

ARTIGOS CIENTÍFICOS - MUSICOTERAPIA

Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde – a dança nas poltronas!

Lia Rejane Mendes Barcellos (Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário, Rio de Janeiro, RJ)
liarejane@gmail.com

Resumo: Este artigo apresenta a música como uma tecnologia leve, empregada como elemento terapêutico num contexto médico: a “Musicoterapia em Medicina”, e faz a diferença entre esta e a “música em medicina”. Evidencia a potência da música, a questão da previsibilidade e imprevisibilidade musicais na música empregada em musicoterapia, as experiências musicais mais utilizadas pelos pacientes e as técnicas musicoterapêuticas mais adequadas para esse tipo de atendimento: a recriação musical e, principalmente, assinala o valor da “composição assistida” para a expressão de conteúdos internos. Por fim, considera a força da música, em especial do ritmo, que impulsiona o movimento, levando enfermeiros e pacientes a dançarem, ainda que os últimos estivessem parcialmente imobilizados pela ligação à máquina de diálise.

Palavras-chave: Musicoterapia; Tecnologia leve; Intervenções musicais; “Composição assistida”.

Music therapy in medicine: a soft technology in the health promotion – the dance on the couches!

Abstract: This paper presents music as a soft technology, employed as a therapeutic element in a medical context: “Music therapy in Medicine”, and highlights the difference between that one and “Music in Medicine.” Shows the power of music, the issue of musical predictability and unpredictability in the music employed in music therapy, the most used musical experiences by the patients and the music therapy techniques more employed in these contexts: musical re-creation and, mainly, points out the relevance of the “assisted composition”, facilitating the expression of internal contents. Finally, considers the strength of music, in particular from rhythm as an “impeller” of movement, leading nurses and patients to dance, even the last were partially unable to move, due to the binding with the dialysis machine.

Keywords: Music therapy; Soft technology; Musical interventions; “Assisted composition”.

Musicoterapia en medicina: una tecnología blanda en la promoción de la salud – la danza de los sillones!

Resumen: Este artículo presenta la música como una ‘tecnología blanda, empleada como un elemento terapéutico en un contexto médico: “musicoterapia en medicina”, y enfatiza la diferencia entre esta y la “música en medicina”. Evidencia la potencia de la música, la cuestión de la previsibilidad e imprevisibilidad musicales en la música empleada en musicoterapia, las experiencias musicales más utilizadas por los pacientes y las técnicas musicoterapêuticas más adecuadas para este tipo de terapia: la re-creación musical y, principalmente, señala el valor de la “composición asistida” para la expresión de contenidos internos. Por fin, considera la fuerza de la música, en especial del ritmo, que impulsa el movimiento, llevando enfermeros y pacientes a danzar, aun que los últimos estuvieron parcialmente inmovilizados por la ligación a la máquina de diálisis.

Palabras clave: Musicoterapia; Tecnología blanda; Intervenciones Musicales; “Composición Asistida”.

A nossa sociedade tem passado por várias transições ao longo dos tempos e, dentre estas as que advêm de mudanças no modo de agir, pensar, se relacionar e, também, da evolução de dispositivos que impulsionam e fazem parte destas modificações. Assim, pode-se entender que essas transformações sociais são também decorrentes das mudanças tecnológicas que a própria sociedade cria, e das quais se apropria, para se desenvolver e se manter, entendendo-se por tecnologia um produto da ciência que envolve um conjunto de instrumentos, métodos e técnicas que objetivam o enfrentamento de problemas.

Em saúde, as tecnologias são qualificadas em três categorias:

- a **tecnologia dura**: que se refere a equipamentos tecnológicos, rotinas, normas e estruturas organizacionais;

- a **leve-dura**: que compreende todos os saberes já normatizados, ou seja, que já estão bem estruturados no processo de saúde, e

- a **leve**: que diz respeito às tecnologias que se ocupam das relações, da produção de comunicação entre as pessoas, de acolhimento, de vínculos e de autonomização. (SILVA, ALVIM e FIGUEIREDO, 2008).

Mas, vale dizer que embora essas três categorias tenham uma inter-relação, o ser humano tem que se valer, especialmente, das tecnologias leves – ou tecnologias de relações – porque são elas que podem proporcionar o acolhimento indispensável no momento de encontro entre o cliente e o profissional, considerado, em geral, de grandes dificuldades. Se for levada em conta a complexidade do ser humano, basta a existência de duas pessoas, em um ato de produção e consumo em saúde, para que esta situação se torne altamente complexa.

Não existem códigos fixos de ações entre humanos. Cada pessoa age de uma forma e nem sempre da mesma maneira. O homem é produto da História, e não natural, constituindo-se, assim, em trabalho potencialmente vivo. Pensando-se assim, entende-se que o ser humano vai construindo ações tecnológicas. Então, a forma como ele expressa os seus interesses e satisfaz as suas necessidades acabam sendo fruto desta condição. Considere-se, então, que o ser humano é um trabalho vivo em ato e, por isto, criador, e que está sempre em movimento, portanto, o instituinte. Já as ferramentas e matérias primas – o trabalho morto – é o instituído (*ibid*).

Entretanto, deve-se entender que a ideia de tecnologia não pode ser ligada exclusivamente aos equipamentos tecnológicos, mas, também, ao ‘saber fazer’ e a um ‘ir fazendo’ (*ibid*, p. 292). No campo da saúde, embora haja uma relação entre as categorias tecnológicas, não se deve priorizar a lógica do ‘trabalho morto’ (*ibid*, 2008, p. 292), isto é, aquela que é vista através dos equipamentos e saberes estruturados.

Como um ser gregário, que vive em sociedade, o ser humano precisa das tecnologias de relações, daquelas que produzem comunicação, acolhimento e vínculos. Enfim, das denominadas ‘tecnologias leves’ que têm como diretrizes produzir relações de reciprocidade e de interação, imprescindíveis à efetivação do cuidar e ao desenvolvimento de um processo terapêutico, como bem sabemos, nós terapeutas. Ao se efetivarem essas relações, o processo terapêutico pode se desenvolver e o cliente/paciente pode resgatar aspectos como singularidade, autonomia e cidadania, tão importantes para seu empoderamento.

As tecnologias leves são produzidas no trabalho vivo, compreendendo a comunicação, o estabelecimento do vínculo terapêutico, as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento e autoexpressão.

