As demonstrações destas técnicas foram feitas no Centro pedagógico da Sorbone (Boulogne) e no Instituto Jaques-Dalcroze, em Paris.

A REEDUCAÇÃO PSICOMOTORA PELA RÍTMICA

A reeducação psicomotora pela Rítmica interessa a todos os que procuram conhecer quais os obstáculos que possam prejudicar um crescimento harmonioso e que dificuldades a criança deve enfrentar.

Antes de expor os princípios reeducadores da Rítmica, parece nos útil explicar a que perturbações se refere tal reeducação.

A reeducação psicomotora deve ser o resultado direto da colaboração estreita do médico e do reeducador. É ao médico que cabe fazer um exame clínico aprofundado: somático, neurológico, psicomotor, intelectual, afetivo e caracterológico.

Tomamos do Dr. H. Feldmann, neuro-psiquiatra, encarregado de cursos no Instituto de Ciências da Educação, em Genebra, a exposição resumida das diversas perturbações da psicomotricidade na criança.

Através das perturbações múltiplas, é preciso distinguir as perturbações do desenvolvimento motor sistematizadas, perturbações graves e relativamente raras em referência às perturbações finas da psicomotricidade, as mais frequentes.

Estas perturbações estorvam seriamente a criança. Tem repercussões deploráveis em sua vida familiar e em suas atividades escolares:

"Estas perturbações constituem", diz Dr. Feldmann, "o capítulo mais importante de toda a neuro-psiquiatria da criança, pois têm consequências individuais e sociais que devem ser destacadas".

"Como se deve criar uma personalidade harmoniosa?"

Todos os autores que estudaram o desenvolvimento da personalidade da criança puseram em evidência o paralelismo que existe entre o desenvolvimento físico motor, intelectual, afetivo, moral e social do indivíduo.



A personalidade estrutura-se harmoniosamente se há equilíbrio entre esses diferentes desenvolvimentos.

Sabemos atualmente que afetividade e motricidade emparelham-se e só evoluem normalmente se elas se desenvolvem no mesmo sentido.

Elas são igualmente função da inteligência.

Se o desenvolvimento da criança se processa de maneira equilibrada, a integração ao meio, função essencial de nossa existência, efetua-se normalmente por uma adaptação natural ao mundo ambiente.

A criança deve chegar, pela procura do "instinto de domínio", a situar-se em referência a si mesma e ao mundo que a cerca."

Retomando o exame das perturbações motoras já citadas, Dr. Feldmann descreve-lhes as causas e efeitos:

1. A inabilidade (dispraxia ideo-motora)

"A inabilidade não é uma deficiência motora, é um defeito de utilização motora.

Boa parte das inabilidades observadas na criança são frequentemente de ordem afetiva.

As crianças inseguras, as que sofrem de fobias, as obsessivas, não se fiam na espontaneidade do gesto, fazem intervir um fator de controle das idéias e provocam assim uma ruptura do ritmo do automatismo. A emotividade, o sentimento de constrangimento, são causas importantes de inabilidade. O gesto adaptado, a habilidade manual sofrem então as conseqüências.

Essas crianças têm uma grande segurança, uma grande habilidade de movimentos quando agem automaticamente, mas são incapazes de executar corretamente o gesto mais elementar se forem comandadas e agem frequentemente em sentido contrário.

Em certos casos, o único fato de olhar a criança cria nela um estado de constrangimento, de insegurança, de inquietação que rompe toda a harmonia dos movimentos. Esta inabilidade se faz notar até mesmo na caligrafia destas crianças escrupulosas, preocupadas demais em acertar.

A reeducação psicomotora ajudará a criança a lutar contra seu sentimento de inferioridade, a animará, encorajando-a, dando-lhe confiança.



2. A instabilidade psicomotora

Trata-se de um desequilíbrio entre o desenvolvimento mental e o desenvolvimento motor. Esta forma de perturbação do desenvolvimento psicomotor manifesta-se por uma dificuldade de atenção, de concentração, de abstração e traduz-se frequentemente por turbulência e constante agitação.

A prensão pode ser excelente, assim como as funções motoras tomadas isoladamente, mas é o conjunto de todas as funções psicomotoras que é desarmonico.

3. A debilidade motora

Trata-se de um estado de imperfeição do desenvolvimento das funções motoras que impede a criança de se adaptar corretamente aos atos comuns da vida.

A debilidade motora e a debilidade mental associadas criam uma inadaptação escolar. Ora, se temos pouco domínio sobre um retardo do desenvolvimento intelectual, podemos, ao contrário, reeducar em qualquer idade uma motricidade deficiente. É evidente que, quanto mais cedo esta reeducação intervier, mais ela será útil e permitirá que o paciente exprima mais validamente sua inteligência. É por isso que não basta descobrir sua existência, é preciso compará-la a importância com o nível intelectual por meio de numerosos testes.

4. As perturbações da linguagem

Se as perturbações da articulação (dislalia, balbúcio, gagueira) aparecem exclusivamente ou antes de tudo como de origem motora, as perturbações do ritmo dependem de uma perturbação psicomotora. Elas supõem uma perturbação psíquica cuja emotividade representa a forma mais simples ou uma perturbação profunda da coordenação psicomotora.

As perturbações tão frequentes da leitura e da escrita nos parecem merecer uma descrição detalhada.

A dislexia, "inaptidão para identificar, compreender e reproduzir os símbolos escritos" existe já antes da idade escolar debaixo da forma de uma predislexia.

Se, com três anos, a criança apresenta um retardo grande de mais da linguagem, se ela não consegue nomear convenientemente os objetos, se sua orientação no espaço circunvizinho não for suficien-



tenente adquirida, se a criança é contrariada em sua lateralidade simplesmente mal lateralizada (canhoto contrariado, ambidextro ou ambisenestro, desarmonioso), é porque não está corretamente equipada para exprimir-se tanto no plano verbal quanto motor.

Com cerca de 5 anos, tomando consciência de suas dificuldades verbais, ela se compara às outras e se dá conta que é mais inábil do que elas; se não é consciente disso por si mesma, seus companheiros de brincadeiras começam a perceber que ela não é completamente semelhante a eles. É nesse momento que intervém um fator suplementar extremamente importante: a afetividade. Esta tomada de consciência de certo número de dificuldades no limiar da aprendizagem da leitura, esta impressão de não ser como os outros, vai criar no futuro disléxico um sentimento de inferioridade antes mesmo que ele sofra os fracassos da aprendizagem da leitura.

Se a aprendizagem da leitura falha, será necessário tomar muito seriamente as coisas em mão, pois, de 5 a 7 anos, o disléxico está destruindo suas possibilidades de organização do tempo, está fracassando na evolução da comunicação, essa que ele deve possuir dentro de uns dez ou quinze anos para ser um adulto capaz de integração social válida.

Depois, o disléxico tendo tido anteriormente perturbações da fala, torna-se um disortográfico. A disortografia é a lente de aumento de seus erros de leitura e de expressão. É preciso então retomar desde o princípio sua organização correta do espaço, o aperfeiçoamento de sua motricidade e não só a reeducação de sua dislexia como frequentemente se faz. Senão pode vir por acréscimo o que é chamado na escola francesa (Madame Aubry) de dislexia de caráter, que é o resultado de um bloqueio devido a maus primeiros contatos com a escola e a impossibilidade de aprender a ler corretamente porque a criança não quer partilhar da vida dos adultos que a maltratam ou não a compreendem. Mais tarde, a dislexia vai cristalizar-se até o estado adulto. Mas este adulto disléxico fica frequentemente desesperado por não poder possuir uma ortografia correta.

A dislexia sempre traz a disgrafia.

30% das crianças que aprendem a ler e a escrever têm dificuldades em lembrar-se do sentido das letras e dos números, tendem a inverter as figuras literais.



As discalculias são formas especiais de dislexia, por falta de ordenação do espaço e dificuldades de abstração geral.

Um terço da população normal apresenta perturbações mais ou menos acentuadas da linguagem falada ou escrita. Este problema é pois muito importante.

Outras desordens aparecem; entre elas, citemos a enurese, os tiques, o canhotismo contrafiado.

Eles associam-se muitas vezes às perturbações da psicomotricidade. É preciso então acrescentar a reeducação psicomotora geral à reeducação da perturbação particular, como é recomendado para as perturbações da linguagem.

A organização motora está intimamente ligada à organização intelectual e afetiva. A inteligência, a afetividade só se desenvolvem apoiando-se sobre o elemento motor e a motricidade só se exprime com uma contribuição afetiva e intelectual".

"A criança, sintetiza Dr. Feldmann, procura um instinto de domínio" que só pode obter se sabe como fazer as coisas, em outras palavras, se seu desenvolvimento psicomotor lho permite", e ele conclui: "A terapêutica das perturbações psicomotoras na criança repousa antes de tudo na reeducação psicomotora pela Rítmica.

-- Este método vai permitir o desenvolvimento de novas atividades motoras; as crianças submetidas a este tratamento vão poder fazer uma aprendizagem mais correta no plano da ação, se capazes por este método de satisfazer ao domínio de suas exigências e finalmente ter um comportamento mais adaptado à realidade.

É certo que os conflitos afetivos persistem ainda depois de tal tratamento, mas a criança chega a ultrapassá-los tanto melhor quanto ela possa exprimi-se mais corretamente no seu ambiente no plano da ação: seu comportamento estabiliza-se graças ao desenvolvimento de sua psicomotricidade. Em certos casos mesmo, as novas possibilidades motoras suspendem as inibições afetivas: em outros casos, a criança consegue mediante um melhor domínio de suas exigências-obter uma segurança pessoal suficiente para não precisar mais de exprimir "existencialmente" seus conflitos".

A criança deve chegar a uma justa harmonia. Esta harmonia permitir-lhe-á atravessar a existência com a segurança que deve trazer



o conhecimento de si mesmo e de seu ambiente.

Sabemos todos a que ponto este acordo perfeito é difícil de ser realizado e como poucos entre nós chegam a exprimi-lo.

Se a educação consiste em "fazer aprender", a reeducação "ensina a aprender".

Meta-se pois de levar a criança a "redescobrir" suas possibilidades latentes para aumentá-las depois o rendimento.

Em 1916, Jaques-Dalcroze escrevia:

"Todos os nossos exercícios têm por finalidade suprema um acréscimo de concentração psíquica, uma organização clara da economia física, um engrandecimento da personalidade, graças a uma educação progressiva do sistema nervoso, um desenvolvimento da sensibilidade nos sujeitos insensíveis ou pouco sensíveis e, ao contrário, uma regularização das reações nervosas nos indivíduos hipersensíveis e desordenados.

Certo pode-se afirmar em toda consciência que as crianças submetidas à educação especial que preconiza poderão tornar-se "sujeitos rítmicos", isto é livres de todos os defeitos de ordem nervosa ou muscular que se opõem à completa liberdade de seus movimentos, nos quais as funções cerebrais e corporais estão plenamente harmonizadas e que sabem apreciar claramente as relações dos movimentos no tempo e no espaço."

A fim de dar às crianças a possibilidade de fazer uma aprendizagem correta e progressiva do mundo exterior, de desenvolver sempre mais suas aptidões e de dominar sua conduta, a reeducação psicomotora pela Rítmica Jaques-Dalcroze seleciona e adapta exercícios recorrendo a diversas atividades intelectuais, motoras e afetivas.

Estas atividades foram classificadas em 6 grupos:

- A - A atenção, a concentração, o controle de si mesmo, a memória.
- B - O conhecimento do espaço, o conhecimento do próprio corpo.
- C - O contato com o outro, o sentido das responsabilidades, a integração.
- D - O equilíbrio, a coordenação dos movimentos, a independência do gesto.
- E - A imaginação, a sensibilidade, a musicalidade, a originalidade, o sentido do matiz.
- F - A descontracção.



A - A atenção, a concentração, o controle de si mesmo, a memória.

As falhas de atenção que perturbam o trabalho intelectual nem sempre são uma falta de capacidade: por um treino progressivo e dosado, a criança será posta num estado de receptividade mais ou menos forte ou mais ou menos constante.

Todos os exercícios pedidos solicitam a atenção e têm uma grau de importância.

Já em 1909 Jaques-Dalcroze nos revela seu pensamento: "A finalidade da Rítmica é criar, graças ao ritmo, uma corrente de comunicação rápida e regular entre o cérebro e o corpo. Trata-se de eliminar em toda ação a intervenção intempestiva de movimentos inúteis à ação concebida, de desenvolver assim a atenção, a consciência e a vontade, e depois criar o maior número possível de hábitos motores".

Nada do que pedimos à criança no plano motor pode prescindir de um controle do espírito.

A atenção é a possibilidade de registrar; a concentração que a segue, implica na duração e permite fixar-se por um tempo mais ou menos longo na questão colocada, manter seu espírito em estado de alerta, de tensão.

A dificuldade e a duração dos exercícios de concentração vão aos poucos ficando acrescidas. A criança é mantida num estado de receptividade pelo emprego de ordens subitamente aproximadas, afastadas ou diferentes.

O controle de si mesmo, o domínio do corpo e do espírito são o prolongamento da atenção. Este controle pode ser solicitado repentinamente, com uma tensão forte, ou de maneira contínua com uma tensão sustentada. Pode também ser causado por uma tensão sustentada na qual se introduz uma nova solicitação inesperada.

Os exercícios de memorização podem ser visuais, auditivos, verbais, táteis e apresentados sob duas formas: uns dirigem-se à memória imediata, outros à memorização a mais ou menos longo termo, de maneira a formar uma memória que seja aditiva ou global, por superposição de ordens, inversão ou mudança de formação.



B - Conhecimento de espaço, conhecimento do próprio corpo.

Há um termo inseparável da palavra "homem", é espaço".

Tão logo haja uma relação estabelecida entre objetos ou pessoas situadas, há espaço; assim também os elos existentes entre di - versos dados mentais supõem um espaço intelectual.

Estamos situados, assim como o mundo que nos cerca, no espaço e em contato com ele.

O Professor de Ajuriaguerra considera que, "até certo pon - to, o espaço não é nada sem o corpo que age".

Levados a exprimir-nos de múltiplas maneiras que exigem de nós um mundo de capacidades, estamos em perpétuo estado de equilí - brio que o menor conflito basta para romper.

A vida humana desenrola-se no tempo e no espaço; estas du - as noções fundamentais devem ser exprimidas harmoniosamente pelo in - divíduo. Se ele não atinge esta finalidade, sua vida inteira ficará perturbada.

Não podemos resistir ao prazer de citar A.Appia que, no seu livro ímpar A Obra de arte viva nos fala do espaço e do tempo com uma paixão que não encontramos frequentemente num homem de ciência:

"O espaço é ilimitado; o único ponto de referência somos nós. Somos-lhes o centro, onde quer que estejamos. A medida estaria em nós mesmos ? Seríamos os criadores do espaço? E para quem ? -Nós estamos sós. Será pois para nós apenas que criaremos o espaço, isto é, as proporções que nosso corpo poderá medir no espaço sem limite que lhe escapa.

... Para medir o espaço, nosso corpo precisa do tempo...Nos sa vida cria o espaço e o tempo, um para o outro. Nosso corpo vivo é a expressão do espaço no tempo e do tempo no espaço."

Jaques-Dalcroze, ele também, descreve "o ser humano cerca - do por um espaço com o qual ele deve estar em constante comunhão. E - xiste misteriosa cumplicidade entre os movimentos e as evoluções que ele efetua para manter-se em contato imediato com o espaço que o cer - ca, a duração que lhe é concedida para efetuí-los, a energia neces - sária à sua livre expansão e a paz de espírito, a única a poder asse - gurar sua harmonização É nele mesmo, no âmago de seu ser, que palpi - tam as diversas forças próprias para regular o equilíbrio de seus ritmos motores em seus conflitos com as resistências do espaço e as exigências do tempo."



O Professor de Ajuriaguerra, o Sr. Diatkine, a Sra. Cahen analisam muito claramente em que consiste a organização do espaço (estruturação temporo-espacial):

"Enquanto se organiza a motilidade (faculdade de mover-se) e o conhecimento do corpo, certo número de evoluções conjuntas produzem-se.

A criança adquire a noção do seu esquema corporal, a princípio fragmentado em zonas privilegiadas, depois unificado e organizado.

Uma das etapas desta organização é a aquisição das noções de direita e esquerda, ligada à evolução da lateralização motora e da dominância (dextrianismo, canhotismo).

Articulando-se com o movimento, a aquisição da noção do espaço prossegue. É primeiro o espaço limitado pelo campo visual, depois aquele onde é possível mover-se enfim o espaço extensivo do mundo organizado em suas três dimensões. Ao mesmo tempo a criança adquire a noção de duração e o ritmo, que são a princípio uma certa aptidão motora e cuja evolução complexa merece estudos acurados.

Um esquema corporal mal integrado não permite a evolução para uma precisão crescente dos movimentos, uma inibição das sincinesias. Os movimentos complexos requerem disposições tônicas repartidas de maneira diversa e a movimentação de grupos musculares precisos é praticamente impossível, o que provoca uma inabilidade generalizada muito penosa.

Uma reeducação metódica permite à pessoa melhorar o conhecimento de seu próprio corpo e situar-se no espaço, e assim distribuir melhor as disposições tônicas.

A persistência do desconhecimento direita-esquerda-noção normalmente adquirida e conceptualizada aos 7 anos - acarreta perturbações de outra ordem, a criança sendo incapaz de orientar seu espaço (particularmente não podendo adquirir o sentido da leitura), de organizá-lo. É notável observar as dificuldades que essas pessoas experimentam para organizar sua linguagem e formular o pensamento discursivo. Elas apresentam freqüentemente perturbações graves do ritmo, o que mostra o entrelaçamento da organização do tempo com a do espaço.

Uma aprendizagem do reconhecimento da direita e da esquerda, tanto no próprio corpo da pessoa quanto no espaço por uma reeducação rítmica é indispensável para dar à evolução da linguagem seu curso normal.

A aquisição de um certo ritmo motor é indispensável à integração harmoniosa dos movimentos e permite à pessoa ultrapassar a instabilidade fisiológica da primeira infância.

Os exercícios rítmicos nos instáveis permitem a aquisição de substituições que regularizam seu comportamento."

A Rítmica, baseada na música e no movimento, desenrola todos os seus exercícios no tempo e no espaço e abre assim um campo ilimitado à reeducação da organização motora. Arrastemos a criança, o ser humano para a conquista do espaço, depois para a sua própria, por inúmeros exercícios que encontramos no ensino da Rítmica ou que criamos graças à formação que ela nos oferece.

C - O contato com o outro, o sentido das responsabilidades, a integração social.

Somos levados por força das circunstâncias a viver em sociedade e raros são aqueles que podem escolher livremente a solidão e comprazer-se nela.

O fato de viver em sociedade cria para nós obrigações às quais é difícil subtrair-nos. É pois essencial integrar uma criança num grupo; mas integrar-se é saber apagar-se, inclinar-se diante das necessidades da comunidade. É também comparar-se com outros, saber avaliá-los e saber avaliar-se.

Para alcançar essa meta recorreremos aos múltiplos exercícios de grupo, de direção (ato de dirigir), aos exercícios a dois ou a três nos quais a criança, elemento de um todo, mas elemento indispensável, não se pode afastar sem romper um equilíbrio coletivo.

D - O equilíbrio, a coordenação dos movimentos, a independência do gesto.

Estes exercícios, prolongamento do conhecimento do espaço, executam-se num campo mais restrito e fazem apelo a uma motricidade mais fina que poderíamos chamar de "motricidade de precisão". São o término da noção primeira do conhecimento de seu corpo.

E - A imaginação, a sensibilidade, a musicalidade, a originalidade, o sentido do matiz.

Emile Jaques-Dalcroze vê na sua doutrina uma verdadeira



escola da criação, da imaginação.

Sem querer penetrar demasiado profundamente no domínio dos sentimentos supra-individuais, a reeducação psicomotora permanece ligada às idéias de Dalcroze para quem uma vida carente de sentimentos, de sensações estéticas não é uma vida completa.

Ele exige obstinadamente a fusão do espírito e do corpo e pensa que se realizamos esta união, "neste dia, a arte cessará de ser metafísica e constituirá uma manifestação espontânea de nosso ser íntimo, que lhe comunicará diretamente os ritmos de sua vida."

Não ensinamos à criança noções artísticas, mas o que lhe damos permite-lhe descobri-las.

A criança possui muito cedo um sentimento estético. Tem a noção confusa da beleza sem possuir os meios para analisá-la ou estruturá-la. Graças ao reeducador, ela pode ter uma porta mais largamente aberta sobre a emoção estética.

Os exercícios de imaginação, a educação da sensibilidade (da qual a musicalidade é uma das formas), o apelo à originalidade (visão singular, excêntrica das coisas e dos seres da qual o humor e a ironia não são excluídos) margeiam o caminho que leva à criação.

Cada vez que a ocasião surge, os exercícios finalizam com invenções dos alunos: adjunções, modificações, transformações, tudo o que pode levar a pesquisas pessoais.

O reeducador deve em seguida incitar as crianças a realizar inteiramente certas lições ou parte delas. Elas são assim conduzidas a uma participação ativa.

O sentido do matiz - arte da dosagem, avaliação delicada - deve ser encontrado e deve ser sublinhado em cada exercício.

Os exercícios de reeducação psicomotora serão sempre vistos sob três aspectos:

1. Imitação - pela observação.
2. Esforço repartido - por comparação.
3. Pesquisa pessoal - por restituição, julgamento, afirmação.

1. Nos exercícios baseados na imitação, a criança recebe as afirmações e as sugestões do professor. Ela age como um instrumento receptor. Desenvolve seu poder de observação, de identificação, o conhecimento do próprio corpo e de seus recursos.

2. Nos exercícios baseados sobre o esforço repartido, chegamos à colaboração com o professor e com os colegas. É a integração ao esforço coletivo, a familiarização com as realizações comuns, a tomada de responsabilidades.



F - A descontração

Nossa época está sob o signo da tensão. A descontração (relaxamento) tomou, desde alguns anos, uma importância que nossa maneira de viver explica.

R. Durand de Bousingen define o que se entende por relaxamento:

"Os métodos de relaxamento, cujo uso se expande cada vez mais, são processos bem definidos que visam obter da pessoa uma descontração muscular e psíquica por meio de exercícios apropriados; a descontração neuro-muscular conduz a um tônus de repouso, base de uma distensão psíquica e física. O relaxamento é pois uma técnica de procura de repouso mais eficaz possível e ao mesmo tempo uma economia das forças nervosas mobilizadas pela atividade. Visa principalmente a uma reeducação das reações psico-emocionais responsáveis por grande parte das perturbações ditas "funcionais". São essencialmente processos terapêuticos que pretendem transferir, com o auxílio de exercícios voluntários apropriados, para o controle do sistema nervoso consciente, uma série de funções regidas habitualmente pelo sistema nervoso autônomo: os sistemas tônicos, musculares, os sistemas neuro-vascular, neuro-respiratório e neuro-digestivo."

Já em 1914 encontramos nas palavras de Emile Jaques-Dalcroze indicações precisas sobre a descontração muscular e a respiração:

"O aluno aprende a reduzir ao mínimo a atividade muscular de cada ombro, depois a graduar-lhe o dinamismo. Deitado de costas, ele descontrai seu corpo todo e fixa unicamente a atenção no ato respiratório, em todas as suas formas, em seguida sobre a contração de um só membro. Ensina-se-lhe depois a contrair simultaneamente dois membros ou mais ou a opôr a contração de um membro à descontração de outro. Este estudo da descontração está na base de todos os exercícios do método. Permite que a criança se dê conta, em forma de jogo, das resistências musculares e elimine as inúteis. Os



exercícios de respiração associam-se aos de inervação e efetuam-se em todas as posições."

Em 1921, num artigo dirigido aos professores de Rítmica, ele escreve:

"Falei de descontração: parece-me que o papel benéfico dos exercícios que têm por finalidade interromper momentaneamente to da atividade nervosa, muscular ou espiritual é ainda desconhecido por muitos educadores.

Os exercícios de descontração são particularmente benéficos para os adolescentes e para os adultos, geralmente embaraçados por inervações inimigas. Eu não saberia insistir demais sobre a necessidade de criar comparações constantes, no espírito dos alunos, entre o estado de inércia de cada membro ou do conjunto dos membros, e seus diferentes estados de atividades. É aliás graças à intervenção freqüente do estado de completa descontração que poderão ser indicadas as relações estreitas existentes entre as gradações dinâmicas musculares, os diversos graus da duração e os diversos segmentos do espaço."

Dentre os métodos de descontração oriundos da Rítmica Jaque-Dalcroze, convém citar a escola, bem conhecida na Europa de Gerda Alexander, em Copenhague: baseada sobre a eutonia, ela melhora a percepção da sensibilidade superficial e profunda, normaliza a imagem corporal e desenvolve a consciência do espaço interior do corpo. O treinamento para o movimento eutônico, baseado no estiramento vital finaliza recorrendo a este movimento em todas as situações da vida diária.

O método Alexander é utilizado com êxito na reeducação dos poliomiélicos.

O método de descontração é diferente para as crianças e os adultos. R. Durand de Bousingen assinala que devem ser usados métodos passivos antes de 8-10 anos. Depois dos 10 anos, as crianças podem participar de seu treinamento. Dentre os métodos mais conhecidos, destaquemos o "training autógeno" de Schultz e o método Jacobson.

Confrontemos as linhas espantosas escritas por Jaques-Dalcroze em 1914 (citadas acima) com os diversos estágios atuais da descontração, sempre acompanhados de exercícios respiratórios (1):

(1) Ver os trabalhos do Professor de Ajuriaguerra.

1. Por contraste, para permitir que o aluno se dê conta da diferença existente entre tensão e distensão, é-lhe pedido que contraia os músculos de certos membros, depois que os descontraia.
2. Exercícios de estiramento de todas as partes do corpo, depois distensão.
3. Controle da passividade dos membros pelo reeducador.
4. Semi-descontração: uma parte do corpo em movimento, a outra relaxada. Estes exercícios fazem parte da família dos movimentos próprios para diminuir as sincinesias (movimentos inúteis, movimentos parasitas).
5. Exercícios em posição deitada - sentada - em pé.
6. Preparação para a ação insistindo no que Jaques-Dal - croze chama de "esforço proporcionado à necessidade".

Rítmica e expressão simbólica

Quatro técnicas preciosas em educação como em reeducação são baseadas na "expressão simbólica" pela qual a criança pode revelar-se livremente numa atividade que lhe é familiar: o jogo; estas técnicas têm uma estreita relação com a música e a improvisação cujos efeitos já são analisados na terapia pela música.

"O jogo (atividade lúdica) não é uma função isolada, mas um aspecto essencial da atividade total e espontânea da criança. O termo "jogo" não é tomado com o sentido de divertimento pueril, mas como atividade fecunda cuja ação está em relação com o plano educativo e curativo. O jogo representa para a criança uma atividade tão séria quanto a vida para o adulto", escreve a Sra. M. Rassekh.

Os psicólogos consideram que a ação própria do jogo permite a procura de uma tríplice finalidade:

intelectual (conhecimento de si mesmo, de suas possibilidades, do mundo exterior),

moral (respeito do regulamento),

social (brincando com as outras, a criança aumenta sua capacidade de imaginação, abre novos caminhos, enriquece-se com as idéias alheias, adapta-se a elas ou opõe-se e aprende a colaboração).



"A disciplina do jogo é uma disciplina social", diz a Sra.

Rassekh.

O jogo ocupa um lugar adequado na reeducação psicomotora pela Rítmica Jaques-Dalcroze, pois sua influência vai bem além do que geralmente dele se espera.

Emile Jaques-Dalcroze, já antes de 1914, fazia ressaltar os elementos que na Rítmica podiam aparentar-se com o psicodrama: são as "impressões realizadas expressivamente" de que falamos a propósito da plástica, do "Festspiel".

Na sua forma atual o psicodrama está em relação estreita com a psicoterapia analítica.

Jaques-Dalcroze examina de que maneira a Rítmica pode penetrar no inconsciente:

"As manifestações do inconsciente parecem não obedecer à lógica. Elas são muitas vezes a consequência imprevista de impulsos esquecidos. Assim, é raro que o terreno de nossa consciência esteja preparado para ceder ao impulso inesperado das forças subterrâneas que procuram jorrar das profundezas de nosso ser sensível.

Uma vez que nossa vida espiritual integral provem da cooperação de nosso consciente e de nosso inconsciente, o papel do educador parece-nos duplo. Ele deve procurar de um lado pôr a criança de posse de todos os seus meios conscientes de expressão, de outro e fazer-lhe encontrar os instintos que ela perdeu e a provocar nela o maior número possível de manifestações instintivas de toda sorte.

Ele deve desenvolver o "eu" da criança de modo a pô-la apta a avaliar o perigo de certos maus hábitos e a lutar eficazmente contra eles.

Ele deve, além disso, perguntar a si próprio quais são, entre as manifestações inconscientes que ele consegue suscitar, as que o consciente pode cultivar."

Por meio de exercícios de exteriorização, só, a dois, a três ou em grupo, com ou sem música, a Rítmica, libertadora, permite a expressão sem constrangimento.

Citemos as histórias a serem postas em mímica, que fazem parte do psicodrama, e as ficções narrativas, como as chama a Sra.M. Rassekh. Seu valor educativo reside na ocasião oferecida de pôr em evidência os conflitos, de exprimi-los.

A história pode ser proposta pelo professor, pelas crianças ou inventadas em colaboração. Ela pode ser realizada musicalmente pela improvisação ao piano (parte importante da Rítmica) ou com o auxílio de outros instrumentos. A música comenta a trama dada e "conta" a história em linguagem sonora; as crianças seguem ou provocam as sugestões da música.

O desenho inspirado pela música faz parte das atividades lúdicas. É muito apreciado pelas crianças, porque é realizado fora de qualquer técnica habitual de aprendizagem.

Na reeducação psicomotora pela Rítmica, é o tema musical que dá o modelo. A dinâmica (estudo das gradações de força) sugerirá a intensidade das cores e a espessura do traçado. A agógica (divisão do tempo) e a divisão do espaço indicarão o lugar, a forma e a dimensão comparados dos elementos do desenho.

É uma tradução livre, individual da música na qual cada criança reage conforme seu temperamento e suas dificuldades próprias.

O desenho inspirado pela música pode ser freqüentemente assimilado à pintura abstrata, pois se exprime por sensação, por impressão e não por reprodução, por imitação.

As perturbações mentais

Eis algumas manifestações que podemos encontrar:

Uma recusa do real, alternâncias de excitação e de depressão, um controle intermitente do pensamento, um comportamento paradoxal, um desafeiçoamento; estas perturbações do espírito traduzem-se por concepções delirantes e um comportamento estranho.

Mas são sobretudo as relações humanas que são perturbadas. Os meios de comunicação da linguagem podem ser abandonados, as normas de vida esquecidas. Esses seres são incapazes de comportar-se normalmente no seu grupo social. "É-se louco em relação a uma sociedade determinada" disse Albert Béguin, em 1952 na revista "Esprit".

Pode haver uma inadaptação social ou recusa de comunicação. É uma fuga da realidade e a procura de um refúgio em si mesmo, cortando os contatos.

Gérard de Nerval, sempre atormentado pela loucura, exprimiu-o tristemente:

"Pois sinto-me sozinho a chorar e sofrer
Que lástima ! e, se morro, é porque tudo vai morrer !"

(Les Chimères)



Caixa: 88
Lote: 55
PL N° 2303/1979
97

A reeducação psicomotora pela Rítmica procura em primeiro lugar recriar um elo graças à música. Vimos que a música não tira da linguagem seus modos de expressão e com isso oferece uma colaboração íntima por caminhos diversos dos que usamos em nossa vida diária. A música vai pois representar um papel absolutamente essencial. O reeducador, como Orfeu tocando sua lira, penetra no reino das sombras, graças à música para recriar um interesse pelo mundo exterior, um elo social, um contato com o outro, uma necessidade de atividade.

É melindroso dar aqui um apanhado das técnicas numerosas e complexas que devem variar conforme a personalidade do reeducador ou conforme as dos pacientes dos quais ele deve se ocupar.

O reeducador deve "sentir", "pressentir" qual será o tema da aula de que seus alunos têm momentaneamente necessidade. Sua maneira de estabelecer os contatos, sua irradiação pessoal são tão importantes quanto a escolha dos exercícios.

Partindo da aritmia (estado de desarmonia, de confusão, combatido ardorosamente por Emile Jaques-Dalcroze), passando, graças à lei de economia (esforço proporcionado à necessidade) a um estado de equilíbrio, tal é o encaminhamento pelo qual a Rítmica, verdadeira reeducadora, foi chamada a exercer uma ação sempre mais importante no campo da terapia.

Podemos afirmar que ela deve esse desenvolvimento à lucidez, à vontade obstinada de seu criador, à base firme, à solidez de seus princípios:

"Não ensinamos o que queremos,
Não ensinamos o que sabemos,
Ensinamos o que somos."

Jean Jaurès

"Uma educação baseada sobre o Ritmo une o corpo e a alma e os funde numa correlação íntima.

É exatamente nesta interpenetração que reside sua influência sobre a saúde do corpo e do espírito e seu valor moral. Um cérebro fortificado segundo nossos princípios saberá exercer um império absoluto sobre o corpo. Por sua vez, o corpo, formado pela Rítmica, saberá sem dificuldade submeter-se à inteligência."

Se a educação dalcroziana foi uma libertação desde sua criação, ela permite e assegura, em nossa época, uma perfeita reconstrução do equilíbrio físico e psíquico.



Poucos homens tiveram como Emile Jaques-Dalcroze o sentimento intenso de que nada existe que não seja gerador de alegria, que nada vale a pena ser vivido se não for mergulhado na felicidade, que é preciso encontrar o júbilo no trabalho.

Ele rejeita uma vida da qual toda alegria esteja ausente e de onde

"Nossos desejos fugirão céleres,
Levados sobre as asas dos rancores
E nossos estribilhos irão alhures
Cansados de cantar em nossos corações vazios."

Esta felicidade ele a descobriu criando a Rítmica; ele quer no-la transmitir. É por isso que, quando ele fala "Rítmica", devemos ouvir alegria, felicidade, plenitude.

"A alegria nasce no dia mesmo em que constatamos um progresso em nós. Desde então, ela aumenta sem cessar e nos proporciona um sentimento de alforria e de libertação.

Esta influência é tal como afirmo. Ela provoca uma alegria serena e confiante, uma satisfação íntima que penetra o organismo todo. Esta alegria provem da calma moral e corporal gerada pela redução dos enervamentos, dos acanhamentos e das inquietações resultantes do desacordo existente entre as faculdades da imaginação e as da realização. Ela é aumentada pela confiança em si que é dada pela segurança das ações rápidas, a sensação muito nítida de um desenvolvimento da vontade, a certeza de poder cumprir o que se decidiu e de cumpri-lo exatamente como se deseja.

Esta alegria não pode permanecer em nós. Irresistível, ela irradia e se espalha sobre os que nos cercam. Como ser possuidor de tal irradiação sem desejar que outros dela participem? Como ser bastante egoísta para guardar o que jorra com tal impulso, tal magnífica impetuosidade fora das fontes de nosso ser?"

É um dever imperioso que ele lembra sem cessar a seus professores: "...criar nas pequenas almas obscuras a centelha de alegria que a princípio brilha com uma luz tímida e frequentemente interrompida, depois cresce dia após dia, mais luminosa, mais benfazeja e cuja recordação perfuma a vida toda."

A alegria deve "florescer nas regiões ocultas de nosso eu, no jardim misterioso de nossa alma".

"O homem", disse Jaques-Dalcroze, "é o mais perfeito dos instrumentos". Graças a sua doutrina, ele ofereceu ao ser cultivado



no jardim dalcroziano uma alegria pura e uma irradiação profunda, condições essenciais para a felicidade de viver. O que ele nos prodigalizou constitui uma das mais puras fontes de cultura postas a serviço da humanidade.

Ele nos deixa ser nós mesmos profundamente, sinceramente, harmoniosamente, o que ele chama "a restituição integral do homem a ele mesmo por ele mesmo".

Emile Jaques-Dalcroze legou-nos assim um tesouro que ninguém no mundo poderá jamais nos arrebatara.

Ele o sente, quando nos confia: "Nosso corpo deve ser a bela morada movente onde residem nossos sentimentos e desejos e cujas muralhas sonoras fremem às vibrações mutáveis e constantemente renovadas de nossas emoções, de nossos anseios de beleza e de bem, de nossos apetites de vida."

No dia de seu sexagésimo aniversário, numa carta dirigida a todos os seus discípulos, ele teve este arrebatamento: "O homem feliz é aquele que possui bela música no coração."

Se isto é verdade, como ele deve ter sido feliz !

Claire-Lise Dutoit-Carlier

* * *

Atividades da ABMT de Setembro de 1978 até a presente data.

CURSOS

- Psicologia da Música e Noções de Musicoterapia - professor Frederico Acher de Britto Manso.
- Associação Mineira de Musicoterapia- Belo Horizonte.
- Musicoterapia com lesado motor.
- Gabriele de Souza e Silva - Faculdade de Educação Musical do Paraná Curitiba.
- Curso sobre "Problemas Neurológicos, emocionais e físicos" realizado na ABBR pela professora Vida Brenner de Aizenwaser.
- "Fundamentos de Musicoterapia"
1º Simpósio Paranaense de Psicologia e Saúde Mental-organizado pelo Centro de Psicologia Social do Rio de Janeiro -Lia Rejane Mendes Barcellos.
- Musicoterapia aplicada aos desvios de conduta.-Universidade Católica de Petrópolis -MEC/CENESP- Lia Rejane Mendes Barcellos

continua na pág. 39



Minha experiência com a dança está intimamente ligada à música e a todos os estímulos audíveis e inaudíveis da vida que me cerca. Quizera por isso explicar a importância que a música tem em relação a essa vida. O movimento unido ao estímulo musical permite uma compreensão total da música, o que não acontece quando só se ouve a música ou quando a pessoa se movimenta mas sem ouvir. A idéia é que não se pode compreender a música sem a experiência da mobilização corporal. O principal instrumento do homem é seu corpo e não se pode fazer sentir aos demais um trabalho de instrumentação sem haver tido a experiência da mobilização corporal. Geralmente a técnica do instrumento é estática. O efeito da música sobre o corpo é de sensibilização; ele responde concretamente e dá uma resposta viva e participante. Ele não se fecha em si mesmo, mas se comunica e se entrega. Nas aulas de dança adquire-se a música através do corpo. Pode-se escutar melhor movendo-se. A apreciação musical, conforme a minha experiência, nunca deveria ser estática. Então podemos perguntar: "que acontece nos concertos?" Se pudéssemos dar livre movimentação à música que nos penetra, seguramente nos mobilizaríamos. Nossa cultura e nossos medos, quando a música nos penetra, não nos permite atuar, até mesmo quando sentimos que nosso corpo se move. Qual é o efeito da música sobre o corpo? O corpo produz imagens estimuladas pela música e se comunica com ela. Diferentes elementos são mobilizados. Aprendi a mobilizar-me no espaço compreendendo a música. A movimentação abre as portas e faz compreender melhor seu sentido, não através de uma teoria

PALESTRAS E CONGRESSOS (continuação da pág. 38)

"Musicoterapia - Clínica Beatriz Saboia - Lia Rejane Mendes Barcellos Lenita Moraes Bianchi.

-Musicoterapia" - Auditório da Legião Brasileira de Assistência-Promoção da Ceapa - Lia Rejane Mendes Barcellos-Lenita Moraes Bianchi.

-Psicologia da Música e Musicoterapia - Semana da Psicologia da UFRJ. Frederico Archer de Britto Manso.

-Psicologia da música-Semana da Psicologia da Universidade Santa Úrsula - Frederico A. de Britto Manso.

- "Musicoterapia na Reabilitação"-Seminários de Terapia Ocupacional da Escola de Reabilitação de Belo Horizonte - Valéria Fúret.

(continua na pag. 41)



estática mas de forma global, de modo que a música muitas vezes se transforma em algo vivo que nos permite senti-la como se a tivéssemos escrito.

Qual é o caráter da mobilização produzida pela música? Ou melhor a que elementos da música corresponde?

À totalidade. A música não como estrutura mas de forma global, cuja aprendizagem se realiza graças ao movimento que ela induz. O movimento reflete a complexidade musical e para abarcá-lo em toda a sua extensão, convém encaminhar as aulas da seguinte maneira:

1º - a aula oferece a possibilidade de realizar uma experiência total da sensação musical, a música em primeiro lugar.

