

MARIA EUGÊNIA CASTELO BRANCO ALBINATI

**RECURSOS MUSICAIS
APLICÁVEIS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:
CONTRIBUIÇÕES DA MUSICOTERAPIA
À CLÍNICA PEDIÁTRICA**

**BELO HORIZONTE
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

2008

MARIA EUGÊNIA CASTELO BRANCO ALBINATI

**RECURSOS MUSICAIS
APLICÁVEIS À SAÚDE E À EDUCAÇÃO
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:
CONTRIBUIÇÕES DA MUSICOTERAPIA
À CLÍNICA PEDIÁTRICA**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Doutor em Ciências da Saúde
(Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente)

Orientador: Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota
Co-orientador: Prof. Dr. João Gabriel Marques Fonseca

BELO HORIZONTE
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

2008

Aproveitando as madrugadas em grupos de estudos para fazer os exercícios das disciplinas de Epidemiologia e Bioestatística e completar os créditos para o doutorado, eu tive a oportunidade de acompanhar um plantão movimentado de minha colega Ericka Carellos, no então Centro Geral de Pediatria da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (hoje Hospital Infantil João Paulo II). O grande conhecimento da querida Ericka sobre as doenças infecto-contagiosas e seu envolvimento na busca de resultados para seus pequenos pacientes despertaram em mim uma enorme admiração por ela, e na volta da correria que a levava de nossa mesa de estudos para o leito das crianças, eu lhe disse:

- Seu trabalho é maravilhoso, você passa o tempo todo salvando vidas.

E ela me respondeu:

- O seu trabalho é que é maravilhoso, porque a medicina só salva a vida, a música é que dá sentido a ela.

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, fragilizadas por algum tipo de doença, podem encontrar aqui o apoio da música na reconstrução de sua saúde; a todos os cuidadores que, imbuídos do espírito de melhorar a vida de suas pessoas queridas, podem achar aqui formas de ampliar o oferecimento da música a elas; e aos profissionais das áreas de saúde e educação, que, no percurso de acompanhar seus pacientes e alunos, podem achar aqui maneiras de usar a música para tornar a vida deles mais rica e significativa.

AGRADECIMENTOS

Meus pais me ensinaram música desde antes de eu nascer, e, mesmo vivendo com dificuldades financeiras, abriram mão do próprio conforto para arcar com os estudos musicais dos seis filhos. Foi a compreensão deles do valor da música na vida das pessoas que tornou possível o meu trabalho de musicoterapia e todos os benefícios que a música levou às centenas de pacientes que eu tive a honra de atender ao longo de mais de trinta anos de atendimento musicoterápico a populações diversas.

Crianças, adolescentes e suas famílias, que atendi com Musicoterapia em diversas instituições de Minas Gerais, e alunos a quem eu acompanhei em sua formação de musicoterapeutas, me ajudaram a construir as idéias deste trabalho.

O Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente, sob a direção do Prof. Dr. Francisco José Penna, acolheu meu projeto de pesquisa na Faculdade de Medicina da UFMG, dando-me a oportunidade de compartilhar a construção de conhecimentos com uma comunidade acadêmica altamente qualificada.

Os Professores Doutores Joaquim Antônio César Mota e João Gabriel Marques Fonseca foram, desde o início e durante todo o processo, extremamente empenhados em orientar meu projeto, que resultou num desafio ao transitar entre duas áreas de conhecimento.

Coordenadores, professores, colegas e funcionários da Faculdade de Medicina da UFMG contribuíram, a todo momento, em inúmeras pequenas coisas fundamentais para este trabalho.

A Profa. Dra. Eugênia Ribeiro Valadares, responsável pelo Laboratório de Erros Inatos do Metabolismo do HC/UFMG; a Profa. Zélia Araújo Cotta Coelho, responsável pela Clínica II em Terapia Ocupacional no Setor de Terapia Ocupacional do HC/UFMG; a Profa. Dra. Regina Amorim, responsável pelo Acriar - Setor de Acompanhamento de Crianças Prematuras de Risco do HC/UFMG; e as musicoterapeutas Fabíola Borges, Karla Ribeiro e Simone Presotti me apresentaram às crianças e adolescentes de seus setores e me apoiaram durante a construção dos dados da pesquisa.

Ver nos cadernos da pesquisa as anotações das observadoras Carla Ferreira de Abreu, Carmen Lúcia Castelo Branco Albinati, Clara Cortez, Joelma Domingos Pimenta Andrade e Renata Benedetto me lembra a enorme generosidade delas e sua perspicácia em reconhecer acontecimentos no *setting* musicoterápico.

As crianças e adolescentes participantes da pesquisa, e seus cuidadores e técnicos, me apoiaram desde o início da coleta de dados, e me ajudaram em tudo que precisei. O carinho deles foi a melhor parte de todo o trabalho. A esperança em seus olhos foi a motivação para vencer todas as etapas da pesquisa.

A banca de defesa foi muito atenciosa na leitura deste trabalho e apontou alterações que o tornaram melhor. A Profa. Dra. Maria Auxiliadora Monteiro Oliveira incentivou sua ampla divulgação, por ser útil a várias classes profissionais. A Profa. Dra Estelina Souto do Nascimento sugeriu a extensão de seu título à área da Educação. Ela e o Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota destacaram o caráter acessível das atividades musicais propostas pelo trabalho, afirmando que, desta forma, até eles conseguiriam aprender música. O Prof. Dr. Oíliam Lanna ressaltou o fato do trabalho ser todo contaminado de *insights* e ainda assim ser rigoroso, e a importância dele preencher uma lacuna negligenciada pelas Escolas de Música e de Medicina, ao tornar acessível a todas as pessoas a música que é necessária, dentro de uma visão ampla da saúde. O Prof. Dr. Délcio da Fonseca Sobrinho, para quem a pessoa que trabalha com música é invejável porque a música é a maior evidência empírica de que talvez a Humanidade tenha algum sentido, sugeriu sua publicação como livro, por sua abordagem e conjugação raras e inéditas. O Prof. Dr. João Gabriel Marques Fonseca destacou o caráter gloriosamente subjetivo do trabalho, neste mundo que ainda não sabe olhar para as pessoas com comprometimentos de saúde. O Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira e a Profa. Dra. Janete Ricas, convidados como suplentes e dispensados em vista da presença dos titulares, assistiram a apresentação do trabalho, me apoiando com a demonstração de seu interesse.

Meus familiares e amigos cuidaram de mim e me estimularam, nesse período de muita preocupação com os estudos e pouca atenção a eles. No dia da defesa, eles chegaram cedo à Escola de Medicina, enfeitaram uma sala com flores e bilhetinhos e prepararam um coquetel que acolheu os convidados para a comemoração pela minha aprovação no Doutorado.

Agradeço muito a todas essas pessoas, que contribuíram para que eu fizesse esta pesquisa, que, além de me propiciar grandes alegrias e crescimento pessoal e profissional, pretende contribuir para que muitas crianças e adolescentes possam desfrutar mais e melhor dos inúmeros benefícios que a música pode lhes proporcionar, sob tantas formas.

“Lo triste de una disminución es que levanta una barrera que nos impide satisfacer las necesidades del niño, necesidades que pueden ser inconscientes, inexpresadas, escondidas o penosamente expresadas. Pero para la música no hay barreras.”