1. Sobre a potência da música em musicoterapia: uma tecnologia leve na produção da saúde

Muitas são as teorias que explicam as origens da música, mas historiadores apontam como principal objetivo a necessidade de comunicação: dos primitivos com as divindades, com os animais e com os fenômenos da natureza que temiam, para poder enfrentá-los, como o trovão, por exemplo. Utilizavam, para isto, principalmente a voz e o corpo, imitando os sons desses elementos, para entrarem em contato e melhor conhecerem o seu *habitat*. Na medida em que esses sons deixaram de ser suficientes para essa comunicação e expressão, eles sentiram necessidade de criar objetos sonoros que, pouco a pouco, transformaram-se nos instrumentos musicais.

Sabe-se que as primeiras civilizações musicais se estabeleceram principalmente nas regiões férteis ao longo das margens de importantes rios e a iconografia dessas regiões é rica em representações de instrumentos musicais e de práticas da música, dentre elas, as relacionadas à saúde. Assim, entende-se a musicoterapia que praticamos hoje, como uma linha de continuidade e desenvolvimento de 30 mil anos de tradições xamânicas de música e cura. É apontada, também, a recreação musical de feridos de guerra internados nos

hospitais nos Estados Unidos e se deve reconhecer também a educação musical como outra vertente, principalmente em países que a têm como parte importante da educação, como Alemanha e Áustria, por exemplo.

Edward Said (1992), um palestino, crítico musical, refere-se ao movimento da música afirmando que ela faz “consistentes transgressões” para o interior de outros domínios como, por exemplo, da família, da escola, de relações de classe, e mesmo das mais amplas questões públicas, o que mostra essa forma de expressão como uma atividade que está entrelaçada socialmente e que é de extrema importância para esta realidade, onde exerce grande função coletiva. A música tem uma qualidade de viajar, de atravessar, enfim, “de ir de lugar em lugar em uma sociedade, ainda que muitas instituições e ortodoxias tenham tentado confiná-la” (1992, p. 23).

O autor define essa *transgressão* da música como o movimento que ela faz de um domínio para outro, desafiando limites, ultrapassando expectativas, proporcionando prazeres, levando a descobertas e experiências. Essa noção, para ele, não se refere a uma ação insurgente da música contra alguma coisa. Pelo contrário, significa ir em busca daquilo que ela pode afetar^{1/2}.

Said ainda ressalta que as filiações entre música e sociedade, ou seja, as transgressões, não reduzem a música, de forma alguma, a um papel de reprodução passiva e subordinada. Pelo contrário, esse elemento transgressivo é a sua habilidade nômade de se tornar parte das formações sociais, de alterar determinados aspectos de acordo com a situação e com a audiência. Assim, a música preenche, literalmente, um espaço social.

Partindo-se do conceito de transgressão de Said, pode-se entender a viagem da música por outros domínios como as suas várias funções. Assim, na visão do autor, ela viajaria tanto pelo domínio mágico e religioso, quanto pelo reino do lazer e da educação. E, nessa viagem, admitiria várias formas de produção, recepção e emprego. No entanto, apesar de Said não ter se referido à terapia, pode-se também considerar este como um dos domínios aos quais a música viaja, e que se constitui como a centralidade deste trabalho.

Numa visão contemporânea sobre a música, onde as neurociências têm um papel central, tem-se, ainda, observado a sua viagem ao domínio da terapia, consubstanciada pelos exames de neuroimagens como Ressonância Magnética e PET³, que possibilitam a observação do cérebro humano vivo, em ação, e que reforçam o conceito de modularidade⁴ cerebral. Essa observação pode mostrar o cérebro em funcionamento tanto nos processos de percepção como de produção musical, trazendo evidências da importância desta em vários processos, como os cognitivos, e fundamentando a sua utilização como elemento terapêutico nas mais variadas condições físicas e psíquicas.

2. A música como elemento terapêutico

Mas, por que a música é um potente elemento terapêutico? Várias são as razões que potencializam a sua força. Dentre elas, porque a música:

- é um **fenômeno** ou uma **expressão universal**
- **acompanha o homem na sua caminhada histórica** e está na vida de cada um de nós, desde antes do nascimento até a nossa morte (batimentos cardíacos da mãe, nos sons das articulações, nos sons peristálticos, na percepção da voz da mãe através do líquido amniótico e no ritmo regular dos batimentos cardíacos)
- é um elemento **não-verbal**
- tem **o ritmo** como elemento impulsor e organizador do movimento

- tem o instrumento musical como **Objeto Intermediário e Integrador** (BENENZON, R., 1985, p. 47 e 49)
- pode ter um **sentido metafórico** na medida em que um paciente pode dizer através dela o que não quer ou não pode dizer através do verbal
- tem uma **natureza polissêmica**
- pode **carregar o significado** que o paciente quiser, ou precisar lhe atribuir, e porque algumas de suas manifestações artísticas podem ser consideradas como verdadeiros universais da vida humana, como é o caso da canção, por ser um fenômeno difundido por todos os tempos e culturas e por existir na experiência de todos.

Assim, a musicoterapia se vale de experiências musicais como audição, recriação, improvisação e composição de músicas/canções, através da voz, de instrumentos e do corpo, para facilitar a comunicação, o estabelecimento do vínculo terapêutico, a autoexpressão e auxiliar na promoção/prevenção ou restauração da saúde de pessoas que padecem das mais variadas condições bio/psico/sociais/espirituais.

No entanto, cabe ressaltar que apesar de ser um fenômeno universal, essa ubiquidade não lhe confere o *status de linguagem universal*, mas, sim, de fenômeno ou expressão universal.

Mas, chegando-se à musicoterapia cabe uma pergunta: quais são as diferentes formas de utilização da música como elemento terapêutico? Em minha opinião, três são as principais formas de emprego da música como terapia, do ponto de vista do paciente: **a musicoterapia receptiva**, na qual o paciente recebe a música, feita pelo musicoterapeuta ao vivo ou trazida por este em CD, rádio, iPod ou computador; **a musicoterapia ativa**, na qual só o paciente faz música ou, **a musicoterapia interativa**, que defino como

A forma na qual a experiência musical é compartilhada pelo musicoterapeuta e paciente(s) – quando em grupo – todos ativos no processo de fazer música, o que configura uma *inter-ação* simultânea, facilitada pelo fato de a música acontecer no tempo, o que leva mais facilmente à interação dos participantes e dificulta o isolamento (BARCELLOS, 1984, p. 8).