2º - seus elementos: ritmo, melodia, frases, são as características pessoais de cada partitura.

3º a volta à forma integrada sempre procurando um enfoque global da música.

Realizo em forma de contrastes a maneira de enquadrar este encontro com a música. Vai da idéia geral ao particular, e do particular ao mais particular para voltar ao geral. O conhecimento assim adquirido pela diferenciação progressiva de elementos contrastantes leva à união da música com o movimento.

Considero perigoso o trabalho corporal sobre elementos da música como etapa primária, pois creio que pode matar a música. Isto significa que se tenho um grupo de crianças e quero mostrar-lhes unicamente os ritmos ou unicamente a melodia sem escutar a forma global da música, elas perderiam o sentido total do que a música significa. A música não pode ser dividida, deve ser vivida em sua totalidade pelo corpo. Em todas as etapas, desde a infância até a idade adulta.

A vivência musical se amplia e enriquece quando se estende ao corpo. Como pode a música passar para o corpo? Para os que podem ouvir, o ouvido é o primeiro apoio mas não é o único. Quando deparo com uma música nova, esta penetra em mim através do ouvido, preciso de encontrar-me várias vezes com o estímulo global da música e não me mobilizo facilmente. À medida que a música se difunde, como o sangue no corpo, posso mover-me no espaço sentindo-a dentro de mim,

não só de forma auditiva mas já a encontrando em mim como uma fusão. Produz-se assim uma simbiose.

Acho interessante relatar uma experiência de grupo realizada com músicos do Instituto Superior de Música de Rosário. Neste pequeno curso realizei uma mobilização corporal para maior compreensão de música. O curso durou uma semana, o grupo estava integrado por estudantes de música instrumental de ambos os sexos, dos quais ninguém tinha noções de movimento e poucos conheciam formas elementares de ginástica. Um dos grupos realizava o trabalho de forma prática, quer dizer, mobilizava-se com os exemplos musicais impulsionado por meus estímulos. Mas o outro grupo me pareceu preso dentro de suas vestes, ele participava através do olhar, mas quanto ao corpo sentia inibição. Na última aula avisei que não tinha certeza se o que estávamos fazendo era realmente importante para a música e disse que desejavam saber se a experiência de que havíamos todos participado tinha sido sentida totalmente pelo corpo.

Vesti uma malha. Pedi aos participantes que se descalçassem se quisessem. A resposta foi comovedora: todos aqueles jovens músicos deixaram de lado sua inibição, tiraram seus paletós, seus sapatos, suas meias e se abandonaram à cadência da música com seus corpos que dançavam.

Com isto fica de certo modo esclarecido que não é necessário ser dançarino para poder adquirir uma experiência corporal da música. Desejo contar também que, em outro curso sobre a vinculação do movimento através da música dado a músicos já formados, uma pedagoga musical disse-me ao terminar as aulas: "nunca senti a música tão profundamente como quando me movia, e a possibilidade de poder utilizar meu corpo no espaço e modelar a música com minhas mãos me deu outra dimensão frente à compreensão musical". E este não foi o único exemplo em que o fato de ter vivido uma experiência totalizadora levou a uma simbiose de caráter profundo.

***** (continuação da pág. 39)

"Musicoterapia em Psiquiatria" - Centro de Estudos da Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro-Niterói - Berta Martins Seixas.

"Noções da Relação Som-Ser Humano" - Centro de Estudos da Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro-Niterói - Ivete Farah.

"Fundamentos da Musicoterapia" - Faculdade de Lorena -São Paulo - Suely El Jaick Lessa.

(continua na pág. 43)



Que acontece se ensinamos música a crianças surdas? Podem adquirir a música através do movimento? Minha experiência vinda de onde me encontro em busca de estímulos audíveis e não audíveis para mobilização, diz-me que elas absorvem uma possibilidade rítmica produzida por essa música que não ouvem. Quando crianças surdas participam de aulas de dança com o fito de alcançar sua integração, a música mobiliza o grupo que pode ouvir, depois de uma hora de trabalho. Penetra e se corporifica em todos devido à total impregnação musical que sentem. Por isso no momento da improvisação no fim da aula, o tema musical não audível para os surdos está delineado pelas formas realizadas e compreendidas pelo corpo no espaço.

Assim os surdos quando improvisam conseguem resultados excepcionais de compreensão musical e suas danças são muitas vezes estruturalmente musicais e melhores que as dos que ouvem. Tudo isto se pode explicar pelo fato do surdo para sua mobilização não poder absorver outra coisa senão os movimentos de um grupo que foi mobilizado pela música, o grande agente, mas ao mesmo tempo tomando unicamente a estrutura rítmica que se produz na música. Procuro dar-lhes um esquema de compreensão rítmica e mobilizadora a fim de que se sintam seguros com esse esquema para chegarem à improvisação.

Quero evocar um fato que foi muito comovedor para mim como experiência. O grande pedagogo Edgar Willems veio observar uma aula no meu estúdio, um grupo de adolescentes, uns que ouviam e outros surdos, estavam trabalhando uma música de Bela Bartok; quando terminei a aula disse-lhe que havia pessoas surdas e como ele era um grande músico eu lhe agradeceria se me indicasse quem não ouvia, ele me disse que era impossível sabê-lo mas que ele ficaria grato a mim se pudesse falar com uma jovem que havia dançado maravilhosamente, com uma grande compreensão da música de Bartok. Apresentei-lha, era surda. Essa jovem, Mônica, escreveu-me uma carta em que me fala do que sentiu diante de um tema musical de Vivaldi que nunca ouvira mas que compreendeu corporalmente. "Ao iniciar meus movimentos disse se ela - sinto a tensão em meu corpo. Sinto essa tensão esticando lentamente meu corpo de forma vertical, faço círculos, procuro tomar o espaço e esses círculos se ampliam dando um sentido profundo à forma. Sinto assim que Vivaldi - que nunca ouvi - só me pode ser conhecido pela dança. Há vezes em que tenho medo de enganar-me e de



perder o ritmo da música, mas creio que há algo de misterioso que o mesmo movimento que me faz sentir que estou dançando a música".

"Creio que dançando também somos maravilhosos, nossos assuntos, nossas confidências, nossa própria vida, nossas visões, podem ser exteriorizados através da dança; não importa se não temos música para isso, ou se não podemos ouvi-la, não importa onde, como e quando. O que importa é que seja dançando. Que aconteceu para que este encontro se realize também através de pessoas surdas? A resposta creio que é a seguinte: Produziu-se primeiro o contágio coletivo e o interesse despertado pela representação na aula. Segundo, a autonomia e segurança das frases musicais, que logo são afirmadas corporalmente através do ritmo respondendo a uma música não audível mas perceptível. É provável que essa seja a explicação dessas improvisações e a resposta também ao que disse Willems quando descobriu que a jovem surda "tinha mais música dentro de si e transmitia-a melhor do que as que ouviam a música com seus próprios ouvidos."

O importante, o indispensável para um músico é a experiência maravilhosa de mover-se com seu próprio corpo como se este fora um instrumento musical.

Uma notável pedagoga musical de nosso ambiente, Violeta Gainza, depois de um curso realizado sobre dançaterapia disse-me: o movimento com meu corpo mostra-me aspectos escondidos, ocultos para o ouvido e a inteligência, apesar de reconhecer a partitura.

Afirmo pois que por causa da vinculação entre a música e a dança é indispensável o estudo do movimento do corpo por meio da expressão musical e creio que esse conhecimento é fundamental para a educação dos futuros músicos, se consideramos que toda educação deve ser integral. A experiência que relatei nas páginas anteriores levou-me a pensar que é necessário canalizar uma experiência que nos permita compreender a música com nosso próprio corpo, pois só assim a música será uma coisa viva e não se produzirá unicamente no aparelho auditivo mas penetrará em nossa totalidade. Tudo isto que parece tão difícil é tão difícil quanto viver, mas vivamos com a música em movimento.

* * * (continuação da pág. 41)

"Musicoterapia" Centro de Estudos do Grupo de Teatro do Instituto Helena Antipoff - Maria de Lourdes Sá Parente.

(continua na pág. 44)



Transcrevemos neste Boletim, que é um órgão a serviço de informação e divulgação de tudo que se relaciona a Musicoterapia e seus associados, esta nota enviada pelos alunos do Curso de Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música:

FUNDAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE ALUNOS DO CURSO DE MUSICOTERAPIA

CBM

A idéia de se ter uma Associação de Alunos não era nova; a necessidade desta associação também não. Com algumas tentativas frustradas em anos anteriores, ao chegarmos ao sétimo ano de existência do curso de musicoterapia, a idéia já estava bastante madura e, a necessidade, sentida pela maioria dos alunos.

O ano de 1978, foi um ano de vital importância para o curso de musicoterapia, no que diz respeito ao seu processo de evolução, a partir de seu reconhecimento pelos órgãos competentes da administração pública. Por um lado, foi criada uma comissão de professores para rever a "filosofia do curso". Por outro lado, a coordenação do curso iniciou um estudo do currículo. Neste mesmo sentido, os alunos realizaram um seminário de MT, onde foi discutido a formação do musicoterapeuta e o seu mercado de trabalho.

A partir de uma tomada de consciência da nossa importância nesse processo, e da necessidade de transformar essa tomada de consciência numa atuação ampla, significativa e numa participação cada vez maior, a idéia de se ter uma Associação de Alunos tomou corpo. O "Conselho de Representantes" promoveu eleições no dia 29.11.78, sendo eleita a chapa constituída pelos seguintes alunos:

* * * * *

Palestras: (continuação da pág. 43)

"Fundamentos de Musicoterapia" - Universidade Católica de Petrópolis
- Leucy El-Jaick Lessa.

Musicoterapia na ABBR - Aula para Médicos, interno, fisioterapeutas, fonoatras e trabalhos ocupacionais - ABBR - Gabriele Souza e Silva.

Musicoterapia em reabilitação - Aula para médicos especializados em reabilitação - Iaserj - Gabriele de Souza e Silva.

Métodos e Técnicas com "Adolescente Deficiente Mental" - no Encontro Científico sobre Deficiência Mental na comemoração dos trinta anos da Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro - Claudete Cerqueira Machado.



Presidente: Ronaldo Pomponlt Millecco

Membros: Maria Isabel Cursino

Marcia Campanário

Marco Antonio Carvalho dos Santos

Marco Polo Moreira Leite

Alguns trabalhos já estão em andamento:

- no dia 4/1/79 deu-se início às atividades de férias, cuja proposta é desenvolver um trabalho musical (interesse maior dos alunos - nesse período de férias).
- está sendo elaborado o regimento interno da Associação, para posterior aprovação em assembléia, pelos alunos.
- está para se iniciar uma discussão do currículo do curso, junto à coordenação.

Também é nossa intenção, promover encontros entre os alunos, os professores, a coordenação, e a ABMT, a partir de março, juntamente com outras atividades do interesse dos alunos.

* * * *

"Musicoterapia e sua aplicação nos problemas de aprendizagem" - Faculdade de Itaperuna - Rio de Janeiro - Claudete Cerqueira Machado.

-Musicoterapia - Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Vera Bloch Wrobel.

* * * *

LOCAIS DE TRABALHO ONDE ATUAM MUSICOTERAPEUTAS FORMADOS PELO CONSERVATÓRIO BRASILEIRO DE MÚSICA DO RIO DE JANEIRO.

- 1 - Alzemia de Assis Paula - Clínica Santa Catarina - Niterói.
- 2 - Cecília Branco de Miranda - IPCEP - Rio de Janeiro.
- 3 - Claudete Machado Cerqueira - Sociedade Pestalozzi do Brasil - Niterói
- 4 - Clara Rotstein - Casa de Saúde Dr. Eiras - Rio de Janeiro.
- 5 - Elizabeth Felício dos Santos - Atendimento Particular - Florianópolis - Sta. Catarina.
- 6 - Eneida Soares Ribeiro - Curso Solange Dreux - Niterói.



- 7 - Ilma José de Abreu Lira - Atendimento Particular - Recife - Pernambuco.
- 8 - Lenita Moraes Bianchi - Atendimento Particular - Rio de Janeiro.
- 9 - Letícia Moraes Leite Pereira - Escola Estadual N.S. Auxiliadora. Atendimento Particular - Niterói.
- 10- Letícia Rabello Maia - Hospital do Engenho de Dentro - Rio de Janeiro.
- 11- Lia Rejane Mendes Barcellos - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - ABBR - Rio de Janeiro.
- 12- Maria de Lourdes Sá Parente - Atendimento Particular - Rio de Janeiro.
- 13- Lucy El Jaick Lessa - Sociedade Pestalozzi do Brasil - Atendimento Particular - Rio de Janeiro.
- 14- Luis Antonio Millecco - Instituto Oscar Clark - Rio de Janeiro
- 15- Luis Sergio Gouveia Rocha - Centro de Desenvolvimento da Personalidade da Universidade Católica de Petrópolis.
- 16- Juracy Madalena Guimarães - Atendimento Particular - Rio de Janeiro.
- 17- Rosalina Maria Leite Jerke - Escola Estadual N.S.Auxiliadora - Niterói.
- 18- Rita Name - Clínica de Paralisia Cerebral da Urca - Rio de Janeiro.
- 19- Sara Vaisman - Atendimento Particular - Rio de Janeiro.
- 20- Valéria Furst - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação. Centro de Neuropsiquiatria e Psicologia Infantil -CENPI -
- 21- Vera Bloch Wrobel - Sociedade Pestalozzi do Brasil - Clínica Araujo Leitão - Rio de Janeiro.
- 22- Marco Antonio Caneca - Clínica Dra. Ivoneide Trindade de S.Barreto - Recife - Pernambuco.
- 23- Maria Cristina Couto de Almeida Neves - APAE - Niterói.
- 24- Rosely Hamaty - Escola Francisco de Castro - Rio de Janeiro.

* * * * *



UMA EXPERIÊNCIA NUM HOSPITAL DE DIA *

Claudia Ballestrin
Carlos Freçtran
Renata Jonic

O presente trabalho relata a experiência levada a cabo de agosto de 1975 a março de 1976, momento em que teve de ser interrompida devido à eliminação do pessoal ad-honorem dos hospitais nacionais.

O Hospital de Dia do Centro Nacional de Saúde Mental "Arturo Azevêdo" é um serviço dedicado ao atendimento de pacientes psicóticos jovens e adultos recuperáveis, isto é, com processos desorganizadores psicóticos mas com um nível baixo de deterioração (abaixo de ou inferior a 20% segundo o teste de Wechsler) que permite sua reestruturação e recuperação. Funciona de segunda a sexta no horário de 8,30 às 12,30. O horário deveria ser mais extenso, mas isto não é possível por razões econômicas.

A equipe terapêutica inicia a abordagem dos pacientes por diversos meios, através de áreas diferenciadas mas não independentes que formam uma estrutura. Trata-se de não deixar que o paciente receba o tratamento como uma soma de atividades desconexas, mas dar às mesmas o máximo de continuidade.

Baseando-se na teoria psicanalítica, esta é uma experiência piloto, cujo ajustamento foi sendo elaborado sobre o processo, tendo como norma a não repressão de material psicótico e a administração da medicação mínima indispensável. Evita-se a hierarquização formal dos terapeutas, que não são chamados por seus títulos mas por seus nomes. Não são usados uniformes, nem jalecos. A colocação em volta da mesa de café da manhã é totalmente informal. Um observador alheio ao hospital não poderia diferenciar por seus aspectos os pacientes dos terapeutas.

Durante o transcurso do tratamento decidiu-se realizar assembléias mensais com a participação massiva e em pé de igualdade de pacientes e terapeutas; cada assembléia é coordenada por um terapeuta ou um paciente, alternadamente, eleito por votação no início da mesma. Elege-se também um secretário de atas. Os temas tratados referem-se a aspectos

* Trabalho apresentado no IIº Congresso Mundial de Musicoterapia em Buenos Aires, em julho de 1976.



Além da organização do Hospital de Dia, discutem-se e submetem-se a votação as propostas e iniciativas dos pacientes e dos terapeutas, as possíveis modificações a realizar-se, etc.

A duração do tratamento para cada paciente é de aproximadamente um ano e as condições para sua alta são que ele tenha recuperado sua capacidade produtiva(*), diminuído sua dependência e encontrado um grupo onde se integre, ou então que a equipe considere que chegou-se a um ponto em que não se pode mais obter melhoras do paciente com esse tipo de tratamento. Visto que não estão preenchidas todas as vagas e que pacientes podem ingressar no Hospital de Dia em qualquer época do ano, o grupo vai se modificando no transcurso do mesmo, tanto quantitativa como qualitativamente. O número de pacientes oscila entre 6 e 10.

O tratamento inclui as seguintes atividades:

Terapia de grupo familiar: participam destas reuniões um ou dois terapeutas, o paciente e sua família, e realiza-se uma sessão semanal para cada paciente. Tenciona-se detectar o tipo de estrutura familiar, reduzir as tensões e modificar os padrões de comportamento. Não se efetua diretamente uma terapia pessoal de cada um dos membros da família, mas somente é visado o grupo familiar.

Teatro: a cargo de Virginia de Urruty, Santos Torrado e a Professora Amalia Garbulsky. As sessões duram cerca de uma hora. Utilizam-se técnicas dramáticas a fim de conseguir a mobilização dos afetos do paciente e a expressão de seus conflitos e situações traumáticas.

Recreação: Realiza-se nos momentos livres e consiste em partidas de ping-pong, vôlei, etc. entre equipes formadas heterogeneamente por pacientes e terapeutas. Seu objetivo é proporcionar prazer e diversão, considerando-se terapêuticos estes fatores.

Musicoterapia: A equipe de Musicoterapia trabalha com os pacientes em três ocasiões durante a semana. Numa destas reuniões, a cargo de Renato Jonic e Maria Alicia Arce, a tarefa se concentra na expressão sonoro-musical. Em outra reunião, a cargo de Carlos Fregtman e Claudia Ballestrin, trabalha-se basicamente o movimento e a expressão corporal.

* O que se compreende com suas possibilidades de ação e criação.



Na terceira reunião, coordenada pelos quatro integrantes da equipe de Musicoterapia, funciona uma oficina de fabricação de instrumentos musicais. Estes instrumentos, de fabricação manual simples, realizados com materiais tais como latas, madeira, garrafas, lâminas, guizes, pele de tambor, etc. e confeccionados em conjunto por pacientes e musicoterapeutas, são utilizados logo nas sessões de Musicoterapia. Considera-se terapêutico usar no tratamento do paciente objetos feitos por ele mesmo. Esta atividade tem além disso utilidade quanto ao diagnóstico porque na tarefa manual concreta evidenciam-se dificuldades que têm relação com a patologia psíquica de cada paciente.

As sessões de Musicoterapia dedicadas à expressão songoro-musical efetuam-se num pequeno salão com uma mesa onde se colocam os instrumentos, o toca-discos, o gravador, etc. e várias cadeiras ficam dispostas em círculo à disposição dos pacientes e terapeutas. A duração das sessões é de aproximadamente uma hora e meia. Uma sessão padrão consta de um curto relaxamento e de uma concentração inicial, atividades de expressão individual, atividades de grupo ou de conjunto e finalmente uma palestra em que se comenta a tarefa realizada. As instruções para o trabalho são dadas alternadamente por ambas as terapeutas de forma verbal e, apesar da linguagem utilizada durante o mesmo ser predominantemente verbal, em alguns casos surge a necessidade de esclarecimentos, orientações, comentários, etc.

As sessões de Musicoterapia dedicadas ao movimento e à expressão corporal realizam-se num outro salão mais amplo com colchõezinhos finos que cobrem o espaço utilizável, uma mesinha para o toca-discos, um piano armário e duas cadeiras para os terapeutas. A duração das sessões é também de cerca de uma hora e meia. Todas as sessões terminam com uma conversa posterior corporal, em que se comenta a atividade realizada. Apesar das instruções para o trabalho serem dadas também de forma verbal, geralmente não há comentários nem diálogos durante o mesmo até o momento da conversa final. Em todas as sessões utiliza-se o som como estímulo, se bem que haja momentos de trabalho em silêncio de acordo com as instruções.

A tarefa musicoterapêutica desenrola-se observando uma constante tempo-espacial, dada pela permanência de lugar e horário das sessões. A existência de tal constante permi

te detectar claramente as variáveis no comportamento do grupo.

Todos os integrantes da equipe terapêutica participam de uma reunião semanal em que se discutem aspectos gerais do tratamento, tomando-se decisões acerca da conduta a adotar frente a determinados momentos seja do grupo de pacientes ou de um deles em particular, lêem-se as informações e controlam-se as sessões de Teatro e Musicoterapia e comenta-se e analisa-se o que aconteceu durante a semana. Os musicoterapeutas assessores para as áreas sonoro-musical e corporal, Roberto Reccia e Cecilia Kamen, respectivamente, participam também destas reuniões. Os quatro integrantes da equipe de Musicoterapia, além de se reunir periodicamente com seus respectivos assessores, encontram-se semanalmente para planejar a tarefa correspondente a cada sessão, comentar o que ocorreu nas sessões anteriores, fazer a revisão dos conceitos teóricos, selecionar o material discográfico a ser utilizado, classificar e gravar fitas, etc.

Área de expressão sonoro-musical

Os itens trabalhados nas sessões dedicadas à expressão sonoro-musical são os seguintes:

Relaxamento: é curto e geralmente precede a atividade que vai se desenvolver durante a sessão. Os pacientes, sentados em cadeiras, são induzidos a relaxar, fechar os olhos, respirar profunda e pausadamente, etc. Estes exercícios têm como finalidade propiciar certo grau de concentração e disposição para o trabalho.

Audições de material discográfico: realizam-se no início do tratamento. Os pacientes ouvem diversos temas musicais de características claramente diferenciadas, e lhes é proposto prestar atenção para logo poder comentar idéias e imagens vindas por associação, ou que desenhem, ou escrevam palavras soltas. Por meio desta atividade tenciona-se familiarizar o paciente com estímulos sonoros variados, conseguir um primeiro conhecimento das reações e atitudes próprias a cada paciente e obter um material que possa proporcionar à equipe de psicoterapia dados sobre o conteúdo das fantasias dos pacientes. Por exemplo, Estela, de 24 anos, fronteiriça, com marcante inibição sexual, ao escutar a gravação de uma improvisação em berimbau e violão, escreve: guerra - nativos - trem afastando-se - trem aproximando-se - trem aproximando-se e afastando-se lentamente - dança indí



Caixa: 88
Lote: 55
PL N° 2303/1979
104



gona - entorpecimento - valêrio - suspense - premonição - anúncio
de destruição - destruição - desequilíbrio - guerra - apocalipse - fim - feras - loucura - súplica. O título "variação - diversão" demonstra assim seus sentimentos ambivalentes frente aos estímulos que lhe podem provocar associações e fantasias sexuais, que ela vivencia como sendo perigosas e agressivas. Esta conduta estereotipada surge frente a qualquer estímulo mobilizador. Outra paciente, Norma, de 30 anos, paranoica, sem deterioração, evita situações de conflito e aplica possíveis agressões com uma atitude conciliadora e complacente. Visivelmente perturbada por causa de um tema musical corenta: "muito lindo, agradável, formoso".

Atividade rítmica simples: É levada a cabo durante as primeiras sessões. Consiste em: 1º) ecos rítmicos de modelos dados por uma das musicoterapeutas, com palmas, batidas de mãos nas coxas e de pés no chão; 2º) perguntas e respostas partindo dos elementos dados anteriormente. As instruções são mais amplas, uma vez que dada a proposta rítmica o paciente não se limita a repeti-la, mas dá uma resposta própria que não obedece necessariamente à métrica da pergunta. 3º) Ostinatos: é uma execução conjunta em que cada paciente repete uma fórmula rítmica dada ou criada por ele. Estas atividades efetuam-se também com instrumentos primitivos de percussão construídos pelos pacientes. Têm por objetivo aproximar o paciente de uma nova forma de comunicação, estimulando além disso a criatividade e a integração no grupo.

Comunicação através de instrumentos musicais: O diálogo musical é executado da seguinte forma: em primeiro lugar pede-se a um dos pacientes que execute em seu instrumento uma frase que é respondida por algum outro integrante do grupo com seu próprio instrumento, iniciando-se assim o diálogo. Todos os pacientes, dois a dois, realizam sucessivamente o mesmo trabalho. Posteriormente, realiza-se uma "conversa" instrumental coletiva, da qual participam alternadamente todos os integrantes do grupo, e que tem todas as características de uma conversa: intervenções curtas ou longas, silêncios, interrupções, participação simultânea, oposições, apêndices, etc. Esta atividade permite a cada paciente experimentar uma nova forma de relacionamento com outro ou com todo o grupo, e depois pode haver comparação com outras formas de comunicação utilizadas habitualmente. Poder observar



-se condutas análogas ou contraditórias quanto à participação verbal no grupo de terapia, nas assembleias, etc. e conhecer a forma pela qual cada paciente percebe seu próprio comportamento e o do outro. Por exemplo: Nestor, de 35 anos, esquizofrênico, muito autista, em geral não participa, fica alheio e muito dificilmente toma parte nas conversas em grupo. Na "conversa" instrumental, mantém um ritmo constante e intenso. Nestor opina que sua forma de participação, que ele considera ativa, é semelhante no plano musical e no verbal. Estela, que habitualmente lidera as conversas de grupo, monologando ou impondo-se ao resto do grupo, repete esta atitude, executando no seu instrumento sem períodos de silêncio, impedindo as possíveis respostas dos demais e destacando-se por causa do volume que utiliza. Ela admite seu comportamento e consegue modificá-lo no plano musical. Esta mudança é percebida mais tarde em outros aspectos de sua vida de relacionamento. Outro paciente faz comentários sobre Conrado, de 45 anos, maníaco-depressivo, dizendo que este se limita a realizar ecos das ações sonoras dos demais. Esta é uma tendência habitual de sua personalidade, uma vez que em geral participa como observador e evita assumir papéis de protagonista para aplacar seus seguidores colocados em objetos externos. Evidenciam-se assim as maneiras de relacionar-se próprias a cada paciente dentro do grupo, que refletem além disso seus padrões de relacionamento dentro do grupo familiar, e assim aumenta a nitidez com que isto é percebido pelos outros.

Pesquisa de sons corporais e instrumentais: trata-se da procura de todos os sons possíveis oriundos do próprio corpo e dos instrumentos, para sua utilização expressiva posterior. Exemplo: uma vez obtido um clima de máxima concentração, sugere-se aos pacientes que de olhos fechados tentem identificar os sons provenientes do exterior (buzinas, portas, vozes). Quando a percepção e discriminação auditiva se torna mais agudas, os pacientes são induzidos a dirigir sua atenção para o próprio corpo, começando pelos sons menos audíveis (respiração, deglutição, roçar dos dedos sobre o corpo, etc.) e chegando aos mais intensos (gritos, golpes, etc.); tomam-se exemplos individuais e comentam-se as associações, sensações e comparações ligadas aos mesmos. Com este trabalho o paciente aprofunda o conhecimento de seu próprio corpo como unidade produtora e receptora de estímulos sonoros

e tácteis. Isto ajuda a modificar a imagem do corpo desintegrado freqüente nos esquizofrênicos. O som é valorizado como meio de expressão e não como critério estético. Com uma metodologia similar efetua-se a investigação de possibilidades sonoras nos instrumentos musicais. A maneira pela qual o paciente escolhe e utiliza o instrumento manifesta aspectos de sua patologia que permitem efetuar posteriormente observações e interpretações.

Exploração de sons vocais: a maneira de abordar esta atividade corresponde à metodologia utilizada na exploração de sons corporais e instrumentais, mas é mais minuciosa. Há, geralmente, nos pacientes psicóticos uma tendência a inibir a vocalização livre, é por isso que lhes são sugeridas grande concentração e entrega para executar os exercícios. Ao mesmo tempo podem incluir-se elementos lúdicos para facilitar a tarefa, por exemplo: brincar de combinar vogais e consoantes entre si, como para inventar palavras, ou então tomar palavras já conhecidas, como os nomes de todos os integrantes do grupo e elaborar com eles diversas estruturas rítmicas, melódicas, expressivas, etc. Em estreita relação com a atividade instrumental e a possibilidade de comunicar-se por meio de sons, efetuam-se exercícios de imitação de som de instrumentos com a voz e vice-versa, estabelecendo assim diálogos com material heterogêneo. Com freqüência os pacientes expressam espontaneamente com palavras o que captam de uma mensagem instrumental de seus companheiros, e cada um pode reconhecer e avaliar sua própria emissão de acordo com o que ela foi recebida pelos outros. Desta maneira, comenta-se a forma e o conteúdo das participações individuais e sua influência no grupo; e assim como em outras atividades de Musicoterapia, aqui também se trata de modificar parcialmente os possíveis obstáculos que dificultam o desenvolvimento normal da relação de grupo, além de ajudar a sentir o próprio corpo como produtor de diversos elementos de comunicação.

Improvização: realiza-se em grupo, seja a partir de ordens concretas (por exemplo: usar sons unicamente vocais; tentar expressar um determinado sentimento, etc.), seja com total liberdade. O paciente utiliza sons vocais, corporais e instrumentais, empregando na expressão o material das pesquisas de sessões anteriores, ou aquele que surge espontaneamente durante a improvização. Esta atividade, além de tornar-se geralmente agradável para os pacientes, permite obser-



var formas de comportamento e aspectos de dinâmica de grupo tais como: condutas estereotipadas, possibilidades pessoais de expressão e criação, grau de coerência na atuação do grupo, lideranças, sabotagens, etc.

Expressão sonora e corporal de sentimentos antagônicos: Uma vez que o paciente possua elementos sonoros que possa utilizar expressivamente propõe-se-lhe que os agrupe subjetivamente de acordo com suas qualidades, por exemplo: agradáveis de um lado e desagradáveis de outro. Isto constitui um primeiro passo no exercício de discriminação de afetos opostos. Tenciona-se logo levar o paciente a expressar agressão ou ternura, a partir de diversas ordens que incluem o trabalho individual e de grupo, e utilizam-se sons vocais, corporais e instrumentais e movimentos. Este processo abarca várias sessões e se efetua levando em conta a ambivalência dos sentimentos de amor e ódio no psicótico. Uma vez que estes são os afetos fundamentais e que coexistem como tais, sem conflitos, no paciente, o trabalho tende a que este os conheça e diferencie e que possa dar um nome a que sente. Então a finalidade é a mesma que a de interpretação em psicoterapia: que o paciente possa ver diante de si seus conflitos e reconhecê-los como próprios.

Reprodução sonora do caráter dos discos ouvidos: ouvem-se dois temas musicais de caráter distinto e a tarefa consiste em reconstruir o clima sentido durante a audição de cada um deles. Por exemplo: uma canção de vaqueiro, lenta e nostálgica, em contraste com um movimento allegro de um concerto para trompete, muito festivo. A possibilidade de discriminar e reproduzir imediatamente emoções diferentes, contribui para a aquisição de novos elementos para a expressão de sentimentos antagônicos já mencionada.

Audição de gravações de sessões anteriores: a partir de um trabalho musical coletivo surge nos pacientes a idéia de gravar as improvisações para poder ouvi-las em sessões posteriores, Assim torna-se patente a intenção de conservar e recuperar o que eles mesmos produziram. Ao ouvir uma gravação, alguns pacientes reconhecem-se imediatamente na mesma, enquanto outros mostram-se espantados e desconcertados diante do que ouvem. É por causa disso que periodicamente as sessões vão sendo gravadas e ouvidas para diminuir tais sensações de estranheza e facilitar a cada paciente o reconhecimento de partes de si mesmo que per-

cebe como se fossem alheias.

Sonorização de situações concretas: consiste em construir unicamente com sons, uma história, um episódio ou uma imagem dada. Efetua-se com uma finalidade predominantemente recreativa e de integração de grupo a partir da elaboração conjunta do tema proposto. Este tipo de trabalho é adotado nos momentos em que circunstâncias tais como a iminente chegada das férias ou a incorporação massiva de novos pacientes logo depois das mesmas podem provocar conflitos no grupo. A situação representada com sons pode ser, por exemplo, uma excursão imaginária de grupo com todos os detalhes (a viagem, os ruídos da natureza, etc.) ou então estar estreitamente vinculada com a realidade como no caso da sonorização do reencontro posterior às férias.

Audição de discos alusivos a um tema específico: depois do processo de reconhecimento de sentimentos antagônicos, os pacientes manifestam a preocupação de aprofundar um desses sentimentos, e escolhem entre todos o amor. Os musicoterapeutas propõem então que cada um procure temas discográficos que considere alusivos a esse afeto, levando em conta a gama de sensações, formas e emoções que o mesmo pode abarcar. Trata-se de levar o paciente a aceitar a existência de aspectos distintos e até mesmo contraditórios de seus próprios sentimentos.

Canções: podem surgir espontaneamente no decorrer da sessão como consequência de alguma outra atividade musical, ou então estar incluída no planejamento correspondente. Trata-se geralmente de canções populares folclóricas. De todas as atividades da área sonoro-musical, esta apresenta-se como a mais fácil para o paciente, por tratar-se de uma forma de expressão conhecida e que não exige um compromisso direto de exteriorizar conflitos próprios. Entoar canções permite desfrutar o prazer de uma ação compartilhada por todos, criando-se um clima de alegria e despreocupação importante para a integração e a coesão do grupo.

Área de movimento e expressão corporal

Os itens trabalhados nas sessões dedicadas ao movimento e à expressão corporal são os seguintes:

Relaxamento: geralmente a primeira parte da sessão é dedicada ao relaxamento cuja função primordial é preparar e dispor o corpo para o trabalho. Trata-se de levar o paciente a afrouxar a tensão, a "soltar-se", a concentrar-se e



conseguir uma maior e melhor percepção do próprio corpo, a partir do reconhecimento de zonas tensas, o grau de dificuldade para relaxar certas partes do corpo, a distribuição do peso e os diversos pontos de apoio em posturas diferentes, o controle do ritmo respiratório, etc. O estímulo para o relaxamento se dá em alguns casos através de ordens verbais e em outros através do som. Utiliza-se material discográfico, gravações, ou música executada no momento pelos terapeutas com alguns dos seguintes instrumentos: tambores, maracás, flautas doces, violão, piano, celesta e vozes. Trabalha-se também o relaxamento imitando modelos dados por um dos terapeutas (por exemplo: rotação da cabeça e dos ombros, tensão ou relaxamento dos membros superiores ou inferiores a partir de movimentos, etc.) Excetuando este último tipo de exercícios, que se realizam de pé ou sentados, o relaxamento é feito na posição deitada de boca para cima tentando instalar-se na posição mais cômoda possível e com os olhos fechados.

Esquema corporal: a partir não só da interpretação em psicoterapia, mas também da vivência concreta do próprio corpo, tenta-se modificar a imagem do corpo despedaçado e desintegrado e a distorção das estruturas temporo-espaciais do psíquico. Para essa finalidade trabalham-se vários aspectos estreitamente relacionados entre si e expostos aqui separadamente para sua melhor compreensão.

Espaço: induz-se ao conhecimento do espaço próprio e compartilhado, parcial e total; por exemplo: propõe-se aos pacientes que, deitados no chão, ocupem com seu corpo o máximo de espaço (separando, distendendo, abrindo, estendendo) e que logo depois cubram a menor superfície possível (juntando, contraindo); que se incorporem, crescendo no espaço e se desloquem realizando os movimentos mais amplos e utilizando o maior espaço total; que se movam em diferentes direções ocupando todos o mínimo espaço próprio e compartilhado; que ocupem entre todos o maior espaço, criando em grupo as formas mais amplas possíveis, ou então que ocupem o menor espaço compartilhado constituindo formas compactas e pequenas. Contribui-se também para o reconhecimento por parte dos pacientes do espaço em que trabalham, por meio de exercícios tais como: perceber taticilmente a superfície em que se apoiam; descrever com as mãos traços de diferentes formas e tamanhos como se desenharem no espaço; ante um estímulo sonoro determinado, pôr diversas partes do corpo em contacto com as



paredes como se estas as atraíssem magneticamente, etc., conseguindo assim que o paciente relacione seu corpo com os objetos do meio, os limites espaciais e que meça as distâncias entre eles a partir do movimento. Usam-se, além disso, objetos tais como elásticos fechados de diversos tamanhos, como meio para conseguir uma melhor compreensão e utilização do espaço próprio e compartilhado.

A imagem própria e a do companheiro: um dos trabalhos consiste em desenhar a própria imagem no espaço, o que permite detectar o conhecimento e a idéia que cada paciente tem de seu próprio corpo, a partir do grau de coerência entre a imagem real e a forma pela qual a descreve com movimentos. Por exemplo: Estela, desenhando a própria imagem, com uma das mãos realiza o movimento e com a outra vai apalpando, tocando as partes do corpo que desenha como referência. Entretanto não há relação entre as proporções reais e as linhas que traça. Além disso, não desenha membros inferiores, o que coincide com o que conhecemos de sua história clínica a propósito de sua marcante inibição sexual. Da cintura para baixo seu corpo não existe para ela. Nega seus órgãos genitais. - Norma executa com uma só mão movimentos rápidos e pequenos, repetindo-os de maneira constante. Seu desenho é objetivamente indecifrável. Os movimentos que realiza representam um controle obsessivo de seus elementos psicóticos e demonstram o alto grau de confusão em torno de seu esquema corporal. Outras atividades relacionadas com o conhecimento da própria imagem são, por exemplo, os exercícios repetidos de relaxamento em que se insiste no conhecimento e percepção de cada zona, os pontos de apoio, a superfície que o corpo ocupa, etc.; executar movimentos com os olhos fechados e a um sinal dado parar e imaginar a posição do corpo e sua localização no espaço, abrir os olhos e verificar se o que se observa coincide com a idéia de cada um; logo que realizar um trabalho corporal muito ativo, evocar o próprio corpo em movimento, o esforço dispendido, as maneiras de utilizar os músculos; escutar sem se mover um terço musical (muito rítmico) e imaginar os movimentos e ações que cada um realizaria. Em outros exercícios, com parceiro, um paciente propõe movimentos e o outro os reproduz simultaneamente como um espelho, ou então um deles executa um movimento, uma ação e o outro o imita quando ele termina, em forma de eco. Convm lembrar que na área sonoro-musical o eco rítmico é uma das primeiras



atividades que se realizam. O trabalho em espelho e o eco de forma corporal permitem que o paciente avalie e reconheça sua própria ação a partir da resposta ou devolução do companheiro. - Nestor não imita exatamente o modelo, prolonga e modifica os movimentos, por momentos fecha os olhos, seus movimentos em espelho são geralmente posteriores aos do modelo, no trabalho de eco tenta reproduzir simultaneamente os movimentos do outro, confunde a lateralidade, etc; propõe movimentos similares entre si, estereotipados. Ao concluir este trabalho, sugere a necessidade de dedicar-se mais tempo a cada parte do mesmo para que lhe seja possível assimilá-lo. Este paciente apresenta delírio e um alto grau de desorganização que o impede de distinguir-se do outro e localizar-se temporal e espacialmente em relação ao companheiro e à atividade em si. A partir das dificuldades que Nestor manifesta, estas são levadas em conta nas sessões posteriores, respeitando-se as suas necessidades quanto ao tempo. Para que o paciente estruture melhor seu esquema corporal é necessário que diferencie e reconheça a imagem corporal de seus companheiros. O fato de observar e visualizar como um todo a imagem do outro contribui para a integração numa unidade das partes do próprio corpo, desagregadas na fantasia do esquizofrênico. Trabalha-se este aspecto a partir de exercícios tais como: imaginar que se modela, molda, esculpe no espaço a figura do companheiro, burilando cada detalhe e tentando respeitar no máximo as proporções; durante um trabalho coletivo, sustar o movimento quando é dado um sinal e observar a imagem e a postura de cada um dos companheiros; em dois grupos, um deles observa o trabalho do outro.

Tensão e relaxamento: trabalha-se a partir de diversos exercícios que tendem a conseguir do paciente um melhor manejo da tensão ou distensão de seus músculos. Começa-se trabalhando deitados no chão e conclui-se com movimentos e deslocamentos a fim de que o paciente seja capaz de perceber em seu próprio corpo e visualizar em seus companheiros atitudes corporais rígidas ou relaxadas. Exemplo de uma sessão: 1º) deitados com a boca para cima, tensionar e afrouxar cada parte do corpo (rosto, braços, abdômen, etc.) a partir de ordens verbais; 2º) tensionar ou afrouxar todo o corpo conforme um estímulo sonoro dado (flutuações de uma flauta de êmbolo até o agudo para a tensão e o grave para o relaxamento; 3º) pressionar a parede com diferentes



partes do corpo como se a empurasse, ou descansar a partir dos sons de uma flauta doce. 49) Mover-se como se impelisse um carro ladeira acima ou ladeira abaixo segundo as flutuações da flauta de êmbolo; 59) deslocar-se alternadamente como um boneco de pau (com o som do tambor) ou de pano (com o pandeiro); 69) dois a dois, deslocar o companheiro, empunhando-o como se fôsse uma carga pesada (registro grave do piano) ou leve (registro agudo). O companheiro, por sua vez, deve oferecer mais ou menos resistência 79) Improvisar com instrumentos musicais tentando expressar tensão-relaxamento, força-descanso.

