

DESAFIOS DA CONTEMPORANEIDADE: A MUSICOTERAPIA NA SALA DE DIÁLISE NO TEMPO DOS IPODS. PODE?

Lia Rejane Mendes Barcellos²⁹

RESUMO

Os musicoterapeutas que exercem a musicoterapia nos tempos atuais enfrentam os mais diversos desafios. Dentre estes, o emprego de novas tecnologias, como iPods e computadores, que pacientes utilizam na sala de diálise onde permanecem por longos períodos de tempo. Como enfrentar esses desafios? Que estratégias criar para que o processo se torne mais potente? Essas são as perguntas que este trabalho pretende responder.

Palavras-chave: Musicoterapia; Contemporaneidade; iPods; Diálise.

ABSTRACT

Music therapists currently practicing music therapy face manifold challenges. Among these, the employment of new technologies, like iPods and computers, which patients use in dialysis wards where they must remain for long periods of time. How to face these challenges? Which strategies can be devised to make the process grow stronger? These are the questions this work intends to reply to.

Key-words: Music Therapy; Contemporary times; iPods; Dialysis.

²⁹ Musicoterapeuta clínica trabalhando na área de Doenças Renais Crônicas (DRC - crianças em diálise). Doutora em Musicologia (UNIRIO); Mestre em Musicologia (Conservatório Brasileiro de Música-Centro Universitário - CBM-CEU). Especialista em Educação Musical. Graduada em Musicoterapia (CBM-CEU) e Piano (AMLF). Coordenadora e professora do Curso de Pós-graduação em Musicoterapia; professora do Curso de Graduação em Musicoterapia (CBM-CEU). Coordenadora da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco (CBM-CEU). Editora para a América do Sul da Revista Eletrônica *Voices* (Noruega). Autora de livros sobre musicoterapia e artigos veiculados em vários países. Membro do Conselho Diretor da *World Federation of Music Therapy* e Coordenadora da Comissão de Prática Clínica por dois mandatos. E-mail: liarejane@gmail.com

Sobre a contemporaneidade e os desafios da prática clínica

A contemporaneidade diz respeito aos tempos recentes e tem a globalização como a marca da época, caracterizada, principalmente, por uma rede de informações à distância, tendo como suporte a tecnologia avançada da informação. As comunicações ultrapassam fronteiras ou barreiras nacionais e internacionais, apoiando-se na alta tecnologia, e têm um fluxo rápido num moto contínuo de sons, imagens e textos que cruzam o planeta, sem controle e quase sem limites. Desafiam habilidades, encurtam e vencem distâncias acelerando o tempo que abrevia a História, na medida em que a informação chega rapidamente.

A arte na contemporaneidade, no contexto do mundo globalizado, assume um papel relevante, surpreendente, inesperado, apresenta-se como um campo ainda misterioso e mágico, escapa do controle, da programação e de diagnósticos e prognósticos, constituindo, ainda, como um domínio de exercício de reencontro com a sacralidade da vida, por sua natureza aberta, disponível, libertária e expansiva.

Nesse mundo globalizado, a internet assume um poder de ser uma verdadeira extensão do viver cotidiano atual. Por outro lado, possibilita a sedução da autonomia, de um espaço ilimitado de comunicação e de expressão do indivíduo. Através dela pode-se passear por lugares desconhecidos, ver imagens e visitar museus em países os mais longínquos; ouvir os sons e as músicas quando e como se desejar, numa liberdade do olhar e do ouvir. Nela, meios e linguagens se mesclam num urdir e tecer de fios que podem nos levar além da imaginação. Híbridos se fazem conjugando novos verbos, cruzando linguagens e chegando a novos resultados.

Mas, são também os avanços da tecnologia e da ciência que permitem, hoje, que a musicoterapia possa ser inserida numa unidade de diálise, um espaço que tem riscos de contaminação e que, por isso, deve ser sistematicamente descontaminado. Caso contrário, profissionais e pacientes estão sujeitos à contaminação pela transmissão de

vírus, principalmente o da hepatite B, o que resulta na exigência de que nós que aí trabalhamos sejamos vacinados.

Há algum tempo atrás, atuando como professora numa universidade fora do Brasil fui levada a visitar um hospital público, para participar de uma sessão de musicoterapia realizada depois da sessão de diálise, já que não era possível realizar a musicoterapia no momento desse procedimento. Quando a sessão de diálise acabou, fui levada pelo médico a visitar a sala, já vazia e, ainda assim, tivemos que vestir roupas especiais para poder entrar.

Convidada pela Fundação do RIM, em 2008, para trabalhar na Clínica de Doenças Renais³⁰, fiquei surpresa com a proposta de inserção da musicoterapia no momento da diálise. Relatei a visita à clínica estrangeira e fui informada que hoje é possível entrar na sala e trabalhar enquanto os pacientes são submetidos à diálise. Este foi o primeiro de muitos desafios dessa proposta.

Antes de iniciar o trabalho foi feito um levantamento de bibliografia sobre trabalhos de musicoterapia com crianças e adolescentes com DRC no momento da diálise, para ter um ponto de partida. Mas, foi constatado que este seria o segundo desafio a ser enfrentado: a inexistência de literatura sobre musicoterapia com crianças no momento da diálise.