Juliette Alvin, em “Música para el niño disminuído”

RESUMO

INTRODUÇÃO: Esta tese investiga o potencial terapêutico de sete recursos musicais encontrados em práticas da sociedade ocidental: jogos e brincadeiras musicais; apreciação musical; canto; instrumentos musicais; criação musical; expressão corporal e dança; e ensaio e apresentação musical. **METODOLOGIA:** O estudo exploratório-descritivo da aplicação destes recursos a 60 crianças e adolescentes com idades entre 1 e 20 anos, através de observação sistemática e entrevista aberta com cuidadores e técnicos, identificou alterações de comportamento percebidas no contato delas com a música. O mapeamento dos recursos musicais mostra as especificidades de cada um deles, atividades possíveis de serem desenvolvidas, e benefícios resultantes de sua aplicação terapêutica, em consonância com os pressupostos das teorias da Musicoterapia. A variedade de idades e diagnósticos das crianças/adolescentes estabeleceu a acessibilidade e benefícios dos recursos musicais a pacientes com diferentes capacidades afetivas, motoras e cognitivas. A diversidade de espaços de saúde (consultórios de Musicoterapia da Associação de Musicoterapia de Minas Gerais, Sala de Medicação Infantil do Hospital Borges da Costa e Setor de Terapia Ocupacional do Hospital Bias Fortes) mostrou formas de oferecimento das práticas musicais em diferentes ambientes terapêuticos sem comprometer a dinâmica destes. **RESULTADOS:** Os jogos e brincadeiras musicais tornam as crianças/adolescentes alertas e participativas e lhes oferecem conhecimentos e o compartilhamento de momentos prazerosos com o outro. A apreciação musical lhes dá acesso à expressão de diferentes tempos, espaços e visões de mundo, e à evocação e reelaboração de suas próprias vivências, emoções e fantasias. O poder narrativo e mnemônico do canto lhes ajuda a seguir seqüências complexas e memorizar informações, lhes propicia o aprimoramento da fala e da linguagem expressiva, e lhes ajuda a afirmar sua individualidade acima da doença. O efeito tônico dos instrumentos musicais impulsiona as crianças/adolescentes ao movimento organizado, à construção elaborada e à participação prazerosa em grupos instrumentais. A criação musical lhes faculta a construção de uma identidade positiva, o afloramento de uma criatividade inesperada em meio a suas dificuldades psicomotoras, e uma via adequada e valorizada de expressão de sentimentos e idéias. A dança enriquece sua imagem corporal e aprimora suas habilidades ambulatorias. Os ensaios e apresentações musicais lhes possibilitam apresentar-se diante do outro de forma positiva, mostrando sua força, sua alegria e suas capacidades. **CONCLUSÕES:** Sendo parte

da cultura humana, a música é familiar à criança/adolescente, ao cuidador e aos profissionais de saúde, e estimula a participação prazerosa de todos, resgatando sujeitos ofuscados pela doença. Lidando com crianças e adolescentes dependentes, este estudo aponta a intensa adesão do cuidador e dos profissionais de saúde às práticas musicais, tanto para direcioná-las à criança/adolescente, como para fruição própria. O envolvimento destes, além de ser fator determinante do sucesso do tratamento da criança/adolescente dependente, beneficia estas populações esquecidas pela área da saúde. Embora a coordenação de um musicoterapeuta garanta melhor direcionamento dos recursos musicais aos objetivos de saúde de cada paciente, as atividades musicais mostraram-se possíveis de desenvolver-se entre pacientes, cuidadores e técnicos, resultando em ganhos para todos.

PALAVRAS-CHAVE: Música, Musicoterapia, Saúde, Criança, Adolescente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: This thesis presents an investigation about the therapeutic potential of seven musical resources that are found in activities practiced in Western society: musical games, musical appreciation, singing, musical instruments, creation in music, dance and musical presentation. **METHODOLOGY:** The exploratory-descriptive study of the application of these resources to 60 children and adolescents between 1 and 20 years old, through systematic observation and open interviews with their carers and technicians, identified alterations of behaviour perceived in their contact with the music. The mapping of the musical resources shows their specificities, possible activities of being developed, and resulting benefits of their therapeutic use, in agreeance with the theories of Music Therapy. The variety of ages and diagnosis of the children and adolescents established the access and benefits of the musical resources to patients with different capacities of affective, motor and cognitive response. The variety of health spaces (the Music Therapy offices of the Music Therapy Association of Minas Gerais, child medication room of the Borges da Costa Hospital and the Occupational Therapy Isle of the Bias Fortes Hospital) recognized the different forms of the musical practices that are offered in different therapeutic ambiances, without compromising their own dynamics. **RESULTS:** The musical games make the children/adolescents alert and participating, and give them knowledge and sharing of meaningful moments with others. Musical appreciation gives them access to the expression of different times, spaces and visions of the world, reminding and remaking their own lives, emotions and fantasies. The narrative and mnemonic power of singing help them follow complex sequences and learn information by heart, appeasing them to better their speech and their expressive language, and helping them to affirm their individuality beyond their illness. The tonic effect of the musical instruments impulses the child/adolescent to organized movement, elaborated construction and joyful participation in instrumental ensembles. Musical creation opens the way to the construction of a positive identity, the emerging of an unexpected creativity in midst of the psychomotor difficulties, and an adequate and valued way of expressing their feelings and ideas. Dancing enriches their body image and betters their abilities to move. Rehearsals and musical presentations make it possible for them to present themselves in front of the others in a positive form, showing their strength, happiness and capabilities. **CONCLUSIONS:** Since it is part of human culture, music is familiar to the

child/adolescent, to their carers and to health technicians, and stimulates the positive participation of all, focusing on people obscured by the illness. Having children and adolescents with no autonomy as subjects, this investigation was led to realize the enormous participation of the carer and health professional in musical practice, not only to involve the patient, but also for their own appreciation. Their involvement, beyond being a determinant factor to the success of the treatment of the dependent child/adolescent, benefit this populations forgotten by the health area. Although the coordination of a music therapist would guarantee a better use of the musical resources in relation to the needs of each patient, since music is a common practice to most people and is accessible to non-musicians, the musical activities are easily developed among the patients, their carers and technicians, with positive results for all.

KEY WORDS: Music, Music therapy, Health, Child, Adolescent.

ABREVIATURAS, SIGLAS E DESCRIÇÕES

CMT = Consultório de Musicoterapia

Consultórios das musicoterapeutas Fabíola Borges, Karla Ribeiro, Maria Eugênia Albinati e Simone Presotti, da Associação de Musicoterapia de Minas Gerais, equipados com instrumentos musicais variados e aparelhos de som, contando, nos atendimentos, com a presença da criança/adolescente ou grupo de crianças/adolescentes e da musicoterapeuta, e, às vezes, com a presença do cuidador (parente ou acompanhante). As sessões semanais tinham a duração média de 50 minutos.

SMI = Sala de Medicação Infantil

Sala do Hospital Borges da Costa destinada à medicação venosa dos pacientes, equipada com 10 leitos e 10 máquinas de administração de medicamentos, com a presença das crianças/adolescentes, de seus cuidadores (pais, parentes e babás), de técnicos (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) e de pacientes adultos. Cada criança/adolescente ficava no leito, ligada à máquina, em companhia de seu acompanhante, por um tempo médio de quatro horas. Os instrumentos musicais eram levados pela musicoterapeuta, distribuídos durante a sessão semanal, que durava 90 minutos, e recolhidos no final.

STO = Setor de Terapia Ocupacional

Sala de Terapia Ocupacional Infantil do Ambulatório Bias Fortes do Hospital das Clínicas, equipada com colchões, mesas, brinquedos, fantasias e instrumentos musicais de brinquedo. Outros instrumentos musicais eram levados pela musicoterapeuta, distribuídos durante o atendimento e recolhidos no final. Cinco a sete crianças eram atendidas a cada 50 minutos, e seus cuidadores permaneciam na sala quando queriam. As estagiárias do Setor participavam ativamente dos atendimentos de musicoterapia, responsabilizando-se cada uma por um dos pacientes.

Na descrição dos resultados, a sigla de cada local de construção de dados está seguida do número da sessão em que estes ocorreram. Ex.: (STO2) = Segunda sessão no Setor de Terapia Ocupacional.

A descrição das sessões está no Apêndice A.

O apêndice B traz as letras das canções compostas na pesquisa.

SUMÁRIO

1. Introdução	14
2. Fundamentação teórica	15
3. Objetivos	39
4. Recursos metodológicos	40
5. Resultados	48
5.1. Jogos e Brincadeiras Musicais	52
5.2. Apreciação Musical	60
5.3. Canto	70
5.4. Instrumentos Musicais	81
5.5. Criação Musical – Improvisação, Arranjo, Paródia e Composição	106
5.5.1. Improvisação Musical	106
5.5.2. Arranjo Musical	108
5.5.3. Paródia Musical	110
5.5.4. Composição Musical	112
5.6. Expressão Corporal e Dança	115
5.7. Ensaio e Apresentação Musical	117
6. Reflexões finais	120
Referências	123
Apêndices	128
Apêndice A - Descrição das Sessões	128
Apêndice B - Criações musicais realizadas na pesquisa	184

Recursos musicais aplicáveis à saúde e à educação da criança e do adolescente – contribuições da musicoterapia à clínica pediátrica

1. Introdução

Esta tese é um estudo exploratório-descritivo de sete recursos musicais, presentes nas práticas musicais de crianças e adolescentes: jogos e brincadeiras musicais; apreciação musical; canto; instrumentos musicais; criação musical; expressão corporal e dança; e ensaio e apresentação musical. Foi observado o oferecimento destes recursos a crianças e adolescentes em atendimentos de saúde, identificando os estímulos que cada recurso lhes propicia e as formas como ele se adapta aos espaços terapêuticos, de forma a compreender o modo como os recursos musicais se relacionam com os processos de aquisição, manutenção, recuperação e aprimoramento da saúde.

