

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA - MESTRADO

JOSÉ DAVISON DA SILVA JÚNIOR

**A UTILIZAÇÃO DA MÚSICA COM OBJETIVOS TERAPÊUTICOS:  
INTERFACES COM A BIOÉTICA**

GOIÂNIA  
2008

JOSÉ DAVISON DA SILVA JÚNIOR

**A UTILIZAÇÃO DA MÚSICA COM OBJETIVOS TERAPÊUTICOS:  
INTERFACES COM A BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Música *Stricto Sensu* da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Música

**Área de concentração:** Música, Educação e Saúde

**Linha de pesquisa:** Musicoterapia: convergências e aplicabilidades

**Orientadora:** Profa. Dra. Leomara Craveiro de Sá

**Co-Orientadora:** Profa. Dra. Maria Márcia Bachion.

GOIÂNIA  
2008

JOSÉ DAVISON DA SILVA JÚNIOR

A UTILIZAÇÃO DA MÚSICA COM OBJETIVOS TERAPÊUTICOS:  
INTERFACES COM A BIOÉTICA

Trabalho final de curso defendido e aprovado em 10 de dezembro de 2008, pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

---

Profa. Dra. Leomara Craveiro de Sá  
Presidente da Banca

---

Prof. Dr. Marco Antonio Carvalho Santos

---

Profa. Dra. Célia Maria Ferreira da Silva Teixeira



*À minha família: meus pais Davison e Eliasi; às irmãs Dayse e Éllyda e ao pequenino sobrinho Gabriel;*

*A todos que acreditam no potencial terapêutico da música.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida;

A meus pais, José Davison da Silva e Eliasi Maria Gomes da Silva, pelo incentivo incondicional durante todos os momentos;

Ao Programa de Pós-Graduação em Música *Stricto Sensu* da EMAC/UFG, na pessoa do Prof. Dr. Anselmo Guerra;

À Profa. Dra. Leomara Craveiro de Sá, por sua competência e incentivo, desde o momento em que surgiu o tema de pesquisa e o desejo de cursar o mestrado até a conclusão deste estudo;

À Profa. Dra. Maria Márcia Bachion, por aceitar ser minha co-orientadora, e ter contribuído com um novo olhar;

Ao CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela concessão da bolsa de formação de Pesquisador de Mestrado;

À família Alexandre, Netinha e Andrey, pela amizade e por terem me acolhido como um membro da família em sua residência, durante o último ano do curso;

Aos colegas do curso de Mestrado em Música UFG, pela convivência durante a realização do curso.

Aos estudantes do curso de graduação em Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás, pelas trocas de experiências.

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	.v
SUMÁRIO.....	.vi
RESUMO.....	.ix
ABSTRACT.....	.x
INTRODUÇÃO.....	01
<b>CAPÍTULO I - MÚSICA E SAÚDE.....</b>	<b>05</b>
1.1 – Breves considerações sobre a utilização da música na Saúde.....	05
1.2 – A música com objetivos terapêuticos em diferentes contextos clínicos.....	07
<b>CAPÍTULO II – ALGUNS FUNDAMENTOS DA MUSICOTERAPIA.....</b>	<b>13</b>
2.1 – Da Música à Musicoterapia.....	13
2.1.1 – Efeitos biológicos e fisiológicos da música.....	13
2.1.2 – Efeitos psicológicos da música.....	17
2.1.3 – Efeitos intelectuais da música.....	19
2.1.4 – Efeitos sociais da música.....	20
2.1.5 – Efeitos espirituais e transcendentais da música.....	21
2.2 – Musicoterapia: inter-relações entre música e terapia.....	22
2.2.1 – Princípios básicos da Musicoterapia.....	23
2.2.2 – Alguns conceitos em Musicoterapia.....	24
2.2.3 – Modelos em Musicoterapia.....	28
2.2.4 – Técnicas musicoterápicas.....	30
2.2.5 – Atividades realizadas em Musicoterapia.....	31
2.2.6 – Áreas de aplicação da Musicoterapia.....	34
<b>CAPÍTULO III – MUSICOTERAPIA E BIOÉTICA: interfaces.....</b>	<b>39</b>

3.1 – Bioética: um breve histórico.....	39
3.2 – O Princípio da autonomia.....	44
3.2.1 – Princípio da autonomia.....	44
3.2.2 – Princípio da justiça.....	48
3.2.3 – Princípio da não-maleficência.....	50
3.2.4 – Princípio da beneficência.....	51
3.3 – Obrigações decorrentes dos princípios.....	53
3.4 – Vínculos com o paciente.....	57
3.5 – Estabelecendo relações entre Musicoterapia e Bioética.....	60
3.5.1 – Ética em Musicoterapia.....	60
3.5.2 – Musicoterapia e Princípio da autonomia.....	63
3.6 – Erro Musicoterápico: um conceito em construção.....	65
<b>CAPÍTULO IV – DELINEAMENTO DA PESQUISA.....</b>	<b>74</b>
4.1 – Tipo de pesquisa.....	74
4.2 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	75
4.3 – Aspectos éticos.....	77
4.4 – Critérios de inclusão e exclusão.....	78
4.5 – Coleta de dados.....	78
4.5.1 – Entrevistas semi - estruturadas com os profissionais da saúde.....	78
4.5.2 – Estudo da prática clínica de um musicoterapeuta.....	79
4.6 – Análise dos dados.....	81
<b>CAPÍTULO V – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>83</b>
5.1 – Categorias das entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde.....	83
5.2 – Estudo da prática clínica de um musicoterapeuta.....	105
5.2.1 – Categorias da entrevista semi-estruturada.....	105
5.2.2 - Observações da prática clínica musicoterápica.....	111
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>118</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>122</b>

MUSICOTERAPIA – UBAM.....	131
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	135
ANEXO III – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	138
ANEXO IV – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MUSICOTERAPEUTA.....	139
ANEXO V – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS SESSÕES DE MUSICOTERAPIA.....	140

## RESUMO

A presente pesquisa apresenta um estudo sobre a utilização da música com objetivos terapêuticos em diversos contextos clínicos da saúde, tomando como base o referencial teórico da Musicoterapia e da Bioética. Oriunda dos questionamentos sobre a prática clínica dos profissionais da saúde e de como evitar que a música torne-se um elemento iatrogênico, tomando como referência os princípios da beneficência e da não-maleficência, o referido estudo busca identificar características das práticas profissionais que utilizam a música na saúde e os fatores que podem ser considerados de risco para desencadear um efeito iatrogênico. Por meio de uma pesquisa qualitativa, na qual foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e estudo da prática clínica de um musicoterapeuta, foi possível conhecer um pouco mais sobre a prática clínica dos profissionais da saúde que empregam música. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo e, como técnica, a análise categorial temática. O embasamento científico no uso da música com objetivos terapêuticos na saúde revelou-se, como de fundamental importância para que as experiências musicais não se tornem iatrogênicas.

Palavras-chave: Música; Musicoterapia; Bioética; Profissionais da Saúde; Iatrogenia.

## **ABSTRACT**

This research presents a study on the use of music therapy with goals in a variety of clinical health, building upon the theoretical framework of Music therapy and bioethics. Come the questions about the clinical practice of health professionals and how to prevent the music becomes an iatrogenic by reference to principles of beneficence and non-maleficence, the study seeks to identify characteristics practices professionals who use the music on health and factors that may be considered at risk of triggering an iatrogenic effect. Using a qualitative research, which were used in semi-structured interviews and study of the clinical practice of a music, it was possible to know a little more on the clinical practice of health professionals they employ music. For the processing of data was used in the analysis of content, and technique, the analysis categorical theme. The basement in the scientific use of music therapy with goals on health has proved, as of fundamental importance for the musical experience do not become iatrogenic.

**Keywords:** Music; Music therapy; Bioethics; Health Professionals; Iatrogeny.

## INTRODUÇÃO

Ao concluir o curso de Especialização em Musicoterapia, no ano de 2004, pelo Conservatório Brasileiro de Música, as inquietações eram muitas. Como atuar numa profissão que ainda não é regulamentada e tem uma prática de pesquisa científica em desenvolvimento há poucas décadas em nosso país? Como conseguir a regulamentação para a nossa profissão de musicoterapeuta, se não conseguimos ainda responder às questões sobre a prática da Musicoterapia desenvolvida por alguns profissionais não musicoterapeutas, questões estas relacionadas a danos sociais, risco à segurança e integridade física?

Aliado a estas questões, tivemos contato com a Bioética no 12º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, realizado em setembro de 2006, e percebemos que poderíamos contribuir com reflexões sobre o uso da música com objetivos terapêuticos em contextos clínicos diversos da área da saúde.

Com o desenvolvimento de nossa prática clínica, percebemos que o uso da música no campo da saúde é uma prática comum para diversos profissionais da saúde. Diversos profissionais da saúde utilizam a música. Dentre os profissionais da saúde, acreditamos que os das áreas de Psicologia, Terapia Ocupacional, Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Odontologia e Fonoaudiologia, utilizam a música com maior frequência em suas práticas clínicas. Sentimos a necessidade de compreender e caracterizar essas práticas, bem como verticalizar mais o estudo da música no contexto clínico, da própria Musicoterapia. Um das questões que chamou a nossa atenção diz respeito aos efeitos que a música provoca no ser humano, nos âmbitos biológico, fisiológico, psicológico, intelectual, social e espiritual (POCH BLASCO, 1999). Os resultados benéficos com a utilização da música são notórios. E os resultados maléficos? Haveria a possibilidade de a música fazer algum mal ao paciente, quando utilizada no contexto clínico?

Oliver Sacks (2007), neurologista inglês, erradicado nos Estados Unidos, descreve em seu livro *Alucinações Musicais*, casos em que alguns de seus pacientes sofreram convulsões epiléticas causadas por som ou música, o que foi denominado de “epilepsia musicogênica”. Diz o autor:

em meu trabalho numa clínica de epilepsia, vi vários pacientes com ataques induzidos por música, e outros que apresentavam auras musicais associadas a ataques epiléticos. Ocasionalmente, também vi pacientes com ambas as manifestações. Os dois tipos de pacientes são sujeitos a ataques de epilepsia do lobo temporal, e a maioria deles tem anormalidades no lobo temporal identificáveis por EEG ou exames de neuroimagem (SACKS, 2007, p. 36).

A música é benéfica em várias situações. Entretanto, não deve ser utilizada de forma indiscriminada como se fosse uma farmacopéia musical, evitando, assim, colocar em risco a saúde física e/ou mental do paciente. Blaking (1997, p.3) afirma que “as pessoas não são toxicômanas musicais, a quem a música faz coisas, como se a música fosse uma droga agindo sobre elas; elas são agentes conscientes em situações sociais, entendendo a música de várias formas”.

Quando alguém não quer ver alguma coisa, fecha os olhos. Mas com a música não cabe simplesmente tapar os ouvidos, pois além de ouvir com nossos ouvidos, ouvimos também com o nosso corpo. Este fato de todo o corpo do homem perceber o som é o argumento usado por Tomatis e Vilain (1991, p.114) quando afirmam que o homem é um ouvido, “um ouvido em vias de se entregar a escuta”.

Porque é realmente uma entrega o modo como o homem se abandona, com a percepção aberta, ao ambiente que o convoca. O ambiente não cessa de revelar ao homem sua pertinência a este grande todo vibrante que se manifesta fora e dentro de cada ser humano, passando de um para outro, unindo num jogo permanente o finito da natureza humana e o infinito imóvel, limite de nossa concepção de mundo (TOMATIS; VILAIN, 1991, p. 114-5).

O mecanismo protetor do ouvido é muito pouco eficaz quando comparado, por exemplo, com o mecanismo protetor da vista. O olho, sendo também sensível a estímulos extremamente pequenos apresenta mecanismos de proteção muito eficazes: uma íris ajustável e pálpebras que se fecham para proteger o olho de lesões quando estamos submetidos a luminosidade demasiado intensas. Estes mecanismos foram desenvolvidos pelo homem na sua evolução durante milhões de anos como proteção na exposição à luz do sol. A exposição a sons muito intensos é um fenômeno muito recente tendo começado com a invenção da pólvora e com o período da revolução industrial (ROSSING apud HENRIQUE, 2002).

Partimos do pressuposto de que a música poderia ser um elemento iatrogênico, isto é, poderia fazer mal ao paciente durante o tratamento, se utilizada sem critérios. Os questionamentos no início da pesquisa eram: existiria, nos contextos onde a música é utilizada com objetivos terapêuticos, uma definição de critérios, tais como: escolha de repertório, tipo de clientela, objetivos terapêuticos, formas de aplicação do repertório escolhido, e análise das reações e respostas dos clientes às músicas utilizadas? Quais desses fatores, independentemente do contexto ligado à área da Saúde na qual se aplica a música, poderiam ser considerados fatores de risco no sentido de desencadear um efeito iatrogênico?

Pressupomos ainda que, mesmo aquele profissional que tenha uma formação

específica voltada para a utilização da música com objetivos terapêuticos, ou seja, o musicoterapeuta, também pode incorrer, em sua prática clínica, num erro quanto à aplicação da música como terapêutica. Esse profissional musicoterapeuta não está isento de um “erro musicoterápico”<sup>1</sup>, da mesma forma que um médico, apesar de sua formação específica, também não está isento, em sua prática clínica, de cometer um erro médico.

O respeito à dignidade humana é um dos pressupostos da Bioética, cuja origem está vinculada a práticas de pesquisas envolvendo seres humanos, realizadas sem respeitar o homem, sua individualidade e características próprias. “A Bioética é ética da vida, quer dizer, de todas as ciências e derivações técnicas que pesquisam, manipulam e curam os seres vivos” (COSTA et al., 1998, p.35). Portanto, a Bioética refere-se à ética na práxis e preocupa-se com o agir correto. De acordo com o princípio da beneficência, os profissionais da saúde buscam o bem do paciente, a promoção da saúde e a prevenção da doença. Refere-se à ação de fazer o bem. O princípio da não-maleficência relaciona-se a não causar qualquer tipo de dano ao paciente. Trata-se de uma abstenção, do não fazer.

As relações entre música e iatrogenia foram abordadas por alguns musicoterapeutas: Benenzon (1985; 1988); Barcellos (1992a; 2004b); Barcellos e Santos (1996); Millecco (1997). A relação entre Musicoterapia e Bioética foi tratada por Toro (2000b). Não encontramos outras referências sobre o assunto. Essa carência na literatura foi confirmada por três eminentes musicoterapeutas (BARCELLOS<sup>2</sup>, 2008; FROHNE-HAGEMANN<sup>3</sup>, 2008; WHELLER<sup>4</sup>, 2008), as quais responderam nossa dúvida por e-mail e autorizaram a divulgação de suas respostas em relação à identificação de referências bibliográficas sobre os temas “Musicoterapia e Bioética” e “música como elemento iatrogênico”.

A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar a utilização da música com objetivos terapêuticos em diferentes contextos clínicos da área da Saúde, à luz das teorias da Musicoterapia e da Bioética. Os objetivos específicos são: a) identificar características das

---

<sup>1</sup> Erro musicoterápico: um conceito em construção neste trabalho.

<sup>2</sup> BARCELLOS (2008), coordenadora do curso de pós-graduação em Musicoterapia e docente dos cursos de graduação e pós-graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música respondeu: “Além destes autores (BENZON, 1985; 1988; BARCELLOS, 2004; MILLECCO, 1997) não conheço ninguém que tenha escrito sobre. Na verdade, alguns destes citados só falam sobre o assunto mas não escrevem artigos específicos sobre o tema”.

<sup>3</sup> FROHNE-HAGEMANN (2008), docente da Escola de Música e Artes Cênicas de Hamburgo, Alemanha. Desenvolveu o Modelo Musicoterapia Integrativa. Comentou: “There are **certainly not enough** references on these important themes. I am not informed about the English literature”.

<sup>4</sup> WHELLER (2008), docente e diretora do curso de Musicoterapia da Universidade de Louisville, presidente da *American Association for Music Therapy*, respondeu: “I don't have any thoughts on references - neither is anything that I know much about”.

práticas de profissionais da saúde (psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiros, médicos, odontólogos e musicoterapeutas), que utilizam a música com objetivos terapêuticos no contexto clínico; b) identificar quais fatores, independentemente do contexto ligado à área da Saúde no qual se aplica a música, poderiam ser considerados de risco no sentido de desencadear um efeito iatrogênico; c) realizar um estudo da prática clínica de um musicoterapeuta, visando levantar aspectos específicos da prática do profissional musicoterapeuta, no sentido de se evitar que experiências musicais/musicoterápicas tornem-se iatrogênicas.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, nos quais procuramos atender aos objetivos propostos.

No capítulo I, apresentamos um breve histórico sobre a aplicação da música na saúde, chegando até a sistematização pela Musicoterapia. Também mostramos a revisão da literatura sobre o uso da música por alguns profissionais da saúde.

No capítulo II, ressaltamos a fundamentação existente na Musicoterapia sobre a aplicação terapêutica da música. Para isso, são enumerados os efeitos da música no ser humano, nos âmbitos biológico e fisiológicos, psicológico, intelectual, social e espiritual. Em seguida, alguns elementos do corpo teórico da Musicoterapia são tratados e citadas algumas áreas de aplicação desta prática clínica.

No capítulo III utilizamos a revisão bibliográfica para embasar o uso da música na saúde, como também fundamentar as reflexões sobre os aspectos benéficos e maléficos deste uso e o respeito pela dignidade do ser humano. Para isso foi utilizada a literatura da Musicoterapia e da Bioética. Ao final, propomos a construção de um novo conceito em Musicoterapia.

No capítulo IV apresentamos o tipo de pesquisa que foi adotada, a metodologia seguida, como os dados foram colhidos e analisados, para, por fim, no capítulo V, descrevermos os resultados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas e estudo da prática clínica de um musicoterapeuta, com as devidas discussões.

Desejamos que este trabalho possibilite identificar características dos profissionais da saúde que utilizam a música com objetivos terapêuticos, diferenciando-as da prática clínica da Musicoterapia, na qual se utiliza a música como terapia, levando em conta seus princípios teóricos e técnicos. Esperamos também que haja uma maior reflexão sobre o uso terapêutico da música e que outros estudos sejam desenvolvidos no sentido de possibilitar, cada vez mais, a diminuição dos riscos relacionados à aplicação da música no contexto clínico, evitando, assim, que ela se torne um elemento iatrogênico.

## - CAPÍTULO I - MÚSICA E SAÚDE

### 1.1 – Breves considerações sobre a utilização da música na Saúde

Os parágrafos seguintes abordam concepções históricas apresentadas por Moura Costa (1989) sobre o uso da música na saúde, até chegar à sistematização de seu uso pela Musicoterapia.

Entre os povos primitivos, o tratamento do doente cabia ao feiticeiro, o qual incluía danças e músicas cerimoniais, a “música de cura”. Acreditavam que a música tinha capacidade de livrar o doente da possessão de espíritos, levando-o à cura. Segundo Leinig (1977), os primeiros relatos escritos sobre a influência da música no ser humano foram encontrados em papiros médicos egípcios pelo antropólogo inglês Flandres Petrie, por volta de 1899. Esses papiros referem-se ao encantamento da música relacionado à influência na fertilidade feminina. Também encontramos o relato bíblico no qual Davi, com o toque de sua harpa, alivia a depressão do rei Saul.

Na Grécia antiga, a doença consistia no desequilíbrio dos elementos que constituíam a natureza humana. A música aparecia para reequilibrar, por ser de ordem e harmonia dos sons. Desempenhava as seguintes funções: catarse das emoções, enriquecimento da mente e domínio das emoções através de melodias que levavam ao êxtase. Toro (2000a) comenta sobre o importante papel terapêutico atribuído à música pelos grandes filósofos gregos, como Platão, o qual considerava que a música trazia serenidade; Aristóteles, que valorizava a música por suas capacidades de facilitar uma catarse emocional; e Pitágoras, que considerava a possibilidade de a música restabelecer a harmonia espiritual, descrevendo-a como a medicina da alma. A aplicação de drogas mais bizarras, acompanhada de práticas mágicas marcaram o tratamento das doenças durante o Império Romano. Durante a Idade Média, o uso médico da música desapareceu, persistindo seu emprego religioso.

No século XI surgiram as primeiras escolas médicas, retomando as tradições gregas, mas muito impregnada pelo código religioso. As universidades surgiram no século XII, em cujos currículos também incluíam a música. No entanto, a Igreja assumiu a tarefa de moldar a forma e o uso da música. No século XIII, volta-se a fazer referências à música como tratamento para algumas doenças, principalmente para as “epidemias da dança”, cuja

aplicação da música consistia em fazer os doentes dançarem até a exaustão, ao som de músicas aceleradas. Também se utilizava música no tratamento dos melancólicos.

A partir do Renascimento, houve a valorização do homem como um ser racional, volitivo e sensível. A doença mental deixou de ser considerada como algo sobrenatural para ser abordada de forma científica e, “entre os processos de tratamento (do doente mental) pela recreação, a música se impôs como um dos meios mais eficazes” (LEINIG, 1977, p. 16).

No século XV ressurgiu a meloterapia, integrada à música de tendência metafísica, que unia filosofia, magia e astrologia. No século XVI, o médico, músico e astrólogo Paracelso afirmou que os loucos eram doentes, necessitando de tratamento humano, médico e espiritual. A música integrava-se nesses tratamentos. Havia a discussão do agente curativo da música – o material do qual o instrumento era feito, o modo musical empregado ou o aspecto mecânico do próprio instrumento. Durante o século XVII a música foi recomendada quase exclusivamente aos casos hoje ditos psiquiátricos. O médico Robert Burton (1632) descreve casos clínicos do uso da música com melancólicos. A música passou a ocupar um lugar privilegiado na busca das terapias que tocassem o sensorial, a partir do século XVIII. Iniciaram-se as investigações sobre os efeitos puramente fisiológicos da música. No século XIX, Philippe Phinel, médico fundador da Psiquiatria na França, iniciou o trato moral nos asilos, no qual incluía a música que deveria ser “harmoniosa”. Difundiram-se vários textos de psiquiatras elogiando ou criticando os resultados obtidos com a música. O médico Esquirol realizou tentativas de tratamento coletivo com pacientes alienadas, através da audição de concertos executados por alunos e professores do Conservatório de Música de Paris. Em 1880, com a aproximação da Psiquiatria com a Neurologia surge a esperança de fundamentar “cientificamente” a meloterapia, a partir dos efeitos neurofisiológicos da música. A frustração de criar uma farmacopéia musical diminui o uso da música na psiquiatria. Com o advento da psicanálise ocorre uma pausa no desenvolvimento do uso da música como terapia.

Durante a Primeira Guerra Mundial a música foi utilizada nos hospitais dos Estados Unidos por músicos profissionais, após comprovação dos efeitos relaxante e sedativo, produzidos pela audição musical nos doentes de guerra. Na Segunda Guerra Mundial ressurgiu a música como terapia nos Estados Unidos, em hospitais para recuperação de neuróticos de guerra e, na Argentina, por ocasião de uma epidemia de poliomielite, que dizimou centenas de pessoas. Esses fatos levaram à criação dos primeiros cursos de formação de musicoterapeutas na Argentina e nos Estados Unidos.

Em 1970, deu-se início a carreira de Musicoterapia no Brasil, como uma especialização, na Faculdade de Educação Musical no Paraná, conhecida hoje como

Faculdade de Artes do Paraná e em 1972, iniciou-se o primeiro curso de graduação em Musicoterapia, no Conservatório Brasileiro de Música, no Rio de Janeiro (SMITH, 2007). No ano de 1978 ocorreu o reconhecimento da Musicoterapia como uma carreira de nível superior, através do Parecer nº 829/78 do Conselho Federal de Educação (VON BARANOW, 1999). No ano de 2001 foi apresentado o Projeto de Lei Original nº 4.827, de 2001, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de musicoterapeuta. Este projeto ainda se encontra tramitando no Congresso Nacional, em Brasília.

## **1.2 – A música com objetivos terapêuticos em diferentes contextos clínicos**

O uso da música no campo da saúde não tem sido somente uma prática de musicoterapeutas. Outros profissionais da área da Saúde<sup>5</sup> - médicos, dentistas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, dentre outros, utilizam a música como mais um recurso em suas práticas profissionais.

Todres (2006), médico pediatra, fez um apanhado de trabalhos científicos sobre o uso da música na medicina. Segundo o autor, “a música afeta as necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais de indivíduos de todas as idades” (p. 166). Ao fazer referências a alguns artigos, o autor relata que a música é benéfica para pacientes com dor ; alivia a ansiedade pré-operatória nas crianças; age sobre o sistema nervoso autônomo; reduz os batimentos cardíacos, a pressão arterial e a dor pós-cirúrgica; diminui a confusão e o delírio em idosos submetidos a cirurgias eletivas de joelho e quadril; auxilia na redução de distúrbios de humor em pacientes submetidos a tratamento com altas doses de quimioterapia seguido de transplante autólogo de células-tronco. A música na medicina também é benéfica para pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio; reduz a ansiedade e a dor em cirurgias cardíacas de pacientes adultos. De acordo com o autor mencionado, os efeitos da música na redução da dor são explicados pela teoria do portal do controle da dor, pois a música distrai o paciente, desvia a atenção da dor, modulando o estímulo doloroso.

Estudos de imagem do cérebro mostraram atividades nos condutos auditivos, no córtex auditivo e no sistema límbico, em resposta à música. Mostrou-

---

<sup>5</sup> Quando aparecer o termo “profissionais da saúde” neste trabalho, estaremos nos referindo aos seguintes profissionais: médico acupunturista, médico ginecologista e obstetra, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e dentista, por serem estes profissionais os sujeitos desta pesquisa que utilizam a música com objetivos terapêuticos e que participaram das entrevistas semi-estruturadas. O musicoterapeuta também é um profissional da saúde, porém, em nosso estudo é sujeito do estudo sobre sua prática clínica, que envolve entrevista semi-estruturada e observação da prática clínica musicoterápica. Este profissional utiliza a música como terapia. Trataremos sobre essas diferenças no decorrer do nosso estudo.

se que a música é capaz de baixar níveis elevados de estresse e que certos tipos de música, tais como a música meditativa ou clássica lenta, reduzem os marcadores neuro-hormonais de estresse (TODRES, 2006, p. 167).

O referido autor comenta que, para que haja uma maior otimização dos efeitos benéficos da música na medicina, é preciso reconhecer que, se por um lado, pode ser oferecida música de maneira passiva através da audição musical, por outro, esses efeitos positivos podem ser aumentados com a participação de um musicoterapeuta.

Weber (2004) trata das propriedades medicinais do som e da música na acupuntura. Ele afirma que a música pode ser utilizada nesta modalidade terapêutica, pois tanto o som quanto a música influenciam os pontos de acupuntura, os quais podem ser vistos como regiões de ressonância do meio interno e do meio externo, proporcionam uma base física anatômica para a integração do som terapeuticamente. De modo geral, as músicas são escolhidas conforme os sintomas dos pacientes, a partir da lei dos cinco elementos (Terra, Madeira, Fogo, Metal e Água). O autor exemplifica a aplicação da música na acupuntura, citando o caso de um paciente que esteja com problema no fígado, com um quadro de irritabilidade, depressão e mau humor. Nesse caso, seriam utilizadas músicas com sons mais graves, lentas e serenas, as quais compõem o repertório do elemento Água. Ainda comenta que a música, em uma sessão de acupuntura,

é um recurso terapêutico, simples, eficaz, barato, prático, sem efeitos colaterais, contribuindo como fator de humanização e melhora na relação médico-paciente, bem como do médico no dia a dia do seu trabalho (WEBER, 2004, p.109).

No artigo “O ambiente do consultório odontopediátrico e sua provável influência sobre o comportamento”, Corrêa et al. (2002) descrevem a importância de se organizar a estrutura física do consultório odontopediátrico, o qual deve transmitir segurança e tranquilidade. É recomendado que se use som ambiente na sala de espera, porque “os sons preenchem espaços que eventualmente ficam 'vazios’” (p. 311). Esse som pode ser produzido por uma televisão ou aparelho de CD. Segundo as autoras, se for utilizada a música, é preciso considerar alguns fatores: o primeiro fator a ser considerado é a escolha do repertório. Esta escolha deve ser feita verificando-se a faixa etária dos pacientes. Caso as faixas etárias sejam variadas, entre crianças, adolescentes e adultos, devem ser colocadas músicas que contemplem a todos. Nesse caso, segundo as autoras, recomenda-se música clássica, pois são “amplamente estudadas e comprovadamente de efeito tranquilizante, e aquelas de ritmo calmo” (p.313). O segundo fator refere-se ao ambiente em que será utilizada a música. A sala de espera é um deles. O outro ambiente é a sala de atendimento. Durante o atendimento no

consultório, quem decide se utiliza a música, ou não, é o profissional dentista, sendo a escolha do repertório feita por ele também, cujo objetivo é auxiliar na obtenção de relaxamento.

No ano de 2005 foi realizado um estudo com quarenta crianças com idade entre quatro e oito anos. O objetivo do estudo era avaliar se o uso da música como técnica poderia diminuir a ansiedade de pacientes no contexto da odontologia pediátrica. Controlar a ansiedade de pacientes pediátricos em consultório odontológico tem sido um objetivo a se alcançar durante muitos anos. O resultado da pesquisa foi publicado no *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. Concluiu-se que o uso da música diminui o nível de ansiedade, mas a níveis não muito significativos (MARWAH et al., 2005).

Em um estudo realizado por Andrade e Jorge Pedrão (2005), buscaram-se identificar modalidades terapêuticas não tradicionais utilizadas por enfermeiros no campo da psiquiatria. Dentre as modalidades citadas no estudo, destacamos a música, cujos objetivos na sua utilização foram: reconstruir identidades, integrar pessoas, reduzir a ansiedade, proporcionar a construção de auto-estima positiva e funcionar como meio de comunicação. A forma de aplicação da música era exclusivamente pela audição, visando, inicialmente, o relaxamento e o resgate de lembranças de acontecimentos passados na vida do cliente. Estes autores também sinalizam possíveis iatrogenias:

Utilizar-se de músicas que o paciente não goste, ou que cause irritação ao mesmo, pode prejudicar o tratamento ao invés de ajudar. Pode-se entender que não existe um tipo padrão de música. Músicas escolhidas para diferentes finalidades específicas dizem respeito a áreas e profissionais específicos, por exemplo, a musicoterapia (ANDRADE; JORGE PEDRÃO, 2005. p. 740).

Puggina et al. (2005) fizeram um levantamento bibliográfico sobre a percepção auditiva dos pacientes em estado de coma. Constataram que 80% (oitenta por cento) dos estudos realizados utilizaram a música como o principal estímulo auditivo, sendo a percepção da audição dos pacientes comprovada por EEG e observação comportamental.

Também foi realizado um estudo bibliográfico por Ferreira et al. (2006), com o objetivo de analisar a produção bibliográfica da enfermagem pediátrica quanto à utilização da música como recurso terapêutico no espaço hospitalar. As autoras relataram que, devido à necessidade de humanização do atendimento pediátrico passou-se a utilizar a arte aplicada à medicina. Dentre essas expressões artísticas encontrava-se a música. Com o objetivo de promover a saúde e bem-estar do paciente, buscando os benefícios fisiológicos e psicológicos da música, os enfermeiros fizeram intervenções musicais. O tipo de intervenção musical mais utilizada pelos enfermeiros foi a audição musical, buscando músicas de acordo com a

preferência do paciente.

Vale mencionar que musicoterapeutas são profissionais que buscam, através da terapia com a música, atender às necessidades físicas, sociais e psicológicas de uma pessoa, e o fazem mediante a elaboração de um plano terapêutico do qual deve constar a avaliação, o desenvolvimento da intervenção, o monitoramento do progresso e a reformulação da mesma, quando necessária. Portanto, para se estabelecer um plano de cuidados que utilize a música como forma de terapia, visando atender às necessidades individuais dos pacientes, deve primeiramente consultar um musicoterapeuta (FERREIRA et al., 2006, p. 691).

As autoras ainda afirmam que:

a música, uma intervenção de baixo custo, não-farmacológica e não-invasiva, pode ser empregada no espaço hospitalar visando promover os processos de desenvolvimento e a saúde da criança, da família e dos trabalhadores (p.692).

Zanella et al. (2004) apresentam um projeto desenvolvido na área da psicologia social, no qual se utilizou o fazer musical como mediação na constituição dos sujeitos (adolescentes em situação de risco). O projeto intitulado “Psicologia Social e música: uma atuação junto a adolescentes da Casa da Criança do Morro da Penitenciária de Florianópolis” teve como atividades musicais a audição de músicas de diversos estilos e a análise de letras de algumas músicas. Segundo as autoras, através dessas atividades, afirmaram-se e ampliaram-se os gostos musicais dos adolescentes e também se permitiu a exteriorização da subjetividade de cada um pelo significado que davam às letras da música. É citada em especial a música “Ei moleque”, a qual retrata uma situação de vida similar à vivida pelos adolescentes moradores no Morro da Penitenciária, de Florianópolis. Objetivou-se, então, que eles se expressassem diante da realidade mostrada pela música.

Pimentel et al. (2005) realizaram estudos na área da psicologia com o objetivo de buscar fatores que pudessem, potencialmente, explicar a adesão por um ou outro estilo musical e suas implicações no comportamento humano, mais especificamente, investigar se os estilos musicais estão relacionados aos comportamentos anti-sociais e às atitudes frente ao uso da maconha entre os adolescentes. Seguindo esta mesma linha, Mc Namara e Ballard (apud Pimentel et al., 2005) procuraram estabelecer relações entre os aspectos fisiológicos, a preferência musical e o comportamento. Segundo os autores, a preferência por músicas excitantes como o rap e *heavy metal* por adolescentes do sexo masculino é explicada, pois essas músicas provocam uma excitação fisiológica, verificada através da pressão sanguínea. Esta excitação está ligada à busca de sensações e comportamento anti-social. Pimentel et al.

(2005) alertam para o fato que não se pode dar uma resposta definitiva entre comportamento anti-social e preferência musical, mas seu estudo apresenta uma contribuição para entender esse fenômeno. Concluem que estilos musicais, tais como o heavy metal, rock, punk e rap, chamados pelos autores de preferência musical anti-convencional, têm correlação direta com comportamentos anti-sociais e atitudes favoráveis frente ao uso da maconha.

A música popular utilizada durante exercícios aeróbicos (nadar, saltar, dança aeróbica, etc.) na fisioterapia, foi estudada por Seath e Thow (1995). As autoras buscaram conhecer os efeitos da música na percepção individual durante exercícios que exigiam esforço e a associação entre prazer e desprazer. A música foi usada para apoiar o ritmo da dança e distrair a atenção nos momentos de esforços que exigem os exercícios. Também alterou informações sobre a percepção interna e externa do corpo e do ambiente. As experiências dos exercícios com o uso da música foram mais positivas do que aquelas onde não havia música. Os sujeitos da pesquisa, ao responderem a um questionário após a realização de exercícios com música e sem música, relatam que, quando era colocada música, havia um aumento de entusiasmo, os exercícios pareciam fáceis, aumentava a motivação, enquanto aqueles que fizeram os mesmos exercícios sem música relataram desconforto, pouca motivação e dificuldade em manter o ritmo do exercício. As autoras alertam para o cuidado que se deve ter com pacientes hipertensos, com problemas cardíacos ou respiratórios, pois o excesso de exercícios pode agravar a condição clínica desses pacientes. Também chamam a atenção que, ao se utilizar música, há a necessidade de um cuidadoso planejamento e monitoramento durante os exercícios.

De acordo com Ferreira et al. (2006), os terapeutas ocupacionais utilizam a música associada à dança, trabalhos corporais e teatro, com o objetivo de proporcionar autoconhecimento, reflexão e reabilitação para o convívio social.

De modo geral, a música é utilizada na fonoaudiologia como um dos meios para avaliação auditiva, e os estudos têm se dirigido na investigação de perdas auditivas entre músicos. Nakamura et al. (2006) recomendam a utilização de sons de instrumentos gravados, padronizados e limitados em faixas de frequência (bandinha digital), como um novo método para avaliação do comportamento auditivo infantil, pois a qualidade do som não sofre alteração de suas características pelo examinador. Zaidan et al. (2008) apresentam a música como um dos estímulos sonoros para testes de avaliação da percepção auditiva.

Mendes e Morata (2007) realizaram estudo sobre a perda auditiva entre músicos, decorrente da exposição à música. Alertam para a necessidade de alternativas preventivas e um maior envolvimento entre fonoaudiólogos na prevenção da saúde auditiva dos músicos.

“Identificar a presença de hiperacusia<sup>6</sup> e investigar as características de sons desconfortáveis e os comportamentos desencadeados pelo desconforto, em músicos de uma Banda Militar” foi o objetivo realizado por um grupo de fonoaudiólogos (GONÇALVES et al., 2007, p. 298). A hiperacusia foi verificada em 37 % dos músicos, os sons desconfortáveis foram, predominantemente, os de forte intensidade e as reações emocionais citadas pelos sujeitos da pesquisa foram: tensão, ansiedade e necessidade de afastar-se do som (GONÇALVES et al., 2007). Maia e Russo (2008) fizeram um estudo com o objetivo de avaliar a audição de músicos de *rock and roll*. Dentre os resultados apresentados pelas autoras, destacamos que não houve perda auditiva na população estudada, apesar da possibilidade de ter havido alteração coclear, e os músicos com uma carreira superior a dez anos apresentaram resultados piores do que aqueles músicos expostos há menos tempo à música.

As áreas acima relacionadas utilizam a música com objetivos terapêuticos. No entanto a Musicoterapia é a única área que utiliza a música “como terapia”, ou seja, a música aparece como principal instrumento de trabalho do musicoterapeuta.

Todas as questões trabalhadas na Musicoterapia surgem da música e com a música. Todas as questões que aparecem no contexto da Musicoterapia vêm por meio das experiências musicais, que são, segundo Bruscia (2000): experiências de improvisação, experiências re-criativas, experiências de composição e experiências receptivas. Tendo em vista estas especificidades, abrimos um capítulo para um estudo mais detalhado sobre esta área em questão.

---

<sup>6</sup> “A hiperacusia é caracterizada pelo constante incômodo a sons de intensidade fraca ou moderada, independente da situação ou ambiente” (JASTREBOFF, et al apud GONÇALVES et al., 2007, p. 298).

## - CAPÍTULO II -

### ALGUNS FUNDAMENTOS DA MUSICOTERAPIA

#### 2.1 – Da Música à Musicoterapia

Como visto anteriormente, a música vem sendo utilizada com objetivos terapêuticos há muito tempo. Diferentes culturas e comunidades utilizam a música com base em suas crenças e modos de vida. Entretanto, a música tornou-se, efetivamente, elemento terapêutico através da sistematização feita pela Musicoterapia após a segunda guerra mundial.

As mudanças do tipo emocional e fisiológica que a música pode provocar nos ouvintes é ponto pacífico entre músicos, psicólogos e filósofos (BLASCO, 1996). Segundo Poch Blasco (1999), o valor terapêutico da música está no fato de a música produzir, no ser humano, efeitos biológico, fisiológico, psicológico, intelectual, social e espiritual. Todavia, Moura Costa (1989) conclui que o valor terapêutico da música não está somente nos efeitos que o som pode provocar sobre o organismo e psiquismo humano, mas sim no significado que é dado à música por cada ouvinte. Da mesma forma, Barcellos (1992a), afirma que a música dever ser usada na terapia por suas qualidades musicais, e não apenas pelos efeitos do som no organismo.

Para que possamos compreender melhor os referidos efeitos, iremos abordar alguns deles, seguindo o esquema feito por Poch Blasco (1999), ou seja, efeitos biológicos, fisiológicos, psicológicos, intelectuais, sociais, espirituais/transcendentes. Vale ressaltar que somos, na verdade, um conjunto que funciona de forma integrada – corpo físico, emoções, processos mentais e vida espiritual - e que nenhum desses aspectos pode ser afetado sem afetar os demais de alguma forma (McCLELLAN, 1994).

#### 2.1.1 – Efeitos biológicos e fisiológicos da música

A música envolve a transformação dos estímulos sonoros em fenômenos elétricos e químicos, os únicos que podem circular no interior do cérebro. O ouvido capta o som, que faz vibrar os tímpanos. Iniciam-se fenômenos fisiológicos que passam pelas vias nervosas acústicas, as quais modificam suas qualidades físicas e químicas, devido a intervenção de vários agentes inter-cerebrais, até chegar às estruturas centrais, que percebem consciente ou inconscientemente os sons musicais (DELGADO, 2000). “Se inicia entonces otra serie de

estímulos nerviosos que pueden dar lugar a manifestaciones exteriores de conducta, o interiores intracerebrales” (ibid, p. 17). A música nos afeta fisicamente “porque se desloca pelo ar mediante ondas de pressão molecular que podem ser sentidas corporalmente” (McCLELLAN, 1994, p.143).

Miller (apud POCH BLASCO, 1999) mostra que o efeito biológico na música está no fato de atuar sobre a bioquímica do nosso organismo, positiva ou negativamente, de acordo com o tipo de música.

Leinig (1977) apresenta alguns efeitos fisiológicos da música, relacionando-os à reações sensoriais, hormonais e fisiomotoras. Cannon (apud LEINIG, 1977, p.40) “constatou que ao despertar emoções, a música libera adrenalina e talvez outros hormônios”.

Poch Blasco (1999) apresenta alguns efeitos fisiológicos causados pela música, baseada em diversos autores. Ocorre a mudança da pressão sanguínea, devido a aspectos pessoais e não se a música é sedante ou estimulante (BINET y COURTIER, 1895; DIGIEL, 1880; FOSTER y GAMBLE, 1906; HYDE, 1927 apud POCH BLASCO, 1999). Vincent y Thompson (apud POCH BLASCO, 1999) verificaram que o importante não era o tipo de música, mas o interesse despertado pela música em cada um dos ouvintes. Entendemos por música sedante, aquela música cujo andamento é mais lento e a música estimulante aquela que apresenta ritmo mais irregular e/ou um andamento mais rápido.