Tudo isto acontecendo em diferentes espaços, diversas áreas de atuação e por meio de distintas experiências musicais da cultura do(s) paciente(s), utilizando-se a “Empatia cultural” (Lingle e Ridley, 1996) através da música, entendendo-se esta como o terreno comum na qual musicoterapeuta e paciente pisam. Ainda levando-se em consideração que a música pode facilitar a comunicação, o estabelecimento da relação terapêutica, a autoexpressão, e promover mudanças através da principal forma de aplicação da musicoterapia brasileira: a *Musicoterapia Interativa*. Esta aplicação será ilustrada através de alguns exemplos clínicos, entendendo-se a música como uma tecnologia leve, sendo produzida no trabalho vivo em ato, compreendendo as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo e autoexpressão, mas, ressaltando-se que todas as tecnologias se fazem necessárias, a depender da situação. No entanto, considera-se que em todos os níveis de atenção da promoção da saúde, as tecnologias leves precisam estar presentes.

3. A “musicoterapia em medicina”

Os efeitos da música sobre o ser humano e a sua utilização em terapia são comprovados por evidências baseadas em estudos científicos. Exames por imagem, como anterior-

mente apontado, permitem que hoje se acompanhe o cérebro em funcionamento e os seus efeitos no ser humano sejam comprovados e demonstrados principalmente na área neurológica como na Doença de Alzheimer, Parkinson e Esclerose Múltipla. Igualmente seus efeitos mostram evidências que confirmam sua eficácia quando utilizada como ‘uma espécie de linguagem’ no tratamento de doenças psíquicas ou emocionais.

A utilização da música em pesquisas, em geral quantitativas, que têm como centro os efeitos fisiológicos como o controle da pressão arterial, diminuição do stress e dor crônica, por exemplo, são importantes para dar subsídios para a musicoterapia. Deve-se, no entanto, reconhecer que embora a pesquisa qualitativa não tenha a mesma aceitação nos contextos médicos, não se pode deixar de levar em consideração a sua importância para confirmar a potência da música em patologias que afetam o psiquismo e problemas emocionais e, principalmente, deve-se levar em consideração a interação entre processos fisiológicos/neurológicos e psíquicos, já que uma divisão corpo – mente pode ser considerada artificial, nas palavras da musicoterapeuta norte-americana Dra. Cheryl Dileo (1999).

As diferenças entre a aplicação da “Musicoterapia em Medicina” e da “Música em Medicina” (Quadro 1) ainda não são totalmente compreendidas. Musicoterapeutas contemporâneos como Dileo (1999), trazem uma importante contribuição para que melhor se entenda essa diferença.

Quadro 1: Elaborado a partir do pensamento de Dileo (1999, p. 4 e 5).

“Musicoterapia em Medicina”	“Música em Medicina”
Realizada por musicoterapeutas qualificados que utilizam técnicas e métodos específicos da musicoterapia.	Realizada por profissionais da área médica (não MTs - médicos, enfermeiros, dentistas, e profissionais da área de saúde) como terapia complementar a várias situações ou tratamentos médicos. Intervenção no stress, ansiedade, e/ou dor do paciente da área médica.
Sempre envolve - um processo terapêutico, - um musicoterapeuta, e - uma relação que se desenvolve com ou na música e no processo.	A relação terapêutica entre o paciente e o(s) membro(s) da equipe médica envolvido(s) não se desenvolve através da música . Não existe um processo terapêutico definido que ocorra através da música.
Ampla gama de experiências é utilizada: - receptiva (audição) - improvisação, - re-criação, - composição.	Intervenções de música em medicina incluem: Música de fundo em salas de espera, outras áreas do hospital ou espaços de tratamento. Programas musicais disponíveis ao paciente: antes de cirurgias e outros procedimentos como tocar para os pacientes .
- Podem ser utilizadas diversas atividades e diferentes artes combinadas. A música e a relação terapêutica servem como componentes curativos, mesmo que se tenha ênfase em um deles, ou ambos, durante o tratamento.	

Deve-se enfatizar que, em geral, **os profissionais da área da saúde utilizam o que nós musicoterapeutas nomeamos “musicoterapia receptiva”** e os musicoterapeutas empregam, principalmente a musicoterapia ativa, ou interativa, como denomino, (BARCELLOS, 1984), na qual musicoterapeuta e paciente estão ativos, em interação, no processo de fazer música. Mas, é fundamental destacar que o trabalho de “música em medicina” também é extremamente importante, mas, seria fundamental que critérios mais claros fossem observados com relação à utilização da música quando esta é empregada por profissionais não musicoterapeutas. No entanto, dificilmente isto poderia ser feito pois nem sempre os músi-

cos têm condições de estabelecer esses critérios, visto que não se trata de aspectos estritamente musicais mas, sim, destes, em relação àquilo que a música pode causar, dependendo, ainda, de como pode ser recebida, a partir de importantes estudos que se realizam hoje em laboratórios de neurociências.

Ainda se deve fazer uma observação sobre a musicoterapia receptiva, que também é utilizada pelos musicoterapeutas em várias situações como, por exemplo, em musicoterapia em cuidados paliativos e no Método Bonny de Imagens Guiadas e Música, com pacientes ditos ‘normais’, e em muitos outros contextos onde o paciente não tem condições de estar ativo no processo de fazer música.

4. Sobre o trabalho clínico de “musicoterapia em medicina”

Para ilustrar a prática de Musicoterapia em Medicina considero importante introduzir, aqui, um trabalho clínico que realizei de 2009 a 2012, convidada pela Fundação do RIM, na Clínica de Doenças Renais - CDR, localizada no Rio de Janeiro.

Inicialmente fiquei surpresa com a proposta de inserção da musicoterapia com crianças e adolescentes **no momento da diálise**, pois, anteriormente, eu havia sido levada por um médico de um grande hospital público fora do Brasil para visitar o serviço de diálise desse hospital, e só foi possível entrar na sala após a sessão e com roupas especiais. Assim, este foi o primeiro de muitos desafios dessa proposta⁵. Como eu não tinha nenhuma experiência de musicoterapia clínica nessa área foi necessário, antes de iniciar o trabalho, fazer um levantamento bibliográfico no Brasil e no exterior, incluindo os principais sites de busca. Nesse levantamento constatei que enfrentaria um segundo desafio: a inexistência de literatura sobre musicoterapia **com crianças e adolescentes** no momento da diálise, como apresentado a seguir (Quadro 2).