Quatro artigos de musicoterapia com pacientes renais adultos foram encontrados no Brasil: destes, alguns relatavam o atendimento antes da sessão de diálise, outros

³⁰ CDR, (RJ), apoiada pela Fundação do Rim Francisco Santino Filho (FR), instituição sem fins lucrativos que atende a crianças e jovens em situação de risco social, portadores de Doenças Renais Crônicas (DRC), em tratamento dialítico em 48 clínicas no Estado do Rio de Janeiro. A FR é apoiada pela Else Kröner-Fresenius-Stiftung (Alemanha), pela Fresenius Medical Care (Brasil), e dirigida por Livia Guedes e Ana Maria Motta que, em 2008, numa iniciativa pioneira, inseriram a musicoterapia em duas CDR. O trabalho começou em março de 2009, após reuniões com a FR e a nefropediatra Dra. Fátima Bandeira, da CDR, após um Convênio entre a FR e o CBM, num atendimento extramuros da Clínica Social Ronaldo Millecco do CBM – CEU. Trabalho sendo realizado em coterapia com a Mt. Mariana Barcellos e já estendido a outro período na mesma clínica e em dois na clínica GAMEN (RJ).

no final e poucos durante, mas, nenhum, com crianças e adolescentes. Buscas foram feitas em periódicos de musicoterapia e nos principais sites, utilizando-se palavras descritoras como “musicoterapia, enfermidades renais crônicas, diálise, crianças e adolescentes”. Foram localizados três artigos: dois da Coréia e um da Noruega. Tive acesso a uma monografia, resultado de um trabalho clínico que visitei num hospital público estrangeiro e um artigo me foi enviado pela Dra. Cheryl Dileo, (Diretora do PhD em Musicoterapia da Temple University. Filadélfia – USA), totalizando nove artigos, todos se referindo a adultos.

Outros desafios enfrentados: o espaço físico – uma sala com sete poltronas e máquinas de diálise; os sons de alarmes – que as máquinas emitem para chamar a atenção da equipe de enfermagem quando necessário; a movimentação de enfermeiros – que têm que medir constantemente a pressão dos pacientes e realizar outros procedimentos; e de funcionários – que trazem material; as diferentes idades de sete pacientes – de três a vinte 20 anos, o que faz com que os repertórios e preferências musicais sejam absolutamente distintos; o formato a ser utilizado (individual ou grupo); os limites impostos pelo tratamento – a impossibilidade de os pacientes se movimentarem totalmente por estarem presos à máquina e a de movimentarem os dois braços por um deles estar imobilizado, o que restringe a utilização de instrumentos; dois aparelhos de TV e os iPods – que acompanham os pacientes adolescentes. Este é um desafio representado por eu não dominar o violão, que considero o instrumento mais adequado para este e muitos outros *settings*, e pela dificuldade em lidar com um repertório que faz parte das histórias sonoras desses pacientes e das preferências musicais dessa geração que vive “ligada” aos iPods e que tem, por isso, o que denomino “um contato exaustivo com a canção” e todo tipo de música brasileira e estrangeira (BARCELLOS, 2010). Para enfrentar este limite, decidi trabalhar em coterapia e convidei a Mt. Mariana Barcellos, que tem o violão como instrumento principal e um amplo conhecimento do repertório atual.

Ainda destaca-se a inexistência de instrumentos e a dificuldade em criá-los, por terem que ser leves, de fácil manejo com uma só mão, e pela impossibilidade de utilização de elementos orgânicos como sementes, por risco de contaminação.

Na concepção da musicoterapeuta Martha Negreiros (2003a) “a clínica é soberana”. Corroboro as suas palavras e entendo esta afirmação como sendo a clínica o centro de tudo, isto é, onde estão musicoterapeuta, paciente (cliente ou usuário) e música, num processo dinâmico que tem por objetivo o desenvolvimento e/ou o bem-estar do paciente. A afirmação de Negreiros significa, na minha leitura, que é da clínica que partem nossas dúvidas, discussões e certezas, e que é para a clínica que nos preparamos e sobre ela que pensamos para a constituição de um corpo teórico. Isto significa que as questões sobre as quais refletimos daí advêm, como é o caso da utilização dos iPods, foco deste trabalho, por se considerar uma discussão necessária e não por resistência à tecnologia ou tecnofobia.

As redes de produção musical de Attali e a musicoterapia

Para pensar a questão vale recorrer ao pensamento do economista francês, Jacques Attali, que faz incursões na música como maestro, e que escreveu em 1978 um ensaio sobre a economia política da música, a partir do mundo no qual o homem vive. Nesse trabalho, o autor declara que quando se dão transformações na música estas antecipam as que vão acontecer em toda a sociedade. Para Attali, a música é tanto o espelho como a profecia do mundo e tem quatro redes de produção através dos tempos: *sacrifício, representação, repetição e composição*.

Da primeira rede – sacrifício – fazem parte músicas festivas, rituais, solenizadoras, circulares, comunitárias, frequentemente hipnóticas, que são encontradas em práticas coletivas como nos mitos, onde se integram como simulacro

do sacrifício. Na musicoterapia pode-se reconhecer essa rede nas práticas grupais onde uma das funções da música é a comunicação.