As alterações no ritmo cardíaco e pulso provocadas pela música têm resultados diferentes, dependendo da experiência realizada, e algumas vezes são contraditórios, bem como os resultados quanto às alterações na respiração, como mostra Hodges (apud POCH BLASCO, 1999): a música estimulante aumenta a FC (frequência cardíaca) e a FP (frequência de pulso) e a música sedante diminui-os; qualquer música sedante ou estimulante tende a aumentar a FC a FP; a música sedante e estimulante provoca mudanças na FC e FP, mas essas mudanças não são percebidas; a música não tem efeitos na FC e na FP; a alteração da FC está relacionada à altura tonal e a complexidade dos elementos musicais na composição. A diminuição da FC está relacionada com o conflito musical que é caracterizado por um tempo lento, cadências finais e movimento harmônico lento. A FC acelera quando o andamento fica rápido e diminui quando o som e o andamento ficam lentos. Leinig (1977) mostra que a razão para flutuações na taxa de pulsações, encontradas em pesquisas, pode ser causada pelo estímulo musical, ou seja, pela emoção despertada no ouvinte.

Os argumentos existentes sobre as mudanças na respiração são: a música estimulante aumenta a respiração e a música sedante diminui; qualquer música tende a aumentar a respiração; a música alegre tende a aumentar a respiração (POCH BLASCO,

1999). McCLELLAN (1994) descreve que todos os estudos sobre os efeitos da música na respiração concluíram que sua velocidade, de fato, aumenta, e a mudança no ritmo é a causa do aumento na velocidade da respiração.

Hodges (apud POCH BLASCO, 1999) comenta que a resposta galvânica da pele em situações de audição de músicas, não tem resultados muito definidos. Isso, segundo o autor, pode ocorrer devido ao fato de a emoção musical despertada ser de difícil medida. Somente é possível medir se houver ou não uma emoção com a música, mas isto pode estar relacionado às preferências musicais do ouvinte. Alguns dos argumentos relacionados à resposta galvânica da pele são: a música estimulante e sedante produzem efeitos diferentes; há uma relação significativa entre as preferências musicais ou não no resultado; vários elementos da música, como a tonalidade, melodia e ritmo afetam a resposta galvânica da pele.

Com relação às respostas musculares e motoras, Lowenstein (apud POCH BLASCO, 1999) fala do fenômeno da restituição, no qual a música pode devolver o tamanho natural da pupila, quando esta se encontra dilatada por exposição à luz. Isto não ocorre por um estímulo tonal, mas por um estímulo psicológico, ou seja, estímulos sonoros que tenham significação para a pessoa. A música estimulante causaria dilatação pupilar (SLAUGHTER apud POCH BLASCO, 1999). Sears (apud POCH BLASCO, 1999) demonstrou que a música sedante, muito mais que a música estimulante, produz fortes contrações peristálticas no estômago.

A música sedante tem efeitos benéficos na digestão e a música estimulante pode causar indigestão. A explicação é dada por uma pesquisa feita pelo Dr. George W. Crilen, na qual investigou a relação entre as glândulas endócrinas e os nervos. O pesquisador comprovou que a música tem influência nas glândulas, as quais causam aumento ou diminuição de secreções no sangue. Então, dependendo do tipo de música (estimulante ou calmante), ela pode causar espasmos no estômago e no píloro, resultando em uma indigestão. Da mesma forma, os ruídos inesperados e sons estridentes interferem no ritmo do estômago e dificultam a digestão (POCH BLASCO, 1999).

Leinig (2008) trata da comprovação dos efeitos da música sobre o metabolismo. Ribas (apud LEINIG, 2008, p. 261) diz “que a maioria dos autores é de opinião que a ação física da música sobre as funções orgânicas deve depender da sua repercussão no encéfalo e deste ao sistema nervoso vegetativo que superintende a atividade dos diversos órgãos”.

Tarchanoff (apud LEINIG, 2008) afirma que,

...sob a ação da música, as correntes elétricas do corpo provocam

modificações nas secreções cutâneas. As correntes elétricas foram medidas, por meio do galvanômetro, de um homem em repouso, e depois sob a ação da música. O desvio da agulha do galvanômetro mostrou as variações nas correntes elétricas durante a execução musical, comprovando, assim, que a música tem capacidade para excitar as secreções sudoríparas e, dessa maneira, acarretar as modificações elétricas cutâneas (p. 264).

A música aumenta à resistência a dor. Esta aplicação é importante na anestesiologia, ginecologia, odontologia, etc., ou seja, em qualquer circunstância onde haja dor física ou moral (JACOBSEN; MELZACK; WISZ y SPRAGUE; UNKEFER; FEIJOO; VINARD; CONSTANTIN; MELLGREN; LAVINE; GARDNER; MOORDE; GABAU, apud POCH BLASCO, 1999).

Tarchanoff (apud LEINIG, 1977), em comunicação sobre os resultados de sua pesquisa sobre a influência da música na força muscular, relatou que “excitações sonoras agradáveis determinavam geralmente, um aumento da força muscular, enquanto que as desagradáveis provocavam a sua diminuição” (p. 49). Experiências realizadas por Sears, com a ajuda de eletromiograma e realizadas por Brickman y Stevens, com a observação da atividade do corpo, concluíram que a música incrementa a atividade muscular (POCH BLASCO, 1999). A música pode estimular imagens cinestésicas (SEKEFF, 2007). Mesmo sem ouvir a música, simplesmente imaginando-a, há a estimulação do córtex motor (ZATORRE apud SACKS, 2007).

A música sedante tem efeito relaxante, tanto em indivíduos normais como em pessoas com alguma patologia, como paralisia cerebral e autismo. Este tipo de música (música sedante) induz ao relaxamento nas crianças normais, e nas crianças autistas induz a uma ação, a sair de sua inatividade (POCH BLASCO, 1999). Scheneider (apud POCH BLASCO, 1999) assegura que uma música sedante produz efeito relaxante na paralisia cerebral do tipo atetóide, e a música estimulante produz relaxamento na paralisia cerebral espástica.

Estudos recentes mostram que não existe um hemisfério específico para o processamento da música (ALTENMÜLLER apud QUEIROZ, 2003). A análise de um padrão durante um tempo, a seqüência e aspectos rítmicos estão localizados no hemisfério esquerdo, enquanto a harmonia, análise de padrão num instante e aspectos simultâneos da música estão localizados no hemisfério direito (BORCHGREVINK, 1990). Ao utilizar os dois hemisférios cerebrais para um único evento, a música, ocorre o acionamento do corpo caloso, portanto a música ajuda na plasticidade cerebral:

a partir do modo como o cérebro organiza-se para processar a música, a

musicalidade parece ser uma função integradora, uma função que coordena outras funções ou que as enriquece e, ainda, uma função capaz de colocar o meio cerebral em movimento, em fluxo, pois para processar a música formam-se diversas cadeias neurais e ativam-se diferentes centros trabalhando em conjunto (QUEIROZ, 2003, p.33).

Um outro fundamento fisiológico para explicar a influência da música no ser humano foi demonstrado por Hans Berber (apud POCH BLASCO, 1999) que, em 1923, identificou, pela primeira vez, em seu laboratório de fisiologia, a presença de ritmos no cérebro, sua regularidade e como podiam ser influenciados por diferentes estados mentais. Antes da demonstração da presença de ritmo nos hemisférios cerebrais, em 1896, o Dr. M. L. Patrizzi realizou estudos nos quais pôde verificar a influência das excitações musicais não só no cérebro, mas também na circulação periférica.

Percebemos a existência de um discurso afirmando que a música, em si só, não é sedante ou estimulante, mas que seu efeito depende da memória, das emoções, das preferências do ouvinte e do seu humor momentâneo. Por outro lado, alguns acreditam que a música tem propriedades em si mesma, ou seja, a música provoca reações por seus próprios elementos. Concordamos com Moura Costa (1989) e Barcellos (1992a) quando defendem que o valor terapêutico da música encontra-se em suas qualidades musicais, isto é, em sua própria natureza polissêmica (BARCELLOS e SANTOS, 1996) e não apenas nos efeitos que ela produz no ser humano.

### **2.1.2. – Efeitos psicológicos da música**

A música nos afeta emocionalmente “porque cria ambientes de humor aos quais reagimos em um nível subconsciente e não-verbal” (McCLELLAN, 1994, p.143). Quando ouvimos música, ocorre um processo no qual os sons são captados pelos ouvidos, convertidos em impulsos e percorrem os nervos auditivos até o tálamo, que é a estação central das emoções, sensações e sentimentos (ibid).

O neurologista Damásio, na obra “O erro de Descartes”, trouxe uma visão inovadora sobre os sentimentos e as emoções como uma percepção direta de nossos estados corporais, constituindo um elo entre o corpo e a consciência. Segundo o autor “a emoção humana, em seu refinamento, é desencadeada até mesmo por uma música [...], cujo poder nunca devemos subestimar” (DAMÁSIO, 2000, p. 56).

Os efeitos da música sobre as emoções, explicam em parte “porque a música é um instrumento terapêutico tão poderoso no processo de cura” (McCLELLAN, 1994, p. 151). O

referido autor comenta que a emoção despertada pela música vem de dentro de nós e a maneira como reagimos à audição musical depende do dia que tivemos, as preocupações e cuidados que podem influenciar nossa audição à música, se estamos confortáveis durante a escuta da música, nossa familiaridade com a música, associações passadas e gostos pessoais. Ainda afirma que a música ouvida pode provocar a qualidade de humor ou o humor correspondente, ou uma emoção, se o ouvinte estiver prestando atenção total à música. Além de a música provocar uma emoção, esta emoção pode estar relacionado a própria estrutura musical. Sekeff (2007, p.66) trata da emoção-estética provocada pela música, a qual “se fundamenta numa particular sensibilidade do indivíduo aos valores sonoros, que transcende a pura experiência sensorial e assenta numa maior discriminação intelectual”.

Pelo fato de a música atuar no sistema nervoso central, ela pode provocar efeitos sedantes ou estimulantes, dependendo se o ouvinte gosta da música e está em um ambiente pessoal e adequado (POCH BLASCO, 1999).

Aconceitualidade e indução são duas características psicológicas da música apresentadas por Sekeff (2007). Aaconceitualidade da música favorece muitas leituras da música, “ela nunca diz nada” (p.33). Esta característica deaconceitualidade estabelece na escuta uma lacunosidade e “acaba por facultar associação, evocação e integração de experiências, entende-se quão rica é sua natureza psicológica” (ibid, p. 32).

Segundo a autora mencionada, a música induz atividades motoras, afetiva e intelectual, em razão de seus elementos constitutivos, o ritmo, a melodia, a harmonia e o timbre. O ritmo tem efeitos fisiológicos e psicológicos. Através de um ritmo “pode-se condicionar uma resposta inconsciente automática em nível subcortical, em nível de tálamo propriamente dito” (ibid, p. 44). Os efeitos psicológicos estão relacionados à intensidade do ritmo, se é mais intenso ou menos intenso, mais forte ou mais fraco. A melodia, através da sequência de alturas, está vinculada à consciência afetiva. A harmonia engloba o aspecto sensorial, no momento em que há uma simultaneidade de sons que é percebido pelo ouvido interno; o aspecto afetivo, nas relações entre os sons que formam o acorde através de consonância e dissonância, tensão e relaxamento e; o aspecto mental, pois é preciso fazer uma análise para estabelecer as relações entre os sons. O timbre favorece respostas talâmicas nos homens e nos animais, que “são aquelas sensações que não necessitam de interpretação pelas funções superiores do cérebro” (SEKEFF, 2007, p. 48).

Realizou-se um estudo no qual se buscavam respostas a algumas questões envolvendo a audição musical. Uma das questões era se havia respostas similares tanto na audição de música vocal quanto na audição de música instrumental. Os sujeitos da pesquisa

eram graduados ou não em música, os quais descreveram seu estado de ânimo à audição de fragmentos de músicas. As músicas vocais incluíam rock, folk, country, balada e hino e as músicas instrumentais eram compostas por jazz, marchas e música clássica. Concluíram-se que as respostas não se mantêm iguais na música vocal e instrumental (EAGLE apud BLASCO, 1996).

### 2.1.3 – Efeitos intelectuais da música

Qualquer atividade musical, seja compor, executar um instrumento musical ou ouvir música envolve os dois hemisférios cerebrais, logo, equilibra os dois aspectos dos processos mentais (McCLELLAN, 1994).

A música ajuda a desenvolver a atenção. Michel (apud POCH BLASCO, 1999, p.73) afirma que a música “é a arte do tempo”, como algo que é e que deseja ser, ao mesmo tempo. Este efeito da música é importante no tratamento de doentes mentais, como um meio para fazê-los voltar ou permanecer na realidade (POCH BLASCO, 1999). O poder de atenção alimentado pela música é prolongado, em pessoas predispostas “por períodos mais longos do que o provocado por determinadas drogas” (SEKEFF, 2007, p. 119).

A música estimula a criatividade (SEKEFF, 2007), através do estímulo neuronal e do clima afetivo que pode gerar (POCH BLASCO, 1999). A criatividade pressupõe fluência, flexibilidade e originalidade, estas três características estão presentes na música (GUILFORD apud POCH BLASCO, 1999).

A música fomenta a memória e estimula a inteligência (SEKEFF, 2007). O prazer da música parece ocorrer pelo fato dela poder ativar grande quantidade de segmentos da memória (POCH BLASCO, 1999). O estímulo da inteligência ocorre “tanto no domínio do *cérebro-racional* (neocórtex) quanto do *cérebro-emocional* e do *cérebro-sentimental* (sistema límbico), todos constitutivos do córtex, embora exerçam funções diferentes” (SEKEFF, 2007, p. 122).

Ainda sobre a memória, Sacks (2007) comenta:

quando “lembramos” uma melodia, ela toca em nossa mente, revive. Não ocorre um processo de evocar, imaginar, montar, recategorizar, como quando tentamos reconstruir ou lembrar um evento ou cena do passado. Lembramos uma nota por nota, e cada nota preenche totalmente a nossa consciência, mas ao mesmo tempo se relaciona com o todo (p. 207-8).

Quando trata de música e demência, Sacks (2007) fala sobre musicoterapia e dos

efeitos provocados pela música:

... a musicoterapia com esses pacientes é possível porque a percepção, a sensibilidade, a emoção e a memória para a música podem sobreviver até muito tempo depois de todas as outras formas de memória terem desaparecido (...) para pessoas com demência, porém, a música pode ter efeitos mais duradouros – melhora do humor, do comportamento e até da função cognitiva, que persistem por horas ou dias depois de terem sido desencadeados pela música (p. 321; 328).

A música é uma ferramenta para a educação. Gardner (1994) descreve a inteligência musical como um dos tipos de inteligência, juntamente com a inteligência lógico-matemática; linguística; cinestésico-corporal; espacial; interpessoal e naturalista. Segundo Sekeff (2007, p. 169):

a habilidade adquirida na escuta e no fazer musical amplia a capacidade de cognição do educando, alimenta mudanças no seu potencial perceptivo, além do que o exercício da música e o canto em conjunto possibilitam acessar aquela parte do cérebro que funciona criativa e intuitivamente, favorecendo novas formas de sentir, pensar, de expressar.

#### **2.1.4 – Efeitos sociais da música**

Segundo Poch Blasco (1999), a música pode sugerir idéias e sentimentos, sem a necessidade de palavras, por isso ela é acessível a todos. Também pode ser um agente socializante, através do canto, da dança, da execução de instrumentos, nos quais pode ocorrer a união entre as pessoas na expressão de sentimentos comuns.

Ruud (1990, p.96) trata da importância de se “considerar a música como uma instituição cultural, isto é, apto a fazer a leitura dos contextos culturais que originam interconexões entre música e identidade (...)”.

Merriam (apud MAFFIOLLETTI, 1993) categorizou as funções sociais da música. Segundo o autor essas funções são: 1) função de expressão emocional; 2) função de prazer estético; 3) função de divertimento; 4) função de comunicação; 5) função de representação simbólica; 6) função de reação física; 7) função de impor conformidades a normas sociais; 8) função de validação das instituições sociais e dos rituais religiosos; 9) função de contribuição para a continuidade e estabilidade da cultura; 10) função de contribuição para a integração da sociedade.

O referido autor comenta que, na função de expressão emocional, a música serve como meio de expressar idéias e emoções não reveladas no discurso comum. Na função de

prazer estético “os sons que constituem o universo musical de cada comunidade têm influências ambientais e é resultante do gosto e do prazer estético dos seus participantes” (MAFFIOLLETTI, 1993, p.23). A função de divertimento da música é a sua capacidade de alegrar e divertir a sociedade. A função de comunicação expressa o fato de que a música comunica algo, mesmo que não exista um significado geral. Na função de representação simbólica, a música funciona como símbolo de idéias e comportamentos. A função de reação física pode ser relacionada aos efeitos fisiológicos da música citados neste trabalho. Na função de impor conformidade a normas sociais, ressaltam-se as letras das músicas que chamam a atenção para comportamentos convenientes ou não. Na função da validação das instituições sociais e dos rituais religiosos, a música é utilizada para preservação da ordem e do sistema religioso. A função de contribuição para a continuidade e estabilidade da cultura é expressa através da preservação da história, mitos e lendas e do uso da música na educação. Na função de contribuição para a integração da sociedade, a música é usada para agregar a sociedade e reduzir conflitos.

### **2.1.5 – Efeitos espirituais/transcendentes da música**

Segundo McClellan (1994) há um domínio da música que fica além das emoções, além processos mentais e intelectuais. Essa música transcende o domínio das atividades e preocupações humanas. “Experimentamos a unidade essencial do universo manifesto como um reflexo da criação não-manifesta mantida coesa pelo movimento incessante da energia vibracional” (p. 176).

Bruscia (1999) apresenta estágios do desenvolvimento musical. Um desses estágios é o transpessoal, no qual a experiência musical se aproxima do sublime. Os sons passam a fazer parte do espaço espiritual e podem nos lançar no infinito, assim como o ritmo pertence ao tempo espiritual, atemporal. Compreendemos que os efeitos espirituais da música ocorrem no estágio transpessoal e, conforme McClellan (1994) os efeitos são acumulativos. O autor mostra dois tipos de músicas usadas para fins espirituais. Um tipo é a música que conduz a um estado de transe, o qual ocorre, geralmente, quando padrões rítmicos repetitivos são ouvidos simultaneamente por muito tempo. Possivelmente, quando a energia vibratória da fonte externa (os cânticos, toques dos instrumentos de forma repetitiva) interage com a energia vibratória dos indivíduos através da ressonância, ocorre o transe. O segundo tipo de música é aquela que leva a um estado meditativo. De forma contrária ao que acontece na música que leva ao transe, onde os efeitos da música manifestam-se primeiro no corpo, a

música para meditar afeta primeiro a mente e depois o corpo. Geralmente são músicas lentas, com frases melódicas longas e muitas pausas. O objetivo da música para meditação é alterar a nossa percepção de tempo.

Gaston (apud POCH BLASCO, 1999) acredita que a razão para a música e a religião estarem unidas é pela luta contra o medo e a solidão, assim como pelas qualidades da música para unir os homens.

## **2.2 – Musicoterapia: inter-relações entre música e terapia**

A musicoterapia é comparada a um rio, cujas águas correm tanto pelo leito da terapia quanto pelo leito da música (BARCELLOS, 2004b). Esta metáfora revela que a fundamentação da Musicoterapia baseia-se tanto na música como também na terapia. A autora comenta que

alguns poucos musicoterapeutas, principalmente aqueles que têm a música como a sua área principal de expressão e de estudos, lutam para que haja uma consciência da importância do papel que a música desempenha na musicoterapia mas, não são muitas as modificações vistas nessa direção (p.12).

A preocupação apresentada pela autora ressoa com as inquietações que motivaram a realização da presente pesquisa. O musicoterapeuta é um profissional que usa a música como principal ferramenta de trabalho e não somente um profissional da saúde que emprega a música como mais um recurso em seus atendimentos. Assim, é importante que a Musicoterapia tenha seu embasamento na própria música. A mesma autora desenvolveu o tema “A importância da Análise do Tecido Musical para a Musicoterapia”, em sua dissertação de mestrado (BARCELLOS, 1999b).

Mostraremos alguns princípios, conceitos, modelos, técnicas e atividades nas quais a Musicoterapia tem buscado embasamento e direcionamento para a sua prática clínica. Esta fundamentação na Musicoterapia é importante para que tomemos consciência da existência de um embasamento técnico-científico do uso da música na saúde, saindo do senso comum de que a música faz bem e serve apenas para relaxar.

Barcellos (1990) define os princípios como preceitos; a teoria é o “conhecimento especulativo puramente racional, conjunto sistematizado de opiniões sobre um determinado assunto”; método é a “ordem que se segue para alcançar um fim determinado, modo de proceder”; técnica é o “conjunto de processos e recursos práticos de que se serve uma ciência,

uma arte, uma especialidade. A parte material. Prática”; atividade é a “qualidade de ser ativo. Que exerce uma ação, que atua”.

### **2.2.1 – Princípios básicos da Musicoterapia**

Devido ao fato de a Musicoterapia ser uma área nova, o desenvolvimento de sua metodologia tem sido prioritária em relação aos princípios teóricos (POCH BLASCO, 1999). A autora descreve os princípios que foram expostos no Simpósio Internacional de Musicoterapia, no ano de 1979. São eles: princípio do “ethos”; princípio do organismo como um todo ou da totalidade; princípio homeostático de Altshuler; Princípio de ISO, princípio de liberação de Cid; princípio de compensação e; princípio do prazer.

O princípio de “ethos”, baseado na teoria grega, trata da influência da música no ser humano. Os gregos foram os primeiros a falar do assunto. Eles afirmaram que a música possui um “ethos”, ou seja, pode criar determinado estado de ânimo nas pessoas (POCH BLASCO, 1999).

No princípio do organismo como um todo ou da totalidade, a música move todo o organismo, nas dimensões fisiológica, psicológica, intelectual e espiritual. Isso ocorre em um tempo e maneira instantânea. Por exemplo, uma emoção provocada pela audição de uma música possui a capacidade de objetivar uma emoção pessoal parecida (ibid).

A homeostase é o controle automático do organismo para manter a saúde corporal em equilíbrio. Pelo princípio homeostático de Altshuler, a música contribui para uma homeostase social, intelectual, estética e espiritual (ibid).

Iso significa igual. Pelo Princípio de ISO, Altshuler comprovou que a utilização de música idêntica ao estado de ânimo do paciente e seu tempo mental (hiperativo ou hipotativo) era útil para facilitar a resposta mental e emocional do paciente. Os pacientes depressivos estabeleciam melhor contato com a música de andamento lento, assim como os pacientes em estado de euforia com a música de andamento mais rápido. Este princípio aplica-se não apenas para doentes mentais, mas também para pessoas normais em estado de depressão, alegria etc. (ibid). O princípio de ISO “significa simplesmente que a qualidade de humor da música deve ser igual ao humor ou à emoção da pessoa para quem estiver sendo tocada” (McCLELLAN, 1994, p.161).

Segundo o criador do princípio de liberação, o doutor Francisco Javier Cid (1787), a música tem o poder de levar o paciente a uma viagem mental, sair da realidade e revelar pensamentos fantasiosos, com o objetivo de distrair sua atenção. Afirma o criador do

princípio:

si los médicos hubieran reflexionado sobre la música y su modo de obrar, habrían sustituido al penoso, largo y dispendioso remedio del viajar por el barato, fácil, inocente y eficacísimo de la música, puesto que en cada momento se renuevan de mil modos los objetos (CID apud POCH BLASCO, 1999, p. 89).

O princípio da compensação mostra que através da audição de músicas, execução de um instrumento, canto ou dança, a música que escolhemos tem como função suprir nossas carências, seja a carência de descanso devido ao cansaço, seja a carência de companhia por causa da solidão ou a carência de alegria por conta da tristeza (ibid).

A música tem a característica de chamar a atenção e apelar ao princípio do prazer, através do prazer estético. As pessoas identificam-se com a música ou com a dança pelos sentimentos que surgem a partir delas e encontram um momento de conforto (ibid).

### 2.2.2 – Alguns conceitos em Musicoterapia

Visando apresentar alguns princípios teóricos da Musicoterapia, estaremos mencionando, de forma seqüencial, conceitos elaborados por estudiosos musicoterapeutas - pesquisadores e clínicos.

A Musicoterapia construiu sua base teórica a partir de conhecimentos biológicos e psicológicos, recorrendo a um enfoque multiprofissional. O caráter transdisciplinar da Musicoterapia fez com que ela tomasse corpo através da combinação das disciplinas nas áreas da Música e da Terapia, “passando suas bases científicas a serem reforçadas pela **neurologia**” (LEINIG, 2008, p. 412).

Pelo fato de a Musicoterapia caminhar entre o mundo da arte e o mundo da ciência, ela tem buscado uma teoria externa para se apoiar. Mas este mesmo fato é, justamente, a razão para se buscar uma teoria própria da Musicoterapia. Talvez por causa da sua posição entre a arte e a ciência é que tenhamos algo para oferecer aos outros (KENNY, 1989).

Hesser (1996) ressalta a importância de a Musicoterapia construir uma teoria própria, a partir da prática clínica, ao invés de pegar princípios de outras disciplinas e forçar a sua utilização no trabalho clínico. A Musicoterapia é um campo interdisciplinar que envolve a arte e a ciência, a música e a terapia. Por isso sua teoria poderá vir tanto da música quanto da terapia. Ainda a autora mostra que a fundamentação da Musicoterapia na terapia vem da

psicologia (o estudo dos processos mentais e o comportamento); da filosofia (a investigação intelectual das leis que enfatizam a realidade); da ciência (o estudo do fenômeno natural que inclui a química, a biologia e a física); da antropologia (o estudo científico da origem do comportamento físico, social e cultural do homem); e da vasta literatura espiritual (o estudo do espírito do homem). A fundamentação na música inclui a psicologia da música (o estudo psicológico da música); a etnomusicologia (o estudo antropológico das origens da música); a educação musical; a estética (o ramo da filosofia que prevê a teoria da beleza e das belas artes), a acústica da música (o estudo científico do som, especialmente a sua geração e percepção); a história da música e a sociologia da música.

A Música, a Filosofia, a Biologia, a Medicina, a Antropologia, a Física e a Psicologia são disciplinas principais que formam parte dos conhecimentos da Musicoterapia (SCHAPIRA, 2002). O autor enfatiza a importância de expandir o campo da Musicoterapia a partir de nossos próprios nutrientes, pois isto é uma das principais vias de construção do conhecimento em Musicoterapia.

Barcellos (2004b) afirma que outras correntes teóricas também ocuparam espaço na Musicoterapia mundial e que hoje existem as mais diferentes correntes para explicar a sua prática, mas sem desprezar aquelas reconhecidas anteriormente. “O processo de construção do campo teórico da Musicoterapia faz-se, nos dias de hoje, levando em consideração principalmente o tema: música em Musicoterapia” (PIAZZETTA, 2006, p.14).

Hesser (1996) comenta que os musicoterapeutas com mais anos de experiência são aqueles que vão construir teorias próprias ao campo da Musicoterapia. Vemos alguns exemplos de construção teórica realizada por musicoterapeutas que, a partir da reflexão de sua prática clínica, elaboraram princípios e/ou conceitos.

Benenzon (1988) nomeia sua obra de “Teoria da Musicoterapia”. A partir do princípio de ISO, o autor desenvolve o conceito de ISO Gestáltico, definido como “o mosaico dinâmico que descrevo em primeiro lugar e que caracteriza o indivíduo” (BENENZON, 1985, p.44); ISO Cultural, que “é a identidade sonora própria de uma comunidade de homogeneidade cultural relativa, que responde a uma cultura ou subcultura musical manifesta e compartilhada” (GREBE apud BENENZON, 1985, p. 45); ISO Grupal, “a identidade sonora de um grupo humano, produto das afinidades musicais latentes, desenvolvidas em cada um de seus membros” (BENENZON, 1988, p. 36), que “está intimamente ligado ao esquema social em que o indivíduo se integra” (BENENZON, 1985, p. 44); ISO Universal, cujo conceito “é uma identidade sonora que caracteriza ou identifica a todos os seres humanos, independente de seus contextos sociais, culturais históricos e psicofisiológicos particulares” (ibid, p. 46) e

ISO Complementário, que “são as pequenas mudanças que se operam cada dia ou em cada sessão de Musicoterapia, por efeito das circunstâncias ambientais específicas” (ibid, p. 44).

O autor ainda desenvolve o conceito de Objeto Intermediário a partir do psicodrama, definindo-o como “um instrumento de comunicação capaz de atuar terapêuticamente sobre o paciente mediante a relação, sem desencadear estados de alarma intensos” (ibid, p. 47). Também o conceito de Objeto Integrador, como “aquele instrumento musical que num grupo musicoterapêutico lidera sobre os demais instrumentos e absorve, em si mesmo, a dinâmica de um vínculo entre os pacientes de um grupo e o musicoterapeuta” (ibid, p. 49) e Musicoterapia didática, apresentada como uma técnica, onde há um grupo não superior a dez pessoas, cujo objetivo é promover experiências terapêuticas e didáticas, utilizando a música como principal instrumento de trabalho (BENENZON, 1988).

Ruud (1990) associa a Musicoterapia às teorias do modelo médico, teorias psicanalíticas, behaviorista e humanista existencial, estabelecendo relações conceituais e práticas com base nas mesmas.

Apresentamos agora alguns exemplos de musicoterapeutas brasileiros que contribuíram com novos conceitos em Musicoterapia. Barcellos (1992a, 1994) desenvolveu, entre outros, o conceito de música em terapia e música como terapia, musicoterapia interativa e leitura musicoterápica. Na música em terapia, a música é utilizada como uma técnica de mobilização de emoção e sentimentos, cuja aplicação é realizada através de gravações.

O paciente ouve músicas e depois fala sobre os aspectos que foram mobilizados pelas mesmas. Ou ainda, a música como mobilização para quaisquer outras técnicas expressivas como o desenho, a pintura ou a modelagem (BARCELLOS, 1992a, p. 21).

A música como terapia é diferente da música em terapia, pois o paciente não fica em uma atitude passiva, mas faz música juntamente com o terapeuta. “Assim, a música não será só uma técnica de mobilização, mas irá além disso,” (ibid).

Na musicoterapia inter-ativa, o musicoterapeuta e o pacientes estão ativamente envolvidos no processo de fazer música (ibid). A leitura musicoterápica é definida como “a compreensão do paciente através do musical que ele expressa e como ele expressa. Isto em relação aos parâmetros musicais, à escolha dos instrumentos e à forma de tocar os mesmos, enfim, em relação ao *setting* musicoterápico” (BARCELLOS, 1994, p. 3).

As etapas do processo musicoterápico foram ampliadas e revisadas por Barcellos (1999a), a partir do trabalho de Carvalho (1975), no qual a autora participou. Os procedimentos que compõem o processo musicoterápico são: entrevista inicial, ficha

musicoterápica, estudo biográfico, testificação musical, contrato terapêutico, objetivos terapêuticos, sessões musicoterápicas, observação das sessões, relatório progressivo e alta.

Brito (2001, p.95) construiu o conceito de canção desencadeante, como “uma canção que impacte o paciente e o estimule a começar a se expressar, desencadeando um processo ativo”.

Brandalise (2001) apresenta, sistematiza e discute o “Músico-centramento”, o qual denomina como um novo paradigma da Musicoterapia, devido às seguintes características: “a) a Música é uma ação de forças; b) a Música trata (contendo as chamadas “forças essenciais”; c) a Música passa a ser o terapeuta principal (*primary therapist*); d) a Música como parte de uma “instalação triangular”, não mais posicionada entre terapeuta e paciente; e) “Olhares” e “Escutas” na prática musicoterápica com ênfase aos sons e à música, associados, entretanto, à necessidade do conhecimento sobre o ser humano em seu aspecto bio-psico-social e espiritual” (p. 81).

Zanini (2002a, p. 6) conceituou coro terapêutico, como “um novo programa que se propõe, baseado num conceito novo de coro. Dá ao coro – atividade que com o passar dos séculos tem tido funções diferenciadas – uma função terapêutica, com objetivos terapêuticos”. A autora também conceituou o objeto desintegrador, como “o instrumento musical que se configura como elemento desagregador, desintegrando a produção musical e, conseqüentemente, desunindo o grupo” (ZANINI, 2002b, p.102).

Lima (2002) desenvolveu o tema “música religiosa com paciente com câncer”, como aquela música que pode possibilitar a expressão de conteúdos internos relacionados à fé, esperança, cura, vitória e espiritualidade, independente da música ser originada de uma religião ou de alguma igreja.

Cirigliano (2004, p.39) estabeleceu os conceitos de atenção flutuante musical, a partir do conceito freudiano de atenção flutuante no contexto psicanalítico. A autora transpõe o conceito para o *setting* musicoterápico, com a devida exemplificação clínica. Também desenvolveu o conceito de canção âncora, que “é primariamente uma canção trazida pelo musicoterapeuta, no contexto atendimento. A canção âncora auxilia o musicoterapeuta a sair do estado “paralisado” ao profissional, em que se encontra, dando prosseguimento à sessão” (ibid, p.39).

Barcellos (2004b) relaciona outros conceitos que surgiram do conceito de objeto integrador de Benenzon (1988), como o de “objeto revelador”, formulado pelas musicoterapeutas Adriana Hees e Cynthia Toscano; e o de “identidade sonora institucional”, de Mônica Izidoro da Silva.

Piazzetta (2006, p. 191) definiu o musicoterapeuta como um “ser musical-clínico”, que “não é apenas um bom músico, mas um profissional terapeuta que coloca sua musicalidade a serviço das relações de ajuda movido, principalmente, por entregas incondicionais, ou seja, pelo princípio básico da cooperação”.

Cruz (2007) desenvolveu o conceito de notas de segurança, como

aquelas que, por serem recorrentes e aparecerem no tempo forte na execução do paciente que improvisa, permitem-lhe um continente sonoro/musical. Permitem, também, que o paciente possa aventurar-se por caminhos sonoro-musicais desconhecidos ou pouco conhecidos, já que este tem, no momento em que necessita, a possibilidade de a elas recorrer para alcançar uma sensação de conforto e/ou segurança, podendo então voltar a explorar outros sons (p. 23).

### 2.2.3 – Modelos em Musicoterapia

A aplicação de modelos em Musicoterapia exige uma formação específica para a sua aplicação clínica, estes “foram sendo organizados e têm claramente teorias de fundamentação e técnicas específicas dando uma grande ênfase à música” (BARCELLOS, 2004b, p.14). Cinco modelos foram oficializados pela comunidade internacional da Musicoterapia, no ano de 1999, durante o IX Simpósio Mundial de Musicoterapia, em Washington. Descreveremos esses modelos de forma resumida, para que possamos compreender suas essências. Schapira (2002) os enumera:

- Modelo Nordoff Robbins, ou de Musicoterapia Criativa e Improvisacional;
- Modelo GIM (*Guided Imagery and Music*) ou de Imagens Guiadas e Música;
- Modelo de Musicoterapia Analítica;
- Modelo Benenzon;
- Modelo de Musicoterapia Behaviorista

Schapira (2002) comenta que todos os modelos tiveram sua origem na década de 1960. Segundo o autor, o Modelo Nordoff Robbins é baseado na improvisação musical entre paciente e terapeuta, com o uso de instrumentos musicais e canto, no atendimento a crianças comprometidas neurologicamente e fisicamente. Os criadores do modelo, Paul Nordoff e Clive Robbins, acreditam que existe uma musicalidade que é inata a todos os seres humanos, e propõe o crescimento do indivíduo através de experiências musicais significativas. Na abordagem Nordoff-Robbins, a musicalidade da criança é chamada “music child” (QUEIROZ, 2003). Na metodologia clínica vemos a “hello song” (canção do olá); o

fragmento do tema clínico, uma pequena célula musical trazida pelo paciente; o tema clínico, que é a música do paciente e a canção do adeus (ibid). Nas sessões de Musicoterapia existem dois terapeutas. Um deles fica no piano, improvisando músicas de acordo com os objetivos terapêuticos, e o outro tem contato direto com a criança, auxiliando-a a dar respostas com o corpo, com o instrumento musical ou com a voz, facilitando a atividade musical.

O Modelo GIM trabalha principalmente dois aspectos: a possibilidade de a música provocar tanto a sinestesia quanto levar a estados alterados de consciência (SCHAPIRA, 2002), ou, nas palavras de Helen Bonny, criadora do modelo, “a utilização da música para alcançar e explorar níveis *extra-ordinários* da consciência humana” (apud BARCELLOS, 1999c, p. 94). Segundo Barcellos (1999c), o método consiste na audição de músicas previamente selecionadas. A autora descreve as três etapas da sessão do GIM. A primeira etapa é o prelúdio, na qual o terapeuta dialoga com paciente. Esse diálogo inicial tem várias funções, como: ajudar a estabelecer a relação terapêutica; observar os sentimentos do paciente naquele momento; ajudar o terapeuta a escolher o relaxamento, a indução e a música que será utilizada. Na segunda etapa, denominada relaxamento, o musicoterapeuta conduzirá o paciente a um relaxamento físico e psicológico e, em seguida, a uma indução verbal. A terceira fase é aquela onde a música é utilizada. Geralmente são experimentados três níveis de experiência com a música: o prelúdio, a ponte – ascensão ou descida a estados mais profundos - e o centro ou mensagem da sessão. No final da sessão, o paciente sai do estado alterado de consciência e reflete sobre o que aconteceu, juntamente com o musicoterapeuta.

O Modelo de Musicoterapia Analítica foi criado por Mary Priestley. Este modelo usa a música de forma analítica e simbólica, na improvisação musical pelo paciente e terapeuta (SCHAPIRA, 2002). A sessão ocorre em quatro fases. A primeira fase é a identificação de um tema que necessite de investigação emocional. Na segunda fase serão definidos os papéis de cada um, em relação a quem vai tocar, o que vai tocar e como vai tocar. Na terceira haverá a improvisação musical, baseada no tema definido. Na quarta fase haverá o debate sobre os sentimentos surgidos com a improvisação musical. Segundo Chagas e Pedro (2008, p. 59), “esta técnica é usada para acessar material inconsciente e externalizá-lo em formas que possam ser analisadas e compreendidas”. Ainda dizem as autoras:

É uma forma de terapia na qual metas, objetivos e intervenções musicais são processados e trabalhados através da música, composta e improvisada na sessão, e da análise verbal dos conteúdos surgidos. São usados a voz, os instrumentos – tanto os tradicionais quanto as percussões corporais – e o silêncio (CHAGAS e PEDRO, 2008, p. 58).

O Modelo Benenzon compreende o instrumento musical como objeto intermediário e objeto integrador na relação terapêutica e postula a existência de identidades sonoras: ISO universal; ISO gestáltico; ISO cultural; ISO grupal; ISO complementar. Esses conceitos foram tratados anteriormente. Benenzon (1985) sistematiza uma sessão de Musicoterapia em três etapas: aquecimento e catarse; percepção e observação do enquadre não-verbal; diálogo sonoro. Na primeira etapa, o musicoterapeuta age na preparação do paciente para a sessão e em seguida leva o paciente à catarse, favorecida pela presença de instrumentos musicais “que permite a canalização de energias física e psíquicas contidas” (p. 84). Na segunda etapa, o musicoterapeuta descobre ou elabora uma hipótese da identidade sonora complementar do paciente e procura integrá-la à sua identidade gestáltica, com o objetivo de abrir um canal de comunicação. A terceira etapa da sessão é o diálogo sonoro, que ocorre após o estabelecimento do canal de comunicação com o paciente. Nesta última etapa, é possível vivenciar atitudes inconscientes do paciente, as quais permitem um maior conhecimento sobre o paciente. Se o diálogo sonoro ocorrer, fica fácil para o musicoterapeuta terminar a sessão, caso contrário o encerramento da sessão fica complicado.

O Modelo de Musicoterapia Behaviorista foi organizado por Clifford Madsen. Este modelo argumenta que a música por si só é um fator condicionante que reforça a conduta (SCHAPIRA, 2002). Segundo o autor, a música, baseada neste modelo, pode ser observada e medida, sendo possível estabelecer uma relação entre causa e efeito. De acordo com Madsen et al (apud RUUD, 1990, p. 50):

Musicoterapia é um método de manipulação comportamental e pode, portanto, ser automaticamente considerada como inclusa na extensão do movimento de modificação comportamental. Talvez se deva pesquisar uma redefinição da musicoterapia junto a linhas behavioristas. Este fato ocasionaria a necessidade de associação a clínicos experimentalistas com prática tanto no rigor da metodologia científica como nos muitos aspectos de interação clínica. Dessa maneira, a musicoterapia poderia ocupar seu espaço no desenvolvimento da escola behaviorista de aplicações clínicas, um espaço que plenamente merece e ao qual corretamente pertence pela real eficácia de seu tipo de manipulação comportamental.

#### **2.2.4 – Técnicas musicoterápicas**

Bruscia (2000) descreve os tipos de experiências musicais em Musicoterapia e os apresenta como sendo os quatro principais métodos de Musicoterapia, a saber: experiências de improvisação, na qual “o cliente faz música tocando ou cantando, criando uma melodia,

um ritmo, uma canção ou uma peça musical de improviso” (p, 124); experiências re-criativas, na qual “o cliente aprende ou executa músicas instrumentais ou vocais ou reproduções de qualquer tipo musical apresentado como modelo” (p. 126); experiências de composição, onde “o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical como vídeos com música ou fitas de vídeo” (p. 127); experiências receptivas, na qual o cliente ouve música e responde à experiência de forma silenciosa, verbalmente ou através de outra modalidade. No Brasil existe uma diferença de terminologia. Aquilo que Bruscia (2000) chama de métodos, entendemos como técnicas (VON BARANOW, 1999; BARCELLOS, 2004b), a saber: improvisação musical, re-criação musical, audição musical e composição.