Quadro 2: Levantamento sobre Musicoterapia com crianças e adolescentes em Processo de Diálise.

	América Latina	América do Norte	Ásia	Europa
Brasil	Santana, W. (2000) (Salvador - Ba)			
	Delabary, A. M. (2002) (S. Lourenço - RS)			
	Noërr, H. (2004) (Itajaí - SC)			
	Bergold, L. (2005) (Rio de Janeiro - RJ)			
Colômbia	Pulido, M. del P. (2007) (Bogotá)			
Canadá		Eyre, L. (2008)		
Coréia do Sul			Yo, K. (Kwang Ju. 1993)	
			Kim, K. B.; Lee, M. H.; Sok, S. R. (Seul, 2005)	
Noruega				Svebak, S.; Kristoffersen, B. (2006)

Quatro artigos de musicoterapia com pacientes renais adultos foram encontrados no Brasil, à época: destes, alguns relatavam o atendimento antes da sessão de diálise, outros no final e poucos durante, mas, nenhum, com crianças e adolescentes. O mesmo aconteceu com o resultado de sites de busca reconhecidamente importantes como: Medline/PubMed (via U. S National Library of Medicine) LILACS, SciELO, Cochrane, High Wire Press, Google Acadêmico e, também, em periódicos de musicoterapia. Utilizando palavras descritoras como “musicoterapia, enfermidades renais crônicas, diálise, crianças e adolescentes” foram aí localizados **três** artigos: dois da Coréia do Sul e um da Noruega. Tive acesso a **uma** monografia, resultado de um trabalho clínico que visitei num hospital público de Bogotá e **um** artigo que me foi enviado pela Dra. Cheryl Dileo, num total de **nove** artigos, todos tratando de adultos.

Convidei a musicoterapeuta e psicóloga Mariana Barcellos para trabalhar em coterapia, pois se trata de uma violonista, com excelente conhecimento de repertório jovem e, assim, depois de várias reuniões tanto na Fundação quanto com a médica da clínica, iniciamos o trabalho em março de 2009, sem ter definido os **objetivos** a serem alcançados; **sem ideias preconcebidas com relação ao formato a ser utilizado** – atendimento individual, em duplas, com três pacientes ou em grupo; **sem instrumentos musicais**, e sem saber quais **experiências musicais** poderiam ser vivenciadas pelos pacientes ou quais **técnicas musicoterápicas** seriam mais adequadas para serem empregadas pelos musicoterapeutas, tudo isto em decorrência do ineditismo do trabalho. Ainda percebemos que teríamos que utilizar o modelo de sessão de “fluxo contínuo” (BRUSCIA, 1987, p. 527), por considerarmos que as “**sessões estruturadas**”⁶ não seriam adequadas, pelo menos enquanto não tivéssemos contato com os pacientes e assim pudéssemos decidir quanto a isso. Na verdade, este modelo de sessão nunca foi possível utilizar.

Acostumadas a trabalhar principalmente em **salas preparadas para o atendimento de musicoterapia**⁷, tivemos que enfrentar os desafios: de estar numa sala com poltronas e máquinas de diálise; dos **alarmes** das máquinas; da **movimentação da enfermagem** que realizava procedimentos específicos; da **movimentação de funcionários da clínica** que transportavam todo tipo de material; **de mães e/ou pais** que atendiam aos chamados dos filhos e que os alimentavam; **dos sons de duas TVs** permanentemente ligadas; **dos iPods** que acompanhavam os pacientes adolescentes; **das diferentes idades de sete pacientes** – de três a vinte anos⁸, o que fazia com que os repertórios e preferências musicais fossem absolutamente distintos; **dos limites impostos pelo tratamento**, que impossibilitavam os pacientes de se moverem totalmente por estarem presos à máquina e a de movimentarem os dois braços por um deles estar imobilizado, o que restringia a utilização de instrumentos; **e da minha dificuldade em lidar com um repertório** que faz parte das histórias sonoras e das preferências de uma geração que vive “ligada” aos iPods e que tem o que denomino “um contato exaustivo” com a canção e todo tipo de música tanto brasileira como estrangeira (BARCELLOS, 2010). Ainda deve ser destacada a **inexistência de instrumentos e a dificuldade em confeccioná-los** por deverem ser: leves, de fácil manejo com uma só mão, e pela impossibilidade de utilização de elementos orgânicos como sementes, por exemplo, pelo risco de contaminação.

5. A recriação musical

Em 2003 participei como supervisora da clínica de musicoterapia com mães de bebês prematuros, objeto de pesquisa da Mt. Martha Negreiros, na Maternidade Escola da UFRJ. Nesse *setting* percebi que essas mães se encontravam no que denominei “situação de

risco emocional” (BARCELLOS, 2004), quase sempre provisório e decorrente da imprevisibilidade do momento, representada pelo que poderia acontecer com seus bebês. Entendi, no trabalho com essas mães, que elas não improvisavam musicalmente por necessitarem de um *setting* seguro, para dar-lhes conforto, acolhimento e colo, para que pudessem se fortalecer e dar o colo e o continente necessário aos seus bebês. Por isto, a re-criação musical era a experiência musical que elas traziam e a técnica que se constituiu como a mais eficaz para ser utilizada pelos musicoterapeutas nesse tipo de trabalho e em outros contextos clínicos dessa natureza. Mais do que isto, é a re-criação de canções populares, que musicalmente são “familiares e previsíveis” e que têm, em geral: 32 compassos, melodias, ritmos, *riffs*⁹ e harmonias simples (I, IV V) ou “uma linguagem musical natural” como afirma o musicólogo britânico Richard Middleton (1990, p. 46), referindo-se à harmonia, que podem dar confortabilidade e “*holding*”¹⁰ aos pacientes (BARCELLOS, 2004). Como exemplo, pode-se ter, aqui, as canções de Roberto Carlos, pagodes e tantas outras, por exemplo, que pela previsibilidade musical se contrapõem à imprevisibilidade do momento e trazem aos pacientes o acolhimento e o conforto que tanto necessitam.