Como muitas descobertas da humanidade, essa é uma nova maneira de se olhar para velhas coisas. Tal forma de trabalho é consoante com a descrição de investigação científica do físico Richard Feynman: “O entusiasmo não vem do fato de termos criado alguma coisa, mas de termos encontrado algo maravilhoso que estava lá o tempo todo.” (MLODINOW, 2005, p.159). Assim como a abordagem de diagramas de Feynman (laureada com o Prêmio Nobel) facilitou a compreensão de informações muito complexas da mecânica quântica, e como a organização dos elementos químicos na Tabela Periódica de Dmitri Mendeleev possibilitou a melhor compreensão destes, este mapeamento dos recursos musicais presentes em práticas musicais comuns às crianças e adolescentes, agrupados pelas semelhanças de seus materiais e procedimentos, busca conhecer o potencial terapêutico de cada um deles, de forma a construir pontes entre eles e a saúde.

Observando a acessibilidade destes recursos a crianças e adolescentes de diferentes idades, níveis sócio-econômicos e capacidades de resposta mental e motora, esta tese abre caminhos para que a música possa ser uma abordagem não-farmacológica acessível ao maior número possível de crianças e adolescentes, atuando preventivamente na aquisição e manutenção de sua saúde e colaborando efetivamente em seu restabelecimento.

2. Fundamentação teórica

Esta investigação se insere no campo teórico da Musicoterapia, área de aplicação terapêutica da música, que vem construindo interfaces entre a prática musical e a saúde, estudando a capacidade da música de provocar mudanças significativas e duradouras nas pessoas, comprovada por sua vinculação a processos de saúde em diferentes culturas da História do Homem (BRUSCIA, 2000; RUUD, 1990; ALVIN, 1967).

A aplicação terapêutica da música pressupõe que

as preferências, as habilidades e as aquisições musicais do cliente são sempre aceitas sem julgamento; como resultado, os padrões estéticos e artísticos na Musicoterapia são mais amplos e mais inclusivos do que aqueles de outros profissionais da música. O cliente é a principal prioridade da terapia, e não a música. A Musicoterapia opera assumindo que a experiência musical possui significado para os clientes, e que os clientes podem usar a música para fazer mudanças significativas em suas vidas. Na Musicoterapia, a música é mais do que as próprias peças ou sons; cada experiência musical envolve uma pessoa, um processo musical específico e um produto musical de algum tipo. Os aspectos multissensoriais da música são fundamentais para sua aplicação terapêutica, mas dilatam as fronteiras da experiência musical. De forma semelhante, as superposições e relações entre a música e as outras artes são muito exploradas com propósitos terapêuticos e isso também contribui para tornar as fronteiras da experiência musical mais inclusivas (BRUSCIA, 2000, p.100).

Tendo o campo teórico da Musicoterapia construído uma ampla literatura acerca dos resultados da aplicação terapêutica da música, torna-se necessário se conhecerem os recursos musicais disponíveis ao atendimento terapêutico, num estudo que fundamente a escolha e uso das práticas musicais como diagnóstico e como tratamento. Esta pesquisa se apóia nos conhecimentos dos grandes pensadores da Musicoterapia para observar recursos musicais sendo aplicados a crianças e adolescentes em atendimento de saúde, buscando conhecer o potencial terapêutico propiciado pelas qualidades intrínsecas destes recursos e pensando formas deles atuarem na promoção de aspectos gerais e específicos da saúde destas. Os resultados desta investigação são especialmente bem-vindos no momento em que a Musicoterapia se movimenta no sentido de especialização na adoção de recursos musicais, criando formas musicoterápicas baseadas prioritariamente em algum deles (BRUSCIA, 2000, p.15).

No estudo das práticas musicais, destacam-se os trabalhos de Juliette Alvin (1966), que sugere formas de acesso de crianças e adolescentes com dificuldades psicomotoras ao

aprendizado de instrumentos musicais; Kenneth E. Bruscia (2000, p.121), que lista quatro tipos possíveis de experiências musicais (improvisar, re-criar ou executar, compor e escutar); e Keith Swanwick (2003), que organiza as atividades musicais em principais (composição, apreciação e *performance*) e auxiliares (literatura musical e adestramento técnico). Outras investigações enfocam práticas musicais a partir do resultado de seu uso terapêutico ou pedagógico. Um diálogo minucioso com estas publicações possibilitou a esta pesquisa tecer um percurso teórico de suas especificidades pedagógico-terapêuticas.

O uso do jogo com objetivos terapêuticos encontra uma base sólida em trabalhos que o tratam como “objeto transicional”, capaz de satisfazer necessidades da criança (WINNICOTT, 1971) e como “objeto intermediário”, capaz de ajudá-la a estabelecer relacionamentos interpessoais (ROJAS-BERMÚDEZ, 1967).

Estudando a brincadeira em processos pedagógicos, Pereira (2001) aponta que o termo “brincar” (do latim *vinculu/vinculum* = laço) nomeia a atitude de vínculo do brincante consigo mesmo e com o outro em atividade voluntária, delimitada no espaço e no tempo, que envolve a intencionalidade (sentido que o brincante dá à brincadeira), a significação (produção de ditos repletos de conteúdos da existência humana), o simbólico (o que é possível perceber nas ações dos brincantes por gestos, fala ou relações), a consciência (estar-se presente no instante da brincadeira sabendo que se está brincando) o rito (encadeamento de ações—estruturas que possibilitam o fenômeno), a descontração (o relaxamento que o brincar pode provocar), o escape (distração da intensidade da vida), o valor estético (linguagens artísticas envolvidas), e a inventividade (construção e desconstrução de realidades). A importância da inventividade é reforçada nos trabalhos de Winnicott, que afirma que “descobrimos que os indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida, ou, então que não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor de viver.” (WINNICOTT, 1971, p.102).

As possibilidades propiciadas à criança/adolescente pelo jogo são potencializadas pelo acréscimo de materiais e procedimentos musicais, que fazem parte de sua vida, desde antes dela nascer. Ainda à sua espera, sua família já pendura móveis sonoros em seu berço, antevendo sua alegria em puxá-los para se maravilhar com a música ouvida. Ao nascer, os visitantes lhe trazem, entre seus primeiros presentes, instrumentos musicais de brinquedo, caixinhas de música, chinelinhos e bichinhos de borracha com apito e meias com guizos, à espera de que a ação da criança sobre eles resulte em som e diversão.

Desde bem pequena, a criança cria jogos e brincadeiras sonoros, em sua forma de se relacionar com o mundo. O próprio corpo constitui seu primeiro instrumento musical. Em atividades de pegar, soltar, apertar, chupar e morder, a criança explora suas possibilidades

sonoras e se expressa através da voz, do choro, do grito, do bater de pés e palmas e dos estalos de língua. À medida que cresce, ela refina suas brincadeiras sonoras, para atender aos interesses de cada etapa de seu desenvolvimento, criando jogos mais elaborados quando chega à adolescência.

O campo da saúde usa jogos e brincadeiras musicais em atividades criadas livremente pela criança/adolescente, acreditando em seu potencial de linguagem expressiva, capaz de elaborar idéias e sentimentos; e nomeia como “dinâmicas” os jogos estruturados, com desenrolar previsível, aplicados a objetivos terapêuticos específicos. Pedraza Gutierrez e outros (2000) relatam o uso de brincadeiras musicais em pesquisa com 40 crianças com 3 a 13 anos de idade e percentagem de placa bacteriana superior a 40%, buscando melhorar seus hábitos de higiene oral através de atividades baseadas em cantigas infantis cantadas em roda e dramatizadas pelas crianças.

A apreciação musical, segundo recurso estudado por esta pesquisa, é a audição de música ao vivo ou gravada, na qual a criança/adolescente percebe e dá valor simbólico aos elementos acústicos da peça musical, construindo significados e compreendendo-a como música. Embora o campo da saúde mostre uma idéia geral da apreciação musical como um processo passivo, em que o paciente deitado ouve a gravação de uma música suave (“para relaxar”), estudos sobre a apreciação musical mostram que vivenciar os códigos musicais aumenta a fluência musical da criança/adolescente, alimenta suas outras formas de contato com a música (SWANWICK, 2003, p.38) e torna-se importante na construção de esquemas mentais que só podem ser conseguidos através desta atividade (GAINZA, 1988).