Além de favorecer um melhor estabelecimento do esquema corporal, este trabalho visa modificar o controle dos impulsos que o psicótico coloca em seu corpo e a conseqüente rigidez corpórea que lhe é característica. A diferenciação de ações e sensações corpóreas antagônicas possibilita uma melhor compreensão e discriminação geral de percepções opostas entre si.

Integração das partes do corpo em movimento: induz-se ao movimento de partes distintas do corpo para chegar a integrar cada uma delas em movimentos que empenham o corpo em sua totalidade. A finalidade é que o paciente consiga a partir da ação diferenciar e reconhecer como própria cada parte de seu corpo para que possa incluí-la num todo estruturado.

Regressão: a partir do estímulo sonoro e do trabalho corporal contribui-se para que o paciente alcance estados regressivos no transcurso da sessão. Uma vez que as etapas às quais o paciente regride são aquelas em que se sente mais seguro e protegido, esta experiência modifica sua maneira de enfrentar o presente. Cada vivência regressiva e o posterior retorno da mesma, traz ao paciente novos elementos experimentais que facilitam sua conexão com a realidade. - Produz-se então uma regressão formal em que os modos de expressão e representação habituais são substituídos por outros mais primitivos, uma regressão cronológica a um modo ou objeto de gratificação correspondente a etapas anteriores e regressões tópicas ou do pensamento produzidas pelas lembranças, evocações, etc.

Trabalha-se especificamente a regressão durante cinco sessões. Na primeira delas a ordem é mover-se livremente, enquanto se escuta repetidamente uma só canção. Os objetivos são: 19) dar uma única ordem ampla que outorgue um



grau máximo de possibilidades de ação, que sugira movimentos sem determiná-los quer dizer, que não induza a atitudes corporais concretas e específicas. Desta forma outorgar ao som musical o papel predominante e essencial no estímulo para o trabalho. 2º) Utilizar como estímulo sonoro um tema musical muito terno, infantil, tranqüilo, suave, melódico, reiterativo, que é repetido integralmente várias vezes para dar continuidade à ação, evitar imprevistos que possam perturbar a ação e concentração no próprio trabalho, e permitir que cada um disponha do tempo necessário para entregar-se ao trabalho e pesquisar e reelaborar os próprios movimentos. 3º) Ter a possibilidade de observar: a) o efeito regressivo da música a partir da resposta de cada paciente; b) a reação individual ante a amplitude da proposta e grau de dependência das ordens dos terapeutas; c) iniciativa de movimentos e suas características; d) tendência para o trabalho individual ou de grupo. Os pacientes respondem da seguinte maneira: Estela (24 anos, fronteira) imagina que tem um bebê e todos os seus movimentos representam ações dirigidas para ele (embalá-lo, protegê-lo, levantá-lo nos braços, acariciá-lo, brincar com ele). - Conrado (45 anos, maníaco-depressivo) caminha lentamente ao ritmo da música, balança-se e permanece um bom momento deitado acariciando o chão. Nos comentários finais disse que se havia recordado durante a sessão do tempo em que fazia dormir seus filhos quando eram pequenos. Ele se mostra muito relaxado, sua voz é mais grave do que de costume e ele fala lenta e pausadamente. - André (39 anos, esquizofrênico hebefrênico, rigidez muscular) logo depois de permanecer um momento deitado e imóvel, ergue-se e caminha ladeando o espaço ocupado por seus companheiros. Nos comentários disse haver imaginado que seus companheiros eram bebês de quem ele cuidava. - Nestor (34 anos esquizofrênico paranoico, alucinações auditivas) no chão adota a posição fetal, por vezes acaricia-se e abraça-se, fica muito quieto e parece dormir. É o único que não associa a música escutada com bebês. No controle psicológico da sessão vê-se como Nestor, o paciente mais autista e portanto o mais regressivo, não associa conscientemente o tema musical com a infância porque nesse momento ele mesmo sente-se um bebê. Em todos os pacientes o tempo psicológico parece menor do que o tempo real, eles têm a impressão de que a sessão durou cerca de quinze minutos e ficam surpresos ao saber que trans

Caixa: 88

Lote: 55
PL N° 2303/1979

109



correram cinqüenta minutos. Em sessões posteriores algumas das ordens, a partir das quais pretende-se trabalhar aspectos regressivos, são as seguintes: fazer-se pequeno, ocupar o mínimo de espaço, abandonar-se aos movimentos que um companheiro imprime, etc. Numa destas sessões todas as propostas sugerem o contacto com o elemento aquoso como, por exemplo, a chuva, o mar, um banho de imersão. Num momento do trabalho em que a ordem é imaginar-se flutuando dentro de uma pequena bolha, André se senta em posição fetal e se balança em sentido ântero-posterior. Continua com este balanço uns segundos depois que a música terminou. Comenta que esse momento pareceu-lhe muito agradável e prazeroso, e disse haver estado tão concentrado que apesar de ter ficado de olhos abertos praticamente não via o que o rodeava. Declara que a bolha e a água sugeriram-lhe movimentos de balanço e que em certo momento recebeu que a bolha pudesse romper-se e ele cair. Na supervisão psicológica da sessão observou-se que, apesar do medo de perder pé produzido pela imagem da bolha, André pôde de toda maneira fazer a regressão e dela voltar levando o tempo necessário e continuar um pouco o balanço uma vez terminado o estímulo sonoro.

Comunicação não-verbal através do movimento: a princípio sugerem-se aos pacientes diferentes imagens a partir das quais cada um pode criar seus próprios movimentos. Estas imagens organizam-se em seqüências, como por exemplo: uma viagem através de diversos lugares (bosques, riacho, selva impenetrável, campo aberto); a representação corporal de elementos da natureza (flor que cresce, pássaros, espigas, que a brisa balança) ou a tentativa de reproduzir com movimentos as características de diversos instrumentos musicais tocados pelos companheiros.

Mais tarde trabalha-se a comunicação pelo corpo num ciclo de três sessões. Na primeira delas, a partir de diversos temas musicais, cada um deve imaginar histórias ou situações próprias e traduzi-las em movimentos; na segunda sessão escutam-se primeiro três temas musicais de características diferentes a partir dos quais os pacientes devem imaginar histórias ou situações como as que logo vão trabalhar corporalmente e mais tarde cada um por sua vez escolhe um desses temas musicais e conta ou mostra com movimentos aos demais o que imaginou durante a audição. Logo de-



pois de cada trabalho individual comenta-se o que foi realizado e de que forma foi entendida a mensagem corporal; na última sessão deste ciclo, cada um deve pensar numa história ou imagem que queira transmitir a seus companheiros, pedir aos musicoterapeutas o tipo de música que deseja que executem para acompanhar seu trabalho, e logo expressar corporalmente sua idéia. A elaboração e expressão através do movimento corporal dos conflitos e fantasias dos pacientes fornecem material a ser retrabalhado nas sessões de psicoterapia de grupo, uma vez que o paciente expressa corporalmente emoções e afetos próprios que não pode explicitar verbalmente. Este trabalho permite que os terapeutas avaliem o grau de coerência entre o que o paciente expressa com o corpo e o que posteriormente comenta a propósito do que realizou, e dá ao paciente a possibilidade de comparar a mensagem que quis transmitir a seus companheiros e o que estes compreenderam da mesma. A linguagem corporal alude diretamente ao inconsciente do paciente, dado que seus movimentos e atitudes corporais, libertos da máscara defensiva das palavras, revelam-no. A mensagem corporal torna-se mais clara para os companheiros do paciente, uma vez que o psicótico possui um nível de percepção diferente e característico, particularmente sensível aos conteúdos inconscientes dos símbolos.

Relação com o outro: o psicótico se retira e se fecha em si mesmo, e distorce as relações objetivas para escapar de um mundo onde se sente impotente para enfrentar conflitos insolúveis. A partir das técnicas de que constam as áreas que compreendem o tratamento, pretende-se fazer com que o paciente adquira uma noção mais clara de quem é o outro e do veículo existente entre ambos. Em Musicoterapia trabalha-se com a expressão corporal de afetos, possibilitando ao paciente utilizar voluntariamente seu corpo como transmissor e receptor de sentimentos com que se relaciona. Realizam-se além disso exercícios de confiança em que um paciente abandona-se às ações corporais de outro, que por sua vez é responsável pelo companheiro que depende dele. Por exemplo: um paciente com os olhos fechados deixa-se guiar por outro através do salão, ou então se abandona totalmente relaxado aos movimentos que outro lhe imprime.

No psicótico, a ausência de um esquema corporal claro e a distorção das relações temporo-espaciais traz aparelhada a falta de consciência dos próprios limites corporais. Além disso, são frequentes no psicótico as fantasias de danos que possa sofrer pelo contacto com outro corpo. Em Musicoterapia trabalha-se gradualmente o contacto físico com o outro para que, a partir do mesmo, o paciente experimente a sensação de limites fixos corporais e modifique as fantasias de perigo associadas ao contacto corporal. Por exemplo: o paciente deve imaginar que as palmas de suas mãos são dois ímãs e que, diante de um estímulo sonoro, uma parte qualquer do corpo de um companheiro atua como centro de atração magnética ou então deve responder à ordem de



ocupar entre todos o espaço mínimo compartilhado, a forma menor e mais compacta.

Quando o grupo passa por um momento perturbador (como por exemplo a chegada iminente das férias), a elaboração corporal da situação permite que cada paciente enfrente o conflito partindo de uma nova perspectiva dada pela experiência concreta vivida.

Som e movimento: nas sessões de Musicoterapia dedicadas ao movimento corporal sempre se utiliza o som. Pretende-se integrar o estímulo auditivo aos movimentos do corpo, mesmo que em determinados momentos do trabalho se use o silêncio.

Em algumas sessões trabalha-se com discos previamente selecionados de acordo com os objetivos fixados para cada sessão. O disco pode acompanhar os movimentos a partir de uma ordem verbal dada ou funcionar como estímulo por si mesmo. Por exemplo, certo tipo de trabalho consiste em que os pacientes reproduzam corporalmente imagens como o voo de um pássaro, o crescimento de uma flor, etc., ou realizem movimentos livres com determinada parte do corpo. Para cada imagem s gerida ou cada parte do corpo escolhem-se temas musicais com qualidades relacionadas com o tipo de movimento induzido verbalmente. Em outros trabalhos, os pacientes devem criar livremente a partir das imagens associadas ao tema musical.

Utilizam-se fitas gravadas quando a sessão exige um material sonoro cuja duração e continuidade não se encontram no disco ou quando os sons a ser empregados não pertencem a um disco nem podem ser produzidos durante a sessão. Por exemplo: na fita composta para a sessão em que se trabalha com a idéia do elemento aquoso utilizam-se fragmentos extraídos de discos e efeitos realizados pelos musicoterapeutas, tais como o som dos movimentos da água num balde e voz cantada para uma das imagens, e celesta e guitarra elétrica com vibrato para a outra imagem. Em outros casos, a música é executada na hora pelos musicoterapeutas, como nas improvisações que acompanham freqüentemente o momento de relaxamento e a execução de determinados temas que acompanham o trabalho corporal. O som dos instrumentos também pode atuar como sinal naqueles exercícios em que os pacientes devem responder corporalmente a ordens sonoras estabelecidas, como por exemplo: executar movimentos tensos ou relaxados segundo o registro agudo ou grave do piano ou da flauta de ômbolos; formar grupos de tantos integrantes como o indica o número de golpes dados num pandeiro, etc. En fim, o som para o trabalho corporal pode ser produzido pelos pacientes, como no exercício em que um deles deve improvisar num instrumento e os outros devem traduzir em movimentos as características do som.

O relato desta experiência concreta demonstra que as técnicas musicoterapêuticas representam uma contribuição útil no tratamento dos pacientes psicóticos.

Para concluir, os autores do presente trabalho agradecem a valiosa e desinteressada colaboração da Dra. Martha Arre



gui, sem cujo auxílio no esclarecimento do material psicológico utilizado a experiência não teria podido desenvolver-se como foi e expressam também sua gratidão aos professores musicoterapeutas Cecilia Kamen e Roberto Reccia, graças a cujo apoio e assessoramento foi possível tal experiência.

* * * * *

"CURSOS"

A ABMT promoveu o curso "Musicoterapia nos Problemas Neurológicos, Motores e Emocionais" ministrado pela Prof.^a Vida Brenner de Aigenwasser. O curso foi realizado na ABBR durante o período de 16 a 20 de outubro de 1978 e constou dos seguintes assuntos:

- Introdução
 - Paralelismo entre o desenvolvimento ontofilogenético e o desenvolvimento do processo musical.
 - Relação do homem com a música.
- Musicoterapia
 - Definição e delimitação do campo.
 - Como, por que e para que.
 - Aptidão musical, fundamentação.
- Iatrogenia
 - Problemas de prejuízo que podem ser causados pela Musicoterapia.
 - Código de ética.
- Técnicas de aproximação e mobilização
 - Qual, com quem e acnde
 - Profilaxia e reabilitação
 - Perturbação motora e sua ligação com perturbações de comunicação e comportamento.
- Metodologia
 - Métodos de musicalização - Orff, Willems, Dalcroze e Martenot.
 - Sua utilização em musicoterapia
- Discussão de casos apresentados pelos musicoterapeutas presentes.
- Apresentação de casos através de slides.

A ABMT publicará em breve um resumo completo do curso em forma de apostila, que será levado ao conhecimento dos que fizeram o curso e dos sócios.

O Departamento de Cursos fará realizar o "Curso de Introdução à Terapia pelo Movimento" ministrado pela Prof.^a Eloisa Adler Scharfstein.



INFORMAÇÕES GERAIS:

1. Objetivos

- 1.1 - Oferecer noções fundamentais de terapia pelo movimento.
- 1.2 - Explorar na teoria e na prática o valor terapêutico do movimento.

2. População-alvo: profissionais e estudantes de Musicoterapia, Fisioterapia, Psicologia, Psiquiatria e Expressão Corporal.

3. Vagas: 15 alunos

4. Carga horária: 10 horas

5. Calendário: Dias 8, 10, 15, 17, 22 e 24 de maio

6. Horário: 20 horas às 22 horas

7. Local: Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - ABBR (Setor de Musicoterapia) - Rua Jardim Botânico nº 660.

8. Certificados: Serão concedidos certificados de frequência aos alunos que frequentarem 75% das aulas.

PROGRAMA:

1. O que é a terapia pelo movimento? Origem e evolução. Aplicação na área de saúde mental. Formação do terapeuta pelo movimento. Discussão e apresentação da bibliografia.
2. Análise de movimento. O sistema "Esforço-forma". Aplicações em pesquisas antropológicas. Experiência prática de alguns conceitos.
3. Enfoque teórico e prático de técnicas psicodramáticas utilizadas na terapia pelo movimento: aquecimento, ação e verbalização.
4. O movimento e a criatividade. Uso de técnicas projetivas.
5. Improvisação e livre-associação. A linguagem e o corpo.
6. Discussão de diferentes movimentos e suas implicações psicológicas. Conceitos de confiança, coesão de grupo, empatia abordados através do movimento.

* * * * *

Bibliografia recomendada

Juliette Alvim - Music Therapy for the Autistic Child - Oxford University Press

* * * * *

Sup. 2.303/79

Associação Brasileira
de
MusicoTerapia

Boletim N.º **10**

RIO DE JANEIRO — OUTUBRO DE 1979



Boletim nº 10 -- Ano V

Novembro -- 1979

Órgão Oficial da Associação Brasileira
de Musicoterapia -- ABMT

Departamento de Divulgação

Sede Provisória

Conservatório Brasileiro de Música

Av. Graça Aranha, 57 -- 12º andar

Rio de Janeiro



ÍNDICE

Diretoria	1
Editorial	3
Tratamento musicoterápico de criança com paralisia cerebral com comprometimento na área de linguagem e sensibilidade Esther Nisenbaum	5
Reunião das Associações brasileiras de Musicoterapia em São Paulo	16
Musicoterapia aplicada a uma adolescente deficiente mental Lucy El-Jaick	17
Locais de trabalho onde atuam musicoterapeutas formados pelo Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro.....	25
Uma investigação experimental sobre a relação entre ansiedade e preferências musicais Frederico Archer de Britto Manso Cláudio de São Thiago Cavas	26
Psicodrama musical -- uma nova orientação em musicoterapia Joseph J. Moreno	31
Sobre a Resolução nº 004/79 do Conselho Federal de Psicologia	42
Musicoterapia no Instituto Benjamin Constant	46
Terapia do relacionamento através da música, com meninos desajustados Terry Sheppard	47
Artigos já publicados nos Boletins da ABMT	51

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

DIRETORIA

PRESIDENTE: GABRIELE DE SOUZA E SILVA

- 1º Vice-Presidente -- Lia Rejane Mendes Barcellos
2º Vice-Presidente -- Lenita Bianchi
1º Secretário -- Ivette Farah
2º Secretário -- Eliane Carvalho de Azevedo
1º Tesoureiro -- Jeanette Elpern
2º Tesoureiro -- Berta Seixas

CONSELHEIROS

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| Prof. Augusto Rodrigues | Profa. Natércia Pontes Machado |
| Profa. Cecília Fernandez Conde | Profa. Noemia Varela |
| Dr. Inácio de Sá Parente | Profa. Olívia Pereira |
| Profa. Maria de Lourdes Sá Parente | Dr. Pedro Antonio de Souza |
| Dra. Magda Navarro Rubio | Dra. Sarah Couto Cesar |
| Profa. Marta Nascimento | Dr. Virgílio Almansur |

SÓCIOS HONORÁRIOS

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| Dr. Roberto Alexandre Quilelli | Profa. Juliette Alvin |
| Dr. Jaques Nirenberg | Dra. Nise da Silveira |
| Profa. Doris Hoyer de Carvalho | Dr. Rolando Benenson |
| Dr. Paulo Cesar Muniz | Profa. Renata Aragão Silveira |
| Profa. Helena Antipoff (in memorian) | |

DEPARTAMENTOS

DIVULGAÇÃO

- Marco Antonio Carvalho Santos
Annete Mendes Assumpção Chaves
Gilca Maria Hubner Vieira Napier
Lia Rejane Mendes Barcellos
Raquel Durães
Tradutora: Eliane Carvalho de Azevedo

CURSOS

- Berta Seixas
Elizabeth Maria Rebello Moreira
Hen Katia Schumer
Raquel Stella Levy

PESQUISA

- Federico Archer de Britto Manso
Claudio De São Thiago Cavas
Ivette Farah
Lia Rejane Mendes Barcellos
Lucy El Jaick Lessa

APLICAÇÃO

- Valeria Furst
Clara Rotstein
Maria de Lourdes Sá Parente
Vera Bloch Wrobel





EDITORIAL

Este décimo número do Boletim da ABMT encerra uma etapa na sua existência. Uma etapa que exigiu muito esforço de um pequeno grupo de pessoas decididas a transformar a Musicoterapia em uma realidade no Brasil. A criação desse Boletim representou um importante marco neste processo servindo para divulgar trabalhos realizados no nosso país e trazendo para o nosso meio experiências de outras regiões do mundo. Diante da ausência de bibliografia especializada na nossa língua, constituiu-se em fonte de consulta e de circulação de informações entre os musicoterapeutas, além de desempenhar enorme papel na divulgação da MT junto a profissionais da área médica e para-médica.

Hoje sentimos a necessidade de ampliar o seu alcance. A situação da Musicoterapia já não é a mesma. Existem dezenas de musicoterapeutas formados e a ABMT já completou dez anos de fundação. Precisamos de um Boletim à altura de nossa necessidade atual de tornar a nossa especialidade amplamente conhecida. Neste sentido a Diretoria da ABMT decidiu transformar o nosso Boletim em uma publicação impressa e de maior tiragem. Isso representa, no entanto, um dos aspectos da transformação pretendida.

Precisamos enriquecê-lo com contribuições de um maior número de associados que escrevam sobre o seu trabalho e suas pesquisas e nos enviem, já que hoje são poucos os que o fazem. O nosso Boletim deveria ter em todos os membros da ABMT um colaborador e não apenas um leitor.

Não podemos nos fechar em um isolamento como se o nosso campo de atuação fosse já muito estabelecido. Carecemos ainda de muita discussão, pesquisa e intercâmbio para alcançarmos maior clareza e eficiência no nosso trabalho, assim como o reconhecimento efetivo da Musicoterapia como uma especialização científica. Este Boletim se propõe a desempenhar um papel importante nesse processo e o fará tanto melhor quanto maior for o compromisso de todos os musicoterapeutas com a realização desses objetivos.



TRATAMENTO MUSICOTERÁPICO DE CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL
COM COMPROMETIMENTO NA ÁREA DE LINGUAGEM E SENSIBILIDADE

(Trabalho desenvolvido em gabinete particular)

Esther Nisenbaum
Musicoterapeuta formada pelo CBM
(Rio de Janeiro) em 1977

1. HISTÓRICO

1.1. Identificação

S.E., sexo feminino, nascida em 10.05.66, natural do Rio de Janeiro, residente em Copacabana, de religião católica.

1.2. Condições de nascimento

Gestação e parto normais, prematura de peso (1.400 kg). Passou o primeiro mês de vida na incubadeira até atingir peso satisfatório.

1.3. Desenvolvimento

Com 2 e 3 anos de idade teve duas convulsões, por ocasião de febre alta. Falava, embora apresentasse distúrbio de linguagem. Progressivamente entrou em mutismo. Desde os primeiros meses de vida, devido à sua lenta evolução, S. foi submetida a inúmeros exames neurológicos e psiquiátricos e, conseqüentemente, a diversas formas de terapia.

1.4. Diagnóstico diferencial

Recebeu o diagnóstico neurológico de Encefalopatia Crônica da Infância com hemianestesia esquerda, e diagnóstico psiquiátrico de deficiência mental. O quadro apresentado, no entanto, levou-nos a consultas a profissionais capacitados que, imediatamente suspeitaram de Encefalopatia Infantil Psicotizada. Para ilustração, apresentamos um resumo do estudo feito sobre este diagnóstico diferencial.

O Conceito de Psicose Infantil

Já Kraepelin e Bleuler mencionavam o fato de que, em alguns de seus pacientes, o início de psicose remontava à infância. Embora outras referências tenham surgido, é claramente com Leo Kanner e L. Bender que a situação da psicose infantil se define com mais precisão, com as descrições de autismo infantil e esquizofrenia infantil, respectivamente. Até hoje, entretanto, o problema nosográfico permanece pouco esclarecido. A denominação utilizada mais comumente nos EUA é a de esquizofrenia, enquanto na Europa usa-se mais a de psicose infantil. E, sob um ou outro nome, englobam-se síndromes com diferentes sintomatologias ou quadros semelhantes do ponto de vista clínico, mas interpretados diferentemente do ponto de vista patogênico.

Clinicamente, pode-se definir a Psicose Infantil, segundo A. Juriaguerra, como um transtorno de personalidade, dependente de uma desordem da organização do Eu e da relação da criança com o mundo circundante, que se caracteriza por:

• uma conduta inapropriada frente à realidade: retraimento de



- tipo autístico ou fragmentação do campo da realidade;
- uma restrição do campo dos objetos;
 - catexis cognitivas afetivas e de atividade, insuficientes ou parcialmente exageradas, demasiado focalizadas ou esparsas, que produzem condutas hiper-rígidas ou inconsistentes;
 - uma vida imaginativa pobre, ou de tipo mágico-alucinatorio, aplicada sobre a realidade;
 - uma atitude demasiado concreta ou demasiado abstrata, restringida, que limita a mobilidade do campo do pensamento e da ação;
 - uma comunicação restringida ou distorcida, tanto pelo que se refere aos intercâmbios verbais como aos emocionais e afetivos;
 - uma relação inadequada com as pessoas.

O autor alerta, entretanto, para o perigo de confundir, do ponto de vista patogênico, todas as formas que entram neste quadro.

O Conceito de Encefalopatias Infantís Psicotizadas

Ajuriaguerra refere-se às encefalopatias infantís psicotizadas entre formas particulares ou marginais de psicoses infantís. Cita Hinton, que admite que um fundo familiar inadequado vai geralmente associado ao desenvolvimento de uma psicose, mas considera que um transtorno grave dos lóbulos temporais e frontais pode produzir sintomas psicóticos na criança com predisposição familiar ou sem ela.

Pode-se indagar se uma psicose infantil precoce muito deteriorante poderia resultar em deficiência intelectual ou, ao contrário, se uma lesão cerebral em uma criança com deficiência mental pode mudar seu modo de percepção e permitir que a psicose se exerça em uma criança já limitada.

Nas crianças com síndrome cerebral crônica associada à psicose, a resposta afetiva está moderadamente intacta, na medida em que se refere aos objetos animados. Nestas crianças é possível o contato físico, e a linguagem é imatura, mas permite a comunicação. As atividades lúdicas são de tipo primitivo, mas menos estereotipadas e atípicas que no autismo precoce e na esquizofrenia infantil. A hiperatividade global é corrente com frequentes acessos impulsivos.

Nos casos de autismo infantil precoce e esquizofrenia infantil, as investigações psiconétricas podem manifestar porções de funcionamento intactas ou boas execuções não verbais. No caso de uma síndrome cerebral crônica com psicose, o quadro psicológico pode se apresentar sob a forma de um déficit ou disfunção semelhante à de psicoses infantís.

Nestes quadros, não se trata de diagnosticar ou de distinguir as encefalopatias das psicoses, ou de as opor, mas sim manifestar até que ponto a personalidade destes sujeitos está modificada por uma imbricação de fatores intrínsecos ou extrínsecos, isto é, de saber até que ponto pode-se falar em uma psicotização das oligofrenias.



2. ENCAMINHAMENTO À MUSICOTERAPIA

A paciente foi encaminhada à musicoterapia sobretudo devido à inadaptação social e isolamento em que se encontrava, bem como à sua dificuldade em aproveitar o atendimento psicológico ao qual se submetera durante dois anos (dormia na hora das sessões).

Ficou estabelecido que o atendimento musicoterápico seria em meu gabinete de trabalho duas vezes por semana, em sessões com a duração de 60 min. cada uma.

Os objetivos principais do tratamento se resumem em procurar promover na paciente o desenvolvimento nas seguintes áreas:

- a. da personalidade - mudança de comportamento, no sentido de um relacionamento mais positivo com as pessoas, com a natureza e com situações as mais diversas;
- b. social - para auxiliá-la a conhecer o seu lugar na comunidade;
- c. intelectual - para acompanhar, de forma mais harmônica, seu ritmo natural de crescimento da inteligência;
- d. da vida emocional - contribuir, entre outras coisas, para um ambiente familiar mais favorável.

3. O GRUPO FAMILIAR

3.1. Entrevista com a mãe

A paciente era rejeitada pelos pais e irmã, que tinham dificuldade para aceitá-la tal como era. Portanto, praticamente inexistia qualquer diálogo entre a paciente e sua família. S. não fixava o olhar, vivia de cabeça baixa e tinha o costume de sentar-se ou esconder-se em posição fetal.

A rejeição à filha e dificuldade em aceitar sua deficiência ficou patente durante a entrevista com a mãe. Para não ter de enfrentar o problema (e também devido a problemas financeiros), a mãe se ausentava muito; trabalhava em regime de tempo integral, e assim afastava-se o mais possível do convívio com a menina. O pai corretor de imóveis, aproveitava a natureza de sua profissão para ficar sempre fora de casa, inclusive nos fins de semana.

Durante esse primeiro contato com a mãe, sua carga de ansiedade era visível, no olhar, no modo de falar. Nervosa, ela fumava o tempo todo. Disse que o pai dificilmente compareceria a uma entrevista. Ele nunca ia ao médico com a filha. A mãe confessou também estar cansada de percorrer sozinha os consultórios médicos, e de acompanhar sempre a filha na longa série de exames médicos e psicológicos. Nos últimos dois anos, tendo acompanhado S. à psicóloga, suas forças haviam se exaurido.

A paciente também não era aceita pela irmã (três anos mais velha), o que foi constatado no decorrer dos trabalhos e confirmado pela mãe.

Pude observar, nessas primeiras entrevistas, que o grupo familiar tinha uma imagem distorcida da realidade de S., pelas defesas que a mãe utilizava em nossos encontros. Por ex. dizia: "S. não tem nada". "Em nossa casa ninguém gosta de estudar." "Meu ma



rido não foi além do primeiro grau. "M. (a outra filha) vive repetindo o ano, e eu... fui péssima aluna!" "Logo, S. teve a quem sair".

O grupo familiar negava a deficiência da paciente. Essa atitude dos pais chegou ao ponto de matricularem a menina em escola comum. O pai insistia em forçá-la a seguir estudos normalmente, pois acreditava que ela poderia fazê-lo, se assim o quisesse.

Como consequência, S. entrou progressivamente em mutismo. Na escola era sempre motivo de riso e zombaria das outras crianças. Começou a isolar-se, tornou-se triste e não brincava com ninguém, até recusar-se a ir à escola (onde permanecera durante dois anos).

Em casa, trancava-se no seu quarto e permanecia horas a fio debaixo da cama ou das poltronas. Escondia-se, não falava com ninguém, ausentava-se de tudo. Nesse ponto, os pais resolveram recorrer ao auxílio de uma psicóloga, que redundou infrutífero.

3.2. Orientação para o grupo familiar

Dado o comportamento da família e sua dificuldade para adaptar-se ao tempo específico da criança, fez-se necessário a orientação familiar.

Nos primeiros meses era dada só à mãe, pois o pai negava-se a comparecer. Procurei mostrar-lhe em que consistia nosso trabalho musicoterápico com S. e frisei a necessidade de o grupo familiar manter contato regular comigo, e de poder contar com o seu apoio, para o sucesso do tratamento.

Precisava conscientizá-los dos limites de S.; era impossível continuarem fugindo da realidade. Procurei mostrar o que a mãe poderia fazer para que S. viesse a ter uma vida mais adaptada, dentro de suas limitações.

Achei necessário informar sobre toda a formação de uma criança, desde o momento da concepção, o preparo da mãe e do pai para receberem um filho, os primeiros meses de vida de um neném. Foi quando obtive dados novos. A mãe não queria aquele filho. Seu relacionamento com o marido não era bom. Preferia viver viajando, trabalhar numa Embaixada; dispunha de facilidades para isso. Durante a gestação continuava a fumar em demasia. Achava-se sempre nervosa e ansiosa. A criança nasceu a termo (nove meses), porém com pouco peso. Depois, vieram os problemas de lento desenvolvimento mental e emocional da criança, as peregrinações aos diversos especialistas, a "negação da doença" por parte dos pais.

Fiz ver à mãe a necessidade que tinha S. de sentir-se aceita e amada, o que representava praticamente uma condição para prosseguirmos nosso trabalho.

Depois de transcorridos 9 meses de trabalho, convoquei os pais para uma avaliação do comportamento da paciente desde o início do tratamento até aquela data. Achei que devia prosseguir o trabalho de orientação com a mãe. S. já se penteava, escolhia a roupa que ia vestir, interessava-se pelo gravador para escutar e memorizar canções, e depois cantá-las comigo. Todas as músicas eram es-



colhidas por ela: às vezes trazia para as sessões revistas com as letras das músicas de que gostava, para cantarmos juntas. Mostrei que S. havia saído de seu mutismo.

Embora os familiares de S. já tivessem percebido a melhora da criança, ainda se omitiam a certos dados da realidade. Tentei explicar-lhes a importância de eles reconhecerem a capacidade de reconstrução de um novo relacionamento com a paciente, a possibilidade da ruptura dos "quistos" de comunicação existentes entre eles e a menina. Para tanto, eu usava uma linguagem simples e ilustrativa, baseada no senso comum, permeada de comentários, explicações e sugestões de maneiras de introduzir mudanças de atitudes e novas estratégias no convívio familiar. Sugeri aos pais, por exemplo, procurar conviver mais com a filha e elaborar situações simples como jogos e passeios, incluindo sempre a irmã de S.; estimular a maior participação afetiva do pai, através de diálogos; incentivar o relacionamento de S. com outras crianças e, para isso, matriculá-la em uma escola especial parecia-me o melhor caminho.

Foram necessários 4 meses de orientação com a mãe, em duas sessões semanais, para que os pais chegassem à total conscientização do problema da filha. A partir de então, começaram a aceitar suas limitações, tratando-a, conseqüentemente, com mais carinho, apoio e compreensão.

4. EVOLUÇÃO DO TRABALHO MUSICOTERÁPICO

4.1. Primeiros contatos com a paciente

As sessões iniciais foram muito difíceis. S., 9 anos de idade, tinha o olhar vago, distante, para os lados. Nunca encarava. Parecia ausente de tudo, babava muito. Não falava, ou melhor, não queria falar. Logo no primeiro encontro, procurou imediatamente um canto, sentou-se no chão, abaixou a cabeça.

Coloquei vários instrumentos pela sala, tentando estabelecer com isso nossos primeiros contatos: xilofone, metalofone, triângulo, pandeiro, castanholas, cuica, reco-reco, tambores de diversos tamanhos formando uma espécie de jogo, tijelas com água, guizos, clavas (pauzinhos), sineta, flautas diversas, violão, o piano aberto.

Mas S. buscava sempre um canto para se esconder, atrás das cortinas ou debaixo de uma poltrona, e lá permanecia em posição fetal. Era como que um bichinho assustado.

Aproximava-me dela, onde estivesse escondida. Acariciava suas mãozinhas. Provocava-lhe sensações de calor, às vezes friccionando-lhe suavemente as mãos, outras vezes mergulhando-as na água (utilizava a água como objeto intermediário, que servia de estímulo à percepção tátil). Desse modo, visava ao seu auto-conhecimento, buscava o som que pudesse causar impacto no Eu da paciente.

Prosseguia as sessões segurando sempre suas mãozinhas. Cantolando e criando melodias, dirigia-me a ela de modo a provocar a conscientização de seu corpo, mostrando-lhe o que ela poderia fazer com ele.

Mas S. permanecia aparentemente impenetrável. Mantinha-se



calada. Entretanto, eu sentia alguma resposta, uma vez que ela já se sentava na poltrona. Com a boca sempre semi-aberta, babando muito, S. mantinha os olhos fechados, talvez para poder sentir melhor todas aquelas vibrações táteis e sonoras que chegavam até ela. Provavelmente os estímulos sonoros, levando à atitude sensorial auditiva, provocavam a atitude sensorial tátil.

Começava a perceber um alívio de sua tensão, na medida em que ela me dava a impressão de se sentir protegida ao meu lado.

Através dos diversos timbres de cada instrumento, pesquisava qual seria aquele que despertaria sua atenção. Como estímulos sonoros utilizava, entre outros, uma sineta ou batidas suaves com a palma da mão, para não assustá-la. A fim de ativar a sensibilidade de movimento, empregava o metrônomo para marcar o ritmo com que caminhávamos juntas pela sala, permitindo-lhe expressar-se livremente através dos movimentos rítmicos que lhe proporcionavam mais prazer.

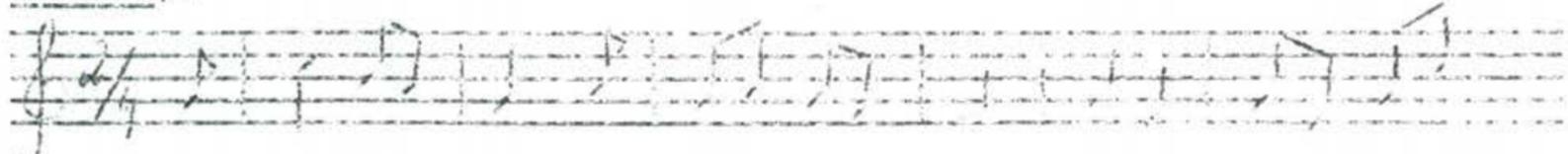
Assim, através da percepção tátil e auditiva, provocando diálogos rítmico-sonoros, buscava o nosso encontro - a relação musicoterapeuta-paciente.

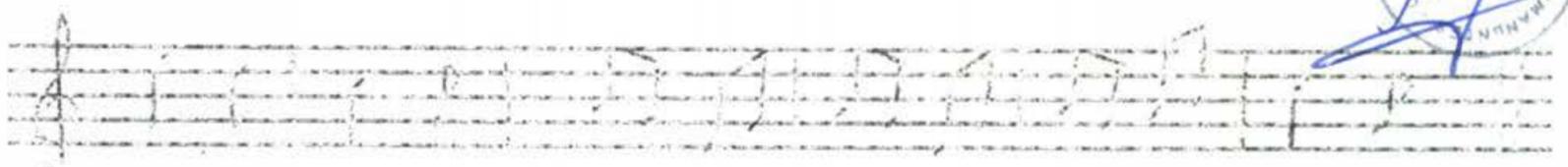
Como sabemos, as batidas do coração e o ritmo respiratório acompanham-nos por toda a vida. Cabia a mim ajudá-la a descobri-los, bem como a desenvolver sua capacidade criadora, o que tentei por meio de marcha-saltos, movimentos com mãos e braços, sempre através do ritmo. Por exemplo:

	saltar
	correr
	caminhar
	descansar
	andar em "câmera lenta"

Com isso, não só estimulava seu ritmo interno (pois bem sabemos da importância da relação entre ritmo e fisiologia), como também desejava que ela chegasse ao som, à palavra, pois até então ainda não conseguira fazê-la falar. Através dessa dinâmica rítmica e corporal, pretendia chegar ao ponto máximo da socialização - a palavra falada.

Completávamos agora 2 meses de trabalho, num total de 16 sessões. Sentei-me a seu lado. Trazia comigo duas flautas. Ofereci-lhe uma, e mostrei como tocá-la. Improvisei inúmeras músicas de roda, observando sua reação a cada uma delas. Quando tocava "Escravos de Jó", pela primeira vez seu olhar voltou-se para mim. Observe-se a semelhança da pulsação dessa cantiga com o ritmo cardíaco (pelo menos, essa foi a minha impressão para aquele primeiro encontro):



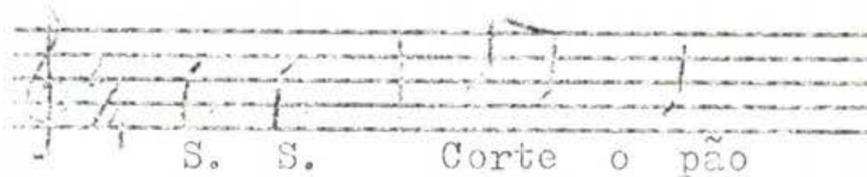


S. encarou-me, sua fisionomia tomou expressão. Parecia que quer dizer que estava gostando daquela melodia, daquele som, daquele ritmo. Contudo, esse contato durou apenas alguns minutos: em seguida, deixou a flauta cair das mãos e abaixou a cabeça.

A partir daí, servindo-me daquela linha melódica (Escravos de Jó) como traço de aproximação entre ela e eu, iniciava as sessões com esta cantiga.

Três meses se passaram. Poucas vezes seu olhar me buscava. Eu continuava a coletar informações da equipe médica, sendo as respostas as mais complexas e desanimadoras. Continuei insistindo na tentativa de tirá-la do mutismo.

Percebi que marcar o ritmo dava-lhe grande satisfação, principalmente quando batia no tambor. Através de cantigas de roda, comecei um trabalho com jogos do tipo abaixa-levanta, direita-esquerda, de pé-sentada, ligeiro-devagar. Criando sempre sobre movimentos rítmicos, punha letras às melodias, com referências a fatos da vida diária (pretendia que ela as repetisse). Por exemplo:



(Empregando pauzinhos como se fossem o pão e a faca, fazíamos o gesto de cortar o pão - sempre cantando), ou ainda:



Com tais estímulos, queria acrescentar-lhe a percepção do ambiente e maior compreensão do mundo que a rodeava.