Seguindo o caminho iniciado no trabalho acima referido entendo que com relação aos pacientes com doenças renais crônicas me parece acontecer o oposto. Considero que a vida destes pacientes é, por um lado, altamente previsível pelo fato de eles passarem durante 12 horas semanais “ligados” à máquina de diálise, da qual dependem para sobreviver e que, mesmo existindo aspectos de risco, como as múltiplas intercorrências clínicas e até a morte, estas são de certa forma previsíveis, por fazerem parte dos desdobramentos da patologia.

Não só pela previsibilidade proveniente da ligação com a máquina, mas, também, pelo contato diário com a canção popular gravada nos iPods, considero que, além do **empoderamento**¹¹ destes pacientes, um dos objetivos – que se configura como “o coração da clínica” para levar os pacientes à **criação de um novo discurso**, organizador de “novas tramas de sentido”, no dizer de Fiorini (1995, p. 20) –, é provocar e ativar uma capacidade humana que está preservada: a capacidade de criar, tendo como objeto de criação, aqui, a música, através da **improvisação**, referencial ou não referencial, e da **composição**. Neste contexto há que se fazer um esforço para acreditar nessa capacidade, já que a doença é visível, inexorável e pode nos induzir a não levar em conta aspectos da ordem da saúde, que devem ser considerados como necessários para uma vida minimamente normal. Deve-se confiar na afirmação de Sartre que “Em todo padecimento humano se encontra oculta alguma empresa” (apud FIORINI, *ibid*, p. 24).

Ruth Finnegan (2008), etnomusicóloga britânica especialista em poesia oral, estuda a “palavra cantada” e a ela se refere como estando presente em muitas manifestações do homem tanto na arte erudita como, também, nas mais simples manifestações de meninos de rua. . Por isso, considero que ela cumpre diferentes funções e se presta a diferentes aplicações em musicoterapia: por se tratar de uma **experiência musical** muito potente para os pacientes, por constituir-se como um **terreno cultural comum** onde pisam musicoterapeuta e paciente, e por possibilitar um “transbordamento natural e irrestrito da expressão humana”, ainda parafraseando Finnegan (2008, p. 16).

Além disto, através das canções, os pacientes podem ser os “narradores musicais”¹² de sua[s] história[s] (BARCELLOS, 2006) pois, em geral, as letras dessas músicas ‘significam’ cenas, pessoas ou épocas importantes das vidas dos pacientes, como os idosos que, muitas vezes, através de canções trazem o passado, pela memória musical.

Para ilustrar a utilização deste tipo de música para expressar conteúdos ou situações difíceis de serem veiculados através de palavras, vale trazer o “pagode romântico”¹³ cantado por G., gênero muito utilizado pelos pacientes para manifestar seus sentimentos.

G., uma menina de 12 anos, com uma doença renal crônica e um problema neurológico que resultava em crises convulsivas, algumas vezes nos dizia diretamente, no momento em que entrávamos na sala: “Hoje eu não quero música”. Pode-se entender esta fala de G. a partir do princípio de “distância simbólica” trazido por Jaakko Erkkilä (2011, p. 201), citando a musicoterapeuta também finlandesa Heidi Ahonen-Eerikainen¹⁴. Neste, a autora prega que o musicoterapeuta que trabalha com pacientes jovens tem que entender que estes podem não estar prontos para fazer conexões entre a sua própria realidade e a simbólica, relacionada à música, que carrega uma expressão emocional ligada a ela. As conexões podem estar muito claras para o terapeuta, mas o paciente pode necessitar de alguma distância que pode servir como um ‘abrigo simbólico’ contra experiências demasiadamente dolorosas ou insuportáveis (2011, p. 201).

Considero que outra forma de se entender a “distância simbólica” é quando o paciente ouve uma música (no caso trazida pelo musicoterapeuta ou, até por outro paciente), que tem um ‘significado’ para ele, ou seja, que por estar ligada a pessoas específicas, fatos ou situações vividas anteriormente, vem carregada de emoções para as quais nem sempre o paciente está preparado para reviver/sentir¹⁵.

É frequente acontecer conosco, em contextos não terapêuticos, de não conseguirmos ouvir uma determinada música que nos traz um significado, seja positivo ou negativo. Nem sempre estamos preparados para reviver uma situação anterior, e estar submetidos à emoção, ou reviver a emoção que essa música carrega. Frequentemente isto acontece e nos faz desligar o rádio, TV ou qualquer outro meio (iPods, por exemplo), ou mudar de estação, faixa, enfim, utilizando um mecanismo de proteção, ou recorrendo a um ‘abrigo simbólico’, nas palavras de Ahonen-Eerikainen (*ibid*).

Mas, voltando-se à situação de G., deve-se dizer que mesmo ela frequentemente dizendo que não queria música, tão logo se comesse a cantar no outro lado da sala, ela participava da improvisação ou re-criação, caracterizando uma “participação periférica legítima”, conceito cunhado pela educadora e antropóloga americana Jean Lave, e pelo cientista da computação suíço-americano Étienne Wenger (1991, p. 29), que se refere aos modos de pertencimento nos grupos de trabalho. Esse processo de atuação nos grupos passa pela fase inicial, a denominada “participação periférica legítima” que, paulatinamente, transforma-se em uma participação plena. É também importante mencionar o pensamento do educador britânico Harry Daniels, com relação a esse conceito, que afirma que as barreiras à participação podem ser tanto sociais como biológicas. Ele afirma que “Tipos específicos de inadequações podem gerar problemas de participação numa sociedade onde a maioria dos participantes não experimenta distúrbios similares” (2003, p. 65).

Ainda com relação à participação de G., cabe relatar uma situação na qual a paciente em um determinado dia, dirigiu-se a nós da sua poltrona, do outro canto da sala, sugerindo que cantássemos uma canção para S.. Não tínhamos ideia sobre o que tinha acontecido, mas suspeitávamos que S. tinha ido a óbito, pois sua poltrona estava vazia. Imediatamente G. começou a cantar um “pagode romântico”, cuja letra se refere à separação de um casal amoroso, mas, que, naquele contexto, era adequada para expressar o luto pela morte da amiga. Era um dia chuvoso, cinza, e as luzes estavam apagadas, deixando a sala na penumbra, também em um sentido metafórico. Os outros pacientes a acompanharam cantando em pianíssimo, como a banda brasileira canta a introdução do referido pagode. Abaixo a letra.