Barcellos (2004b) enumera novas técnicas que surgiram:

...a de “Aproximação”, de Benenzon (Argentina); a da utilização da “Voz” como técnica, de Gianluigi Di Frando (Itália) e de Lisa Sokolv (USA); a “Músico-Verbal” de Luiz Antonio Millecco (Brasil) e outras que empregam a vibração ou infra-sons, como a de Olav Skille na Noruega e a do Dr. Miao na China fortemente ligada à acupuntura (p.14).

Millecco Filho et al (2001) desenvolveram uma categorização das funções do canto: a) o canto falho, que pode revelar tanto uma tentativa de mascaramento defensivo, principalmente nos casos de esquecimento da letra da música, quanto “uma falha na repressão de algum pensamento ou desejo inconsciente, mais notável nos casos de troca de palavras da letra, ou da lembrança insistente de algum fragmento da canção” (p. 96); b) o canto como prazer, mobilizando emoções e revelando sentimentos; c) o canto como expressão de vivências inconscientes, nos momentos onde as palavras não conseguem ser ditas, nas canções podem emergir os conteúdos bloqueados; d) o canto como resgate, possibilitando resgatar um momento vivido pelo paciente; e) o canto desejante, na espera de algo que ainda se espera viver; f) o canto comunicativo, entre o musicoterapeuta e o paciente, ou entre os membros de um grupo terapêutico; g) o canto corporal, afetando o corpo de duas maneiras: objetivamente, pela ação do canto no organismo humano e, subjetivamente, agindo sobre as emoções.

### **2.2.5 – Atividades realizadas em Musicoterapia**

As atividades realizadas em Musicoterapia são desenvolvidas de acordo com as necessidades do paciente, visando alcançar objetivos terapêuticos (BARCELLOS, 1980). A

autora apresenta algumas atividades que podem ser realizadas em Musicoterapia e o que as mesmas podem desenvolver. Essas atividades são comuns à recreação musical e à educação musical, mas não têm objetivos terapêuticos como na Musicoterapia. São elas: a utilização de instrumentos musicais; a utilização da voz; a utilização do corpo; rodas; jogos rítmicos e audição de músicas. A autora ainda relata que, o homem primitivo tinha necessidade de criar o instrumento musical. Inicialmente extraia os sons do próprio corpo. Aos poucos, o instrumento musical surgiu e foi evoluindo. A princípio, junto ao corpo, depois executado com as mãos e pés, e em seguida, como um prolongamento do próprio braço – a baqueta.

Leinig (2008) descreve as atividades sonoro-musicais nas sessões terapêuticas, as quais estão englobadas em duas áreas: área de expressão sonoro musical e área de movimento e expressão corporal. A autora comenta que surgem questionamentos sobre as atividades realizadas na Musicoterapia, devido às fronteiras da Musicoterapia com outras áreas.

Os instrumentos musicais são utilizados em grande parte das atividades musicoterápicas tanto de forma convencional quanto não convencional. Para Barcellos (1980), a utilização de instrumentos musicais pode possibilitar: a) a comunicação; b) a integração grupal; c) a liberação de conteúdos internos; d) a descoberta de potencialidades; e) o desenvolvimento da criatividade; f) o desenvolvimento da coordenação motora ampla e fina; g) o desenvolvimento da percepção auditiva (timbre, altura, intensidade e ritmo), da percepção visual (diferentes formas e cores), da percepção tátil; h) o desenvolvimento da capacidade respiratória.

A primeira manifestação sonora do homem, ao nascer, é sonora, através do choro. A voz pode ser utilizada de forma convencional através da linguagem e do canto, e também de forma criativa, através de sons pré-vocais. Através do canto é possível dar condições àqueles que têm dificuldade em se expressar verbalmente. Através da utilização da voz podemos ajudar o paciente: a) a explorar e conhecer potencialidades; b) a desenvolver o aparelho fonador; c) a desenvolver a percepção auditiva e tátil; d) a aumentar a capacidade respiratória; e) a fala e a linguagem; f) a auto expressão; g) a criatividade; h) a liberação de conteúdos internos (ibid).

Através da expressão corporal podemos: a) dar condições de aquisição do esquema corporal; b) desenvolver o ritmo individual; c) desenvolver a orientação espaço-temporal; d) possibilitar a comunicação; e) facilitar a auto-expressão; f) desenvolver a percepção visual. A dança é uma atividade que engloba ritmo, movimento, expressão, induz a criação, socialização e leva a comunicação (ibid).

O principal objetivo da roda é a socialização, pois o fato de dar as mãos estabelece

contato mais próximo. Através dela podemos desenvolver: a) a atenção e memória; b) a coordenação motora; c) a capacidade criadora (ibid).

Através da realização de jogos rítmicos, os quais podem ser feitos com sons do próprio corpo, com instrumentos musicais ou ainda, com objetos auxiliares, podemos desenvolver: a) a atenção e memória; b) a capacidade de expressão; c) a capacidade rítmica; d) a orientação espaço-temporal; e) a disciplina; f) a aquisição do esquema corporal (ibid).

A audição de música é, em geral, utilizada como estímulo para movimentação, execução de instrumentos ou dança. É importante destacar que, na Musicoterapia, quando isto acontece, em geral o material (fitas, CD's) é trazido pelo próprio paciente (ibid).

Segundo Leinig (2008), as atividades da área de expressão sonora musical são: a) atividades rítmicas e melódicas simples, para que o paciente tenha consciência do seu ritmo interno e externo, e desenvolva sua subjetividade; b) discriminação viso-auditiva, a qual “é uma atividade onde se pode desenvolver a atenção e a capacidade de discernimento do sentido da visão e audição (p. 431); c) sonorização de situações concretas, na qual são emitidos sons de uma história, evento ou episódio, do dia-a-dia, para que possam ser reconhecidas; d) execução sonora corporal, através da emissão vocal, assobio, grito, riso ou canto. A emissão vocal “pode, possivelmente, abrir caminho para o desbloqueio de emoções reprimidas de longo tempo, e com isso facilitar a compreensão da atitude defensiva em que se coloca o paciente” (p. 437). O assobio favorece a respiração, pode auxiliar a execução de melodia e a expressão de estados de humor. O grito, por sua vez,

deve ser aceito e compreendido como um meio de provocar recordações, oportunizando ao paciente e/ou ao grupo a liberação de problemas como angústia, agressividade, medo, sofrimento, de onde então a sua importância na revivescência e religação à história pessoal de cada um (p. 438).

De acordo com a autora, o riso provoca algumas reações, tais como: expelir de matérias estranhas do sistema respiratório; aceleração da circulação; aumento dos batimentos cardíacos; flexão dos músculos do braço e das pernas; estremeamento dos ombros; trepidação da barriga. O canto é uma atividade que traz muitos benefícios, tais como: tornar mais plena a respiração; fortalecer o pulmão; tonificar as cordas vocais; melhorar o timbre da voz; prender a atenção; facilitar a memorização e do emergir da fala no afásico; desenvolver a relação interpessoal, quando realizada em conjunto; dentre outras (LEINIG, 2008).

A outra atividade da área de expressão sonora musical, relatada por Leinig (2008, p. 443), é a execução de instrumentos, através da improvisação, introjeção e emersão dos

ritmos e das funções tonais e audição de música viva e/ou gravada. “As improvisações podem levar a modificações comportamentais momentâneas ou permanentes”, tais como: a) exploração dos vários aspectos do eu, na relação com os demais; b) dar sentido à auto-expressão e à formação da identidade, desenvolvendo a auto-estima; c) resolução de conflitos danosos; d) enfrentamento de problemas com técnicas eficientes; e) fortalecimento geral da estrutura do ego no sentido da adequação e segurança; f) mudança de humor; g) diminuição da agressividade; h) aumento da concentração, da atenção e da potencialização do cérebro; i) aumento da interação social; j) desenvolvimento da criatividade e da liberdade de expressão; l) estimulação e desenvolvimento dos sentidos.

Na atividade de introjeção do ritmo há uma interiorização do objeto percebido, e na emersão, o paciente manifesta, exteriormente, a percepção do objeto. Na introjeção e emersão das funções tonais, o paciente consegue atribuir a função de cada uma das notas que compõem o acorde. A música ao vivo possibilita a comunicação entre o terapeuta e o paciente, enquanto a música gravada é fácil de falhar (ibid).

As atividades da área de movimento e expressão corporal são trabalhadas, na expressão corporal, através do esquema corporal e da linguagem corporal, e na área de movimento, as atividades são: marcha; dança criativa; danças circulares; psicodança; danças folclóricas; baile social (ibid). Segundo a autora, a marcha é indicada como ponto de partida das atividades da área de movimento e expressão corporal, por ser de ritmo binário e ter forte predominância nas manifestações corporais. A dança criativa permite ao paciente desenvolver uma linguagem corporal própria, a comunicação gestual e a criatividade. As danças circulares colocam “todos os membros do grupo no mesmo nível, isto é, elimina a hierarquia, permitindo, pelo olhar, que todos se reconheçam como partícipes de uma mesma configuração” (ibid, p. 465). A psicodança “faz com que o paciente se deixe dominar pelo ritmo que o impulsiona, a mover-se e a tomar consciência de si mesmo, da sua identidade, e a passar a uma participação na atividade com relativa segurança em relação aos demais” (Ibid, p. 457). As danças folclóricas possibilitam a abertura de fronteiras geográficas e mentais para o paciente. O baile social, ou dança de salão, auxiliam na interação social, onde os pacientes podem participar com mais equilíbrio (ibid).

## **2.2.6 – Áreas de aplicação da Musicoterapia**

A Musicoterapia vem se desenvolvendo de forma gradativa em diversas áreas da Saúde, da Educação, Social e Organizacional, em instituições públicas e privadas.

Os atendimentos musicoterápicos são realizados individualmente ou em grupo em instituições, clínicas e consultórios particulares, nas diversas patologias; em indústrias e empresas, geralmente atuando no setor de Recursos Humanos; em hospitais, nas diversas alas, atendendo os pacientes ou a equipe médica e funcionários; em comunidades, realizando atendimento na área social e; no ensino, no atendimento em sala de aula ou no atendimento educacional especializado (VON BARANOW, 1999). Incluímos ainda os centros de reabilitação, centros psiquiátricos, residências e centros geriátricos, relacionados por Toro (2000b).

A demanda pelo atendimento em Musicoterapia pode ser feita por alguém que busca um maior desenvolvimento pessoal ou na prevenção e reabilitação de “problemas decorrentes de cada uma das etapas do desenvolvimento humano e em praticamente todos os tipos de patologias e distúrbios de conduta” (VON BARANOW, 1999, p. 53).

A referida autora comenta que a atuação do musicoterapeuta vai desde a gestação à terceira idade. Passa pela intervenção precoce, escolaridade, adolescência e fase adulta. Ela enumera algumas áreas de patologias nas quais a Musicoterapia vem atuando. Na saúde mental, a Musicoterapia enfatiza sua linguagem não-verbal e o musicoterapeuta estabelece uma comunicação sonora com o paciente, quando não é possível desenvolver um diálogo verbal.

Na deficiência visual, a Musicoterapia auxilia na aquisição do esquema corporal, na melhor localização no espaço, melhora da auto-estima, favorece o relacionamento interpessoal e a aprendizagem, dentre outros. A Musicoterapia, na deficiência auditiva, auxilia no desenvolvimento da função respiratório, no desenvolvimento do sentido rítmico, no desenvolvimento do sentido auditivo (com uso de aparelhos) e no desenvolvimento do sentido temporal (LEINIG, 2008).

Na síndrome de Rett, por exemplo, a Musicoterapia trabalha, conforme Leinig (2008): a) a abertura de canais de comunicação; b) a vinculação terapeuta-paciente; c) a reeducação do desenvolvimento psicomotor; d) treinamento da marcha; e) a eliminação de movimentos estereotipados das mãos; f) a recuperação das funções da mão; g) a recuperação da linguagem expressiva e receptiva; h) tirar a criança do isolamento.

Nos transtornos de linguagem, como a afasia, os objetivos do tratamento musicoterápico estão subdivididos em três grupos. O primeiro grupo está relacionado com a expressão das emoções e compreende: a) comunicação; b) reforço do sentido de identidade; c) contato com a realidade: sua percepção; d) contato com o corpo como meio de expressão; e) contato com os próprios sentimentos; f) percepção e expressão da mensagem verbal. O

segundo grupo está relacionado com a linguagem falada e são: a) imagem vocal; b) ritmo da palavra; c) relação melodia e palavra. O terceiro grupo de objetivos relaciona-se com a estimativa psicomotora, através de: a) percepção; b) memória; c) reprodução (Wagner, 1988).

Na deficiência física, a Musicoterapia auxilia na reabilitação do paciente. Utiliza os elementos e os instrumentos musicais para atender às necessidades físicas e emocionais dos pacientes. Tem como objetivos terapêuticos trabalhar a coordenação motora, o tônus muscular, o esquema corporal, o desenvolvimento da linguagem e a modulação vocal, a motivação em relação aos outros tratamentos, a aceitação da deficiência, o aumento da auto-estima, a integração social, dentre outros.

No atendimento a pacientes em coma, a Musicoterapia melhora a qualidade de vida do paciente. Serve como meio de comunicação com o paciente, pois há momentos em que as palavras falham e aí entra a música através das canções ou música instrumental, que serve como um canal entre parentes, amigos e paciente. Nos pacientes com câncer e AIDS serve como paliativo para amenizar a dor e confortar o paciente.

Leinig (2008) resume os objetivos da Musicoterapia nos transtornos mentais: a) abrir canais de comunicação em pacientes que apresentam sintomas de autismo; b) romper determinados núcleos delirantes, estereotípias e outros tantos fenômenos psíquicos anormais, profundamente arraigados.

Pela dificuldade de abstração do deficiente mental, a Musicoterapia contribui com o desenvolvimento psicomotor através de atividades lúdicas. A música é o meio ideal para estabelecer contato com o deficiente mental, provocar a manifestação de sentimento e contribuir para aumentar a segurança desses pacientes (ibid).

Na atuação com pacientes dependentes químicos,

as vivências sonoro-musicas-corporais podem propiciar o afloramento de emoções e servir de ponte entre o real e o imaginário substituindo, por vezes, as sensações proporcionadas pelas drogas, permitindo uma desintoxicação física e uma ação terapêutica que proporcione autocontrole, segurança, aumento da auto-estima para que possa ir se libertando da dependência (VON BARANOW, 1999, p.61-62).

Relacionamos as áreas de atuação divulgadas nos anais do XII Congresso Mundial de Musicoterapia, realizado em julho de 2008, na cidade de Buenos Aires. Os trabalhos apresentados pelos musicoterapeutas oriundos de vários países, participantes do congresso, abordaram as seguintes áreas, dentre outras: estimulação cognitiva através da música; musicoterapia em um centro penitenciário; musicoterapia com mulheres violentadas sexualmente; musicoterapia didática; musicoterapia com pacientes em coma; efeitos

fisiológicos da música; musicoterapia na paralisia cerebral; musicoterapia na dor; musicoterapia na oncologia pediátrica e de adultos; musicoterapia e estresse; musicoterapia no tratamento de doentes mentais; musicoterapia e construção da identidade social; música na aprendizagem; musicoterapia no cuidado dos cuidadores; musicoterapia e pacientes com esclerose múltipla; musicoterapia com pacientes com a doença de Alzheimer; musicoterapia hospitalar; musicoterapia e crianças com necessidades especiais; musicoterapia no tratamento do autismo e psicose infantil; musicoterapia e neurologia; musicoterapia em um programa materno-infantil; musicoterapia na deficiência auditiva e visual; musicoterapia com grupos de adolescentes grávidas, pais, bebês e familiares; musicoterapia e espiritualidade; musicoterapia no tratamento da desordem alimentar; musicoterapia e psiconeuroimunologia; musicoterapia e neurociências; musicoterapia com pacientes com disartria; musicoterapia na deficiência mental; musicoterapia e doença de Parkinson; o uso de implante coclear; musicoterapia na drogadição; musicoterapia na demência; musicoterapia com adolescentes em situação de risco; musicoterapia e enfermagem e; musicoterapia na educação especial.

No nosso estudo, enfocaremos a aplicação da Musicoterapia na área neurológica, por acreditar que, se houver um dano ao paciente decorrente da prática clínica musicoterápica, esse dano será mais perceptível, por envolver mais diretamente os efeitos fisiológicos da música.

De acordo com Poch Blasco (1999), no atendimento a pacientes com transtornos neurológicos, como epilepsia, deve-se evitar a audição de músicas agudas durante muito tempo e também músicas em volume alto. Na paralisia cerebral, é importante verificar o tipo de paralisia, realizar um estudo detalhado de cada caso, e lembrar que o estado emocional do paciente afeta a sua precisão nos movimentos. A Musicoterapia é indicada, neste caso, como coadjuvante na reabilitação física e como ajuda para controlar os movimentos e tremores. “También permite el tratamiento de los problemas emocionales y de comportamiento, las deficiencias mentales, sensoriales (tacto, visión y audición) y perceptuales, así como los problemas de lenguaje” (Ibid, p. 232).

Thaut (2000) trata da musicoterapia na reabilitação neurológica e comenta que um paciente com lesão cerebral tem problemas emocionais, físicos, sociais e cognitivos, os quais devem ser tratados num processo de reabilitação. Ressalta a importância de uma equipe interdisciplinar composta por médico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e o musicoterapeuta também fará parte desta equipe, pois a Musicoterapia oferece um conjunto de técnicas e atividades dirigidas às necessidades do paciente com problemas na cognição, comunicação, problema físico e sócio-emocional. O autor ainda

afirma que a Musicoterapia é um ferramenta muito eficaz para facilitar o movimento na doença de Parkinson.

Através de la sincronización, por una mejor postura, pueden mejorar sus patrones de marcha, la frecuencia del paso (la cadencia del paso) y la extensión más apropiada de la zancada, y los patrones de activación muscular más eficaces y simétricos en las piernas (Richard y col.,1992; Thaut y col.,1996; McIntosh y col.,1997; Miller y col.,1996). En el caso de patrones de marcha que son inseguros, debido a que se producen patrones del paso más lentos y seguros. (THAUT, 2000, p. 258).

No tratamento a pacientes com doenças neurológicas, como problemas corticais difusos, decorrentes de acidentes vasculares, doença de Alzheimer ou outras causas de demência, síndromes corticais específicas, que levam à perda das funções da linguagem ou do movimento, amnésias ou síndromes do lobo frontal, Sacks (2007, p.12) afirma que “todas essas doenças e muitas mais podem responder à música e à musicoterapia”.

Ao longo dos anos, criou-se um referencial teórico, com base científica, sobre o uso terapêutico da música, o qual revela que esta prática envolve reações orgânicas e psicológicas, podendo, assim, gerar iatrogenias, tema diretamente relacionado à Bioética, a qual trata, dentre outros aspectos, de não cometer danos ou evitar que se cometam danos ao paciente.

## - CAPÍTULO III -

### MUSICOTERAPIA E BIOÉTICA: interfaces

A Musicoterapia é uma modalidade terapêutica que utiliza a música como principal instrumento de trabalho, visando alcançar objetivos terapêuticos. A Bioética é a disciplina que trata de questões delicadas e polêmicas no campo da pesquisa e de quaisquer procedimentos que envolvam seres humanos. Assim sendo, torna-se importante estabelecer relações entre Musicoterapia e Bioética visando buscar respostas, principalmente no que se refere à utilização da música aplicada no campo da saúde.

Este tema envolve questões inter e transdisciplinares. A interdisciplinaridade é vista no hibridismo entre música e ciência, na utilização da música no campo da saúde. A transdisciplinaridade é expressa nas disciplinas que compõem um currículo de Bioética. As questões bioéticas transpõem as barreiras disciplinares, uma vez que seus estudos abarcam as mais diversas áreas profissionais que envolvem o viver do homem (BOCATTO e TITTANEGRO, 2005).

A bioética é um campo de estudo, reflexão e produção de práticas éticas na área da saúde que vem passando por grandes transformações ao longo dos mais de 40 anos de seu surgimento e progressiva consolidação. Atualmente, constitui terreno de reflexão transdisciplinar e plural, envolvendo o conhecimento de diversas áreas e buscando responder aos imperativos do contexto social no qual se insere. (CONSTANTINO, 2006, p. 7).

#### 3.1 – Bioética: um breve histórico

O surgimento da Bioética é atribuído a três grandes eixos de eventos: 1) as descobertas tecnocientíficas, que nem sempre significam o melhor para a vida humana; 2) a eco-ética, a qual se preocupa com a preservação do ambiente natural; e 3) a relação da tecnociência com a manipulação genética de plantas, animais e seres humanos e a preocupação com o desequilíbrio ou desaparecimento das espécies (PEGORARO, 2006).

A literatura aponta as décadas de 1960 e 1970 como sendo o período que abrigou os primórdios do nascimento da Bioética enquanto disciplina. No entanto, os eventos considerados marcantes remontam ao final da década de 1940.

Entre estes eventos, destaca-se o Julgamento de Nuremberg, no ano de 1946, no qual foram julgadas vinte e três pessoas, consideradas criminosas pelos experimentos que

realizaram em seres humanos sem nenhum respeito por sua dignidade, durante a Segunda Guerra Mundial. No ano seguinte foram publicadas as sentenças e divulgado um documento que ficou conhecido como Código de Nuremberg (1949). Este código foi um marco na história da humanidade, pois, pela primeira vez, foram recomendadas regras internacionais para a pesquisa envolvendo seres humanos (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

O Código de Nuremberg, instituído em 1949, estabelecia como essencial o consentimento voluntário do ser humano para participar de experimentos; a necessidade de a pesquisa ser motivada para o bem estar da sociedade; a importância de se basear a pesquisa inicialmente na experimentação em animais; a necessidade de evitar todo sofrimento e danos desnecessários ao participante da pesquisa; o impedimento de realizar pesquisa quando houvesse a possibilidade de ocorrer morte ou invalidez permanente; a equivalência entre o risco da pesquisa e a importância do problema a ser resolvido; a proteção do participante da pesquisa; a condução do experimento por pessoas cientificamente qualificadas; a liberdade do participante de se retirar no decorrer do experimento e a suspensão do experimento diante da possibilidade de causar algum dano ao participante da pesquisa.

Nos anos 60, um dos eventos de maior destaque foi o consenso emanado na 18ª Assembléia Geral da Associação Médica Mundial de Helsinque em 1964, denominado de Declaração de Helsinque (1964). Neste documento foram definidos princípios éticos que orientavam os médicos na realização de pesquisas clínicas envolvendo seres humanos.

A década de 1960 presenciou alguns outros fatos importantes que também impulsionaram o nascimento da Bioética. As conquistas dos direitos civis norte-americanos, as denúncias sobre pesquisas que eram realizadas com seres humanos, a modernização da tecnologia na área do atendimento em saúde e a aproximação de profissionais de outras áreas na reflexão sobre a prática da medicina, tais como advogados, filósofos, teólogos e psicólogos (DINIZ e GUILHEM, 2002).

Segundo os autores citados anteriormente, a literatura reconhece consensualmente a importância de três acontecimentos específicos que foram decisivos para a consolidação da Bioética. O primeiro foi a divulgação do artigo “Eles decidem quem vive, quem morre”, da jornalista Shana Alexander, publicado em 1962. Este artigo contava a história da criação de um comitê de ética hospitalar em Washington, nos Estados Unidos, composto por pessoas leigas em medicina, para tomar decisões sobre os critérios de prioridade de acesso à hemodiálise para pacientes renais crônicos, num contexto em que o número de pacientes era maior que o número de máquinas de hemodiálise. Este fato marcou a ruptura da área da Saúde com a ética tradicional. O segundo acontecimento deu-se em 1966, quando o médico

anestesista Henry Beecher divulgou o artigo “Ethics and clinical research”. Neste artigo, o médico fazia o relato de 22 (vinte e dois) casos de pesquisas que foram realizadas, patrocinadas por instituições governamentais e companhias de medicamentos. Os participantes da pesquisa foram chamados de “cidadãos de segunda classe”, pois eram pessoas com deficiência mental, presidiários, pacientes psiquiátricos, internos em hospitais, recém-nascidos, dentre outros. Um dos exemplos dessas pesquisas consistiu no estudo em que foi retirado o tratamento a base de penicilina em operários, para investigar meios alternativos de prever as complicações decorrentes da infecção. No entanto, nenhum dos sujeitos da pesquisa foi informado que estava participando de uma pesquisa. Consideravam-se os benefícios da pesquisa maiores que os malefícios aos sujeitos que se submetiam ao experimento. A divulgação desse artigo começou a gerar discussões sobre as pesquisas envolvendo seres humanos e o pensamento que as atrocidades cometidas durante o nazismo continuavam a existir. O terceiro acontecimento decisivo para a consolidação da Bioética foi o transplante do coração de uma pessoa quase morta para outra, que estava com uma doença cardíaca terminal. A cirurgia foi realizada em 1967, pelo cirurgião Christian Barnard, na África do Sul. Houve uma discussão na mídia internacional questionando como o médico podia ter certeza da morte do doador. As discussões contribuíram para definir critérios para a morte cerebral (DINIZ e GUILHEM, 2002).

O marco histórico mais específico para o nascimento da Bioética ocorreu em 1971, com a publicação do livro “Bioética: uma ponte para o futuro”, do cancerologista Van Rensselaer Potter. Nesta obra utilizou-se o termo Bioética pela primeira vez. O autor estava preocupado com a sobrevivência ecológica do planeta e a democratização do conhecimento científico. Para ele, a ponte para o futuro, a Bioética, deveria ser uma disciplina que acompanhasse o desenvolvimento científico. Referia-se à ética aplicada às situações da vida. Podemos, então, ter como uma das primeiras definições, a Bioética como uma das formas da ética aplicada a problemas concretos do dia-a-dia relacionados à vida e à saúde (DINIZ e GUILHEM, 2002).

Paralelamente, no final da década de 1960, nos EUA, a população tomou conhecimento da realização de pesquisas com seres humanos que provocaram escândalos, pelo desrespeito à dignidade das pessoas que participaram como sujeitos dessas pesquisas, sem que tivessem conhecimento disso. Em 1963 foram injetadas células cancerígenas vivas em pacientes idosos no Hospital Israelita de doenças crônicas em Nova York, com o objetivo de verificar as respostas imunológicas do organismo; no hospital estatal de Willowbrook foram injetados vírus da hepatite viral em crianças com retardo mental para acompanhar a

etiologia da doença; em outra pesquisa, realizada pelo Departamento de Saúde Pública no Estado de Alabama, 400 (quatrocentos) homens negros sífilíticos foram deixados sem tratamento, durante vinte anos, mesmo após o surgimento da droga que assegurava a cura, para se investigar a história natural da doença (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Estes três casos mobilizaram a opinião pública e exigiram um posicionamento do governo dos Estados Unidos, relativo à regulamentação das pesquisas envolvendo seres humanos. Em 1974, o Congresso norte-americano instituiu uma comissão, chamada Comissão Presidencial de Proteção dos Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica, para tratar das questões relacionadas à pesquisa. O Congresso solicitou que fossem estabelecidos princípios éticos para nortear a experimentação envolvendo seres humanos, e também um relatório de pesquisa envolvendo fetos humanos. Primeiro foram estabelecidos os princípios e, posteriormente foram tratadas das pesquisas envolvendo fetos humanos. Após quatro anos, a citada Comissão publicou o Relatório Belmont, assim chamado por ter sido realizado no Centro de Convenções Belmont, em Elkringe, no Estado de Mariland. No Relatório, a comissão estabeleceu três princípios que deveriam reger as pesquisas: o princípio do respeito pelas pessoas, o princípio da beneficência e o princípio da justiça. O princípio do respeito pelas pessoas estava relacionado ao consentimento ou não em participar da pesquisa, às informações sobre todo o procedimento da pesquisa e a compreensão de tudo que ia acontecer na pesquisa. O princípio da beneficência referia-se à relação entre o risco e o benefício da pesquisa e a preocupação do pesquisador com o bem-estar da pessoa sujeita à pesquisa. O princípio da justiça tratava da equidade e do tratamento diferenciado e respeitoso com todos os envolvidos na pesquisa (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Os mesmos autores anteriormente citados relatam que a Comissão entendeu que os códigos e normas existentes até então, como o Código de Nuremberg (1947), a Declaração de Helsinque (1964), entre outros, não se adequavam para resolver situações complexas. Acreditavam que os princípios fundamentariam as decisões em casos concretos. O princípio do respeito pelas pessoas, o princípio da beneficência e o princípio da justiça passaram a nortear as decisões envolvendo pesquisas com seres humanos. A publicação do Relatório Belmont contribuiu para firmar a Bioética como uma nova disciplina acadêmica.

Segre (2006) relata que os princípios serviram como um norte, um caminho para direcionar a opção ética de cada ser humano, a percepção que ocorre em cada um de nós. O autor faz a distinção entre ética e moral. Diz que a primeira, a ética, vem de dentro do homem, de condições subjetivas que levam o indivíduo a refletir sobre seus valores e decidir sobre a solução para algum conflito. Já a moral vem de fora, é exterior ao homem e é herdada

culturalmente.

No ano de 1979, o princípio da beneficência foi dividido em princípio da beneficência e princípio da não-maleficência, na publicação da obra “Princípios da Ética Biomédica” por Tom Beauchamp e James Childress (1979). Tom Beauchamp atuou como membro da comissão que redigiu o Relatório Belmont. Além da ampliação dos princípios de três para quatro, esta publicação estendeu a aplicação dos princípios da pesquisa em seres humanos para a área clínico-assistencial e deu grande força teórica para a Bioética (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Em “Bioética: uma ponte para o futuro”, obra do cancerologista Van Rensselaer Potter (1971), o conteúdo trata do equilíbrio e da relação dos seres humanos com o ecossistema e a própria vida do planeta. No livro escrito por Beauchamp e Childress (1979), “Princípios da Ética Biomédica”, a Bioética toma como referência quatro princípios para norteá-la. Segundo Costa et al. (1998), essas duas obras pautaram a Bioética durante as décadas de 1970 e 1980.

A obra de Beauchamp e Childress (1979) passou a ser referência na Bioética. Como tratava de quatro princípios, posteriormente veio a ser chamada “princípioalismo”. Durante algum tempo, esta foi a principal corrente de pensamento na Bioética. Segundo os autores (2002), em reedição desta mesma obra,

os princípios são diretrizes gerais que deixam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos e que proporcionam uma orientação substantiva para o desenvolvimento de regras e políticas mais detalhadas (p. 55).

O princípioalismo é uma das teorias da Bioética, mas não é a única. A partir da década de 1990 surgiram outras abordagens como o contextualismo, o feminismo, o contratualismo, o naturalismo, entre outras (DINIZ e GUILHEM, 2002).

Costa et al. (1998) comentam que a Bioética tem se expandido e alcançado outras culturas. De início, ela surgiu na cultura ocidental, nos Estados Unidos, mas depois atingiu a cultura oriental.

Os autores destacam, como exemplo, a abordagem do contextualismo, no qual cada caso deve ser analisado individualmente. Se olharmos para o Japão, perceberemos que o princípio da autonomia tem menos força do que na cultura ocidental, mas isto não significa que os japoneses são contrários a ele, porém, por questões culturais, a liberdade de escolha dos japoneses pode ser menor em algumas áreas da vida.

A Bioética é então definida como “a ética da vida, quer dizer, de todas as ciências

e derivações técnicas que pesquisam, manipulam e curam os seres vivos” (DINIZ e GUILHEM, 2002, p. 35). Também é definida como a “disciplina que se ocupa dos problemas éticos decorrentes dos avanços recentes da biologia e da genética, de suas aplicações e implicações práticas, bem como do estudo de soluções adequadas para tais problemas” (REY, 2003, p. 113).

O campo de atividades humanas ligadas à vida, mais especificamente, o contexto clínico da saúde, é um território privilegiado de interações humanas com finalidade terapêutica. Nestas relações, busca-se o máximo benefício para a pessoa atendida (ou em processo de ajuda ou terapia), com o menor risco possível. Tendo isto como fundamento, para fins do nosso estudo, adotaremos o princípalismo como abordagem na Bioética. O tema desta pesquisa, ou seja, a iatrogenia na utilização da música como terapêutica, pode ser objeto de reflexões na perspectiva princípalista, a qual passamos a apresentar mais detalhadamente.

### **3.2 – O Princípalismo na Bioética**

O princípalismo delinea-se em quatro divisões básicas, ou seja, nos seguintes princípios: da autonomia, da justiça, da não-maleficência e da beneficência. No princípio da autonomia, as questões principais que surgem são: quem deve decidir sobre quais atos serão praticados durante o tratamento do paciente; o profissional de saúde deve contar com detalhes tudo que vai acontecer ao paciente? Há necessidade do consentimento do paciente para todos os atos que serão praticados?

#### **3.2.1 – Princípio da autonomia**

O princípio da autonomia passa pelos conceitos de consentimento informado, esclarecimento, voluntariedade, recusa informada, veracidade, confidencialidade e tomada de decisão. Veremos as definições desses termos no decorrer deste estudo, conforme apresentado por Beauchamp e Childress (2002).

Os referidos autores afirmam que, a palavra autonomia foi primeiramente empregada fazendo-se referência às cidades-estados independentes gregas. Significava um governo próprio, independente. Derivada do grego, “auto”(próprio) e “nomos” (lei, regra, norma), o termo autonomia ampliou o seu significado e adquiriu vários sentidos. É empregado aqui com o sentido de escolha individual, condição de alguém que é capaz de tomar decisões para o seu benefício. Inicialmente referia-se ao autogoverno político e depois

passou a se referir ao governo pessoal.

Martins-Costa (2003) afirma que a autonomia implica em capacidade, tanto no sentido geral como jurídico. Segundo o Código Civil, a capacidade jurídica é a condição que permite à pessoa ser sujeito de direitos e deveres na vida civil. Neste contexto são considerados absolutamente incapazes os menores de dezesseis anos; os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade. As pessoas relativamente incapazes são os maiores de dezesseis anos e menores de dezoito anos; os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo e os pródigos.

A dificuldade em relacionar Bioética e Direito está no fato de o Direito lidar com a racionalidade do ordenamento jurídico, enquanto a Bioética trata dos novos paradigmas científicos (MARTINS-COSTA, 2003). Com o decorrer da história, diminuiu-se a utilização da concepção legalista em favor da utilização de princípios, os quais têm os valores como sinônimos. Isto aproxima mais as duas áreas, principalmente no que se refere à valorização da dignidade da pessoa humana como eixo comum a ambas as áreas, o Direito e a Bioética. Segundo o autor, surgem, então, dois modelos para analisar os casos de Bioética dentro da perspectiva jurídica, que são o modelo cerrado e o modelo aberto.

A citada autora diferencia os modelos cerrado e aberto. No modelo cerrado, o qual é tipificado por uma norma legal, o fato da vida ou comportamento social vem perfeitamente caracterizado e conectado com uma determinada consequência, daí chamar-se modelo cerrado, pois a norma delimita o espaço de atuação, não dando brechas para outras interpretações. No modelo aberto, a resolução do caso concreto é feita observando-se as alterações nos paradigmas sociais, culturais, científicos, éticos etc., e se constituem como princípio que serve como base tanto para o Direito quanto para a Bioética.

Os exemplos tipificados pela lei que tratam da capacidade não devem ser vistos como um modelo aplicável a todos os casos em Bioética. Geralmente a capacidade tratada no princípio da autonomia refere-se à decisão sobre um tratamento ou sobre a participação numa pesquisa. Devido à palavra capacidade ter significado específico, dependendo do local onde esteja inserida, como no Direito, na Medicina, na Filosofia etc., ela deve ser entendida como algo específico daquela área, e não com algo global, aplicável a todas as outras áreas de conhecimento.

No que se refere à autonomia, Beauchamp e Childress (2002) comentam que não

existe uma completa ausência de influência para a tomada de decisão. Como o ser humano convive com outros homens e destes recebe influência, não podemos afirmar que exista uma escolha perfeitamente autônoma.

É importante observar se a escolha do paciente está sendo tomada a partir de algum tipo de coação. Certamente a pessoa receberá influências de outras pessoas, mas deve-se verificar se esta influência é positiva ou negativa. Na coerção, considerada influência negativa, existe uma indução forçada que alguém leva outra pessoa a tomar uma decisão, enquanto a influência positiva é uma sugestão, uma indicação do que se acha ser o melhor, mas no final a pessoa vai agir com as próprias razões (ibid).

Entre as fontes de influência para a tomada de decisão, podem ser citados os princípios religiosos e os códigos de ética profissional. Neste caso, é legítimo considerar-se que pode ocorrer o exercício da autonomia com base em convicções pessoais, influenciadas pela religião ou pelo pensamento de determinada categoria profissional (DINIZ e GUILHEM, 2002).

O princípio da autonomia não é absoluto. Se houver um confronto entre a decisão do paciente e aquilo que é consensualmente compreendido pelos demais como melhor para ele, será priorizado o seu bem, baseado no princípio da beneficência, que veremos adiante.

Destacamos que, com o princípio da autonomia, a pessoa não pode ser mais um meio para se alcançar algum objetivo. Este princípio relaciona-se ao princípio da dignidade da pessoa, no qual a pessoa é vista como fim, e não como um meio de satisfação pessoal de algum profissional de saúde, como ocorreu anteriormente nas pesquisas que envolviam seres humanos.

Beauchamp e Childress (2002) estabelecem duas formas de autonomia: a autonomia positiva e a autonomia negativa. A forma positiva manifestar-se-ia pelo tratamento respeitoso na revelação de informações e no encorajamento das decisões autônomas, sem que haja nenhuma coerção na tomada de decisões. Na forma negativa há uma coerção para que se tome determinada decisão. Os autores alertam que “as ações autônomas não devem ser sujeitadas a pressões controladoras dos outros” (p.143). São diferenciados quatro tipos de consentimento: consentimento expresso, consentimento tácito, consentimento implícito e consentimento presumido.

No consentimento expresso, a pessoa age de forma ativa, manifestando sua vontade. Já no consentimento tácito, a vontade é expressa pela omissão, pela não manifestação expressa da vontade. No consentimento implícito, subentende-se a vontade da pessoa a partir de suas ações anteriores, e no consentimento presumido, a vontade é

presumida “com base numa teoria geral do bem humano ou numa teoria da vontade racional” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 146).

Quando alguém vai à busca de um tratamento, o profissional de saúde vai agir de acordo com os procedimentos convencionais, daquilo que se espera que ele faça. Se durante o tratamento houver a necessidade de algum procedimento que não estava previsto ou não era esperado, o profissional vai decidir por sua execução ou não, baseado na vontade do paciente. Todavia, na hipótese de não haver o consentimento expresso, o profissional verificará se há o consentimento do paciente mesmo sem a manifestação da sua vontade. Isso será feito quando o silêncio do paciente expressar o seu desejo com base naquilo que se conhece dele, ou na busca do bem da pessoa, ou na decisão presumida pela compreensão da vontade racional que qualquer pessoa expressaria se estivesse numa mesma situação.

Ao se analisar a decisão de um paciente num caso concreto, é importante investigar com maior profundidade se a ação realmente foi autônoma, se o paciente mudou de opinião e qual o melhor para o paciente.

Em decorrência do Julgamento de Nuremberg e a divulgação das pesquisas realizadas nos campos de concentração, passou-se a exigir o consentimento informado para o paciente ou o sujeito da pesquisa. O consentimento informado é definido como uma autorização autônoma e capaz de uma pessoa que, compreendendo tudo o que vai acontecer no tratamento ou na pesquisa, a partir das informações fornecidas, consente em participar como paciente ou sujeito da pesquisa (ibid).

Os autores afirmam que, a revelação de informações sobre o tratamento e intervenções feitas pelos profissionais da saúde, bem como o entendimento e o consentimento do paciente sobre o tratamento, tornou-se pré-requisito para a realização do atendimento por estes profissionais. Também mostram que, a matéria-prima na definição do consentimento informado é a competência, a revelação, o entendimento, a voluntariedade e o consentimento.

A revelação de informações inclui

os fatos ou descrições que os pacientes ou sujeitos de pesquisa normalmente consideram importantes para decidir se recusam ou consentem na intervenção ou na pesquisa propostas; as informações que o profissional acredita serem importantes; a recomendação do profissional; o propósito de buscar um consentimento, e a natureza e os limites do conhecimento como um ato de autorização (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 168).

O entendimento ocorre quando a pessoa tem informações que justifique a natureza e as conseqüências de sua ação. A voluntariedade é definida como uma decisão tomada, independente de alguma manipulação ou coerção de outra pessoa. Os termos autonomia e

voluntariedade têm significados diferentes. O primeiro refere-se ao autogoverno, enquanto o segundo está relacionado ao não controle por outros indivíduos na escolha de determinada ação (BEAUCHAP e CHILDRESS, 2002).

Muñoz e Fortes (1998, p.59) defendem que “o ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo, e para isto contribuem variáveis estruturas biológicas, psíquicas e socioculturais”.

### **3.2.2 – Princípio da justiça**

Em relação ao Princípio da Justiça, Beauchamp e Childress (2002) comentam que vários filósofos atribuíram conceitos à palavra justiça, como equidade, prerrogativa ou merecimento. A justiça como equidade é o modelo atual do princípio da justiça. Para tentar explicar o que é justiça, fazemos referência a ser justo, isto é, dar a cada um o que é seu, aquilo que lhe é devido. O conceito de justiça distributiva está contido no conceito de justiça, segundo os autores acima. A justiça distributiva refere-se “a uma distribuição justa, equitativa e apropriada no interior da sociedade, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social” (p. 352).

Os referidos autores ainda tratam do princípio da justiça formal e dos princípios materiais de justiça. O princípio da justiça formal segue uma máxima de Aristóteles: iguais devem ser tratados de modo igual, e não iguais devem ser tratados de modo não igual. No entanto, este princípio não especifica quem são os iguais, quem são os desiguais e quais as circunstâncias que devem ser consideradas. O problema é a falta de conteúdo.