Outras vezes trabalhávamos seu próprio corpo, usando suas mãos, pés e pernas, que marcavam também o ritmo, como nesse exemplo:



S. reproduzia os estímulos apresentados como um espelho: repetia tudo. Demonstrava sentir prazer em fazê-lo. Aproveitei para dar estímulos com variações de altura e intensidade (sons fortes ou suaves, graves ou agudos, etc.). Por exemplo, "Piu-piu": eu desenhava um passarinho, pedindo que ela ajudasse com as mãos para juntas riscarmos o desenho, ao mesmo tempo em que imitávamos o som do passarinho. Ou então, com a flauta, fazíamos diversos sons agudos, como se fossem passarinhos diferentes. Para sons médios evocava, por exemplo, um cachorrinho com o som "au! au!". E para sons graves, utilizava o tambor. S. batia com a baqueta nesse instrumento e seu olhar aparentava emoção (creio que esse som era o que



mais apreciava).

Dessa forma, minha intenção era ampliar o seu mundo sonoro, e com isso atingir seu Eu interior. Mesmo porque, o ritmo é socializante, contagiante e organizador; a voz humana, um instrumento musical; o canto, uma forma de expressão de interioridade.

Nessa fase, os objetivos esperados com essas atividades eram (mais ou menos nessa ordem):

- a. propiciar a conscientização de si mesma;
- b. promover diálogos rítmicos e sonoros;
- c. desenvolver a motricidade;
- d. permitir que ela "aprendesse" a ouvir, sentir, perceber, concentrar-se;
- e. ajudá-la a sair do mutismo, até chegar ao som-palavra, e à sua integração no meio social (hetero-conhecimento).

4.2. Dos 6 aos 9 meses de tratamento - Início da socialização

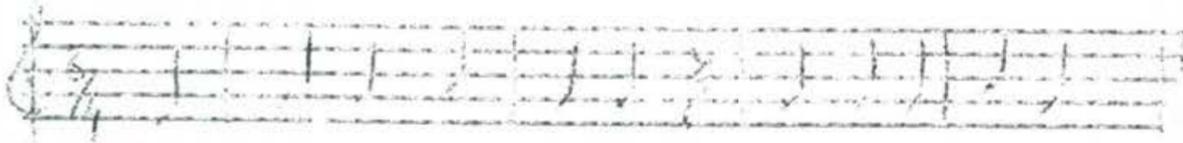
Após 6 meses de tratamento (48 sessões), havíamos dado os primeiros passos em direção àqueles objetivos. S. não mais se encontrava em posição fetal. Seus novos movimentos eram mais precisos, induzidos pelos estímulos táteis e sonoros.

Embora já deixassem transparecer emoções, seu olhar era ainda triste e sua fisionomia depressiva. Prosseguimos nosso trabalho com estímulos mais intensos de sensibilidade sonoro-auditiva e tátil.

Tendo começado pelo contato corporal, o reconhecimento do corpo, a busca dos sons que podiam atingir o seu Eu, a improvisação rítmica para obter a conscientização do ritmo interno até chegarmos às palavras através da linguagem sonora (instrumentos musicais como objeto intermediário) - passamos a objetivar a segunda etapa, do hetero-conhecimento.

Utilizando a influência física e fisiológica do ritmo e a influência afetiva do som, esse duplo efeito (mecânico e psíquico) tinha por finalidade alcançar mais facilmente essa etapa do hetero-conhecimento - a da conscientização espaço-temporal.

Por meio de linhas melódicas, sussurrava sílabas, seguidas de vogais, até que juntas, formávamos palavras e mesmo frases inteiras, como a seguir:



Can - tando dan-çando você é linda!

Can - tando dan-çando você dormiu bem!

S. continuava a repetir todos os estímulos como um espelho. Ainda não conseguira comunicar-se com suas próprias palavras. Mas sua concentração, sua atenção, seus movimentos, sua voz já haviam despertado. Ela relacionava-se com o mundo, a seu modo.

Para chegar até aí, foram transcorridos 9 meses de trabalho (72 sessões). Pude então observar que havíamos superado a fase



mais grave: S. começava a sair de seu isolamento, ressurgia para a realidade exterior.

Nessa fase, ela já se apoiava em mim, prestava atenção ao que dizia, acompanhava com interesse nossos trabalhos. O som da flauta soprano interessa-a mais do que outros, por isso utilizei-o na tentativa de estabelecer diálogos musicais, como esse, em que usava dois sons da flauta para estimular uma resposta sua:



Ela me respondia soprando a flauta (evidentemente sua resposta era dada pela intensidade do sopro, mais ou menos forte... como se quisesse aprovar minha proposição). Sua expressão fisionômica me levava a crer que se tratava de uma resposta, de fato. Parecia sentir-se tranquila e feliz. Já não babava, não havia mais excesso de salivação. Nessa fase, embora apresentasse dislalia, conseguia comunicar-se com suas próprias palavras. Trazia revistas com letras de músicas, pedia para cantarmos juntas (queria decorar as letras). Tinha interesse nas palavras das canções. Suas preferências recaíam sobre coisas do tipo Estúpido Cupido, Biquini Amarelo, Neurastênico, o que me parece bastante significativo.

Seu comportamento era outro: vinha às sessões penteada (já se penteava sozinha), perguntava se eu estava gostando do vestido que usava, etc. Ganhara um gravador, e trazia-me fitas com as músicas de sua predileção que havia gravado sozinha. Começava a socializar-se. Nascia para o mundo.

A ênfase do tratamento foi sobre o aspecto motor (percepção motora, coordenação, estímulo à capacidade de concentração e à criatividade) e sobre o aspecto sensorial (visão, tato, audição). A união desses dois aspectos foi o modo de fazer S. chegar ao conhecimento tempororo-espacial e à junção do auto/hetero-conhecimento. Com a ajuda do ritmo e das melodias, ela adquiriu melhor noção do tempo e do espaço global. Com sua comunicação através das letras de músicas, chegamos à comunicação verbal.

Uma vida renascia. Precisávamos agora trabalhar seu desenvolvimento social.

4.3. Dois incidentes significativos

No final desse período de 9 meses de tratamento, quando S. se abria para o mundo circundante, ocorreram dois incidentes, que me alertaram sobre a necessidade de reforçar a orientação do grupo familiar de S. O trabalho paralelo e simultâneo com a família era fundamental para a recuperação da paciente.

O primeiro incidente ocorreu quando a irmã de S. quis acompanhá-la e assistir nossa sessão. Ao trabalharmos nossos diálogos sonoros, a irmã começou a vomitar sem parar por toda a sala. Evidenciei assim a inveja e ciúmes da irmã em relação a S. Convém observar que os sentimentos de hostilidade da irmã para com S. foram depois confirmados pela mãe.

O segundo incidente aconteceu quando havíamos feito uma gravação, com S. cantando e eu acompanhando ao piano. Ela estava muito contente e manifestou que iria levar a fita gravada para os pais ouvirem. Ao voltar na sessão seguinte, percebi logo, por sua fisionomia, que algo muito desagradável e inesperado lhe acontecera. Levou algum tempo para contar-me que sua mãe achara tudo muito feio, "desafinado". O comportamento de S. retrocedeu. Constatei que tornara-se imprescindível marcar entrevistas semanais com sua mãe, paralelamente às duas sessões dedicadas a S.

Superada essa fase, prosseguimos nossos trabalhos para desenvolver as potencialidades de S. e sua comunicação com os demais. Várias vezes convidei-a a participar de um conjunto musical que organizava regularmente com minhas alunas de música. Essa parte do trabalho com S. devo confessá-lo, foi muito gratificante para mim. A menina se entusiasmava com tudo. Era um campo aberto, brotando emoções. S. conversava e brincava com outras meninas. Seu comportamento diante das pessoas, antes tão amedrontado e arredio, agora não mais existia. Ela começava a integrar-se socialmente.

A essa altura, percebi que havia conquistado a confiança e o afeto de S. Ela chegava às sessões com ar feliz, beijava-me, chamava-me por meu próprio nome. Continuava a crescer seu interesse por músicas. Cantarolava as melodias enquanto eu a acompanhava ao piano. Eu aproveitava a linha melódica da canção para colocar situações que S. estava vivenciando, e assim eram improvisados os diálogos musicais.

4.4. Preparação para a alta

Ao sentir que havia terminado o meu trabalho como musicoterapeuta, decorridos dois anos de atendimento, comecei a prepará-la para a alta.

Uma vez que os pais aceitavam-na dentro de suas limitações, mostrei-lhes a necessidade de encaminhá-la a um colégio especial (sugeri-lhes dois deles), bem como indiquei uma neurologista.

Para avaliarmos as reais possibilidades de S., foram feitos minuciosos exames e testes psicológicos, cujos resultados permitiram orientá-la a um dos colégios especializados. Ao mesmo tempo, ela foi encaminhada a um logopedista, para tratar o problema da dislalia.

Os pais acompanharam de perto todos esses passos, aceitando integralmente o diagnóstico da filha. Agora, conscientes, estavam esperançosos com S., e mais aptos a ajudá-la.

Aguardei ainda dois meses para dar alta de nosso trabalho, a fim de que S. se ajustasse nesses novos ambientes, e para que sua separação não se desse abruptamente.

A mãe, para poder ficar mais tempo com ela, passou a trabalhar meio expediente. A família já incluía S. nos passeios e pequenas viagens. S. estava encaminhada para a socialização. Nosso trabalho estava encerrado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS



Utilizei no caso de S. a conduta básica sugerida pelo Dr. Rolando O. Benenzon em seu livro sobre crianças autistas, em que estabelece a necessidade de um trabalho individual com a criança autista antes de começar o trabalho com o grupo familiar.

Quanto à ênfase dada nesse trabalho ao aproveitamento da linha melódica para verbalizar situações em forma de canto, bem como à importância das letras das canções escolhidas pela paciente - (que mereceria, talvez, um estudo posterior), deixo a palavra com Freud, que assim se expressou no livro Psiquiatria e Psicanálise, de Darcy de Mendonça Uchoa: "A melodia cantada por um paciente está condicionada por um processo de pensamentos que lhe pertence por alguma razão que até o próprio paciente desconhece".

Creio que o trabalho musicoterapêutico desenvolvido com S. poderia ser definido da seguinte maneira: o Renascimento de uma Vida através da Musicoterapia, com o recurso de estímulos cinestésico-tátil-sonoros e da sensibilização de movimentos.

Por que S. se comportava daquela forma, sentando-se ou escondendo-se em posição fetal? Por que abaixava a cabeça e não fixava o olhar? Por que insistia em se isolar do mundo?

Tal comportamento poderia ser compreendido em função do convívio diário da paciente com seus familiares, provocando um tipo muito particular de resposta, ou melhor, a falta ou ausência total de resposta. Aqueles pais acreditavam ou imaginavam que sua filha não entendia nada do que se passava à sua volta. E justamente por isso, dia a dia iam diminuindo as mensagens, acabando por converter a criança numa criatura ilhada dentro de seu próprio meio familiar. Criara-se um círculo vicioso: ausência de estímulo/ausência de resposta/ausência de estímulo.

De acordo com nossas observações, este ser rejeitado durante nove meses de gestação, conforme vimos acima, levou 9 anos de idade vivo, porém, fora do mundo. Parece-me também uma coincidência curiosa o fato de que foram necessários 9 meses de tratamento musicoterápico para que S. revelasse os sinais mais marcantes de sua abertura para o mundo exterior. A partir do estímulo inicial, - a água, o som, o tato - ela atravessou todas as etapas intra-uterinas fora do útero, para realmente nascer nesse mundo de seres humanos, de objetos, de animais. Na minha opinião, no caso de S., houve literalmente um renascimento.

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. de. - Manual de Psiquiatria Infantil, Barcelona, Toray-Masson, 1973 e 1975
- ALVIN, Juliette. Musicoterapia, Buenos Aires, Paidós, 1967
- BENZON, Rolando O. Music therapy in childhood autism, Buenos Aires, Instituto de Nivelación Psicopedagógica
- BENZON, Rolando O. e YEPES, Antonio. Musicoterapia en psiquiatria: metodología y técnicas, Buenos Aires, Berry, 1972
- GASTON, E. Thayer y otros. Tratado de Musicoterapia, Buenos Aires, Paidós, 1968



GRAETZER, Guilherme y YEPES, A. Introducción a la práctica del Orff -Schulwerk, Buenos Aires, Barry, 1961

GRAETZER, G. Musica para niños - Tomo I - Pentafonia, Buenos Aires Barry, 1975

STOKOE, Patricia. La expresión corporal y el niño, Buenos Aires, Ricordi Americana, 1967

KRYNSKI. Deficiência mental, Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1969

WEINER, I.B. e ELKIND, D. Desarrollo normal y anormal del niño pequeño, Buenos Aires, Paidós, s.d.

Caixa: 88

Lote: 55
PL N° 2303/1979

123

REUNIÃO DAS ASSOCIAÇÕES BRASILEIRAS

DE MUSICOTERAPIA

- em S. Paulo -

No dia 10 de novembro próximo passado, realizou-se na Faculdade de Educação Artística Marcelo Tupinambá, em São Paulo, uma reunião convocada pela Associação Brasileira de Musicoterapia com a Associação Sul Brasileira de Musicoterapia, a Associação de Musicoterapia do Paraná, a de S. Paulo e a Associação Mineira de Musicoterapia.

Vários assuntos estiveram em pauta, sendo que o principal foi o da Regulamentação da profissão de Musicoterapeuta, projeto já apresentado no Congresso Nacional mas que deverá ainda sofrer emendas. Outro assunto levantado foi o da padronização do ensino da musicoterapia no Brasil.

Ficou nesta ocasião acertado que o III Simpósio Brasileiro de Musicoterapia será realizado no Rio de Janeiro, em setembro de 1980, visando estabelecer maior ligação entre os musicoterapeutas brasileiros, aprofundar o estudo sobre a identidade do musicoterapeuta, seu trabalho, seus limites e os limites de outros.

Acreditamos agora que com esta união não só do Rio de Janeiro, mas de todos os musicoterapeutas brasileiros, estamos realmente abrindo um caminho certo, seguro e respeitado para a Musicoterapia.



A MUSICOTERAPIA APLICADA
A UMA ADOLESCENTE DEFICIENTE MENTAL

Lucy El-Jaick

Experiência com uma adolescente com retardo mental acentuado que foi encaminhada por sua mãe para atendimento particular em Musicoterapia, vez que a paciente gosta de ouvir música.

A experiência foi realizada num consultório particular iniciando-se no mês de março de 1975, terminando com a alta da paciente no mês de setembro de 1978.

O trabalho inicialmente foi realizado sem a preocupação de fixar-se em uma técnica pré-estabelecida. Utilizou-se vários caminhos adaptáveis para a evidência de ajuda se fizesse com maior clareza.

A supervisão ficou a cargo da psicóloga Doris Hoyer de Carvalho.

ANAMNESE (dados recolhidos em março de 1975) - A paciente apresentou desenvolvimento mental normal até a véspera de completar um ano de idade, ocasião em que foi acometida de febre alta que perdurou mais ou menos quatro meses, tendo que ser hospitalizada e submetida a cirurgia de estenose bi-lateral dos ureteres, permanecendo um mês e meio internada. Foram administrados antibióticos e quimioterápicos. A mãe culpa o pediatra de não a ter alertado desde cedo para a problemática ligada à deficiência da filha.

ANTECEDENTES PESSOAIS - A paciente é a segunda de duas filhas. Nasceu de parto natural e alimentou-se por mamadeira, por falta de leite materno. Sustentou a cabeceira aos seis meses. Sentou-se aos oito. Andou desajeitadamente, com as pernas separadas demais, aos dois anos. Até a presente data apresenta enurese noturna e descontrole dos esfíncteres, quando nervosa. Tem vômitos, principalmente nos períodos pré-menstruais. Baba, mas não com frequência. Pais saudáveis e de bom relacionamento, desfrutando de padrão de vida médio-elevado, o que permite manter uma confiança, que cuida da paciente desde os primeiros dias de vida até esta data. Os pais têm instrução superior, sendo ele representante comercial e ela química. Não registra antecedentes de doença grave na família.

FICHA MUSICOTERÁPICA - Os pais ouvem com frequência música de todos os gêneros. Durante a gestação a mãe recorda ruídos comuns. Na vivência musical da paciente, relata canções de ninar e melodias cantadas em hebraico. A paciente não pode ouvir a música de aniversário "Parabéns a Você" reagindo violentamente, agredindo pessoas, gritando e com crise de choro. A mãe recorda que a paciente adoeceu na véspera do aniversário e em alguns dos seus aniversários.



sarios adoeceu, não podendo realizar as comemorações. Durante os dias' ouve discos, gravadores e a cozinheira da casa que canta frequentemente. Não se interessa por televisão. Durante o sono range os dentes.

SOCIALIZAÇÃO - Segundo relata a mãe, frequenta desde os 6 anos de idade a mesma escola para crianças excepcionais não conseguindo ultrapassar a classe do "Jardim de Infância" - entende alguma coisa e pronuncia "mamã", "Zia" e outras palavras que não se entende. Humor variável apresentando-se ora agressiva ora deprimida chegando à apatia. Convive a maior parte do tempo com as empregadas da casa, passando na área de serviço ou na cozinha, as horas em que não está na Escola. Não come na mesa com a família, por não ter condições e por falta de hábitos sociais adequados.

FAMÍLIA DA PACIENTE - A família apresenta dificuldade de aceitação da filha deficiente, a qual é entregue à babá que é muito dedicada, assumindo todos os interesses da menor, suprindo vestuário, alimentação, cuidados médicos, lazer. A paciente tem uma irmã mais velha com problemas psíquicos que a mãe atribui à convivência com a paciente. Acha que se tivesse condições de internar a menor, "salvaria" a mais velha. O pai não aceita, de modo algum, que não exista um tratamento para a cura de sua filha menor. Acha que deve haver um meio de sanar o mal através de cirurgia cerebral e o que há é falta de informação. A mãe é mais acessível embora tenha consciência de sua rejeição pela filha. Ela gosta muito da sua profissão de química e a ela se dedica todos os dias. Geralmente viaja nos fins de semana e gosta de participar de excursões.

O pai trabalha mais em São Paulo do que no Rio de Janeiro, tem pouco contato com a paciente. Após um ano de tratamento pela Musicoterapia, diante da dificuldade de aceitação da filha deficiente, achamos conveniente uma psicoterapia de apoio à família. Para isso, tivemos uma reunião, o pai estava bastante apreensivo pois com sintomas de melhora da filha, achava que tínhamos que descobrir a maneira de curá-la definitivamente. Ele compareceu a duas sessões e a mãe continuou com o acompanhamento e após cerca de três meses, fez-se notar uma melhora grande da paciente. A filha mais velha recebeu tratamento psiquiátrico intensivo, uma vez que foi diagnosticado graves distúrbios de ordem mental.

A mãe recebeu alta em julho de 1978.

CONDIÇÕES DA PACIENTE NO INÍCIO DA TERAPIA - Nas primeiras sessões, foram observadas graves perturbações frente às seguintes áreas:

- a) condições físicas
 - . postura - pernas abertas, pés voltados para dentro;
 - . equilíbrio - dificuldade de alternar as pernas, tropega, movimentos involuntários;
 - . locomoção - marcha pesada, corpo inclinado para a frente;
 - . tonus muscular - flacidez e hipotonia;
- b) capacidade perceptual - aparenta alheamento aos estímulos;



- c) relacionamento - dirige-se à babá emitindo sons guturais, chorando e rindo ao mesmo tempo e beliscando-a.
No primeiro contato com a terapeuta, olhou-a, gritou e urinou-se, puxando a babá em direção à porta de saída, passando a ignorar a terapeuta.
Derrubou os instrumentos que as empregadas colocaram sobre a cadeira, derrubando a cadeira em seguida. Auto-agredia-se puxando as pálpebras, enfiando com força o dedo indicador nos olhos e nos ouvidos.
- d) humor - labilidade emocional, risos e choros sem motivos aparentes:
- e) atividade - oscila entre a hiper e a hipo atividade, coloca o dedo polegar na boca e fica algum tempo parada, para depois gritar e se agitar, sem se concentrar em nada;
- f) linguagem - a paciente consegue emitir duas palavras "zia" e "mamã";
- g) controle dos esfínteres - a paciente urinou nas primeiras sessões e apesar de chorar passava por cima e sentava-se sobre a urina;
- h) interesses - a paciente interessou-se pelo piano que associou ao canto e à marcha e pelas clavias, desde a segunda sessão.

Observação:

Os elementos musicoterápicos capazes de contribuir para um trabalho frente a cada uma dessas dificuldades foram aparecendo à medida que a própria paciente pôde, através da livre expressão, escolher, experimentar, organizar e criar situações para o encontro de si mesma, o encontro com a terapeuta, o encontro com o mundo, como poderá ser observado no decorrer do relatório.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO (março de 1975)

1a. Sessão:

A paciente chegou acompanhada de sua mãe e de duas empregadas da casa. Ao entrar, à força, conseguiu desvencilhar-se das pessoas e atirar ao chão os objetos que se encontravam sobre a mesa, derrubando a cadeira e se atirando sobre as paredes. Foi empurrada para a sala de terapia. Emitia sons guturais alternados por sons agudos (gritos).

Olhou rapidamente para a terapeuta e continuou a gritar e empurrar as pessoas. Urinou-se, chorou e riu ao mesmo tempo. A babá quis limpar e a terapeuta a impediu, pois no momento a situação estava difícil. Ofereceu-lhe um chocalho que ela atirou no



chão, puxando a pálpebra do olho esquerdo e soltando bruscamente. Podia-se ouvir o som, olhou para o piano e cantarolou a melodia folclórica 'marcha soldado' emitindo 'ahn', 'ahn', 'ahn' ..., apesar de não saber falar, sua entonação era boa. A melodia foi prontamente atendida e a babá ofereceu-lhe novamente o chocalho, que ela aceitou, e saiu marchando com as duas empregadas, uma de cada lado. A mãe retirou-se. A melodia foi tocada três vezes a pedido da própria paciente. Algumas vezes parava colocando o dedo polegar na boca ou o indicador nos ouvidos e olhos. As empregadas da casa disseram, ela conhecia outras músicas de roda como 'Samba-le-lê', 'Pai Francisco' e 'Fui no Tororó' que foram tocadas pela terapeuta enquanto elas caminhavam pela sala. A sessão durou meia hora e a paciente saiu calma.

PRIMEIRAS DESCOBERTAS

Apesar de impossível estabelecer fórmulas estanques e cronológicas das descobertas que iam surgindo, vamos tentar enumerá-las de acordo com os itens abaixo:

Paciente/instrumento

As primeiras buscas se efetuaram no plano da paciente com os instrumentos, os quais eram duas clavas que ela usava uma em cada mão para:

- a) bater uma contra a outra ou simplesmente segurá-las, o que aconteceu durante algumas sessões;
- b) às vezes andando inexpressivamente, às vezes sentada, ou ainda deitada, ocasião em que deixava as clavas de lado e colocando o dedo polegar na boca;
- c) às vezes cantarolava afinadamente pequenos trechos de músicas infantís, emitindo 'ahn', 'ahn', 'ahn' sem segurança de emissão

A terapeuta tocava e cantava o que era sugerido pela paciente. Tudo o que era feito pela paciente era dito cantado pela terapeuta. Ex: fulana dormindo
o pé bate o pauzinho
fulana está andando.

Ela passava a enfatizar o movimento que fazia, isso permitiu observar sua memória musical, pois que nas sessões posteriores ela cantarolava a melodia para cada ação que havia sido cantada antes e que a terapeuta muitas vezes não se lembrava. Inclusive, dando a tonalidade certa em que as melodias haviam sido cantadas.

Descoberta de si mesma

Gradativamente a paciente foi tomando consciência das suas realidades a partir das ações que eram associadas ao canto da terapeuta e, posteriormente, do seu próprio canto.

A partir da sexta sessão a paciente fechou a porta da sala de terapia e não mais permitiu que a terapeuta dialogasse com a babá, demonstrando sinais de uma independência que foi sendo percebida em outras áreas.



- a) algumas vezes ela urinou na sala e a Terapeuta friccionava as cordas do piano, cantando:
- fez xi - xi na sa - la
en - xi - ga

Depois pegava o pano e enxugava com os pés. A paciente passou a imitar e começou a jogar água no chão para em seguida enxugar.

A Terapeuta aproveitava seu ritmo e cantava:

"fulana enxuga a água assim"

"fulana enxuga a água do chão"

"enxuga, enxuga, enxuga"

- b) começou a interessar-se pelas melodias que eram improvisadas pela terapeuta, trazia canções folclóricas e emitia sons cada vez melhor. Todas as entonações eram enfatizadas pela terapeuta, ora friccionando as cordas do piano e cantando, ora falando com entonação exagerada e sempre com movimentos do corpo e expressões faciais que ela procurava imitar sem que a terapeuta a tivesse levado a isso. Essa imitação das suas primeiras formas de apreensão das suas realidades (como criança faz). Daí surgiram os primeiros movimentos de expressão corporal: passando as clavas pelo corpo, pela cabeça, batendo no chão, nos outros instrumentos, nos objetos da sala, na parede. Colocava o banquinho no centro da sala e ia marchando sem perder o ritmo tocado no piano, subia no banco equilibrando-se num pé só.

Descoberta da pessoa do terapeuta

No início do processo terapêutico, a paciente não permitia que a terapeuta se afastasse do piano, e todas as vezes que fazia menção de fazer isto, ela empurrava com as mãos para sentar a terapeuta ao piano novamente e gritava. À medida em que a terapeuta ia cantando e se movimentando em função do que ela fazia, a paciente passava a imitar o movimento e os sons do terapeuta. Foi se estabelecendo um relacionamento mais profundo. Na sessão nº quarenta, a paciente descobriu os tamancos do terapeuta sob o piano e, calçando-os, saiu com eles pela sala. Usando o mesmo processo de enfatizar qualquer movimento da paciente, a terapeuta procurou reforçar o ritmo de locomoção. Com três meses de tratamento a paciente aumentou consideravelmente seu vocabulário, através das letras das músicas, embora as palavras fossem ininteligíveis. Friccionando as cordas do piano e procurando exagerar a entonação que ela emprestava, a terapeuta repetia as palavras e frases por ela sugeridas. Exemplo: a paciente solicitava "cavanni" (cavalo-marinho, melodia folclórica). A terapeuta friccionava as cordas do piano, acentuando a entonação e, em seguida, tornava a friccioná-las com as palavras certas. Ela se interessou muito por esse trabalho. Mais tarde, a terapeuta acrescentava outras palavras ou frases curtas completando o que ela dizia. Exemplo: a paciente dizia: "cavalo-marinho" e a terapeuta friccionava as cordas do piano e dizia "cavalo-marinho nós vamos cantar", completando a frase friccionando as cordas com a mesma entonação da frase completa; posteriormente dava a esta mesma frase o sentido de pergunta: "cavalo-marinho nós va-



mos cantar?' e utilizava o mesmo processo. A terapeuta mesma respondia "vamos", novamente friccionando as cordas. No fim de algumas experiências, ela mesma, paciente, fazia a pergunta e respondia, ou deixava para que a terapeuta respondesse ou, ainda, respondia quando a terapeuta perguntava, estabelecendo assim o diálogo. Ela passou a se dirigir à terapeuta verbalizando e a responder perguntas simples. Passamos então a dialogar com frases musicais. Ela cantava um trecho e parava. A terapeuta continuava o trecho seguinte e parava. A paciente retomava o próximo trecho e assim por diante. Ela foi organizando ritmicamente.

DESCOBERTA DO MUNDO AO REDOR

Após um ano de tratamento, a paciente entregou as clavas à terapeuta, sentando-se ela ao piano e tocando com os dedos indicadores e imitando a maneira de se expressar da terapeuta quando tocava, como por exemplo: fechando os olhos, balançando o corpo e batendo com os pés. A terapeuta passou a fazer com as clavas o que a paciente fazia, aproveitando para criar outros movimentos simples partindo dos dela e que eram repetidos em outras ocasiões. Algumas vezes atirava as clavas à distância e ia pulando de pés juntos até elas, pegando-as. Passou a utilizar o atabaque que colocava embaixo do braço esquerdo e percutia com a clava. E, também, a utilizar a gaita, permitindo que a terapeuta se sentasse junto a ela no chão e, a pedido da própria paciente, mais tarde, quando falava "senta aqui no chão". Nessa ocasião, a paciente compôs duas melodias com as respectivas letras. Seu repertório mudou, começou a interessar-se por músicas de adultos.

BUSCA DE ORGANIZAÇÃO

A paciente passou a dar uma sequência às sessões, obedecendo a um esquema, como a seguir:

1. assim que chegava cantava com as clavas nas mãos;
2. usava outro instrumento mantendo as clavas nas mãos;
3. trabalhávamos nas cordas do piano;
4. trocávamos de posição (a terapeuta nas clavas e a paciente ao piano)
5. marcha com os tamancos;
6. pegava água e jogava no chão e enxugava (a terapeuta incentivava o ritmo, cantando a melodia criada para essa atividade);
7. pedia almofada para deitar, pedindo a canção "Luciana";
8. levantava-se e perguntava se estava na hora, demonstrando ter adquirido noção de tempo;

DESCOBERTA DOS FAMILIARES

Os pais começaram a se aproximar da paciente após o primeiro ano de tratamento. Atenderam à solicitação da terapeuta para uma reunião com a Supervisora. Eles se mostraram reconhecidos e se lamentaram não ter iniciado o tratamento mais cedo.

A paciente chegou a se interessar pelas conversas da família. Já se sentava na sala, participava de reuniões, comunicando-

Caixa: 88
 Lote: 55
 PL N° 2303/1979
 126



se com pessoas. Sua postura também melhorou bastante, passou a escolher a sua roupa, inclusive parando diante de vitrines das lojas comerciais e a sair com os pais e começou a fazer refeições na sala com a família.

DESCOBERTA DAS IMAGENS ÁUDIO-VISUAIS

A paciente passou a selecionar discos, inicialmente pela capa e, posteriormente, manipulava a vitrola colocando a agulha exatamente na faixa que queria ouvir. Decorridos quatorze meses a terapeuta achou conveniente mostrar figuras e objetos relacionados com o que se cantava ou a criar melodias em torno do que mais lhe interessava. Ela demonstrou interesse por revistas e, em casa passou a assistir televisão.

RELATÓRIO DE UMA SESSÃO ATUAL

Setembro de 1978

A paciente chegou, pegou uma pilha de discos, escolheu um "long-play" (Globo de Ouro) e colocou na faixa de costume: 'Pombinha Branca'. Disse para a terapeuta: "senta aqui no chão". A terapeuta sentou-se. Enlaçaram as mãos, paciente e terapeuta; e a paciente iniciou movimentos que eram naturalmente modificados e renovados pela terapeuta e novamente continuados por ela. Ao terminar a faixa, ela pediu: "toca". A terapeuta respondeu: "coloca onde você quiser". A paciente se levantou e virou o disco do lado oposto, voltando para o lugar no chão. Continuaram movimentos e a paciente cantarolava certos trechos das músicas, que foram anotados. Os movimentos foram-se estendendo para todo o corpo e ambas dançaram de várias formas. Ela tirou o pandeiro da mão da terapeuta e largou-o no chão. A terapeuta sentou-se no chão. Ela deu algumas batidas no pandeiro e largou-o também. "Eu vou rodar", disse. E rodou. Ao terminar o disco, cantarolou: "Pombinha Branca", "Uma nã-nã-nã-nã-nã". A terapeuta mostrou que a música estava do outro lado do disco e ela se dirigiu à vitrola, virando-o. Não conseguindo colocar na faixa certa, gritou e puxou a pálpebra do olho esquerdo. A terapeuta foi ajudá-la e segurando o disco com ela, que então colocou na faixa indicada. Em seguida a paciente solicitou a canção "Canta, Canta, Minha Gente" e cantou, sem ajuda, a primeira parte:

"Canta, canta, minha gente"
"Deixa a tristeza prá lá"
"Canta forte, canta alto"
"Que a vida vai melhorar."

A terapeuta avisou que estava no final da sessão e a paciente cantou, como de costume, a "Valsa da Despedida". Levantou-se, beijou a terapeuta, pegou os sapatos, disse "tchau", abriu a porta e saiu.

OBSERVAÇÕES SOBRE AS REAÇÕES ATUAIS DA PACIENTE

Postura - quase correta, mais magra, pés ligeiramente para dentro.



Equilíbrio - facilidade para alternar as pernas, movimentos voluntários.

Locomoção - marcha menos pesada, pernas fechadas, corpo normal.

Tonus muscular - normal

Capacidade perceptual - percebe tudo ao redor embora algumas vezes aparente alheamento, colocando o dedo na boca.

Relacionamento - dirige-se às pessoas, fala mas não mantém diálogos, forma frases, responde a perguntas, faz perguntas e diz coisas desconexas, utiliza os instrumentos musicais e, atualmente, dá preferência ao pandeiro, gosta muito da terapia e é capaz de largar qualquer atividade quando se diz que vai para a sessão de Musicoterapia. Permaneceram os hábitos de puxar as pálpebras, colocar o dedo indicador no ouvido e chupar o dedo

Humor - ainda apresenta labilidade emocional, embora menos frequentemente.

Atividade - concentra-se nas atividades musicais, está frequentando escola para crianças deficientes mentais educáveis, enfia colares, desenha círculos e dança qualquer tipo de música com ritmo razoável, vê revistas, brinca com bonecas e assiste televisão.

Linguagem - Comunica-se verbalmente elaborando as palavras, porém sem manter um curso de pensamento.

Controle dos esfíncteres - controla perfeitamente.

Interesse - seu maior interesse é ainda por música; segundo a Diretora da escola só se interessa pela atividade musical.

ALTA

Por estar a paciente frequentando escola, onde existem sessões de grupo de musicoterapia e a paciente está se adaptando, foram suspensas as sessões individuais a título de experiência. A paciente foi trabalhada com um mês de antecedência.

CONCLUSÃO

Dificilmente em outra qualquer atividade seria possível, considerando-se o tempo do trabalho, a idade, as condições sócio afetivas desfavoráveis, resultados que foram alcançados no processo terapêutico citado nesta monografia.

Qualquer ser deficiente necessita, como os demais seres humanos, crescer livremente e abrir canais por onde suas potencialidades possam se manifestar. Mesmo que algumas áreas do desenvolvimento de deficientes se apresentem com limite de crescimento, a musicoterapia, através de seus inúmeros recursos, permite que outras áreas referentes à expressividade, criatividade e o próprio relacionamento possam ser mobilizadas e exercitadas e conduzidas a um nível bastante superior àquele, afeto à área intelectual.

Talvez isso seja devido à simplicidade com que a música promove um relacionamento terapêutico. Como vimos, o que foi feito com a paciente foi o que deveria ser feito com todas as crianças, nas diferentes fases de seu crescimento, pela mãe ou pessoas por elas responsáveis. Por isso, talvez nas culturas primitivas, pos-

sa-se ver, de modo mais emocionante, o cuidado que têm os adultos para transmitir os elementos rítmicos musicais aos novos que chegam, considerando cada um deles pessoa de elevada importância.

Fazer-se simples para, com simplicidade, conduzir-se no sentido real, isto é, sem preconceitos ou barreiras teóricas, como pessoa que vai levar à outra aquilo que possui para ajudá-la e, com humildade buscar descobrir no paciente os elementos dinâmicos, seus pontos vitais de comunicação, para mobilizá-los, foi a preocupação central da terapeuta em todo esse trabalho.

De nada adianta o uso de técnicas e processos que não oferecem oportunidades às suas realidades vitais, tentar invadi-la à uma base terapêutica específica.

Esse trabalho mostra claramente que um musicoterapeuta que se dispuser a desenvolver algo semelhante com esse tipo de paciente, deve despir-se das complexidades e tornar-se sereno e bastante espontâneo para ser, a partir daquilo que o paciente é, fazer, a partir do que o paciente faz. Compreender que partindo do que o paciente compreende, valoriza sua condição humana e promove ambiente favorável a que o crescimento possa ocorrer, tornando-o mais pessoa.

LOCAIS DE TRABALHO ONDE ATUAM MUSICOTERAPEUTAS
FORMADOS PELO CONSERVATÓRIO BRASILEIRO DE MÚSICA
DO RIO DE JANEIRO

1. Alzemira de Assis Paula - Clínica Santa Catarina - Niterói
2. Cecília Branco de Miranda - IPCEP - Rio de Janeiro
3. Claudete Machado Cerqueira - Sociedade Pestalozzi do Brasil - Niterói
4. Clara Rotstein - Casa de Saúde Dr. Eiras - Rio de Janeiro
5. Elizabeth Felício dos Santos - Atendimento particular - Florianópolis - Santa Catarina
6. Eneida Soares Ribeiro - Curso Solange Dreux - Niterói
ABBR - Rio de Janeiro
7. Ilma José de Abreu Lira - Atendimento particular - Recife - PE
8. Letícia Moraes Leite Pereira - Escola Estadual N. Sra. Auxiliadora; Atendimento particular - Niterói
9. Letícia Rabello Maia - Hospital do Engenho de Dentro - Rio de Janeiro
10. Lia Rejane Mendes Barcellos - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - ABBR - Rio de Janeiro

(continua na página 30)



UMA INVESTIGAÇÃO EXPERIMENTAL SOBRE

A RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE E PREFERÊNCIAS MUSICAIS (1)

Frederico Archer de Britto Manso
Claudio de São Thiago Cavas

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, além de investigar experimentalmente as relações entre ansiedade e música, é uma tentativa de contribuição à Psicologia da Música, disciplina que vem despertando cada vez mais o interesse de psicólogos, educadores, músicos e principalmente musicoterapeutas. Definida como a disciplina que estuda a relação indivíduo-som, seja este tomado como som musical ou não a Psicologia da Música, embora ainda não sistematizada, tem nítido parentesco com a Musicoterapia e o resultado de pesquisas nesta área em muito podem enriquecer a musicoterapia.

A música, definida como som e silêncio organizados no tempo (Madsen e Madsen Jr, 1970) pode ser considerada como um elemento vital do cotidiano. Nenhuma cultura ou tribo jamais se satisfaz apenas com os sons que a natureza lhes ofereceu: o homem produziu novos sons e os organizou num sistema referencial próprio de cada cultura. A influência da música no comportamento humano é uma consequência, então, do fato de o homem criar a música e estabelecer uma relação com ela.

Todas as investigações teóricas e experimentais que foram feitas tentando relacionar sentimentos e música, ou mesmo, respostas emocionais à música resultaram em contribuições significativas mas que, entretanto, não conduziram a resultados concernentes à relação ansiedade-música. Em alguns deles como, por exemplo, nos estudos de Heyner (1935, 1936) e de Farnsworth (1954) a palavra ansiedade está ausente, enquanto em outros a metodologia utilizada não nos fornece um respaldo teórico (Wallach, 1960) e (Biller, Olsson e Breen, 1974).

A carência de bibliografia neste assunto nos leva à conclusão da dificuldade de abordar este tema, mas a certeza de que existe uma relação entre a ansiedade e música e esta pode ser investigada experimentalmente se levarmos em conta as "estruturas" da ansiedade e as "estruturas" da música.

Cumpramos ressaltar que neste trabalho nenhuma tentativa de investigação foi feita em termos de música oriental. Nosso posicionamento é estudar as relações existentes entre a ansiedade e a música.

(1) Pesquisa realizada pelo Departamento de Pesquisa da Associação Brasileira de Musicoterapia e apresentada no II Encontro Nacional de Psicólogos em agosto de 1979, no Rio de Janeiro



sica ocidental. Nossa limitação se deve ao fato de a música oriental apresentar características próprias calcadas em séculos de religião, filosofia e, portanto, psicologia completamente diferentes da música ocidental.

2. ESTABELECIMENTO DO PROBLEMA

Nosso ponto de partida pode ser sintetizado da seguinte forma:

Com o advento do final do período Romântico, assistiu-se na História da Música um início de ruptura das organizações tonais até então vigentes, bem como, uma tentativa de desintegração das formas clássicas musicais. Esta ruptura foi nitidamente acentuada com o aparecimento do Impressionismo e levada às últimas consequências com o surgimento do Atonalismo. Destaque-se, também, a importância da música eletrônica, concreta e aleatória; contribuíram mais ainda para que a música dita contemporânea apresente um desligamento quase total das estruturas harmônicas tonais, resultando em 'blocos sonoros' (clusters) que já há muito se distanciaram das formas clássicas.