A apreciação musical acompanha toda a vida da criança/adolescente. Ela ouve os sons corporais da mãe quando ainda está em seu útero, tem consciência dos batimentos cardíacos dela e, a partir da décima-quarta semana de gestação, ouve ativamente os sons ouvidos e produzidos pela mãe, amplificados pelo meio líquido em que está imersa (CAMPBELL, 2001). O espaço sonoro é seu “primeiro espaço psíquico” (ANZIEU, 1985, p.172), com papel fundamental na construção de sua identidade (TOMATIS, 1991).

A audição de acalantos acolhe a criança na família. Mesmo sem ter formação musical, sua mãe sente segurança em lhe oferecer a apreciação musical para conseguir dela alterações de comportamento, como se acalmar, manter a paciência em processos longos como o banho ou a troca de fraldas, e distrair-se de procedimentos dolorosos ou desagradáveis, como tomar injeção ou remédio. A mãe introduz a criança na atividade de análise musical chamando sua atenção para os elementos da música ouvida (“agora a música do au au”), associando o texto da música à realidade (“a música do carro do papai”) e compartilhando opiniões (“qual que a

gente vai cantar agora?”). Alternando canções infantis com peças do seu próprio repertório, a mãe leva a criança ao conhecimento de que elas são duas pessoas distintas. Mesmo que a criança não entenda a música mais elaborada, sua audição pode lhe parecer interessante por algum aspecto da música, como um andamento ligeiro, o ritmo marcado ou determinada instrumentação (ALBINATI, 1996). Canções socialmente significativas inserem a criança em seu grupo social e tornam-se emblemáticas de suas relações com o outro. A necessidade de segurança leva a criança à repetição de estímulos prazerosos, e ela mostra preferência por gêneros musicais nos quais reconhece elementos de sua cultura.

Apreendendo a música ouvida, a criança comunica suas escolhas musicais pelos meios expressivos que domina (choro, sorriso, grito, movimentação corporal) e cria um repertório pessoal, que a identifica. Antes de andar, ela aprende a ligar aparelhos de som e procura ouvir música. Já adolescente, passa grande parte do tempo ouvindo música, inclusive durante deslocamentos, configurando uma “*no-stop music generation*”. Seus objetos de consumo são aparelhos de reprodução musical, seu grupo social ouve e comenta música, seus programas são os shows de suas bandas preferidas. As cidades expõem a população à audição quase ininterrupta de música e lhe oferecem CDs piratas a preços baixos e shows musicais gratuitos de diversos gêneros, tornando a audição musical acessível inclusive à criança/adolescente muito pobre.

Apreziar música é uma atividade completamente acessível à criança/adolescente, porque não depende nem da existência de música real. A criança/adolescente pode se deleitar ouvindo música guardada em seu próprio cérebro. Os processos de apreciação de música interna e externa são neurologicamente semelhantes. Técnicas de neuroimagem mostram que imaginar música pode ativar o córtex auditivo quase com a mesma intensidade da ativação causada por ouvir música. Imaginar música também estimula o córtex motor. E, confirmando a idéia de músicos de que ouvem seu instrumento durante a prática mental, imaginar a ação de tocar música estimula o córtex auditivo (SACKS, 2007, p.42-43).

Assim, além da música que lhe vem do ambiente, a criança/adolescente guarda na lembrança canções preferidas e as ouve dentro de si, quando quer, numa forma agradável de apreciação musical, sobre a qual ela tem autonomia. Pode ocorrer que, de forma invasiva, lhe venham subitamente ao pensamento frases pinçadas de músicas, ritmos que ela tamborila incessantemente com os dedos, sons que a remetem a situações traumáticas, letras alteradas ou parcialmente esquecidas ou a fixação por um instrumento musical. A Musicoterapia trabalha essas lembranças como mensagens em linguagem musical que o inconsciente usa para desencadear *insights*. Como exemplo, Oliver Sacks relata um episódio em que se

percebeu ouvindo internamente uma série de canções muito tristes, cuja letra não era capaz de compreender por estar em alemão. Ao cantá-la para um amigo, este reconheceu os *Kindertotenlieder* de Mahler, cujo tema se refere à morte de crianças. Sacks interpretou a aparição da música em seus pensamentos como um símbolo usado por sua mente para lhe trazer à tona seus sentimentos sobre a demissão do hospital pediátrico em que trabalhava até à véspera. Interpretada a mensagem, a música desapareceu de sua mente (SACKS, 2007, p.270).

São exemplos de audição interna a “arte da canção recebida em sonho” que transformou o pastor analfabeto Caedmon no primeiro compositor musical nomeado pela história anglo-saxônica, a música maravilhosa que “vinha do céu” para Wolfgang Amadeus Mozart repartir entre as cordas de seus quartetos, e a música mental que possibilitou a Ludwig van Beethoven compor sinfonias arrebatadoras depois de surdo. Em casos raros, a audição de música interna pode alcançar grau doentio, tornando-se uma alucinação musical ao se impor sobre a pessoa, atingindo também crianças e adolescentes, como parece ter sido o caso do compositor Piotr Tchaikovsky, que, quando criança, foi encontrado chorando na cama e pedindo que o salvassem da música que estava em sua cabeça (SACKS, 2007).

A neurologia relaciona a alucinação musical (*earworms, brainworms, release hallucinations*) à epilepsia do lobo temporal (que pode intensificar uma conexão funcional entre sistemas perceptuais nos lobos temporais e partes do sistema límbico envolvidas na resposta emocional) e à demência frontotemporal (que pode liberar talentos e paixões musicais à medida que a pessoa perde a capacidade de abstração e de linguagem). Alucinações musicais transitórias se ligam a derrames, ataques isquêmicos transitórios, aneurismas, malformações cerebrais, anormalidades metabólicas, condições epiléticas, auras de enxaqueca e medicação que afeta o ouvido (como aspirina e quinino) ou o sistema nervoso (como o propranolol e a imipramina). Ela não é uma alucinação psicótica, mas neurológica, de liberação. Para compensar a diminuição de estímulos externos (por surdez, por exemplo), o cérebro, que precisa manter-se incessantemente ativo, gera uma atividade espontânea própria, e o caráter repetitivo da música (principalmente das canções infantis, hinos religiosos e canções de Natal) torna-a “neurologicamente irresistível” (SACKS, 2007, p.58-62).

Por sua acessibilidade, a apreciação musical é o recurso mais usado por musicoterapeutas e por profissionais de saúde sem formação musical, que usam gravações em seus atendimentos com objetivos diversos. Ouvir música incentiva o cérebro a tecer relações, estimula padrões neuronais envolvidos em atividades cerebrais superiores e “ajuda a organizar os padrões de estímulo dos neurônios no córtex cerebral, fortalecendo especialmente os

processos criativos do hemisfério direito associados ao raciocínio espaço-temporal” (CAMPBELL, 2001, p.25-26). E ouvir música complexa faz o cérebro se esforçar mais (JOURDAIN, 1997, *apud* BARCELLOS, 2001, p.84).

A apreciação de música barroca é proposta por Cruz, Pirovich e Pena (2003) durante a fase latente do trabalho de parto para relaxar a parturiente num ambiente sonoro controlado, facilitar o efeito das endorfinas B, eliminar os mediadores químicos do stress materno, harmonizar o eixo hipotálamo-hipofisiário-adrenal materno e favorecer maior bem-estar da mãe e melhor apego ao bebê. Ilari (2002) mostra que bebês têm a capacidade de lembrar músicas clássicas complexas, inclusive duas semanas depois de as terem ouvido (ao fim da pesquisa, os pais pediram as gravações para seus filhos continuarem a escutá-las, pois elas os tranquilizavam nas horas de dormir e de comer). Lino González e Arce Márquez (2000) relatam que a audição de música clássica influenciou favoravelmente no tratamento de seis crianças de quatro anos de idade, com atraso de linguagem de patogenia afásica anártrica, com resultados significativos nos aspectos de compreensão, linguagem e psicomotricidade. Souza (1995) estuda o efeito da audição de música no movimento corporal de 16 meninos hiperativos com idades entre 8 a 10 anos, apontando movimentos menores e mais funcionais durante a audição, diminuição da movimentação em sala de aula, e direcionamento de seus movimentos à tarefa.