Os princípios materiais de justiça “identificam propriedades relevantes que as pessoas devem possuir para que sejam qualificadas para uma distribuição específica” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.357). É necessário algo concreto, específico, que servirá como base para a justiça distributiva.

Com base no princípio da justiça, todas as pessoas têm direitos iguais ao acesso dos serviços de saúde, em respeito à dignidade da pessoa humana. Toda pessoa deve receber, pelo menos, os serviços básicos de saúde (ibid).

Segundo os mesmos autores, outro aspecto que surge com o princípio da justiça é a alocação de recursos, a qual é definida como a distribuição dos valores por cotas para as demandas com gastos na saúde. O tema alocação de recursos não é exclusivo da área da saúde. Há outras áreas que também demandam recursos. Também é importante dizer que a expressão saúde não se limita aos recursos médicos, logo, não é exclusiva da assistência

médica. Ao destinar recursos para certa área, outros setores ficarão descobertos. Na saúde é necessário definir quais são as prioridades para a alocação de recursos. Deve-se escolher entre tratamentos preventivos e ações pontuais de cura de doenças. Com esta situação de duas opções para o destino de recursos surge um dilema: investir mais em procedimentos e tratamentos preventivos ou destinar uma maior quantidade de recursos para a cura, para os cuidados médicos. A situação se agrava ainda mais quando os recursos são escassos e a tomada de decisão vai implicar em quem vai sobreviver e quem vai morrer. Daí surge a necessidade de estabelecer prioridades na assistência à saúde, na aplicação dos recursos na área da saúde.

De acordo com Siqueira (1998), quando as autoridades tomam uma decisão sobre política de atenção à saúde, baseiam-se em algumas teorias da justiça formuladas ao longo da história da filosofia política. As principais correntes sobre o princípio da justiça são: a justiça amparada na metafísica, a justiça contemplando o indivíduo e a justiça contemplando o coletivo.

Na teoria da justiça amparada na metafísica, a justiça era entendida como uma propriedade natural das coisas. Para a sociedade grega, era natural que houvesse homens livres e escravos. Havia uma ordem natural que fazia com que os homens respeitassem essa lei imutável incondicionalmente. Esta perspectiva metafísica explicava que os homens seriam bons se respeitassem essa ordem natural. Então cabia ao rei, aos médicos e aos sacerdotes a personificação do bem comum, da perfeição moral. Era necessária a submissão dos indivíduos perante a vontade desses soberanos. Por isso, os pacientes não tinham nenhuma autonomia diante da decisão do médico. Esta teoria manteve-se vigente no mundo ocidental do século VI a.C. até o século XVII d.C.

A idéia da submissão do indivíduo ao soberano foi superada. Com a justiça contemplando o indivíduo, segunda corrente que trata do princípio da justiça, passou-se a valorizar as decisões pessoais, livres e morais como única norma de justiça. Passou-se a desconsiderar uma ordem natural das coisas para justificar a justiça, evoluindo para um contrato social, no qual se exigia a liberdade individual, num espaço democrático. A assistência médica ficou então caracterizada por um contrato entre o indivíduo e o médico, sem nenhum controle externo. O resultado deste modelo foi visto no século XIX. Um tipo de assistência era para aqueles que tinham bastante dinheiro e podiam pagar o que era cobrado pelos médicos. Outro tipo de assistência médica era realizado por aqueles que faziam um seguro privado para quitar suas dívidas. O pior tipo era composto por aqueles indigentes, que não possuíam recursos. Assim, surgiram as Santas Casas de Misericórdia para atender essas

peessoas que viviam num estado de miséria.

A terceira corrente que aborda o princípio da justiça, compreende a justiça contemplando o coletivo. Dois grandes nomes deste modelo são Karl Marx e Friedrich Engels, os quais propuseram o regime socialista como única forma de se conseguir uma sociedade justa. Segundo este modelo, a propriedade privada servia unicamente para enriquecer a burguesia. Marx afirmava que a justiça social só seria alcançada “anulando-se qualquer vestígio da propriedade privada, transformando-a em propriedade coletiva” (SIQUEIRA, 1998, p.73). No campo da saúde, a assistência deveria ser dada ao cidadão segundo as suas necessidades. Este modelo ainda é visto hoje em Cuba.

No século XX, dois autores contribuíram com a teoria da justiça para estabelecer a justiça como equidade, característica principal do modelo atual de justiça. Robert Nozick publicou em 1974, *Anarchy, State and Utopia* e John Rawls, em 1971 publicou *A Theory of Justice*.

### 3.2.3 – Princípio da não-maleficência

O princípio da não-maleficência conduz-nos à obrigação de não causar dano aos pacientes. Invoca-se a máxima *Primum non nocere*: “Acima de tudo, não causar dano” (KIPPER e CLOTET, 1998, p.37).

Alguns filósofos consideram que o princípio da não-maleficência é sinônimo do princípio da beneficência. William Frankena (apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002), por exemplo, decompõe o princípio da beneficência em quatro obrigações gerais:

- 1 – Não devemos infligir males ou danos.
- 2 – Devemos impedir que ocorram males ou danos.
- 3 – Devemos eliminar males ou danos.
- 4 – Devemos fazer ou promover o bem.

Todavia os referidos autores afirmam que há nítidas diferenças entre não prejudicar ou não causar dano a alguém, referindo-se ao princípio da não-maleficência, e ajudar os outros, resumo do princípio da beneficência.

Assim sendo, o item 1 estaria relacionado ao princípio da não-maleficência e os itens 2, 3 e 4 estariam relacionados ao princípio da beneficência. Desta forma, o princípio da não-maleficência caracteriza-se por uma ação negativa, não fazer algo, enquanto que, no princípio da beneficência exige-se uma ação.

Para definir o que seja não-maleficência, são empregados alguns conceitos como

prejuízo, lesão e dano. Beauchamp e Childress (2002) trazem as diferenças entre esses termos. “Lesar envolve violar os direitos de alguém” (p.213), prejudicar significa “contrariar, frustrar ou pôr obstáculos aos interesses de alguém” (p. 214) e na definição de dano, os autores concentram-se no dano físico, sem desconsiderar outros tipos de dano.

Muitas vezes não existe a intenção do profissional de saúde de causar dano. Ou até mesmo o profissional não tinha conhecimento de que determinado ato levaria a um prejuízo para o paciente. Neste caso é preciso verificar se o risco que o profissional assumiu na sua prática é justificável ou não.

Os benefícios e as desvantagens de um tratamento surgem como questões tratadas no princípio da não-maleficência. Às vezes é preferível não iniciar um tratamento, uma vez que os malefícios podem ser maiores que os benefícios (ibid).

É possível que iniciar um tratamento ou uma intervenção não seja a melhor decisão a ser tomada em benefício do paciente. O tratamento pode ter um resultado improvável ou pode não ter sido totalmente experimentado e ser mais doloroso do que benéfico para o paciente. Outras vezes é necessário fazer um julgamento de valor para decidir sobre a realização ou não do tratamento, quando há chances mínimas de sucesso (ibid).

O princípio da não-maleficência não exige a manutenção da vida biológica do paciente em detrimento de sua dor, de sua qualidade de vida. A discussão sobre manter ou não a vida de alguém que está em estado vegetativo ou está em intenso sofrimento é tema da eutanásia. Não pretendemos fazer essa discussão aqui, para não tirar o foco do nosso estudo.

### **3.2.4 – Princípio da beneficência**

Vimos que o princípio da não-maleficência exige que não se faça algo. No princípio da beneficência, entretanto, exige-se uma atitude positiva de beneficiar alguém ou agir de forma a prevenir algum dano. O princípio da não-maleficência envolve uma abstenção, enquanto o princípio da beneficência requer uma ação (KIPPER e CLOTET, 1998).

Beauchamp e Childress (2002) relacionam algumas regras que tem por fundamento o princípio da beneficência:

- 1) proteger e defender os direitos dos outros;
- 2) evitar que outros sofram danos;
- 3) eliminar as condições que causarão danos a outros;
- 4) ajudar pessoas inaptas;

5) socorrer pessoas que estão em perigo.

A não-maleficência é uma regra fixa, exige-se que não se faça mal a outra pessoa, no entanto a beneficência não é exigida taxativamente. Uma pessoa não é obrigada a ter uma atitude positiva com outra. Até mesmo no caso em que alguém está correndo risco de morte, a omissão de socorro pode ser justificada se oferecer algum perigo a quem deveria prestar socorro (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Os autores fazem a diferença entre a beneficência específica e a beneficência geral. A beneficência específica é direcionada aquelas pessoas com quem temos mais aproximação, como parentes, amigos e pacientes. A beneficência geral direciona-se a todas as pessoas. Essa diferença é feita com o objetivo de mostrar que a beneficência é mais fácil de ser realizada quando há algum envolvimento com aquele a quem devemos fazer o bem.

Ainda são relacionadas pelos referidos autores, condições para que uma pessoa X tenha obrigação com Y, independente do tipo de beneficência, como veremos a seguir:

- 1 – Se Y está em risco de perder a vida, de sofrer um dano à saúde ou de ter algum outro interesse importante prejudicado.
- 2 – Se a ação de X é necessária para evitar essa perda ou esse dano.
- 3 – Se a ação de X tem uma alta probabilidade de evitar a perda ou o dano.
- 4 – Se a ação de X não representaria riscos, custos ou ônus significativos para X.
- 5 – Se o benefício que se espera que Y obtenha exceder os danos, os custos ou fardos que recairão sobre X.

O profissional da saúde tem obrigação de oferecer um tratamento benéfico para seu paciente, pois há uma beneficência específica que gera este dever, diferentemente se a relação não tivesse sido estabelecida. Assim sendo, é dever do profissional da saúde evitar que algum dano seja causado ao paciente.

Quando pensamos no princípio da beneficência, pode surgir uma dúvida sobre qual princípio irá prevalecer se houver um conflito que envolva o princípio da beneficência e o princípio da autonomia. Esta questão pode ser respondida levando-se em consideração o bem do paciente. Muitas vezes a decisão do paciente não é o melhor para sua saúde, então o profissional de saúde agirá com base no princípio da beneficência, em detrimento da vontade do paciente (ibid).

É importante destacar que o princípio da beneficência não é absoluto, ou seja, não prevalece em todas as situações. O princípio da beneficência deve ser aplicado com cautela para não prejudicar o paciente (KIPPER e CLOTET, 1998).

A sobreposição do princípio da beneficência em relação ao princípio da autonomia

pode levar-nos ao modelo paternalista, no qual é dirigida uma ação a outro, acreditando que é a melhor, mesmo se for contrária a vontade do indivíduo. Inicialmente este paradigma surgiu com a supervisão dos pais com seus filhos incapazes, depois se estendeu a outros incapazes. O paternalismo tem o sentido de gerenciar a vida de outros, como o pai gerencia a vida dos filhos (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Com o paternalismo, o profissional de saúde é comparado ao pai que cuida de seus filhos dependentes. Diz-nos Beauchamp e Childress (2002, p. 298), “o paternalismo, portanto, é a ação de contrariar as preferências ou ação conhecidas de outra pessoa, na qual a pessoa que contraria justifica sua ação com base no objetivo de beneficiar a pessoa cuja vontade é contrariada ou de evitar que ela sofra danos”.

De acordo com Kipper e Clotet (1998), além dos juízos prognósticos, diagnósticos e terapêuticos, o profissional de saúde também faz juízos morais. Os princípios da Bioética dão base para a tomada de decisões diante de um caso concreto. Eles serão especificados a seguir, tratando problemas relacionados à veracidade, privacidade, confidencialidade e fidelidade, os quais compõem as obrigações decorrentes dos princípios.

### **3.3 – Obrigações decorrentes dos princípios**

O juramento de Hipócrates não trata da veracidade, cujo caráter é questionado na literatura (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002). Questiona-se se a veracidade é uma obrigação ou a aplicação de algum princípio. Os referidos autores entendem a veracidade como especificações de vários princípios e levantam três argumentos que a justificam.

O primeiro argumento levantado pelos autores é que a obrigação de veracidade baseia-se no respeito devido aos outros, ao qual está relacionado o princípio da autonomia no que se refere a um consentimento informado, válido e honesto, mas não se limita a ele, pois “a veracidade na prática médica pode dizer respeito a toda gestão sincera e honesta de informações que possa afetar o entendimento ou a decisão do paciente (BEAUCHAMP e CHILDRESS, p.428, 2002). O segundo argumento é que a obrigação da veracidade vincula-se estreitamente às obrigações de fidelidade e manutenção das promessas. Quando se inicia uma terapia, os profissionais da saúde e o paciente ajustam um contrato “adquirindo assim o direito à verdade no que se refere ao diagnóstico, ao prognóstico, aos procedimentos etc.”. (ibid, p.427). Da mesma forma, o profissional passa a ter o direito de receber informações verdadeiras do paciente. O terceiro argumento é que “os relacionamentos de confiança entre as pessoas são necessários para que exista uma cooperação e uma interação profícua” (ibid, p.

427). A veracidade está inserida na confiança. Tanto a sinceridade quanto a confiança são requisitos para o relacionamento entre profissional da saúde e paciente. “A mentira e a informação inadequada, portanto, revelam um desrespeito pelas pessoas, violam contratos implícitos e ameaçam as relações de confiança” (ibid, p. 427). Em algumas ocasiões, justifica-se passar por cima do direito à privacidade de alguém quando se tem por objetivo fazer um diagnóstico melhor, ou determinar se a pessoa é autônoma, porém, é importante ter consciência da violação do direito e também do desrespeito à autonomia do paciente (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Assim como foram levantados argumentos para justificar a obrigação de veracidade, Beauchamp e Childress (2002) relatam a existência de três razões para não se praticar a veracidade. A primeira razão é a dúvida de como o paciente vai reagir ao saber de um diagnóstico negativo. Os autores afirmam que esta razão é aceita em casos restritos, sendo infreqüente a justificação de seu uso, e que deve ser mantida a obrigação de veracidade mesmo que seja necessário gastar mais tempo e recursos financeiros. A segunda razão para omitir a verdade é que os profissionais da saúde não têm como saber “toda verdade”. No entanto, segundo os autores citados, esta razão não suprime a obrigação de veracidade, pois o conhecimento de “toda verdade” é um ideal que os profissionais da saúde não realizam plenamente, apenas se aproximam dele. A última razão é que alguns pacientes, principalmente aqueles muito doentes e em fase terminal, não querem saber a verdade sobre sua condição. Segundo Beauchamp e Childress (2002), esta razão pode ser um precedente para ações paternalistas, com o argumento de respeito à autonomia. Os mesmos autores condicionam o relato da verdade dos profissionais da saúde ao paciente, “caso a pessoa esteja adequadamente informada sobre os riscos de não estar ciente de seu estado e caso não coloque outras pessoas em risco, então ela tem o direito de não tomar conhecimento de sua situação” (p.432).

O direito à privacidade é uma especificação do princípio da autonomia, todavia a privacidade não é sinônima de autonomia, devido ao direito de privacidade ser “referente à limitada inacessibilidade física ou à limitada acessibilidade de informações, e pode ser desorientador considerá-lo redutível ao direito de ser livre para fazer algo ou ao direito de agir de forma autônoma” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, p. 440).

Os referidos autores destacam três justificações do direito à privacidade. A primeira delas é feita por Thomson (apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002). A autora argumenta que o direito à privacidade deriva de um conjunto de outros direitos, como o direito de não ser observado, de não ser escutado, de não ser perturbado, de não ser lesado, ferido ou torturado para revelar uma informação. Contudo, Beauchamp e Childress (2002)

contestam esse argumento, alegando que todos esses direitos obtêm o acesso a uma pessoa através da revelação do direito à privacidade. Outra justificação do direito à privacidade mostra o valor instrumental da privacidade, para fins como o desenvolvimento pessoal, a criação e a manutenção de relações sociais íntimas e a expressão da liberdade pessoal (RACHELS apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002). A terceira justificação está na privacidade basear-se no respeito à autonomia, pois “os direitos de privacidade são pretensões válidas contra o acesso desautorizado que têm sua base no direito de autorizar ou de negar acesso” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 443).

Quando um paciente procura um profissional da saúde, ele não está renunciando ao seu direito à privacidade por permitir um contato direto com seu corpo. Ao contrário, o paciente está exercendo o seu direito, quando reduz a privacidade a fim de alcançar outros objetivos (ibid).

A confidencialidade é diferente da privacidade:

A diferença é a seguinte: uma violação do direito de confidencialidade X só ocorre se a pessoa a quem Y revelou a informação em confiança não protege a informação ou deliberadamente a revela a um terceiro sem o consentimento de Y. Em contraposição, uma pessoa que, sem autorização, entra na sala de registros ou no banco de dados do computador de um hospital viola direitos de privacidade, e não direitos de confidencialidade. Somente a pessoa (ou instituição) a quem a informação é concedida num relacionamento confidencial pode ser acusada de violar direitos de confidencialidade (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 453).

Segundo os autores, há três tipos de argumentos que protegem a confidencialidade. O primeiro tipo são os argumentos consequencialistas, os quais tratam da insegurança que poderia ser causada no paciente, ou até mesmo a recusa de buscar um tratamento, caso o paciente não pudesse revelar informações completas e sinceras, ou autorizar exames, e confiar que o profissional da saúde manteria a confidencialidade. Os autores tratam da quebra da confidencialidade, se a informação mantida em sigilo possa se tornar uma ameaça considerável a outras pessoas, contra o interesse público ou contra o próprio paciente. O segundo tipo de argumentos é baseado nos direitos da autonomia e privacidade. As relações de confidencialidade também são consideradas relações de privacidade e integridade pessoal. O terceiro tipo de argumentos baseia-se na fidelidade, em cuja obrigação a confidencialidade está amparada.

Beauchamp e Childress (2002) asseguram que esses tipos de argumentos não sustentam as regras de confidencialidade. Há casos em que a confidencialidade será suplantada por outras exigências, como a proteção dos direitos e interesses de terceiros. Os

profissionais da saúde podem quebrar a obrigação de confidencialidade quando não existe o direito de confidencialidade por parte do paciente, como por exemplo, se o paciente fizer a confissão do seu desejo de matar alguém. É importante ressaltar que “antes de revelar informações confidenciais, os profissionais da saúde usualmente têm a obrigação de procurar maneiras alternativas de realizar um benefício ou de prevenir um dano” (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p.462).

A principal questão ética na assistência à saúde é o significado da lealdade entre um ser humano para com o outro (RAMSEY apud BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002). Beauchamp e Childress (2002) compreendem a fidelidade como especificação do respeito à autonomia, justiça e utilidade. Segundo os autores, há dois modelos de fidelidade. O primeiro modelo é aquele cuja questão fundamental é ser fiel à própria palavra, todavia, algumas obrigações de fidelidade não vislumbram esse modelo, como comentam:

O relacionamento entre médico e paciente é um relacionamento fiduciário – ou seja, baseado na confiança – e, portanto, o médico é necessariamente um depositário da confiança do paciente para o seu bem-estar médico. Esse modelo de fidelidade fundamenta-se mais nos valores de lealdade e confiança do que em ser fiel à própria palavra (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 466).

No segundo modelo existe sempre uma obrigação de fidelidade, tenha ou não havido uma promessa ou juramento ao ingressar na profissão. Abandonar o paciente é uma infidelidade que abala a confiabilidade, mas, às vezes, a obrigação de fidelidade entra em choque com obrigações morais, que restringem ou suplantam a fidelidade (ibid).

Tradicionalmente, dois aspectos expressam a fidelidade ou a lealdade profissional:

(1) o profissional elimina o interesse próprio em qualquer conflito com os interesses do paciente, e (2) os interesses do paciente têm prioridade sobre os interesses dos outros (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 468).

Devido às grandes modificações na estrutura da saúde e do contexto social, passou-se a produzir lealdades divididas, quando, por exemplo, a lealdade a clientes entra em conflito com a lealdade para com terceiro, instituições, empresas ou Estado, obrigando que seja feita uma escolha moral entre eles (ibid). Os autores afirmam que quase sempre a lealdade com o paciente deve ser mantida em caso de lealdade dividida.

Em algumas ocasiões são percebidos os interesses da instituição acima do interesse do paciente, como no caso de profissionais da saúde que oferecem assistência em indústrias, prisões, nas forças armadas e também nos hospitais-escola. Nestes e em outros casos, a fidelidade requer:

que se revele ao paciente por que um diagnóstico ou um procedimento terapêutico potencialmente proveitoso não estão sendo oferecidos. A fidelidade de um médico aos pacientes também pode exigir esforços para modificar as restrições profissionais e institucionais que sejam inconsistentes com os interesses do paciente (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002, p. 476).

### 3.4 – Vínculos com o paciente

A otimização da relação com o paciente, seja ela em qualquer área da saúde, pode contribuir para se efetivar o tratamento, como também para se evitar um erro na prática profissional. Trataremos deste tema exemplificando com algumas idéias sobre as relações médico-paciente e musicoterapeuta-paciente.

Porto (2003) faz a diferenciação entre a medicina dos doentes e a medicina das doenças. Na história da medicina, o médico buscava um tratamento adquirido pela experiência, para cuidar do doente. Ele analisava o paciente holisticamente. “O médico era considerado filósofo, sacerdote, mago, historiador e conselheiro” (SPROESSER JR, 2003, p.158). Esta era a medicina dos doentes. Com o passar dos tempos, passou-se a observar os órgãos do paciente diretamente, e a dissecar cadáveres, nascendo a medicina das doenças. Perdeu-se a noção de como se relacionar com o paciente e também o contato com o ser humano que está por detrás da doença. Houve, então, a separação da ciência (medicina das doenças) e da arte médica (medicina dos doentes).

Outro momento de destaque na medicina das doenças foi a especialização dos médicos, a qual fragmentou o paciente em partes e órgãos, e a tecnologia médica, reforçada na semiotécnica, na qual o contato físico entre médico e paciente passou a ser mínimo. A medicina dos doentes está relacionada aos princípios bioéticos e a relação médico-paciente constitui sua parte fundamental. O ponto de equilíbrio entre a medicina dos doentes e a medicina das doenças é o ‘cuidar’, o qual se diferencia do ‘curar’. Tolentino (2003, p.167) afirma que não há “como separar a função técnica do médico de sua função humana e social diante de situações cuja amplitude e significado somente ele conhece”. E Porto (2003, p.12) defende que “o médico que só se interessa pela doença talvez nem perceba o que está passando no mundo emocional do doente”.

Weber (2004, p.7) afirma que a Música e a Medicina compartilham princípios comuns, a partir do momento em que o médico desenvolve “a arte da escuta, sentir, empatizar, entrar em ressonância com seu paciente, ter compaixão”. Segundo o autor, esses princípios

são essenciais na arte e na medicina.

Importante é destacar a definição de saúde dada pela Organização Mundial da Saúde, a saúde é um estado de total bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Esta definição ratifica a importância de se buscar uma articulação entre a medicina dos doentes (aspecto humano) e a medicina das doenças (aspecto técnico-científico) e não submeter o paciente apenas à medicina das doenças como ainda acontece atualmente em muitos contextos. Necessário se faz dar atenção à relação médico-paciente através, principalmente, da escuta terapêutica; humanizar o atendimento sem perder, entretanto, a dimensão técnico-científica.

A relação médico-paciente é, acima de tudo, uma relação humana que tem por prioridade a promoção da saúde. Machado (2003) mostrou, em sua pesquisa de doutorado, que os médicos conhecem os preceitos da ética médica e da conduta, e a relação médico-paciente é o elemento mais importante a ser preservado, conforme o relato dos próprios médicos.

De acordo com Gomes (2003), há alguns pontos considerados críticos na relação médico-paciente, onde parecem distantes a aplicação da técnica e uma convivência fraterna. Esses pontos críticos são: o sigilo, vinculado ao princípio da autonomia, e diz respeito incondicional à confiança feita pelo paciente ao médico; o respeito ao pudor, no sentido de nem pensar nas pulsões quando tocar o corpo do paciente, além de intenções semióticas ou terapêuticas; o empenho dos meios, quando o paciente e o médico vão em busca da cura. O paciente deseja obter resultados satisfatórios, enquanto o médico fará o máximo para alcançar os melhores resultados. Outros pontos críticos, considerados pelo autor, foram tratados anteriormente, que são: a beneficência, a não-maleficência, a autonomia e a justiça. Temos também a expectativa cerimonial, cuja essência está em não afrontar o paradigma cultural dos pacientes que vêem o médico como um ente supremo, todo-poderoso; o consentimento esclarecido, baseado numa relação direta que existe entre o médico e o paciente; a busca da verdade, que da parte do paciente é oferecer a verdade em busca de um diagnóstico correto, e a do médico é a busca da verdade um diagnóstico correto, baseado na racionalidade; a atenção ao paciente, através do interesse e respeito na fala do paciente; o exame físico, o qual não pode ser visto como a simples busca de uma informação, mas que se baseia numa relação de acolhimento mútuo; a solidariedade, marcada pelo desejo do ser humano em um vínculo oculto; a sujeição tecnológica, ou seja, não permitir que os instrumentos e a tecnologia afastem o médico de seu paciente, e por fim; a responsabilidade, não apenas com temor à punição pelos atos imperfeitos, mas sim a responsabilidade moral, na busca da perfeição de

seus atos.

O problema atual não está no fato de se conhecer mais a doença, mas sim a visão fragmentada que se tem do paciente. O conhecimento maior sobre a doença deveria ser um acréscimo voltado para o cuidar melhor. Todavia, a especialização levou a uma fragmentação. A especialização não é um mal, no entanto, é necessário que seja compensada com uma visão de totalidade. O ponto de equilíbrio entre a medicina dos doentes e a medicina das doenças é o cuidar visando a promoção da saúde.

A Musicoterapia trabalha na perspectiva da medicina dos doentes, mais do que na linha da medicina das doenças. Uma das contribuições da Musicoterapia é a abordagem da integridade do ser humano, a preocupação com o cuidar. A Musicoterapia vem chamar a atenção para a necessidade de se articular o conhecimento especializado, científico, com a perspectiva do cuidar.

Jesus (2003, p.298) comenta que “se para a maioria dos médicos, o paciente é portador de uma doença física que precisa ser tratada e curada, para o musicoterapeuta ele vive a experiência bio-psico-social dessa doença”. O musicoterapeuta realiza o trabalho complementar ao trabalho do médico no cenário hospitalar.

É o inter jogo entre a doença *versus* o sintoma; a dor *versus* o sofrimento; a cura *versus* a “curação” (*cura-ação*). Enfim, a significância do significado, não esquecendo que todo esse trabalho tem a música como o centro (ibid, p. 299).

Por tratar-se de pessoas, de música e do fazer musical que envolve experiências de escuta, expressão e criatividade, o contexto musicoterápico, além dos aspectos objetivos da música, relacionados aos seus efeitos biológicos, fisiológicos e mentais, este contexto deve ser também considerado um campo de inter-relações no qual subjetividades são intrínsecas a ele. Assim sendo, as questões relacionais ampliam-se muito por conta desse campo de subjetividades.

A compreensão da subjetividade exige a superação dos modelos tradicionais, ou seja, a superação da visão mecanicista e reducionista. A psicologia contribuiu muito para se chegar a essa compreensão, na medida em que entendeu a essência humana como processo social e representação cultural dos processos psíquicos humanos. Na subjetividade existem, simultaneamente, o interno e o externo, o intra-psíquico e o extra-psíquico, pois produzem significados e sentidos dentro de um mesmo espaço subjetivo, no qual se integram o sujeito e a subjetividade social em diversas formas (GONZÁLEZ REY, 2002). Na Musicoterapia procuramos articular a dimensão objetiva com a dimensão subjetiva.

### 3.5 – Estabelecendo relações entre Musicoterapia e Bioética

De início, a Bioética tratou especificamente da prática médica e das pesquisas envolvendo seres humanos. Entretanto, sua área de abrangência ampliou-se para discussões sobre a vida e a saúde humana de forma mais geral. Neste trabalho, pretendemos relacionar a Musicoterapia à Bioética. Tal proposta justifica-se devido ao fato de existirem questões da prática clínica musicoterápica que requerem reflexões e ações que muito se aproximam dos preceitos da Bioética. Respeito à dignidade da pessoa humana e a tomada de decisões sobre dilemas éticos e morais são algumas dessas questões.

A primeira obra que tratou sobre Bioética, de Van Renssealer Potter (1971), “Bioética: uma ponte para o futuro”, trouxe a perspectiva de a Bioética ser um elo com o futuro. A Bioética, de caráter transdisciplinar, pode dialogar com as várias ciências e disciplinas da atualidade. Segundo Van Renssealer Potter (apud SOARES, 2005), a relação entre as áreas que constituem as ciências da vida, as ciências humanas e a Bioética formam uma ponte para o futuro. Esta afirmação ratifica o diálogo entre Musicoterapia e Bioética, uma vez que a Musicoterapia insere-se no campo da saúde humana, do cuidar de pessoas.

#### 3.5.1 – Ética em Musicoterapia

Na Musicoterapia contemporânea, a teoria, a linguagem e a ética são os três elementos fundamentais para a existência da Musicoterapia como disciplina (SCHAPIRA, 1996). O autor ainda comenta haver a necessidade de uma atitude ética profissional para diferenciar a prática do profissional musicoterapeuta de outras práticas de profissionais da saúde.

Messagi (1999, p.22) descreve o comportamento ético como

o respeito ao cliente, por meio da idoneidade teórico/técnica e dos valores morais. Ou seja, no desenvolvimento do trabalho, o profissional leva o seu posicionamento moral, os seus juízos de valor, seus critérios a respeito do bem e do mal, suas crenças e seus preceitos, sua visão de homem e de mundo e os conhecimentos específicos da área que é o seu comportamento teórico/técnico e metodológico.

Um dos sentidos da ética refere-se ao agir correto. Na Musicoterapia, a ética está relacionada às responsabilidades, direitos e deveres do profissional musicoterapeuta em sua prática. O Código de Ética da União Brasileira das Associações de Musicoterapia – UBAM (ANEXO I), em vigência para guiar o exercício profissional dos musicoterapeutas, apresenta

alguns artigos que podem ser também analisados sob o ponto de vista da Bioética.

Os artigos 12 e 24 do Código de Ética da UBAM podem ser associados ao princípio da autonomia, quando se referem à necessidade de se cumprir o contrato terapêutico e de se obter uma autorização dos sujeitos quanto à sua participação em pesquisas científicas.

Art. 12 - Estabelecer e cumprir o contrato terapêutico com seu cliente, inclusive considerando a elaboração da alta;

Art. 24 - Obter uma autorização dos sujeitos, dos seus responsáveis e da instituição antes de começar a pesquisa;

No artigo 2º do Código de Ética da UBAM encontramos a proibição de discriminação aos clientes, a qual relacionamos ao princípio da justiça da Bioética.

Art.2 - O musicoterapeuta não deve fazer discriminação em relação a clientes em termos de raça, gênero, cor, nacionalidade, idade, orientação sexual, classe social, doenças, deficiências, seqüelas e necessidades especiais.

Com relação aos princípios da não-maleficência e da beneficência encontramos os artigos 7º, 11 e 25, que falam em preservar a integridade do cliente, finalizar o tratamento quando o cliente não se beneficiar mais dele e proteger os sujeitos que estiverem participando de pesquisa em musicoterapia.

Art. 7- Preservar a integridade do cliente e não explorá-lo de forma sexual, financeira, ou buscar vantagens emocionais ou pessoais;

Art. 11- Finalizar o tratamento quando o cliente não se beneficiar mais deste;

Art. 25 - Proteger os sujeitos que estiverem participando da pesquisa em musicoterapia.

Toro (2000b) afirma a importância das atividades musicoterápicas serem reguladas eticamente, para o benefício do paciente e também dos profissionais musicoterapeutas. O autor enumera a importância do projeto ético na Musicoterapia, porque proporciona identificação do grupo profissional, que assume objetivos comuns e próprios da musicoterapia, daí a importância da elaboração de códigos de ética para cada atividade profissional e região geográfica; união entre os profissionais, já que existe um projeto ético comum; maior relação entre os profissionais, já que o projeto ético trata do exercício da profissão; prestígio pessoal e social, pois com o projeto ético há uma maior valorização da profissão.

Em 1999, A Comissão de Ética e Investigação da Federação Mundial de Musicoterapia, elaborou a Declaração de princípios éticos (2000), na qual contem as responsabilidades do musicoterapeuta com o paciente, que devem seguir os seguintes princípios:

1. El musicoterapeuta respeta los derechos y dignidad del paciente y en todo momento actúa en el mejor interés del paciente.
2. El musicoterapeuta no discrimina a los clientes sobre la base de la raza, sexo, credo, color, origen nacional, edad, orientación sexual o problema clínico.
3. El musicoterapeuta no explora al paciente por razones sexuales, financieras o emocionales, ni para su propio beneficio.
4. El musicoterapeuta realiza sus servicios sólo dentro de un marco de relación profesional y en situaciones que garantizan seguridad para el paciente. El musicoterapeuta se adhiere a las normas más elevadas de la práctica clínica.
5. El musicoterapeuta evalúa las energías y las debilidades del paciente y desarrolla metas apropiadas de tratamiento para encontrar lo que el cliente necesita, registrando, documentando, evaluando y comunicando continuamente el progreso del tratamiento.
6. Cada recurso disponible se utiliza para efectuar las metas de tratamiento, incluyendo el interés por mantener contacto con otros profesionales.
7. El terapeuta restringirá su tratamiento a aquellas áreas en las que está formado adecuadamente y no practicará fuera de su área de competencia. Los requisitos y los títulos del terapeuta deben ser verificables.
8. El musicoterapeuta terminará el tratamiento cuando el paciente no pueda beneficiarse más de sus servicios.
9. El musicoterapeuta protege la confidencialidad del paciente en todo momento, incluyendo la información verbal, escrita, sonora y plástica con respecto al paciente.
10. El musicoterapeuta mantiene su propia salud mental y física. Controla cualquier limitación personal que pueda interferir con la calidad de trabajo y toma las acciones necesarias para mejorar estas limitaciones.
11. El musicoterapeuta se compromete al estudio continuado para mantener y mejorar sus conocimientos y habilidades.

Ao tratar sobre o tema “Ética na pesquisa em Musicoterapia”, Santos (2004, p. 48) mostra a importância de “construirmos uma prática de pesquisa teoricamente consistente e solidamente fundada em procedimentos éticos”. Apesar de não existir um programa de pós-graduação *stricto sensu* específico em Musicoterapia no Brasil, o autor comenta sobre a necessidade de identificar dificuldades nas pesquisas realizadas por musicoterapeutas, tendo em vista um procedimento ético.

Há muitos problemas que podem aparecer na prática musicoterápica que não se encontram previstos no Código de Ética dos musicoterapeutas. Daí a necessidade de ampliarmos nossa visão, propondo reflexões acerca da prática clínica da musicoterapia tomando por base os princípios da Bioética.

### 3.5.2 – Musicoterapia e Princípio da Autonomia

Tomando como ponto de partida a corrente principialista da Bioética, passamos a relacionar cada um dos princípios: princípio da autonomia, princípio da justiça, princípio da não-maleficência e princípio da beneficência, com a prática musicoterápica.

O princípio da autonomia decorre da doutrina do respeito à dignidade do homem e seus direitos fundamentais. A autonomia significa a capacidade que alguém tem para tomar decisões em seu benefício. Na Musicoterapia, este princípio manifesta-se quando o musicoterapeuta busca o consentimento do paciente para realizar o tratamento. O consentimento é fornecido quando há informações claras do profissional sobre o processo musicoterápico e o paciente concorda com o tratamento após ter conhecimento do que consiste tal tratamento. No processo musicoterápico, o contrato terapêutico é uma das formas de expressar o desejo e consentimento do paciente. Barcellos (1999a) comenta que o contrato terapêutico deve ser feito com o paciente antes de iniciar as sessões musicoterápicas e, quando este não tiver condições de responder às questões feitas pelo musicoterapeuta, deve ser feito com o seu responsável. A autora diz que este é o momento de se explicar o que é musicoterapia, como será o atendimento, dia, horário, local, duração e aspectos da alta. Ela diz que o objetivo do contrato terapêutico é “estabelecer os papéis de cada um, terapeuta e paciente, e especificar os compromissos de ambas as partes” (p.39).

Outro aspecto que deve ser dito a respeito do princípio da autonomia e musicoterapia é o respeito pelo gosto musical do paciente. Cada paciente é único e possui uma realidade de vida que o levou a apreciar determinado tipo de música. O terapeuta não pode impor suas preferências musicais, mas sim escolher o repertório a ser utilizado nas sessões musicoterápicas, considerando a individualidade de cada paciente, em respeito à sua integridade e singularidade. Benenzon (1985) nomeia este “gosto” musical individual de ISO gestalt, definindo-o como

o mosaico dinâmico que descreve em primeiro lugar e que caracteriza o indivíduo. É o ISO que nos permite descobrir o canal de comunicação por excelência do paciente com quem pretendemos ter uma relação terapêutica (p.44).

Na realidade, diz respeito à identidade sonora do indivíduo que vai sendo construída ao longo de sua existência, caracterizando-o, individualizando-o sob a perspectiva das vivências sonoras e musicais.

No contexto do atendimento musicoterápico, o princípio da justiça refere-se à

justa disposição de recursos e tratamento dados a cada paciente. Dividir igualmente os recursos entre todos, de forma apropriada. É importante que o musicoterapeuta utilize todos os recursos necessários no processo musicoterápico. Todos os pacientes devem ter acesso aos mesmos equipamentos e instrumentos musicais. Também implica em uma não exclusão de pacientes devido a sua condição social, religiosa, política ou sexual.

Barcellos (2004b) conta uma experiência que vivenciou trabalhando com meninos de rua, em um projeto chamado “Projeto Solidariedade”. Nos primeiros encontros, os meninos de rua expressavam-se cantando músicas como RAP e funk, as quais já tinham letra pronta. Posteriormente, foi trabalhado com a técnica da composição musical, com o objetivo de facilitar a expressão individual de cada paciente, o qual pode expressar conteúdos de protesto por sua condição de vida e situação social.

O princípio da justiça deve ser considerado quando são desenvolvidos trabalhos sociais com presidiários, prostitutas e outros considerados excluídos, que encontram-se à margem da sociedade, a fim de que sejam dadas a eles as mesmas condições por ocasião de seus atendimentos.

Compreendemos o princípio da não-maleficência como aquele cuja exigência é que não se faça mal ao paciente. Na musicoterapia, nosso principal instrumento de trabalho é a música e todos os seus elementos – som, silêncio, ritmo, melodia, harmonia, etc. Assim sendo, devemos ter consciência do poder da música e sua aplicação para não causar dano ao paciente.

Com base em autores da área médica e musicoterápica, Sekeff (2007) sintetiza algumas influências da música no ser humano: a música exerce ação psicofisiológica; tem ação precípua na atividade motora; atua em nossas funções orgânicas; pode estimular na mente imagens cinestésicas; alimenta o poder da atenção; baixa o limiar da dor e da tensão pré-operatória; constitui recursos contra o medo e a ansiedade; é um excelente recurso desencadeador de catarse; estimula a criatividade; fomenta a memória; estimula a inteligência; estimula o equilíbrio afetivo e emocional; beneficia um desejado processo de auto-realização e satisfação; envolve o inconsciente; propicia um lugar psíquico de constituição de uma estética de subjetividade; dentre outras.

Portanto, é de extrema importância que o musicoterapeuta “conheça” o paciente, suas preferências musicais, seu estado patológico, suas queixas, a fim de que a música não provoque nenhum dano físico, psicológico e /ou mental. Delabary (2006) relata sua experiência como musicoterapeuta em uma Unidade de Terapia Intensiva. Ela comenta que a música pode buscar tanto mudanças na condição física quanto na condição psicológica da

pessoa, e que foi possível observar algumas mudanças fisiológicas em seus pacientes como “saturação de pulso de oxigênio – verificada através da oximetria do pulso – mostrando melhoria na respiração, bem como diminuição ou aumento do tônus muscular, constatados e registrados diretamente pelo fisioterapeuta, quando da atuação conjunta com a musicoterapia” (p.34).

Levantamos a hipótese de a música poder beneficiar o paciente em uma UTI, desde que aplicada por um profissional qualificado para fazê-lo. Este deve conhecer bem sobre música e seus elementos, seu potencial terapêutico e seus possíveis efeitos (biológicos, fisiológicos e psicológicos) para se evitar que se torne algo iatrogênico. Defendemos que a música aplicada nesse contexto sem os devidos cuidados pode, sim, fazer mal ao paciente, causando dano físico, psicológico e/ou mental.

Citamos, também, a possibilidade de a música causar um dano mental quando, em um contexto terapêutico, é utilizada uma música que mobiliza o paciente, porém o terapeuta não compreende o que mobilizou o paciente e deixa essa questão em aberto. O paciente pode sair da terapia em conflito e não saber como solucionar tal problema, aumentando sua aflição e seu sofrimento psíquico.

No princípio da beneficência, a essência é beneficiar alguém ou prevenir algum dano. Toro (2000b) nos fala das conseqüências do princípio da beneficência. Para o autor, o musicoterapeuta está obrigado eticamente a evitar o mercantilismo; evitar trabalhar sozinho e buscar a integração com outros profissionais de saúde; buscar a supervisão de seu trabalho e; manejar eticamente todas as técnicas e habilidades inerentes á profissão.

Para aprofundarmos mais esta questão, iremos discutir sobre erro médico e iatrogenia, visando a elaboração de um conceito chamado por nós de “erro musicoterápico”, tomando por base os princípios da Bioética aplicados à clínica musicoterápica.

### **3.6- Erro Musicoterápico: um conceito em construção**

Um tema importante que surge dentro das questões levantadas pela Bioética é o erro médico, no qual ocorre a iatrogenia por uma falha do médico. O erro médico, portanto, é “a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde de outrem, caracterizada por imperícia, imprudência ou negligência” (GOMES e FRANÇA, 1999, p.25) .