Ao tentarmos traçar um ponto de relação destes eventos com a gênese da ansiedade poderemos ter as seguintes posturas:

1. Os estudos de condicionamento clássico e operante mostraram que quando a diferença entre dois estímulos se torna muito pequena, a capacidade de discriminação diminui gradualmente gerando no sujeito uma ansiedade. No que se refere à música o que se observa é que na medida em que houve rompimento das estruturas tonais, a capacidade discriminatória dos pontos referenciais se torna mais difícil (e diríamos, impossível) levando o sujeito a se sentir ansioso diante de estimulação que não apresente distinções nítidas.
2. Os estudos da psicologia da forma mostraram que há uma tendência do indivíduo a "fechar" e dar continuidade a formas percebidas. Na medida em que a música contemporânea não apresenta polos de gravitação tonal há uma nítida tendência do sujeito a se sentir ansioso diante de formas que não "fecham", ou seja, de formas que resultam num sistema aberto.

3. HIPÓTESES

A partir do exposto acima foi hipotetizado que há uma relação entre ansiedade e preferências musicais, sendo que sujeitos com alto grau de ansiedade preferem o estilo clássico (estruturação tonal) enquanto que sujeitos com menor grau de ansiedade vão preferir o estilo contemporâneo. Evidentemente, deve-se levar em conta os fatores culturais como o hábito da determinação de preferências, porém, supõe-se que indivíduos menos propensos à ansiedade estarão mais abertos a preferir o estilo contemporâneo do que os mais ansiosos.



MÉTODO

4.1. Planejamento

A variável independente é a ansiedade, utilizada em dois níveis: alta e baixa formando assim os grupos contrastantes. A variável dependente será preferência por estilos musicais, também se parada em dois níveis: estilo clássico e estilo contemporâneo.

Para estabelecer a relação causal entre estas duas variáveis faz-se necessário controlar o nível de conhecimento teórico musical de cada um dos sujeitos.

A variável independente, Traço de ansiedade, refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade. A variável dependente, estilo musical foi definida como: Estilo clássico: obras de Mozart e Beethoven. Estilo contemporâneo: obras compostas a partir de 1970.

4.2. Aparelhagem e instrumentos

O nível de ansiedade foi avaliado através do Inventário de Ansiedade Estado-Traço (IDATE) e considerados na faixa normal todos os sujeitos com escores normalizados T entre 40 e 60. Os estímulos musicais foram gravados em fita cassette e apresentados em gravador Aiko com caixa amplificadora na seguinte ordem:

- Estímulo 1: Sinfonia nº 41 em Dó Maior - Mozart
- Estímulo 2: Mosaico - Marlos Nobre
- Estímulo 3: Sinfonia nº 3 em Mi Bemol Maior Op. 55 - Beethoven
- Estímulo 4: Kosmogonia - Penderecki

Os estímulos 1 e 3 pertencem à categoria estilo clássico enquanto os estímulos 2 e 4 pertencem à categoria estilo contemporâneo.

O nível de conhecimento teórico-musical foi controlado através de um questionário.

4.3. Escolha da amostra

A amostra foi composta de 120 estudantes de psicologia cursando o 1º e 2º período de créditos da Universidade Santa Úrsula.

4.4. Procedimento

Inicialmente os sujeitos foram informados de que se tratava de uma investigação sobre emoção e música.

A seguir foi aplicado o questionário de controle e depois o IDATE. Uma vez terminada esta fase os sujeitos receberam as ins -



trações de que ouviriam 4 trechos musicais distintos, sendo que ao final deveriam escolher o estilo de sua preferência. Cada estímulo tinha a duração de 4 minutos e o intervalo entre cada apresentação era de meio minuto.

4.5. Tratamento estatístico

Dos 120 sujeitos testados, 13 foram eliminados por possuírem conhecimento teórico-musical, 43 por se encontrarem na faixa de normalidade. As preferências musicais dos grupos contrastantes se encontram na tabela abaixo:

	Estilo clássico	Estilo contemporâneo	
Alta ansiedade	27	10	37
Baixa ansiedade	12	15	27
	39	25	64

Qui quadrado: 4,20

O tratamento estatístico utilizado para testar a associação das variáveis foi a prova do Qui quadrado, sendo o resultado igual a 4,20.

5. CONCLUSÃO

Para um Grau de Liberdade o valor crítico do Qui Quadrado é igual a 3,84; logo a hipótese nula é rejeitada a nível de significância de 0,05, donde se conclui que sujeitos mais ansiosos vão preferir o estilo clássico enquanto os menos ansiosos estarão mais propensos a aceitar o estilo contemporâneo.

REFERÊNCIAS

- BILLER, J.D., OLSON, P.J. e BREEN, T., The effect of "Happy" and "Sad" Music and Participation on Anxiety. *Journal of Music Therapy*, 1974, 11,2.
- FARNSWORTH, P.R., A Study of the Hevner Adjective List. *J. Aesth.*, 1954, 13, 97-103
- HEVNER, K. Expression in music: a discussion of experimental studies and theories. *Psychol. Rev.*, 1935, 47, 186-204
- HEVNER, K., Experimental studies of the elements of expression in



music. Amer. J. Psychol., 1936, 48, 246-68

MADSEN, C.K. e MADSEN, C.H. Jr. Experimental Research in Music
Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey. 1970

WALLACE, M.A. Two Correlates of Symbolic Sexual Arousal: Level of
Anxiety and Liking for Esthetic Material. Journal of Abnor-
mal and Social Psychology. 1960, 61, 3, 356-401.

(continuação da página 25)

11. Maria de Lourdes Sá Parente - Atendimento particular - RJ
12. Lucy El Jaick Lessa - Sociedade Pestalozzi do Brasil; Atendi-
mento particular - Rio de Janeiro
13. Luis Sergio Gouveia Rocha - Centro de Desenvolvimento da Per-
sonalidade da Universidade Católica de Petrópolis
14. Juracy Madalena Guimarães - Atendimento particular - Rio de Ja-
neiro
15. Rosalina Maria Leite Jerke - Escola Estadual N. Sra. Auxilia-
dora - Niterói
16. Rita Name - Casa do Sol - Rio de Janeiro
17. Sara Vaisman - Atendimento particular - Rio de Janeiro
18. Valéria Furst - Associação Brasileira Beneficente de Reabili-
tação; Centro de Neuropsiquiatria e Psicologia Infantil -
CENPI - Rio de Janeiro
19. Vera Bloch Wrobel - Sociedade Pestalozzi do Brasil; Clínica
Araujo Leitão - Rio de Janeiro
20. Marco Antonio Caneca - Clínica Dra. Ivoneide Trindade de S.
Barreto - Recife - Pernambuco
21. Rosely Hamaty - Escola Francisco de Castro - Rio de Janeiro
22. Raquel Durães Bastos - ABBR - Rio de Janeiro
23. Ivette Farah - Instituto de Psiquiatria da UFRJ - Rio de Ja-
neiro
24. Hinda Kátia Schumer - Instituto de Psiquiatria da UFRJ - Rio
de Janeiro

PSICODRAMA MUSICAL
Uma nova orientação em Musicoterapia.



Joseph J. Moreno
Director of Music Therapy School of
Music Eastern New Mexico University

O psicodrama musical é uma nova técnica que combina as modalidades terapêuticas da musicoterapia e do psicodrama numa abordagem integrada.

O "doublé" verbal no psicodrama geralmente utiliza intensidade de expressão sonora, por exemplo volume de voz, etc., para enfatizar de maneira teatral uma gradação para o protagonista na vivência das mais fortes emoções.

O uso intuitivo do reforço sonoro por "doublés" verbais dirige-se ao intencional de preferência ao uso accidental da expressão sonora, por exemplo, a música no psicodrama. A música neste caso pode servir como reforço para o impacto do "doublé" verbal, ou age como um "doublé" independente não verbal.

O cerne da abordagem do psicodrama musical é o conjunto de improvisação psicodramática musical. O conjunto emprega técnicas de improvisação musical livre para criar sentimentos de empatia, representativos das emoções básicas, que possam influenciar diretamente o protagonista, ou sirvam para reforçar os sentimentos previamente expressos pelo protagonista. Quando apresentados apropriadamente, sentimentos tais como tristeza, ansiedade, terror, alegria, etc., expressos musicalmente e que o diretor utiliza como deixa, são percebidos pelo protagonista e outros participantes como reforço para a direção e o impulso psicodramáticos.

A história de dois casos ilustra o exemplo de uma jovem que foi obrigada a entrar em acordo num conflito conjugal em resposta a certa ansiedade provocada por estímulo musical, e um exemplo de psicodrama explorando o sonho, onde a música improvisada era eficaz ao suportar o violento conteúdo emocional do sonho, e auxiliando no processo de exploração e análise.

Orientações gerais para aplicações clínicas são apresentadas, incluindo sugestões na instrumentação, técnicas de improvisação, de complementação, marcação no palco e mais certas considerações gerais.

Psicodrama Musical: Uma Nova Direção em Musicoterapia

O psicodrama, modalidade terapêutica criada por J.L. Moreno, é uma técnica que obteve grande aceitação e aplicação onde quer que a psicoterapia seja praticada. O psicodrama, que envolve o paciente na representação imediata e na exploração da imaginação, das situações conflitantes da vida, dos sonhos, e assim por diante, é uma terapia de ação orientada, que parece particularmente apropriada à dinâmica de nosso tempo.



Em nossa era apressada, onde as pessoas relutam é claro em comprometer-se durante anos no envolvimento de terapias ligadas ao insight verbal, o psicodrama permite que o paciente encare seus problemas de maneira ativa e imediata. O psicodrama leva o paciente a examinar sua própria vida de maneira espontânea, a descobrir novos e melhores meios de lidar com seus conflitos, novas possibilidades de comunicação dentro do relacionamento inter-pessoal, aumentando o conhecimento de si mesmo, tudo isso sendo realizado na intensidade do momento presente.

A musicoterapia é uma terapia bem estabelecida que partilha de vários elementos em comum com o enfoque psicodramático. A musicoterapia, tal como o psicodrama, é também uma terapia do aqui e agora, que pode estimular o paciente para que ele recorra a seus recursos de espontaneidade e explore toda a gama de suas emoções. A musicoterapia pode também tirar partido das possibilidades do grupo, como a vivência de uma situação social que pode fornecer uma extensão de feed-back e uma variedade de experiências inter-ativas.

Com tantos elementos evidentes em comum entre as duas terapias, este autor foi motivado para integrar as duas modalidades numa terapia conjunta, que possa utilizar os melhores elementos de ambas as técnicas.

Um dos aspectos maravilhosos da musicoterapia é sua versatilidade, o fato de prestar-se efetivamente a aplicações numa grande variedade de experiências de tratamento. A união da musicoterapia com o psicodrama, que este autor denominou "psicodrama musical", realizou-se com êxito nestes últimos dois anos, e a intenção deste artigo é descrever esta experiência, tanto em termos de seu fundamento teórico quanto de suas aplicações práticas, e alguns rápidos exemplos tomados de prática recente.

Tentativas anteriores para combinar estas duas terapias apenas tomaram alguns aspectos parciais do psicodrama, enquanto que a experiência do "psicodrama musical" utiliza toda a gama de possibilidades da musicoterapia no contexto do psicodrama completamente realizado.

Uma das técnicas básicas usadas no psicodrama é a do "doublé". Este torna-se outra parte do protagonista, e ajuda-o a exprimir regiões dele mesmo que de outra forma ele teria dificuldade em expressar, ou mesmo não estaria conscientemente a par, tais como pensamentos e ansiedades profundamente reprimidos. O "doublé" pode auxiliar o protagonista, dizendo inicialmente em seu lugar o que ele precisa dizer de si mesmo. Desta forma ele pode liberar o protagonista e suscitar nele o ímpeto de que precisa para expressar-se independentemente. Empregando suas habilidades intuitivas, junto com seu conhecimento objetivo do protagonista, o "doublé" fornece deixas verbais que podem dar ao protagonista um impulso emocional importante em favor da percepção e da livre expressão.

Se o "doublé" sente que o protagonista está reprimindo um sentimento de raiva, por exemplo, e parece conveniente para o protagonista que ele expresse a raiva, o "doublé" pode dizer em altos brados o que ele sente que o protagonista pensa mas não expressa, tal como "Eu o odeio!" e o protagonista pode então ter a coragem

de responder a este estímulo com sua própria expressão verbal, e dizer, por exemplo, "Sim, eu o odeio, eu sempre o odiei!" dirigido a alguém em sua vida, e assim por diante.

Neste tipo de exemplo é provável que algo mais do que as palavras "Eu o odeio!" por elas mesmas vá animar o protagonista a expressar sua raiva. É também a maneira pela qual as palavras foram ditas - seu volume e intensidade de expressão. Muitas vezes, na vivência das mais fortes emoções, junto com a elevação da voz, o "doublé" pode simultaneamente bater com o pé, ou arremessar uma cadeira, ou seja o que for, utilizando possibilidades sonoras adicionais para enfatizar teatralmente um estado de grande impacto ou força emotiva. O que acontece é que as palavras, reforçadas pela intensidade dinâmica de sua expressão sonora, receberam acréscimo de impacto e força emocional. A poderosa expressão sonora ajuda o protagonista a encontrar a coragem necessária para a liberação de seus sentimentos. Se as mesmas palavras tivessem sido ditas ao protagonista de maneira calma e inexpressiva, provavelmente não teriam produzido o mesmo efeito. Mesmo com os mais hábeis e dinâmicos "doublés" verbais, existem limitações na total dependência de estímulos verbais. Numerosos pacientes estão desgastados com palavras, tendo se tornado resistentes aos estímulos verbais através dos anos de excessiva exposição e pela formação de defesas contra previsíveis intrusões verbais. Quando os "doublés" verbais são eficientes no estímulo da expressão de emoções fortes, isto ocorre caracteristicamente com alguma forma de reforço sonoro. O uso intuitivo do reforço sonoro pelos "doublés" psicodramáticos, por exemplo, volume de voz, batida de pés, etc., dirige-se mais ao intencional do que ao acidental uso de expressão verbal, por exemplo a música no psicodrama, para reforçar o impacto dramático do "doublé" verbal, ou para atuar como um "doublé" independente não verbal, e influenciar poderosamente o protagonista de várias maneiras. A extensa pesquisa documentando as numerosas maneiras pelas quais a música pode influenciar o comportamento corrobora a validade do acréscimo desta nova e poderosa dimensão à experiência psicodramática.

J.L. Moreno concebeu o psicodrama como uma forma de teatro vivo e a música foi sempre um tradicional auxiliar da experiência teatral. Este autor discutiu com Moreno a idéia de incorporar técnicas musicais ao psicodrama já em 1961. Este foi um projeto que o entusiasmou vivamente, mas infelizmente não foi realizado nessa ocasião.

Conjunto de Improvisação do Psicodrama Musical

O âmago da abordagem do psicodrama musical é o conjunto de improvisação psicodramática musical. O papel do conjunto é ser capaz de criar, a qualquer momento durante o psicodrama, sons improvisados musicais e não musicais, que expressem as mais variadas emoções. Estes estados sensíveis devem ser expressos de maneira a comunicar efetivamente ao ouvinte médio e, mais particularmente, ao protagonista do psicodrama.

Apesar da gama de emoções humanas ser muito grande, ainda é possível enquadrar a representação musical destas emoções em algu-



mas categorias amplas e representativas que possam expressar os mais delicados tipos de sentimentos quando executada num contexto apropriado.

Tais emoções representativas são: tristeza, ansiedade, terror, alegria, medo, paz, saudade, nostalgia, melancolia e assim por diante. O conjunto de improvisação, a bem da comunicação, relação e imediata correspondência do grupo integrado ao diretor, não deve constar de mais de seis a oito músicos. O grupo deve trabalhar junto para alcançar um consenso de música de grupo visando obter os meios de comunicar efetivamente esses sentimentos.

Os meios musicais para expressar esses gêneros de noções básicas já estão bem estabelecidos e mesmo enraizados em nossa cultura. Tempos lentos, sons suaves prolongados e a tendência para os tons menores estão tradicionalmente associados à tristeza e relacionados a emoções profundas, e tons maiores, tempos rápidos, com frases curtas e maior volume estão frequentemente associados com sentimentos mais positivos. Tais meios evidentes podem ser usados como estrutura para improvisações do conjunto. A abordagem básica utilizada por este autor foi a de uma improvisação atonal completamente livre, cuja única meta é a de levar a emoção em questão através de real expressão sonora. Apesar de tons maiores e menores poderem entrar na peça incidentalmente, não há uso consciente de tonalidade que sirva apenas para aprisionar a música e tentar limitar-lhe a liberdade emocional. A real expressão musical é obtida através de ensaios de grupo, que geralmente centralizam-se sobre questões de características musicais das várias emoções, de preferência a meios especificamente musicais.

O conjunto requer executantes musicalmente competentes, mas habilidade para improvisar, ausência de inibição, sensibilidade musical, liberdade e ecletismo são geralmente mais importantes do que habilidades técnicas e outras tradicionalmente apreciadas.

O instrumental pode variar amplamente, mas certa variedade de cor sonora é essencial. Instrumentos de percussão, tais como tímpanos ou tambores são necessários para fornecer os sons de intensidade dinâmica associados com as emoções fortes.

Instrumentos de corda e sopro podem criar linhas musicais prolongadas que são capazes de trazer de fato ampla gama de sentimentos desde a tristeza até a euforia. Os metais podem criar sonoridades intensas que permitem trabalhar eficazmente com instrumentos de percussão na área das emoções fortes, ou podem misturar-se com instrumentos de sopro e corda para sustentá-los ou criar explosão de sons ansiosos contrastantes.

Instrumentos de percussão, tais como metalofones, podem criar sonoridades que levam a uma real expressão de mistério, de anseio, meditação ou estados oníricos.

Instrumentos de teclado acrescentam verdadeira cor sonora ao conjunto e podem ser usados para exprimir toda a gama de emoções. Teclados eletrônicos ou amplificação eletrônica de qualquer dos outros instrumentos podem acrescentar outra dimensão de sonoridade e intensidade dinâmica ao conjunto.

A utilização de sintetizador eletrônico, tanto como instrumento de improvisação ou instrumento pré-programado, é outra possibilidade interessante.

O conjunto com o qual este autor lidou incluía piano elétrico, violino e trompete com amplificador, clarineta e cordas e uma extensa variedade de instrumentos de percussão. Em diversos momentos, alguns dos executantes acompanhavam outros instrumentos incluindo flauta, melódica e instrumentos de percussão. Este conjunto incluía oito executantes, todos eles estudantes de tempo integral de musicoterapia.

O consenso musical para expressar a gama de emoções previamente indicadas foi facilmente mais longe do que se poderia imaginar. Além disso, as sutis graduações de sentimento que existem entre emoções tais como cólera e ciúmes ou raiva, são realmente levadas e comunicadas ao ouvinte, porque este torna-se predisposto a interpretar emocionalmente a música associada ao contexto teatral do psicodrama.

Mesmo um compositor altamente habilitado teria dificuldade, compondo música que conduziria a sutis distinções entre as emoções quando ouvida objetivamente, longe de qualquer influência oriunda de contexto teatral ou programa. Sem dúvida, grande parte da música de programa, cujas imagens, fornecidas pelo compositor, nós tão superficialmente aceitamos como inevitáveis, não trariam provavelmente as imagens pré-estabelecidas quando executadas para um auditório não familiarizado com o programa.

No contexto de um psicodrama, quando uma determinada emoção está sendo expressa dramaticamente, a música improvisada, que está sendo tocada para reforçar emocionalmente a ação, é geralmente percebida pelo protagonista e outros participantes como a expressão exata dos sentimentos apropriados. Isto é, naturalmente, análogo à ideia da música de programa, onde as imagens do compositor, colocadas no contexto da música que se encaixa na área geral do sentimento, pode ser compreendida da maneira desejada pelo compositor em grande parte por causa de suas sugestões, e não pelas imagens específicas inerentes aos próprios sons musicais. Supõe-se, é claro, que haja um grupo de executantes musicalmente sensíveis, bem dirigidos e bem treinados, cuja música seja em geral apropriada ao que está acontecendo no psicodrama a qualquer momento dado.

O conjunto improvisador não se limita aos sons instrumentais, mas pode usar sons vocais ou quaisquer outros sons de origem corporal. Gritos, junto com sons instrumentais intensos, podem aumentar o impacto emocional dos sons de ansiedade e medo; e choro junto com sons instrumentais de tristeza, faz crescer a pungência desses sentimentos.

Os sons de riso podem ser usados eficazmente para auxiliar o protagonista a atingir o humor. Riso e choro, utilizados simultaneamente, podem ajudar o protagonista a captar a dinâmica de sua ambivalência.

Portanto, todas as possibilidades do som que possam ser criadas pelo conjunto, seja ele instrumental, vocal ou de outros sons



de origem corporal, usados separadamente ou combinados, são indicados para a finalidade de expressar emoções e dessa forma influenciarem o protagonista.

A comunicação verbal tem sido tradicionalmente a fonte principal da comunicação na grande maioria das psicoterapias. A musicoterapia tem sido com frequência descrita como sendo única quanto a seu potencial na área de comunicação não verbal. Entretanto, apesar deste aspecto reconhecido da musicoterapia, o potencial completo da comunicação não verbal através da música foi pouco utilizado.

Muitas aplicações tradicionais da musicoterapia envolvem tanto a música como os estímulos verbais numa certa combinação como letra e música, estruturando a situação de modo a que os estímulos musicais e verbais reforcem-se um ao outro. Quando a música é empregada desta forma, é frequentemente com uma meta predeterminada, possivelmente com seleções previamente escolhidas de música gravada, para provocar uma resposta emocional desejada, que não permita grande flexibilidade da forma que o paciente necessita no momento. Essas tentativas para liberar sentimentos reprimidos ou recordar reações emocionais associadas é muitas vezes limitada ou rígida demais. É, de fato, a situação fora do comum da musicoterapia onde as funções da música são independentes de muitas formas de instruções verbais conjuntas. No psicodrama musical, quando a música improvisada serve de "doublé" não verbal, ela age independentemente de qualquer estímulo verbal.

A música improvisada é essencial para completar o tipo de flexibilidade necessária, capaz de atuar no paciente levando-o a corresponder a seus sentimentos ou a influenciá-los, eles que estão sempre mudando. Mesmo o mais hábil executante, que depende inteiramente de um repertório de materiais já aprendidos, é limitado no sentido de uma grande probabilidade de não ser capaz de alcançar bastante campo na música para poder descobrir as carências emocionais do paciente em todas as ocasiões. Materiais compostos têm o inconveniente potencial de possivelmente tornarem-se familiares ao paciente, fazendo assim surgir uma resposta emocional previamente aprendida em vez de uma resposta emocionalmente apropriada aos sentimentos atuais do paciente. A música improvisada pode ser o meio mais livre de expressão musical e, não possuindo nenhuma associação prévia para o paciente, ela tem o poder de atingi-lo no seu nível mais profundo e espontâneo.

Na musicoterapia individual ou em pequeno grupo, um único musicoterapeuta improvisando pode utilizar a improvisação eficazmente para obter a comunicação não verbal. Nordoff e Robbins, por exemplo, usaram improvisação de teclado extensivamente, como meio de iniciar e manter comunicação com crianças autistas e perturbadas emocionalmente, e parecem ter alcançado grande êxito. Há, entretanto, alguns problemas inerentes a essa abordagem. Em primeiro lugar, mesmo um terapeuta musicalmente competente não possui necessariamente suficiente habilidade de improvisação no teclado para poder empregar essa técnica eficazmente. Este problema torna-se ainda mais crucial se tentarmos aplicar os princípios da abordagem de Nordoff-Robbins para lidar com pacientes psiquiátricos adul



tos,

A utilização de um conjunto musical improvisador, como no psicodrama musical, ou mesmo numa situação musicoterapêutica mais geral, possui muitas vantagens. Oferece uma gama muito maior de variedade tonal e impacto dinâmico do que qualquer executante de teclado; e, além disso, cada executante individual não precisa de ter dons extraordinários de improvisador. Mesmo modestos improvisadores, com o auxílio de um bom grupo musical, podem criar um grupo eficaz e atuante.

A abordagem do psicodrama musical dirige-se a toda a sorte de pacientes psiquiátricos, incluindo os de mais alto nível de inteligência e de habilidade verbal, de preferência às crianças primariamente.

O problema evidente é descobrir especificamente como deve ser usada a música e como o conjunto vai saber o que tocar em cada ocasião.

Músicos

Músicos

Diretor
Protagonista

Os músicos ficam colocados nos dois lados do palco, assim eles podem ficar em contacto visual direto com o protagonista e com o diretor, o tempo todo.

Os músicos podem ser dirigidos pelo diretor do psicodrama, ou este pode comunicar seu intento a um diretor musical, que poderá a seguir dirigir os músicos. Com um conjunto experiente, é suficiente um breve aparte sussurrado, tal como "encolerizando-se" ou "tristeza" ou "criando euforia", etc., junto com o uso das indicações tradicionais de crescendos e diminuendos, entradas e paradas. Outro meio de orientar os músicos, que pode ser usado em diversas situações, é um cartaz visível para os músicos e para o diretor de música, mas não para o protagonista. O cartaz pode apresentar uma série de emoções representativas, e o diretor da música pode simplesmente apontar para o estado emotivo apropriado a ser comunicado ao conjunto, e então dirigir uma entrada na maneira tradicional. Esta abordagem tem a vantagem de ser inteiramente silenciosa, e pode ser de importância crucial em certos momentos muito significativos num psicodrama, onde qualquer indicação audível poderia interferir seriamente e ser destruidora.

Os músicos devem ser colocados de maneira bem visível no palco, de modo a que possam ser vistos pelo auditório tão bem quanto o protagonista, o diretor e outros participantes no palco. Seu papel não deveria limitar-se ao de um conjunto rigidamente sentado mas, antes, deve-se-lhe ser concedida a liberdade de mover-se em volta do palco, possivelmente atuando em diversas localizações, ou seguindo diretamente o protagonista como um 'doublé' faria, se for apropriado.



Experiências Clínicas

Numa sessão recente, a protagonista era uma jovem tentando descobrir o sentido de um sentimento profundo de ansiedade que foi levantado até o nível consciente em resposta à música ansiosa tocada pelo conjunto. A protagonista foi, é claro, perturbada pela música e pediu que ela cessasse, porque não somente ela fazia crescer sua ansiedade, mas também parecia apontar para a origem dela, o que foi um insight aterrorizador com o qual ela não desejava lidar. O diretor sentiu que este poderoso "insight" era necessário, não importando o quanto fosse assustador, e disse ao diretor da música que continuasse e até aumentasse a intensidade da música. O conjunto musical atingiu seu mais intenso e poderoso nível de música ansiosa e de gritos, enquanto o diretor da música permaneceu perto da protagonista, tocando um instrumento de sopro e trazendo a música a um ponto de proximidade física imediata. Depois de alguns minutos de execução, o estímulo musical tornou-se terrível para a protagonista, que gritou de medo, pedindo de novo que parassem a música.

A música continuava, enquanto o diretor pediu à jovem que identificasse o que tanto a aterrorizava. A protagonista tentou resistir, mas finalmente, levada pela torrente sonora, gritou, "É Roger!", o nome de seu marido. No momento dessa elocução, a música cessou e a protagonista, tendo ficado ciente deste novo e difícil insight de que ela tinha profundo medo de seu marido, ficou então apta a continuar a sessão com a finalidade de explorar problemas no seu relacionamento conjugal que ela anteriormente nem suspeitara. A intensidade altamente emocional da música improvisada, foi o maior estímulo que ajudou-a a fazer este confronto inicial e crucial.

Devemos compreender que o papel da música no psicodrama pode ir além da complementação e intensificação da ação teatral, como no exemplo acima. A música pode ser utilizada para levar o protagonista por um caminho talvez totalmente diferente de seu comportamento exterior, pode estabelecer uma tonalidade emocional completamente diferente da que transparece no palco. Isso pode ocorrer quando, por exemplo, um protagonista parece calmo e relaxado, mas o diretor ou um "doublé" sente alguma ansiedade ou tristeza ou outro sentimento subjacente. O diretor pode então servir-se dos músicos para criar a música apropriada para ajudar a exprimir esses sentimentos reprimidos. O caso citado era um exemplo onde a música agiu como um "doublé" não verbal e altamente eficaz.

Este uso da música no psicodrama é portanto completamente diferente do uso habitual da música nos filmes e no teatro, onde a trilha sonora é utilizada basicamente para realçar o sentido emocional da ação dramática para o auditório. No psicodrama musical, o poder da música é dirigido em primeiro lugar para as carências do protagonista, e enquanto pode ser usada eficazmente na maneira teatral tradicional - para fazer sobressair a qualidade emocional da ação - ela pode ir além. Para estender a analogia do uso da música em filmes, um exemplo original de trilha sonora encontra-se no filme recente "Jaws" (O Tubarão) no qual diversas seqüências mostravam-nos, em nível visual, cenas de aparente serenidade; famíli-

as divertindo-se alegremente em belas praias em dias ensolarados, enquanto a música era sinistra e impressionante como um presságio de perigo iminente. Wagner empregou técnica similar: o leitmotiv em suas óperas. A música no psicodrama, da mesma forma, pode alertar o protagonista dos sentimentos ocultos nele mesmo.

Esta é uma aplicação única de musicoterapia, e é também completamente diferente, por exemplo, da forma recreativa de musicoterapia compreendendo participação ativa em alguma forma de teatro musical, que pode apresentar várias formas de uso terapêutico se for convenientemente estruturada. Entretanto, o psicodrama musical é essencialmente teatro musical de e para o protagonista. O psicodrama musical é também completamente diferente da abordagem interessante de musicoterapia analítica de Mary Priestley, onde a música é criada pelos pacientes mais do que para os pacientes. Na abordagem da musicoterapia analítica de Priestley, a música improvisada pelo próprio paciente é usada como base para uma subsequente exploração e análise da personalidade.

Psicodrama Musical e Investigação dos Sonhos

O psicodrama presta-se bem à exploração dramática dos sonhos. Os sonhos são, é evidente, experiências psíquicas significativas mas com muita frequência seu conteúdo específico e impacto emocional perdem-se pouco depois do despertar. Pacientes, que poderiam mais tarde discutir seus sonhos na psicoterapia, inúmeras vezes esqueceram tanto do conteúdo e dos sentimentos do sonho, que os lucros terapêuticos na análise dos sonhos frequentemente não são obtidos de maneira eficaz. Isto é sobretudo verdadeiro quando o conteúdo de um sonho é aterrador, e assim tende a ser rapidamente reprimido. Depois de alguns dias, antes do paciente ter oportunidade de falar com seu terapeuta, tanto material onírico será reprimido, esquecido, distorcido e protegido pelas defesas, que o terapeuta terá grande dificuldade para levar o paciente a encarar o significado real de seu sonho.

A investigação de sonhos no psicodrama permite que o protagonista volte a seu sonho, o experimente novamente, e a seguir talvez o que é mais importante, o experimente de uma nova maneira. No psicodrama, o protagonista pode de propósito alterar seu sonho, mudar seu fim ou outro conteúdo e assim obter novos insights e consciência de possibilidades de uma nova vida.

O acréscimo da dimensão musical na investigação do sonho no psicodrama aumenta consideravelmente as possibilidades de auxílio ao protagonista ao reviver o sonho em toda a sua primitiva intensidade.

O psicodrama de uma investigação de sonho pode começar num quarto escuro, pede-se ao protagonista que se deite, feche os olhos e tente voltar ao estado de sentimento que ele possuía quando teve o sonho da primeira vez. Quando o protagonista começar a lembrar seu sonho, a música vai seguir suas deixas e fornecer outro elemento para estabelecer e reforçar a atmosfera e a qualidade do material onírico.

Numa sessão anterior de psicodrama musical ligado à investi

gação do sonho, o protagonista era um estudante. Ele estava pesquisando um sonho no qual ele havia assassinado sua ex-namorada porque ela na vida real o rejeitara por outro homem, apesar de sua fidelidade para com ela, e apesar dele ter experimentado sentimentos realmente sinceros por ela.

Nesta sessão, a música agiu como poderoso estímulo para ajudar a criar a violenta atmosfera na qual o protagonista foi capaz de reviver seu sonho, incluindo o assassinio de sua namorada, que ele representou estrangulando a parceira.

Depois do assassinio, quando arguido pelo diretor, o protagonista não exprimiu arrependimento e sentiu que essa morte, na sua opinião, era um simples ato de justiça.

O diretor explorou outras possibilidades implicadas no sonho e que pareciam importantes, mesmo que não fossem parte do conteúdo do sonho original. O protagonista foi capaz de experimentar a raiva dos pais da moça ante a morte de sua filha, na esperança de colocar o protagonista frente à inoralidade de matar essa jovem simplesmente por ela não satisfazer seus desejos. Apesar do confronto direto com os pais e com o cadáver da moça, o paciente não reconheceu sua culpa e foi finalmente condenado pelo diretor a morrer na cadeira elétrica de preferência a sentir remorsos seja para quem for, até mesmo diante de Deus, com quem teve uma entrevista pessoal no palco. Qualquer reconhecimento de culpa teria poupado sua vida, mas o protagonista recusou essa opção, e 'morreu' violentamente na cadeira elétrica.

Todas essas investigações, que não estavam no sonho original, foram eficazmente exploradas no psicodrama, e reforçadas em seu impacto emocional sobre o protagonista através da música improvisada.

Há tantos pacientes em terapia que não realizaram musicalmente seus sonhos relatados e fantasias que poderiam ser explorados e realizados no psicodrama musical.

Um paciente tinha sempre desejado reger uma orquestra, mas nunca tivera oportunidade para tal. Na sessão o paciente foi convidado a subir no palco, e com grande vigor ele pegou a batuta, deu o sinal de partida à orquestra e começou a reger a música improvisada instantaneamente e esta acompanhava todos os caprichos de sua regência surpreendentemente musical. Esta orquestra não era dependente de avaliações ou de ensaios, mas era capaz de produzir o feedback musical imediato que o paciente precisasse naquele momento. No fim da execução, o auditório aplaudiu entusiasticamente, e o protagonista teve evidentemente uma experiência significativa e emocionalmente gratificante.

Há várias considerações gerais a acrescentar que devem ser lembradas quando é utilizada a abordagem musical psicodramática.

1. A música improvisada não deve estar presente continuamente durante a sessão. Se houver abuso de música, ela pode tornar-se altamente perturbadora para o protagonista, assim como perder muito de seu poder de impacto emocional que poderia manter em reserva para momentos mais apropriados.



2. Há realmente um perigo nessa abordagem ao dirigir excessivamente o protagonista, através da utilização não verbal de estímulos musicais ou pelo reforço e assim super-dramatização do impacto de um 'doublé' verbal. Isto é simplesmente uma questão de contenção e sensibilidade da parte do diretor. Qualquer recurso psicodramático pode tornar-se manipulador se for exagerado.

3. Um pequeno conjunto de dois ou três músicos não tem o mesmo impacto dinâmico que um conjunto maior, mas pode ser mais fácil trabalhar com ele, pois ele pode reagir e mover-se mais depressa conforme as necessidades do protagonista.

Boa parte da psicoterapia depende de alguma forma de comunicação sonora. Palavras são som e a maneira pela qual as palavras são expressas pode realçar ou reduzir seu significado emocional. No psicodrama musical, as maiores possibilidades terapêuticas são dadas ao som musical como meio de comunicação emocional direta. No psicodrama, que é baseado na espontaneidade e na utilização de todos os elementos do teatro - palavras, expressão, gestos, efeitos de luz, e agora, inevitavelmente, com o uso proposital da música, a musicoterapia possui um papel novo e importante. O psicodrama musical, tal como todo o campo do próprio psicodrama, é uma abordagem que evolui constantemente, que alcança novas possibilidades em cada sessão.

REFERÊNCIAS

- Nordoff, P. & Robbins, C. Therapy in Music for Handicapped Children. New York: St. Martins Press, 1971
- Priestley, M. Music Therapy in Action. New York: St. Martins Press 1975
- White, W.F. & Allen, W.R. Psychodramatic Effects of Music as a Therapeutic Agent. Journal of Music Therapy 1966, 3, 69-71.



SOBRE A RESOLUÇÃO Nº 004/79
do CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

Resolução CFP nº 004/79
De 20 de fevereiro de 1979

Ementa: Dispõe sobre a divulgação e emprego profissionais da Psicodança, da Musicoterapia, da Expressão Corporal, e equivalentes, enquanto métodos e técnicas psicológicas.

O Conselho Federal de Psicologia, no uso de suas atribuições legais e regimentais, CONSIDERANDO a necessidade de orientar, disciplinar e fiscalizar a divulgação e o emprego profissionais da Psicodança, da Musicoterapia, da Expressão Corporal, e equivalentes, enquanto métodos e técnicas psicológicas; CONSIDERANDO, no interesse da comunidade brasileira e do bom nome da Classe de psicólogos no Brasil, que os serviços oferecidos e prestados por alguém devem radicar-se em legal e adequada qualificação profissional; CONSIDERANDO o compromisso ético e legal deste Conselho de, através da expedição de resoluções e atos outros, resguardar o cumprimento das leis que, em nosso País, definem as atribuições e competências dos profissionais de Psicologia; CONSIDERANDO que seus Conselhos Regionais, para o bom cumprimento de suas atribuições orientadoras, disciplinadoras e fiscalizadoras do exercício profissional em Psicologia, nas respectivas áreas de competência, precisam ser adequadamente instrumentados por este Colegiado Maior, através de atos resolutórios e instrucionais; CONSIDERANDO quanto dispõe o art. 13 da Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962; o art. 4º do Decreto nº 53.464, de 21 de janeiro de 1964; o art. 6º da Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971; e o art. 6º do Decreto nº 79.822 de 17 de junho de 1977; CONSIDERANDO, finalmente, as decisões deste Conselho, dispoendo sobre a fiscalização do exercício profissional em Psicologia,

RESOLVE:

Art. 1º - É da competência privativa do Psicólogo, em todo o território nacional, a utilização de métodos e técnicas psicológicas que caracterizam a Psicodança, a Musicoterapia, a Expressão Corporal, e equivalentes, com os objetivos estabelecidos por lei.

Art. 2º - O treinamento em Psicodança, em Musicoterapia, em Expressão Corporal, e equivalentes, sempre que tiverem por finalidade e formação profissional em métodos e técnicas psicológicas, só poderá ser ministrado a psicólogos e a estudantes regularmente matriculados em cursos para formação de Psicólogo.

Art. 3º - O treinamento em Psicodança, em Musicoterapia, em Expressão Corporal, e equivalentes, sempre que tiver por finalidade o aperfeiçoamento e a especialização profissionais em métodos e técnicas psicológicas, só poderá ser ministrado a psicólogos.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor nesta data, revogadas as disposições em contrário.



São Paulo - SP, 20 de fevereiro 1979

Dr. Arthur de Mattos Saldanha
Conselheiro Presidente

Dra. Geraldina Porto Witter
Conselheira Secretária

=====

A ABMT, tendo tomado conhecimento da referida Resolução, entrou em contato com as Associações de Musicoterapia do Paraná, do Rio Grande do Sul, de Minas Gerais e São Paulo que a autorizaram a se posicionar acerca desta questão.

Outrossim nos comunicamos com a Direção e Coordenação do Curso de Formação de Musicoterapeutas do Conservatório Brasileiro de Música que, em reunião com a Presidente do Conselho Regional de Psicologia (5a. Região), ouviu desta que sentia no documento do Conselho Federal uma preocupação em estabelecer identidades profissionais e caracterizar a utilização do instrumental de cada profissão.

Por ocasião desse encontro, a Presidente do Conselho Regional, Terezinha Lins de Albuquerque se prontificou a proferir uma palestra sobre assuntos de interesse dos musicoterapeutas. Esta palestra realizou-se no dia 10 de outubro no Auditório do CBM.

Apresentamos a seguir as cartas enviadas ao Conselho Federal de Psicologia pela direção do Curso de Formação de Musicoterapeutas e pela ABMT.

=====

Rio de Janeiro, 24 de setembro de 79

De:

Cecília Fernandez Conde

Diretor Técnico Cultural do Conservatório Brasileiro de Música

Para:

Dr. Arthur de Mattos Saldanha

Conselheiro Presidente do Conselho Federal de Psicologia

Assunto: Resolução CFP - nº 004/79

Ilmo. Sr.

A Direção, Coordenação e Corpo Docente do Curso de Formação de Musicoterapeutas do Conservatório Brasileiro de Música, ve, através desta, manifestar surpresas, com a publicação da CFP - nº 004/79, no qual esse Egrégio Conselho, resolve restringir a prática de Musicoterapia à Psicólogos.