Na representação – segunda rede – estão músicas que advêm da instauração do concerto europeu, apresentadas do palco para uma plateia pagante ou, na atualidade, e raramente, às expensas do governo. Essa rede põe no palco a *performance*: do autor, do maestro e do artista, com o fundo coletivo de uma orquestra, uma banda ou um grupo musical.

Na musicoterapia, não deveríamos deixar de levar em consideração a *performance* do paciente, não só na execução de instrumentos e na dança, mas, também no canto, visto pela etnomusicóloga britânica Ruth Finnegan “como um marcador de performance” (2008, p. 19).

A terceira das redes – repetição – é o resultado da possibilidade recente na História humana de gravação do som e, assim, de repetição e audição desses sons na ausência daquele que os tocou ou cantou. Segundo Attali, essa possibilidade de reprodução “tragou” produtos e modos de produção anteriores, mesmo que o concerto continue a existir, embora polarizado pelas gravações. Gravar o som é um meio de controle social. Aqui, a maior parte da música vai se “desritualizar”, pois se ganha em disponibilidade e deixa de ser benefício de uma minoria, perde o caráter festivo ou religioso que tinha quando simulacro do sacrifício. Passa a ser vista e vendida como um produto de consumo, que a indústria do disco procede respondendo aos consumidores. Compra-se mais discos do que se pode ouvir e como o objeto fora de seu contexto ritual, ou do espetáculo, não tem valor em si, cria-se um valor. O *Hit Parade* é o motor da economia repetitiva; ele cria a necessidade, e o público mais visado é o maior consumidor: os jovens, que veem na música a possibilidade de expressão e canalização da revolta, própria da idade.

O musicoterapeuta Kenneth Bruscia (1998), referindo-se à música na adolescência, afirma que os sentimentos dolorosos e os problemas de identidade,

característicos da fase, podem ser liberados através da dança e da música, que tanto facilitam a liberação de tensões físicas como de energias reprimidas – pela improvisação, pelo *rap* e pelas letras das canções.

Mesmo os temas menos atraentes terão sucesso, declara Attali, quando utilizados nas letras das canções, se tiverem como centro questões ou preocupações cotidianas dos consumidores ou se significarem o espetáculo do comprometimento pessoal de um cantor. Mas, Attali também se refere à música atual como vazia de sentido, no que é criticado pelo também francês Pascal Rivière (s/d), que trabalha com relaxamento e música de cura. Rivière afirma não concordar com esta afirmação de Attali, apoiando-se no argumento de que não se pode negar que certas “emoções musicais” entram em ressonância com a nossa personalidade. Isto seria negar a abordagem musicoterapêutica, afirma Rivière, com quem concordo inteiramente.

Voltando-se à Attali, e à repetição, cabe observar que o autor se preocupa com aspectos da música, na década de 70, que podem ser considerados ainda atuais: é repetitiva no que concerne às melodias e às palavras – que são mal articuladas – levando à pergunta sobre o que é mais importante: a forma ou o conteúdo; o refrão faz o essencial da mensagem; os ritmos são primitivos, mais pulsionais; o ideal musical se presta a uma realização narcísica da personalidade: nas festas, a música é principalmente pretexto para incomunicabilidade, já que o som é ensurdecedor e mal se ouve o que fala quem está ao lado; em geral as pessoas dançam sós e querem mostrar as suas habilidades como dançarinos, quase como “possuídos”.

A tecnologia avançou a passos largos: os antigos rádios portáteis (transistores) eram ouvidos em qualquer espaço ou tempo; mas, também, grandes aparelhos eram carregados nos ombros enquanto exímios patinadores, por exemplo, mostravam habilidade na atividade; os aparelhos de som tinham cada vez mais potência e melhor qualidade no som veiculado. As fitas, os discos de vinil e os CDs foram sendo substituídos uns pelos outros, chegando-se ao tempo dos iPods.

A quarta rede de Attali é a composição, que pode possibilitar que o compositor se distancie do peso do poder e que tenha o prazer de entrar em comunicação consigo mesmo, num prazer narcísico e não comercial ou, e também comercial.

O pensamento de Attali, com relação a estas quatro fases, é útil para se pensar em muitas direções, quando colocado no contexto da musicoterapia. No entanto, o que nos interessa principalmente neste artigo são a repetição e a composição.

A musicoterapia contemporânea

A primeira geração de musicoterapeutas brasileiros, da qual faço parte, nasce na modernidade e pretende estabelecer-se na contemporaneidade – corroborando o pensamento de Chagas e Pedro sobre a musicoterapia, (2008) –, e começa a exercer a prática clínica na fase da repetição utilizando desde rádio, disco, gravador de rolo e fita cassete, até aparelhos de CDs. Por isto, os criadores da nossa formação, seguindo os avanços tecnológicos, inseriram na primeira graduação de Musicoterapia do Brasil, em 1972, no CBM, a disciplina denominada “Montagem de fita”, ministrada pelo prof. Dr. José Maria Neves que acabara seu mestrado em 1971, no Instituto de Musicologia de Paris, e frequentara o curso de especialização no Conservatório Nacional Superior de Música, com Pierre Schaeffer.

Com uma ferramenta especial a fita de rolo era cortada e, com um instrumento específico, era colada em outra para também seguirmos os avanços da música que, à época, trabalhava com todo o tipo de som, da natureza ou da vida cotidiana: a música concreta. O objetivo da disciplina era possibilitar que, como musicoterapeutas, fôssemos instrumentalizados para empregar, na prática clínica, todo e qualquer tipo de som, não só gravado, mas também manipulado, mixado com outros, para resultar em diferentes possibilidades sonoras.