Desde os primórdios da medicina foi dispensada especial atenção às falhas praticadas pelos médicos. Prova disto é a existência de sanções escritas nos livros sagrados e

nas constituições primitivas. O Código de Hamurábi (2400 a.C. a Lei de Talião - Corão), a Medicina arcaica (Mesopotâmia), a Medicina grega e a Medicina árabe compunham legislação sobre imperícia médica nos primórdios da medicina. Estes códigos e leis estabeleciam a responsabilidade do médico nos casos de morte de alguém durante o tratamento, em casos de imperícia, e para os médicos que não aplicassem a medicina com o rigor de sua época. O médico estava sujeito a várias sanções, inclusive a pena de morte. Ele poderia também ter as mãos decepadas ou pagar uma indenização à família da vítima. Mas, somente em 1966, durante o II Congresso de Moral Médica e Versalhes, foi reconhecida pela Academia a responsabilidade médica. (ibid).

O erro médico remete-nos a um ato praticado pelo médico que, no exercício da sua profissão, da sua função, provoca um dano a um paciente decorrente de uma falta de habilidade técnica, ou seja, imperícia, de uma falta de cuidado ou de cautela, quer dizer, imprudência ou por um ato irresponsável, ou seja, negligência, respectivamente. Havendo uma destas três modalidades, o médico será responsabilizado por seu ato. A responsabilidade do médico não seguirá a retórica “olho por olho, dente por dente”, da Lei de Talião, porém o profissional estará sujeito às penalidades previstas em lei.

A responsabilidade do médico será exigida numa situação em que ele tem o controle, exerça certo domínio. Todavia há momentos nos quais este profissional não pode prever o resultado danoso. Isto ocorre quando há um acidente imprevisível ou um resultado incontrolável. No primeiro caso, acidente imprevisível, há uma circunstância imprevista causada por um caso fortuito ou força maior. O dano é provocado pela força da natureza, por exemplo, que gera a incapacidade de agir de outra forma para evitar o resultado negativo. Neste caso, o médico não será responsável pelo dano à vida ou à saúde de outrem. No resultado incontrolável, o resultado se dá por um processo natural do caso, onde nem a ciência nem a competência profissional podem mudar o curso indesejável (GOMES e FRANÇA, 1999).

É importante que compreendamos a diferença entre a responsabilidade do médico e a sua culpabilidade. Martin (1994) comenta a possibilidade de alguém ser responsável, mas não ser culpado, por ter deixado de praticar um determinado ato que teve um efeito negativo. Essa omissão teve conseqüências danosas. O autor dá o exemplo de um médico que agiu dentro de práticas reconhecidas na medicina e dentro da legislação vigente no país, mas mesmo assim teve um resultado inesperado. Pelo fato dele ter agido de forma correta e legal, possivelmente sua culpa será atenuada, e até mesmo excluída. Pode haver algumas circunstâncias que afastem a culpabilidade deste profissional. Desta forma, vemos que o

médico pode ser responsável por seu ato, mas não culpado. A culpabilidade será atribuída quando tiver ocorrido imperícia, negligência ou imprudência.

A imperícia é definida como “falta de observação das normas técnicas, por despreparo ou insuficiência de conhecimento” (GOMES, 1994, p.140). Martin (1994) descreve duas formas de imperícia. A primeira delas é quando o médico acoberta alguém que não está habilitado para exercer a medicina e a segunda forma ocorre por imperícia do próprio médico.

A imprudência acontece “quando o médico por ação ou omissão assume procedimentos de risco para o paciente sem respaldo científico ou, sobretudo, sem esclarecimentos à parte interessada” (GOMES, 1994, p.140). O médico age sem a devida cautela e expõe os seus pacientes a riscos desnecessários.

A negligência ocorre quando o profissional “trata com descaso ou pouco interesse os deveres e compromissos éticos com o paciente e até com a instituição” (GOMES, 1994, p.140). Caracteriza-se pela inação, indolência, inércia e passividade. A imprudência caracteriza-se por uma ação, enquanto a negligência por algo que deixou de fazer (MARTIN, 1994).

Podemos aqui relacionar a negligência e a imprudência com o princípio da beneficência e o princípio da não-maleficência da Bioética. Na negligência, o médico é responsável porque deixou de fazer algo, quando deveria ter feito. Esta obrigação de fazer está relacionada ao princípio da beneficência, no qual se exige que o profissional faça alguma coisa, tenha uma atitude positiva para prevenir um dano. Na imprudência, o médico praticou algum ato que não deveria ter feito. Exigia-se que ele não causasse dano ao paciente. Esta obrigação de não causar dano ao paciente é a expressão do princípio da não-maleficência.

São enumeradas algumas características para avaliação do erro médico, são elas: a irreversibilidade do dano; o imediatismo do resultado adverso; a reversão pura e simples da expectativa que motivou o ato médico; a falha persistente na ação do médico contraposta ao percentual quase desprezível de falha no equipamento, instrumentos ou drogas aplicadas; a penúria ou escassez institucional de recursos como fator de indução do erro médico e o erro institucional médico-hospitalar (GOMES, 1994).

Gomes e França (1999) apontam, a título de sugestões, condições e mecanismos para a prevenção do erro médico. O compromisso do médico é uma das condições, pois o médico precisa compreender que o exercício da medicina não é apenas um conjunto de práticas e normas técnicas, mas um ato em benefício da saúde individual e coletiva. A participação da sociedade é importante, uma vez que ela precisa reivindicar melhores

condições na saúde, nas políticas públicas, não permitindo que toda a responsabilidade fique nas mãos do médico. A melhoria da relação médico-paciente é uma das condições para a prevenção do erro médico. Esta melhoria da relação gera uma maior tranquilidade entre ambas as partes. Outro mecanismo para prevenir o erro médico é a revisão do aparelho formador. Se não houver ótimas condições de ensino e de aprendizagem, possivelmente haverá, mais adiante, um mau resultado na prática deste profissional. A melhoria das condições de trabalho, a atualização continuada e a fiscalização do exercício profissional também fazem parte destes mecanismos para prevenir o erro médico.

O dano causado por algum ato que o médico fez, deixou de fazer ou deveria ter feito chama-se iatrogenia. A iatrogenia é uma palavra composta de origem grega, que significa *iatrós* (médico) e *genos* (geração) mais *ia*. Fugindo da etimologia da palavra, este conceito estendeu-se e refere-se não apenas aos atos do médico, mas aos demais profissionais da saúde (MORAES, 1991). Por isso é possível abranger seu conceito para outros profissionais como musicoterapeutas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros, odontólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, dentre outros.

Moraes (1991) relaciona a existência de três tipos de iatrogenia. No primeiro tipo, estão as lesões e os resultados esperados naquele tipo de procedimento. O segundo tipo decorre de um resultado previsível, porém inesperado, mas que ocorreu devido ao risco que se tinha com aquele procedimento. O terceiro tipo é aquele que ocorre por uma falha humana no exercício da profissão. Este terceiro tipo de iatrogenia é suscetível de responsabilidade do profissional de saúde que a praticou.

O profissional da saúde tem a obrigação de não causar dano ao paciente, de não cometer um ato iatrogênico. Segundo Beauchamp e Childress (2002), o princípio da não-maleficência, o qual se refere a iatrogenia, esteve associado à máxima *Primum non nocere*: “acima de tudo (ou antes de tudo), não causar dano”. Esta máxima remete à tradição hipocrática: cria o hábito de duas coisas: socorrer ou, ao menos, não causar danos.

O “des-cuidar” na assistência à saúde trata-se de uma questão ética de relevância que está apoiada na Bioética em em seus princípios, principalmente da beneficência e não-maleficência.

Não fazer mal ao paciente e garantir o seu bem-estar implica no respeito à dignidade da pessoa humana e na ausência de falhas ou de ato iatrogênico no decorrer da assistência prestada. As condições de culpabilidade também podem ser pensadas em relação a outros profissionais da saúde, nos quais se incluem os musicoterapeutas.

A partir do conceito de erro médico, propomos o termo “erro musicoterápico”,

como aquele ato causado pelo musicoterapeuta no exercício de sua profissão, que gera um dano ao seu paciente, causado por imperícia, imprudência ou negligência.

Na literatura da Musicoterapia em português encontramos poucas referências específicas à iatrogenia no contexto musicoterápico. Benenzon (1985), bem como Craveiro de Sá (2003) advertem que não sejam deixadas crianças autistas ouvindo músicas sozinhas, pois isto pode tornar-se um elemento iatrogênico. Barcellos (2004b) explica que o uso de aparelhagens eletro-eletrônicas, como o teclado, “pode ter um efeito iatrogênico se o musicoterapeuta não utilizá-lo como ponto de partida para introduzir-se como pessoa” (p. 124). Isto deve-se ao fato de que o uso do teclado pela criança autista sozinha pode levá-la a um maior isolamento. É preciso que o instrumento seja usado para um fazer musical, ou seja, musicoterapeuta e paciente interagindo, juntos, através da música e/ou de seus elementos. Millecco (1997) questiona se utilizar um repertório familiar, dentro da cultura do paciente, seria iatrogênico, se este repertório fosse massificado pela indústria cultural, pois o paciente não teria uma identidade sonora, um repertório próprio, escolhido por ele mesmo. Ele seria induzido pela mídia a ter o gosto musical que ela impusesse, através dos meios de controle, como rádio, televisão, etc.

Vieira (2005) afirma que, além da formação técnico-científica, o profissional da saúde deve estar preparado para o reconhecimento e a análise crítica dos dilemas éticos e morais. Todos os profissionais precisam repensar sua relação com o paciente. No caso específico da Musicoterapia, essa relação é intermediada pela música, que aparece como um terceiro elemento incluído neste contexto clínico. Portanto, investigar sobre música e seus efeitos no ser humano é algo fundamental para a prática da Musicoterapia.

Fazendo uma transposição das condições do erro médico para o erro musicoterápico, relacionamos a imperícia à falta de conhecimentos específicos do profissional musicoterapeuta no exercício de sua profissão ou ao acobertamento do exercício da profissão por pessoas não habilitadas.

Atualmente, a formação do musicoterapeuta é realizada em cursos de graduação ou especialização em Musicoterapia. VON BARANOW (1999) relaciona as matérias específicas do curso de formação de musicoterapeutas, as quais são agrupadas em matérias de Musicoterapia - Teoria e prática musicoterápica, Técnicas musicoterápicas, Musicoterapia aplicada, dentre outras; Medicina – Anatomia, Fisiologia, Neurologia, Psiquiatria, dentre outras; Psicologia – Psicologia do Desenvolvimento, da Percepção, do Excepcional e da Personalidade e Psicopatologia; Música – Teoria Musical, história da música, Folclore, Percepção, Harmonia, Métodos de musicalização e Prática vocal (técnica vocal e/ou coral) e

instrumental (violão, flauta doce e percussão); Áreas afins – Filosofia, Sociologia, Antropologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicomotricidade, dentre outras.

A formação do musicoterapeuta é híbrida. Está contida na área da música e da saúde. Por isso é fundamental que o profissional desta área saiba música e colete informações pertinente sobre a vida pessoal e clínica do seu paciente. Assim, se o musicoterapeuta não sabe música, não conhece particularidades da vida do paciente, características da sua patologia, seu diagnóstico e prognóstico, não terá perícia para atuar na profissão.

Essa formação transdisciplinar ressoa com os ensinamentos da Bioética. Marcuse (apud SIQUEIRA, 2008, p.22) defende que, para ser um bom profissional da saúde, não é suficiente “dominar técnicas de uma área especializada do conhecimento, mas ser igualmente competente no saber de humanidades.”

No período em que escrevemos esta dissertação, a profissão de musicoterapeuta tramita em Brasília. O Projeto de Lei nº 0025/2005 (apud FREIRE, 2007), o qual dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de Musicoterapia, estabelece, no artigo 3º, que poderão exercer a profissão de Musicoterapeuta em nosso país: os possuidores de diplomas de graduação em Musicoterapia (educação superior), expedido no Brasil, por instituições públicas ou privadas de educação reconhecidas pelo Governo Federal; os portadores de diploma de nível superior equivalente à graduação em Musicoterapia, expedido por escola estrangeira, reconhecida pelas leis de seu país e revalidado de acordo com a legislação brasileira em vigor; os atuais portadores de diploma de graduação em Música com Habilitação em Musicoterapia expedido no Brasil, por instituições públicas ou privadas de educação ou particulares reconhecidas pelo Governo Federal; os alunos que estiverem regularmente matriculados na graduação em Música com Habilitação em Musicoterapia, na data da entrada em vigor desta Lei, em instituições públicas e privadas de educação e que venham a concluir esse curso; os portadores de diploma de curso de pós-graduação em Musicoterapia (especialização, mestrado e/ou doutorado) reconhecida no País, expedido por escola estrangeira ou brasileira, até a data de entrada em vigor desta Lei, desde que reconhecido no País; os alunos que estejam regularmente matriculados em curso de pós-graduação em Musicoterapia, no momento da aprovação desta Lei e que venham a concluir esse curso; os portadores de diploma de nível superior que na data de entrada em vigor desta lei tenham exercido comprovadamente, durante o período de 5 (cinco) anos, a atividade de Musicoterapia e requeiram o registro no prazo máximo de 2 (dois) anos.

Devido à inexistência da regulamentação da profissão de musicoterapeuta, existem, atualmente, pessoas sem formação em musicoterapia que se auto-intitulam

musicoterapeutas, sem que seja possível impedir ou punir tal comportamento.

Além de questões relativas à formação do musicoterapeuta, que caracterizam a imperícia, outras questões aparecem para definir outra modalidade do erro musicoterápico, ou seja, a imprudência.

A imprudência ocorre quando o musicoterapeuta executa procedimentos em sua prática, sem respaldo científico ou sem esclarecimento ao paciente ou responsável. O musicoterapeuta coloca seu paciente em risco. Ressaltamos a importância da pesquisa científica para dar fundamentação ao exercício da musicoterapia. É possível que o musicoterapeuta utilize uma música e não conheça o potencial desta música ou não conheça a história sonora do paciente para saber como ele irá reagir. Por fim, temos a negligência como a última das três modalidades que expressam o erro musicoterápico.

A negligência dá-se no momento em que o musicoterapeuta age sem responsabilidades para com seu paciente e/ou também para com a instituição onde trabalha. A imprudência pode ocorrer por uma ação, enquanto a negligência por uma omissão ou inação.

Por meio de uma pesquisa qualitativa, Barcellos (2004a) identificou as ações, reações e inações como mecanismos de atuação do musicoterapeuta. Dependendo do objetivo que o musicoterapeuta quer alcançar, as ações do musicoterapeuta poderão ser assim caracterizadas: conduzir um relaxamento, conduzir um aquecimento ou apresentar propostas de atividades musicais/musicoterápicas. Já as reações do musicoterapeuta ocorrem em resposta a uma atuação do paciente. São apontadas como reações: interagir com o paciente e intervir. E, por último, a autora cita a inação como sendo “a inatividade física/corporal do musicoterapeuta, mas de atenção para e de percepção e escuta de conteúdos veiculados/expressos pelo paciente” (p.13).

Em artigo anterior à citada pesquisa, Barcellos (1992b) apresenta uma divisão didática das intervenções que podem ocorrer na Musicoterapia: intervenções verbais, faladas ou cantadas (interrogar, informar, confirmar, clarificar, recapitular, assinalar, interpretar, indicar, sugerir, meta-intervenções e outras intervenções, como anunciar mudanças no contrato terapêutico etc); intervenções musicais (intervenções rítmicas, intervenções melódicas, intervenções harmônicas); intervenções paraverbais, intervenções corporais e outras intervenções, como as colocações de limites.

Devemos ressaltar a importância de se fazer intervenções adequadas, em momentos adequados. Muitas vezes, a falta de uma intervenção num determinado momento da terapia ou, ainda, intervenções mal feitas podem gerar danos ao paciente.

Tomando como base o princípio de ISO, utilizado pela Musicoterapia, o qual

valoriza a hipótese da existência de um som, ou de um conjunto de sons, interno e individualizado para cada pessoa (BENENZON, 1985), exemplificaremos a importância de respeitar o ISO do paciente, com uma intervenção citada por Barcellos (1992a). A autora cita o caso de uma menina de 10 anos de idade, extremamente agressiva e hiperativa. Em algumas sessões de musicoterapia a paciente corria pela sala, jogando instrumentos e objetos no chão.

Fazendo uma breve análise do caso apresentado por Barcellos (1992a), o senso comum diria que, para uma paciente agitada e hiperativa, deveria ser colocada uma “música calma, tranquila”, para “relaxar” a paciente. Esta seria uma intervenção mal feita, uma vez que, tomando por base o princípio de ISO, deveria ser utilizado algum som, ou conjunto de sons que estivessem de acordo com o tempo mental (interno) daquela paciente, ou seja, seguindo o andamento rápido com que a paciente se movimentava. Foi exatamente isto que as musicoterapeutas que atendiam aquela paciente fizeram. Utilizaram um instrumento de percussão tocando-o no mesmo ritmo em que a paciente corria pela sala. Também procuraram interagir, com a paciente, seguindo a mesma movimentação dela, até diminuirmos o andamento e a intensidade das batidas no instrumento, chegando a pequenos movimentos, juntamente com a paciente, os quais foram diminuindo e sendo, então, direcionados para a realização de jogos rítmicos, possibilitando, assim, “a descarga e canalização da agressividade e diminuição da hiperatividade” (BARCELLOS, 1992a, p. 21). Importante ressaltar que, se essa intervenção fosse conduzida de uma forma diferente da que foi realizada pelas musicoterapeutas, poderia trazer prejuízos à paciente, tais como, não realizar o contato e, por conseguinte, não obter ganhos com relação aos sintomas apresentados por ela e não alcançar os objetivos traçados, nesse caso específicos, pelos musicoterapeutas.

Em relação às ações e inações do musicoterapeuta, é importante destacar o silêncio em musicoterapia. Às vezes é difícil conceber a idéia de silêncio num *setting* musicoterápico, pelo fato de o musicoterapeuta ter a música como seu principal instrumento de trabalho e por imaginar a música, exclusivamente, como um conjunto de sons. No entanto, o silêncio também faz parte da música. Muitas vezes, o paciente precisa de silêncio (de tempo) para assimilar tudo que foi oferecido a ele. O silêncio pode não significar apenas petrificação ou vazio, mas sim um engendramento de algo que está por vir, como algo que não pode ser ainda expresso por meio da linguagem verbal, nem da linguagem não-verbal, algo indizível. Segundo Rubini (1994),

não há portanto um vazio que não contém nada e sim um plano da subjetividade que é vivido, sentido como vazio uma vez que não obedece a ordem daquilo que é passível de ser dito, do que é passível de ser representado

desta ou daquela maneira (p. 23).

A autora diferencia dois tipos de “indizível” na clínica: no primeiro, há algo que deve ser acessado para que se transforme no dizer, mas ainda não está pleno na sua capacidade de dar indicações. Essa experiência pode levar o paciente a uma sensação de vazio. Após ser simbolizada e dita, compreende-se a que a experiência se refere, então o paciente poderá processá-la e digeri-la conscientemente. No segundo tipo, há um espaço gestacional que não deve ser invadido, pois algo está se engendrando. Desrespeitar esse silêncio pode se tornar algo iatrogênico. O primeiro tipo de indizível deve ser acessado pelo terapeuta para levar o paciente a dizer, a expressar-se, e o segundo deve permanecer silencioso, respeitando o tempo interno do paciente. O momento de agir ou de deixar de agir dependerá da inter-relação existente entre terapeuta e paciente. A partir disso, o terapeuta saberá discriminar os tipos de indizível e conduzir o processo musicoterápico.

Podemos redefinir o conceito de iatrogenia no âmbito da musicoterapia como aquele dano ou prejuízo causado pelo musicoterapeuta no paciente nos âmbitos físico, mental, psicológico e espiritual. Como podem ser visto, então, os conceitos de erro em musicoterapia e de iatrogenia ampliam-se muito em relação ao erro médico.

Enumeramos várias possibilidades de ocorrências de iatrogenia em musicoterapia, tais como aquelas desencadeadas por:

- a) escolhas inadequadas ou inoportunas de métodos, técnicas ou atividades;
- b) consignas não claras dadas ao paciente;
- c) aplicação da técnica de forma incorreta;
- d) escolha inadequada do(s) instrumento(s) musical(ais);
- e) interpretação equivocada da produção sonora ou musical do paciente;
- f) inação no momento em que o musicoterapeuta deveria fazer um outro tipo de intervenção;
- g) desrespeito ao tempo interno e/ou ao estado emocional do paciente;
- h) escolha do repertório sem critérios científicos;
- i) interpretação errônea quanto ao silêncio do paciente;
- i) e outras.

## - CAPÍTULO IV -

### DELINEAMENTO DA PESQUISA

A utilização da música com objetivos terapêuticos caracteriza-se pela subjetividade que envolve esta prática no campo da saúde. Este objeto de estudo relaciona-se a uma prática híbrida, envolvendo Ciência e Arte. Segundo Chagas e Pedro (2008),

a realidade de um ser humano que vivencia simultaneamente músicas e sofrimento, explorações sonoras e deficiências sensoriais é a terra híbrida onde se desenvolveu o conhecimento musicoterapêutico. A terra híbrida que coloca uma sessão clínica em Musicoterapia no lugar ambíguo de não pertencer à Música, nem à Psicologia, nem à Medicina (p.60).

Os autores comentam que o uso da música, como um dos fios principais na prática clínica, compõe uma rede complexa. Buscamos compreender essa rede complexa do uso da música por outros profissionais de saúde, além do musicoterapeuta. Tomamos como base para reflexão a fundamentação teórica da própria Musicoterapia, que vem utilizando a música na saúde com objetivos terapêuticos, e também buscamos fundamentação na Bioética, no que se refere à análise de situações que favorecem que a música não se torne um elemento iatrogênico no contexto da saúde, em que se busca a qualidade de vida do ser humano, em atenção ao princípio da beneficência.

#### **4.1 – Tipo de pesquisa**

Optamos por desenvolver esta pesquisa dentro de uma perspectiva qualitativa, tendo em vista a subjetividade que envolve a relação homem-música. A pesquisa qualitativa “propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação” (MINAYO, 2006, p.57). Essas aberturas possíveis, no campo da subjetividade, favorecem a construção de um trabalho que propõe uma interlocução entre Ciência e Arte. Bruscia (2000, p. 267) comenta que os estudos qualitativos “colocam o foco no fenômeno completo que não foi reduzido a variáveis específicas”.

Apesar da crítica em não se considerar científico aquilo que não pode ser operacionalizável em números e variáveis (MINAYO, 2006), a pesquisa qualitativa supõe a dualidade entre o qualitativo e o quantitativo, entre o positivismo e a valorização dos significados. Esta dualidade ficou caracterizada pelo próprio objeto desta pesquisa: a utilização da música no contexto da saúde. Música e Saúde, Arte e Ciência. Mas, a mesma autora afirma que

... no campo da saúde se vivencia a complexidade dos objetos de estudo pois a abrangente área biomédica não pode prescindir da problemática social, uma vez que o corpo humano está atravessado pelas determinações das condições, situações e estilos de vida (MINAYO, 2006, p.28).

Assim, através do estudo bibliográfico e coleta de dados, através de entrevistas semi-estruturadas e observação da prática clínica musicoterápica, tivemos por objetivo analisar a utilização da música com objetivos terapêuticos em diferentes contextos clínicos da área da Saúde. Este objetivo refere-se a aspectos qualitativos, pois nosso interesse era verificar como se dava a prática desses profissionais, ou seja, caracterizar os profissionais da saúde, a saber, médico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, dentista, psicólogo, fonoaudiólogo e enfermeiro que utilizam música em suas práticas e verticalizar esse estudo com a prática clínica do musicoterapeuta. Grander (apud MINAYO, 2006, p.58), comenta que “a necessidade de usar métodos e técnicas não quantitativas é consequência da necessidade de captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social”.

#### **4.2 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa**

Após a aprovação do projeto de pesquisa pela Coordenadoria da Pós-Graduação em Música *Stricto Sensu* da EMAC-UFG e pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás, buscamos informações sobre profissionais da saúde das áreas de Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Enfermagem, Medicina e Odontologia que utilizassem música em sua prática clínica. O objetivo era encontrar um profissional de cada uma dessas áreas que utilizasse a música com certa frequência em seus atendimentos. No caso de não encontrar algum desses profissionais, poder-se-ia substituir o profissional que não foi encontrado por algum outro relacionado dentre os profissionais da saúde.

Primeiramente, buscamos informações em instituições de saúde e acadêmicas sobre os profissionais que utilizavam música em sua prática clínica. Contactamos as principais instituições de ensino superior do Estado de Goiás (Universidade Federal de Goiás, Universidade Estadual de Goiás e Universidade Católica de Goiás). Também contactamos instituições de saúde e diversos profissionais da saúde, para que pudessem indicar algum profissional que estivesse dentro dos critérios pré-definidos.

Foram incluídos, como sujeitos desta pesquisa, oito profissionais da área da saúde. Um médico ginecologista e obstetra, um médico acupunturista, um odontólogo, uma musicoterapeuta, um psicólogo, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e uma terapeuta

ocupacional.

Os profissionais da área de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, odontologia e musicoterapia foram indicados pelas instituições acadêmicas onde havia a formação desses profissionais. Os profissionais da medicina e da psicologia foram indicados por outros profissionais de saúde. Infelizmente, não conseguimos localizar profissional da enfermagem que utilizasse música em sua prática clínica com frequência. Substituímos, então, o profissional da enfermagem por outro profissional da medicina. Todos aceitaram participar. Não houve recusas.

O odontólogo, a fonoaudióloga, a fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional e a musicoterapeuta, além de exercerem a prática clínica e utilizarem música no contexto clínico, também exerciam a docência superior nas suas respectivas áreas. Os médicos e o psicólogo atuavam em clínicas particulares, o odontólogo, a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional em instituição pública, e a fonoaudióloga e a musicoterapeuta em instituição pública de saúde e consultório particular.

A terapeuta ocupacional foi entrevistada em seu próprio local de trabalho, uma instituição pública de saúde. Formada em terapia ocupacional há dezenove anos. Trabalha na área de neuropediatria. Especialista no método Bobath e em LER/DORT<sup>7</sup> e docente do curso de Terapia Ocupacional.

O médico ginecologista e obstetra concedeu-nos a entrevista em seu consultório médico. Formado em medicina há dezesseis anos, com especialização em ginecologia e obstetrícia, com cursos de especialização em ultra-sonografia e vídeolaparoscopia. Atua como ginecologista e obstetra há treze anos.

O médico acupunturista foi entrevistado no seu consultório particular. Formado em medicina há vinte e oito anos. Especialista em acupuntura e também em cancerologia. Trabalha em clínica de dor, especialmente em acupuntura, onde atende pacientes cuja maior frequência de sintomas é a dor lombar, seguida pela cefaléia.

A entrevista com a fonoaudióloga foi realizada em seu consultório. Formada em fonoaudiologia há vinte e oito anos. Tem especialização na área de distúrbios da comunicação oral e no método Bobath. Atua como docente no curso de fonoaudiologia. Trabalha na área de neuropediatria.

A fisioterapeuta foi entrevistada na instituição pública de saúde na qual trabalha. Formada em fisioterapia há vinte e três anos, com especialização em fisioterapia neurológica,

---

<sup>7</sup> Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

formação no curso Bobath e também atua como docente no curso de fisioterapia. Trabalha na área de neurologia infantil.

O psicólogo foi entrevistado em seu consultório. Graduado em psicologia e em enfermagem, possui especialização em Saúde Mental e está concluindo a especialização em Docência universitária e em formação na Psicanálise. Atua em consultório particular há quinze anos, atendendo pacientes neuróticos.

O odontólogo foi entrevistado na instituição pública de saúde em que trabalha. Formado em odontologia há vinte e seis anos. Fez especialização, residência, mestrado e doutorado em sua área específica (odontologia). Trabalha como docente no curso de odontologia e atende pacientes submetidos a tratamento odontológico cirúrgico.

A musicoterapeuta atua na clínica musicoterápica há cinco anos. Graduada em Musicoterapia, Bacharel em Piano, Licenciada em Música, Bacharel em Direito, especialista em Direito do Trabalho e Processual Trabalhista, mestre em Música e cursa o doutorado em Ciências da Saúde. Trabalha na área neurológica e também na saúde mental.

### **4.3 – Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa que resultou neste trabalho foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás. Logo após, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Goiás, sob protocolo nº 136/2007.

Depois do contato inicial com os profissionais da saúde que utilizam música em suas práticas clínicas, além do musicoterapeuta, e o aceite desses profissionais em participar da pesquisa, os sujeitos da pesquisa foram informados e esclarecidos sobre os procedimentos metodológicos da pesquisa e convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II) – TCLE - em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e outra com o pesquisador.

O TCLE apresentava o pesquisador, os sujeitos da pesquisa e os instrumentos de coleta de dados. Relatava que os riscos em participar da pesquisa seriam mínimos, uma vez que seriam utilizados como instrumento de coleta de dados entrevistas semi-estruturadas e relatórios de observação da prática clínica musicoterápica e análise musicoterápica, e por não envolver a utilização de medicamentos, exames e/ou outros procedimentos invasivos. Descrevia que os benefícios a serem alcançados com a pesquisa seriam a oportunidade de refletir mais sobre a utilização da música em sua prática clínica. Garantia a privacidade da

identidade dos profissionais de saúde participantes da pesquisa, assim como a confidencialidade do material de pesquisa, servindo, unicamente, para a realização de estudos, apresentação em eventos científicos e publicações científicas.

#### **4.4 – Critério de inclusão e exclusão**

Adotamos como critério de exclusão que os profissionais das áreas de Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Enfermagem, Medicina e Odontologia não deveriam ser musicoterapeutas, nem estarem incluídos em equipes multi ou interdisciplinar onde houvesse musicoterapeutas. Este critério foi definido pelo fato do musicoterapeuta ser um profissional que tem formação para utilizar a música num contexto terapêutico. Desta forma, se o profissional da saúde fosse musicoterapeuta ou tivesse contato com o profissional musicoterapeuta, um dos objetivos da pesquisa poderia ser prejudicado, pois, possivelmente, teria sido informado sobre o uso científico da música no contexto da saúde pelo musicoterapeuta.

#### **4.5 – Coleta de dados**

Foram adotados, como procedimentos de coleta de dados, uma entrevista semi-estruturada e relatórios de observação de sessões de musicoterapia, com registro pertinente num diário de campo. Os seguintes profissionais de saúde (médico ginecologista e obstetra, médico acupunturista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo e dentista) participaram como sujeitos de uma entrevista semi-estruturada. O musicoterapeuta participou de um estudo sobre a sua prática clínica, onde o instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada e relatórios de observação de sua prática clínica.

##### **4.5.1 - Entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da Saúde**

A entrevista semi-estruturada (ANEXO III) foi escolhida como o procedimento de coleta de dados para obtermos conhecimentos sobre o uso da música com objetivos terapêuticos pelos sujeitos da pesquisa. Neste tipo de instrumento de pesquisa qualitativa (entrevista semi-estruturada), há a combinação de perguntas fechadas e abertas, na qual o entrevistado pode discorrer sobre o que foi perguntado sem se prender somente às indagações feitas pelo entrevistador (MINAYO, 2006).

Seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que regulamenta as pesquisa com seres humanos, a identidade dos sujeitos da pesquisa foi preservada, sendo identificados pela profissão que exercia, no gênero masculino ou feminino do participante da pesquisa. Assim tivemos: a terapeuta ocupacional, o médico ginecologista e obstetra, o médico acupunturista, a fonoaudióloga, a fisioterapeuta, a musicoterapeuta, o psicólogo e o odontólogo.

Tendo o roteiro devidamente estruturado, as entrevistas foram agendadas por telefone, com os sujeitos da pesquisa, de acordo com os seus horários disponíveis e os do pesquisador. Os materiais utilizados na entrevista foram o roteiro para entrevista semi-estruturada, MP3 com gravador de voz, caneta e papel para anotações. Antes de iniciar a entrevista foi explicado do que se tratava a pesquisa e cada profissional foi convidado a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as entrevistas foram realizadas durante o mês de maio de 2008 e seguiram o mesmo roteiro.

O roteiro da entrevista semi-estruturada teve a seguinte estrutura:

- 1 - Formação;
- 2 - Tempo de atuação;
- 3 - Tipo de clientela;
- 4 - Sobre a utilização da música: escolha do repertório, objetivos terapêuticos pretendidos, formas de aplicação da música e seus elementos; percepção quanto à reação dos pacientes à música;
- 5 - Concepções do profissional sobre quais fatores podem contribuir para que a utilização da música torne-se iatrogênica no contexto da saúde;
- 6 – Conhecimentos sobre referência bibliográfica sobre o tema

#### **4.5.2 – Estudo da prática clínica de um musicoterapeuta**

Justificamos a realização de um estudo sobre a prática clínica de um musicoterapeuta, devido à necessidade de melhor caracterizar esta prática, que consiste na utilização da música como terapia. O instrumento de trabalho do musicoterapeuta é a música, sendo este o diferencial da Musicoterapia<sup>8</sup>. Espera-se, nesse estudo, encontrar elementos que possam subsidiar conhecimentos sobre o uso da música no *setting* musicoterápico, evitando assim, que ela se torne iatrogênica. Todos os esforços devem ser realizados no sentido de

---

<sup>8</sup> Ver Craveiro de Sá (2004).

tornar as experiências musicais/musicoterápicas não iatrogênicas, isto é, não prejudiciais ao(s) cliente(s) que vem em busca de ajuda, de melhoria para sua saúde física e/ou mental.

O estudo foi realizado com uma profissional musicoterapeuta que trabalha na área neurológica, pois se houver um dano ao paciente, seus resultados serão mais visíveis, pelo fato de envolver mais diretamente os aspectos fisiológicos. Esse estudo efetivou-se através de uma entrevista semi-estrutura e observações diretas de três sessões musicoterápicas. Foram observados aspectos da sua prática clínica musicoterápica, visando encontrar elementos que apontassem para a presença ou não de iatrogenia naquele contexto.

A razão para ter sido escolhida a área neurológica para a realização do estudo de caso, justifica-se pelo fato de nesta área, a música aparecer mais como experiência objetiva<sup>9</sup>. Sendo assim, se houver algum erro do musicoterapeuta, os resultados danosos serão mais visíveis. Lembramos que a música na Musicoterapia deve ser considerada por seus aspectos objetivos (efeitos da música no ser humano) e subjetivos (aspectos inter-relacionais e a natureza polissêmica da música).

A entrevista semi-estruturada (ANEXO IV) foi concedida por uma musicoterapeuta, a qual exerce a função clínica há mais de três anos. Entramos em contato com esta profissional por telefone, por indicação de uma outra musicoterapeuta. Agendamos o dia e o local para realização da entrevista. Inicialmente, explicamos do que se tratava a pesquisa, oportunizamos à profissional a ler o TCLE e assiná-lo em duas vias. Utilizamos o roteiro para entrevista semi-estruturada, MP3 com gravador de voz, caneta e papel para anotações como recursos.

Os tópicos da entrevista foram:

- 1 – Formação;
- 2 – Tempo de atuação;
- 3 – Processo terapêuticos;
- 4 – Escolha do repertório;
- 5 – Reações do paciente à música;
- 6 – Exemplos clínicos do uso da música
- 7 - Reflexões sobre como evitar que a música torne-se iatrogênica no contexto musicoterápico

O segundo instrumento de coleta de dados foram observações de três sessões de Musicoterapia (ANEXO V), as quais ocorreram nos dias 29 de agosto de 2008, 02 de setembro de 2008 e 05 de setembro de 2008. Também usamos como recursos o roteiro para

---

<sup>9</sup> Bruscia (2000) define a música como experiência objetiva quando o musicoterapeuta utiliza-a “para influenciar diretamente o corpo ou o comportamento do cliente de modo observável” (p.143).

entrevista semi-estruturada, MP3 com gravador de voz, caneta e papel para anotações.

Utilizamos como tópicos para a observação da prática clínica:

- 1 – História clínica da paciente;
- 2 – História sonora;
- 3 – Escolha das músicas;
- 4 – Escolha dos instrumentos musicais;
- 5 – Escolha das técnicas;
- 6 – Intervenções sonoras e musicais;
- 7 – Intervenções pára-verbais e verbais
- 8 – Análise sobre as ações do musicoterapeuta no setting musicoterápico.

#### **4.6 – Análises dos dados**

Minayo (2006) afirma que há três grandes obstáculos ao se iniciar a análise de dados. O primeiro obstáculo é superar a ingenuidade do pesquisador com a familiaridade que tem o objeto de pesquisa. É necessário penetrar na realidade. O segundo obstáculo é supervalorizar os métodos e técnicas, esquecendo-se de fazer o material algo compreensível. O terceiro obstáculo é a dificuldade em associar as teorias com os achados em campo.

A autora ainda comenta sobre os objetivos da análise do material qualitativo. O primeiro objetivo é ultrapassar as incertezas levantadas pelas hipóteses e pressupostos. O segundo objetivo é o enriquecimento da leitura, superando a visão superficial e imediata do tema. O terceiro objetivo é a integração das descobertas. Perceber a essência do conteúdo do material levantado.

Os dados obtidos nesta pesquisa, mediante as entrevistas semi-estruturadas, foram transcritos e analisados a partir da análise de conteúdo e o referencial teórico da Musicoterapia e da Bioética. Os dados obtidos através da observação da prática clínica do musicoterapeuta foram descritos e analisados com base no mesmo referencial teórico, ou seja, da Musicoterapia e da Bioética.

A análise de conteúdo busca interpretar o material qualitativo. Como técnica desta análise foi realizada a análise categorial temática, a qual “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo agrupamentos analógicos” (BARDIN, 2008, p.199). A análise de conteúdo “visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação” (MINAYO,

2006, p. 308).

Bardin (2008) trata da análise de conteúdo, definindo-a como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a conteúdos e continentes extremamente diversificados, a análise das comunicações. Diante do hibridismo que caracteriza a prática de profissionais da saúde que utilizam a música como terapêutica, a análise de conteúdo vem como um instrumento de análise do material qualitativo, que oscila “entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade” (p.11).

O principal objetivo da análise de conteúdo, tipo de análise escolhida para a análise de dados, é a inferência<sup>10</sup> de conhecimentos obtidos por meio do conteúdo e expressão do conteúdo das mensagens (ibid).

Como técnica, foi utilizada a análise categorial temática.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os <<núcleos de sentido>> que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido (BARDIN, 2008, p.131).

A análise foi desenvolvida em três momentos, segundo os ensinamentos de Bardin (2008). O primeiro momento constituiu-se da pré-análise; o segundo, da exploração do material e o terceiro, do tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise ocorreu, inicialmente, a leitura flutuante dos documentos a serem analisados, isto é, as entrevistas semi-estruturadas com profissionais da Saúde e o estudo de caso (entrevista semi-estruturada e relatório de observação da prática clínica musicoterápica) com o profissional musicoterapeuta, os quais constituíram o corpus da análise. Essa leitura flutuante visou ter o primeiro contato com os documentos, deixando-nos invadir por suas impressões.

Partimos para o segundo momento da análise, ou seja, a exploração do material. Fizemos a codificação do material, a transformação dos dados brutos em texto (BARDIN, 2008). A unidade de registro, a ser considerada como unidade base, foi o tema constituído das falas originadas dos tópicos da entrevista semi-estruturada.

No terceiro momento passamos as discussões, realizando inferências a partir das falas dos profissionais da saúde e do estudo caso.

---

<sup>10</sup> Inferência: operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras (BARDIN, 2008, p.41).

## - CAPÍTULO V -

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão do nosso objeto de estudo, apresentaremos, neste capítulo, os resultados e a respectiva discussão sobre a prática clínica dos profissionais da saúde, incluindo aqui o musicoterapeuta. Voltamos a afirmar que, ao apresentar, neste trabalho, o profissional musicoterapeuta separando-o dos outros profissionais da saúde é devido ao fato de que o musicoterapeuta tem uma formação específica voltada para o uso da música como terapia. Sendo assim, verticalizamos o estudo da música no contexto clínico da Musicoterapia, desenvolvendo um estudo de caso com o referido profissional.

Organizamos os resultados em dois momentos: no primeiro momento, apresentaremos as categorias e as discussões com base nas entrevistas semi-estruturadas desenvolvidas com os profissionais da saúde; no segundo momento, enfocaremos a prática clínica do musicoterapeuta através de um estudo de caso, em que serão apresentadas as categorias e discussões surgidas da entrevista semi-estruturada com o musicoterapeuta e das observações de três sessões musicoterápicas. Finalmente, faremos uma análise com base no referencial teórico da Musicoterapia e Bioética.

#### 5.1 – Categorias das entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde

A partir das falas dos profissionais da saúde, surgiram as seguintes categorias temáticas, relacionadas à utilização da música com objetivos terapêuticos no contexto clínico: 1) *padrão de uso da música pelos profissionais de saúde*; 2) *escolha do repertório*; 3) *forma de aplicação da música*; 4) *elemento musical enfatizado*; 5) *objetivos pretendidos ao se utilizar a música*; 6) *efeitos da música*; 7) *prevenção de iatrogenia na utilização da música com objetivos terapêuticos*; 8) *referências sobre o tema música nas profissões*.

##### 1) *Padrão de uso da música pelos profissionais da saúde*

Emergiram das expressões dos profissionais da saúde a periodicidade ou não da aplicação da música em suas práticas. Alguns destes aplicam a música *a priori*:

“Então a música é um recurso muito bom. Toda vida eu uso música”  
(Fisioterapeuta).

“Utilizo na rotina. A hora que o paciente entra na clínica, ele já entra

escutando música. Eu só sei que eu não trabalho sem música” (Dentista).  
“Mas na minha clínica particular eu costumo utilizar música sim” (Fonoaudióloga).  
“Tem duas coisas que eu costumo fazer, uma delas é usar música”. E uma coisa que eu uso muito no consultório é o humor” (Médico ginecologista e obstetra).