Considerando que a Musicoterapia é reconhecida mundialmente e que sua prática está entregue a Musicoterapeutas; considerando que "a Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos constitutivos como objeto intermediário de uma relação que vai possibilitar o desenvolvimento de um processo terapêutico, mobilizando aspectos bio-psico-sociais do indivíduo";



Considerando que a Musicoterapia utiliza uma metodologia própria:

- caráter diagnóstico - descobrir o princípio de Iso (identidade rítmico-sonora do paciente ou do grupo) e os instrumentos que servirão de objetos intermediários por meio dos quais será estabelecida uma comunicação não-verbal;
- caráter terapêutico - abrir canais de comunicação, partindo da identidade rítmico-sonora do paciente, e levá-lo a integração em grupos ou em outras terapias.

Considerando que para ingressar no Curso de Formação de Musicoterapeutas é necessário uma boa formação musical;

Considerando que esta formação musical será, no decorrer do Curso, aprofundada e dirigida especificamente para utilização da música em terapia;

Considerando que o Curso de Formação de Musicoterapeutas funcionando desde 1972, foi reconhecido por unanimidade pelo Conselho Federal de Educação, em março de 1978, tendo levado a assinatura do então Presidente Ernesto Geisel;

Considerando que a Musicoterapia é uma profissão paramédica que faz parte de uma equipe multidisciplinar em Instituições de Reabilitação em Clínicas Psiquiátricas e em Escolas de Educação Especial;

Considerando que o trabalho de Musicoterapia é supervisionado por musicoterapeutas, médico e psicólogos;

Considerando que existe uma Associação Brasileira de Musicoterapia, fundada em 21 de setembro de 1968, que congrega os profissionais da área;

Considerando que em 1976, realizou-se em Buenos Aires, Argentina, o II Congresso Mundial de Musicoterapia, com a participação de vinte e quatro países;

Considerando que no referido Congresso, em Mesa Redonda sobre "O Ensino da Musicoterapia", da qual participaram nove países, o Curso de Formação de Musicoterapeutas do Conservatório Brasileiro de Música foi escolhido como um dos três melhores do mundo, conforme documento anexo, a Direção do Curso de Formação de Musicoterapeutas, do Conservatório Brasileiro de Música, mui respeitosamente vem:

- manifestar a sua estranheza pela Resolução CFP - nº 004/79 de 20 de fevereiro de 1979 que "Dispõe sobre divulgação e Emprego Profissional da Musicoterapia e equivalentes, enquanto métodos e técnicas psicológicas;
- pedir a reconsideração desta Resolução, visto que a mesma, além de não ser fundamentada, tem trazido prejuízos, não só para o referido Curso, como também para os profissionais que atuam nessa área, com trabalhos comprovadamente reconhecidos.

Sem mais pelo momento, subscrevemos
Atenciosamente,



Cecília Fernandez Conde
Diretor Técnico e Cultural

COORDENAÇÃO

Lia Rejane Mendes Barcellos

Jeanett Elpern

Lenita Moraes Bianchi

Rio de Janeiro, 2, outubro, 1979

Ofício 003/79

Do Presidente da Associação Brasileira de Musicoterapia
Ao

Dr. Arthur de Mattos Saldanha

Conselheiro Presidente do Conselho Federal de Psicologia
Brasília - DF

Ilustríssimo Senhor,

Tomamos conhecimento, através do Boletim Informativo desse Egrégio Conselho, da Resolução CFP nº 004/79 de 20 de fevereiro de 1979, que dispõe sobre divulgação e emprego profissionais da Musicoterapia e outras terapias que menciona, enquanto métodos e técnicas psicológicas.

Inicialmente, gostaríamos de registrar a nossa estranheza, diante do fato de resolução de tal importância, que interfere diretamente com a atividade de uma categoria profissional, ter sido tomada sem que tivéssemos tido a oportunidade de um entendimento prévio. Trata-se de uma medida unilateral que, como tal - lamentamos registrar - carece dos benefícios das medidas que decorrem do entendimento e do consenso.

Tivéssemos tido a oportunidade de um contato, teríamos feito ver a V. Sa. que a Musicoterapia é, hoje, no mundo inteiro, reconhecida e praticada por profissionais formados em cursos especializados; que no Brasil, a formação de musicoterapeutas é feita, em nível de graduação, pelo Curso de Formação de Musicoterapeutas do Conservatório Brasileiro de Música, reconhecido pelo Conselho Federal de Educação, em 09/03/1973, parecer nº 829/78, processo nº 2.757/73 e, em nível de especialização de 2 anos após o Curso de Licenciatura Plena em Música; que, fundada há onze anos, a Associação Brasileira de Musicoterapia congrega hoje duas centenas de associados, dos quais a maior parte de musicoterapeutas formados; que, pelo Brasil a fora, outras Associações - Associação Paulista de Musicoterapia, Associação Sul Brasileira de Musicoterapia, Associação Mineira de Musicoterapia, Associação de Musicoterapia do Paraná - vão, gradualmente, difundindo e ampliando o uso da Musicoterapia por todo o território nacional; e que, em várias instituições públicas e privadas de maior conceito, a musicoterapia vem sendo aplicada por musicoterapeutas perfeitamente integrados com os demais serviços dessas instituições, podendo-se citar, só na á-



rea do Rio de Janeiro, entre muitas outras, a Sociedade Pestalozzi do Brasil, as APAES, o IPCEP, a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), o Instituto de Psiquiatria da UFRJ, a Casa de Saúde Dr. Eiras.

Parece-nos, assim, que um aprofundamento da questão seria de mútuo interesse. A nós, musicoterapeutas, preocupa-nos também o exercício da nossa profissão por pessoas inabilitadas e despreparadas. Desejamos nós também, sem ultrapassar os limites do exercício da nossa atividade, estabelecer nitidamente esses limites.

Na expectativa de sua palavra no sentido de sugerir as circunstâncias em que se poderia dar o contato pessoal que ajudasse a encaminhar a solução para tais problemas, apresentamos nossas cordiais saudações.

Gabriele de Souza e Silva
Presidente da ABMT

Lote: 55
PL N° 2303/1979
138
Caixa: 88

MUSICOTERAPIA NO INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT

Com o objetivo de discutir a implantação da Musicoterapia no Instituto Benjamin Constant, reuniram-se em novembro, representantes da direção desta instituição com membros da diretoria da ABMT.

Estiveram presentes ao encontro, representando o Instituto, Dr. Joel Teles de Brito (Diretor), Luzimar Sombra (Assistente do Diretor), Ruth Straus (Chefe da Divisão Pedagógica), Jonir Bechara Cerqueira (Chefe da Seção de Ensino), Sidney de Souza (Coordenador das Atividades Musicais), Hildemar Veríssimo (Psicólogo). Pela ABMT compareceram Gabriele de Souza e Silva (Presidente), Lia Rejane Mendes Barcellos (1a. Vice-presidente) e Lenita Bianchi (2a Vice-presidente).

Ficou decidido que o trabalho de Musicoterapia ficará sob a responsabilidade de Gabriele de Souza e Silva. Os profissionais interessados em atuar nessa área poderão entrar em contato com ela, pois as atividades terão início em março vindouro.

TERAPIA DO RELACIONAMENTO ATRAVÉS DA

MÚSICA COM MENINOS DESAJUSTADOS (1)



A música com crianças inteligentes desajustadas parece ser um assunto sobre o qual muito pouco se tem escrito; foi pensando nisso que tentei explicar a maneira de trabalhar que me pareceu particularmente útil e enriquecedora e também muito vantajosa para os meninos com quem trabalhei.

Para começar é importante que o leitor saiba algo sobre a escola onde trabalho e o tipo de meninos com quem lido. Ocupei-me de música de uma forma ou de outra desde meus primeiros anos de colégio, chegando à clarinete no Curso Secundário; na Universidade obtive certo conhecimento de música eletrônica e de música de vanguarda, e mais tarde a música folclórica tradicional envolveu-me. Como podem ver, meu back-ground musical não é baseado na teoria musical dos sons, mas muito mais num profundo e verdadeiro amor da música e de seus efeitos sobre mim. A escola é uma comunidade terapêutica residencial para 40 meninos desajustados, de 7 a 13 anos de idade. Só trabalhamos com meninos que têm um QI sensivelmente alto, uma vez que nosso modelo de tratamento é destinado só para este tipo de criança. Nosso trabalho está baseado na terapia do relacionamento; nas tardes, dentro deste esquema, temos o que se chama "Grupos carentes". Esses são designados para suprir as necessidades individuais de cada criança. Por exemplo, se um menino precisa de desenvolver um relacionamento com sua mãe, ou com a figura do pai, ele é colocado num grupo particular para tentar alcançar esse objetivo. Há também grupos escolhidos para auxiliar crianças que necessitam de ajuda em assuntos básicos; há também grupos para as crianças que precisam de uma válvula de escape criativa, tal como arte, teatro ou música, ou aqueles que têm necessidade de aprender a brincar com outros meninos. É dentro desse contexto que desenvolvi minha maneira de utilizar a música no tratamento desses meninos.

Gostaria de explicar a filosofia que está atrás de meu método de trabalho. No arcabouço dos "Grupos carentes", procuro ajudar os meninos a empregar a música como um meio e uma força criativa, nos quais eles possam criar música para eles mesmos. Através disso eles podem externar seus sentimentos e emoções e utilizar sua criatividade de maneira construtiva. Como professor e terapeuta, posso servir-me da situação e de meu relacionamento com os meninos para ajudá-los a tornarem-se cientes, a compreenderem e eventualmente a superarem seus problemas. Isto é somente uma parte da terapia total em uso na escola. Por exemplo, alguma terapia muito importante é utilizada dentro das cinco unidades de cuidados infantís onde nossas crianças são colocadas. Estas unidades são especificamente designadas para suprir as necessidades de desenvolvimento da criança - das primárias até as integradas.

(1) Extraído do "British Journal of Music Therapy, Autumn 1977, vol. 8 nº 3



Para atingir qualquer dessas grandes metas eu estava ciente de que seria difícil empregar os métodos mais tradicionais de música e instrumentos. Porque esses meninos ficam facilmente frustrados se cometem erros, mas precisam de realizar algo que soe "bem". Decidi que em vez de tentar fazer música com os meninos, faríamos sons. Achei difícil imaginar um menino de 11 anos utilizando um bandolim ou flauta de maneira criativa, o que o satisfaria e lhe permitiria liberar seus sentimentos de agressão para com a autoridade; pelo menos não poderia fazê-lo sem vários anos de aprendizagem e de penosa prática. Insisto em dizer que queria que os meninos USASSEM a música, não necessariamente que se tornassem músicos.

Especialmente para as sessões de "Grupos carentes", eu quis que os meninos tratassem todos os instrumentos utilizáveis na sala de música (incluindo percussão melódica ou não, violões, um banjo, um bandolim e vários pedaços de instrumentos semi-usuais) como "centros de som": lugares onde uma variedade de sons e de ruídos pudesse ser obtida, por diversos métodos, e que não havia uma só maneira de "tocar" os instrumentos - evidentemente - sem estragá-los. Por conseguinte, a música ou som produzidos pelos meninos eram mais livres, mais espontâneos, e assim mais expressivos ou criativos. Mas não eram, porém, sempre melódicos, porque os meninos não conheciam escalas, a clave adequada, ou harmonia; mas achei que uma boa parte da música produzida era bem excitante.

Algumas pessoas poderiam pensar que isso era uma desculpa para uma sessão desestruturada, mas na realidade nada estaria mais longe da verdade: de fato, os meninos não levariam muito tempo para desinteressar-se de uma sessão improdutiva ou que não oferecesse suficiente competição. Insisto em dizer que esses meninos eram inteligentes e sinceramente desejosos de obter algo das sessões.

Para aplicar minha idéia de trabalhar de maneira mais estruturada, discuti com os meninos a propósito da possibilidade de fazer "trilhas sonoras", como para um filme na televisão (isto é algo a que eles poderiam facilmente se ligar) - e mais tarde, contar histórias com música e sons e utilizar a música para exprimir sentimentos. Desta forma, eles seriam capazes de servir-se de sua imaginação com todos os instrumentos admissíveis, sem se sentirem limitados a tocar os instrumentos da maneira tradicional, e portanto a terem que fazer "música". A fim de dar às improvisações alguma estrutura e aos meninos uma orientação, é sempre necessário que eu coordene e dirija seu trabalho: isto traz o que eles têm de melhor e conseqüentemente obtém resultados satisfatórios.

Um dos primeiros projetos que seguimos com um grupo de cinco meninos foi "Sons especiais", relativamente fácil de realizar nos primeiros estágios. Primeiramente discutimos a propósito dos tipos de som que ouvimos quando vemos filmes sobre o espaço na televisão. Então falamos sobre a possibilidade de fazermos toda sorte de sons com os instrumentos utilizáveis; descobrimos: vários gêneros de címbalos, "chime bars", uma caixa sonora (com cordas) de um velho piano, uma auto-harpa, diversos tipos de tambores e outros. A princípio fizemos várias improvisações sobre sons



especiais gerais para conseguir encontrar o verdadeiro equilíbrio entre eles. Algumas dessas improvisações duraram 15 minutos ou mais, pois os meninos ficaram totalmente envolvidos na sua obra; para muitos deles não foi uma pequena tarefa. Nós sempre gravamos nosso trabalho de modo a podermos ouvir os sons que produzimos e sermos capazes depois de criticar o trabalho. Quando ele não alcançava os padrões que havíamos estabelecido (sendo meninos inteligentes, eles podiam dizer se os sons que produzimos eram "lixo"), éramos capazes de gravá-los diversas vezes até que o resultado almejado fosse obtido. Para os sons gerais do espaço nós nos dirigimos para 'acontecimentos' específicos que se realizaram na pista de lançamento de uma nave espacial, uma tempestade no espaço, sons de outro planeta, etc. - todas essas idéias foram sugeridas pelos meninos. O projeto finalizou-se com os meninos fazendo um grande painel representando uma "ação" na sala de música, acompanhada por sons do espaço.

Durante esse projeto eu pude trabalhar não somente numa terapêutica geral, mas também num tratamento individual específico. A propósito de uma das crianças do grupo achamos que ela mostrava frequentemente sentimentos anti-sociais agressivos estregando e destruindo objetos de maneira muito secreta. Durante minhas sessões com este menino, pude deixar-lhe ver que ele seria capaz de utilizar seus sentimentos agressivos de maneira mais construtiva: por exemplo batendo nos tambores. A princípio isso não estava estruturado, mas à medida que as sessões prosseguiram foi controlado e canalizado em direção às metas do grupo. Outro menino sonhava acordado durante a sessão e outras vezes no correr do dia, sua mente vagando num mundo de fantasias; por conseguinte sua participação no trabalho de grupo era mínima. Mas durante nossas sessões ele foi capaz de dar uma contribuição maior, e vi-o sonhando menos. De fato ele tomou parte com êxito na improvisação que frequentemente durava quinze minutos ou mais. Outro menino tinha problemas tais como frustração e inabilidade para completar uma tarefa que levava se mais de cinco minutos; na maioria das vezes seu trabalho era quebrado, metade ou desperdiçado. Mas sessões de música ele conseguiu vir toda semana e trabalhar numa tarefa, e também fazer observações críticas sobre seu trabalho até ficar satisfeito com a peça acabada. Esta habilidade para tolerar sua frustração transferiu-se também para seu trabalho fora da sala de música (na sala de aula e em casa). E assim podemos ver que as sessões de música trouxeram mudança nesses meninos; uma mudança que os tornou capazes de tomar conhecimento de suas dificuldades e lutar contra elas. Esses meninos foram postos no grupo de música, em parte para estarem comigo já que era sua professora de classe e tinha já um profundo relacionamento com eles; um ponto importante em todo o trabalho que fizemos em Warleigh. E também porque sentimos que a música é um instrumento muito útil e legítimo para tratar dos problemas dos meninos dentro do contexto do tratamento total que eles recebem na escola.

Para concluir, não queria dar a impressão de que a maneira de trabalhar descrita acima é o único meio de por os meninos em



contacto com a música. Só trabalho desta maneira com um pequeno grupo de meninos uma vez por semana, pois só quando o desenvolvimento do menino permite que ele seja beneficiado com isso é que ele é colocado no 'Grupo carente'; e ele permanece aí enquanto o grupo preenche suas necessidades. As outras formas de música que têm lugar na escola são as seguintes: - ensino de um instrumento individualmente (flauta, violão, bandolim e banjo) que é dada por um pai de casa e por mim mesma. Também reunimos uma banda da escola para atuar em concertos, sobretudo no tempo de Natal. Isso geralmente toma a forma de canções folclóricas e cantigas. Temos também músicas regionais para os meninos executarem danças típicas em épocas tradicionais durante o ano; e quando são importantes, ocasionalmente incluimos a interpretação de canções nos planejamentos da escola. Frequentemente usamos também peças específicas (já gravadas) como estímulo para o trabalho criativo; - pintura, trabalho escrito, debates, etc. Essas peças de música são tiradas da Livraria de Som da escola, que consiste numa coleção de 5 cassetes onde estão gravadas músicas que a direção considera úteis para as variadas necessidades dos meninos. Cada fita é para diferentes tipos de música: - calma, música fluente forte, música agressiva forte, música com história, música eletrônica e efeitos sonoros. Achamos que este sistema é mais prático do que carregar um estoque de discos, pois frequentemente utilizamos somente um pequeno trecho de um LP, e o resto muitas vezes não é tocado. Vemos pois que a música exerce um grande papel na vida de uma escola. Isto me leva a definir a diferença entre música utilizada de maneira terapêutica e musicoterapia. Sinto que alguém só faz musicoterapia quando lida especificamente com distúrbios, problemas, e traumas de crianças individualmente, e que todo outro envolvimento com música pode ser terapêutico mas não é necessariamente musicoterapia.

Como novata nesse tipo de trabalho, tanto de Educação Especial como Musicoterapia, estaria interessada em ouvir algo sobre outras pessoas que trabalham com meninos inteligentes, perturbados e de idade aproximada dos nossos, que utilizam a música tanto de maneira similar quanto de maneira totalmente diferente de nós.

Warleigh School,
Warleigh Manor,
Bathford,
Bath.

Caixa: 88

Lote: 55
PL N° 2303/1979

140

ARTIGOS JÁ PUBLICADOS NOS BOLETINS DA ABMT



Estamos publicando uma relação, tendo em vista que nem todos os nossos associados tiveram a oportunidade de adquirir a coleção completa do Boletim da ABMT. Estamos estudando a melhor forma de colocar à disposição de todos, os artigos que desejarem e para isso juntamos a esta lista um formulário através do qual os interessados possam indicar os textos que gostariam de obter. Não indicamos o preço porque o mesmo vai depender do número de pedidos que recebermos. Assim, uma vez recebidos os pedidos, entraremos em contato com os interessados.

- AIZENWASER, Vida Brenner de - Importância da utilização do estímulo rítmico melódico na linguagem do paralisado cerebral coreoatetósico - Boletim nº 3
· A música como meio de integração no desenvolvimento evolutivo do ser humano - Bol. nº 5
- ALLEN, Dorothy M. - Musicoterapia com pacientes geriátricos - Bol. nº 7
- ALVIN, Juliette - A Musicoterapia e a Terapia da Palavra - Bol. nº 1
· Musicoterapia aplicada a uma criança espástica - Bol. nº 3
· A identidade de um grupo de Musicoterapia - Bol. nº 5
· O instrumento musical como instrumento intermediário - Bol. nº 7
- BALLESTRIN, Cláudia, FREGTMAN, Carlos e JONIC, Renata - Uma experiência num hospital de dia - Bol. nº 9
- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes - A importância do estágio para a formação profissional - Bol. nº 1
· O Ensino da Musicoterapia no Rio de Janeiro - Bol. nº 4
· A Musicoterapia no tratamento do distúrbio de conduta do paralisado cerebral - Bol. nº 6
- BATELLA, Berenice de Carvalho e CANECA, Marco Antônio da Silva - Projeto de implantação do Serviço de Reabilitação em Neurologia - Bol. nº 8
- BENENZON, Rolando O. - La Musicoterapia y su aplicación en los procesos regresivos - Bol. nº 1
· Técnicas de aproximação e integração no grupo familiar de crianças autistas - (Os quistos de Comunicação) - Bol. nº 3
- BITTENCOURT, Heloisa F. - Experiências de Musicoterapia com os deficientes do Instituto Paissandú - Bol. nº 3
- CAIRO, Katia Fernandes - Uma experiência de Musicoterapia num hospital psiquiátrico - Bol. nº 4
· Musicoterapia para pacientes psiquiátricos - Indicações e Contra-indicações - Bol. nº 5
· Aplicação da Musicoterapia no Rio de Janeiro - Bol. Especial
- CANEVARO, Alfredo e LEVENBERT, Isabel B. de - Inclusão da Musicoterapia no tratamento de grupos multifamiliares - Bol. nº 7



- CARVALHO, Doris Hoyer de - A Musicoterapia e o seu desenvolvimento no Rio de Janeiro - Bol. nº 1
. Etapas do processo musicoterápico - Bol. nº 2
- CAVAS, Cláudio de São Tiago e HORA, Lúcia Helena Morgado da - Métodos de Investigação em Musicoterapia - Bol. nº 6
- COSTA, Oscar Aufonso Nery da - Tese: O valor da Música em Terapia - Bol. nº 6.
- CORREA, Roberto Alexandre Quilelli - Música e Mito - Bol. nº 1
- DUDOIT-CARLIER, Claire Lise - A Música (terapia pela Música) - Bol. nº 9
- EL JAICK, Lucy - A Musicoterapia em um caso de perda da capacidade fonatória - Bol. nº 2
- FENWICKS, Ângela - Musicoterapia com crianças - Bol. nº 4
- FUX, Maria - A Música e sua comunicação através do corpo - Bol. nº 9
- GRAHAM, Richard M. - Bio-música em Musicoterapia - Bol. Especial
. Efeito de interação do sexo e modalidade terapêutica em crianças mentalmente retardadas - Bol. Especial
- HAMATY, Rosely - A Musicoterapia na múltipla deficiência - Bol. nº 8
- JERKE, Rosalina Maria Leite - A Musicoterapia no atendimento do aluno marginalizado - Bol. nº 5
- LIRA, Ilma de Abreu - Início de uma experiência em Musicoterapia no Setor de Paraplegia da ABER - Bol. nº 2
- LORENTZEN, Anita D. - Terapia através da relaxação com ritmos musicais - Bol. Especial
- LOWENKRON, Theodor, VIGNOLI, Maria de Lourdes A.D. e SILVA, Olívia Ambrósio da - Musicoterapia na Comunidade Terapêutica - Bol. nº 2
- MANSO, Frederico Archer de Britto - A pesquisa experimental em Musicoterapia: um enfoque científico - Bol. nº 5
- MICHEL, Donald E. - Música, Educação Musical, Musicoterapia -
. Quais os seus papéis em Educação Especializada? - Bol. nº 8
- MILLECO Fº, Luis Antonio - Princípios de Iso Coletivo ou Cultural - Bol. nº 7
- PAULA, Marcelo Alves de - Indicações de Musicoterapia com o escolar - Bol. nº 1
- PARENTE, Maria de Lourdes Sá - Musicoterapia com criança portadora de cegueira e distúrbio psiquiátrico - Bol. nº 4
- PERES, Maria Célia - Experiências em Musicoterapia
- RETT, Andreas - Musicoterapia no tratamento de lesões cerebrais - Bol. nº 1
- ROCHA, Dora - O Ensino da Musicoterapia em Porto Alegre - Bol. Especial.
- RUBIO, Magda Navarro del Aguila de - Resultados preliminares del

Proj. 2.303/79

Lia Rezans

Associação Brasileira
de
MusicoTerapia

Boletim N.º **11**

RIO DE JANEIRO - ABRIL - 1981



Boletim nº 11 - Ano V

ABRIL 1981
~~MARÇO - 1980~~

Órgão Oficial da Associação Brasileira de

Musicoterapia - AMT

Departamento de Divulgação

Sede Provisória

Conservatório Brasileiro de Música

Avenida Graça Aranha, 57 - 12º andar

Rio de Janeiro



= Í N D I C E =

Diretoria.....	1
Musicoterapia em Saúde Mental.....	3
Terapia Através da Dança e do Movimento.....	7
Dados sobre os Objetivos Musicoterápicos e Critérios para Indicação de Pacientes.....	10
Resumo do Curso de Musicoterapia para Problemas Motores pela Professora Vida Brenner de Aizenwaser.....	21
Significado e Funções da Música do Povo na Educação.....	38

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA

DIRETORIA

PRESIDENTE: LIA REJANE MENDES BARCELLOS



1º Vice-Presidente: Lenita Vieira Moraes

2º Vice-Presidente: Marco Antonio Carvalho Santos

1º Secretário : Ivette Farah

2º Secretário : Eneida Soares Ribeiro

1º Tesoureiro : Marly Chagas Oliveira Pinto

2º Tesoureiro : Anete Mendes Assumpção Chaves

CONSELHEIROS

Prof. Augusto Rodrigues

Prof. Luiz Felipe O. Machado

Profª. Ana Maria Jaguaribe A. de Moura

Dra. Magda Navarro de Rubio

Profª. Cecilia Fernandez Conde

Prof. Maria de Lourdes Sá Parente

Profª. Claudia Ballestrin de Banfi

Prof. Martha Aracy L. do Nascimento

Profª. Eloisa Adler Scharfstein

Prof. Noemia de Araujo Varella

Profª. Helerina Aparecida Novo

Dra. Olivia Pereira

Dr. José Perdigão di Cavalcanti Jr.

Dr. Theodor Lowenkron

Prof. Luis Antonio Milleco Filho

Dr. Virgilio Almansur de Lemos

SOCIOS HONORÁRIOS

Profª. Juliette Alvin

Dra. Nise da Silveira

Prof. Renata Aragão Silveira

Dr. Rolando Omar Benenson

Dr. Jacques Nirenberg

Dr. Roberto Alexandre Quilelli

Dr. Paulo Cesar Muniz

Prof. Doris Hoyer de Carvalho

Prof. Gabrielle de Souza e Silva

Prof. Helena Antipoff (in memoriam)

DEPARTAMENTOS

CURSOS

Claudia Banfi

Hinda Katia Schumer

Olga Regina Lena e Souza

Raquel Duraes

Marcia Campanario Leibinger

DIVULGAÇÃO

Maria Luiza Petrucci

Maria Clarice Moura Costa

Clarice Cardeman

Martha Negreiros Sampaio Vianna

PESQUISA

Frederico Archer de B. Manso

Luis Claudio Machado

Rita de Cassia del'Aquila

Fernanda del Priori Barreto

APLICAÇÃO

Valeria Furst

Marco Polo Sampaio Moreira Leite

Maria Regina Brandão

Clara Rotstein

MUSICOTERAPIA EM SAÚDE MENTAL



Claudia Ballestrin de Banfi

(Trabalho lido durante a "Semana da Psicologia" organizada pelo "Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro", Rio, set.1979)

Talvez por tratar-se de uma disciplina cujo surgimento como tal é recente, a Musicoterapia carece de um corpo referencial teórico específico e próprio. O musicoterapeuta, por conseguinte, recorre a aparatos teóricos já existentes a partir dos quais tenta compreender e desenvolver a instrumentação de sua técnica. É na escolha do esquema conceptual de referência que se definirá a linha de trabalho do musicoterapeuta e a significação de sua tarefa. Particularmente, a teoria a partir da qual baseio minha prática e empreendo a leitura do material trabalhado é a Psicanálise. É daí, portanto, que tentarei descrever o trabalho musicoterapêutico e sua operatividade.

Para iniciar esclareçamos qual o instrumento específico com que o musicoterapeuta conta para levar adiante um processo terapêutico: trata-se do manejo e emprego de diversas formas de expressão predominantemente não-verbais centradas na utilização do som e do corpo. Parece-me importante assinalar aqui que o musicoterapeuta NÃO É UM PROFESSOR DE MÚSICA; seu trabalho não tem nada a ver com o labor pedagógico de iniciação musical. O musicoterapeuta estabelece, com finalidade terapêutica, canais de comunicação que incluem elementos pré e para-verbais, sons corporais, sons provenientes de instrumentos musicais, música e ações e movimentos do corpo. Além disso, o musicoterapeuta FALA. Sua participação e suas intervenções (mostrar, hierarquizar, estimular, impedir, responder, etc) podem ser verbais ou não, uma vez que, como dissemos, seus recursos específicos de ação transcendem o puramente verbal. Mas é função do musicoterapeuta tentar decodificar o acontecimento não-verbal e contribuir para a elaboração do material que o paciente traz, para o qual é indispensável o desenvolvimento de um trabalho interpretativo. Mais precisamente, então, o musicoterapeuta SIGNIFICA.

No tratamento do paciente neurótico, isto é a pessoa psiquicamente constituída como tal, estruturada edipianamente, em quem a repressão primária realizou-se permitindo a passagem para a ordem simbólica e a instauração da linguagem, a finalidade da ação musicoterapêutica é propiciar mobilizações e regressões que atuem contra as resistências e favoreçam o acesso de aspectos inconscientes (ou reprimidos) ao nível da percepção consciente.



A qualidade arcaica das situações promovidas viabiliza a alteração da estrutura defensiva do paciente. A metodologia se desenvolve em torno da introdução de modificações na imagem corporal que levem a uma redistribuição da libido no mapa corpóreo, a um desmonte da instituição-corpo com que a pessoa mantém uma forma particular de relação de objeto, e a uma remoção recuperadora da erogeneidade corporal. Este processo, cujos mecanismos estão longe de ser devidamente compreendidos e elucidados cientificamente, abrange desde o desbloqueio motor de pontos do corpo onde se localiza tal bloqueio como produto transacional de retorno do reprimido, até a incorporação da repressão a uma dramática corporal que a engloba e supera dando lugar a um tipo particular de integração subjetiva do corpo erógeno. O fato não-verbal primário, concreto, imediato, permite avançar retrospectivamente na história do sujeito e recuperar aspectos não elaborados num plano simbólico.

Na abordagem terapêutica da psicose as técnicas não-verbais adquirem especial importância. A linguagem psicótica, proveniente de um sujeito não simbolizante, em estado pré-edipiano, que não tenha sofrido os efeitos da castração (não se "separou" ou "diferenciou") e em que as palavras funcionam como coisas, torna possível desenvolver um processo psicoterapêutico em que o musicoterapeuta, neste caso, utilize todos os elementos próprios de sua disciplina para fazer dessa linguagem um meio de expressão produtivo em termos de cura. Os significantes quanto a altura, timbre, intensidade, duração, assim como os que se apoiam numa materialidade corpórea (muscular, humoral), são meios apropriados para a expressão do imaginário, e por sua vez operam efeitos simbólicos com ou sem ajuda do verbal. Assim, os sons, a música, os movimentos, os gestos, as palavras, (palavras que são corpo erógeno, transgressão) - abrem uma nova dimensão da ordem simbólica com que o paciente pode voluntariamente produzir "algo" significativo em função do que lhe ocorre e ainda mais fazê-lo com prazer. O objetivo da Musicoterapia é, então, contribuir com o processo de simbolização, redistribuir o equilíbrio imaginário-simbólico do corpo erógeno, estruturar dinamicamente a imagem do corpo, definir seus limites, situá-lo no espaço para entrar na temporalidade e com ela na história, favorecer a integração subjetiva, aceder ao tipo de relação primária de objeto, valendo-se para isso da propriedade particular e privilegiadamente primária, plástica e concreta da matéria (som-corpo) com que funciona. Torna-se necessário expor agora em que contexto nos parece possível desenvolver eficazmente a função descrita: trata-se do marco de uma equipe interdisciplinar integrada numa coerência teórica e ideológica que permite efetuar uma abordagem múltipla de objetivos comuns e não em forma de compartimentos estanques. O musicoterapeuta obtém

Caixa: 88
Lote: 55
PL N° 2303/1979
147

a informação de outras áreas do tratamento, põe ao alcance de seus companheiros de equipe o material proveniente de seu trabalho e age a partir desse intercâmbio. Em nossa experiência clínica institucional com pacientes psicóticos temos dividido o trabalho de equipe com terapeutas familiares, terapeutas individuais e de grupo, psicodramatistas, psiquiatras, arte-terapeutas, terapeutas ocupacionais, pessoal de enfermagem e de limpeza, assistentes sociais, etc.



Havendo exposto sumariamente os objetivos e possível alcance da musicoterapia no tratamento de pacientes adultos neuróticos e psicóticos, e para ilustrar com algo de mais preciso o que foi dito até agora, referir-nos-emos aos elementos ou "matéria prima" com que o musicoterapeuta instrumenta seus recursos técnicos:

- Sons vocais pré-verbais (grito, barulho de sucção, arfar, silabação).
- Elementos para-verbais (inflexões, fraseio, pontuações).
- Outros sons vocais (sopro, assobio, estalido).
- Voz cantada.
- Sons corporais fisiológicos (respiração, flatos, deglutição).
- Percussão corporal (o corpo como instrumento "idiófono" em que o som é produzido pelo contato - golpe, roçar, sacudidela - das próprias partes do corpo ou por sua ação sobre outros objetos - chão, outro corpo).
- Sons provenientes de objetos sonoros não tradicionais (papeis, chaves, etc.).
- Sons provenientes de instrumentos musicais (de preferência de manejo simples e portáteis: de percussão, flautas, violões).
- Música gravada já existente (universal, as possibilidades de escolha são infinitas).
- Gravações originais (fitas especialmente montadas com material sonoro heterogêneo, musical ou não, para a promoção de imagens, "climas", etc.).
- Linguagem de gestos (acenos, movimentos, expressão facial).
- Atitudes corporais (tônus postural, "estilo").
- Movimentos em geral (no momento sinto dificuldade em classificá-los: em função de sua intencionalidade, grau de consciência, comunicação, espontaneidade, criatividade, origem, prazer que proporcionam ?)
- Contato físico.
- A fala.

- 5 -

A partir de qualquer destes elementos o musicoterapeuta propõe, estabelece e propicia diálogos, jogos, dramatizações, situações de expressão individual ou coletiva SEMPRE em função da problemática e dinâmica própria do paciente ou grupo a seu cargo.



Lote: 55
Caixa: 88
PL N° 2303/1979
148

Prefiro deixar para futuras comunicações uma exposição mais detalhada da metodologia, assim como o que se refere ao trabalho com crianças para abordar outro aspecto que considero prioritário:

Há muito ainda a pesquisar em Musicoterapia e interessa-nos particularmente, desde a Psicanálise, as contribuições de outras correntes em Psicologia, da Linguística e da Psicoacústica, para a tentativa de uma compreensão profunda dos psicodinamismos do fenômeno sonoro-corporal e sua relação com outras formas de linguagem não-verbal. Assim pois compreendemos o intercâmbio como única alternativa real para levar adiante uma investigação com rigor científico e para um desempenho produtivo e pertinente da profissão. Neste sentido é sem dúvida necessário haver mobilidade, permeabilidade e abertura do conjunto dos que trabalham na área de Saúde Mental.

==/==/==/==/==/==/==/==/==/==

==/==/==/==/==/==/==/==/==/==

Bibliografia:

- Aberastury, A. y Alvarez de Toledo, L.G.: "La Música y los Instrumentos Musicales", primera y segunda parte, en "La percepción de la muerte en los niños" y otros escritos. Ed. Kargieman. Bs.As. 1978.
- Ballestrin, C., Fregtman, C., Jonic, R.: "Uma experiência em Hospital de Dia" Boletim da ABMT. nº 9
- Banfi, Enrique: "Terapia familiar en el abordaje comunitario de la psicosis, I Simposio Internacional de Psicoanálisis, Grupos e Instituciones, Rio de Janeiro, 1978.
- Barenblitt, G.: "Elementos y propósitos de una lectura del cuerpo como institución", I Seminario Internacional de Medicina Psicosomática, México, 1975.
- Barenblitt, G. y Matrajt, M.: "Esbozo de conceptualización psicoanalítica de la creación y expresión artística (enfoque genético)". "Actas de las Jornadas Argentinas de Roscharch Clínico, Bs.As., 1968.
- Laplanche, J. Pontalis, J.B.: "Vocabulário de Psicanálise". Livraria Martins Fontes Editora Ltda. - Santos, 1979.
- Pankow, G.: "El hombre y su psicosis". Amorrortu Ed. Bs.As. 1974.
- Redfield, J.: "El Sonido Musical", en "Música: ciencia y arte". Eudeba. Bs.As. 1968.
- Tannchen, G.: "Imágenes del cuerpo fragmentado en tests gráficos de psicóticos". Proyecto de tesis doctoral. Bs.As. 1978.
- Zopke, P.: "Fonología del cuerpo". Holguero Ed. Bs. 1977.

==/==/==/==/==/==/==/==/==/==



TERAPIA ATRAVÉS DA DANÇA E DO MOVIMENTO

Eloisa Adler Scharfstein

A terapia pela dança/movimento utiliza o movimento como seu instrumento de trabalho, isto é, o meio para atingir objetivos terapêuticos, assim como a musicoterapia se utiliza da música e a arte-terapia - da arte. Ou seja, é o uso terapêutico do movimento em um processo que visa a integração emocional e física do indivíduo - uma abordagem psico-física. -
Mente e corpo estão em constante interação recíproca e por isso o que se experimenta em um destes níveis acaba influenciando o outro.

A terapia pela dança foi criada por Marian Chace em 1942, quando iniciou seu trabalho no hospital psiquiátrico St. Elizabeth, em Washington D.C. Chace era originalmente dançarina e professora de dança da Escola Denishawn. Esta escola, fundada na década de 20 por Ruth St. Denis e Ted Shawn foi de maior importância na história da dança moderna. A filosofia predominante da escola era de que não existia uma única forma de se mover, mas sim um número infinito de formas dependendo da história cultural da pessoa, assim como de sua motivação religiosa e filosófica. Ruth St. Denis foi responsável por introduzir à dança moderna o elemento místico e espiritual e, durante a década de 30, ela dedicou-se integralmente a esta fusão entre o espírito e o movimento físico. Foi, portanto, nesta escola que Marian Chace - aprendeu que existem infinitas formas de se mover, dependendo da motivação de cada indivíduo. Os anos de 30 foram anos de profunda aprendizagem quanto à comunicação não-verbal: Chace trabalhava com as mais diferentes pessoas, - aqueles que vinham às aulas de dança por livre e espontânea vontade, com crianças em clínicas especiais, com crianças e adolescentes em orfanatos e escolas, com pessoas enviadas por clínicos, psicólogos e psiquiatras. A partir destes trabalhos Marian Chace começou a observar a existência de uma estreita correlação entre o estado emocional e psíquico do indivíduo e seu respectivo repertório de movimento.

Os cegos, por exemplo, apresentam em geral um ritmo lento, insegurança em se movimentar, a postura corporal um pouco inclinada para os lados e pés que tendem a se abrir para fora. Os surdos, por sua vez, apresentam dificuldades na orientação espacial, já que é através dos sons que a desenvolvemos: quando um objeto cai atrás de nós, nos viramos para trás a partir do



som que ouvimos. Pacientes psiquiátricos apresentam outros tipos de dificuldades corporais, tanto em relação às qualidades do movimento (isto é, a ausência de certos esforços descritos por Rudolf Laban em sua teoria do sistema Esforço-Forma), como em relação ao espaço. É importante ressaltar outras variáveis que se registram corporalmente, tais como as diferenças sócio-econômicas e culturais. O antropólogo Alan Lomax e a especialista em análise de movimento Forrestine Paulay realizaram um vasto estudo sobre o uso das mãos e dos pés em diferentes sociedades, variando de acordo com as atividades produtivas predominantes em cada uma destas culturas.

Considerando a formação de Marian Chace surge a seguinte pergunta: em que a terapia pela dança difere da dança? Apesar de ambas trabalharem com a ação rítmica do corpo, a terapeuta pela dança é a líder do grupo e não a professora, donde uma relação terapêutica se estabelece entre terapeuta e paciente, diferente da relação professora-aluna. A terapeuta pela dança não ensina dança com o objetivo de formar dançarinos, mas sim de permitir a seus pacientes expressar seus sentimentos e emoções tornando-se mais conscientes de si mesmos.

Marian Chace e suas seguidoras trabalham com música, porém, cada vez mais, o campo se estende para a terapia pelo movimento, onde a verbalização é incentivada. A terapia pelo movimento explora e enfatiza a improvisação individual discutindo e clarificando os sentimentos das experiências vividas corporalmente. Enquanto a terapia pela dança é sempre usada como coadjuvante, a terapia pelo movimento é muitas vezes usada como a terapia principal do indivíduo, dependendo da formação do terapeuta.

A terapia pela dança/movimento é uma terapia criativa, orientada para a ação, envolvendo assim, processos psicológicos associados à criatividade. Ou seja, é a partir da vivência corporal e do processo criativo que surge a verbalização e o "insight".