A tecnologia avançava a passos largos e mesmo antes de terminarmos o curso (1975), este tipo de aparelhagem já estava obsoleto e tivemos que nos adequar aos gravadores de fita cassete que eu utilizava na prática clínica, com ou sem fita.

Com fita, para gravar o que faziam os pacientes – material que é importante fonte de consulta ainda hoje e que no contexto terapêutico não me parece ser controle como pensa Attali –, ou para levar músicas que estes pediam ou escolhiam para serem ouvidas e cantadas ou tocadas por nós, acompanhando as gravações dos cantores da época. Os gravadores ainda eram usados para gravar qualquer som friccionando o microfone em um objeto, ou em qualquer superfície, como nas cordas de um piano com a caixa aberta, ou nas cordas de um violão; ou em quaisquer outros objetos, para pesquisar os sons do ambiente, ou produzidos por nós.

Sem fita, utilizando o microfone ligado a uma caixa amplificadora, para ampliar sons tanto do musicoterapeuta como do paciente: da voz, respiração, balbucios ou para amplificar sons de água colocada num copo e soprada com um canudo, com o microfone quase dentro desse copo, som que muito utilizei com autistas.

Os discos de vinil eram tocados na vitrola que foi substituída pelos aparelhos de CD, mais leves, práticos, e com um som que aos leigos se apresenta como de melhor qualidade. Assim a tecnologia foi evoluindo e fazendo a diferença nos sons que nos chegam e no dinheiro que sai do nosso bolso para neles ser investido.

Os teclados eletrônicos surgiram, substituindo os sons dos pianos que povoaram a vida ou a infância de muitos de nós, principalmente para satisfazer aqueles que são imediatistas e querem logo ter algum resultado na aprendizagem musical (auxiliados pelos acompanhamentos preparados). Ou, para quem quer ter a possibilidade de se locomover com o instrumento, substituindo de forma parcial o piano, mas trazendo, à época, uma grande perda em possibilidades de diferentes *touchés* ou toques, sonoridades, e variações de dinâmica e agógica, por não terem a possibilidade de mudanças de intensidade ou de mudanças gradativas no andamento, (por não serem

sensíveis e por se ter que acompanhar os acordes programados, sempre num mesmo andamento).

Por outro lado, estes teclados fizeram e fazem a alegria de autistas que têm grande habilidade em programá-los, não admitindo a participação dos musicoterapeutas e ficando cada vez mais isolados. Ouvindo o instrumento “tocar sozinho”, repetindo *loops* melódico/rítmicos *ad infinitum*, são mantidos nos próprios isolamentos e têm o “tapete rítmico” que alimenta estereotípias, criando uma situação comprovadamente iatrogênica, reforçando aspectos da doença.

E, assim, fomos nos adequando aos avanços tecnológicos que acompanham a nossa caminhada, evitando com determinados pacientes alguns aparelhos pelo referido acima, até chegarmos à internet e, com ela, aos iPods que, no mínimo, complicam a vida de musicoterapeutas com dificuldades em manejar um repertório atual e virtual, e que trabalham com adolescentes que são principalmente os que estão ligados por horas a fio a estes aparelhos.

A portabilidade dos iPods permite que ao sair das lojas possam estar nos mais diversos espaços: ruas, metrô, ônibus, trens, aviões, bancos, escolas, academias, salas de espera, clínicas, hospitais..., e nos mais distintos tempos, da manhã à noite, o que resulta no já referido “contato exaustivo com a canção” (BARCELLOS, 2010).

Melhor seria inverter a pergunta: onde não estão os iPods? Nos chuveiros, mar e piscina, sendo que nesta última, desde que os usuários não estejam em poltronas infláveis. Estão também na sala de diálise, onde exerço hoje a musicoterapia clínica, espaço onde principalmente os adolescentes utilizam iPods, e também computadores, como é o caso do adolescente de 19 anos que pergunta, desafiadoramente, levantando o iPod com a única mão que está disponível, já que a outra está com acesso venoso para diálise: - “você sabe quantas músicas tenho aqui”? E antes que ele responda, já imagino a resposta e faço um esforço para me manter impassível, externamente. Depois de responder que tem aproximadamente 1.400 músicas, continua ele, não

menos desafiadoramente: - “sabe o que eu faço todas as tardes? “Baixo” músicas no computador”. Esta e muitas outras perguntas, seguidas de respostas que me estremecem, espelham e reforçam a incompetência em se lidar com um repertório que dê conta das 1.400 músicas que o adolescente diz ter no seu pequeno iPod, “querido companheiro de todas as horas”, nas minhas palavras. Refiro-me a este iPod que armazena 1.400 músicas como sendo pequeno, tanto em tamanho quanto em capacidade de armazenamento, já que existem hoje aparelhos de última geração que têm a capacidade de armazenar 40.000 músicas.