A música é aplicada como mais um recurso na prática clínica dos profissionais da saúde. De modo geral, esta é uma prática comum em todo o procedimento clínico.

Acreditamos que os profissionais da saúde buscam criar um ambiente de melhor qualidade para os pacientes, e encontram na música um meio para que isto seja possível. Bergold (2005, p. 12) traz que a utilização da música na saúde é justificada pelo trabalho de humanização, “tendo em vista a Portaria do Ministério da Saúde nº. 881 de 19 de junho de 1991, que institui no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)”.

Pelo fato da música ser usada como mais um recurso e não como o foco da terapia, Bruscia (2000) distingue a música na terapia, que é esta música utilizada pelo profissional da saúde como pano de fundo, e não em primeiro plano, como acontece na música como terapia, onde a música é o foco da terapia. A única terapia a utilizar a música como terapia é a Musicoterapia.

O uso freqüente da música pode estar associado a aspectos da própria formação dos profissionais da saúde, segundo os relatos:

“Nós somos bobathianos e o Bobath coloca também como um dos seus objetivos de trabalho, integrar as outras áreas de tratamento, onde entra a integração sensorial, os manuseios pontos-chaves, o brincar e a música também” (Terapeuta ocupacional).

“Porque lá, eu tive na China, inclusive, lá você faz todos esses itens. Eles colocam. Eles estimulam e colocam já esses benefícios. Tanto de músicas, de ervas” (Médico acupunturista).

Na formação de algumas profissões da saúde é recomendado o uso da música, pela crença dos benefícios deste uso. No entanto, esta recomendação é baseada no empirismo, pois não existem conteúdos específicos no currículo destes profissionais que tratem do emprego da música na saúde, como constataremos a seguir, na categoria “referências sobre o tema”.

Outro profissional da saúde, sujeito da pesquisa, emprega a música em um momento específico, ou nem usa a música. Isso depende das características do paciente, conforme refere a seguir:

“Se eu percebo que a pessoa não tem essa estrutura eu não coloco, eu dou um

tempo, a gente vai caminhando, pode ser um mês, dois meses, aí depois eu já posso começar. Têm outros que eu nem começo. Tem pessoa que eu trabalho sem música” (Psicólogo).

Desde o início do processo terapêutico já existe uma preocupação da parte desse profissional sobre o uso da música. Preocupação com o bem estar do paciente e com sua estruturação psíquica. Isto nos leva a crer que o profissional da saúde já atribui um papel especial, benéfico ou maléfico à música, mesmo que inconscientemente. Confirmamos esta hipótese quando o profissional deixa de usar música com alguns pacientes.

O uso da música pelos profissionais da saúde revela uma busca por uma maior subjetividade na prática clínica, marcada pelo uso da música em seus atendimentos. A aproximação entre ciência e arte. Weber (2004) nos fala que, na Idade Média, o currículo das escolas médicas incluía a música, herança herdada do pitagorismo, em cujas disciplinas faziam parte a geometria, a astronomia e a teoria musical. A frequência do uso da música pelos profissionais pode significar a quebra da objetividade da ciência e a busca por uma maior subjetividade encontrada nas artes, no caso, na música.

## 2) *Escolha do repertório*

A escolha do repertório utilizado na clínica é feito de acordo com as preferências musicais do profissional da saúde, pela patologia do paciente, pelo gosto musical do paciente ou pela busca de um equilíbrio entre o gosto musical do profissional e o gosto musical do paciente. O tipo de repertório varia segundo o andamento e a intensidade da música, se a música é somente instrumental ou se, além de instrumental, também tem letra. O repertório escolhido pelo gosto musical do profissional é baseado em sua intuição ou preferências musicais, como constatamos nas falas:

“Vai um pouco assim da minha lembrança da infância” (Fisioterapeuta).

“Num primeiro momento eu a escolho, evidentemente, pelo meu gostar, não é? Eu gosto, eu colocó” (Psicólogo).

“No meu caso, individualmente, como eu gosto, eu trabalho a minha preferência” (Dentista).

“É o que eu acho interessante” (Médico ginecologista e obstetra).

“Eu acho que é do dia. Tem dia que eu mesmo quero a música de um jeito e tudo. Depende do dia. Não tem um padrão não. Primeiro eu tenho que achar bonito” (Médico acupunturista).

Esses profissionais não têm formação específica em música, por isso atuam de forma intuitiva. Assim, como possuem experiências prazerosas com algumas músicas, acreditam que o paciente também terá essas mesmas experiências.

Baseados na literatura da Musicoterapia, entendemos que as músicas usadas no

contexto clínico devem ressoar com a identidade sonora do paciente. Logo, o repertório não pode estar associado ao gosto musical do profissional da saúde, mas às preferências musicais do paciente.

Os gostos musicais dos profissionais apresentam variações, que vão desde músicas infantis ao rock, passando pela música erudita.

“Uma música que é muito comum, desde o comecinho da vida é “Parabéns pra você”. São mais músicas mesmo infantis. A gente procura lembrar daquelas músicas de brincadeira, 'Ciranda cirandinha” (Fisioterapeuta).

“Agora eu procuro ficar naquelas músicas com característica mais de relaxamento, mais tranqüila” (Psicólogo).

“Então agora mesmo eu estou tocando até trilha sonora em italiano, que é um conjunto chamado “Il Divo”. Na maioria das vezes vocal e instrumental e algumas só (música) instrumental. Nos pacientes mais jovens, quando você tem uma clínica de pacientes mais jovens, que isso é bem determinado, pode tocar um rock. Mas é um Nirvana acústico” (Dentista).

“O repertório [...] eu procuro usar música clássica, instrumental, suave. Têm música tipo new age, rock progressivo [...]. E a gente usa mais músicas alegres. Uma música que eu acho muito alegre é a “Primavera”<sup>11</sup>, de Vivaldi. Músicas que tenham mais percussão. Tem música de MPB<sup>12</sup>, música de bossa nova [...]. Eu opero em outros hospitais, aí a gente coloca um modão sertanejo [...]. Eu diria que tem umas espécies de músicas que são universalmente aceitas. Então eu procuro ser bem eclético, mas usando mais músicas clássicas” (Médico ginecologista e obstetra).

“A maioria das nossas músicas [...] sons da natureza, cachoeira, água, passarinhos. Sons da natureza e mais instrumental. Tocou uma Enya aí, né doutor? Legal! Que ótimo!” (Médico acupunturista).

Como existe a familiaridade dos profissionais da saúde com algumas músicas, estas músicas também são utilizadas no contexto clínico.

Quando a profissional exemplifica a música “Parabéns pra você” como uma das primeiras músicas da vida de uma pessoa, é importante destacar que, na verdade, os acalantos são as primeiras canções ouvidas pelas crianças. Segundo Millecco Filho et al. (2001, p.37), “os acalantos são cantados por mães do mundo todo para embalar seus filhos, criando um clima afetivo de segurança, geralmente associado ao contato corporal”.

Devemos tomar certos cuidados quanto ao emprego de música tranqüila e calma. Muitas vezes, esse tipo de repertório não é o mais adequado para o paciente. Tomando como referência um dos princípios da Musicoterapia, o Princípio de ISO<sup>13</sup>, a música deve ser utilizada de acordo com o tempo mental do paciente, ou seja, deve-se levar em conta o estado de ânimo do paciente. Sendo assim, se estivermos trabalhando com um paciente depressivo, a

<sup>11</sup> “A primavera” é o primeiro movimento do concerto “As quatro estações”, do compositor italiano Antonio Vivaldi (1678-1741).

<sup>12</sup> Música Popular Brasileira

<sup>13</sup> Ver p. 23 deste trabalho.

música, em um primeiro momento, deverá ser em um andamento lento, de acordo com o tempo interno do paciente. Após acessar o tempo do paciente, o andamento deverá ser alterado gradativamente. Entretanto, se estivermos atendendo a um paciente eufórico, o andamento da música deverá, inicialmente, ser mais rápido, para, em seguida, ir diminuído gradualmente.

Às vezes o gosto musical do profissional é por um determinado tipo de música, e o gosto musical do paciente é bem diferente. Então, ao colocar a música de sua preferência para o paciente ouvir, isto pode se tornar algo que o incomoda, que não lhe traz prazer, havendo, nesse caso, um desacordo, o qual pode, em alguns casos e/ ou situações, ser iatrogênico.

Por exemplo, o profissional coloca uma música instrumental do seu próprio gosto para o paciente ouvir. Há que se considerar que este tipo de música, a instrumental, pelas suas próprias características composicionais – estrutura, forma, tecido musical, silêncios, consonâncias, dissonâncias, temporalidade, espacialidade, rupturas, sobreposições, inexistência de letra etc. - pode levar mais facilmente o paciente a um estado de consciência ampliado<sup>14</sup>, pelo fato de não existir uma letra que o mantenha ligado ao campo dos significados e das representações. Nas canções, o paciente é conduzido quase sempre pela letra da música. Certamente, ele estará sendo tocado também pela melodia, pelo ritmo, pela harmonia e por outros elementos da música. Entretanto, haverá, na maioria das vezes, um predomínio da mensagem que a letra traz. “Muitas vezes, quando é difícil dizer algo com as próprias palavras, lançamos mão daquilo que já foi dito por outras pessoas e fazemos nossas as suas palavras (...)” (BARCELLOS, 1992a, p. 25). Entretanto, se a letra da música estiver em um idioma que o paciente não domina, pode-se considerar esta música como um conjunto de sons, onde irá predominar o instrumental.

Por tudo isso, na música instrumental, a imaginação do paciente pode ser levada por caminhos completamente inesperados pelo profissional, podendo, sim, levá-lo a estados ampliados de consciência. Segundo Barcellos (1999c, p.44), “a possibilidade de a música provocar tanto a sinestesia quanto estados alterados de consciência” é um dos aspectos trabalhados pelo método GIM. Este é um dos modelos em Musicoterapia, que utiliza a audição de músicas eruditas no processo musicoterápico.

A música new age foi objeto de estudo de Araújo (2006). Segundo o autor, a música new age brasileira possui duas características principais: 1) ter uma função terapêutica

---

<sup>14</sup> Entende-se por ‘estados ampliados de consciência’ aquelas experiências que “transcendem os limites comuns da percepção, do ego e da identidade”, levando a pessoa a vivenciar uma outra dimensão espaço-temporal”(CRAVEIRO DE SÁ, 2007).

(indutora de relaxamento e/ou meditativa); 2) ser promotora e/ou reflexo de uma “nova consciência”. O objetivo do estudo estava em verificar o fato de que existe uma atribuição terapêutica a esse tipo de música. Para isso, utilizou-se “um modelo experimental baseado em alterações autonômicas, ou seja, frequência cardíaca e experimental” (ARAÚJO, 2006, p. 148). O autor conclui:

Não podemos atribuir essa função exclusiva de relaxamento para essa forma musical, pelo simples ato judicativo de nomear o que é ou não new age e, desse modo, tornando-a terapêutica ou uma música “curativa”. Verifica-se, todavia, que os indivíduos respondem a um estado de relaxamento conforme sua preferência musical. Assim, “gostar” é em primeira instância o suporte para um possível estado de relaxamento, para a possibilidade e se fazer terapia utilizando este produto do homem, a música (ARAÚJO, 2006, p. 157).

Também, há que se ter certo cuidado ao se utilizar músicas em que aparecem sons da natureza, vento, água, fogo etc. assim como sons que lembram os batimentos cardíacos e respiração. De acordo com Benenzon (1988), os sons da natureza, batimentos cardíacos, sons da expiração e inspiração, fazem parte do ISO universal e estão muito ligados a momentos mais primitivos do ser humano. Portanto, o emprego desses sons deve ser feito com cautela, pois existe a possibilidade do paciente entrar em um estado regressivo, principalmente quando o paciente está numa posição de relaxamento, numa atitude corporal mais passiva. Benenzon (1985) nomeia esses sons de sons regressivogenéticos:

são aqueles que entre outras características predomina a de produzir nos seres humanos efeitos regressivos, em maior medida que outros sons e, em geral, como um efeito universal, independente da patologia ou das características individuais. Um exemplo desta classe de sons é o batimento cardíaco (p. 18).

Percebemos que algumas falas mostram a escolha do repertório feita dependendo do tipo de paciente que está sendo atendido.

“Mas a gente tem que saber analisar o paciente, o tipo de música [...]” (Fisioterapeuta).

“Nós usamos a música também, esta já escolhida, para as crianças que têm comprometimento de atetose” (Terapeuta ocupacional).

A preocupação da escolha do repertório, a depender do tipo de paciente, foi demonstrada por profissionais da saúde, sujeitos da pesquisa, que atuam na área de reabilitação. Essa preocupação está relacionada ao tipo de música usada para auxiliar nos movimentos durante a terapia. Por isso, elas procuram associar a música à patologia do paciente, mostrando uma preocupação com a qualidade do atendimento.

Há também o relato da escolha do repertório baseado no gosto do paciente:

“Conforme o caminhar que a gente está com a pessoa ... a escolha dela trazer também (a música)” (Psicólogo).

“Pelo que o paciente gosta de ouvir. Aí eu tenho um paciente que fala assim: você não podia por o A-HA hoje? Eu falo: Posso”. (Fonoaudióloga).

Há uma preocupação em se buscar o gosto musical do paciente pelos profissionais da saúde. As preferências musicais do paciente são conhecidas no decorrer do atendimento ou no pedido pelo paciente de alguma música específica. A Musicoterapia reconhece o benefício inicial da escolha do repertório de acordo com o gosto musical do paciente.

A profissional busca acessar as músicas de acordo com as preferências musicais do paciente, utilizando para isso as mais diferentes estratégias como a internet ou seu acervo musical.

“Nós temos uma caixa com CD's de música de histórias” (Terapeuta ocupacional).

“Então hoje você tem o *Youtube*, que é fácil de você localizar a música que o paciente gosta. Então eu utilizo os mais variados tipos de música” (Fonoaudióloga).

Para atender às preferências musicais do paciente, os profissionais procuram utilizar músicas de acordo com a faixa etária do paciente ou, ainda, pela percepção dessa preferência expressa na fala do paciente.

Usar o gosto musical do paciente pode ser recomendado no início do tratamento, para estabelecer um primeiro contato, mas com o decorrer do trabalho, em algumas ocasiões, não é usado esse repertório. É preciso direcionar o gosto musical do paciente para algo que seja melhor para ele, terapeuticamente falando, pois esse gosto pode não ser o que ele precisa no momento. Inicialmente, devem ser utilizadas as preferências musicais do paciente, considerando-se, também, o Princípio de ISO.

Às vezes não é possível que o profissional faça a verificação do gosto musical do paciente, então ele busca essas informações com os familiares, como nos mostra as falas:

“Eu tenho, inclusive, um paciente que tem autismo, mas ele tem também síndrome de Down. Síndrome de Down e autismo. E com ele eu tentei algumas músicas. Eu conversei com o pai e falei: que tipo de música ele gosta? Daí ele me disse: rock pauleira. Daí o que é que eu ponho? Led Zeppelin... esse tipo de música” (Fonoaudióloga).

“Então hoje eu vou colocar só aquela criança uma música específica, porque nós perguntamos pro pai: Gosta de música? Gosta. Qual é o tipo de música que gosta? Ah! Gosta sertanejo. Então se é pra aquela criança eu vou trazer um CD sertanejo” (Terapeuta ocupacional).

Ao utilizar um repertório relatado por outra pessoa que não seja o paciente, é importante observar e certificar se este é realmente o gosto do paciente. Os pais podem acreditar que seu filho gosta de determinada música, todavia, pode não corresponder à sua real preferência.

Atenção especial deve ser dada quando o paciente tiver problemas cognitivos e emocionais, como por exemplo, o autismo. Com todas as pessoas deve-se tomar cuidado, mas em algumas situações esse cuidado deve ser muito especial, porque a pessoa está numa situação de vulnerabilidade. Desta forma, o uso da música pode ter uma repercussão muito maior para a pessoa do que se ela não fosse autista, por exemplo.

Benenson (1985), bem como Craveiro de Sá (2003), advertem que não sejam deixadas crianças autistas ouvindo músicas sozinhas, pois isto pode tornar-se um elemento iatrogênico. A música, sozinha, sem interação com outras pessoas, pode isolar ainda mais a criança autista. No uso da música com esses pacientes é necessário que haja uma participação ativa do paciente, um fazer musical entre terapeuta e paciente.

Ainda de acordo com os relatos dos profissionais da saúde, fala-se em equilibrar ambos os gostos:

Eu diria que tem umas espécies de músicas que são universalmente aceitas. Então eu procuro ser bem eclético, mas usando mais músicas clássicas".  
(Médico ginecologista e obstetra).

Existe a intenção de atender a ambos os gostos musicais. Acredita-se que há repertórios que possam agradar a ambos os envolvidos no processo terapêutico. O profissional acredita que a música é benéfica para o paciente, mesmo sem perguntar para ele, mostrando uma atitude paternalista.

Identificamos nesta categoria “repertório” quatro núcleos temáticos. São eles: repertório escolhido pelas preferências musicais do profissional da saúde, repertório escolhido de acordo com a patologia do paciente, repertório seguindo o gosto musical do paciente e repertório norteado por ambos os gostos musicais, tanto do profissional quanto do paciente.

Seguindo o princípio da autonomia, o terapeuta não pode impor suas preferências musicais, mas sim escolher o repertório a ser utilizado nos atendimentos, considerando a individualidade de cada paciente, em respeito à sua integridade e singularidade. Benenson (1985) nomeia este gosto musical do paciente de ISO individual ou gestáltico.

### 3) *Forma(s) de aplicação da música*

A música utilizada no contexto da saúde é aplicada de forma cantada ou improvisada ou através de audição de músicas gravadas. A aplicação cantada da música aparece nas seguintes falas:

“Eu prefiro mais eu cantar” (Fisioterapeuta).

“Eu trabalho muito com bebês. Então, eu posso utilizar a música. Eu cantando com ele” (Fonoaudióloga).

A prática dessas profissionais permite que seja utilizado o canto durante o atendimento, pois realizam manobras passivas nos pacientes e utilizam a música para auxiliar nessas atividades.

Em alguns momentos o paciente também canta.

“E às vezes, até a criança sabe e ela lembra (a letra da música) e ela tem o cognitivo preservado e a fala preservada. Então, as vezes, ela nos ajuda a lembrar da letra”. (Fisioterapeuta).

O paciente também canta durante os atendimentos durante a realização de exercícios. Associamos esse canto do paciente ao canto corporal tratado por Millecco Filho et al. (2001, p. 106), que comentam: “em pacientes portadores de paralisia cerebral, por exemplo, o canto desperta interesse, estimula a percepção, a atenção, a concentração e torna mais agradável a movimentação corporal reforçando as manobras fisioterápicas”.

A emissão vocal é um recurso terapêutico muito utilizado na Musicoterapia. Como vimos anteriormente, as funções do canto na Musicoterapia são, segundo Millecco Filho et al. (2001): canto falho, canto como prazer, canto como expressão de vivências inconscientes, canto como resgate, canto desejanter, canto comunicativo e canto corporal.

Acrescenta-se ainda outra possibilidade de aplicação da música que é o improviso:

“Eu gosto de improvisar porque a cada dia fica diferente. Cada atendimento fica diferente. E aí quando, as vezes, nem lembra muito a letra, a gente cria uma versão dentro da melodia.” (Fisioterapeuta).

Existem, na Música, três tipos de improvisação musical, segundo Gainza (1983): a improvisação recreativa (como atividade prazerosa); a improvisação profissional (do músico profissional) e a improvisação educacional (como técnica didática). Como podemos perceber, a autora não se refere à improvisação como técnica terapêutica, esta, sim, voltada para objetivos terapêuticos específicos, a mais utilizada na Musicoterapia.

Com base em uma das falas, acreditamos que a improvisação utilizada por ela seja a recreativa. A improvisação desenvolvida por ela é usada para variar as atividades realizadas

durante o atendimento ou porque a profissional esqueceu a letra original da música e improvisa uma música com base em outra, já existente. Tais atitudes da fisioterapeuta mostram que ela lança mão de sua criatividade em seus atendimentos.

A improvisação musical é uma das técnicas em Musicoterapia. Ruud (1990) fala da importância de se cuidar da qualidade estética da música improvisada e da necessidade de uma formação musical sólida. Barcellos (1992a) acrescenta que:

o musicoterapeuta deve poder lidar com os elementos da música de forma clara e segura pra poder fazer intervenções musicais, quando necessário, e para que o paciente sinta nele um “continente” onde possa se apoiar e depositar seus conflitos e necessidades através desta linguagem (p. 27)

Podemos perceber nos seguintes fragmentos, que os profissionais de saúde, de um modo geral, aplicam a música gravada.

“Eu utilizo música pronta, gravada do *Youtube*” (Fonoaudióloga).

“Gravada. Sempre música gravada” (Terapeuta ocupacional).

“Só utilizo CD” (Psicólogo).

“Até o ano passado eu trazia meus CD's. E esse ano eu já estou tocando MP3” (Dentista).

“Gravada” (Médico ginecologista e obstetra).

“Sempre música gravada” (Médico acupunturista).

A aplicação de música gravada é a mais fácil de ser utilizada. Em algumas situações, como na cirurgia ou no tratamento odontológico, é difícil imaginar outra aplicação da música a não ser a audição de músicas gravadas.

A audição é a forma de maior aplicação da música fora do contexto clínico da Musicoterapia. Chagas e Pedro (2008) comentam:

Escutar música ou contar com a música para realizar procedimentos de relaxamento ou de ativação psicomotora é um recurso bastante empregado pelos terapeutas. A diferença do trabalho de um musicoterapeuta é que este profissional, de uma maneira especial, observa a reação do cliente à música e propõe um caminho clínico a seguir à escuta musical (p. 54).

Acreditamos que, entre improvisar uma música, cantar uma música ou ouvir música gravada, esta última é aquela que tem uma maior probabilidade de desencadear um efeito iatrogênico no paciente, pelo fato de ele estar numa atitude passiva, recebendo de forma mais direta os efeitos fisiológicos e psicológicos que a música exercerá sobre ele.

#### 4) *Elemento musical enfatizado*

Além de tantos outros, a música apresenta esses elementos: ritmo, melodia e harmonia. Os profissionais da saúde se baseiam quase sempre no ritmo e/ou na melodia. Em algumas falas, esses elementos não foram apontados, denotando o desconhecimento musical do profissional.

O ritmo aparece como o mais valorizado pelos profissionais:

“Vai mais o ritmo. A maioria das nossas músicas só tem mais ritmo.”  
(Médico acupunturista)

“Não, melodia eu não penso tanto na melodia não. É mais em ritmo da música. Nós trabalhamos muito essa questão do ritmo com eles [...]”  
(Terapeuta ocupacional)

“Então se é uma atividade onde a criança tem que ficar mais tempo sentada, o ritmo dela é mais lento, mas que seja agradável pra criança”. (Terapeuta ocupacional)

“Ritmo. Ritmo, você diz, assim, se é mais acelerada, se é mais calma, né? O ritmo. Pra servir também ao propósito que eu estou usando”.  
(Fonoaudióloga)

“A própria vida tem um ritmo. Só de ter dia e noite, isso já é um ritmo pra vida, né? E nós temos o nosso ritmo, mesmo no dia-a-dia”. (Fonoaudióloga)

A presença do ritmo no relato dos profissionais da saúde demonstra uma preocupação somente com os seguintes aspectos: se a música utilizada por eles apresenta um andamento mais acelerado ou mais lento, sendo este último o de maior preferência dos profissionais.

Entretanto, há que se considerar que o significado de “ritmo” na música vai muito além da idéia de andamento. Koellreutter (1990) define ritmo como sendo “valores de durações diversas, subjugadas ou não, a uma ordem métrica” (p.114). Kiefer (1987) relaciona a palavra ritmo às noções de fluência, medida e ordem. Duração, emissão contínua e descontinuidade também são aspectos ligados ao ritmo. Ampliando um pouco mais, Magnani (1989) defende que o ritmo é “a ordem suprema da música, assim como de todas as coisas – o princípio de suas leis matemáticas...” (p.97). O autor afirma que há dois tipos de ritmo: o ritmo oratório, mais livre e variável, que provém da entonação retórica da palavra falada; e o ritmo gestual, cujas raízes estão na dança, controladas pelas pulsações do fluxo circulatório, articulada em esquemas medidos e repetidos. O ritmo gestual nasce com a polifonia e se afirma com a música harmônica.

Portanto, não se deve considerar apenas o andamento em relação ao ritmo, mas também a duração e a intensidade. Sekeff (2007, p. 43) afirma que “pela duração o ritmo penetra em nossa vida fisiológica e pela intensidade, em nossa vida psicológica”.

A melodia apareceu na fala dos profissionais:

“É na melodia. Eu vejo, assim, que a melodia segue a vida das pessoas, nossa vida” (Fisioterapeuta).

A profissional associa a vida a estados afetivos das pessoas. Realmente, a melodia “induz respostas privilegiadamente afetivas” (SEKEFF, 2007, p. 46).

Pelo fato de não terem conhecimento musical específico, alguns profissionais não especificaram o elemento musical enfatizado.

“Eu sou leigo. Então pra mim, às vezes, a diferença entre harmonia ... letra a gente consegue”. (Dentista)

“Eu não sei se eu vou responder. Conforme o relaxamento, eu peço, assim... preste atenção nessa música e deixe com que essas ondas sonoras vá entrando através da sua pele, e que vai aprofundando o músculo... seria isso? Aí seria o que? Ritmo? O que é que você poderia ajudar?” (Psicólogo)

“Eu não vou explorar a música, eu não tenho conhecimento”. (Psicólogo)

“Eu acho que música tem... é difícil da gente verbalizar. É uma coisa mais inconsciente do que consciente”. (Médico ginecologista e obstetra).

Além disso, pela mesma razão acima apresentada, a harmonia não aparece em nenhuma das falas dos profissionais. Este elemento da música é de extrema importância, uma vez que é ela, a harmonia, que confere à música a percepção de tensão e relaxamento. Para Koellreutter (1990), a harmonia é “a concatenação de acordes segundo os princípios da tonalidade; é a disposição regular, coerente e proporcionada entre as partes de um todo” (p.74).

Barcellos (1977) afirma que o homem reconstitui a evolução musical durante seu desenvolvimento biológico. Segundo a autora, o nível mínimo, em relação à música e suas subestruturas, está relacionado ao ritmo; o médio com a melodia, e a superior com a harmonia. Esta ordem, ritmo, melodia e harmonia, vai do mais simples ao mais elaborado, do mais primitivo ao mais complexo. Wisnik (1989) confirma que a harmonia exige uma maior elaboração intelectual, pois é necessário que se escutem dois sons, simultaneamente, e se estabeleça uma relação entre eles.

##### *5) Objetivos pretendidos ao se utilizar a música*

O objetivo terapêutico de tranquilizar, no sentido de favorecer um relaxamento físico, foi identificado nas narrativas:

“É pra acalmar a criança, pra ela permitir mesmo que agente realize o trabalho de fisioterapia. E quando ela canta ou a gente canta com ela, ela descontrai” (Fisioterapeuta).

“[...] deita ao lado dela com uma música de relaxamento. Trabalha a respiração [...]” (Terapeuta ocupacional).

“A música, enquanto essa ferramenta, entra e encontra possibilidade excelente de ajudar num relaxamento” (Psicólogo).

“(O paciente) se tranquilize naquele momento prévio ao atendimento. Então a finalidade é que ele tenha um conforto auditivo que permita ele se tranquilizar naquele momento do trabalho. Porque a idéia da música seria controlar um pouco o metabolismo basal<sup>15</sup> deste paciente. Que ele conseguisse pensar um pouco na respiração [...]” (Dentista).

“Então eu procuro sempre uma música mais calma [...] pra que ele possa ocupar sua mente com a música e, enquanto isso, relaxar” (Fonoaudióloga).

“Então a música entre nesse contexto. O contexto de tranquilizar a paciente” (Médico ginecologista e obstetra).

“Pra o relaxamento e, do ponto de vista fisiológico é a liberação de endorfina” (Médico acupunturista).

De modo geral, as pessoas acreditam que a música ajuda a relaxar. O senso comum é a associação de música em um andamento lento e em uma intensidade fraca com o relaxamento. Vimos, anteriormente, que a música sedante produz o efeito fisiológico de relaxamento, mas é importante considerar as preferências musicais do paciente.

Outro objetivo terapêutico é tranquilizar o paciente, para favorecer o relacionamento com o terapeuta, para criar vínculo entre terapeuta e paciente.

“[...] pra criança acalmar, tranquilizar. Então isso faz com que crie um vínculo (com o terapeuta)” (Fisioterapeuta).

“Então eu utilizo muito a música para facilitar essa comunicação e ter uma relação com a minha criança” (Terapeuta ocupacional).

A música é utilizada como um meio de interação e comunicação entre o profissional da saúde e o paciente. Quando as palavras faltam, a música aparece como uma linguagem não-verbal.

Apesar de não ser possível afirmar que a música é uma linguagem universal (LANGER, 2004), devemos considerar sua importância enquanto elemento de comunicação não-verbal que poderá adquirir sentidos e significados de acordo com a cultura e o contexto no qual está sendo utilizada. A música, a priori, não pode ser considerada linguagem porque não existe um sentido denotativo específico, e não é universal porque é necessário observar o contexto cultural do ouvinte. Entretanto, acreditamos que, numa relação muito específica onde a música é utilizada, tal como um *setting* musicoterápico, é possível falar em linguagem musical, pois além de conhecer a história sonoro-musical do paciente, o musicoterapeuta pode perceber e ir criando significados juntamente com seu paciente com base nas experiências

---

<sup>15</sup> “Relação que nos dá a quantidade, geralmente expressa por unidade de peso, de energia produzida por um animal em repouso. No homem, o metabolismo basal é dado pela quantidade de calorías produzidas numa hora relativamente a um metro quadrado da superfície do corpo” (LEITE, 2007).

musicais ali vivenciadas.

A motivação do terapeuta também aparece como um dos objetivos terapêuticos pretendidos.

“Então a gente utiliza essa questão da música para motivar o terapeuta e motivar o tratamento dele em relação à criança” (Terapeuta ocupacional).

Como a música é uma atividade prazerosa para o profissional da saúde, pois observamos anteriormente que é ele, de um modo geral, que escolhe o repertório a ser utilizado no *setting*, ela é usada para motivá-lo como pessoa e como profissional, incentivando suas ações.

Também existe o objetivo de utilizar a música para auxiliar nos exercícios durante a terapia.

“Então nós relacionamos a música com o desejo de obter função do membro lesado dela. Mas ele aprende [...] com a música [...] a coordenar melhor os seus movimentos de membro superior” (Terapeuta ocupacional).

“O primeiro objetivo é manter o interesse do paciente naquilo que ele está fazendo” (Fonoaudióloga).

Os profissionais da saúde acreditam que música auxilia nos movimentos. Relacionamos este objetivo com a ênfase que é dado ao ritmo, como foi visto na categoria anterior. O ritmo como indutor de movimentos, como nos mostra Sekeff (2007).

Outro objetivo é a melhora da qualidade do ambiente de atendimento.

“[...] dentre as atividades de acolhimento, a música está presente em todos os momentos” (Dentista).

A preocupação do profissional da saúde encontra ressonância na política nacional de humanização do atendimento em saúde e também ressonância na valorização do cliente como uma pessoa que merece ser tratada com dignidade. Mostra uma atitude humanista.

Os objetivos pretendidos buscam os efeitos fisiológicos e psicológicos da música. A idéia que a música relaxa, estabelece vínculo entre terapeuta e paciente, auxilia nos exercícios e melhora o ambiente de trabalho é esperada pelos profissionais da saúde, tomando como referência experiências empíricas positivas que tiveram com a aplicação da música.

## 6) *Efeitos da música*

Os profissionais da saúde relataram efeitos alcançados, resultados que perceberam com a utilização da música. Alguns desses efeitos foram positivos e outros efeitos foram negativos. Os efeitos positivos e negativos revelaram-se tanto para o paciente quanto para o

profissional.

A maioria dos efeitos positivos relaciona-se à descontração muscular ou ao relaxamento psicológico.

“A criança descontra e permite o trabalho em fisioterapia” (Fisioterapia)

“[...] são músicas que eu considero que acalmam. Agora é difícil agradar todo mundo” (Médico ginecologista e obstetra).

“Cinco minutos de relaxamento envolvendo uma música leva a pessoa a serenar, leva a pessoa a dar uma flutuada, a descarregar toda essa energia pesada dele, depois volta ao normal, tranqüilo. Como se estivesse recarregando as baterias” (Psicólogo).

“[...] os pacientes conseguem ser envolvidos por ela. As pessoas começam a prestar mais atenção na música do que no ambiente e a gente vê que eles se sentem melhor. [...] os pacientes [...] ficam mais calmos. Ficam mais tranqüilos” (Dentista).

Os profissionais da saúde associam o termo descontração ao aspecto psicológico e o relaxamento ao aspecto fisiológico. A descontração é expressa por sinais de bem estar psico-emocional que podem chegar ao riso, expressão de felicidade, como nos contam:

“E aí ela vai rindo e achando tudo engraçado e daí descontraindo como se fosse uma recreação” (Fisioterapeuta).

“Eu tenho uma criança que não fala. Ela não tem coordenação nenhuma, mas quando eu coloco uma música que ela gosta, ela demonstra no rosto” (Terapeuta ocupacional).

“O semblante deles [...] até encostam a cabeça [...]” (Dentista).

O relaxamento muscular é percebido pela visão ou pelas próprias mãos do profissional que, porventura podem tocar seguimentos corporais durante a terapia.

“Eu sinto em minhas mãos que ele relaxou, que ele liberou” (Fisioterapeuta).

Assim como um dos objetivos esperados com a aplicação da música é o relaxamento, os profissionais da saúde percebem que esse efeito aconteceu com seus pacientes, demonstrando, assim, o alcance do objetivo desejado.

Também foi percebido como efeito com a aplicação da música, o apoio para realização de exercícios durante o atendimento.

“Então nós relacionamos a música com o desejo de obter a função do membro lesado dela. Não percebe que está fazendo um tratamento e participa. Então crianças, por exemplo, que não estavam usando a função da mão de fazer preensão, alcance do braço, que tinham dificuldades ou rejeita, através da música [...] elas elevaram a mão” (Terapeuta ocupacional).

“[...] com a música ele (o paciente) mantém um interesse maior” (Fonoaudióloga).

As profissionais da saúde da área de reabilitação perceberam o auxílio da música

na realização dos exercícios. Isto ressoa com o que diz Tarchanoff (apud LEINIG, 1977) sobre a influência da música na força muscular por excitações agradáveis.

Juntamente com outras atividades, a música contribuiu de forma positiva com o tratamento terapêutico, como aparece na fala:

“Então eles (a integração sensorial, os manuseios pontos-chaves, o brincar e a música) se interagem dentro do contexto da terapia ocupacional e facilita muito o nosso trabalho” (Terapeuta ocupacional).

Os recursos utilizados na prática clínica da profissional da saúde envolvem não apenas a música, mas outras atividades. O caráter interdisciplinar da música é marcado pela interação com outras disciplinas.

Os efeitos sociais da música são percebidos pelos profissionais, no momento em que a música serve como um elo entre os pacientes.

“Então as crianças que estão melhores aproveitam a música [...] e acaba puxando aquela (paciente) que não estava participando através das emoções, da alegria mesmo de estar cantando, pulando [...]. E aí acaba participando” (Terapeuta ocupacional).

Também, a música é percebida como propiciadora da interação entre o profissional da saúde e o paciente.

“Então é uma forma de eu estar me comunicando com ela. Então a música, eu coloco ela como um intercâmbio do nosso trabalho. E facilita também o intercâmbio com a criança.” (Terapeuta ocupacional).

“Primeiro ele (o paciente) presta atenção na música. Eu vou conversando com ele, quando ele presta atenção, inclusive em mim mais” (Fonoaudióloga).

Aparece em uma das falas, a associação que o paciente faz com questões espirituais.

“Tem paciente [...] que esse tipo de exercício envolvendo a música [...] já começam a pensar na questão mais mística, já começam a ver questão de espírito [...]” (Psicólogo).

Aqui aparece o relato do efeito espiritual da música, que não surgiu em um contexto religioso, mas em um contexto terapêutico. O conhecimento da história de vida e história sonora do paciente é muito importante, para que possamos prever as associações e evocações que o paciente fará com determinado tipo de música.

Os profissionais da saúde percebem uma apreciação musical por parte dos pacientes.

“Eu tenho convicção que eles apreciam a música. [...] tem pacientes que se eu não coloco me solicita. E isso me faz crer que eles estão gostando de ouvir a música” (Fonoaudióloga).

“A maioria dos pacientes [...] comentam as música que você estava tocando. Ele presta atenção. Ele gosta” (Médico acupunturista).

Quando o profissional da saúde procura saber das preferências musicais do paciente ou quando o gosto musical do profissional é semelhante ao do paciente pode ocorrer uma apreciação da música por parte do paciente, como foi visto nas falas. Esta escuta pode ser definida como escuta estética, quando o ouvinte reconhece o valor estético da música. Segundo Caznok (2002), esta escuta “se sustenta e se afirma de forma auto-referente e autônoma em relação a qualquer outro conteúdo que não seja o sonoro” (p. 46).

Emergiram também, nas falas, os efeitos benéficos da música para o profissional da saúde.

“[...] a gente também fica feliz. Fica feliz porque está conseguindo o objetivo” (Fisioterapeuta).

“O terapeuta se realiza também porque está funcionando o que escolhi como um plano de tratamento. Eu percebo ela (a música) uma contribuidora fantástica. Eu acho que é pra toda a área da saúde. Ela relaxa o terapeuta.” (Terapeuta ocupacional).

“A música é de grande importância, de grande valia. A gente consegue escutar [...]. Isso ajuda até na concentração” (Dentista).

De modo geral, acreditamos que a razão da música ter efeitos positivos no profissional da saúde está no fato de ser ele quem escolhe as músicas a ser aplicada na clínica. Por isso essa música ressoa com seu estado de humor, gerando bem-estar.

Aparece, nas falas, os efeitos positivos para o profissional da saúde e paciente, simultaneamente.

“Os momentos de terapia passam a ser agradáveis pra ambas as partes” (Terapeuta ocupacional).

Também apareceram efeitos positivos no ambiente de trabalho.

“A hora que liga a música há uma sensível diminuição da conversa. [...] eu tenho a experiência do ambiente ficar mais tranquilo” (Dentista).

Quando existe uma música em um ambiente qualquer, a tendência das pessoas é prestar atenção à música, ou buscar uma distração para não focar sua atenção à música. Nesse caso específico, como já existem ruídos no consultório odontológico, a música vem como um meio para distrair os pacientes, e se for uma música agradável para eles, também irá relaxá-los. Ferraz (1999) afirma que a música é um espaço de escutas possíveis, mesmo que alguém

não a queira ouvir. Muitas vezes, ouvir uma música independe da nossa vontade.

Além dos resultados excelentes alcançados com a música, também são relatados efeitos maléficos. Um exemplo de iatrogenia foi o aumento da contratura muscular devido a associação negativa da paciente à música utilizada.

“Tem criança que teve algumas frustrações com certas músicas, certos ritmos. Então ao invés dela relaxar, ela contrai mais. Tivemos um caso que nós cantávamos o “Parabéns pra você”. A criança já entrava em prantos. Ela não queria. Ela falava: Pára! Pára! Pára! Pára! Pára! E aí depois a psicóloga descobriu que ela teve uma certa frustração com aniversário” (Fisioterapeuta).

A associação negativa feita pela paciente com a música utilizada pela profissional da saúde acarretou prejuízo psicológico e fisiológico. Inicialmente, houve o malefício emocional com frustração da paciente, devido a lembranças com a música, revivendo momentos ruins. Este efeito negativo trouxe o prejuízo motor, que foi a maior contração muscular da paciente.

Um exemplo de música utilizada no repertório de uma dos profissionais (Parabéns pra você), a qual ela acreditava ser uma música familiar e prazerosa, por estar presente no início da vida das pessoas e, ainda, ser utilizada em ocasiões comemorativas, caracterizou-se, no contexto estudado, como elemento iatrogênico.

A música associada a outras técnicas potencializa seus efeitos e pode gerar iatrogenia.

“E se você colocar a música e essas técnicas de indução, a pessoa... é perigoso ir embora e não voltar mais” (Psicólogo)

Destacamos a diferença entre uma associação negativa com determinado tipo de música, feita pelo paciente durante o atendimento clínico, o qual é, até certo ponto, imprevisível, e a utilização da música associada a técnicas psicoterápicas, as quais, dependendo do conhecimento que o profissional tenha do uso da música na saúde, pode ter conseqüências positivas ou negativas. Dependendo do tipo de música ou sons que sejam colocados para o paciente ouvir e a posição que o paciente esteja (em pé, deitado ou sentado), podem levar o paciente a um estado ampliado de consciência. A situação agrava-se ainda mais quando são utilizadas técnicas psicoterápicas associadas à música.

Os profissionais da saúde percebem efeitos negativos neles mesmos provocados pela música.

“[...] a música também tem a capacidade de distrair. Dependendo do tipo de

música a gente fica irritado. Acaba [...] tirando a concentração da cirurgia” (Médico ginecologista e obstetra).

Um dos efeitos negativos da música é a ansiedade que gera no profissional. Essa ansiedade pode ter desdobramentos desagradáveis, tais como irritação, tristeza, raiva, contrações musculares, etc., podendo afetar as relações entre profissional e seu cliente. Um dos profissionais, que diz perceber-se ansioso com determinado tipo de música e experimentar também crises de labirintite, comentou:

“Eu tenho transtorno de labirintite. Quando eu fico ansioso eu tenho vertigem. Se o rádio tiver alto e, dependendo do tipo de música, eu passo mal. Eu tenho que desligar. Eu já tentei segurar as pontas e suportar aquele tipo de música, mas pra mim acaba sendo uma tortura. Eu começo a ter vertigem com tontura” (Médico ginecologista e obstetra).