Investigando as dificuldades de comunicação de crianças isoladas (por autismo, distúrbios de fala e linguagem ou bloqueio psicológico) e relacionando-as ao rompimento da segurança oferecida à criança pelo som uterino, Tomatis (1991) criou a Técnica do Renascimento Sônico. Submetendo a criança à audição de gravações de sons uterinos e da voz de sua mãe filtrados eletronicamente (em sua ausência, gravações de Mozart), ele consegue que elas estabeleçam contato com o mundo. Estudo chinês com 57 pacientes, entre eles adolescentes acima dos 15 anos, mostrou que a metade deles, após ser submetida a audição musical durante as primeiras 24 horas do período pós-operatório, apresentou decréscimo significativo da intensidade da dor, baixa na pressão sistólica sanguínea, bons índices cardíacos e uso de menos analgésicos orais, sugerindo a apreciação musical como uma efetiva abordagem não-farmacológica para o manejo da dor pós-operatória (TSE; CHAN; BENZIE, 2005). Na Técnica de Imagens Guiadas pela Música (G.I.M. – Guided Images for Music), criada por Helen Bonny, a música conduz o paciente a vivenciar mentalmente situações que lhe despertam reações fisiológicas e emocionais interessantes ao seu tratamento (BONNY, 1978).

O terceiro recurso musical estudado por esta pesquisa, o canto, considerado uma das formas mais antigas de se fazer música (SADIE, 1994, p.165), se caracteriza pelo uso de emissões vocais para a expressão de sentimentos e idéias, diferindo-se da fala pela riqueza de variações alcançadas pelo som em seus parâmetros de altura, duração, intensidade e timbre, e pela organização peculiar destes parâmetros. O canto é praticado pela criança/adolescente das mais diversas culturas, de forma espontânea e prazerosa, com grande envolvimento pessoal, em todas as suas etapas de vida.

Estudando o desenvolvimento da fala e da linguagem, Alfred Tomatis achou evidências de que a voz da mãe serve como cordão umbilical sônico para o bebê em gestação, é fonte primal de estímulo para ele, e é determinante para que ele relaxe, logo após o nascimento. Tomatis acredita que, por terem percebido isso, as mães de todas as culturas cantam canções de ninar para seus bebês. Quando a mãe canta para o bebê, ela emite sons com maior variação de ritmo, entonação e expressividade do que quando fala. A voz cantada é rica em elementos sonoros que, apreendidos pelo bebê, lhe proporcionam a aquisição de um repertório sonoro que aprimora sua fala (TOMATIS, 1991).

Ouvindo a mãe cantar canções de ninar, a criança percebe e discrimina o som da voz desta, antes de entender suas palavras ou distinguir seu rosto. Tentando acompanhar o canto da mãe, a criança desenvolve os primeiros sons vocais, ajusta-os ao andamento e à frequência dos sons ouvidos, e torna reconhecíveis o ritmo e a melodia de seu próprio canto. O canto da criança é uma tentativa de imitar a mãe, tomando-a como modelo de ser. A linguagem musical da criança precede sua linguagem verbal. Imitando o canto da mãe, a criança assimila o ritmo desta, o que torna possível seu diálogo com ela. É a compreensão do ritmo da mãe que faz a criança saber a hora de pedir coisas a ela e a hora de esperar pela resposta dela, numa idade em que ainda está muito longe de desenvolver o diálogo verbal. Dominando aspectos rítmicos de linguagem, a criança faz sons vocais ritmados antes de articular fonemas. O uso do ritmo é estimulado pela família, que lhe ensina a bater palmas acompanhando o “Parabéns pra você”, antes dela conseguir pronunciar sua letra. O referencial melódico das canções também é assimilado pela criança antes do referencial semântico. Ela aprende a cantar pequenas canções antes de falar. Na seqüência, suas tentativas de imitar os sons de seu ambiente, apreendendo as manifestações sonoras deste (“bibi”, “auau”, “miau”, “muuu”, “vrum”) mostram seu envolvimento crescente com o mundo. Ampliando seu repertório sonoro, a criança constrói uma fala cada vez mais rica (ALBINATI, 1996).

Sendo prazeroso, o canto se incorpora à rotina da criança/adolescente. Enquanto cresce, ela o mantém como uma linguagem expressiva (PARIZZI FONSECA, 2005). Ela

canta quando está brincando sozinha e em eventos sociais, associa o canto à sensação de alegria, e se familiariza com o acervo de canções infantis que cada cultura cria para as situações vividas por ela (LLOYD, 1945).

Como o canto de cada criança/adolescente é único, construída por seus determinantes físicos em interação com o ambiente, cantar se torna uma expressão de sua individualidade, um carimbo de sua presença. A audição de uma única nota musical pode denunciar quem a emitiu e com que humor. Assim, o prazer que a criança/adolescente sente em cantar pode ser afetado por críticas ao seu canto, abalando sua auto-imagem e levando-a a evitar cantar em público. Isto pode acontecer também com a criança/adolescente muito tímida, que tenta se manter despercebida pelo grupo. Como a afinação resulta de se discriminar um som e se esforçar para reproduzi-lo fielmente, qualquer criança/adolescente sem limitações sérias de percepção auditiva e fonação pode cantar com afinação, e a que não tem voz pode cantar mentalmente. Excluídas as causas orgânicas, um dos fatores mais frequentes de desafinação é a inibição no uso da voz. Adolescentes que se envergonham de cantar em público, por achar que devem ter a voz trabalhada do cantor profissional, costumam soltar a voz quando estão sozinhos sob o chuveiro, protegidos pela ausência de público e pela boa acústica do revestimento do banheiro. Adultos costumam relatar com tristeza o fato de não cantarem por terem sido criticados, frustração que os incomoda por anos, mostrando seu envolvimento emocional com o canto. Estratégias lúdicas podem encorajar a criança/adolescente a substituir sua expressão através do silêncio pela expressão através do canto, e o aprendizado de técnica vocal pode lhe dar subsídios para apresentar-se cantando em público (ALBINATI, 1994-1).

Percebendo o canto como capaz de desenvolver na criança aspectos físicos, afetivos e mentais, o educador musical húngaro Zoltan Kodály (1882-1967) criou um método de aprendizado de música por meio do canto, levando a criança a ouvir o mundo com mais atenção para ter uma vida mais plena e bem-sucedida. Também atento à musicalização como forma de desenvolvimento global da criança, o pedagogo musical belga Edgar Willems (1890-1978) criou um método de solfejo que organiza de forma progressiva os parâmetros da sintaxe musical em composições construídas para estimular a memória, a sensibilidade musical, a consciência auditiva e a execução musical, que podem ajudar a criança a ter uma vida mais criativa e feliz (WILLEMS, 1968). Atenta à fala popular de que "quem canta seus males espanta", a cantoterapia se estrutura como um ramo da Musicoterapia e direciona à criança/adolescente práticas de canto que a levam a expressar sentimentos, dificuldades e potenciais; vencer resistências e inibições; enfrentar dificuldades e aprimorar-se globalmente.

Como linguagem expressiva, o canto da criança/adolescente denota seu estado emocional e cognitivo (PARIZZI FONSECA, 2005). Dificuldades de emissão sonora podem denunciar problemas no aparelho fonador ou timidez severa; alterações nas letras das canções podem refletir estratégias inconscientes para reforçar ou esconder seu texto; jogos de cantar seguindo marcações determinadas apontam sua organização espaço-temporal e sua compreensão da estrutura da música, e o canto de novos ritmos e fonemas mostra seu desenvolvimento verbal (DINVILLE, 1993).

Por favorecer os processos de respiração, postura, digestão e fala, o canto pode ser usado na correção de transtornos destas funções. Crianças com afecções adenóides e excesso de muco por falta de controle na administração do ar, podem melhorar sua respiração e audição pelo adestramento da respiração profunda nas atividades de canto (DOBBS, 1960). Costa, Najas e Albinati (2000) relatam episódio acontecido no Hospital das Clínicas da UFMG, quando um grupo de cuidadores de crianças internadas no Setor de Pediatria, após organizar um coral dentro de um projeto de Musicoterapia e apresentar-se cantando nas comemorações do Dia das Mães, pediu ao diretor do Hospital autorização para continuar entrando na instituição e participar do coral, mesmo sem suas crianças estarem doentes. Vinda de usuários da rede pública de saúde, a idéia de que a doença não seja mais o pré-requisito para o ingresso da pessoa em um hospital abre a perspectiva de que este deixe de ser um lugar de doença e agregue coisas importantes à saúde física e mental das pessoas, para que se torne verdadeiramente um ambiente de saúde.

A análise do quarto recurso musical, o instrumento musical, como recurso terapêutico, mostra uma grande diversidade de objetos construídos ou utilizados com o objetivo de produzir sons musicais. A partir da forma como produzem sons, a literatura musical os agrupa em instrumentos de cordas, instrumentos de sopro, instrumentos de percussão e instrumentos eletrônicos.