Segundo a terapeuta pela dança Truddi Schoop, o ser humano enfrenta a vida na cultura ocidental de três diferentes formas: aqueles que não suportam a realidade e fogem para um mundo de fantasias; aqueles que temem tanto as revelações desconhecidas da fantasia que se apagam desesperadamente à realidade; e um terceiro grupo que consegue que a fantasia seja parte integrante de sua realidade, como é o caso dos artistas, cientistas e sobretudo das crianças. Os primeiros estágios da infância são, para muitos de nós, os únicos períodos em que nosso corpo e nossa mente estão fundidos em uma forte interação recíproca. A criança, no seu primeiro ano de vida, começa a descobrir o mundo a partir de suas vivências exclusivamente corporais: o



prazer da amamentação, a descoberta de suas mãozinhas, a discriminação do som, tato e visão. Mais tarde, mesmo dispondo de outros meios de comunicação, como é o caso da linguagem, a criança continua explorando seu mundo e a si mesma através de suas explorações sensoriais e corpóreas. É esta fusão entre fantasia e realidade, entre mente e corpo que a terapia pelo movimento procura incentivar e explorar.

A terapia pelo movimento envolve duas áreas básicas de conhecimento, isto é, o corpo e a psicologia. Como terapeutas pelo movimento é fundamental que conheçamos profundamente diferentes técnicas e análise de movimento, já que esta é a nossa especialidade e, portanto, nosso principal meio de trabalho. Porém, na medida em que se trata de um trabalho terapêutico, é também fundamental nosso conhecimento da mente humana. Neste caso, nos deparamos com as diferentes teorias psicológicas que embasam este tipo de trabalho - terapêutico: sejam elas as teorias freudiana, neofreudiana ou junguiana. Por exemplo, quando mencionamos anteriormente os primeiros estágios da infância, - referiamos-nos as estágios psicosssexuais do desenvolvimento de acordo com Freud. Ou, quando abordamos o tema da criatividade, pensamos na teoria junguiana e na tese da auto-realização expressa por Carl Rogers e Abraham Maslow. Ao afirmarmos que a terapia pelo movimento é uma terapia criativa, orientada para a ação, recorreremos ao psicodrama, que como a própria palavra grega diz (psiqué = alma e drama = ação, realização) são as emoções em ação.

Apesar de recorrermos a todas estas teorias, continuamos falando em terapia pelo movimento, pois embora o psicodrama use o corpo e o movimento em seu processo dramático, e as terapias verbais registram e interpretam as mensagens não-verbais, o movimento para elas não é o elemento principal de trabalho, como ocorre na terapia pelo movimento.

=/=/=/=/=/=/=/=

Bibliografia:

- Bertherat, Thérèse - "O corpo tem suas razões". Martins Fontes. S.Paulo, 1977.
- North, Manon - "Personality Assessment Through Movement". Plays, Inc. Boston 75
- Schoop, Trud - "Won't you Join the Dance ?" A Dancer's Essay Into the Treatment of Psychosis; National Press; 1974
- Laban, Rudolf - "Dominio do Movimento"; Summus Editorial, 1978.
- Novaes, Maria Helena - "Psicologia da Criatividade". Editora Vozes, RJ., 1977.
- Boltansky, Luc - "As classes Sociais e o Corpo", Ed.Graal Ltda., Rio de Janeiro, 1979.

=/=/=/=/=/=/=



DADOS SOBRE OS OBJETIVOS MUSICOTERÁPICOS E CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE PACIENTES

(Resultado do levantamento feito durante a Iª Maratona de Musicoterapia realizada pela ABMT. em 30/8/1980)

Maria Clarice S. de Moura Costa

INTRODUÇÃO:

Os musicoterapeutas vêm há bastante tempo discutindo o problema referente à falta de fundamentação teórica, de embasamento científico e de sistematização da musicoterapia. Parecem, também, estar de acordo que esta fundamentação está intimamente ligada à prática musicoterápica, numa estreita correlação. Tentamos, então, fazer um estudo exploratório da prática dos musicoterapeutas, partindo do princípio que um único profissional pode, depois de alguns anos de trabalho, chegar a conclusões objetivamente válidas a respeito de diversos aspectos de sua atuação, mas que este processo pode ser acelerado se houver comparação com o trabalho de outros. A partir desta comparação poder-se-iam indentificar aspectos comuns que talvez pudessem ser sistematizados, levando à busca de fundamentação, através de pesquisas.

Elaboramos então um questionário que foi distribuído por intermédio dos estagiários, entre dezessete musicoterapeutas formados pelo CBM, cujos nomes constavam, entre outros, das listas publicadas nos Boletins 9 e 10 da Associação Brasileira de Musicoterapia. Dos dezessete questionários enviados, tivemos a devolução de seis, devidamente preenchidos. No entanto, apesar dos seis terem respondido aos dezoito itens do questionário, não houve a menor possibilidade de transformar as informações recebidas em algo significativo, talvez pelo pequeno número devolvido, talvez pela má formulação das perguntas, devido à falta de conhecimento, por nossa parte, de metodologia de pesquisa. O único dado que, a nosso ver, teve algum sentido, foi o fato de seis musicoterapeutas terem indicado oito diferentes motivos pelos quais os pacientes eram encaminhados à musicoterapia. Este estranho resultado aguçou nossa curiosidade. Existiria algum objetivo específico pelo qual um paciente deva ser encaminhado à musicoterapia? Seriam os objetivos totalmente diferentes, conforme a área de especialização, ou haveriam objetivos comuns à qualquer área?

Preparamos um novo questionário em que os oito motivos de encaminhamento de pacientes para a musicoterapia, fornecidos anteriormente, foram transformados em objetivos musicoterápicos e acrescidos de mais quatro. -



Foi feita a pergunta "Que objetivos você procura alcançar?", para verificar quais seriam os objetivos mais expressivos dentro da prática musicoterápica, ou mesmo se haveria consenso em torno de algum.

A seguir formulamos a pergunta "Existe um ou vários destes - objetivos que sejam comuns a todos os pacientes que você atendeu?", para saber se haveria algum objetivo que fosse comum a todos os pacientes submetidos ao tratamento musicoterápico, isto é, se existiriam objetivos gerais da musicoterapia.

A terceira pergunta "Entre os objetivos especificados na pergunta anterior, quais seriam mais facilmente obtidos pela musicoterapia do que por qualquer outro tipo de terapia? visava saber se existe uma especificidade da musicoterapia que serviria como critério para indicação de pacientes ao tratamento musicoterápico.

Foi pedido ainda que a população alvo escolhida assinalasse sua situação (musicoterapeuta ou estagiário) e a área de atuação, para verificar se haveriam grandes discordâncias de acordo com a situação.

A princípio as perguntas seriam apenas estas, cujos resultados serão aqui analisados, mas como já conhecíamos a dificuldade de obter respostas, aproveitamos a oportunidade de estar reunido um grande número de musicoterapeutas, para a 1ª Maratona de Musicoterapia promovida pela ABMT, a fim de colher outros dados, que serão oportunamente estudados.

Resultados do levantamento:

Foram distribuídos sessenta e oito questionários entre os presentes à maratona, sendo excluídos os alunos do primeiro e segundo ano, por não terem ainda iniciado os estágios. Foram devolvidos vinte e nove questionários preenchidos e três de pessoas que por não serem musicoterapeutas não os preencheram. O pequeno de respostas prejudica bastante o resultado do estudo, mas, apesar disto, foram trazidos à tona vários pontos para reflexão.

Situação do musicoterapeuta:

Musicoterapeutas contratados por instituição	7
Musicoterapeutas prestando serviços não remunerados	3
Musicoterapeutas trabalhando particularmente	7
Musicoterapeutas desempregados	3
Estagiários	8
Estagiário remunerado	1



Área de Atuação

Psiquiatria	9
Deficiência Física	6
Deficiência Mental	5
Outras	9
	<hr/> 29

Caixa: 88

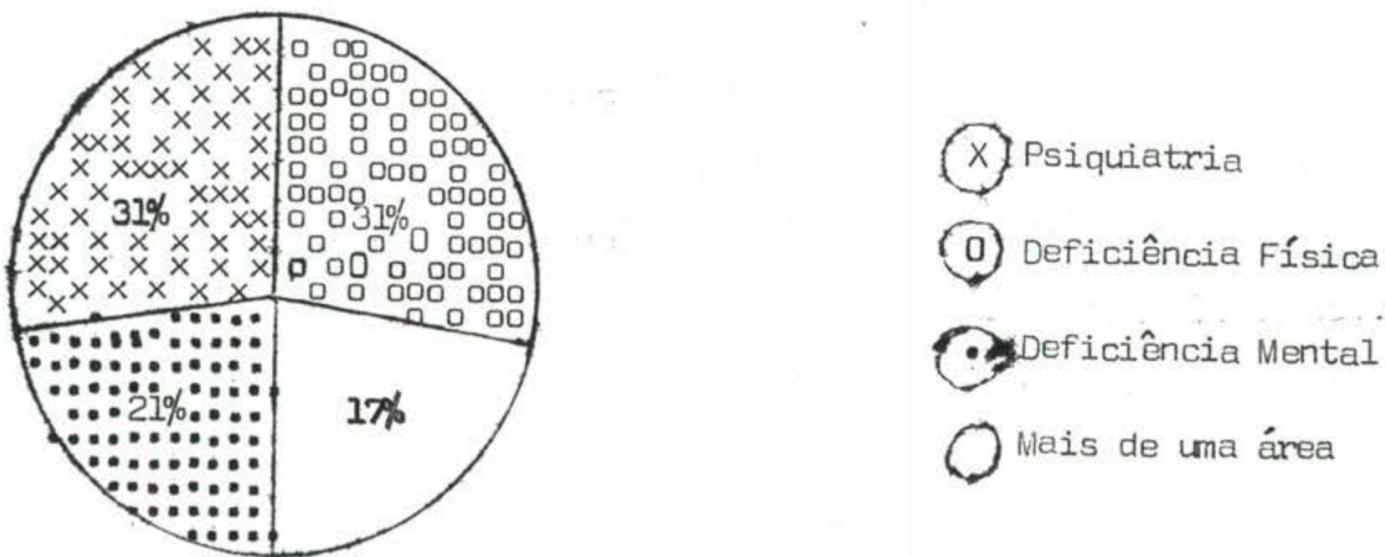
Lote: 55
PL N° 2303/1979
151

	Deficiência Sensorial	1
	Deficiência Sensorial e Mental	1
	Deficiência Sensorial e Psiquiatria	1
Outras	Deficiência Mental e Psiquiatria	1
	Deficiência Física e Psiquiatria	1
	Deficiência Física e Mental	1
	Não especificaram	3
		<hr/> 9

Dos vinte e nove questionários preenchidos, vinte foram respondidos por musicoterapeutas, o que corresponde a 69% do total, e nove por estagiários, isto é, 31% do total, aproximadamente.

Quanto à área de atuação profissional, aproximadamente 31% trabalham em psiquiatria, 21% em deficiência física, 17% em deficiência mental e 31% em mais de uma área.

Áreas de Atuação



Posteriormente, foram distribuídos dezesseis questionários entre os alunos do primeiro ano, com perguntas adaptadas, para verificar até que ponto as respostas dos musicoterapeutas refletem realmente sua prática ou são orientadas pelo Curso.



As respostas dadas às perguntas seguintes foram tabuladas quantitativamente, em primeiro lugar considerando-se o total, sem levar em conta as diversas áreas de especialização. Depois foram tabuladas separadamente as respostas dos musicoterapeutas que trabalham nas áreas de deficiência física, deficiência mental e psiquiatria, que correspondem a cerca de 69% do total, com o objetivo de verificar até que ponto a prática profissional influencia o enfoque do musicoterapeuta sobre os objetivos musicoterápicos, ou mesmo se estes são totalmente diferentes, dependendo da área de especialização. As respostas dos profissionais que trabalham em mais de uma área não foram analisadas separadamente em virtude do número excessivamente pequeno. Como as respostas dos estagiários e dos musicoterapeutas formados não apresentaram maior discrepância, foram tabuladas em conjunto.

As tabelas de respostas apresentam duas grandes divisões - 1ª - Alunos e 2ª Musicoterapeutas/Estagiários - sendo a segunda subdividida em Total, Psiquiatria, Deficiência Física e Deficiência Mental. A partir das tabelas foram feitos gráficos, em que são representados na linha horizontal os objetivos visados, indicados nos questionários e, na linha vertical, o número de respostas positivas dadas a cada um.

1ª pergunta:

Que Objetivos você procura alcançar ?

Esta pergunta foi formulada aos alunos da seguinte maneira:

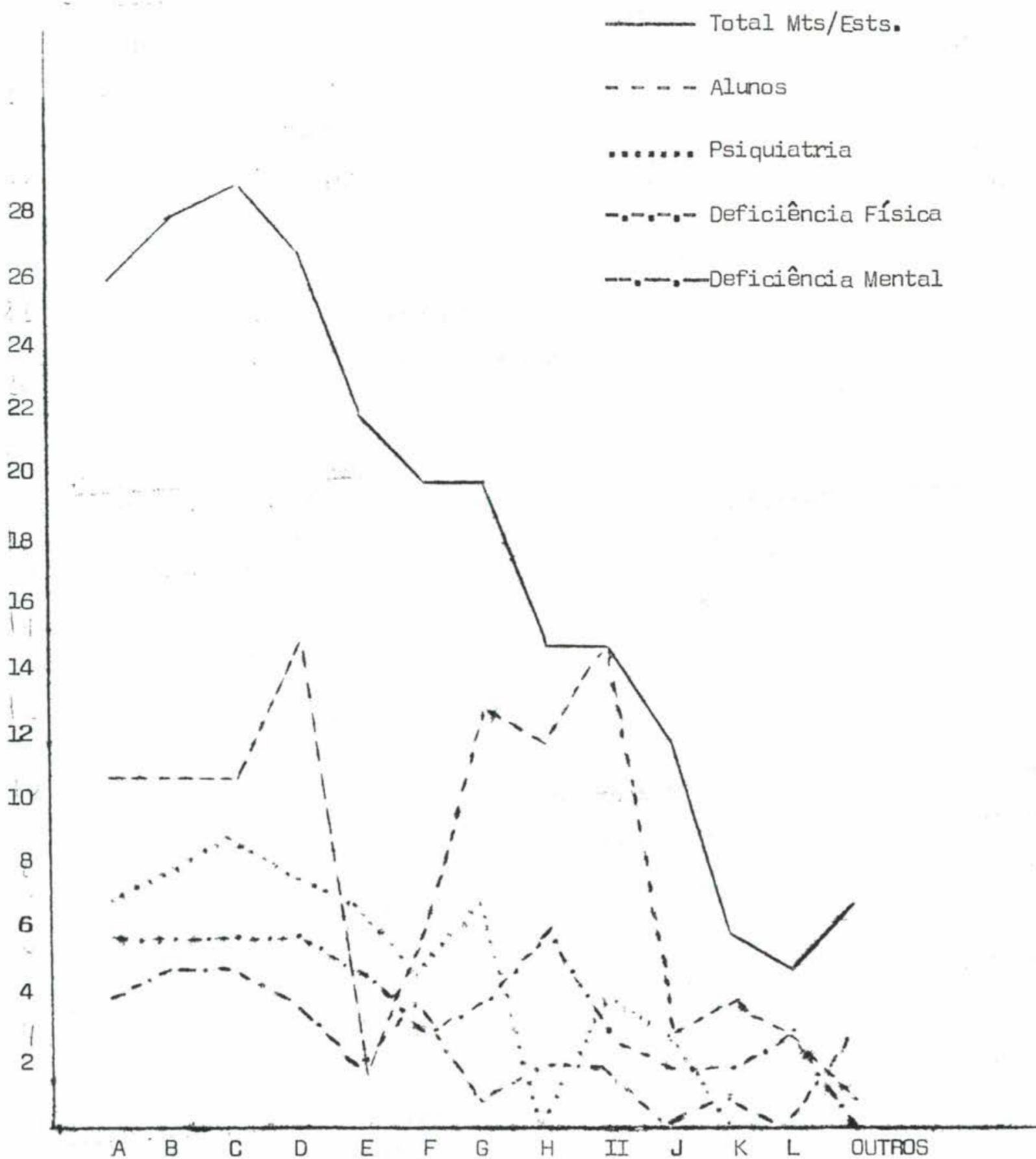
Na sua opinião, que objetivos a musicoterapia procura alcançar ?

	Al.	Tot.	Mts/Esta.		
			Ps.	DF	DM
A - Aumentar a auto-estima	11	26	7	6	4
B - Promover a socialização	11	28	8	6	5
C - Facilitar a auto-expressão	11	29	9	6	5
D - Tirar o paciente do isolamento	15	27	8	6	4
E - Explorar as partes sadias	2	22	7	5	2
F - Desenvolver a criatividade	6	20	5	3	4
G - Tirar o paciente de estados regressivos	13	20	7	4	1
H - Promover o desenvolvimento psicomotor	12	15	0	6	2
I - Desenvolver a percepção auditiva,	14	15	4	3	2
J - Incentivar o pragmatismo	3	12	3	2	0
K - Complementar a fonoaudiologia	4	6	0	2	1
L - Complementar a fisioterapia	3	5	0	3	0
Outros	1	7	3	0	0
	106	231	62	52	30



- a - Desenvolver o esquema corporal
- b - Contribuir para o processo de simbolização (psicóticos)
- c - Mobilizar estruturas defensivas (neuróticos)
- d - Complementar a equipe
- e - Abrir canais de comunicação entre o paciente e o mundo
- f - Diminuir as estereotipias
- g - Trabalhar a aceitação da psicoterapia, para posterior encaminhamento a esta forma de terapia.

Objetivos Musicoterápicos





Como se pode perceber, tanto através da tabela numérica quanto do gráfico, aumentar a auto-estima, promover a socialização, facilitar a auto-expressão, tirar o paciente do isolamento, explorar as partes sadias, desenvolver a criatividade e tirar o paciente de estados regressivos seriam os principais objetivos musicoterápicos, uma vez que foram assinalados por aproximadamente 72% dos musicoterapeutas. Entretanto, tirar o paciente de estados regressivos, apesar do número relevante de respostas no cômputo geral, já não pode ser considerado um objetivo da musicoterapia em geral, em virtude de sua falta de significação na área de deficiência mental (apenas uma resposta positiva).

De acordo com a área de especialização, foi dada maior ou menor ênfase a cada um destes objetivos. Entretanto, é preciso ressaltar dois pontos:

1) Facilitar a auto-expressão contou com a unanimidade de respostas positivas dos profissionais, seguindo-se imediatamente promover a socialização e tirar o paciente do isolamento.

2) Desenvolver a criatividade foi o objetivo menos citado, entre os principais objetivos musicoterápicos, tanto considerando-se o total de musicoterapeutas, quanto nas áreas de psiquiatria e deficiência física. Na área de deficiência mental, no entanto, foi assinalado por quatro entre cinco profissionais.

As respostas dos alunos são totalmente discrepantes em relação aos musicoterapeutas e estagiários, o que sugere que as respostas dos últimos refletem sua prática profissional. Cumpre fazer notar que o objetivo mais citado pelos alunos foi ~~tirar~~ o paciente do isolamento.

2ª Pergunta: _____

a) Existe um ou vários destes objetivos que sejam comuns a todos os pacientes que você atendeu ?

Formulada para os alunos:

a) Na sua opinião, existe um ou vários destes objetivos que possam ser comuns a qualquer tipo de paciente ?

	<u>Al.</u>	<u>Mts/Ests.</u>		<u>Al.</u>	<u>Mts/Ests.</u>	<u>Al.</u>	<u>Mts/Ests.</u>
SIM	16	27	NÃO	0	1	S/resp.	0 1

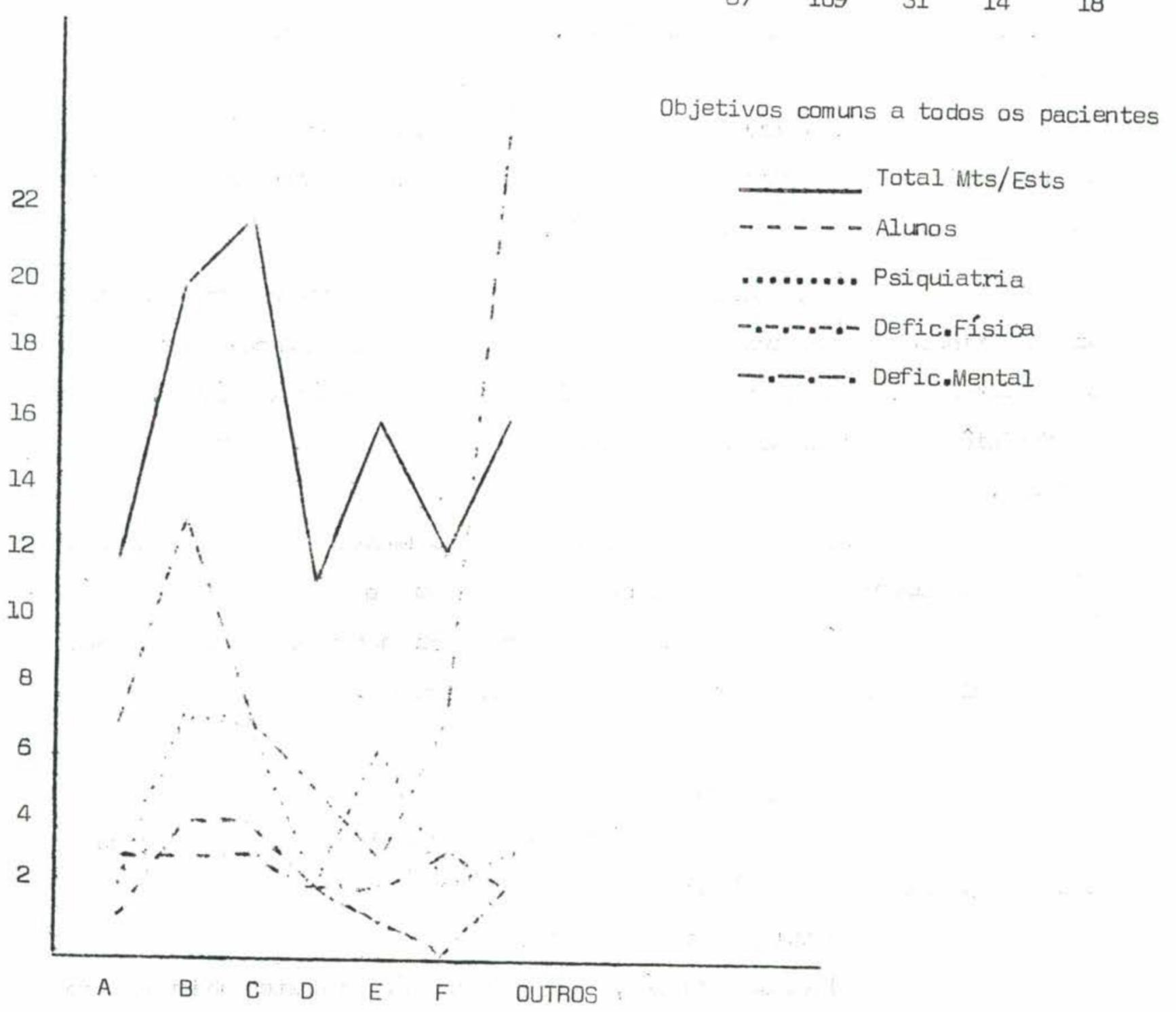
b) Quais ?



- A -- Aumentar a auto-estima
- B -- Promover a socialização
- C -- Facilitar a auto-expressão
- D -- Tirar do isolamento
- E -- Explorar as partes sadias
- F -- Desenvolver a criatividade
- G -- Tirar de estados regressivos
- H -- Promover o desenvolvimento psicomotor
- I -- Desenv. a percepção auditiva, visual e tátil
- J -- Incentivar o progmatismo

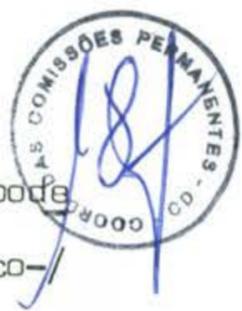
Al.	Tot.	Mts/Ests.		
		Ps.	DF.	DM.
7	12	2	3	1
13	20	7	3	4
7	22	7	3	4
5	11	2	2	2
3	16	6	1	2
7	12	2	0	3
5	5	1	0	1
9	3	0	1	0
7	3	1	1	0
4	5	1	0	1
<u>67</u>	<u>109</u>	<u>31</u>	<u>14</u>	<u>18</u>

Lote: 55
 Caixa: 88
 PL N° 2303/1979
 153



As respostas dos alunos foram novamente completamente díspares em relação aos musicoterapeutas e estagiários, o que parece confirmar que a prática profissional está realmente refletida nas respostas dos últimos.

Os objetivos comuns a todos os pacientes, mais assinalados pelos musicoterapeutas, foram seis e correspondem aos objetivos da musicoterapia enumerados na pergunta anterior, apesar de surgirem em ordem diferente. Em rela-



ção a esta pergunta, as áreas de especialização têm um peso maior, o que poderia confirmar a hipótese da musicoterapia ser polifacética. Os problemas comuns aos pacientes psiquiátricos e não são os mesmos dos deficientes físicos, nem dos deficientes mentais e vice-versa. No entanto é curioso notar que aumentar a auto-estima e desenvolver a criatividade, que podem ser trabalhados com qualquer pessoa, com qualquer tipo de problema, obtiveram um índice muito baixo no cômputo total. Aumentar a auto-estima só foi valorizado na área de deficiência física, onde foi assinalado por metade dos profissionais e desenvolver a criatividade na área de deficiência mental, obtendo tres respostas em cinco.

É preciso notar que apenas facilitar a auto-expressão e promover a socialização foram assinalados por mais de 2/3 dos musicoterapeutas. Os demais itens foram respondidos positivamente por 51% ou menos dos profissionais. Apesar disto, se cada um destes itens foi trabalhado com todos os pacientes de cada musicoterapeuta que o assinalou, devem ser os objetivos mais testados pela experiência profissional.

3ª pergunta:

Entre os objetivos especificados na pergunta anterior, quais seriam mais facilmente obtidos pela musicoterapia do que por qualquer outro tipo de terapia ?

Foi apresentada da mesma forma aos alunos.

	Al.	Tot.	Mts./Ests.		
			Ps.	DF.	DM.
A- Aumentar a auto-estima	2	3	1	0	1
B - Promover a socialização	0	3	2	0	1
C - Facilitar a auto-expressão	5	6	3	1	1
D - Tirar o paciente do isolamento	6	12	1	4	3
E - Explorar as partes sadias	0	1	1	0	0
F - Desenvolver a criatividade	2	5	1	1	1
G - Tirar o paciente de estados regressivos	6	2	0	0	0
H - Desenv.a percepção auditiva, visual e tátil	7	4	1	0	1
I - Não responderam	1	9	4	1	1
	29	45	14	7	9

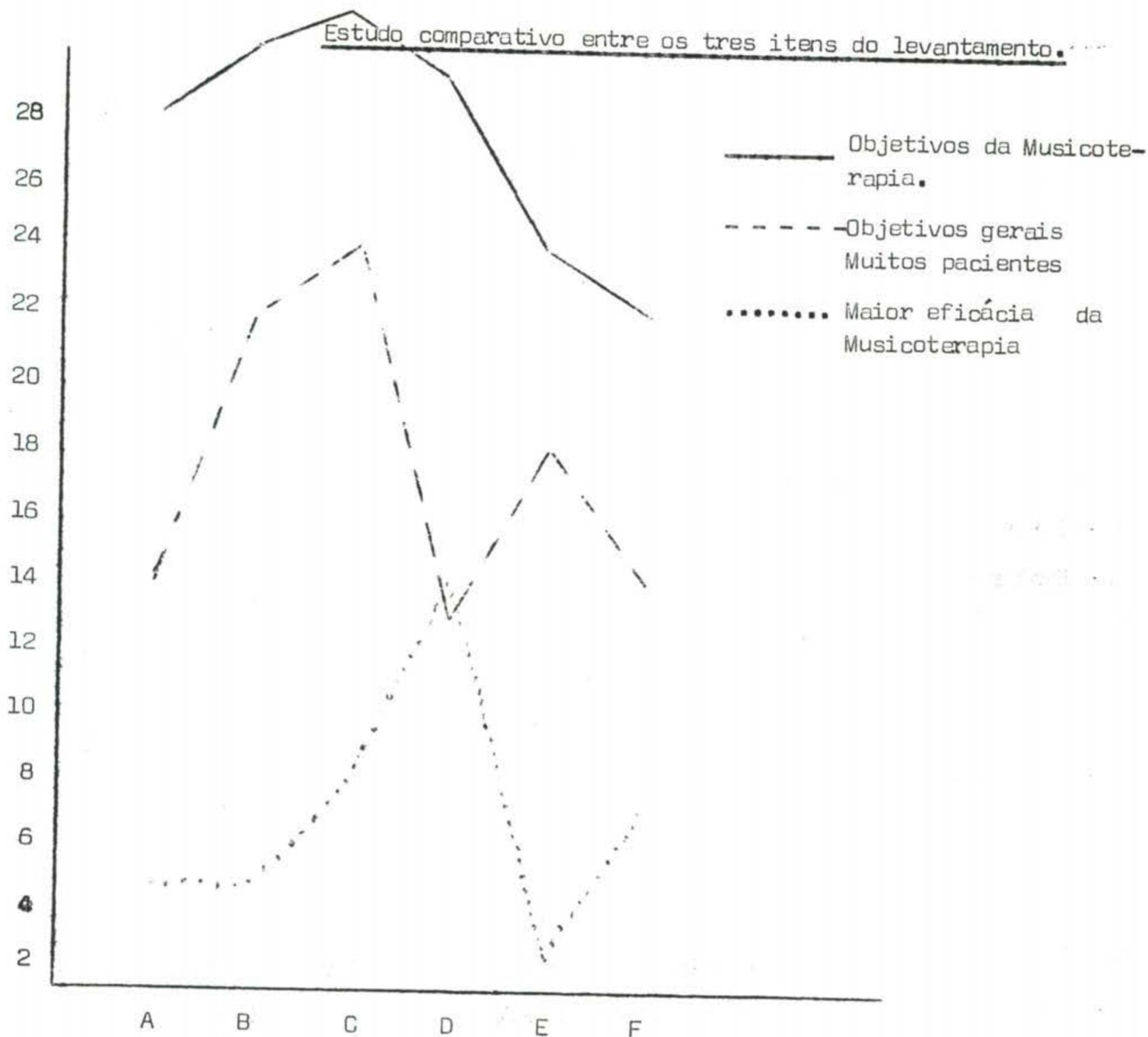
Em relação a este item, o comportamento dos musicoterapeutas foi totalmente diverso do apresentado nos itens anteriores. Em primeiro lugar, houve uma queda acentuada no número global de respostas. Na primeira per



gunta, o número total de itens assinalados pelos musicoterapeutas e estagiários chegou a 231. O total de itens assinalados como objetivos comuns a todos os pacientes somou 109, ao passo que a soma de respostas assinaladas nesta pergunta, chegou apenas a 45. Dos vinte e nove musicoterapeutas e estagiários, cerca de 31%, isto é, nove, não responderam à questão, enquanto nenhuma das duas questões anteriores havia sido deixada sem resposta. De todos os objetivos citados anteriormente, apenas tirar o paciente do isolamento foi considerado como mais facilmente alcançável pela musicoterapia por um número significativo de musicoterapeutas. Ainda assim, somente por doze musicoterapeutas, isto é, menos da metade dos que responderam ao questionário.

Na pergunta anterior, onze musicoterapeutas haviam respondido que o isolamento era um problema comum a todos os seus pacientes. Destes onze, apenas cinco disseram acreditar que a musicoterapia fosse a forma mais eficaz para resolvê-lo. O índice alcançado pela resposta não parece refletir a prática profissional, mas um aprendizado teórico, o que é reforçado por ter coincidido com o objetivo mais assinalado pelos alunos na primeira pergunta.

Estudo comparativo entre os tres itens do levantamento.





Fazendo um gráfico comparativo entre os objetivos musicoterápicos e os objetivos gerais da musicoterapia (isto é, os que poderiam ser necessários a qualquer tipo de paciente e que foram realmente trabalhados com o maior número de pacientes, portanto bastante testados) e aqueles em que a musicoterapia é mais eficaz que outras terapias, podemos chegar a destacar pontos interessantes.

Em primeiro lugar, verificamos que não há uma correlação estreita entre o que os musicoterapeutas consideram objetivos musicoterápicos e aqueles que os mesmos musicoterapeutas trabalham com a maior parte de seus pacientes (ver objetivos A - aumentar a auto-estima e D - Tirar o paciente do isolamento).

Em segundo lugar, parece haver grande dúvida entre os musicoterapeutas sobre qual seja a especificidade da musicoterapia, isto é, onde esta apresenta maior eficácia do que outras terapias. Há uma queda acentuada de respostas assinaladas, como se pode ver claramente pelo gráfico. Em relação ao objetivo B (promover a socialização), por exemplo, vinte e oito musicoterapeutas o indicaram como objetivo musicoterápico. Vinte afirmaram ter trabalhado a socialização com todos os seus pacientes. Mas apenas dois acreditam que a musicoterapia seja a forma mais eficaz de terapia para obtê-la. Coisa semelhante pode ser verificada em relação ao objetivo C (facilitar a auto-expressão). Todos os musicoterapeutas, sem exceção, disseram tratar-se de um objetivo musicoterápico. Vinte e dois trabalharam a auto-expressão com todos os seus pacientes. No entanto, somente seis afirmaram que seja mais fácil desenvolver a auto-expressão através da musicoterapia do que por outras terapias.

Em terceiro lugar, parece não haver um critério para indicação de pacientes, visto que o item em que a musicoterapia parece apresentar maior eficácia, é aquele em que, relativamente, existe o menor número de pacientes. Tirar o paciente do isolamento foi considerado como o objetivo de maior eficácia da musicoterapia em relação a outras terapias. Por outro lado, entre os seus objetivos mais assinalados, foi o que apresentou o menor número de casos trabalhados. Além disto, como já foi exposto anteriormente, menos da metade dos musicoterapeutas que tiveram todos os seus pacientes isolados acreditam ser este o ponto em que a musicoterapia seja mais eficaz do que outras terapias.

CONCLUSÃO:

Parece não existir ainda entre os musicoterapeutas uma consciência clara de quais sejam os objetivos específicos da musicoterapia. Se não existem objetivos que a musicoterapia possa alcançar com mais eficácia que outras tera-



pias, qual será o critério para indicação de um paciente para este tratamento e não para outros? Se os próprios musicoterapeutas não conhecem este critério, como pedir a outros profissionais que lhes indiquem pacientes?

Por outro lado, este estudo mostra, a partir das respostas dos musicoterapeutas, que existem seis itens que merecem ser aprofundados, porque podem indicar a especificidade da musicoterapia:

Facilitar a auto-expressão, promover a socialização, explorar as partes sadias, aumentar a auto-estima, desenvolver a criatividade e tirar do isolamento foram citados, por grande parte dos musicoterapeutas, como objetivos trabalhados com um número significativo de seus pacientes. Entre eles merecem destaque:

a) Facilitar a auto-expressão e promover a socialização, por ter havido consenso ou quase, de serem objetivos musicoterápicos, além de serem trabalhados com um número muito grande de pacientes.

b) Tirar o paciente do isolamento, por ser considerado o objetivo em que a musicoterapia apresenta maior eficácia.

Podemos concluir, com um grande margem de segurança, que apesar da musicoterapia ser polifacética, apresenta objetivos gerais, seja qual for a área de especialização. Desenvolver a auto-expressão e promover a socialização independem do fato do indivíduo ser deficiente físico, deficiente mental, deficiente sensorial ou doente mental.

Talvez o isolamento seja, realmente, um dos principais critérios para indicação de pacientes. O indivíduo isolado só pode comunicar-se através da auto-expressão e necessita mais do que qualquer outro, de um processo de socialização.

É possível, também, que os resultados deste estudo demonstrem a necessidade de sistematização e aperfeiçoamento das técnicas musicoterápicas, principalmente as utilizadas nos casos dos objetivos que apresentaram maior discrepância entre o número de pacientes trabalhados e o grau de eficácia.

É necessário, então, definir claramente cada um destes objetivos e estabelecer com segurança as correlações entre eles, caso existam. Cremos que, a partir daí, haveria necessidade de promover novos levantamentos entre os musicoterapeutas, a fim de averiguar sua opinião quanto aos conceitos definidos, e planejamento de pesquisas para verificar em profundidade como tem sido trabalhados, quais as técnicas utilizadas e quais os resultados obtidos em relação a cada um deles.

=/=/=/=/=/=/=/=/=/=

=/=/=/=/=/=/=/=/=/=

RESUMO DO CURSO DE MUSICOTERAPIA PARA PROBLEMAS MOTORES
PELA PROFESSORA VIDA BRENNER DE AIZENWASER - DA A.S.A.M.
(ASSOCIAÇÃO ARGENTINA DE MUSICOTERAPIA).



COLABORAÇÃO DAS ALUNAS DO 3º ANO DE MUSICOTERAPIA:

- MARIA CLARICE SCHILLER DE MOURA COSTA
- CARMEN SIQUEIRA DE CARVALHO
- AMELIA MARIA GOMES LIMA

I - INTRODUÇÃO

Quando se presta atenção aos ruídos do meio ambiente, escutam-se várias coisas ao mesmo tempo. O ouvido registra e disciplina, associa e compara esta simultaneidade por um processo intelectual.

Em termos muito elementares poder-se-ia chamar a isto harmonia. O processo intelectual da harmonia se dá no bebê desde que nasce, porque registra os ruídos do meio e de si próprio, e se alguém, por exemplo, bate uma porta ou faz outro ruído inesperado, se sobressalta. É suscetível às modificações em função dos timbres.

Edgar Willems faz um paralelo entre as etapas do fenômeno sonoro-musical e da evolução, do desenvolvimento do ser humano.

Etapas do processo evolutivo sonoro-musical:

1ª etapa: som ou ruído - há um registro fisiológico, natural.

2ª etapa: melodia - convencional ou não - encadeamento temporal de sons, que causa prazer ou desprazer.

3ª etapa: harmonia - é a simultaneidade, a organização temporal-espacial dos sons.

4ª etapa: arte - inclui as etapas anteriores e as transcende. É o misticismo, o nirvana para os orientais.

Na música não basta discriminar os sons, compreendê-los, organizá-los, saber os intervalos, encadeamentos de acordes, fontes produtoras, modos, etc, é preciso que produza uma modificação de conduta e de sentimento para ser arte, independente de ser bonita ou feia, conceitos esses muito pessoais.



Caixa: 88

Lote: 55
PL N° 2303/1979

156

Um estupendo processo melódico harmônico que não modifica o ouvinte não é arte.

Pode-se escutar uma melodia, esquecer seu nome, esquecê-la, mas dificilmente se esquece a emoção que provocou. O conteúdo afetivo é inesquecível.

Etapas do processo evolutivo do ser humano:

1ª etapa - processo fisiológico - o ser humano nasce e procura satisfazer suas necessidades instintivas.

2ª etapa - surge a afetividade - a noção de prazer ou desprazer - equivale à melodia.

3ª etapa:- surge o aspecto intelectual - O aspecto inteligente insipiente, animal como a afetividade e os processos instintivos, existe na criança desde o nascimento. Só mais tarde, entretanto, se diferencia - equivale à harmonia que é o processo de enriquecimento harmônico da melodia. Pressupõe um trabalho inteligente, de criação ou reconhecimento. A melodia incide sobre a afetividade, depende de estados de ânimo. A criança autista também é afetada pela melodia, mas às vezes não percebemos por não conhecer seu código de comunicação.

4ª etapa - supramental - corresponde à arte.

O paralelismo entre o fenômeno sonoro-musical e o desenvolvimento humano é uma das fundamentações da aptidão musical.

Aptidão musical - todos têm. Todo mundo traz consigo experiências sonoras desde a fase intra-uterina.

O surdo teve as experiências sonoras na fase intra-uterina. Emite sons ao nascer, mas como não ouve interrompe o processo circular da linguagem.

Todo ser é apto musicalmente. Trabalha-se com o ser não ouvinte, através das vibrações e do tato.

Todo ser humano leva música consigo, é fonte produtora de sons. É preciso, dando material adequado progressivamente, incentivar possibilidades de produzir, expressar-se, de metabolizar o som.