Os efeitos negativos também são percebidos em relação ao atendimento.

“Quando você põe música agitada, músicas aceleradas [...] piora o atendimento, né?” (Dentista).

Apareceu na falas a crença de maior incidência dos efeitos benéficos da música.

“Eu acredito que ela (a música) vai ter um efeito muito mais benéfico do que maléfico. Eu quero acreditar nisso” (Psicólogo).

“Mas eu vejo a música muito mais do lado positivo, que tem muito mais a ganhar do que como um fator negativo” (Terapeuta ocupacional).

Em geral foram apresentados efeitos positivos com a utilização da música: efeitos fisiológicos, psicológicos e sociais. No entanto, os relatos não descrevem apenas efeitos positivos. Apareceram, também, os efeitos negativos, ou seja, a música utilizada tornando-se, possivelmente, um elemento iatrogênico no contexto clínico. Esses efeitos maléficos foram causados, principalmente, por associações à música ouvida, tanto pelo paciente quanto pelo profissional.

### *7) Prevenção de iatrogenia na utilização da música com objetivos terapêuticos*

Emergiram das falas dos sujeitos dois núcleos de sentido. Um deles são formas para se prevenir iatrogenias. Na percepção dos profissionais da saúde devem-se evitar algumas práticas.

“Se eu tenho uma criança que apresenta paralisia cerebral grave e que tem comprometimento de convulsões [...] nós não vamos colocar uma música alta [...]. Então é um ritmo mais lento, no caso de uma criança espástica” (Terapeuta ocupacional).

“Nós evitamos a todo custo música alta demais, música com ritmo muito

acelerado, músicas comerciais” (Dentista).

“Se você pega um paciente hiperativo e coloca música rápida, você pode fazer com esse paciente fique mais hiperativo naquele momento. Mas se você coloca uma música lenta [...] pode baixar o ritmo dele também. Agora, se você pega m paciente desses que são bem passivos, bem quietos. Hipoativos e não hiperativos, o contrário. Então a pessoa tem que saber quais são os seus objetivos pra saber como escolher a música pra poder não provocar prejuízos no paciente” (Fonoaudióloga).

“Então a gente sempre sonda o paciente e pergunta se deixa ligado (o som), se não deixa, se quer que desligue. A gente toma cuidado pra não impor nosso gosto (musical)” (Médico ginecologista e obstetra).

“A gente evita música agitada, porque a gente nota que, quando se agita, o paciente agita também. Do ponto de vista de ser mais iatrogênico do que isso [...] alguma música que lembre alguma coisa com o paciente [...] com relação a momentos bons e momentos, as vezes, não tão bons com a música” (Médico acupunturista).

Na fala dos profissionais da saúde, para se prevenir iatrogenias na aplicação da música deve-se evitar música em volume alto, ritmo em andamento acelerado, impor seus gostos musicais e utilizar música nas quais o paciente faça alguma associação negativa. Esses elementos apresentados estão intimamente relacionados ao que já foi relatado aqui pelos profissionais. O ritmo é priorizado como elemento musical, então é apresentado como um dos elementos a ser considerado como perigoso, caso seja mal empregado. O volume da música ou de outros sons é ponto pacífico dos seus efeitos negativos. Destacamos a dualidade na fala dos profissionais, quando falam em respeitar o gosto musical do paciente, pois os mesmos, na maioria das vezes, afirmaram escolher as músicas segundo suas próprias preferências musicais.

Com relação à possibilidade de iatrogenia causada por músicas comerciais, como vemos na fala de um dos profissionais, Millecco (1997) já alertava para esse perigo. Segundo o autor, as músicas impostas pela indústria cultural, denominadas de música de consumo, podem ter o efeito de massificação na construção da identidade sonora cultural do paciente. Portanto, a atitude deveria ser a de “favorecer o resgate de *identidade sonoras culturais singularizadas* e realizar uma *constante reflexão crítica e dialética sobre as linhas de produção sonoro-musicais do corpo social*” (MILLECCO, 1997, p. 15).

Uma das profissionais levanta como possibilidade de iatrogenia utilizar a música desde que esteja de acordo com o estado de humor do paciente. Como ela não tem formação específica para o uso da música na saúde, ou se baseia nas próprias vivências, ela afirma que a música mais lenta acalma, então a profissional acredita poder generalizar isso para todas as pessoas. Mas, para uma pessoa com hiperatividade não faz sentido se a música for muito diferente do seu tempo mental. Neste caso específico, dever-se-ia pegar uma música com um

andamento mais rápido, para depois ir diminuindo o andamento. Porém, isto é um procedimento específico da Musicoterapia baseado no Princípio de ISO, não sendo, portanto, do domínio dos profissionais da saúde ou do senso comum.

Um segundo núcleo de sentido aponta na direção que não existe a possibilidade de efeitos iatrogênicos. Portanto, não faz sentido falar em prevenção.

“Eu não vejo a música enquanto um elemento nocivo. Essas composições mais atualizadas, elas sim são um grande mal. Porque pega a massa como um todo. Eu acho que essa aí faz mal emocionalmente, fisicamente e intelectualmente” (Psicólogo).

Às vezes, algumas pessoas têm experiências tão positivas com a música e não tiveram oportunidade de presenciar outras pessoas passando por experiências negativas com a música que não imaginam a possibilidade de música causar qualquer malefício. Apesar do profissional da saúde não considerar a possibilidade de a música ser utilizada como elemento iatrogênico no contexto clínico, o mesmo profissional atribui efeitos negativos às músicas contemporâneas, como se este estilo de música nunca fosse utilizado no *setting* terapêutico, atribuindo-lhe um juízo de valor, ou mesmo não o considerando música.

Embora na literatura a descrição de casos de iatrogenia seja algo raro. Nesta pesquisa, os sujeitos descrevem situações em que ocorreram situações de iatrogenia. Fora isso, no campo teórico, quando trazemos os efeitos fisiológicos e psicológicos da música, faz-se necessário apenas uma reflexão para saber que, se a música provoca efeitos no organismo, esses efeitos podem ser positivos ou negativos, dependendo do momento da pessoa, da situação e do contexto.

Apesar de um dos profissionais não acreditar na possibilidade da música tornar-se elemento iatrogênico no contexto clínico, o mesmo profissional relatou anteriormente que a música poderia levar a um estado de regressão, quando utilizada com outras técnicas psicoterápicas. O sentido de regressão, na fala do profissional, é o de voltar às vidas passadas.

As falas sobre a prevenção da música como elemento iatrogênico é um dos objetivos específicos da nossa pesquisa: identificar quais fatores, independentemente do contexto ligado à área da Saúde no qual se aplica a música, poderiam ser considerados de risco no sentido de desencadear um efeito iatrogênico. Tal aspecto baseia-se no princípio da beneficência, cuja essência é evitar algum mal ou dano ao paciente.

Nesta categoria, foram identificadas quatro unidades de sentido: *evitar andamento rápido*, *evitar música em volume alto e repertório escolhido pelas preferências musicais do paciente*. Todavia, não são apenas esses fatores que podem levar a utilização da música a

tornar-se iatrogênica no contexto clínico.

Quando o tema iatrogenia foi apresentado no diálogo com os sujeitos da pesquisa houve certa dificuldade para a compreensão do sentido, que foi suprida pelo próprio pesquisador. Por outro lado, houve a expressão de que não saberiam falar sobre o tema porque não tinham conhecimento técnico-científico sobre música ou porque nunca tinham pensado sobre o assunto ou, ainda, porque nem imaginavam que isso poderia acontecer, como aparece nas falas:

“Isso é uma pergunta complicada [...] eu não tenho nenhum conhecimento científico. O meu conhecimento é empírico e por tentativa e erro” (Médico ginecologista e obstetra).

“Eu não tinha pensado nisso de uma música poder ser iatrogênica” (Médico acupunturista).

#### 8) *Referências sobre o tema música nas profissões*

Ao discorrermos sobre o tema, percebemos que os profissionais da saúde revelaram o desconhecimento de referência específica sobre o tema.

“Referência não. Na terapia ocupacional especificamente não.” (Terapeuta ocupacional).

“Não tive oportunidade ainda de ter acesso a esse tipo de informação. Não procurei, na verdade” (Dentista).

“Até gostaria de ler alguma coisa já que estou utilizando, né? Gostaria de conhecer. Desconheço” (Fonoaudióloga).

“Não. Nunca me ative a esse negócio, a essa curiosidade, não. Mas vou pesquisar! (Risos). Deve ter muita coisa” (Médico acupunturista).

Outros profissionais da saúde relataram o contato superficial sobre o uso da música na sua área de atuação.

“Eu já acompanhei monografia dos alunos que passaram por mim. Mas, assim, que eu tenha lido, encontrado, focando mesmo pra fisioterapia, não. É adaptação que a gente busca” (Fisioterapeuta).

“Olha, eu que eu poderia dizer é Brion Einstein. [...] trabalhos do ... esqueci o nome dele... têm vários aí, mas especificamente eu não sei não. Só tô citando o do Brion, que eu utilizo ele muito. Têm pesquisas. Só que eu não estou com os nomes certinhos não, mas têm pesquisas em cima disso aí, tranqüilo. Com certeza absoluta, o Brion, ele trabalha. Têm outros. Eu sei que nos Estados Unidos têm vários que trabalham com música. Mas nome, específico assim mesmo, eu não ...” (Psicólogo).

“Eu já vi reportagens, inclusive com o uso de música antes do parto. Existe um neurologista que ele já fez pesquisas e ele tem um programa de aprendizado antes do nascimento” (Médico ginecologista e obstetra).

Apesar de a música ser utilizada como mais uma ferramenta na prática clínica

desses profissionais, há desconhecimento de referências sobre o uso da música na saúde. Esta prática está baseada na intuição do profissional.

## 5.2 – Estudo da prática clínica de um musicoterapeuta

### 5.2.1 – Categorias da entrevista semi-estruturada

A partir da fala da musicoterapeuta, surgiram as seguintes categorias: 1) *escolha do repertório*; 2) *forma de aplicação*; 3) *objetivos pretendidos ao se utilizar a música*; 4) *efeitos da música*; 5) *prevenção de iatrogenia na utilização da música com objetivos terapêuticos*; 6) *características da prática musicoterápica*. A musicoterapeuta baseia suas respostas no atendimento que realizou com paciente com a doença de Parkinson e com a doença de Alzheimer.

#### 1) *Escolha do repertório*

Emergiu da fala da musicoterapeuta a escolha do repertório feita de acordo com as preferências musicais do paciente:

“Então, são músicas conhecidas do paciente, as vezes, dependendo do meu objetivo” (Musicoterapeuta).

A primeira etapa do processo musicoterápico é a entrevista inicial, onde o musicoterapeuta procura conhecer a história sonora do paciente e suas preferências musicais. Esta etapa ressoa com a estudada anteriormente, que trata sobre identidade sonora e Princípio de ISO.

Em algumas ocasiões não é trabalhado especificamente com base no gosto musical do paciente, mas sim com músicas que auxiliem nos objetivos terapêuticos, como aquelas com regularidade rítmica, no padrão binário.

“Quando eu trabalhei com Parkinson, eu não usei só o repertório que eles levavam, só a história sonora deles. Mas eu levei outras músicas, como música erudita, que tinha pra mim aquela regularidade rítmica. Porque, muitas vezes, a música popular não te dá isso, ou a música sertaneja não te dá isso porque era do ISO cultural deles. Então, não te dava isso. Eu precisava lançar mão de outros estilos musicais pra atingir o objetivo que eu queria. Mas, normalmente eu trabalho em cima do ISO do paciente. Normalmente eu utilizava música do ritmo binário” (Musicoterapeuta).

Em algumas ocasiões, as preferências musicais do paciente não serão melhores para ele, pois não estão de acordo com os objetivos terapêuticos propostos pelo terapeuta. Aqui aparece um conflito entre o gosto musical do paciente e o que é melhor para ele. Surge o conflito entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência. Quando a decisão do paciente não for o melhor para sua saúde, o profissional da saúde tomará a decisão com base no princípio da beneficência (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

### *2) Forma de aplicação da música*

Sobre a forma como utiliza a música em seus atendimentos, relata que toca instrumentos musicais (piano e violão) e que também utiliza a audição de música, com menor frequência.

“Eu trabalho muito usando o instrumento. Eu tocando. O piano. Eu toco violão também, em alguns casos que você quer trabalhar. Então eu uso muito a música no momento. Não costumo usar muito música, audição. Só em casos pra fazer um relaxamento” (Musicoterapeuta).

A formação da profissional permite utilizar a execução de instrumentos musicais, além do emprego de música gravada. Na Musicoterapia, os instrumentos musicais podem ser utilizados como objeto intermediário, objeto integrador ou objeto desintegrador, como foi visto no capítulo II deste trabalho.

### *3) Objetivos pretendidos ao se utilizar a música*

Um dos objetivos esperados, com a utilização da música, traçados para trabalhar com o paciente com a doença de Parkinson foi proporcionar acolhimento para o paciente.

“Eu tenho que, primeiramente, proporcionar um ambiente acolhedor pra ele. E isso envolve todo o aparato sonoro musical” (Musicoterapeuta).

Outro objetivo pretendido era utilizar a música para auxiliar na marcha do paciente.

“[...] um dos objetivos da musicoterapia é trabalhar a marcha desse paciente (com a doença de Parkinson)” (Musicoterapeuta).

Os conhecimentos do musicoterapeuta permitem ter objetivos terapêuticos mais amplos. Notamos um objetivo relacionado ao aspecto psicológico e outro ao âmbito fisiológico. Barcellos (1999a) comenta que o estabelecimento dos objetivos terapêuticos é necessário por que: “a) vai estabelecer, com certa segurança, os propósitos do processo

musicoterápico; b) vai dar o caminho ou a direção que o atendimento vai tomar: c) vai ajudar o musicoterapeuta a ter um procedimento técnico-científico” (p. 45).

#### *4) Efeitos da música*

Identificamos, nesta categoria, dois núcleos temáticos. O primeiro refere-se a adequação entre o tempo do paciente com a doença de Parkinson e o tempo da música.

“Quando você toca, você adéqua o tempo, o seu tempo, o tempo musical com o tempo do paciente” (Musicoterapeuta).

No momento da testificação musical<sup>16</sup>, a musicoterapeuta toma conhecimento da reação ao ritmo que o paciente faz. Esta adequação citada pela profissional está intimamente ligada ao princípio de ISO.

O segundo efeito foi uma grande mobilização da paciente por uma associação com a música que estava sendo executada. A atitude da musicoterapeuta foi modificar a música por não ter certeza se era uma associação positiva ou negativa.

“Mas isso eu não sei te clarificar não porque ela chorava muito. E esse chorar poderia ser interpretado de outras maneiras. Só que eu não tive condições de prosseguir esse tratamento. Ela saiu. Ela não teve condições de ir. Quando ela chorou, eu procurei tocar outra música porque eu não tinha certeza do que estava acontecendo. Se a música estava fazendo mal pra ela ou se estava fazendo bem pra ela. Se era uma lembrança boa e que ela estava chorando de emoção por uma coisa boa ou se era ruim. Mas a música que eu toquei pra ela ativou a memória. Ela lembrou de fatos passados. Isso quando a gente vê na literatura, que são as reminiscências, elas podem trazer um bom estado de ânimo para o paciente quando ele lembra que ele fazia aquilo bem e que isso pode ser motivador pras coisas futuras. Mas eu não tive como identificar isso pelo pouco tempo que nós tivemos” (musicoterapeuta).

A música, na maioria das vezes, ativa os registros mnemônicos, trazendo à tona lembranças boas e ruins. Algumas vezes, ela faz emergir conteúdos do inconsciente, até então desconhecidos ao próprio paciente. Nesses casos, o musicoterapeuta precisa estar alerta, com uma escuta aberta e sensível, ouvindo o paciente de forma integral – escuta do corpo, da voz, dos gestos, dos sons, das músicas etc., para que possa intervir no momento em que se fizer necessário.

---

<sup>16</sup>A testificação musical é uma das etapas do processo musicoterápico, nela “vamos observar as reações que os sons, o ritmo, os diferentes instrumentos, enfim, os distintos tipos de estímulos, provocam no paciente” (BARCELLOS, 1999a, p. 33).

### 5) *Prevenção de iatrogenia na utilização da música com objetivos terapêuticos*

Emergiram da fala da musicoterapeuta alguns aspectos. O primeiro deles foi a importância de saber o gosto musical do paciente e sua patologia.

“Quando você vai propor objetivos, traçar plano terapêutico pra esse paciente, você tem que saber não só o ponto de vista sonoro-musical dele, mas também sobre a patologia com que você vai lidar, bem específico. Porque pra você não cometer atos iatrogênicos ou agir de maneira iatrogênica” (musicoterapeuta).

Devido a ter uma formação específica na utilização da música na saúde, a musicoterapeuta levanta aspectos relacionados a fundamentação da própria Musicoterapia, como a necessidade de conhecer as identidades sonoras do paciente.

O conhecimento do tempo interno do paciente aparece na fala da profissional.

“Se um paciente tem dificuldade motora e eu introduzo uma atividade em que ele não seja capaz de realizar, ou pelo andamento ou pela intensidade. Isto, de certa forma, causa uma frustração e promove o quê? Um uso iatrogênico de uma música do ponto de vista emocional também. Porque ele vai se sentir incapaz. E quando, na realidade, ele foi ali pra aprimorar as qualidades dele. Primeiro eu tinha que ir lá, onde ele está, pra ele se sentir seguro. Daí eu ia modificando o andamento, gradativamente, de forma que não provocasse nenhum dano pra esse paciente, nem físico, nem emocional.” (Musicoterapeuta).

Outro tema foi o cuidado ao se introduzir a música no contexto clínico.

“Eu tenho muito cuidado em inserir música no início. Deixa eu explicar, pra ele não levar um susto. Porque como é uma coisa muito nova e ele já lida com situações novas. Ele já lida com situações imprevisíveis. Eu não posso chegar e colocar um instrumento na mão dele. Então são esses cuidados que a gente tem. Aí eu acho que é a questão da iatrogenia. Eu não posso pegar um paciente e achar que ele está numa roda de amigos” (musicoterapeuta).

A fala da musicoterapeuta também revelou a importância do conhecimento musical por parte do terapeuta.

“Eu tenho que cuidar do andamento, da estrutura rítmica dessa música que eu vou utilizar. Se eu utilizo isso de maneira inadequada, a iatrogenia, ela não é só motora, ela é emocional também” (musicoterapeuta).

A necessidade de refletir e sistematizar a prática clínica, aprendendo com os erros, ficou evidenciado:

“Na minha prática clínica, apesar de ter observado essas coisas que eu falei pra você, eu nunca pensei isto do ponto de vista estruturado, organizado. Eu nunca pensei assim, olha, isso pode ser iatrogênico e pensar o que é que poderia. [...] a dificuldade de você cometer um erro e tentar aprender com

aquele erro. Porque o natural é você tentar esquecer e não comentar aquilo. Se eu tivesse sistematizando isso no decorrer desse tempo que eu trabalho, eu teria muito mais coisa pra lembrar, pra te falar agora. Nós somos, na realidade, sugestionados a pensar que a música faz bem o tempo inteiro. Se você parar e começar a pensar sobre isso, você vai perceber muitas atuações que são iatrogênicas ou que passam despercebidas por nós. Então nós temos que ampliar esse conceito. Nós temos que ter sensibilidade pra perceber. Se a gente começar a observar, nós vamos ver a riqueza que existe dentro do nosso consultório. Tanto das questões positivas quanto das influências negativas da música” (Musicoterapeuta).

Sobre o erro em Musicoterapia, Marly e Pedro (2008, p. 66) comentam:

Estando no interior do conhecimento musicoterapêutico, o princípio da simetria generalizada recomenda que abramos mão das confortáveis certezas adquiridas, para levantarmos uma inquietante possibilidade de dar importância ao erro, à crítica, à diferença e, depois de termos dado valor a estes fatos, compreendê-los através das mesmas leis, princípios, causas, ordenações com que explicamos o sucesso e o êxito.

#### 6) *Características da prática musicoterápica*

O musicoterapeuta é um profissional da saúde que conhece a identidade sonora do paciente e respeita o tempo interno do paciente.

“E só o musicoterapeuta pode ter essa visão de tempo, noção de tempo, de métrica musical. E associar isso não do ponto de vista de uma análise estrutural da música, mas do ponto de vista terapêutico também, que é essa associação do terapeuta com o estrutural. Outro profissional, ele pode usar a música, como muita gente usa música. Muito fisioterapeuta usa música. Muito terapeuta ocupacional usa música. As atividades acompanhadas de música. Mas ele não tem essa visão de princípio de ISO, de ISO desse paciente, do respeitar esse tempo interno. Eles não têm. Só o musicoterapeuta tem isso” (Musicoterapeuta).

Essas questões levantadas pela profissional dizem respeito aos aspectos teóricos da Musicoterapia, logo são diferenciais na prática do musicoterapeuta.

Tem uma visão mais ampla sobre os efeitos da música no ser humano

“A maioria dos profissionais acha que a música só faz bem. Mesmo na literatura nossa, da musicoterapia, a gente não vê. A não ser vez ou outra, falando a respeito da epilepsia musicogênica. Parece que é só isso que existe e parece que isso vem limitar a visão do musicoterapeuta pra pensar nesse aspecto. Então nós temos sim que, durante a nossa prática clínica pensar o que pode fazer mal e o que não pode em termos musicais, em termo da música” (Musicoterapeuta).

A formação do musicoterapeuta envolve disciplinas da saúde e da música. Isto leva a este profissional a ter um maior conhecimento sobre os efeitos da música, ao contrário dos outros profissionais da saúde que não têm disciplinas de música em suas formações.

Trabalha com criatividade e flexibilidade.

“Aí nós, musicoterapeutas, temos o fator criatividade, que é muito importante. A gente trabalha isso, desenvolve isso. Todas as pessoas são criativas. A criatividade é um meio de sobrevivência. Mas nós que lidamos com a música, nós trabalhamos isso pra intensificar a criatividade. Aí você percebe que já faz de outra maneira. É uma outra característica. É a flexibilidade. Eu poderia falar: não, eu organizei pra ser assim. Então nós vamos continuar até o final assim. Não, mas eu preciso ter essa flexibilidade. Olha, eu percebi que não estava indo bem, então eu mudei de estratégia. Isso é importante” (Musicoterapeuta).

A música é um recurso prazeroso, lúdico, que já traz em seu caráter a criatividade e a flexibilidade, vistas, por exemplo, a improvisação. Dessa forma, essas qualidades também estarão presentes na prática do musicoterapeuta. É importante destacar que a criatividade e flexibilidade fazem parte da formação do musicoterapeuta. Nos cursos de formação de musicoterapeutas existem disciplinas voltadas para que a prática desse profissional tenha essas características.

Tem sua prática profissional justificada na prevenção da aplicação da música como elemento iatrogênico.

“Por que precisa de musicoterapeuta se o psicólogo pode por música pra mobilizar? Se o terapeuta ocupacional utiliza música? Ele percebe que a música, ela ajuda numa atividade que ele está fazendo? E o fisioterapeuta da mesma maneira? Então pra que precisa de musicoterapeuta? Qual o diferencial? O diferencial está aí, justamente, na iatrogenia. Eu falo assim: se você fizer dessa maneira, você está prejudicando o seu paciente. Porque a música, ela é universal. Ela é pra todos. Todo mundo gosta. Todo mundo faz. Todo mundo se sente bem. Isto é inegável. Quando é que ela é terapêutica e quando é que ela deve ser usada por um profissional habilitado? Qual que é essa diferença? Isso tem que ficar muito claro na cabeça dos musicoterapeutas e não é muito claro” (musicoterapeuta).

O objetivo de todo profissional da saúde é proporcionar um aumento na qualidade de vida do paciente. Sendo assim, o musicoterapeuta deseja que a música faça bem ao paciente, procurando evitar que a música seja utilizada como elemento iatrogênico.

A prática do musicoterapeuta não se justifica apenas em prevenir a aplicação da música como elemento iatrogênico. Outros profissionais da saúde, ao utilizarem a música em seus respectivos *settings*, também desejam o melhor para o paciente, evitar que haja um malefício. Esses profissionais empregam a música acreditando que será benéfica para o paciente, entretanto, a falta de conhecimento técnico-científico aumenta a chance da ocorrência de algum dano ao paciente pelo uso da música.

## 5.2.2 – Observações da prática clínica musicoterápica

Observamos três sessões musicoterápicas de uma única paciente de 40 anos, com deficiência mental, distonia facial e movimentos involuntários. A paciente encontra-se em terapia medicamentosa, com o uso do medicamento Gardenal. As sessões musicoterápicas acontecem duas vezes na semana e duram, em média, 30 (trinta) minutos. O encaminhamento à Musicoterapia foi feito pelo fisioterapeuta, que percebeu que a paciente apreciava muito a música.

A sala da Musicoterapia é ampla e possui diversos instrumentos musicais (piano, violão, instrumentos de percussão, xilofone, dentre outros). Há um grande espelho na parede e a sala é refrigerada por ar-condicionado.

Segundo o relato da musicoterapeuta, no início do processo musicoterápico, a paciente demonstrou grande interesse pelo piano e pediu para tocá-lo. Devido às dificuldades apresentadas pela paciente no início dos atendimentos, como falta de memória, dificuldade na fala, problemas no equilíbrio, na marcha e na coordenação motora, com dificuldade para realizar movimentos alternados, foram traçados os seguintes objetivos: trabalhar a marcha, movimento dos membros superiores, articulação, atenção, aspectos cognitivos e memória. Trataremos de cada uma das três sessões musicoterápicas observadas, para que haja uma maior clareza da prática clínica nesta área de atuação, de modo a contribuir mais diretamente com nossas reflexões sobre o uso da música com objetivos terapêuticos e como evitar que a música seja usada como elemento iatrogênico no contexto da saúde. Faremos uma maneira mais completa sobre a primeira sessão, e na segunda e terceira sessão enfatizaremos apenas os fatos de maior importância para nosso estudo.

### 1ª SESSÃO OBSERVADA

Logo que a paciente entrou na sala de Musicoterapia, a musicoterapeuta encaminhou-a ao piano, sentou-se ao seu lado e pediu que apoiasse bem os pés no chão. A musicoterapeuta tocou ao piano uma música que dizia “ *A (nome da paciente) vai brincar. Ela vai subir e escorregar*”. Quando a música falava em subir, eram utilizados os cinco primeiros graus da escala de dó maior (dó, ré, mi, fá, sol), e quando falava em escorregar, fazia-se o movimento descendente (sol, fá, mi, ré, dó). Em alguns momentos a musicoterapeuta deixava a paciente cantar sozinha. Em seguida pediu para paciente escolher uma música, a qual escolheu a música de Sidney Magal que dizia “*Quero vê-la sorrir. Quero vê-la cantar. Quero ver o seu corpo dançar sem parar*”. Durante a execução dessa música,

também tocada pela musicoterapeuta ao piano, houve um diálogo musical. A terapeuta cantava “*Quero vê-la ...*”. A paciente completava “*... sorrir.*” E assim por diante. Houve mudanças no andamento da música. Ora a musicoterapeuta fazia a música mais lenta, ora mais rápida. Da mesma maneira também ocorreu mudanças na intensidade (forte e fraco). A musicoterapeuta pedia para a paciente abrir mais a boca e articular mais as palavras enquanto cantava. Foram escolhidas outras músicas pela musicoterapeuta e pela paciente para elas cantarem juntas. Em determinado momento, a musicoterapeuta colocou uma barra de espuma em cima das teclas do piano e pediu para a paciente segurar esta barra e “tocar” no instrumento. Quando a paciente começou a tocar no piano, na região mais aguda do instrumento, a musicoterapeuta improvisou na região mais grave, seguindo o andamento dado pela paciente. Em seguida pediu para a paciente bater a pernas na parte inferior do instrumento, enquanto tocava e cantava a música “*Lá vem o pato*”, enfatizando o pulso da música para que a paciente chutasse a parte inferior do piano de acordo com a pulsação da música. A musicoterapeuta pegou dois ovinhos para a paciente tocar. Entregou um instrumento na mão direita da paciente e segurou a mão esquerda da paciente com sua mão esquerda. Daí passou a improvisar uma música utilizando apenas a mão direita, enquanto a paciente tocava o ovinho também com a mão direita. Depois fez a mesma coisa com a outra mão. Ao final, encerrou com uma canção que dizia “*O foguete vai subindo vai. Vai levando (nome da paciente) vai. Que bonito lá em cima deve ser. Oh (nome da paciente)!, me leve até você*”.

Depois de concluída a sessão, conversamos com a musicoterapeuta sobre o que tinha ocorrido naquele atendimento. Ela comentou que a paciente adora o piano, por isso, logo de início encaminhou a paciente para o instrumento. Havia pedido para a paciente tocar no piano apoiando bem os pés, com o objetivo de manter o equilíbrio dela. A justificativa foi:

“a música ativa todos os ritmos cerebrais. Tem conexão com o cerebelo, que é responsável pelo equilíbrio e tem as conexões neurológicas. Trabalha com articulação da fala, canto. Música para estimular a memória, coordenação motora. Ela gosta de cantar, então, através das canções trabalha a memória, atenção, motricidade da fala ...” (Musicoterapeuta).

Sobre a escolha das músicas utilizadas naquela sessão, a musicoterapeuta falou que havia uma grande diversidade de músicas. Tanto músicas infantis quanto sertanejas. Buscava improvisar músicas que tivessem o pulso (ritmo) bem definido e fez as variações de andamento para que a paciente pudesse percebê-las. Como a coordenação motora fina da paciente é difícil, utilizou a barra de espumas, para facilitar a execução no piano e dar uma

maior sonoridade quando fossem tocadas as teclas. Assim, também estaria trabalhando com auto-estima da paciente, pois a sua produção sonora apresentar-se-ia numa intensidade mais forte.

Apesar da musicoterapeuta não ter uma formação específica em um dos modelos em Musicoterapia, ela seguiu a estrutura do Modelo Nordoff Robbins, adotando os seguintes procedimentos: improvisação musical como principal técnica, uso do piano, execução da canção do olá e de uma canção do adeus.

A canção do olá serviu para receber o paciente e proporcionar um ambiente agradável e seguro, e a paciente ter consciência do que estava acontecendo e o que iria acontecer, através de uma música de conteúdo lúdico. A canção do adeus, revelada na letra que dizia “*Vai levando (nome da paciente) vai*”, permitiu encerrar a sessão musicoterápica de forma prazerosa.

Verificamos que a escolha do piano como instrumento, nesta sessão, auxiliou aos objetivos propostos no início do tratamento. Serviu para acompanhar as músicas cantadas durante o atendimento e como motivação para as atividades motoras realizadas pela paciente.

Observamos o trabalho de vários aspectos da paciente, tanto físico quanto psíquico. Quando a musicoterapeuta pediu para a paciente apoiar os pés, trabalhou a postura. Ao pedir para a paciente cantar uma música sozinha e, durante o diálogo musical que realizou, cantando algumas partes da música e deixando a paciente cantar outras, trabalhou a memória. No momento em que solicitou uma música da preferência da paciente, permitiu que a paciente exercitasse sua autonomia. A articulação também foi trabalhada quando a terapeuta pediu para a paciente articular mais as palavras enquanto cantava. Exercitaram-se também os membros superiores e os membros inferiores, com exercícios que tinham a música como motivação, utilizando o piano como objeto intermediário.

Alguns momentos merecem destaque, pelo fato de serem perigosos caso fossem utilizados de forma inadequada. A duração, a intensidade e o andamento da música foram muito exploradas através das canções, prestando-se atenção as possibilidades da paciente em cantar ou em movimentos os membros, dentro de determinado padrão. Caso não houvesse o respeito pelo paciente, a utilização da música poderia ser iatrogênica.

## **2ª SESSÃO OBSERVADA**

Na segunda sessão em que observamos, houve a presença de outra musicoterapeuta que atuou como co-terapeuta. No primeiro momento, a musicoterapeuta tocou ao piano algumas músicas com o pulso bem marcado, enquanto a co-terapeuta

caminhava com a paciente pela sala, seguindo a pulsação dada pela música. A musicoterapeuta modificou o andamento da música, tocando bem lento e depois deu uma pausa. Então a paciente falou “Pára!”. A musicoterapeuta voltou a tocar num andamento lento, tocou um pouco mais rápido e parou de tocar. A paciente sentou-se em uma cadeira com o auxílio da co-terapeuta e começou a falar que tinha ido para a chácara de seu primo Carlinhos. A musicoterapeuta perguntou o que havia lá e a paciente disse que tinha dois cachorros e mexerica. A terapeuta perguntou a cor dos cachorros e a paciente falou que um era marrom e outro era preto. Então a musicoterapeuta compôs uma canção com a seguinte letra “*Na fazenda do Carlinhos tem dois cachorros. Um é marrom e o outro é preto. Na fazenda do Carlinhos tem mexerica. Eu gosto de chupar mexerica.*” Trabalhou a letra e a música da canção com a paciente e depois gravaram a composição. A musicoterapeuta tocou e cantou ao piano e a paciente também cantou.

Na conversa com a musicoterapeuta após o término da sessão, ela comentou que procura trabalhar, durante as sessões de Musicoterapia com aquela paciente, vários aspectos simultaneamente (físico, mental e psicológico) e que a paciente responde bem. Sobre as músicas utilizadas, disse que utiliza músicas infantis ou músicas que ajudem a trabalhar alguma função. Começou a usar músicas infantis para trabalhar o movimento e percebeu que a paciente gostava dessas músicas. Segundo a terapeuta, a paciente tem espaço onde ela escolhe e decide sobre as músicas a serem utilizadas e essas escolhas vão refletir também fora do *setting* musicoterápico. Sobre a fala da paciente quando esta pediu pausa na música (“Pára!”), a musicoterapeuta disse que a paciente tinha uma boa percepção musical. Algumas vezes quando faz um *ralentando* para finalizar, a paciente também caminha para o final. Sobre a composição que realizaram, a terapeuta comentou que em Musicoterapia não se usa exclusivamente a música. É importante valorizar a pessoa. Naquele momento, a paciente queria falar. Ela não poderia simplesmente dizer para a paciente não falar e ir cantar. Já houve sessões, com outros pacientes, onde não teve música. A terapeuta deixou claro para o paciente que não era psicóloga. Desta forma, se um paciente quiser conversar e o musicoterapeuta impuser uma música, esta música pode ser invasiva, pode ser prejudicial ao paciente, segundo a musicoterapeuta. É preciso respeitar o tempo do paciente. O resultado da conversa foi a composição “*Na fazenda do Carlinhos*”:

“a estrutura da música é bem simples. Ela (a paciente) não tem estrutura cerebral para compreender estruturas musicais complexas. Quando toco mais rápido também, ela não entende. Mas mesmo assim trabalho com andamentos rápidos, de maneira que ela consiga e se sinta capaz. O andamento está ligado ao tempo interno do paciente. Se não utilizo a música

no andamento de maneira adequada pode ser iatrogênico” (Musicoterapeuta).

Destacamos duas questões nessa sessão. A primeira refere-se ao respeito pelo tempo interno da paciente e aos seus limites. Ao caminhar pela sala de Musicoterapia, seguindo o pulso da música, a paciente, auxiliada pelo co-terapeuta, falou “Pára!”, quando houve uma mudança no andamento da música. Esta fala pode demonstrar o limite físico a que tinha chegado, ou, como, foi narrado pela musicoterapeuta, a percepção rítmica da paciente. De qualquer forma, a atitude a ser tomada deveria ser parar com o estímulo, no caso, a música, para não desenvolver um quadro de rigidez. Foi o que fez a musicoterapeuta. No entanto, a terapeuta não parou a música instantaneamente, ela mudou o andamento, mais uma vez, e encerrou a música de acordo com o ritmo interno que a paciente demonstrava naquele momento.

A segunda questão de destaque foi a valorização da paciente, o respeito por sua dignidade, quando traz o conteúdo de seu passeio à chácara de seu primo e a musicoterapeuta ouviu a paciente. Alguns modelos em Musicoterapia priorizam excessivamente o fazer musical, e as vezes, não permitem a linguagem verbal durante a sessão. É preciso respeitar o tempo do paciente e transformar a fala num canto, através das técnicas musicoterápicas: da improvisação, da composição ou da re-criação musical. O resultado dessa escuta verbal resultou na composição “*Na fazenda do Carlinhos*”.

### **3ª SESSÃO OBSERVADA**

No início da sessão, a musicoterapeuta colocou a paciente sentada próxima a um tambor. A paciente começou a bater no tambor e a musicoterapeuta passou a improvisar ao piano uma música, buscando organizar as batidas feitas pela paciente em uma pulsação definida. Por fim, a pulsação foi organizada com a música “*Lá vem o pato*”. Em outro momento, a musicoterapeuta tocou algumas músicas ao piano para que a paciente dissesse o nome da música ou cantasse a letra da música. Numa determinada música, a musicoterapeuta modificou a letra intencionalmente e a paciente falou que estava errada, corrigindo a terapeuta.

Em conversa com a musicoterapeuta após o atendimento, ela disse que a sequência harmônica das músicas era simples devido ao déficit cognitivo da paciente. Ainda afirmou que:

“a percepção e compreensão dela é diferente da nossa. O uso das canções infantis é pelo fato de serem simples, do ponto de vista da estrutura musical. Então utilizo harmonia mais simples. É difícil levantar questões sobre a

música como elemento iatrogênico. Mas o nosso diferencial é ter consciência dos aspectos negativos para diferenciar de outras práticas. Se pensar na música cientificamente, entra a ética, entra a bioética e entra a questão dos efeitos colaterais. Aspectos que podem levar a uma iatrogenia:

- Duração da sessão: se forçar pode ser iatrogênica;
- O tempo utilizado em cada atividade pode ser iatrogênico quando se está numa atividade motora. Pode levar a uma rigidez no paciente;
- Tipo de música, andamento ... Se não utilizar o andamento correto pode levar a uma fadiga muscular, uma respração desordenada” (Musicoterapeuta).

A paciente executou instrumentos musicais de percussão nessa sessão. Ela realizou improvisações rítmicas, as quais foram organizadas pela musicoterapeuta com a música “*Lá vem o pato*”. As execuções instrumentais da paciente tiveram sempre um caráter rítmico. Ao tocar o piano, na primeira sessão, a paciente usou o instrumento de forma rítmica, ou seja, “bateu” nas teclas, ao invés de dedilhá-las. Também tocou o tambor e os ovinhos. Isto demonstra um nível mais primitivo de desenvolvimento da paciente, que tinha deficiência mental. O respeito pela paciente manifestar-se-ia por levar uma música que ela pudesse compreender, tanto ritmicamente quanto melodicamente e harmonicamente. Uma questão iatrogênica seria levar uma música além de suas capacidades motoras, emocionais e intelectuais. O excesso rítmico dar-se-ia se fosse utilizado um ritmo cujo andamento não estivesse de acordo com o tempo interno da paciente. O prejuízo emocional efetivar-se-ia caso houvesse a introdução de alguma música que a paciente não compreendesse por causa do conteúdo da letra. O malefício intelectual concretizar-se-ia na utilização de uma seqüência harmônica muito elaborada, de difícil entendimento pela paciente, pois a estrutura musical não seria previsível.

Essas observações da prática clínica musicoterápica possibilitaram examinar aspectos específicos da prática musicoterápica, no sentido de se evitar que experiências musicais/musicoterápicas tornem-se iatrogênicas.

A prática clínica da Musicoterapia exige que o musicoterapeuta possua uma formação que permita trabalhar com o paciente de forma integral, evitando a visão fragmentada. Sendo assim, o olhar e a escuta do terapeuta devem estar direcionados para todas as ações, reações e inações do paciente, objetivando levá-lo à realização de atividades musicais com propósitos terapêuticos. Somente conhecimento musical não é suficiente em Musicoterapia, mas esse conhecimento deve ser bem fundamentado, técnico-cientificamente, no emprego correto das atividades musicais e técnicas musicoterápicas. Além disso, o musicoterapeuta deve ter bem desenvolvida a sua musicalidade clínica para que possa colocá-la nessa relação de ajuda. Além de ter domínio de teoria musical, execução de instrumentos,

improvisação, composição, dentre outras, faz-se necessária clareza nos objetivos terapêuticos, a partir do conhecimento da patologia do paciente e suas reais necessidades.

A autonomia e a dignidade do paciente devem ser sempre respeitadas, considerando-se, principalmente, a sua identidade sonora individual e cultural. Há que se valorizar o que o paciente traz ao setting musicoterápico, sem preconceitos por parte do musicoterapeuta no que se refere a uma concepção estética da música. Nós, musicoterapeutas, devemos ter claro que a beleza da música está na capacidade de se reconhecer a força expressiva presente na música do paciente, independentemente de seu estilo, forma, estrutura. Também é importante reconhecer o tempo interno do paciente, tendo consciência do momento em que o musicoterapeuta deve agir e como deve agir.

A prevenção de iatrogenia, no contexto clínico musicoterápico, visto aqui nas sessões de Musicoterapia, está relacionada à correta aplicação da música (duração, intensidade, andamento, altura, forma musical etc.), a duração da sessão musicoterápica e o tempo aplicado a cada atividade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No emprego da música no contexto clínico, é de fundamental importância assimilar preceitos básicos da Bioética no que se refere ao respeito à dignidade humana, o consentimento e compreensão do paciente do que está ocorrendo antes, durante e após o seu atendimento clínico. Também, há que se considerar a igualdade aos serviços de qualidade na Saúde, evitando malefícios ao paciente e, acima de tudo priorizando a beneficência. Portanto, a Bioética refere-se à ética na práxis e preocupa-se com o agir correto. Todos os profissionais precisam repensar sua relação com o paciente. No emprego da música, essa relação é intermediada pela música, que aparece como um terceiro elemento incluído no contexto clínico.