Mas a questão não se restringe apenas ao fato de o musicoterapeuta não ter um repertório compatível com a capacidade do aparelho: deve-se também pensar que é impossível um musicoterapeuta competir com o resultado musical, a potência e qualidade sonora destes aparelhos com relação à orquestração, à voz de profissionais, ao canto que vem de músicas de todos os cantos do mundo e, por isto, em línguas as mais estranhas, estilos os mais inusitados, na voz de jovens ou velhos compositores, que cantam tudo, inclusive as dores e esperanças desses próprios jovens pacientes, intérpretes e atores protagonistas da própria vida, para reiterar e ratificar as minhas próprias ideias de que os pacientes são os narradores sonoro/musicais de sua(s) própria(s) história(s). Isto tudo, dentro de uma enfermaria onde o musicoterapeuta entra carregando apenas um violão.

Mas, frente a essa realidade e passado o impacto, alguma atitude deve ser tomada ou alguma estratégia deve ser criada para enfrentar a situação. Mergulhar na internet e baixar músicas incessantemente? Decorar tudo que se puder? Estudar profundamente tudo que cair em nossas mãos e chegar aos nossos ouvidos? Estes seriam alguns caminhos. Mas, impossíveis em algumas circunstâncias como aquelas que são lideradas por alguém que tem dificuldades em decorar letras de músicas. Assim, na urgência de intervenções, outros caminhos podem e devem ser escolhidos, como resultado de um corajoso reconhecimento de limites e da necessidade de

ultrapassá-los. O caminho mais fácil a se percorrer seria pedir para que os iPods fossem desligados. Simplesmente. Mas, não me parece a melhor solução porque entendo que os pacientes devem ter a possibilidade de escolha e porque corroboro o pensamento da psicóloga britânica Virginia Axline, uma das pioneiras da Ludoterapia não diretiva, que afirma que “toda mudança digna de nota vem de dentro para fora” (1972, p. 125).

Sobre a estratégia criada

Sabe-se que as técnicas musicoterapêuticas vão além da utilização exclusiva da re-criação de canções de outros compositores, que exige o conhecimento de repertório por parte do musicoterapeuta e que dá a possibilidade de expressão de conteúdos internos, ainda que através da voz de outrem – o compositor.

Constata-se, na prática clínica, a importância de o paciente utilizar uma experiência de re-criação musical e de o musicoterapeuta dela se valer como técnica musicoterapêutica. Pelas palavras de teóricos como Finnegan (2008), sabe-se que a canção popular termina por existir na experiência de todos, por ser um fenômeno difundido em todos os tempos e culturas, podendo, assim, ser considerada como um dos verdadeiros fenômenos universais da vida humana. Por isso, considero que a canção cumpre diferentes funções e se presta a diferentes aplicações em musicoterapia: por se tratar de uma experiência musical muito forte para os pacientes, por constituir-se como um terreno comum onde podem pisar musicoterapeuta e paciente, e por possibilitar um “transbordamento natural e irrestrito da expressão humana”, ainda parafraseando Finnegan (Ibid, p. 16).

Mas, também, pela prática clínica, constata-se que, na maioria das vezes, o seu emprego deve ser seguido de intervenções provocativas para levar os pacientes a uma expressão de seu mundo interno através de sua própria voz.

Entendo que o emprego da re-criação musical de canções pode alcançar a sua potência máxima no trabalho onde é utilizada não só como expressão, mas como *impressão* (LANGER, 1980), ou seja, como resultado de intervenções feitas pelo musicoterapeuta também através de canções, como propõe Marly Chagas.

Por outro lado, identifico hoje, com preocupação, que muitas vezes a re-criação é utilizada em situações onde, certamente, outras técnicas poderiam ser mais potentes e trazer maiores resultados. E aqui caberia a pergunta: por que principalmente a canção? Utilizando-se apenas esta técnica onde outras poderiam ser empregadas pode-se perder, talvez, grandes oportunidades de mobilizar ou impactar o paciente.

Assim, para não deixar os pacientes repetindo, muitas vezes de forma mecânica o que ouvem ou leem em folhas com letras de canções preparadas exclusivamente para eles, ou “mesmo que a preferência musical [do paciente] seja importante, nós [musicoterapeutas] temos que ter o potencial de dar outras avenidas musicais que irão dar equilíbrio e fazer o processo terapêutico mais direto, potente, e esteticamente poderoso”, segundo Collin Lee (2003, p. xvi).

Até aqui falamos do desenvolvimento da tecnologia e da aparente impossibilidade de o musicoterapeuta com ela lidar e com ela competir. Mas, também pensamos sobre ser suficientemente provocadores criando estratégias para enfrentar o desafio da utilização dos iPods/computadores para que os mesmos sejam desligados sem que seja necessário solicitar-se. Como resposta ao desafio provocado pelos iPods criamos uma estratégia que coincide com a quarta rede apontada por Attali em seu ensaio: a composição, levando principalmente os pacientes adolescentes a comporem, sem exigir um comprometimento com a estética, considerando ser o processo mais importante que o produto e levando em consideração a dificuldade de se levar os pacientes a comporem.

Sobre a composição em musicoterapia

Numa definição simples pode-se considerar a composição como uma criação musical original feita para repetidas execuções.

Em musicoterapia defino a composição como “a criação de música pelo(s) paciente(s) ou por este e o(s) musicoterapeuta(s), que é registrada e que pode ser repetida, sendo diferenciada da improvisação não só pelo registro, mas, principalmente, pelo processo e pela intenção de criar”. Aqui o paciente deixa a sua marca, a sua impressão, trabalhando no que faz, por vezes, durante várias sessões.