Não Tem Perdão

Valtinho Jota / Sérgio Jr. (2007)

*Choro toda vez que entro em nosso quarto,
Toda a vez que olho no espelho,
Toda a vez que vejo o seu retrato.*

*Eu não tô legal,
Não vai ser fácil de recuperar, vontade de viver tô
Sem astral,
Por falta de você.*

*Pior que nada que eu faça vai mudar sua decisão de separação,
Eu reconheço os seus motivos, tá coberta de razão,
Pra você caso de traição não tem perdão.*

*Sei que é tarde pra me arrepender,
Inconsequente, fraco eu traí você,
Sabemos bem quem vai sofrer,
Hoje só Deus sabe a minha dor,
Eu tive que perder pra dar valor,
Não serei o mesmo sem o teu amor.*

A re-criação musical de canções, como na situação acima, é muito utilizada em todas as áreas de atuação da musicoterapia brasileira. Através das canções populares da preferência dos pacientes estes podem se expressar, ‘sem usar as próprias vozes’, mas cantando/contando o que querem ou precisam, através das vozes dos compositores, para falar numa linguagem figurativa. Para Finnegan:

A canção é um fenômeno tão difundido por todos os tempos e culturas que pode sem dúvida ser considerada como um dos verdadeiros universais da vida humana. Mesmo sendo por vezes restrita a especialistas, ou vindo acompanhada de sons musicais elaborados com apoio de tecnologias complicadas, a canção termina por existir na experiência de todos (FINNEGAN, 2008. p. 15).

Esta declaração, de uma das maiores especialistas em poesia oral com relevante contribuição na área de etnomusicologia, ratifica a utilização da canção em todos os contextos, incluindo a musicoterapia.

Cabe enfatizar que considero que a canção cumpre diferentes funções e se presta a distintas aplicações em musicoterapia: por se tratar de uma **experiência musical** muito potente para os pacientes, e por possibilitar um “transbordamento natural e irrestrito da expressão humana”, ainda parafraseando Finnegan (2008, p. 16).

Os musicoterapeutas Luís Antonio Millecco Filho, Maria Regina Esmeraldo Brandão e Ronaldo Pomponet Millecco no livro *É preciso cantar: musicoterapia, cantos e canções*, (2001) dedicam um capítulo sobre “As funções do canto”, no qual listam, explicam e exemplificam sete tipos de funções, estudo que muito contribui para o trabalho do musicoterapeuta.

No entanto, como supervisora de estágios, tenho constatado que tanto musicoterapeutas como estagiários se mantêm, muitas vezes, durante o processo inteiro utilizando somente as músicas preferidas de pacientes que teriam condições de aceitar músicas novas ou outras experiências musicais, o que os ajudaria a se desenvolverem. Para corroborar esse pensamento, tem-se uma afirmação preciosa do musicoterapeuta canadense Collin Lee que deve sempre ser observada. O autor recomenda que

Mesmo que a preferência musical [do paciente] seja importante, nós [musicoterapeutas] temos que ter, também, o potencial para dar outras avenidas musicais que irão equilibrar e fazer o processo terapêutico mais direto, potente, e esteticamente poderoso (2001, p. xvi).

Certamente os musicoterapeutas têm condições de avaliar as condições dos pacientes e, quando e como poderão introduzir essas ‘novas avenidas’, às quais Lee (2001) se refere.

Contudo, algumas vezes, por repetirem suas canções preferidas à exaustão, os pacientes o fazem de uma forma ‘mecânica’¹⁶. Para evitar tanto a repetição das mesmas canções, como essa forma ‘mecânica’ de cantar, “ouvimos” a recomendação de Lee e decidimos utilizar com os pacientes da Clínica de Doenças Renais uma estratégia com o objetivo de provocar a criatividade: levar os pacientes à improvisação e à composição, aproveitando situações, fatos, ou qualquer acontecimento que ocorresse na sala, sem nenhuma exigência estética e considerando o processo mais importante que os resultados.

A segunda razão foi provocar a criatividade dos pacientes “porque esta é conectada ao processo simbólico”, ainda nas palavras Jaakko Erkkilä, citando Levin (2001, p. 200)¹⁷.

6. A “composição musical assistida”

Ambas, improvisação e composição possibilitam a **expressão de conteúdos internos** e, na imprevisibilidade, permitem que os pacientes se arrisquem em novas avenidas musicais, utilizando caminhos desconhecidos para expressar seus sentimentos, como é o caso das duas adolescentes que cantaram a dor da morte de outra paciente através de uma canção existente – que fala de separação –, ou, ainda, da que expressa na sua composição o desejo de ganhar dois rins, como presente de Natal, para que ela e a amiga possam ser transplantadas.

O Presente de Natal (P. e N.)

(10/12/2009 - 36ª sessão)

*Nós queremos dois rins
Um pra Nina e um pra mim Refrão
Quem vai ser o doador
Não pode ser o vovô
Quem ‘tá disposto a doar
Pode vir me ajudar
..... É só ligar
Mas não ligue a cobrar
Porque a conta vai estourar
E o meu pai não vai gostar
E vai muito reclamar
Mas vai gostar se eu transplantar*

Intitulo e defino a “composição assistida”, como:

A composição que o paciente faz na sala de musicoterapia junto com o musicoterapeuta, ou provocado por este/esta, em contraste com outras composições que vêm prontas para a sala, já compostas em casa ou na enfermaria, e são apresentadas ao musicoterapeuta durante a sessão. Na composição assistida o processo é facilitado pelo musicoterapeuta por meio de intervenções verbais e/ou musicais, ajudando o paciente quando ele/ela precisar (BARCELLOS, 2011).

Considero que esta pode acessar e possibilitar a expressão de conteúdos que, de outra maneira, seriam recalçados.

7. O ritmo como impulsor da dança das enfermeiras

A utilização da dança tanto pela equipe de enfermagem quanto pelos pacientes mostra quão essencial e pervasiva é esta atividade na cultura do Rio de Janeiro. Provavelmente, difícil seria a aceitação de uma situação similar dentro de um contexto hospitalar em outras regiões do Brasil.