Este processo pode ser comparado com o processo metabólico da digestão. É preciso dar ao recém-nascido um alimento de cada vez para poder avaliar o aproveitamento e dar outros em sequência. Não se pode dar tudo ao mesmo tempo.

No nosso aparelho sonoro-auditivo, o psiquismo dos sons é alimentado de maneira desordenada, o que dificulta o enriquecimento e o desenvolvimento



de sua capacidade. Desde que nasce a criança é largada a todos os ruidos, sem cuidado nenhum em sua triagem, como se faz por exemplo, na alimentação. Assim como os alimentos, alguns sons são tão tóxicos que já se detetaram surtos psicóticos, depressões, agressões, etc, por aparentes invasões sonoras. Musicoterapeutas, psicólogos, médicos já perceberam anomalias, alterações no ritmo do comportamento por supersaturação sonora. A receptividade no processo de metabolização do aparelho auditivo está totalmente desorganizado.

II MUSICOTERAPIA - DELIMITAÇÃO DO CAMPO

Questiona-se atualmente a delimitação conceitual dos grupos de relações humanas, isto é:

Até que ponto um grupo social não é também terapêutico e pedagógico; até que ponto um grupo terapêutico é também social e de aprendizagem, assim como um grupo pedagógico é também social e terapêutico.

Isso não significa que não se deva determinar a dose, delimitar o campo de cada um dos aspectos, para facilitar a tarefa e determinar a responsabilidade tanto dos integrantes do grupo, quanto daquelas que coordena, supervisiona ou dirige. Considera-se como grupo, qualquer relação de comunicação, desde o grupo de 2.

É muito difícil dar uma definição de musicoterapia que inclua música e terapia, isto é, relação entre seres humanos. É difícil chegar a uma definição definitiva de ser humano. Saúde e doença são atualmente conceitos muito contravertidos. Música também.

A definição mais simples de música é a arte de combinar sons. Entretanto atualmente já se considera a arte de combinar sons e silêncios. O silêncio é tão ou mais importante que o som porque é o momento de audição interior. Na música contemporânea considera-se o ruído, que em física se traduz por ondas não regulares, dentro do som.

O ser humano começa a se formar para garantir o processo de sobrevivência posterior. O bebê traz experiências auditivas desde a vida intra-uterina.

David Katz fez a seguinte classificação dos sentidos:

Primários ou antigos - tato, olfato, paladar.

Recentes ou Sociais - ouvido, vista.

Tato - mais rico, no sentido de que traz maior número de informações, mas não o mais importante hierarquicamente. Através do tato o feto começa



se proteger, enquanto ainda recebe alimentos através do cordão umbilical.

Olfato - percebe o odor dos hormônios, toxinas, alimentação da mãe.

Paladar - o aparelho está pronto mas só vai ser utilizado após o nascimento.

Adição - o aparelho se completa antes do visual. O feto registra os sons digestivos e de movimentos, através do líquido amniótico. Percebe os batimentos cardíacos seus e de sua mãe. Tem a experiência da polirritimia. Não é necessário explicar a distinção entre escutar e ouvir, incluindo compreensão, que obviamente ainda não existe.

Visão - o aparelho visual já está desenvolvido na hora do nascimento, mas não existe experiência intra-uterina por ausência de luz.

O bebê, feto ou embrião, forma os órgãos dos sentidos que lhe permitirão introjetar o mundo exterior para depois extrojetá-lo e estabelecer a diferença entre o eu e o não eu. Através desses órgãos forma engramas, isto é, experiências neurológicas que são aprendizagem e permitirão novas aprendizagens.

Quando nasce já traz um aparte sonoro único, que lhe pertence que é pessoal.

Uma definição aproximada de personalidade diz que personalidade é algo único, próprio, um sistema que identifica um ser, porém em constante mudança e submetido a um mecanismo que se chama ajuste.

Ajuste é o "modificar-se modificando".

A personalidade se forma com o que traz, o que recebe, o que cria, e tudo isso se modifica ou devia modificar-se. Numa sociedade em câmbio, o ser que não é maleável para ir-se modificando e modificar o meio em que está, tem transtornos de comunicação e comportamento.

O ajuste é o que permite ao ser humano sobreviver e crescer. Em última instância tudo o que é terapêutico no sentido de saúde, bem estar (e não cura), alia os 2 parâmetros do ser humano, ele próprio e o meio, o ser que amadurece e se integra no meio em que deve viver. Por suas características sociais precisa ser aceito e aceitar o meio em que vive. Esta equação é válida para qualquer ser, em qualquer tempo, lugar ou idade. Todo ser cumpre uma curva de gestação, nascimento, crescimento e morte. Esta curva é o amadurecimento. Porém deve amadurecer com o grupo a que pertence. Os seres que crescem e se desenvolvem mas não se integram nas normas de seu meio, tornam-se neuróticos ou psicóticos.



III - IATROGENIA

Nas ciências que tratam da saúde, há o risco de provocar doença através do meio ou medicamento que se usa para curar. Isto é iatrogenia.

Só incorre em iatrogenia o profissional que tem "status" legal para curar e que provoca o mal. Incorre em iatrogenia por desconhecimento do meio que usa para a cura, (seus efeitos, suas contra-indicações, seu prazo de validade - quando se trata de medicamento) ou da situação do paciente (sua história, suas idiossincrasias).

Existe iatrogenia em Musicoterapia.

A importância da musicoterapia na profilaxia, prevenção, cura e recuperação do ser humano já é reconhecida. Suas aplicações portanto devem ser adequadas e cientificamente avaliadas.

Já se conseguiu uma metodologia de trabalho e investigação, através da colaboração interdisciplinar com outras ciências da área de recuperação.

A música aborda todas as facetas do ser humano. Quando usada inadequadamente por um profissional que ignora seus verdadeiros efeitos, incorre em iatrogenia.

Exemplos:

- uso da música com o único objetivo de provocar sintomas afim de estuda-los.
- uso sem tomar em conta a relação dose-resposta, estabelecida por entrevistas prévias para avaliar os riscos.
- escolha da música sem verificar a qualidade da ~~mesa~~ mesma para ser usada conforme as diferenças de personalidade, perturbação, necessidades e sem precauções a serem observadas, isto é, uso inadequado da linguagem musical.
- esquecer a necessidade da supervisão para avaliar as reações adversas, para confirmação da eficácia e das conclusões obtidas nos casos sem evolução favorável.

A difusão prematura de experiências isoladas sem avaliação qualitativa médico-musical-psicológica supervisionada em centros profissionais especializados, nem estatisticamente comprovado por uma quantidade de casos ilustrativos de um processo em diferentes circunstâncias, pode emular e desviar o sentido, e induzir à prática contrária de musicoterapia, isto é, à iatrogenia.

Para defesa da musicoterapia, para diminuir o risco de manuseio e deterioração da experiência é necessário um código de ética.



ESCLARECIMENTOS ÀS PERGUNTAS E DÚVIDAS

Não existe musicoterapia passiva. Para que seja eficaz, é preciso haver participação ativa de ambos - paciente ou grupo e musicoterapeuta. A atividade surge do grupo, e o musicoterapeuta coordena. Deve haver integração e intercâmbio no grupo.

A vida é constituída a partir de perdas e recuperações.

A primeira perda é o nascimento. A criança deixa de ser nutrida, oxigenada e totalmente protegida pela mãe. Passa a alimentar-se e respirar. Perdeu a dependência, ganhou liberdade.

O nascimento é um trauma. Há manifestações de sabotagem ao nascimento, crianças que não querem nascer, e quando nascem são suicidas em potencial.

Se o trauma do nascimento fosse menor, as perdas e recuperações através da vida não seriam tão traumáticas. Nesse sentido está fundamentado o trabalho de Leboyer sobre o "parto sereno" e o contacto corporal da mãe com o recém-nascido.

Num grupo terapêutico trabalha-se com perdas e recuperações. Por isso a musicoterapia é uma atividade fundamentalmente de grupo (inclusive grupo de 2).

A atividade terapêutica é uma micro-experiência da atividade no mundo.

TÉCNICAS DE APROXIMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

- QUAL, COM QUEM E AONDE

O musicoterapeuta tem que fazer a abertura de um processo amplo, com conhecimento das diversas vertentes de técnicas terapêuticas.

A musicoterapia de fato deve ser cientificamente organizada, com (pautas) básicas, com campo teórico definido, com fundamentação científica baseada nas ciências do comportamento humano e nas ciências musicais.

A musicoterapia deve se organizar sobre fatos concretos recolhidos, qualitativamente avaliados, quantitativamente seguidos, considerando o seguimento com a mesma pessoa durante distintos processos e com varias pessoas no mesmo processo simultaneamente. A partir destes dados chega-se a uma conclusão que amanhã pode ser mudada, porque ciência não significa verdade, mas sim rigor. Ciência não é desumanização. O humanismo, a filosofia, a pedagogia são ciências. Do ponto de vista terapêutico, não adianta ciência tabulada sem respeito e amor, mas respeito e amor também são inúteis sem ciência.



Nos problemas motores o trabalho deve sempre ser de equipe: a saúde física, a parte neurológica são tratadas pelo médico, o psicólogo ou psiquiatra se ocupa da saúde psíquica. A musicoterapia é um meio para mobilizar, veicular, reavaliar os prognósticos dos médicos. O musicoterapeuta não deve fazer interpretação verbal, mesmo conhecendo psicologia, porque são campos distintos. O musicoterapeuta deve saber o que fazem os outros membros de equipe - o fisioterapeuta, o neurologista, o psicólogo, etc. - para não incidir em erros, para pedir ou oferecer-lhes ajuda, mas nunca invadir seus campos.

O ser humano tem história pessoal e também social. Tem trajetória individual e responsabilidade como parte da espécie. Vive dentro de uma realidade circunstancial. Atualmente há grande preocupação da medicina com a profilaxia ou prevenção. Fazem-se investigações, vacinas, procura-se preservar o estado de saúde, impedir que o homem adoça, o que não impede de curá-lo quando adoce. A musicoterapia pode ser preventiva. Sua eficácia é pequena no tratamento de neuróticos, mas é útil na profilaxia da neurose.

O ser humano vai formando sua personalidade desde a gestação ou mesmo antes, quando a futura mamãe conhece o futuro papai. É importante para seu desenvolvimento se foi desejado, as condições em que veio à vida - econômicas e de família - se a mãe lhe fala ou não, o estimula ou não. O papel do pai e da mãe nunca deve ser subestimado na relação com o filho. Há crianças com aparentes retardos por falta de estímulo afetivo. O abandono da criança pela mãe, é sempre muito traumatizante. Entretanto uma mãe que trabalha, que chega em casa cansada e demonstra irritação ao filho, pode ser menos prejudicial que a mãe que sai para o cabelereiro e jogar e que só tem indiferença em relação à criança. Uma mãe irritada é melhor que uma mãe inexistente. A carência afetiva é maior no segundo caso.

Para a profilaxia da carência afetiva por musicoterapia é preciso dar todo o conteúdo sonoro-musical sensorial da relação com a mãe, o pai, o lar. A profilaxia deve ser feita através da informação aos pais, pediatras, educadores pré-escolares. É preciso falar, cantar, tocar a criança. Se a mãe não canta porque é desafinada, é inútil tocar os melhores discos, porque não vão substituí-la. Tocar discos não é ninar. A educadora pré-escolar não substitui a mãe, apesar da criança precisar também da escola. A mãe age intuitivamente e convive com a criança durante a maior parte do dia. A educadora age cientificamente mas durante poucas horas. A modulação da fala materna, sua expressão sonora, é um veículo de comunicação, é também musicoterapia.

A musicoterapia como tratamento deve se basear no princípio de



isso, partindo da realidade, ritmo, consonantização, vocalização do paciente.

Geralmente se leva mais cedo para terapia as crianças que incomodam. As introvertidas, com tendência ao isolamento ou isoladas só são levadas quando o processo já está muito instalado. É preciso haver a preocupação de integração ao grupo familiar. À medida que a criança isolada melhora, começa a piorar para a família - deixa de ser dócil, passa a incomodar, exige, contesta. A mãe tem que se acostumar a um novo filho. Sem integração ao grupo familiar a terapia torna-se um tratamento de gangorra - quando a criança melhora, a família piora e acaba empurrando-a para baixo. O tratamento fica num sobe e desce.

Os pais tem o direito e a obrigação de estar informados do que se passa com os filhos em terapia. Não deve haver mistérios para os pais nem a sugestão de que suas dúvidas são problemas seus, que devem ser resolvidos em suas terapias particulares. Às vezes se cria um problema na alta, quando a criança quer continuar com música, porque é uma linguagem que aprendeu a codificar. Os pais devem então levá-lo a aprender música. Queremos na musicoterapia que aprendam a viver e ser felizes; Nas aulas que aprendam a técnica.

Na musicoterapia não se é diretivo e não se fazem interpretações verbais. Quando surge algum problema que exige interpretação deve-se compreender para delegar o material ao psicoterapeuta que pode trabalhá-lo. O papel do musicoterapeuta é manobrar com estratégias terapêutico-musicais em função do material sonoro que deve conhecer. A interpretação confunde tanto o paciente, que se sente manuseado, quanto ao musicoterapeuta. Interpretar é recorrer a outros recursos por incapacidade de manejar o material sonoro, trabalhar musicalmente. Não há tempo para distanciar-se da situação, interpretá-la e voltar ao diálogo musical.

Se o paciente pede definições (sou ou não psicótico), responder sem dar resposta (rótulos não interessam). O musicoterapeuta tem que saber o que se passa com o paciente, mas para não responder-lhe. Tem que fazer música, saber como manejá-la, compreendê-la, decodificá-la para que o paciente se torne criativo, compreenda o que faz, devolva respostas num diálogo musical, estabeleça uma semântica de realimentação musical, perceba o sentido da estrutura, da forma - começo, meio, fim - e chegue a desenvolvê-la, saiba que instrumento é seu corpo, não seja obsessivo com a qualidade do som mas reconheça e se importe com o som deteriorado. Isto é o que interessa e é saúde.

O musicoterapeuta tem que conhecer antes de tudo seu instrumento - corpo, tê-lo afinado, saber mover-se, conhecer sua linguagem para conhecer a linguagem corporal do outro.

Nem sempre ser músico significa ser bom musicoterapeuta.



Para ser musicoterapeuta é preciso ter boa relação com a música, consigo mesmo e ter resolvido seus próprios problemas e conflitos musicais. Deve expressar-se tão livremente em música como verbalmente. Quando alguém diz "bom-dia" não se responde "gosto de bife à milanesa" ou quando se diz "como vai, tudo bem?", não respondemos "como vai, tudo bem?". É preciso conseguir estabelecer um diálogo musical, a partir da proposta do paciente, que tenha relação métrica, morfológica, qualquer tipo de relação musical e não seja disparatado ou mera repetição, tanto com o corpo quanto com o instrumento. Estabelecer uma atividade criativa em que maneje gradualmente a sensorialidade auditiva, a afetividade auditiva. A melodia significa algo para o paciente mesmo que não agrade ao musicoterapeuta.

O musicoterapeuta tem que conhecer a música formal, convencional e também a contemporânea, mesmo que não goste, para poder compreender os pacientes.

APROXIMAÇÃO FRENTE A UM PERTUBADO MOTOR

O que é um perturbado motor ?

Há um comprometimento geral, não só motor. O principal sintoma é a falta de comunicação, a falta de linguagem ou má linguagem, ou deterioração da linguagem organizada, ou incapacidade de aprendizagem de leitura escrita. Há uma problemática de comunicação. O problema motor existe em maior ou menor escala, quase sempre em relação com o grau dos problemas de comunicação.

Todo perturbado motor apresenta problemas psicomotores. O paralisado cerebral apresenta sérias incapacidades motoras e de linguagem. O surdo às vezes arrasta os pés, o afásico também apresenta perturbações psicomotoras mais evidentes na hora da aprendizagem. O problema psicológico que não lhe permite falar também vai causar inibições motoras. Entre as crianças que não desenvolvem a escrita vão se encontrar pequenas lesões psico-motoras ou lesão cerebral mínima, com transtornos motores, espaço-temporais, de lateralidade.

Quando um paciente se apresenta, traz, além de sintoma mais evidente que o levou a procurar o tratamento, uma trama de outras necessidades. Às vezes são mais graves e mais importante do que o próprio sintoma e devem ser tratados prioritariamente. É preciso respeitar o diagnóstico de quem encaminhou, mas procurar ver o resto do quadro, inclusive a causa do sintoma.

Os transtornos de comunicação se acompanham de transtornos de motricidade. Daí tiramos 3 conclusões:

- 1) Há certo grau de paralelismo inicial entre motricidade e comunicação.



O recém-nascido se manifesta por enrijecimentos e relaxamentos, tensões e distensões, ou mudanças posturais, expressões de agrado e desagradado. Na medida em que os meios de se comunicar vão-se desenvolvendo, que a linguagem falada, simbólica, se enriquece, a linguagem gestual vai perdendo a importância, apesar de acentuar, enfatizar o que se diz. Quanto maior a compreensão e elaboração do pensamento conceitual simbólico, menor necessidade existe de motricidade ou mobilidade gestual aparente para expressar-se. Devido a isto, pode-se justificar a obtenção de níveis de desenvolvimento em idades tenras, através de fatores como a motricidade numa idade, linguagem em outra, conduta adaptativa pessoal e social em outra.

Mais tarde deixa de existir esse paralelismo com a comunicação.

2) Existe possibilidade de comunicação através da motricidade nos primeiros estágios de desenvolvimento, mas não mais tarde.

Na patologia da comunicação, algumas relações entre motricidade e linguagem se mantêm durante mais tempo que o normal, incorporando a criança aprendizagens e conhecimentos, não só através de suas percepções, mas também através de suas ações de sua cinesia motivadas. Na medida em que uma afecção impeça a formação de engramas linguísticos adequados, na mesma medida será necessário introduzir ações motivadas ou movimentos provocados para produzir a aprendizagem.

3) Na patologia da comunicação podem-se estabelecer padrões patológicos de evolução onde a certas pautas motrizes e reabilitatórias, correspondem determinadas aquisições de comunicação e linguagem.

Na linguagem do ser humano se dá um fenômeno evolutivo. O ser humano nasce e faz ruídos e gestos, que dizem "existem" através de som, e mobilizam suas possibilidades motoras através dos gestos. Mobiliza a musculatura oro-faríngea para poder chupar, e chupando desenvolve a musculatura que vai lhe permitir falar, ou seja, há um desenvolvimento interrelacionado, interligado. A medida que fala adquire símbolos, vai se enriquecendo, estabelece um código de comunicação e aprende a raciocinar. No caso do mongolóide, a mãe precisa ensiná-lo a chupar porque não tem instinto de sucção desenvolvido.

A comunicação da criança grande que já senta, engatinha, ande em épocas normais é diferente da comunicação da criança que fica presa ao berço por problemas.

Há uma diferença real entre a criança que não chupa e as outras. A criança que não chupa tem problemas genéticos e há uma série de providências adequadas para treiná-la. Deve-se levá-la ao colo, niná-la com o compasso 6/8. Ensiná-la a chupar para fortalecer a musculatura oral, para chegar a emitir sons.



Quando a criança começa a emitir sons, estes não têm signifi-
cação, não são simbólicos. Os adultos é que começam a emprestar-lhes simbo-
lismo. Codifica-se então a língua. Até os 6 anos a criança não lê nem escre-
ve, porque satisfaz suas necessidades vitais e de comunicação sem saber ler nem
escrever. Aos 6 anos começa o período de latência, momento em que as necessida-
des motoras diminuem. A partir daí é capaz de ficar sentado na escola, de 4 a
5 horas sem reclamar, porque começa a exercitar suas necessidades intelectuais.
Na adolescência volta a necessidade de mover-se, de agredir e o desinteresse pe-
lo estudo. São os ciclos do crescimento.

PERTURBAÇÕES DA COMUNICAÇÃO NA SÍNDROME MOTORA

Há momentos em que há necessidade de linguagem pré-verbal e gestual, de emissão e receptividade, e momentos em que se necessita de lingua-
gem verbal, simbólica, tanto para quem dá quanto para quem recebe.

Na 1ª etapa o bebê necessita mover-se e ser movido, tocar, tocar-se e ser tocado. A mãe e o terapeuta devem compreender esta necessidade e o que acontece quando não satisfeita e superada.

Há preconceitos sociais contra o ato de tocar-se. É imora-
lidade ou homossexualismo. É importante revalorizarmos o tato e o contato. Às
vezes um gesto ou carícia, uma transmissão de energia pode ser mais eficaz do
que palavras de carinho.

No momento de transmitir idéias e conceitos, a linguagem
gestual perde a importância, é preciso expressá-las verbalmente.

Quando o indivíduo não consegue se expressar, a comunica-
ção não se dá, há problema de comunicação.

Havendo excesso ou falta de movimento há uma perturbação mo-
tora. Perturbação é um desajuste na atividade normal. Quem se move quando não
precisa, ou não se move quando precisa, tem uma perturbação.

O tato faz sentir mais o próprio corpo do que simplesmente
a visão. Experimentar esfregar uma das mãos na perna, mantendo a outra parada.
Em seguida olhar as duas mãos. Percebe-se muito mais a mão que foi estimulada.

No contato transmite-se alguma coisa além do tato - - é
uma informação da pessoa que está fazendo contato. Transmite-se zanga, carinho,
etc, em diferentes graus, dependendo da dose de energia utilizada.

Conhecendo-se bem o esquema corporal nota-se que, quando se
gesticula, move-se não só a mão, mas todo o braço, as vezes até o pé.

Todos os membros estão irrigados por uma energia que despen-
dem quando há necessidade de ser liberada. Quando há perturbação motora esta -



energia está controlada, inibida, ou transbordada. O problema nem sempre é neurológico - pode ser psicológico.

PAPEL DA MUSICOTERAPIA

Alguns procedimentos nos métodos ocidentais para problemas motores, nos casos em que o movimento corporal ou linguagem do corpo tem uma codificação:

1. Trabalho de senso-percepção, desenvolvido por Patrícia S. - Conscientização do esquema corporal e suas possibilidades através da integração de todos os sentidos e do proprio movimento.

Olhar uma pessoa significa não só vê-la, mas pressupõe toda uma modificação de tensões da própria pessoa (movimento interno de energia) e sensações proprioceptivas de estatismo.

Quando se apanha alguma coisa também entra em jogo toda a parte proprioceptiva e as sensações cinestésicas.

Se ouço também acontece a mesma coisa. Há a mobilidade de ouvir.

Para chegar a compreender os sintomas da saúde do corpo, a fim de compreender os sintomas da doença do corpo, não se trabalha apenas e diretamente com o corpo, como se fosse uma massa informe.

2. Eutonia - método de trabalho desenvolvido por Gerda Alexander - Eutonia significa atingir um nível ótimo de sensação interna do tonus pessoal de cada um. Trabalha-se para chegar à sensação da imagem do próprio corpo, no espaço parcial, para compreender a imagem do outro no espaço total e do grupo no espaço social.

A primeira experiência é oferecer aos alunos ou pacientes argila, ou papel e lápis, para modelar-se ou desenhar-se. Nota-se então como conhecem pouco de si próprios. As dificuldades com a auto-imagem dependem dos problemas íntimos de cada um: deforma-se mãos, cabeça, etc.

No fim do trabalho a experiência é repetida com muito melhores resultados.

É importante conhecer o esquema corporal para poder trabalhar com o perturbado motor. A imagem que temos é aprendida e visual. Temos que desenvolver uma imagem a partir de nós mesmos, de dentro para fora, para ter pontos de referência. Uma coisa é dizer e outra viver a experiência do corpo.



Perturbação motora é um sintoma de não relação da linguagem gestual com a idade em que se manifesta.

Problemas psicológicos e motores são sempre ligados, como qualquer problema físico vai ter sempre sua repercussão psicológica.

Falar da patologia da comunicação psicomotora não é o mesmo que falar de psicomotricidade.

É preciso deixar claro, também, as diferenças entre reabilitação e recuperação, entre psico-pedagogia musical e musicoterapia.

Fala-se de cura quando o indivíduo sofre uma perturbação e deixa de tê-la, voltando ao normal.

Fala-se de reabilitação quando existe perda de uma função e passa-se a poder utilizá-la novamente, em outra medida (10%, 20%, etc.).

Entretanto se o indivíduo fica reabilitado mas sem poder seguir adiante, sem poder cooperar ou integrar-se socialmente, a reabilitação foi inútil. É preciso então recuperá-lo, dar-lhe capacidade social, com suas limitações. É um compromisso entre terapeuta-paciente-sociedade. Em primeiro lugar a sociedade familiar, depois a institucional (clínica, escola, etc.) e por último a sociedade geral.

Quando se trata da relação música-ser humano, fala-se de uma relação espontânea, criativa, receptiva, inconsciente.

Na relação pedagógica ensinam-se técnicas, incentiva-se o crescimento e o amadurecimento.

Na reeducação o psicopedagogo organiza pautas condicionantes em que o indivíduo com problemas de comunicação aprenda condicionadamente até organizar seus próprios padrões de aprendizagem.

O terapeuta não pretende ensinar ou levar o paciente a aprender a partir das suas possibilidades, mas sim atingir metas concretas. Não há enfermidade a ser tratada, mas procura-se recuperar funções perdidas ou que nunca existiram.

Na psicopedagogia musical o objetivo direto é a aprendizagem.

Na musicoterapia a pessoa aprende a viver consigo, com suas possibilidades, mas o musicoterapeuta não lhe ensina diretamente.

O veículo é o mesmo mas os objetivos são diferentes.

Geralmente o paciente é encaminhado para musicoterapia quando o médico ou psicólogo consciente não sabe mais o que fazer sozinho. Acha que



se pode fazer alguma coisa, e não sabe o que.

O psicólogo de modo geral se autoabastece, porque a voz e o gesto atuam tocando a emoção. Escuta-se o que se diz, intelectualmente, por - linguagem verbal e simbólica, e sente-se emocionalmente a maneira como é veiculada a mensagem.

É muito importante o uso expressivo da voz. O conteúdo sonoro da linguagem são elementos musicais de ritmo e modulação. No trabalho de equipe com o perturbado motor, o logopedista e o musicoterapeuta procuram obter modulação e ritmo da linguagem, cabendo ainda ao musicoterapeuta a abertura dos canais de comunicação.

Quando o paciente é encaminhado sem objetivos pré-determinados pelo médico ou pela equipe, é preciso fazer uma testificação. A partir das conclusões discutem-se os objetivos com quem o encaminhou. Mais tarde é preciso fazer retestagens, para ver se os objetivos estão sendo atingidos.

Os sintomas nas síndromes motoras são:

1. Perturbação espaço-temporal e de análise e síntese de figura-fundo, acompanhada por desatenção.
2. Perturbação da imagem corporal e das potencialidades corporais que se traduzem às vezes por afetividade exagerada, carências, manuseios, - atitudes pegajosas.
3. Busca de maior segurança, condutas agressivas, sentimentos de inferioridade.
4. Dificuldade de passar de uma para outra atividade, às vezes negativismo ou agressividade, parecendo caprichos.
5. As síndromes motoras tem sempre componente psicológico, podendo ou não ter compromisso orgânico, em forma de torpeza, em maior ou menor grau, de movimentos grossos ou finos.

Na infância há dificuldade para correr, ou para parar sobre um pé, instabilidade psicomotriz, transtornos fono-articulatórios, etc.

6. Transtornos de comunicação e linguagem evidenciados com frequência como demora no aparecimento da linguagem, linguagem imatura, dislexia, dislalia, dificuldades de compreensão.

São os casos de maior possibilidade de êxito em musicoterapia.



Técnicas utilizáveis na musicoterapia:

1. Procedimentos pré-musicais - cadência, ritmo, métrica da linguagem gestual, quando se considera o corpo como instrumento, a energia como som e o silêncio como possuidor de conteúdo sonoro.

Utilizam-se técnicas de expressão corporal e treinamentos auditivos.

2. Procedimentos musicais - com canto e terapia musical propriamente dita, quer dizer utiliza-se toda a criatividade e receptividade do paciente e do terapeuta.

As metodologias musicais para educação ou psicopedagogia musical trazem contribuições úteis à musicoterapia. Consultar Orff, Willens, Martenot e Dalcroze.

As utilizações que se podem fazer são:

- Utilizar canto com vogais para fornecer articulação fonarticulatória, com prazer por causa da música.

- Uso do próprio corpo - palmas, bater pés, etc. Às vezes não gostam da fisioterapia, mas a aceitam na musicoterapia.

No caso da P C dar ao paciente pandeiro ou outra percussão, usando o musicoterapeuta o mesmo, devolvendo respostas, até conseguir o desenvolvimento da utilização do instrumento.

Evidentemente não se vai querer a melhor sonoridade, mas simplesmente que o instrumento soe.

- Motivação prazerosa da movimentação e domínio muscular.

- Treino da atenção auditiva.

- Conseguir maior ligação afetiva através do pentatonismo.

As crianças começam com determinados sons que em geral se aproximam da 3ª menor. O importante não é o intervalo em si, mas como é a expressão desse intervalo.

Toda criança nasce com ouvido absoluto, como com olfato absoluto e paladar absoluto. Como se educa o ouvido, perde-se o ouvido absoluto por má educação.

Precauções:

Se se tomam em conta características da síndrome dos perturbados motores, no começo se deve ter um ambiente físico de tamanho reduzido, cor serena, tranquilizante e poucos estímulos.

Os desajustes que se manifestam nestes pacientes necessitam um ambiente que dê segurança, sensação de afeto, conforto.

Deve-se trabalhar poucos pacientes por vez. O ideal é chegar a passar para grupos, o quanto antes, em ambientes maiores.

O problema do perturbado motor é do sistema postural com a sensação angustiante de falta de controle do espaço parcial, total e social. Se vemos que já há uma relação de espaço parcial, vamos ampliando o uso da energia, passando para espaços mais amplos, no qual possam se desenvolver. Começar em grandes espaços é ansiógeno, produz desajustes. O paciente sem equilíbrio postural necessita de um fac-símile do útero, de um ambiente que o proteja. A relação eu-não eu que tem, está perturbada.

Devem evitar-se estímulos perturbadores, como quadros, fotografias, livros, excesso de material.

Os objetivos que se perseguem:

A musicoterapia faz parte do plano geral de recuperação, portanto deve ser enquadrada dentro do trabalho geral da equipe.

Os objetivos são dtodos e cada um dos sintomas apresentados pelo paciente:

Maior atenção e concentração, diminuição da hiperatividade, maior captação das funções espaço-temporais, atenuar as perseverações, melhor conhecimento do proprio corpo e de suas possibilidades, facilitar os rendimentos motores, possibilitar melhor articulação e desenvolvimento da linguagem.

Quando a síndrome psico-motora se acompanha de retardo mental, fato mais frequente do que se supõe, o tratamento deve ter características especiais obedecendo a um ritmo na atividade proprio ao tempo de reação do paciente.

Temos que começar a trabalhar com senso-percepção corporal, relaxação sobre o solo, controle dos grandes músculos, marchas apoiando ou batendo um dos pés, por exemplo, a cada três passos, marchas em equilíbrio nos calcanhares ou pontas, ou nos lados dos pés, exercícios de equilíbrio sobre um ou outro pé, saltos nos 2 pés, de um para outro pé, tudo o que neste caso prescreve o fisioterapeuta ou o médico.

Treinamentos auditivos - aprender a escutar e identificar os ruidos do lugar, internos ou externos, passos, portas que se abrem, batidas na porta, ruidos de motor.

Retenção de sequência de sons para chegar à linguagem consciente.

Retenção de sequências sobre um fundo sonoro, isto é, harmonia.



Aula dedicada a esclarecimentos gerais sobre o curso e perguntas de interesse dos alunos e musicoterapeutas presentes.



Musicoterapia na geriatria - É musicoterapia quando ajuda realmente a solução dos problemas do velho, lhe permite melhorar problemas motores, articulatórios, parkinsonianos, deambulatórios. Caso seja apenas diversão é muito bom., toda relação social prazerosa é útil, mas não é musicoterapia.

Musicoterapia na obstetrícia - Segundo Leboyer o nascimento deve ocorrer sem agressão sensorial. Ele gravou um parto na Índia em que trabalha com ragas. Na raga, a cítara improvisa sobre um colchão harmônico, dó sol - sol dó, feito pelas tablas. Neste parto a mãe canta, todo o tempo, canções improvisadas. É diferente a própria mãe cantar para seu feto, da situação em que se toca música no parto. Cantar pressupõe uma atitude na qual se nina, se cria uma situação de proteção. À medida que canta, durante as contrações, vai condicionando o ritmo respiratório às canções, até que, no momento do nascimento, na hora da expulsão, há uma sequência métrica e o bebê emite sons na mesma métrica, e a mãe quando se recupera continua a cantar junto com seu bebê.

Diferença entre educação e reeducação - Educar significa ajudar a exteriorizar as potencialidades do indivíduo. Reeducar é corrigir uma "educação" errada, que não cumpriu seus objetivos.

Treinamento da higiene - Não se deve procurar "educar" a criança antes do tempo, isto é, treiná-la. Sabe-se que os padrões psicológicos correspondem ao desenvolvimento neurológico, e as necessidades estão intimamente ligadas a ambos. Quando houver amadurecimento, o bebê não vai se molhar mais. A criança treinada controla os esfíncteres mais cedo, mas no futuro vai ter problemas muito mais sérios de que algumas fraldas molhadas.

Foram em seguida discutidos casos apresentados por alguns dos musicoterapeutas presentes.

A parte final do curso foi dedicada à exposição de casos, ilustrados., através de projeção de slides.

Este resumo foi feito a partir da gravação do curso, e de notas tomadas em aula. Procuramos manter a maior fidelidade ao que foi dito pela conferencista, daí a forma coloquial usada muitas vezes e o retorno a assuntos tratados anteriormente, para esclarecer dúvidas dos alunos no decorrer das aulas.



Cecilia Condo

A expressão da linguagem musical e seu desenvolvimento tem sido bloqueado pelos métodos de educação musical utilizados nas instituições de educação, nas escolas normais e escolas especializadas. Os professores formados transmitem "ensinamentos" de música esvaziados do sentimento de tempo e espaço, sem a vivência da expressão musical.

Os educadores passaram por um processo de despojamento, que na medida que os transformava em "cruditos", os separava das manifestações musicais do seu meio econômico social sofrendo assim um corte das expressões musicais latentes que refletiam esse ambiente e seu sentimento em face dele.

A música é a expressão do homem, em interação com o meio ambiente. Através dela se refletem os mais diferentes aspectos ligados às condições sócio-econômico-culturais de cada região, seja na confecção dos instrumentos musicais, na linguagem do povo, nos movimentos corporais e gestuais de danças, folguedos, e autos; no ritmos, melodias, harmonias e polifonias dos sons vocais, e nas estruturas tímbricas das manifestações culturais (festas religiosas ou não) na formação de conjuntos musicais.

Assim a música é produzida para atender a uma necessidade de expressão que se diversifica através dos diferentes grupos culturais. "A função principal da música é organizar nossa concepção do sentir de forma mais intensa do que acontece no despertar ocasional de uma tempestade de emoções, isto é, a música nos permite ter a visão interior do que na verdade podemos chamar de "vivência do sentimento" ou unidade subjetiva de experiência.

E assim funciona segundo o mesmo princípio que organiza a existência básica a partir do plano rítmico-biológico (Langar, 1971. p. 241).

Esta função da música não tem sido permitida nos Métodos de Ensino nas escolas, uma vez que a Música é "imposta" em detrimento da expressão de vida da experiência humana.

O conceito de "educação musical" entre nós tem sido o de complemento que atenda a um status definido pela sociedade e não o de aquisição de uma linguagem integrada no conjunto de vivências de um povo e alimentadas



pelos ritmos de suas culturas.

Para que aconteça a Educação Musical é necessário que aconteça a vivência musical, a experiência do fenômeno musical "Como um dos objetivos essenciais da educação é transmitir uma determinada cultura - entendendo-se desta forma a cultura específica da criança e de seu grupo social - pode-se afirmar que a maioria dos educadores e psicólogos dos países em desenvolvimento ainda não se esforçou bastante para estabelecer vínculos entre a escola e a sociedade. Não existe continuidade entre família e escola" (Fafunwa, 1978, p.10-15).

O Brasil, como muitos outros países latino-americanos, africanos, asiáticos, enfim, países em desenvolvimento, em cuja formação estão presentes etnias e culturas diversas, sofre o impacto da educação institucionalizada, alienada de sua realidade.

A diversidade e o convívio das várias culturas e etnias existentes obriga ao educador/criador a busca incessante de novos métodos que atendam à necessidade de expressividade dos educandos.

Não esquecer que é mais importante o seu papel na preservação de uma cultura que na imposição de valores através de métodos - que exijam uma readaptação formal e emocional, transformando a arte, a possibilidade de auto-expressão numa disciplina que dificulta e retarda a realização, realização esta que a arte, mais do que nenhuma outra atividade, propicia.

As escolas estão calcadas em sistemas ocidentais - de educação e sabe-se que nos países sul-americanos se fundem ocidente e oriente - etnias capazes da contemplação estática do oriente e as etnias que trazem o vigor do ocidente; culturas que têm uma grande tradição artística - na sua bagagem e que só esperam da Escola uma oportunidade para surgirem, com vitalidade novas formas de expressão, (Homando, 1957).

No mesmo sentido manifesta-se o educador africano Babs A. Fafunwa: "Nos países em desenvolvimento a educação formal" ocidentalizada tende a ignorar a experiência "pré-escolar" da criança. Isto significa - que esta educação não utiliza a riqueza que representa esta experiência e nem os métodos pelos quais as crianças adquiriram conhecimentos antes de entrar - para a escola".

Não se deve esquecer que toda criança viveu realizações musicais antes de adquirir consciência delas. "Muitas vezes" o drama da Educação Musical, a maior dificuldade está na ~~profissão~~ ~~da~~ ~~vivência~~ ~~espontânea~~ ~~e~~ ~~natural~~ para a vivência consciente, controlada (Willems, 1971).



Em nosso levantamento identificamos as formas variadas como se dá a aprendizagem espontânea das práticas musicais, assim como das outras práticas criadoras das comunidades. Nos folguedos, grupos religiosos, danças, festas e brincadeiras, que são o canal da manifestação das artes populares de performance (música, drama, etc...) - não há separação entre crianças e adultos.

Uma primeira etapa de aprendizagem se dá nesta imersão completa e constante nos comportamentos criadores da comunidade.

Nesta etapa os ritmos e modos musicais como dramáticos, plásticos e coreográficos próprios da comunidade, se tornam familiares e inseparáveis uns dos outros, como das funções lúdicas, mágicas ou religiosas a que estão servindo.

É do interior desta vivência que a aprendizagem se tornará um processo consciente e voluntário.

Muitos músicos comentam como era nas festas, em criança, que observavam tocar um instrumentista - seu parente, pai ou compadre da família e na volta da festa começavam já a dedilhar, a tocar o que viram e a pedir instruções de como fazer.

A segunda etapa de aprendizagem é esta em que dito de forma genérica, há a seleção com um mestre.

Mas esta aprendizagem é organizada segundo critérios pedagógicos próprios e pessoais, diversos dos processos escolares.

Cada mestre ensina por seus próprios meios, há tradição de sua cultura.

Assim se mantém, em continuidade, uma tradição musical, da mesma forma como nas outras áreas de criação, sem se desvintular da globalidade de meios, de linguagens, e características comportamentais da sua comunidade.

A criação de associações comunitárias com fins lúdicos ou religiosos onde a prática da música é constante ocorrem em todas as áreas levantadas do Estado do Rio de Janeiro. Este aspecto, de integração da prática e da aprendizagem musical a outros aspectos da vida social da comunidade, encontra obstáculos nas formas como são organizadas nossas escolas por existir: a) definição de um espaço especial para o exercício da aprendizagem; b) turmas de alunos divididas em função da idade; c) processos de avaliação da aprendizagem externas à vontade espontânea de aprender do aprendiz; d) autonomia das disciplinas e sua organização num currículo em função de critérios que não tem correspondência na organização das formas e práticas da vida da comunidade.

Nossas escolas como instituição impõem valores, expectativas, disciplinas, processos de canalização dos desejos, que precisam ser iden-

tificados e criticados pelos educador. Só com o conhecimento das formas culturais locais e com a reorganização da escola, em função da comunidade na qual está inserida a educação musical e a educação artística servirão à continuidade, à dinamização e ao fortalecimento da vida cultural destas comunidades.

=/=/=/=/=/=/=/=/=

=/=/=/=/=/=/=/=/=