Ainda é importante se dizer que, muitas vezes, os pacientes compõem sem nenhuma sugestão, simplesmente fazendo ou expressando o desejo de “inventar” uma música.

No tratamento dos pacientes a que me refiro aqui, a composição foi a estratégia adotada para provocá-los e engajá-los numa experiência musical em interação conosco, substituindo os iPods por algo mais potente, a criação, num espaço de relação. Vale lembrar que muitos são os objetivos que podem ser alcançados com o emprego da composição e parece pertinente responder a perguntas que gravitam em torno dela como experiência musical a ser vivenciada pelos pacientes e como técnica empregada pelos musicoterapeutas. Dentre essas perguntas estão:

1 - para que se levar um paciente a compor?

a) nesse contexto, principalmente, para provocar a mudança de experiência musical, da escuta, ou re-criação, para a criação/produção musical (dar-forma a algo algo novo. Ostrower, 1987, p. 9); para facilitar a comunicação; para permitir uma resposta a: algo que o musicoterapeuta faz, uma situação, um fato do entorno (casa, sociedade, realidade), um programa de TV, uma atitude;

b) desenvolver a criatividade que implica em uma força crescente que se reabastece nos próprios processos que realiza, quebrando a previsibilidade e aumentando a *tensão ou tônus psíquico*, ainda nas palavras de Fayga Ostrower (Ibid, p. 27);

c) possibilitar a expressão: musical/estética (pacientes músicos e não- músicos), de ideias, pensamentos, desejos, sentimentos ou vários destes aspectos juntos.

- levar à reflexão, à organização e à melhora da atenção.

2 – quais são as formas de se levar um paciente a compor?

a) fazendo intervenções: verbais (dando ao paciente sugestão de palavras ou temas), musicais: sonoras, rítmicas – apoio ou base, melódicas – uma linha melódica, harmônicas, tímbricas – instrumentais e/ou cantadas, corporais/gestuais;

b) aproveitando qualquer manifestação do paciente seja: sonora (qualquer som emitido pelo paciente), musical (melodia, ritmo, harmonia), paramusical (entonação da voz), não-musical, verbal – palavras e gestual;

c) aproveitando o momento: a descrição de um fato, sonho ou qualquer situação.

3 - Formas de registro da composição:

a) Vídeo, áudio, por escrito (partitura de várias maneiras) ou combinação de várias.

4 – Quem faz o registro?

a) o paciente: escrevendo as palavras, registrando em áudio, criando uma partitura especial (com símbolos não-musicais), ou o musicoterapeuta.

Deve-se levar em conta que mesmo que as composições sejam registradas, podem sofrer modificações quando cantadas, porque nem sempre os registros ou as partituras são consultados a cada vez que se canta. Isto pode ser observado nas canções quando cantadas, se comparadas às partituras. Mas, deve-se observar que mesmo que modificações sejam feitas, a estrutura musical se mantém.

5 - Como eu registro? Escrevendo:

a) o modo (escolhido pelo paciente a partir da técnica de Diane Austin, 1999) para os pacientes não-músicos), o tom (observando a extensão vocal do paciente ou numa região de confortabilidade para este), o gênero (escolhido ou cantado pelo paciente), o compasso, o nome das notas que estão sendo cantadas (porque não utilizo papel pautado nas sessões), o ritmo e as palavras.

6 – Como eu faço a “leitura ou análise musicoterápica” da composição:

a) análise musical (utilizo o modelo paradigmático de Ruwet - Barcellos, 2009), das palavras, da compatibilidade entre as duas, do contexto, da situação e da performance, fazendo uma articulação com as histórias de vida, da patologia e sonoro/musical do paciente, levando em consideração a escuta do musicoterapeuta (o Modelo Tripartite Molino/Nattiez/Barcellos, 1999, 2009).

Composições de pacientes que utilizam iPods³¹

³¹ Todos os responsáveis pelos pacientes aqui referidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como recomendado pela Resolução 196/96 do “Conselho Nacional de Saúde”.

1 – Composição feita a partir de uma situação: o roubo da guitarra da musicoterapeuta. Paciente M. C. – 14 anos. 28/5/09 e 4/6/09

O Ladrão

Mathews Coutinho
(28/05/09 e 04/06/09)

Baião

Voz

O la - drão pegou o vio - lão e/a gen - te fi - cou sem o vi - o - lão O la - lão

Vai, vi - o - lão vem, vi - o - lão lão O la

O ladrão pegou o violão }
E a gente ficou sem o violão } bis

Vai, violão }
Vem, violão } bis (Refrão)

Mas o ladrão fugiu }
E levou o violão } bis

E o ladrão ficou bonzinho }
E devolveu o violão } bis

Mas ele não devolveu }
Porque esse violão é meu } bis (musicoterapeuta)

Mas o ladrão fugiu }
E levou o violão } bis

O ladrão roubou o violão }
E a gente arrumou outro violão } bis (Nininha)

2 – Composição feita a partir do desenho do Scooby-Doo que estava sendo assistido pelo paciente na TV.