Ainda bem nova, a criança produz som com seu próprio corpo. Aos poucos, ela descobre formas de ampliar sua produção sonora manuseando objetos na construção de instrumentos sonoros. Ela bate no berço com um brinquedo, aperta a mamadeira vazia para ouvir o som do ar saindo pelo bico, e acaba por ganhar instrumentos musicais de brinquedo. Instrumentos musicais para bebês, como chocalhos e guizos de várias formas e cores, são atrativos, produzem sons diversificados, e, como são feitos para ser manipulados por crianças que ainda não têm domínio do gesto, oferecem gratificação instantânea com pouco esforço motor (ALBINATI, 1994-2).

Instrumentos musicais de brinquedo familiarizam a criança com o prazer de tocar um instrumento musical. À medida que cresce, ela se interessa por instrumentos musicais de verdade. Tocar um instrumento musical é um prazer para crianças e adolescentes, em todas as idades. Instrumentistas dizem que às vezes se envolvem tanto com a música que estão tocando, que parecem sair do lugar e viajar a outros mundos, como se palco e auditório desaparecessem, só ficando eles e a música. O tempo real desaparece para o músico, embora ele continue se guiando pelo tempo musical da peça que está interpretando.

O agrupamento de pessoas para tocar instrumentos musicais, por puro prazer, aparece ao longo da história do homem. Da família Bach, diz-se que todos eram músicos, e que as reuniões de parentes eram sessões contínuas de música. O termo “*combo*” (abreviação de *combination*) nomeia a junção de músicos consagrados e desconhecidos para tocar sem compromisso, em *jam sessions*. O nome *jam* (geléia de frutas inteiras) mostra a preservação da individualidade de cada músico no conjunto. As *jams* garantiram a sobrevivência do jazz, criado e tocado por negros pobres, em sociedades dominadas por brancos. Nelas, nem o instrumento musical convencional era imprescindível. Músicos como Charlie Parker chegavam de mãos vazias por terem empenhado ou vendido seu instrumento até conseguir novo contrato, e tocavam em portas, tábuas de passar roupa ou o que achavam no local que pudesse produzir som.

Os instrumentos musicais se inserem nos processos de saúde desde as primeiras pulseiras e tornozeleiras de búzios usadas na dança ritualística do homem primitivo. Ao longo da história, eles ajudam crianças e adolescentes a se beneficiar de seu potencial, pois requerem a coordenação de movimentos e proporcionam a descarga disciplinada de emoções reprimidas, ajudando a estabilizar o comportamento do hiperativo, estimulando o tímido e acalmando o ansioso. Os professores Frances H. Rauscher e Gordon Shaw, da Universidade da Califórnia/USA, mostraram que 36 crianças em idade pré-escolar, após seis meses de estudos de instrumentos musicais, tiveram melhoras de até 36% em tarefas espaciais e temporais, comparadas a crianças que tiveram outros estudos (CAMPBELL, 2001, p.26-27). Michel e Martin (1970, p.124-128) apresentaram resultados positivos em pesquisas sobre a aprendizagem de uma habilidade instrumental influir em melhores resultados em atividades escolares. Beatrice Field (1954, p.273-283) estudou 28 pacientes em práticas instrumentais, entre eles adolescentes gravemente prejudicados por lesões cerebrais (apresentando sintomas espásticos, neurológicos, atetose, rigidez, ataxia, tremor e transtornos de fala, dificuldades auditivas e visuais), e observou melhoras mensuráveis de coordenação motora ampla e fina em 86% deles. Sigren (2003) relata atendimento de Musicoterapia com crianças surdas (com

hipoacusia moderada, severa, profunda e surdez total), em sessões iniciadas com o toque do piano, com as crianças sentadas no chão, percebendo a vibração, relaxando e descobrindo os sons. Estudo dos benefícios proporcionados ao paciente pelo instrumento de sopro conclui que ele ajuda a melhorar a função respiratória e a má formação de dentes, fortalece músculos dos lábios e da boca e influi na aquisição e reabilitação da fala (KESSLER; HRUBY, 1959, p.1-8).

O instrumento musical adaptado torna-se acessível à criança/adolescente com limitações motoras. M. Josepha (1994, p.73-79) relata caso de menina de 6 anos de idade com perda congênita da mão esquerda, a quem o estudo de piano com uso de prótese trouxe grande desenvolvimento físico, fortalecimento de braços e ombros, melhor uso da prótese, domínio dos músculos atuantes na execução musical e profunda gratificação. Juliette Alvin (1967, p.138-139) conta sobre menino de doze anos, nascido sem pernas e sem a mão direita, em cujo lugar usava uma prótese de gancho, que fez da música o centro de sua vida, chegando a tocar muito bem trompete, segurando o instrumento com o gancho e apertando as chaves com os dedos da mão esquerda. John D. McKee (1955, p.76), nascido com membros espásticos, conta que, não conseguindo tocar o instrumento que desejava, a clarineta, passou a tocar tambor, usando apenas a mão esquerda, e, com a prática, a mão direita começou a intervir na execução musical, até que ele alcançou suficiente domínio muscular para tocar com as duas mãos. Frances Korson (1957, p.192-194) observou que vítimas de distrofia muscular, sujeitas a paralisia progressiva, conseguem praticar atividades musicais de forma independente, e que a prática dos exercícios retarda o progresso da paralisia.

Além dos instrumentos musicais convencionais, e do uso não-convencional destes, instrumentos musicais especiais podem ser construídos visando o movimento que a criança/adolescente com dificuldades motoras consegue ou precisa fazer. Enquanto esteve trabalhando pela Cruz Vermelha no hospital da Associação Mineira de Reabilitação, em Belo Horizonte, nos anos 1970, o musicoterapeuta norte-americano Larry Keith Shetler criou uma orquestra de instrumentos musicais não-convencionais, a partir dos movimentos prescritos a cada paciente pelo serviço de fisioterapia (ALBINATI, 1994-2). Valdés Marín (2000) relata uso da Musicoterapia na clínica psicológica infantil utilizando instrumentos musicais de baixo custo ou de fácil construção.

O exame do quinto recurso musical, criação musical, mostra que a construção da peça musical pode assumir formas mais ou menos organizadas. Chamada genericamente por teóricos da Musicoterapia de criação e/ou recriação musical (BRUSCIA, 2000; RUUD,

1990), é possível perceber nela quatro formas distintas de apropriação e organização dos materiais e procedimentos musicais: a improvisação, o arranjo, a paródia e a composição.

A improvisação é uma forma espontânea de criação musical, em que a pessoa compõe células rítmicas, melódicas ou harmônicas, sem muito planejamento ou formalização. A história da música aponta grande importância da improvisação musical em diversos sistemas musicais, de diferentes culturas, mostrando graus refinados de elaboração, e chegando a constituir parte essencial da música. No ocidente, a música eclesiástica antiga abre espaço para os cantores acrescentarem uma nova linha aos cânticos litúrgicos. Formas musicais medievais, como o *organum*, o *descante* e o moteto, mostram origem em improvisos. No século XV, o fabordão surge como uma técnica de improviso da música sacra, que adentra o século XVI com os cantores improvisando sobre um *cantus firmus* em notas longas e em contraponto imitativo. A improvisação prossegue no Renascimento e no Barroco através das estratégias de diminuição (as notas da melodia são subdivididas pelo intérprete em várias outras), de divisão (o intérprete improvisa sobre um padrão harmônico), de figuração (o intérprete preenche uma seqüência de acordes dada pelo compositor), de passagens com instruções incompletas (para serem completadas pelo intérprete) e de ornamentação (o intérprete adorna com liberdade uma linha melódica determinada, visando aumentar a expressividade da interpretação). Ainda no período barroco, Johann Sebastian Bach e Georg Haendel fazem fugas improvisadas. O improviso virtuosístico do intérprete perto do final de um movimento de concerto ou de uma ária torna-se parte destas formas musicais, com o nome de *cadenza*, e aos poucos ganha especificações de duração e localização nas seções da peça, evoluindo no classicismo para a elaboração de temas apresentados. Mozart, conhecido por suas variações improvisadas, escreve a *cadenza* tematicamente ligada a cada movimento da peça.

A improvisação se mantém como destaque na música para solista do século XVIII e na ópera italiana do século XIX. A partir do Concerto n.5 para piano de Beethoven, sua fixação na partitura se torna uma norma, eventualmente transgredida por compositores que persistem em manter seu caráter de improviso, como Brahms no Concerto para violino. A improvisação com caráter fugal se firma na escola francesa de órgão do final do século XIX e a idéia de espontaneidade da improvisação determina sua adoção pela música aleatória do século XX (SADIE, 1994, p.450).