Como pôde ser visto no decorrer deste trabalho, desde os primórdios da humanidade, o ser humano convive com a música, tendo em vista diferentes objetivos. A música, enquanto elemento de cura e desempenhando também outras funções, aparece como uma prática milenar entre várias culturas. Assim sendo, de uma maneira geral, podemos afirmar que a música encontra-se impregnada no inconsciente individual e coletivo das pessoas. Além dessa herança histórica e cultural, cada pessoa apresenta, em sua história de vida, uma vivência subjetiva com a música. A relação que cada pessoa mantém com a música é única e singular.

Dentre os diversos contextos onde a música é utilizada, encontra-se o da saúde. Percebemos seu emprego de várias maneiras, desde a música de fundo, utilizada no consultório do médico, ao uso da música como terapia pelos musicoterapeutas. Como foi mostrado no decorrer deste estudo, apesar dessas duas práticas apresentarem em comum a utilização da música com objetivos terapêuticos, elas diferem muito entre si. Ocorrendo o mesmo com outros profissionais da saúde.

Identificamos, nesta pesquisa, algumas características dos profissionais da saúde que utilizam a música com objetivos terapêuticos. De modo geral, é freqüente o uso da música por esses profissionais em seus procedimentos clínicos. Na maioria das vezes, a escolha do repertório é realizada tomando por base o gosto musical do próprio profissional, utilizam-se músicas instrumentais, com andamento lento e em volume baixo; a música é aplicada de forma gravada; o elemento musical priorizado é o ritmo; o principal objetivo terapêutico pretendido é o relaxamento; há efeitos positivos, relacionados, principalmente, ao relaxamento do paciente, contudo são relatados efeitos negativos, como contratura muscular

no paciente e ansiedade no profissional; a prevenção de iatrogenia na utilização da música com objetivos terapêuticos, segundo os sujeitos da pesquisa, é evitar música em volume alto e em ritmo acelerado; os profissionais baseiam o emprego da música na intuição, na tentativa e erro, e, em sua maioria, não conhecem referências sobre a música na sua área de atuação. Essas foram às generalizações feitas, a partir da revisão da literatura e do resultado das entrevistas semi-estruturadas.

Barcellos e Santos (1996) alertam para o fato de a música não dever ser utilizada como farmacopéia musical. Não deve existir uma bula de indicações de música, como se os efeitos produzidos em uma pessoa fossem, necessariamente, os mesmos em outra pessoa. Cada ser humano reage à música de uma maneira diferente.

Os profissionais sujeitos da pesquisa, de alguma maneira, já possuem uma relação diferenciada com a música. Certamente, seria diferente se tivéssemos entrevistado profissionais da saúde que não utilizam música em seus atendimentos, com o intuito de saber a opinião deles sobre o que acham do uso da música na saúde. Possivelmente, haveria profissionais que diriam que a música não serve para nada. Portanto, podemos considerar que nossos sujeitos da pesquisa apresentam características especiais, eles elegeram a música para fazer parte de suas práticas clínicas, ou seja, são profissionais que se relacionam de maneira mais próxima com a música.

Fomos recebidos com surpresa por alguns dos profissionais da saúde, numa atitude de estranhamento, como se a ciência e a arte fossem excludentes. De modo geral, pelo fato de a música existir a muito tempo na humanidade, ela é pensada de modo banal, de uso corriqueiro. A música está presente em nosso cotidiano, em vários lugares, sendo bem acessível às pessoas. Por outro lado, o significado de arte em nossa sociedade capitalista muitas vezes tem um sentido pejorativo, pois arte não é considerada algo útil. Difícil imaginar o que é necessário em relação aos estudos técnico-científicos para ser um músico, muito menos para ser um musicoterapeuta que utiliza a música de forma científica na saúde.

A Musicoterapia é recente enquanto atividade profissional e, muitas vezes, nesse despertar de sua adolescência, encontra ainda pontos obscuros quanto à utilização da música em suas práticas clínicas, relacionados aos seus possíveis efeitos. Este fato é agravado, devido às pesquisas em Musicoterapia, no Brasil, serem recentes, não se encontrando como foco principal, quando comparadas às outras três principais áreas que compõem a Musicoterapia: a teoria, a prática e a formação (BARCELLOS, 2001; 2004b).

Precisamos dar, cada vez mais, um cunho científico à prática musicoterápica, para não sermos percebidos como aqueles que aplicam música apenas para relaxar. Talvez, pelo

fato de a música divertir, agradar e distrair, muitos não a consideram um tratamento legítimo (MOURA COSTA, 1989).

Verificamos uma intenção positiva nos profissionais de saúde, sujeitos da pesquisa, no emprego da música, o que pode ser percebido na preocupação com o bem-estar físico e psicológico do seu paciente durante os atendimentos. Entretanto, isso poderia tornar-se mais positivo ainda se houvessem ações interdisciplinares, incluindo o profissional musicoterapeuta. Não defendemos que em todo cenário clínico onde se use música deva existir um profissional musicoterapeuta, mas que os preceitos básicos da aplicação da música na saúde sejam orientados, sim, por um profissional musicoterapeuta. Faz-se necessário maior conhecimento sobre o uso científico da música para os profissionais da saúde que utilizam a música com objetivos terapêuticos, e mais, especificamente, para aqueles que exercem a docência em suas respectivas áreas e recomendam o uso da música aos discentes, como identificamos na caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Como solucionar isto é uma questão a ser estudada. Talvez, uma das possibilidades seria inserir disciplina(s) da área de Musicoterapia nos cursos de formação desses profissionais de saúde para que sejam oferecidos a eles subsídios para utilizarem a música com maior propriedade e segurança em suas práticas clínicas. Outra possibilidade seria que eles trabalhassem sua prática clínica integrando um profissional musicoterapeuta em sua equipe, para que o trabalho fosse desenvolvido dentro de uma perspectiva interdisciplinar. Ou, ainda, na forma de consultoria, em que o profissional da saúde, interessado em utilizar a música em sua clínica, pudesse ter acesso a conhecimentos científicos sobre a utilização da música com objetivos terapêuticos.

O musicoterapeuta, como pôde ser visto neste estudo, atua em diversas áreas nas quais se exige uma formação especializada e, ao mesmo tempo, interdisciplinar, ampla, um preparo diferenciado para a aplicação da música como terapia. Entretanto, pelo fato de o musicoterapeuta utilizar a música de uma maneira mais técnica e científica, ele, enquanto profissional, não está isento do que denominamos de erro musicoterápico, necessitando, sempre, atualizar seus estudos e refletir sobre a utilização da música em sua prática clínica.

Nosso desejo é que o constructo teórico elaborado neste trabalho faça parte do corpo teórico da Musicoterapia e que sirva de base para outras pesquisas, tanto em nossa área quanto em áreas correlatas. Bruscia (2000, p.252) enumera como um dos principais métodos para a construção teórica, a articulação “com as teorias ou os constructos de outros campos, e nesse processo, alguns aspectos da musicoterapia se expandem, sofrem delimitações, são revistos ou modificados para acomodar o outro campo”. Porém, não desejamos apenas isto.

Esperamos, também, que haja uma maior reflexão por parte dos musicoterapeutas sobre a música em Musicoterapia e a prevenção da ocorrência de iatrogenia quanto à sua aplicação na clínica musicoterápica. Também, que os diversos profissionais da saúde tomem consciência dos possíveis efeitos da utilização da música - benéficos e maléficos - e busquem maior embasamento teórico-científico relacionado a esta prática. É fundamental que se abandone o senso comum em relação à aplicação da música com objetivos terapêuticos, voltados, quase sempre, para uma busca de relaxamento por meio da música.

Ao concluir esta pesquisa, sentimos o prazer de ter cumprido com os objetivos propostos inicialmente e termos conseguido superar os desafios que nos acompanharam durante o nosso percurso por caminhos antes não trilhados, sobretudo, tendo que estabelecer interconexões entre áreas do conhecimento. Hoje, Musicoterapia e Bioética encontram-se mais próximas e fazem parte da minha realidade enquanto musicoterapeuta. Esperamos que isto possa ocorrer também com meus colegas musicoterapeutas e com os profissionais que acreditam no potencial terapêutico da música voltado para o benefício do ser humano.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rubia Laine de Paula; JORGE PEDRÃO, Luiz. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. In: **Revista Latino – americana de Enfermagem**. 13(5): 737-42. 2005.

ARAÚJO, Nando. Abordagens ideológicas para o fazer musical: uma investigação acerca do uso da música New Age. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano X. Número 8. Goiânia: UBAM, 2006. p.145-161.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **A importância da música na vida cultural e biológica do homem**. Texto não publicado. Rio de Janeiro, 1977.

\_\_\_\_\_. **Atividades realizadas em Musicoterapia**. Texto não publicado. Rio de Janeiro, 1980.

\_\_\_\_\_. Transparência apresentada como material de aula na disciplina **Teorias, Técnicas e Métodos em Musicoterapia**. Rio de Janeiro, 1990.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de musicoterapia 1**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992a.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de musicoterapia 2**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992b.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de musicoterapia 3**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de Musicoterapia 4**. Etapas do processo musicoterápico ou para uma metodologia em musicoterapia. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999a.

\_\_\_\_\_. **A importância da análise do tecido musical para a Musicoterapia**. 1999a. 135 f. Dissertação (Mestrado em Música). Curso de Pós-Graduação em Música, Conservatório Brasileiro de Música, 1999b.

\_\_\_\_\_. **Musicoterapia: transferência, constratransferência e resistência**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999c.

\_\_\_\_\_. Pesquisa em Musicoterapia: prioridades e estratégias. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, 3, 2001. Curitiba. **Anais...** Curitiba: AMT-PR, 2001. p. 126-129.

\_\_\_\_\_. Mecanismos de atuação do musicoterapeuta: ações, reações e inações. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, 5, 2004a. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: AMT-RJ, 2004a. CD ROM.

\_\_\_\_\_. **Musicoterapia: alguns escritos**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Autorização** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <davisonjr@click21.com.br> em 15 out. 2008.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes; SANTOS, Marco Antonio Carvalho. A natureza polissêmica da música e a musicoterapia. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano I.

Número 2. Rio de Janeiro: UBAM, 1996. p.5-18.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edição revista e atualizada. Lisboa: Editora 70, 2008.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. Tradução: Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BENZON, Rolando O. **Manual de Musicoterapia**. Tradução de Clementina Nastari. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

\_\_\_\_\_. **Teoria da Musicoterapia**: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. Tradução de Ana Sheila M. de Uricoechea. São Paulo: Summus editorial, 1988.

BERGOLD, Leila Brito. **A visita musical como estratégia terapêutica no contexto hospitalar e seus nexos com a enfermagem fundamental**, Rio de Janeiro, 2005. 174 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

BLACKING, J. Music. A música no desenvolvimento cognitivo e afetivo das crianças. Problemas identificados pela pesquisa etnomusicológica. In: WILSON, Frank & ROERMANN, Franz L. **Music and child development**. St. Louis, MO: MMB Musica Inc., 1997.

BLASCO, Francisco. Evaluación de los efectos psicológicos de la música através de un diferencial semántico. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano I. Número 2. Rio de Janeiro: UBAM, 1996. p.5 - 23.

BOCATTO, Marlene; TITTANEGRO, Gláucia Ritta. Bioética: A questão da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade. In: VIEIRA, Tereza Rodrigues (org.). **Bioética nas profissões**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. p. 15-27.

BORCHGREVINK, H.M. O Cérebro por trás do potencial terapêutico da música In: RUUD, E. (org.): **Música e Saúde**. São Paulo: Summus, 1991. p. 57-86.

BRANDALISE, André. **Musicoterapia músico-centrada**: Linda, 120 sessões. São Paulo: Apontamentos Editora, 2001.

BRITO, Murilo. A canção desencadeante. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano IV. Número 5. Rio de Janeiro: UBAM, 2006. p.94-97.

BRUSCIA, Kenneth E. O Desenvolvimento Musical como Fundamentação para a Terapia. In: **Info CD Rom II**. Concedido e editado por David Aldridge. University Witten Herdecke, 1999. Tradução: Lia Rejane Mendes Barcellos.

\_\_\_\_\_. **Definindo musicoterapia**. Tradução Mariza Velloso Fernandez Conde. 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CARVALHO, Doris Hoyer. Etapas do Processo Musicoterápico. In: **Boletim nº 2 - Associação Brasileira de Musicoterapia**. Rio de Janeiro. 1975.

CAZNOK, Yara Borges. Confesso que ouvi. In: **Revista FACICOP Científica** – Educação. Ano 2, n.2. Cornélio Procópio: UNESPAR/FACICOP, 2002. p. 36-51.

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.

CIRIGLIANO, Márcia. A canção-âncora: descrevendo e ilustrando a contratransferência em Musicoterapia. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano IX. Número 7. São Paulo: UBAM, 2004. p.38-42.

CÓDIGO DE NUREMBERG. Tribunal Internacional de Nuremberg – 1947. Trials of war criminal before the Nuremberg Tribunals. Control Council Law 1949; 10(2): 181-182. Disponível no site <http://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm> Acessado em 1 de maio de 2008.

COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN. Declaración de principios éticos (Federación Mundial de Musicoterapia). In: In: TORO, M. Bétes de (Comp.). **Fundamentos da musicoterapia**. Madrid: Ediciones Morata, S.L., 2000. p. 391-395.

CONGRESSO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA, 12, 2008, Buenos Aires. **Anais...** Buenos Aires: Libreria Akadia Editorial, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, 10 de outubro de 1996. Disponível no site [www.conselho.saude.gov.br/Web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes.htm) Acessado em 14 de agosto de 2008.

CONSTANTINO, Clóvis Francisco. Editoria. In: **Bioética & Ética médica**. v.14, n.1. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006. p. 7-8.

CORRÊA, M. S. N. P.; OLIVEIRA, M. D. M.; FEITOSA, D. M. A. O ambiente do consultório odontopediátrico e sua provável influência sobre o comportamento infantil. In: CORRÊA, Maria Salete Nahás Pires (org.) **Sucesso no atendimento odontopediátrico: Aspectos psicológicos**. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2002. p. 307-317.

COSTA, S. I. F.; OSELKA,G.; GARRAFA,V. Apresentando a Bioética. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA,G.; GARRAFA,V. (organizadores). **Iniciação a bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.15-18.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. **A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia**. Goiânia: Ed. UFG, 2003.

\_\_\_\_\_. Música em Musicoterapia: dimensões da Pesquisa. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, 5, 2004. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: AMT-RJ, 2004. CD ROM.

\_\_\_\_\_. Consciência e Música. In: **Anais do II Simpósio Nacional sobre Consciência**. Salvador, 2007.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira. Notas de segurança. In: BARCELLOS, Lia Rejane Mendes (org.). **Vozes da Musicoterapia brasileira**. São Paulo: Apontamentos Editora, 2007. p.23-28.

DAMÁSIO, António R. **O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento em si**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DECLARAÇÃO DE HELSINQUE. Associação Médica Mundial – 1964. Adotada na 18a Assembléia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia (1964). Disponível no site <http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin1.htm> Acessado em 1 de maio de 2008.

DELABARY, Ana Loureiro de Souza. A música em uma Unidade de Terapia Intensiva. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano X. Número 8. Goiânia: UBAM, 2006. p.26-41.

DELGADO, José M. Rodriguez. Neurofisiología y música. In: TORO, M. Bétes de (Comp.). **Fundamentos da musicoterapia**. Madrid: Ediciones Morata, S.L., 2000. p. 17-19.

DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

FERRAZ, Sílvio. Apontamentos sobre a escuta musical. In: Fórum Paulista de Musicoterapia, 1, 1999, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Apemesp, 1999. p. 33-36.

FERREIRA, Caroline Cristina Moreira; REMEDI, Patrícia Pereira; LIMA, Regina Aparecida Garcia de Lima. A música como recursos no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Set/Out. 59(5): 689-93, 2006.

FREIRE, Marina Horta. **A regulamentação profissional do musicoterapeuta**. 2007. 120f. Monografia (Graduação em Musicoterapia) – Faculdade de Musicoterapia, Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

FROHNE-HAGEMANN, Isabelle. **Sorry** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <[mtdavisonjunior@hotmail.com](mailto:mtdavisonjunior@hotmail.com)> em 16 out. 2008.

GAINZA, Violeta Hemsy de. **La improvisación musical**. Buenos Aires: Ricordi Americana, 1983.

GARDNER, Howard. **Estruturas da mente: a teoria das inteligências múltiplas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

GOMES, Júlio César Meirelles. As bases éticas da relação médico-paciente. In: BRANCO, Rita Francis Gonzalez y Rodrigues (org.). **A relação com o paciente: Teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003.p. 1-9.

\_\_\_\_\_. Erro Médico: Reflexões. In: **Bioética**. vol. 2, n. 2. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1994. p.139-146.

GOMES, Júlio César Meirelles; FRANÇA, Genival Veloso de. **Erro médico: um enfoque sobre sua origem e suas conseqüências**. Montes Claros. Ed. UNIMONTES, 1999.

GONÇALVES, M. S.; TCHETTO, T.M.; GAMBINI, C. Hiperacusia em músicos de banda militar. In: **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 12, n. 4, p. 298-303. 2007.

GONZÁLEZ REY, Fernando L. La subjetividad: su significación para la Ciencia Psicológica. In: FURTADO, Odair; REY, Fernando L. Gonzáles (orgs.). **Por uma epistemologia da subjetividade**: um debate entre a teoria sócio histórica e a teoria das representações sociais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 19 – 42.

HENRIQUE, Luís L. **Acústica musical**. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

HESSER, Barbara. **Music Therapy Theory**. Tradução por Lia Rejane Mendes Barcellos. New York University. Unpublished, 1996.

JESUS, Jaíra Perdiz de. Musicoterapia: o que pode fazer pelo paciente? BRANCO, Rita Francis Gonzalez y Rodrigues (org.). **A relação com o paciente**: Teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. p.294-302.

KENNY, Carolyn. **The field of play**: a guide for the theory and practice of music therapy. Atascadero, CA: Ridgeview Publishing Company, 1989.

KIPPER, Délio José; CLOTET, Joaquim. Princípios da Beneficência e Não-maleficência. n: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (organizadores). **Iniciação a bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 37-51.

KIEFER, Bruno. **Elementos da linguagem musical**. 5 ed. Porto Alegre: Editora Movimento, 1987.

KOELLREUTTER. H. J. **Terminologia de uma nova estética da música**. Porto Alegre: Editora Movimento, 1990.

LANGER, Susanne K. **Filosofia em nova chave**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

LEINIG, Clotilde Espínola. **Tratado de Musicoterapia**. São Paulo: Sobral Editora Técnica Artesgráficas LTDA, 1977.

\_\_\_\_\_. **A música e a ciência se encontram**: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia. Curitiba: Juruá, 2008.

LEITE, Érida Maria Diniza (org.). **Dicionário digital de termos médicos 2007**. Disponível no site [http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed\\_001\\_11220.phd](http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_001_11220.phd) Acessado em 27 de outubro de 2008.

LIMA, Nívea Raquel de Carvalho. **A música religiosa no tratamento musicoterápico de pacientes com câncer**. 2002. Monografia (Graduação em Musicoterapia) – Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro, 2002.

MACHADO, Maria Helena. Médico e paciente na sociedade atual. In: BRANCO, Rita Francis Gonzalez y Rodrigues (org.). **A relação com o paciente**: Teoria, ensino e prática. Rio

de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. p.18-24.

MAFFIOLLETTI, Leda. Os paradigmas da Educação Musical. In: **Cadernos de formação. Educação Musical**. Porto Alegre: SMED, 1993, p. 14-19.

MAGNANI, Sérgio. **Expressão e comunicação na linguagem da música**. Belo Horizonte: UFMG, 1989.

MAIA, Juliana Rollo Fernandes; RUSSO, Ieda Chaves Pacheco. Estudos da audição de música de *rock and roll*. In: **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. v. 20, n. 1, janeiro, p. 49-54. 2008.

MARTIN, Leonard Michael. O Erro Médico e a Má Prática nos Códigos de Ética Médica. In: **Bioética**. Vol. 2, n.2. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1994. p 163-173.

MARTINS-COSTA, Judith. As interfaces entre a Bioética e o Direito. In: CLOTET, Joaquim (org.) **Bioética**. Porto Alegre: PUCRS, 2003, p. 67-84.

MARWAH, N.; PRABHAKAR, A.; RAJU, O. Music distraction - its efficacy in management of anxious pediatric dental patients. In: **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**. 23.4 (Oct-Dec 2005): NA. Academic OneFile. Gale.CAPES. Disponível no site: <http://find.galegroup.com/itx/infomark.do?&contentSet=IACDocuments&type=retrieve&tabID=T003&prodId=AONE&docId=A139491563&source=gale&srcprod=AONE&userGroupName=capes51&version=1.0>. Acessado em 15 de agosto de 2008.

McCLELLAN, Randall. **O poder terapêutico da música**. Tradução: Tomás Rosa Bueno. São Paulo: Siciliano, 1994.

MENDES, Maria Helena Mendes; MORATA, Thais Catalani. Exposição profissional à música: uma revisão. In: **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 12, n. 1. p. 63-69. 2007.

MESSAGI, Jônia Maria Dozza. Ética e Identidade Profissional. In: Fórum Paranaense de Musicoterapia, 1, 1999, Curitiba. **Anais...** Curitiba: AMT/PR, 1999. p.22-25.

MILLECCO, Ronaldo Pomponét. Ruídos da massificação na construção da identidade sonora-cultural. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano II. Número 3. Rio de Janeiro: UBAM, 1997. p.5-15.

MILLECCO FILHO, L. A.; BRANDÃO, M. R. E.; MILLECCO, R. P. **É preciso cantar: Musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAES, Iranyh Novah. **Erro Médico**. São Paulo: Editora Maltese, 1991.

MOURA COSTA, Clarice Moura. **O despertar para o outro**. São Paulo: Summus Editorial, 1989.

MUÑOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (organizadores). **Iniciação a bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p.53-70.

NAKAMURA, H.Y.; LIMA, M.C.M.P.; GONÇALVES, V.M.G. Utilização do Sistema Sonar (bandinha digital) na avaliação auditiva comportamental de lactentes. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. Barueri (SP), v. 18, n. 1, p. 57-68, jan-abr. 2006.

PEGORARO, Olinto. Conceito geral de Bioética. In: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Bioética e Medicina**. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica, 2006. p. 91-93.

PIAZZETTA, Clara Márcia de Freitas. **Musicalidade clínica em musicoterapia**: um estudo transdisciplinar sobre a constituição do musicoterapeuta como um 'ser musical clínico'. 2006. 200f. Dissertação (Mestrado em Música) – Escola de Música e Artes Cênicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2006.

PIMENTEL, Carlos Eduardo; GOUVEIA, Valdiney; VASCONCELOS, Tatiana Cristina. Preferência musical, atitudes e comportamentos anti-sociais entre estudantes adolescentes: um estudo correlacional. In: **Estudos de Psicologia**. 22(4). outubro/dezembro. Campinas, 2005. p. 403-414.

POCH BLASCO, Serafina Poch. **Compendio de Musicoterapia**. Volumen I. Barcelona: Empresa Editorial Herder S.A., 1999.

PORTO, Celmo Celeno. Medicina dos doentes e medicina das doenças. In: BRANCO, Rita Francis Gonzalez y Rodrigues (org.). **A relação com o paciente**: Teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. p.10-17.

PUGGINA, Ana Cláudia Giesbrecht; PAES DA SILVA, Maria Júlia; GATTI, Maria Fernanda Zorzi; GRAZIANO, Kazuko Uchikawa; KIMURA, Miako. A percepção auditiva nos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica. In: **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 18. N 3. Julho/Setembro. São Paulo, 2005.

QUEIROZ, J. Pereira de. **Aspectos da Musicalidade e da Música de Paul Nordoff e suas implicações na prática clínica musicoterapêutica**. São Paulo: Apontamentos Editora, 2003.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de Medicina e Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003.

RUBINI, Rosana. **O indizível na clínica**: uma experiência com Martin Heidegger e Gilles Deleuze. 1994. 91f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1994.

RUUD, Even. **Caminhos da musicoterapia**. São Paulo: Summus editorial, 1990.

SACKS, Oliver. **Alucinações musicais**: relatos sobre a música e o cérebro. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SANTOS, Marco Antonio Carvalho. Ética na Pesquisa em Musicoterapia. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano IX. Número 7. Rio de Janeiro: UBAM, 2004. p.43-48.

SCHAPIRA, Diego, **Musicoterapia: facetas de lo inefable**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2002.

\_\_\_\_\_. Teoria, Linguagem y Etica em Musicoterapia. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano I. Número 1. Rio de Janeiro: UBAM, 1996. p.40-54.

SEATH, Lorna; THOW, Morag. The effect of music on the perception of effort and mood during aerobic type exercise. In: **Physiotherapy**. October 1995, vol 81, nº 10. p. 592 - 596.

SEGRE, Marco. Conceitos de ética e bioética. Bioética e suas tendências. In: SEGRE, Marco. (org.) **A questão ética e a saúde humana**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 1-7.

SEKEFF, Maria de Lourdes. **Da música, seus usos e recursos**. 2 ed. rev. e ampliada. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

SIQUEIRA, José Eduardo. Educação em Bioética. In: SIQUEIRA, J.S.; ZOBOLI, E.; KIPPER, D.L.(orgs.). **Bioética clínica**. São Paulo: Gaia, 2008. p. 15-35.

\_\_\_\_\_. O Princípio da Justiça. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA,G; GARrafa,V. (organizadores). **Iniciação a bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p.71-80.

SMITH, Maristela. Musicoterapia no Brasil. In: BARCELLOS, Lia Rejane Mendes (org.). **Vozes da Musicoterapia brasileira**. São Paulo: Apontamentos Editora, 2007. p.117-126

SOARES, André Marcelo M. Introdução. In: VIEIRA, Tereza Rodrigues (org.). **Bioética nas profissões**. Petrópolis: Vozes, 2005. p.9-13.

SPROESSER JR, Antônio José. Humanização em medicina intensiva. In: BRANCO, Rita Francis Gonzalez y Rodrigues (org.). **A relação com o paciente: Teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. p.159-164.

THAUT, Michael H. Musicoterapia en la rehabilitación neurológica. In: DAVIS, W. B.; GTELLER, K. E.; THAUT, M.H. **Introducción a la Musicoterapia: Teoria y Práctica**. Traducción por Melissa Mercadal-Brotons. Barcelona: Editorial de Música Boi Leão, 2000. p. 233-262.

TODRES, I David. Música é remédio para o coração. In: **Jornal de Pediatria**. Vol. 82. Nº 3. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006. p. 166-168.

TOLENTINO, Maria Ângela. Relação médico-paciente em neurologia. BRANCO, Rita Francis Gonzalez y Rodrigues (org.). **A relação com o paciente: Teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2003. p.165-168.

TOMATIS, Alfred A.; VILAIN, Jacques. O ouvido à escuta da música. In: RUUD, Even (organizador). **Música e Saúde**. São Paulo: Summus, 1991. p. 113-132.

TORO, Mariano Betés de. Bases históricas del uso terapéutico de la música. In: TORO, M. Bétes de (Comp.). **Fundamentos da musicoterapia**. Madrid: Ediciones Morata, S.L., 2000a. p. 23-36.

\_\_\_\_\_. Ética y deontología. In: TORO, M. Bétes de (Comp.). **Fundamentos da musicoterapia**. Madrid: Ediciones Morata, S.L., 2000b. p. 382-388.

UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA. **Código de Ética da União Brasileira das Associações de Musicoterapia**. Disponível no site: <http://www.amtrj.com.br/codigo.shtml> Acessado em 07 de maio de 2008.

VIEIRA, Tereza Rodrigues (org.). **Bioética nas profissões**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

VON BARANOW, Ana Léa Vieira Maranhão. **Musicoterapia: uma visão geral**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

WAGER, Gabriela. A Avaliação Neurosonora-Musical e o Tratamento Musicoterapêutico do Afásico. In: BENENZON, Rolando. **Teoria da Musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal**. Tradução de Ana Sheila M. de Uricoechea. São Paulo: Summus editorial, 1988. p. 141-170.

WEBER, Augusto. **Música e acupuntura**. São Paulo: Roca, 2004.

WHEELER, Barbara L. **Sorry** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <[mtdavisonjunior@hotmail.com](mailto:mtdavisonjunior@hotmail.com)> em 16 out. 2008.

WISNIK, José Miguel. **O som e o sentido: uma outra história da Músicas**. 3ª reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ZANINI, Cláudia Regina de Oliveira. **Coro Terapêutico: um olhar do musicoterapeuta para o idoso no novo milênio**. 2002. 143f. Dissertação (Mestrado em Música) – Escola de Música e Artes Cênicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002a.

\_\_\_\_\_. Musicoterapia: Semelhanças e diferenças na produção musical de alcoolistas e esquizofrênicos. In: **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano V. Número 6. Rio de Janeiro: UBAM, 2002b. p.97-109.

ZANELLA, Iris Hermes; URNAU, Lílian Caroline; MAHEIRIE, Káta. Psicologia social e música: Uma atuação junto a adolescentes da Casa da Criança do Morro da Penitenciária de Florianópolis. In: **EXTENSIO – Revista Eletrônica de Extensão**. Nº 1. Florianópolis: UFSC, 2004.

ZAIDAN, E.; GARCIA, A.P.; TEDESCO, M.L.F.; BARAN, J.A. Desempenho de adultos jovens normais em dois testes de resolução temporal. In: **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. Barueri (SP), v. 20, n. 1, p. 19-24, 2008.

## **ANEXO I**

### **CÓDIGO DE ÉTICA DA UNIÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA - UBAM**

#### **PREFÁCIO**

O musicoterapeuta filiado a Associação de Musicoterapia deve utilizar suas habilidades profissionais na sua prática segundo as normas aqui estabelecidas. Essas normas visam resguardar a integridade e o bem estar do cliente, bem como proteger a comunidade profissional e a sociedade.

#### **CAPÍTULO I**

##### **PRINCÍPIOS GERAIS**

Art. 1- O musicoterapeuta deve exercer somente as funções para as quais ele é qualificado pessoal e tecnicamente.

Art.2- O musicoterapeuta não deve fazer discriminação em relação a clientes em termos de raça, gênero, cor, nacionalidade, idade, orientação sexual, classe social, doenças, deficiências, seqüelas e necessidades especiais.

Art.3- O musicoterapeuta deve desenvolver constantemente a sua competência profissional através de uma permanente atualização de conhecimentos e habilidades.

Art.4- O musicoterapeuta deve buscar manter a saúde física e mental e observar as limitações pessoais que possam interferir na qualidade do seu trabalho.

Art.5- O musicoterapeuta deve indicar sua qualificação profissional em relatórios e outros documentos, acompanhado do número de registro na Associação regional de Musicoterapia.

#### **CAPÍTULO II**

##### **RESPONSABILIDADES**

###### **Sessão I - Para com o cliente**

A saúde e o bem estar do cliente são os principais objetivos do musicoterapeuta. No atendimento a seus clientes, o musicoterapeuta deve:

Art.6- Respeitar os direitos e dignidade do cliente e, em todas as circunstâncias, atuar em seu benefício;

Art. 7- Preservar a integridade do cliente e não explorá-lo de forma sexual, financeira, ou buscar vantagens emocionais ou pessoais;

Art.8 - Evitar estabelecer com seus clientes qualquer outro tipo de relacionamento além do terapêutico;

Art. 9- Prestar serviços somente em contexto de uma relação profissional e em espaços que garantam a segurança do cliente;

Art. 10 - Considerar tanto as possibilidades quanto as limitações físicas, mentais e emocionais do cliente, desenvolvendo objetivos apropriados para o atendimento às suas necessidades e

avaliar constantemente o desenvolvimento do processo musicoterápico;

Art. 11- Finalizar o tratamento quando o cliente não se beneficiar mais deste;

Art. 12 - Estabelecer e cumprir o contrato terapêutico com seu cliente, inclusive considerando a elaboração da alta;

Art. 13 - Proteger o caráter confidencial das informações a respeito do cliente, registradas ou produzidas por diversos meios (áudio, vídeo, textos, imagens plásticas, etc.). A divulgação com fins científicos será condicionada à autorização prévia do cliente ou seu responsável, sempre que identifique o cliente;

Art. 14 - O musicoterapeuta deve registrar o processo terapêutico de seu cliente para melhor avaliar seu desenvolvimento assim como para servir de base para a produção de relatórios, laudos, trabalhos científicos e outros documentos que se façam necessários.

### **Sessão II - Para com os Musicoterapeutas e outros profissionais**

Art. 15- A atuação do musicoterapia é pautada no respeito, discricção e integridade em relação a musicoterapeutas, estagiários e outros profissionais.

Art. 16 - O musicoterapeuta deve empenhar-se para manter contato e estabelecer colaboração com outros profissionais envolvidos no tratamento do cliente;

Art. 17 - O musicoterapeuta, em função do espírito de solidariedade, não será conivente com erros, faltas éticas, crimes ou contravenções penais praticadas por outros na prestação de serviços profissionais;

Art. 18 - A crítica a outro musicoterapeuta deverá ser fundamentada, passível de comprovação, sendo de inteira responsabilidade de seu autor.

Art. 19 - O musicoterapeuta não aceita como cliente alguém que esteja em tratamento com outro musicoterapeuta, salvo com a concordância deste, ou após alta.

### **Sessão III - Para com a profissão e a carreira**

Art. 20 - O musicoterapeuta é responsável pelo desenvolvimento da musicoterapia nos seus aspectos científico, clínico e educacional.

Art. 21 - Ao musicoterapeuta compete a organização profissional, bem como sua divulgação na comunidade.

Art. 22 - O musicoterapeuta só poderá representar a profissão quando autorizado a fazê-lo pelas entidades representativas da categoria, e nesses casos deverá expressar as posições das entidades e não sua visão pessoal.

Art. 23 - O musicoterapeuta deve se empenhar em ampliar e fortalecer a Associação Regional e a Nacional, órgãos representativos e agregadores dos profissionais de musicoterapia.

### **Sessão IV - Para com a pesquisa científica**

O musicoterapeuta ao realizar pesquisa deve:

Art. 24 - Obter uma autorização dos sujeitos, dos seus responsáveis e da instituição antes de começar a pesquisa;

Art. 25 - Proteger os sujeitos que estiverem participando da pesquisa em musicoterapia;

Art. 26 - Informar ao sujeito ou responsável dos possíveis riscos e benefícios da participação do sujeito;

Art. 27 - Considerar que a participação na pesquisa deve ser voluntária ou consentida pelos responsáveis no caso de cliente que não tenha condição de tomar decisões. A participação na pesquisa pode ser interrompida por decisão dos sujeitos ou dos seus responsáveis, quando assim o desejarem;

ART. 28 - Manter o caráter confidencial com relação a identidade dos sujeitos nos relatórios de pesquisa;

Art. 29 -Dar crédito em publicações ou apresentações profissionais àqueles que colaboraram

no trabalho, na proporção de sua contribuição;

Art. 30 - Relatar achados científicos com rigor técnico científico;

#### **Sessão V - Para com alunos/ supervisandos e estagiários**

Art. 31 - O professor/ supervisor deve avaliar a conveniência de atender terapêuticamente os seus estudantes/supervisandos;

Art. 34 - O professor supervisor deve manter o caráter confidencial relativo a atuação e aspectos pessoais relatados pelos alunos/ supervisandos, discutindo isso somente com as pessoas apropriadas dentro da instituição acadêmica.

#### **Sessão VI - Para com os empregadores**

Art. - 35 - O musicoterapeuta deve observar os regulamentos do empregador.

Art. 36 - O musicoterapeuta deve informar ao empregador qualquer condição que possa interferir na qualidade do trabalho do musicoterapeuta.

### **CAPÍTULO III**

#### **DIREITOS**

Art. 37 - Os honorários devem ser fixados de forma a representar justa remuneração pelo serviço prestado.

ART. 38 - Em instituições, o musicoterapeuta não deverá aceitar remuneração inferior a de outros profissionais de mesmo nível de qualificação profissional.

### **CAPÍTULO IV**

#### **CUMPRIMENTO DO CÓDIGO**

Art. 39 - É dever de todo musicoterapeuta conhecer, cumprir e fazer cumprir este código.

Art. 40 - A Comissão de Ética deverá analisar denúncias apresentadas não só por musicoterapeutas, mas também por clientes, instituições e outros profissionais.

Art. 41 - A Comissão de Ética após ouvir as partes envolvidas, avaliará se houve infração ao código.

### **CAPÍTULO V**

#### **MEDIDAS DISCIPLINARES**

Art. 42 - Serão as seguintes medidas disciplinares aplicáveis pelo Conselho Diretor da Associação regional de Musicoterapia por recomendação da Comissão de Ética:

1- advertência sigilosa

2- advertência pública

3- suspensão dos direitos de sócio

4 - desligamento da Associação regional de Musicoterapia

## **CAPÍTULO VI**

### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 43 - Os casos omissos no presente Código ficarão a cargo do Conselho Diretor da Associação regional de Musicoterapia.

Art. 44- A indicação dos membros da Comissão de Ética, assim como eventuais mudanças na sua composição, são da competência do Conselho Diretor da Associação regional de Musicoterapia.

**ANEXO II****UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTAS  
SEMI-ESTRUTURADAS COM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE E ESTUDO  
DE CASO COM PROFISSIONAL MUSICOTERAPEUTA**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso você se recuse a participar, não haverá nenhum tipo de penalidade. Quaisquer dúvidas você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3521-1075 ou (62) 3521-1076

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**Título do Projeto:** Musicoterapia e Bioética: um estudo da música como elemento iatrogênico - A utilização da música com objetivos terapêuticos em diferentes contextos clínicos na área da saúde

**Pesquisador Responsável:** José Davison da Silva Júnior

**Orientadora:** Profa. Dra. Leomara Craveiro de Sá

**Co-Orientadora:** Profa. Dra. Maria Márcia Bachion

**Telefone para contato:** (62) 8145-8918

Atualmente, curso o Mestrado em Música no Programa de Pós-Graduação da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás. Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a utilização da música como terapêutica. O objetivo deste trabalho é analisar a utilização da música com objetivos terapêuticos nos diferentes contextos clínicos da área da saúde e como evitar que ela se torne iatrogênica, isto é, que durante o tratamento o uso da música faça mal ao paciente, à luz das teorias da Musicoterapia e da Bioética.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo em vista a subjetividade que envolve a relação homem-música.

Os sujeitos desta pesquisa serão eleitos entre os(as) profissionais de Saúde: Psicólogos(as), Fonoaudiólogos(as), Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros(as), Musicoterapeutas, Odontólogos e Médicos(as) com registro no órgão profissional competente e que utilizam música com certa regularidade em seus atendimentos, os(as) quais participarão da pesquisa através de entrevistas semi-estruturadas . Também será realizado um estudo de caso com um(a) profissional musicoterapeuta que atue numa área clínica especializada, através de entrevista semi-estruturada e de observação de três a seis sessões musicoterápicas, seguidas de análise musicoterápica com o pesquisador e o(a) musicoterapeuta participante.

Esta pesquisa não contará com procedimentos invasivos, tais como exames, medicamentos ou intervenções invasivas, oferecendo riscos mínimos aos(às) participantes. O benefício da pesquisa será a reflexão pelos(as) profissionais participantes da pesquisa sobre a utilização da música em sua prática clínica, a partir das respostas às entrevistas. O(A) profissional musicoterapeuta, o(a) qual participará do estudo de caso, poderá obter um maior conhecimento sobre a utilização da música como terapêutica.

A sua identidade, bem como a de outros(as) participantes serão mantidas em sigilo. A retirada do consentimento de participação na pesquisa poderá ocorrer em qualquer momento. Além disso, poderão ser fornecidas informações sobre a pesquisa em qualquer momento. Este material servirá, unicamente, para a realização de estudos, apresentações em eventos científicos e publicações científicas.

---

**José Davison da Silva Júnior – Pesquisador Responsável**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS**

♦ **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo

**Musicoterapia e Bioética: um estudo da música como elemento iatrogênico - A utilização da música com objetivos terapêuticos na área da saúde** como sujeito. Fui devidamente

informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador

\_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nome e Assinatura do sujeito**

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Observações complementares**

## ANEXO III

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA A SER APLICADA COM PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

#### TÓPICOS:

- 1 - Formação;
- 2 - Tempo de atuação;
- 3 - Tipo de clientela;
- 4 - Sobre a utilização da música: escolha do repertório, objetivos terapêuticos pretendidos, formas de aplicação da música e seus elementos; percepção quanto à reação dos pacientes à música;
- 5 - Concepção do profissional sobre quais fatores podem contribuir para que a utilização da música torne-se iatrogênica no contexto da saúde;
- 6 – Conhecimentos sobre referência bibliográfica sobre o tema

Local, data e horário da entrevista

Como foi documentada

Dados do entrevistado (quem é; local em que vive; onde e em que área atua)

Nome do entrevistador.

## ANEXO IV

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA A SER APLICADA COM PROFISSIONAL MUSICOTERAPEUTA

#### TÓPICOS

- 1 – Formação;
- 2 – Tempo de atuação;
- 3 – Processo terapêuticos;
- 4 – Escolha do repertório;
- 5 – Reações do paciente à música;
- 6 – Exemplos clínicos do uso da música
- 7 - Reflexões sobre como evitar que a música torne-se iatrogênica no contexto musicoterápico

Local, data e horário da entrevista

Como foi documentada

Dados do entrevistado ( quem é; local em que vive; onde e em que área atua)

Nome do entrevistador

## **ANEXO V**

### **ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE SESSÕES MUSICOTERÁPICAS**

#### **TÓPICOS**

- 1 – História clínica da paciente;
- 2 – História sonora;
- 3 – Escolha das músicas;
- 4 – Escolha dos instrumentos musicais;
- 5 – Escolha das técnicas;
- 6 – Intervenções sonoras e musicais;
- 7 – Intervenções pára-verbais e verbais
- 8 – Análise sobre as ações do musicoterapeuta no setting musicoterápico.