- O que há de novo, meu filho? -

Gabriel
(12/06/09)

Voz

O Scooby - doo é um ca - chor - ro _____ O Scoo - by - doo é um ca-chor -

ri - - - - - nho _____ O Scoo - by

O Scooby-doo, é um cachorro	}	bis
E o Scooby-loo, é um cachorrinho		
O Salsicha é um homem	}	bis
É um homem bem magrinho		
O Fred é um gostosão	}	bis
E a Velma é inteligente		
A Daphne é Patricinha	}	bis
Ela é muito bonitinha		
O Scooby-loo é metido a forte	}	bis
Ele é muito corajoso		
Porque ele acha que pode	}	bis
Derrotar todos os monstros		

E pode? PODE! falado. (A pergunta foi minha e a resposta dos dois ao mesmo tempo!)

O grifo se refere à importância dos versos que expressam a coragem de alguém, que mesmo sendo pequeno, tem o poder derrotar os monstros que povoam a vida daqueles que sofrem de doenças como a renal crônica.

3 – Composição feita a partir de um texto da internet trazido pelo paciente R. 16 anos.

Texto: O Diário de um louco. 2/4/2009

Nada de nada

Já passava da meia noite

E o sol nascia no horizonte

Vacas pulavam de galho em galho

Enquanto o homem dizia calado:

Prefiro morrer do que perder a vida!

Na verdade, prefiro perder a vida porque posso encontrar!

(criado e recitado pelo paciente que pode estar expressando a sua vontade de viver, apesar das adversidades da doença e das intercorrências clínicas que enfrenta frequentemente).

"Nada de Nada"

Funk Melody

Alegretto

Raphael

Esta descida foi solicitada pelo paciente, logo depois de dizer que preferia perder a vida do que morrer, porque poderia encontrá-la. O tempo forte final cai exatamente no reinício da música, retomando o ritmo, e podendo ser visto como a retomada da vida. Cabe ressaltar que esta composição foi feita no dia em que outra paciente teve uma intercorrência clínica na sala, o que afetou a todos os pacientes.

4 – Composição feita a partir da solicitação da musicoterapeuta para que cada paciente sugerisse, cantando, o presente de Natal que desejava ganhar do amigo oculto

Pacientes P. e N. 10/12/2009 – 36ª sessão.

O presente de Natal



Nós queremos dois rins	}	bis
Um pra Nina e um pra mim		
REFRÃO		
Quem vai ser o doador	}	bis
Não pode ser o vovô		
REFRÃO		
Quem, 'tá disposto a doar	}	bis
Pode vir me ajudar		
REFRÃO		
..... É só ligar	}	bis
Mas não ligue a cobrar		
Porque a conta vai estourar		
E o meu pai não vai gostar		
REFRÃO		
E vai muito reclamar	}	bis
Mas vai gostar seu transplante		

Pode-se perceber que são composições com melodias simples, à exceção de “Nada de Nada” que traz maior complexidade rítmica. No entanto, as letras se referem a conteúdos pertinentes a situações vividas no cotidiano ou com relação à doença, apontando para a música como o que facilita a expressão do vivido ou

como o que carrega a letra daquilo que dificilmente seria dito exclusivamente através do verbal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os desafios enfrentados nessa prática, mas talvez os maiores sejam a existência de cicatrizes físicas e psíquicas que pacientes com doenças renais crônicas carregam, e a previsibilidade da vida deles: pela cronicidade da enfermidade e pela previsibilidade do tratamento. Mas, deve-se levar em consideração também o risco da cronificação da musicoterapia.

Entro em contato com a previsibilidade musical em 2004, através do pensamento do musicólogo britânico Richard Middleton (1990), e a articulação desta com a musicoterapia se corporifica num espaço de imprevisibilidade de vida: no trabalho realizado pela musicoterapeuta Martha Negreiros (2003) com mães de bebês prematuros, do qual fui supervisora clínica. Constato que em pacientes cuja situação é de vulnerabilidade e imprevisibilidade, e onde a musicoterapia tem que trazer acolhimento ou *holding*, a música utilizada deve ser preferencialmente previsível. Quando a previsibilidade é o centro, como em doenças crônicas, a imprevisibilidade musical deve ser provocada ou oferecida, para que esses pacientes possam se lançar, sem riscos. Esta imprevisibilidade está em aspectos da estrutura musical (BARCELLOS, 2004, 2007), ou principalmente através de experiências de criação musical: improvisação e composição, que podem tanto ajudar o paciente como prevenir a cronificação da musicoterapia, comum quando realizada com alguns tipos de pacientes.

O psicanalista argentino Hector Fiorini afirma que “As terapias são grandes trabalhos de ativação de um sistema criador no psiquismo” (Fiorini, 1995, p. 37), o que pode ser fonte de empoderamento para que o paciente possa enfrentar uma patologia

que demanda um tratamento que produz ansiedade, depressão e outros fatores de stress.

Ainda para Fiorini, a criatividade é “o coração da clínica” (1995, p. 20) e nela há que se levar os pacientes à criação de um novo discurso, organizador de “novas tramas de sentido” (ibid.), o que, para mim, é provocar e ativar uma capacidade humana que está preservada: a capacidade de criar, tendo como objeto de criação, aqui, a música, através da improvisação, referencial ou não referencial, e da composição.