É possível reconhecer o recurso da improvisação nas produções musicais de diferentes tribos indígenas contemporâneas, que preservam a idéia de que a música, feita em conjunção com estados da natureza que se alteram a cada momento, é sempre uma nova criação,

irrepetível, determinada pela temperatura ambiente, pelo estado de secura ou umidade do local, pelo horário do dia, pelo número de participantes envolvidos na interpretação e demais fatores presentes no entorno da música. A improvisação é também muito importante na música indiana clássica, que trabalha as notas de um tema (*raga*), leva-o ao clímax pela aceleração progressiva impulsionada por ciclos rítmicos multidirecionais (*talas*) e o traz de volta à sua forma inicial, marcando a presença do intérprete da música (SADIE, 1994, p.451).

O improviso musical define o surgimento e o caminho evolutivo do *jazz*, enraizado no grito do escravo negro norte-americano para se fazer reconhecido por outros, e que evolui também para o *blues*, o *rhythm and blues*, o *rock'n roll* e o *rock* (MUGGIATTI, 1973). Desde que o *jazz* surge na New Orleans do início do século XX, é a expressão pessoal do músico que norteia todas as suas direções estilísticas, levando o *jazz* folclórico dos anos 1910 ao *jazz* clássico dos anos 1920 pela acentuação polirrítmica e realce dos tempos fracos do baterista Big Sidney Catlett; o equilíbrio entre aspereza gutural e delicadeza expressiva do trompetista Louis Armstrong; a adição ao tema de surpresas, *breaks*, *stomps* rápidos e *stop time* controlado do pianista Jelly Roll Morton; as peças expandidas para além dos três minutos dos discos de 78 rpm do pianista Duke Ellington; o atraso milimétrico em relação ao *beat* do pianista e trompetista Bix Beiderbecke; e o *trumpet-piano style* de Earl Hines em igualdade de condições com os instrumentos de sopro. Nos anos 1930, a era do *swing* e das *big bands* se faz com Benny Carter usando glissandos e vibratos para manter-se no tema, e Art Tatum explorando o instrumento com tal destreza e *blues felling* que soa como dois pianistas tocando juntos. O *bebop* dos anos 1940 é determinado pelo fraseado melódico politonal de grande mobilidade e *rubato* autoral do saxofonista Charlie Parker; pelo ritmo afro-cubano e agudos muito ligeiros do trompetista Dizzy Gillespie; e pelos refrões que o baterista Lionel Hampton canta em *scat singing* e a platéia imita. Nos anos 1950, o *jazz cool* ganha caráter suave e introspectivo com o sax-alto sensual de Johnny Hodges; o despojamento sonoro e o pontilhismo melódico do trompetista Miles Davis; e o jogo de intensidades e densidades de Sonny Rollins. Nos anos 1960, Horace Silver, pianista de mão esquerda vigorosa e percussiva, imprime tempero latino ao *bebop*; Thelonius Monk recompõe o tema em blocos de compassos irregulares; o sax-soprano e tenor John Coltrane leva o tema à exaustão em frases longas ligeiras; Ornette Coleman e Stan Getz adotam a bossa nova no *free* e Miles Davis amplifica seu trompete com o uso de pedal, levando à fusão *jazz-rock*. Nos anos 1970, o som *pop* de Stanley Clarke chega ao *electric jaz* e o pianista Keith Jarrett usa gestualidade marcante e sons guturais buscando o caráter religioso da música. Grandes músicos e contínuas fusões criam variações estilísticas ao *jazz* que chega ao século XXI como um gênero musical

refinado, feito por virtuosos e apreciado por conhecedores. O improviso continua sendo sua marca, e é comum chamar-se de “jazz” o improviso em qualquer gênero musical (CALADO, 1989; BERENDT, 1987; CARNEIRO, 1986; BLESCH, 1971).

O Método de Improvisação Clínica Nordoff-Robbins, desenvolvido por Paul Nordoff e Clive Robbins nos anos 1950/60, usa as habilidades vocais e instrumentais do musicoterapeuta e sua familiaridade com as características tonais, rítmicas e tímbricas de vários estilos musicais para aproveitar as produções sonoras do paciente (choro, grito, canto, conversa) na elaboração de peças musicais que vão compondo o repertório de seu tratamento. Wigram e Lawrence (2005) relatam caso de menina de 6 anos de idade, portadora de síndrome de Rett, em atendimento musicoterapêutico, relacionando o uso da improvisação musical à aquisição de posicionamento estável do tronco, referenciamento do olhar, prontidão para a atividade, uso funcional das mãos, redução de movimentos estereotipados, contenção ocasional espontânea das mãos, intersubjetividade primária e secundária, comunicação intencional, revezamento interativo e vocalização com expressão emocional adequada.

O recurso do arranjo musical propicia a reelaboração de uma composição musical através de alterações na combinação de seus elementos, criando novas formas de apresentar músicas já existentes. O arranjador dá à peça musical formatações que sirvam melhor às suas próprias idéias musicais, ao estilo de determinado músico, à instrumentação de uma banda ou orquestra, a trilhas sonoras de filmes, à inserção em peças publicitárias e ao uso em diferentes situações. O arranjo dá nova identidade à música, sendo comum as pessoas se basearem nele para escolher entre duas apresentações de uma mesma peça.

Em seu período nacionalista, a história da música brasileira destaca os arranjos eruditos de Heitor Villa-Lobos para seu cancioneiro folclórico. O grau de elaboração destes arranjos no conjunto de “Cirandinhas” (1925) e “Cirandas” (1926) abre espaço no repertório dos Conservatórios de Música para criações espontâneas cantadas por crianças e adultos sem estudo musical formal, em suas brincadeiras em vilarejos do país. Fazendo um percurso inverso, o acordeonista Mário Mascarenhas, ao escrever arranjos facilitados para trechos de peças eruditas, possibilita o acesso maciço das pessoas à prática instrumental. Embora seus arranjos empobrecam a peça musical, reduzindo o campo harmônico e prejudicando a fluência rítmica com o uso repetido de poucos acordes, eles permitem que, rapidamente, o estudante de música se apresente diante de outras pessoas tocando pequenos movimentos de peças muito conceituadas. Seus métodos facilitados de música ajudam a disseminar o estudo do acordeon no Brasil dos anos 1950, encantado com o sucesso de Luiz Gonzaga. Mário chega a ter cerca de mil alunos, monta orquestras de acordeons, e, aventurando-se a escrever

também para piano, dá vida ao instrumento que compõe a decoração das casas da classe abastada. Seus arranjos definem um estilo que permite identificar o tipo de estudo que um pianista teve, apenas ouvindo-o tocar o início de uma peça musical; e atravessam décadas, compondo o repertório de novos instrumentos musicais, como o teclado eletrônico. No campo da música popular, são famosos os arranjos de Pixinguinha para os grandes cantores de sua época, como Mário Reis, Francisco Alves e Carmen Miranda. Sua instrumentação ousada incorpora instrumentos afro-brasileiros, e sua introdução para a gravação da marchinha de Lamartine Babo e Irmãos Valença “O teu cabelo não nega”, para o carnaval de 1931, é tão comentada quanto a própria música (SEVERIANO; HOMEM DE MELLO, 1999).

A paródia, terceira forma de criação musical, refere-se, originalmente, à técnica de alterar um texto, substituindo-o por outro, referente a uma nova situação, e nomeia ainda a composição humorística ou satírica que ridiculariza aspectos de determinado compositor, período ou estilo (SADIE, 1994, p.700). Ao longo dos tempos, é possível acompanhar a paródia fazendo seu caminho de desvio em relação ao texto original, e apresentando um caráter de insubordinação que lhe permite desafiar o sagrado e se divertir no espaço pobre das artes, reservado, no Ocidente, desde a *Arte poética* de Aristóteles (séc. IV a.C.), à comédia, tida como uma arte menor em relação à tragédia e à epopéia, por lidar com o “ridículo”, a “banalidade” e os “assuntos gerais” (ARISTÓTELES, 2003, p.33-34 e p.95). Atravessando os primeiros séculos do Cristianismo, que condenam o riso e a diversão como forma de se evitar a contaminação pelos prazeres do mundo (CAIRNS, 1995, p.122), e o século IV, que segue a determinação de São João Crisóstomo de que “as burlas e o riso não provêm de Deus, mas são uma emanção do diabo, [sendo dever do cristão] conservar uma seriedade constante.” (BAKHTIN, 2002, p.63), a paródia prossegue enraizada na cultura popular, em composições trovadorescas, ao longo da Idade Média. André Jolles afirma em *Formas simples* que “não existe época nem lugar, provavelmente, onde o chiste (*Witz*) não se encontre na existência e na consciência, na vida e na literatura.” (JOLLES, 1976:205).