A dança não era uma atividade esperada nem pretendida nesse contexto, devido aos impedimentos físicos e à quase imobilidade que a situação impõe a este tipo de pacientes. Contudo, a força do ritmo, em determinados momentos, certamente levou as enfermeiras a dançarem. Imediatamente sugeri que se fizesse um ‘concurso de dança’ e um paciente prontamente respondeu que eles não podiam dançar. Respondi que ‘nós’ não dançaríamos mas, sim, seríamos os juízes desse concurso, o que foi prontamente aceito por eles que acabaram julgando as enfermeiras.

A dança dos pacientes nas poltronas de diálise: o ritmo como ‘impulsor’ do movimento

Talvez a dança das enfermeiras tenha sido o ponto de partida para que, mais tarde, os pacientes também viessem a dançar nas suas poltronas de diálise, seguramente também impulsionados pelo ritmo, apesar das suas condições de saúde e dos impedimentos físicos, impostos pela doença e pela máquina de diálise, como pode ser observado nesse pequeno registro em vídeo, feito durante a sessão¹⁸.

link do vídeo: http://www.musicahodie.mus.br/15.2/103_AC-Musicoterapia_15-2_video.php

Considerações finais

Consciente da necessidade de pesquisas e estudos no emprego da musicoterapia nessa área, acredito, utilizando uma metáfora de ‘transporte’ empregada por Tia DeNora, que a música é uma experiência musical que pode nos levar de um lugar (emocional) a outro (2000). Considero que esses pacientes podem, além de expressar seus conteúdos internos, viver ou experimentar a imprevisibilidade na música e, conseqüentemente, em outras situações. No entanto, só a realização de pesquisas baseadas em evidências no emprego da musicoterapia nessa área poderá demonstrar a contribuição da utilização da música como elemento terapêutico nas doenças renais crônicas.

Este trabalho objetiva mostrar a potência da música, uma tecnologia leve, utilizada como elemento terapêutico na prática clínica da musicoterapia numa área médica, que tem por objetivo contribuir para o empoderamento dos pacientes e a melhora de aspectos emocionais como a ansiedade, depressão, a expressão de conteúdos internos e a subjetividade, que podem facilitar a adesão/aderência ao tratamento e conseqüente melhora de aspectos da saúde física como, por exemplo, diminuição na pressão arterial.

Pode-se afirmar que a música pode facilitar a comunicação, o estabelecimento da relação terapêutica, a autoexpressão e “mover no espaço”: pacientes, médicos, enfermeiros, familiares e outros profissionais, não somente no sentido físico, mas, também, no sentido emocional e psíquico, com ressonâncias sociais.

Notas

- ¹ Para Said, apresentando argumentos para se pensar a cultura – incluindo a música e a literatura – “Nenhum sistema social, nenhuma visão histórica, nenhuma totalização teórica, não importa quão poderosa, pode exaurir todas as alternativas ou práticas que existem dentro de seus domínios. Há sempre uma possibilidade de transgressão” (1992, p. 98).
- ² *Afecção*, no sentido que Deleuze e Guattari emprestam ao termo. Inspiram-se na obra de Espinosa que considera as afecções como o modo com que algo é *afetado* e, com isso, aumenta ou diminui a sua potência de agir. A arte conserva afectos (PINTO, 2007).
- ³ Positron Emission Tomography. A tomografia por emissão de positrons ou PET-SCAN é um exame de imagem que utiliza uma substância radioativa (18- Fluordesoxiglicose) para rastrear células tumorais no organismo. O Pet-Scan é mais um exame funcional, ou seja, que mostra o funcionamento de um tecido ao nível molecular.
- ⁴ Segundo Veiga e Garcia (2006), Fodor (1986) levantou a ideia da “arquitetura da mente”, isto é, o modelo que inclui uma unidade de memória capaz de guardar tanto o programa como os dados processados. Para os autores, “A arquitetura funcional ‘fodoriana’ da mente está constituída por módulos geneticamente especificados, com funcionamento independente e paralelo, que processam a informação de uma natureza distinta e específica de domínio. Cada sistema modular processa, de forma encapsulada, rápida e automaticamente, as informações específicas. (...) O sistema central também recebe informação procedente dos diferentes tipos de memórias do sujeito, integrando informações armazenadas e frequentemente atua a nível consciente, enquanto que os sistemas modulares são impenetráveis à consciência. O sistema central possibilita a interpretação da realidade, as crenças, os objetivos e metas de ações” (p. 30).
- ⁵ Crianças em diálise na CDR eram apoiadas pela Fundação do Rim Francisco Santino Filho que é uma instituição sem fins lucrativos que atendia a 220 crianças e jovens em situação de risco social, portadores de Doenças Renais Crônicas, sendo 170 em tratamento dialítico em 43 clínicas no Estado do Rio de Janeiro e 30 transplantados. A Fundação do RIM era apoiada pela Else Kröner-Fresenius-Stiftung (Alemanha), pela Fresenius Medical Care (Brasil), e dirigida por Livia Guedes e Ana Maria Motta que, numa iniciativa pioneira, inseriram a musicoterapia em duas clínicas de doenças renais, além dos atendimentos de fisioterapia, reforço escolar e suporte alimentar, entre outros. O trabalho de musicoterapia começou em março de 2009, após reuniões com a Fundação, com a neuropediatra Dra. Fátima Bandeira, diretora médica da CDR e um Convênio firmado entre a Fundação do Rim e o Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário (CBM-CEU), num movimento de atendimento extramuros da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco dessa instituição, da qual fui fundadora em 2002. Este trabalho foi realizado em coterapia com a Mt. Mariana Barcellos e por ela estendido a outro turno na mesma clínica e em mais dois na clínica GAMEN, também no Rio de Janeiro.
- ⁶ Bruscia se refere às sessões de “fluxo contínuo” como sendo aquelas nas quais “o terapeuta segue o cliente de momento-a-momento, e permite a este que determine o curso dos eventos. Já “na sessão estruturada”, o terapeuta divide a sessão em fases processuais, e então introduz sequências de acordo com objetivos metodológicos específicos. Uma “sessão estruturada” tem início, meio e fim, e é organizada para se mover para e/ou em afastamento de um evento focal.
- ⁷ À exceção de trabalho realizado em coterapia com a musicoterapeuta Lenita Moraes, em 1993, com meninos “em situação de rua”, em uma casa pertencente a uma ONG, no morro do Pavão/ Pavãozinho, no Rio de Janeiro.
- ⁸ Refiro-me à constituição do primeiro grupo atendido.
- ⁹ Ostinatos formados por pequenas séries de notas repetidas, encontradas na música popular e no jazz, formando uma parte distinta do acompanhamento.
- ¹⁰ *Holding environment* é um conceito de Winnicott, W. D. (1960), que se refere a um espaço físico ou psíquico entre a mãe e o bebê e que permite uma transição da criança para ser mais autônoma. Para o autor, o terapeuta também tem como tarefa dar um *holding environment* para o seu paciente.
- ¹¹ O musicoterapeuta norueguês Ruud define musicoterapia como “um esforço para ‘aumentar as possibilidades de ação’” e explica que “aumentar as possibilidades de uma pessoa significa não somente empoderá-la mas, também dar alívio (...) a algum material de forças psicológicas que a mantêm num papel de desvantagem (1998, p. 52).
- ¹² Como os musicólogos contemporâneos Rink (2003) e Bowen (2003) consideram o *performer* .
- ¹³ O “pagode romântico”, que se tornou muito popular nos anos 90, difere do pagode original porque tem letra romântica e a introdução de instrumentos eletrônicos.
- ¹⁴ PhD pela Joensuu University (1998) (Finlândia), desde 2003, Ahonen-Eerikainen é professora e Diretora do *Manfred and Penny Conrad Institute for Music Therapy Research* , no Canadá.
- ¹⁵ A questão do significado está sendo tratada no artigo “*A questão do sentido e significado em música: ‘Pra não dizer que não falei das flores...’*”. Trabalho apresentado no XVIII Fórum Estadual de Musicoterapia organizado pela Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro – AMT- RJ, 2012. Inédito.
- ¹⁶ Utilizo a expressão ‘de forma mecânica’ para me referir a uma execução automática, aparentemente sem motivação interna.
- ¹⁷ O processo simbólico pode ser entendido como uma propriedade emergente de interjogo de uma variedade de funções psicobiológicas e capacidades psicológicas no contexto do corpo, objeto e relações interpessoais. (Levin, 1989, p. iii).