Neste, e em muitos outros contextos, há que se fazer um esforço para acreditar nessa capacidade, já que a enfermidade é visível e inexorável, por poder ocasionar potencialmente deformidades, o que pode induzir a não se levar em conta os aspectos salutogênicos, que devem ser considerados como necessários para uma vida minimamente normal. Deve-se confiar na afirmação de Sartre, para quem “Em todo padecimento humano se encontra oculta alguma empresa” (apud Fiorini, p. 24).

Somos conscientes da necessidade de pesquisas e estudos no emprego da musicoterapia nessa área, mas podemos criar estratégias que podem nos ajudar a utilizar a ferramenta potente com a qual contamos – a música – de forma a proporcionar uma experiência musical para levar um paciente de um lugar (emocional) a outro, utilizando uma metáfora de ‘transporte’ empregada pela socióloga britânica Tia DeNora, que faz incursões na musicoterapia. Dando “novas avenidas musicais” a esses pacientes podemos levá-los a experimentar novos caminhos para expressarem seus conteúdos internos e vivenciar novas emoções, sem risco.

REFERÊNCIAS

ATTALI, Jacques. *Bruits: essai sur l'économie politique de la musique*. Paris: PUF, 1978.

AUSTIN, Diane. Canções do Self: canto improvisado em musicoterapia analítica – Junguiana. In: BARCELLOS, L. R. M. (Org.) *Musicoterapia: transferência, contratransferência e resistência*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2009.

AXLINE, Virginia Mae. *Ludoterapia*. Trad. Ângela Maria Valadares Machado Coelho. Belo Horizonte: Interlivros, 1972.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. *Music as a therapeutic element*. Trabalho apresentado ao II International Symposium on Music Therapy. New York, 1982. [Não publicado].

_____. *Cadernos de Musicoterapia - Nº 1*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

_____. *A importância da análise do tecido musical para a musicoterapia*. 1999. Dissertação. (Mestrado em Música) – Centro de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão, Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário, Rio de Janeiro, 1999.

_____. *Familiaridad, confortabilidad y previsibilidad de la canción como acogimiento a las madres de niños prematuros. ¿Por qué las madres de hijos prematuros no improvisan en el setting musicoterápico?* Trabalho apresentado no II Congreso Latinoamericano de Musicoterapia. Montevideú, 2004.

_____. Musicologia e musicoterapia. In: _____. *Musicoterapia: alguns escritos*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004, p.101-118.

_____. A previsibilidade da canção popular como “holding” às mães de bebês prematuros. In: _____. *Vozes da Musicoterapia Brasileira*. São Paulo: Apontamentos, 2007.

_____. *A música como metáfora*. 2009. Tese (Doutorado em Música). Programa de Pós-graduação em Música – PPGM. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

_____. *El desarrollo de una nueva práctica clínica en musicoterapia: desafíos y estrategias*. Palestra proferida no IV Congreso Latinoamericano de Musicoterapia. Bogotá, 2010.

_____. *La composición musical en musicoterapia: aspectos teóricos y prácticos*. Curso ministrado no IV Congreso Latinoamericano de Musicoterapia. Bogotá, 2010.

BRUSCIA, Kenneth. O Desenvolvimento Musical como Fundamentação para a Terapia. Trad. Lia Rejane Mendes Barcellos. *Info CD Rom II*. Concebido e Editado por David Aldridge. Universität Witten Herdecke, 1999. Publicado primeiramente em *Proceedings of the 18th Annual Conference of the Canadian Association for Music Therapy*, 1991, p. 2-10.

CHAGAS, Marly; PEDRO, Rosa. *Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade – como sofrem os híbridos e como se divertem*. Rio de Janeiro: Mauad X; Bapera, 2008.

DeNORA, Tia. *Music in everyday life*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

FINNEGAN, Ruth. O que vem primeiro: o texto, a música ou a performance? In: Matos, C. N., Travassos, E., Medeiros, F. T. (Ed.) *Palavra cantada: ensaios sobre poesia, música e voz*. Rio de Janeiro: Viveiros de Castro Editora, 2008.

FIORINI, Hector Juán. *El psiquismo creador*. Buenos Aires: Paidós, 1995.

LANGER, Susanne. *Sentimento e forma*. Trad. Ana M. Goldberger Coelho e J. Guinsburg. São Paulo: Perspectivas, 1980.

LEE, Colin A. *The architecture of aesthetic music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2003.

MIDDLETON, Richard. *Studying popular music*. Milton Keynes: Open University, 1990.

NEGREIROS, Martha. *Tous les visages de l'amour: a diversidade do olhar na clínica musicoterápica*. Participação no XI Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Natal, 2003a.

NEGREIROS, Martha et al. Projeto MAME: Musicoterapia no Aleitamento Materno Exclusivo (Um estudo randomizado e controlado para avaliar a eficácia da musicoterapia em aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre mães de bebês prematuros). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Emenda, 9/2003b.

OSTROWER, Fayga. *Criatividade e processos de criação*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

PINTO, Marly Chagas Oliveira. *Processos de subjetivação na música e na clínica em musicoterapia*. 2007. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - EICOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RIVIÈRE, Pascal. *Dans notre société occidentale, quels sont les rapports entre musique et société? Quel rôle joue la musique sur l'individu? Quelle perspective pédagogique en dégager aujourd'hui?* Paris, s/d.

Recebido: 14/05/2001

Aprovado: 10/06/2011