¹⁸ Deve-se informar que todos os profissionais, familiares e pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com cessão de imagens e sons, conforme recomenda a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Referências

BARCELLOS, L. R. M. Qu'est-ce que la Musique en Musicothérapie. *La Revue de Musicothérapie*. Revue éditée par la Association Française de Musicothérapie. v.4. n.4. Paris, 1984.

_____. A Movimentação Musical em Musicoterapia: interações e intervenções. *Cadernos de Musicoterapia*, n.2. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

_____. *La Previsibilidad de la Canción Popular como "Holding" a las madres de bebés prematuros*. Trabalho apresentado no II Congreso Latinoamericano de Musicoterapia. Montevideo, julho de 2004.

_____. O Paciente como Narrador Musical de sua[s] História[s] em Musicoterapia. *Cadernos da Pós-graduação*. Instituto de Artes/UNICAMP, Campinas: Ano 8, v.8, n.1, p. 187-195, 2006.

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

_____. A "Composição Musical Assistida" em Musicoterapia: aspectos teóricos e práticos. *XVIII Fórum Estadual de Musicoterapia*. Rio de Janeiro, 2011. Inédito.

BENZON, Rolando O. *Manual de Musicoterapia*. Trad. Clementina Nastari. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BOWEN, J. Finding the Music in Musicology: Performance, History and Musical Works. In: Cook, N. & Everit, M. (Orgs.) *Rethinking Music*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

BRUSCIA, Kenneth. *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles Thomas Publishers, 1987.

DANIELS, Harry. *Vygotsky e a pedagogia*. São Paulo: Loyola, 2003.

DeNora, Tia. *Music in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

DILEO, Cheryl. *Music Therapy & Medicine: theoretical and clinical applications*. Silver Spring: American Music Therapy Association, 1999.

ERKKILÄ, J. Punker, Bassgirl, and Dingo-Man. Perspectives on Adolescents' Music Therapy. In: Meadows, A. (Ed). *Developments in Music Therapy Practice: Case Studies Perspectives*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2011.

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

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

LAVE, Jean; WENGER, Etienne. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

LEE, Collin Andrew. *The Architecture of Aesthetic Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2003.

LINGLE, D. W. & RIDLEY, C. R. Cultural Empathy in Multicultural Counseling. In: J. C. Draguns, P. B. Pedersen, W. J. Lonner, J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across Cultures* (4th Edition). Thousand Oaks, CA: Sage, 1996.

MIDDLETON, R. *Studying Popular Music*. Milton Keynes: Open University, 1990.

MILLECO FILHO, Luís Antonio; BRANDÃO, Maria Regina Esmeraldo e MILLECCO, Ronaldo Pomponet. *É preciso cantar: musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

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

RINK, J. Translating Musical Meaning: the nineteenth-Century performer as Narrator. In: Cook, N. & Everit, M. (Orgs.) *Rethinking Music*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

RUUD, Even. *Music Therapy: improvisation, communication, and culture*. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

SAID, Edward. *Elaborações musicais*. Trad. Hamilton dos Santos. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

SILVA, Denise Conceição da; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FIGUEIREDO, Paula Alvarenga de; Tecnologias Leves em Saúde e sua Relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2008 jun; 12 (2): 291-8.

VEIGA, Elizabeth Carvalho da; GARCIA, Emílio Garcia/ Psicopedagogia e a teoria modular da mente: uma nova perspectiva para a aprendizagem. 1. ed. São José dos Campos: Pulso, 2006.

WINNICOTT, D. W. *The Theory of the Parent-Infant Relationships in the Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: International University Press, 1960.

Lia Rejane Mendes Barcellos - Doutora em Música (Linguagem e Estruturação Musicais - UNIRIO); Mestre em Musicologia (CBM-CeU - RJ); Especialista em Educação Musical (CBM-CeU). Graduada em Musicoterapia (CBM-CeU) e Piano (Academia de Música Lorenzo Fernández - RJ). Coordenadora e docente da Pós-graduação em Musicoterapia e docente do Bacharelado em Musicoterapia (CBM-CeU). Fundadora da Clínica Social de Musicoterapia Ronaldo Millecco (CBM-CeU). Musicoterapeuta pesquisadora convidada da UFRJ (Maternidade Escola). Autora de livros, capítulos e artigos em vários países. Membro do Conselho Diretor da *World Federation of Music Therapy* por dois mandatos. Ex-Editora para a América do Sul do Jornal Eletrônico *Voices* (Noruega).