Mikhail Bakhtin descreve que

o homem medieval levava mais ou menos duas vidas: uma oficial, monoliticamente séria e sombria, subordinada à rigorosa ordem hierárquica, impregnada de medo, dogmatismo, devoção e piedade, e outra público-carnavalesca, livre, cheia de riso ambivalente, profanações de tudo o que é sagrado, descidas e indecências do contato familiar com tudo e com todos. E essas duas vidas eram legítimas, porém separadas por rigorosos limites temporais (BAKHTIN, 2002, p.129).

Para José Ricardo Cano

as dicotomias sério/cômico, gravidade/riso, sobriedade/embriaguez, espiritualidade/carnalidade parecem evidenciar que a natureza humana subsiste em duas bases que se opõem e se complementam ao mesmo tempo: de um lado a visão séria/trágica da existência humana; do outro, a celebração da vida através do prazer e do riso (CANO, 2004, p.84).

Essa dualidade parece suficiente para explicar o percurso da paródia atravessando a Idade Média como um recurso estético propício à produção do riso, por favorecer “o jogo de palavras, a ridicularização, o estereótipo, o grotesco, o burlesco, a obscenidade e a ironia, normalmente combinados entre si em alguma extensão.” (CANO, 2004, p.84). Em *Questões de Literatura e de Estética*, Bakhtin destaca a autonomia do “híbrido premeditado” que, ao mesmo tempo que dialoga propositalmente com o texto parodiado, não se confunde com ele e normalmente não pertence ao gênero que parodia (BAKHTIN, 2002b, p.377,389). Northrop Frye complementa esta idéia afirmando que a paródia alimenta-se de gêneros decadentes e de símbolos desgastados pelo uso (FRYE, 2000, p.103,157).

A paródia se apresenta na polifonia renascentista através do uso de elementos de composições preexistentes em uma nova peça musical. Palestrina usa o recurso em sua *Missã Assumpta est Maria*, feita sobre um moteto de sua autoria, e as missas curtas de Bach também reutilizam material mais antigo. Para Bakhtin, os recursos da paródia evoluem durante o Renascimento até tornarem-se, no século XVIII, “componentes estilísticos dos gêneros sérios, principalmente o romance” (2002, p.103). Em *Uma Teoria da Paródia*, Linda Hutcheon amplia a concepção de paródia como um recurso estilístico que deforma o discurso com o qual dialoga, e a elege a via predominante da criação artística moderna, apontando sua essência auto-reflexiva e seu poder de suprir a necessidade do homem de afirmar o seu lugar na cultura através do processo de desconstrução/reconstrução que inclui distância crítica e que pode tanto beneficiar como prejudicar. Hutcheon nomeia a transcontextualização e a inversão como os principais operadores formais da paródia, cujo campo pragmático vai do ridículo desdenhoso à homenagem reverencial (HUTCHEON, 1989, p.13, 54). Para a autora, “o prazer da paródia não provém do humor em particular, mas do grau de empenhamento do leitor no vai-vém intertextual.” (HUTCHEON, 1989, p.48).

Em seu uso popular, a paródia se refere à substituição da letra original da canção por outra, atendendo a novos objetivos. Crianças pequenas parodiam canções, cantando-as com outra letra, por não entender o texto original ou por preferir dizer outra coisa. Crianças maiores e adolescentes costumam dar a uma canção uma nova letra que sirva para comemorar datas, torcer para um time, relatar acontecimentos significativos vividos por seu grupo social

ou caracterizar pessoas de forma jocosa, divertindo-se em cantar a letra nova com os colegas. As reescritas possibilitadas pela paródia permitem à criança/adolescente vivenciar seus sentimentos de caráter irônico, zombeteiro, satírico, humorístico e jocoso, e também construir outros contextos, homenageando pessoas e transmitindo mensagens afetivas.

Alguns aspectos da paródia a tornam um recurso muito interessante ao trabalho terapêutico. Por basear-se no processo de imitação, ela leva a criança/adolescente a prestar atenção à música original, conhecendo suas peculiaridades para saber como imitá-lo. Por esta imitação ser diferenciada, ela estimula na criança/adolescente o processo de comparação, para saber o que permanece e o que será alterado na composição original para que esta se torne outra. Por ser, ao mesmo tempo, diferente e semelhante à original, a paródia facilita à criança/adolescente a compreensão de conteúdos de semelhança e diferença. Por ser uma imitação burlesca, estimula o contato da criança/adolescente com suas possibilidades cômicas e lhe dá chance de ver-se construindo um objeto que vai levar alegria às pessoas. Por ser uma recriação de uma obra já existente e, em geral, consagrada, favorece à criança/adolescente a percepção de que os objetos canônicos podem ser tocados. Por adaptar a obra original a um novo contexto, estimula conteúdos de adequação social. Por resultar numa obra mais despojada que a original, parece fácil de realizar e, por aproveitar o conhecimento que a criança/adolescente já tem da obra original, lhe oferece garantias de sucesso. Por romper com a seriedade, a paródia livra a criança/adolescente de lidar com coisas importantes, deixando-a se ocupar com coisas menores, em clima de alegria e descontração. Por abdicar da pretensão à originalidade, a paródia deixa a criança/adolescente se apropriar sem culpa de outras criações. Por ser continuidade de um texto fundador, a música parodiada insere-se numa corrente ininterrupta de criação humana que garante ao seu criador um lugar-no-mundo e, por dialogar com a obra original, integra-se a outros discursos. Piazzetta (2001) relata que a Musicoterapia com a criança/adolescente em situação de risco social aponta a preferência desta pela paródia, que ela já usa espontaneamente, inserindo nas letras vivências mórbidas e violentas baseadas em suas experiências, para adequá-las à sua realidade e torná-las reais.

A quarta forma de criação musical, a composição musical, é o processo pelo qual a pessoa dá uma forma musical às suas idéias, para que elas possam ser tocadas ou cantadas, tornando-as concretas. A história da música é feita por compositores que imprimem mudanças estilísticas à música de seu período, transformando-a e enriquecendo-a. Constituindo-se das idéias de grandes músicos, aplicadas aos recursos materiais disponíveis em sua época, a música descreve uma trajetória riquíssima, em que o caráter meditativo do canto gregoriano conduz a reflexão sobre os textos sagrados, a alegria das danças renascentistas reafirma o

valor do homem, a polifonia de Bach deixa clara a igual importância de todos os seres, as sonatas de Mozart afirmam que as tristezas da vida podem ser transformadas em coisas belas, a instrumentação de Beethoven mostra a convivência de diversidades e as experimentações sonoras desencadeadas pela Segunda Escola de Viena abrem a música a todas as possibilidades.

As convenções idiomáticas de diferentes estilos musicais “trazem à tona as qualidades intrínsecas destes estilos” (AIGEN, 2001, p.117) e fundamentam sua identidade e sua pertinência social. As pessoas fazem suas escolhas de composições ao se identificarem com os elementos que constituem a música. Numa conversa entre duas musicoterapeutas, ocorrida ao fim de uma das sessões desta pesquisa, uma delas disse que detesta música barroca porque esta “fica sempre dando voltas sobre si mesma”, e a outra lhe respondeu que adora música barroca porque esta “fica sempre dando voltas sobre si mesma”.

As escolhas que as pessoas fazem sobre composições instrumentais mostram que elas encontram significado no discurso musical puro, no qual o aspecto semântico não se mostra tão claramente. E, mesmo no caso da canção com letra, a música atua enfatizando o significado do texto. Embora a simples audição da *Paixão segundo São Mateus*, de Bach, seja suficiente para levar ao êxtase seu ouvinte, uma análise de seus elementos dá mostras da arte preciosa do mestre na criação de uma música que carregue da melhor forma o texto sagrado. Associações de frequência fazem a sílaba tônica da palavra “Jesus”, no recitativo do Evangelista, estar na nota mais aguda da frase do tenor, e o gênero diatônico dar lugar ao cromático para pontuar os momentos de sofrimento de Cristo. Associações de harmonia dão à palavra “Páscoa” (*Oastern*) o primeiro momento de instabilidade harmônica do recitativo, até então num tom de sol maior claramente estabelecido, e iniciam um percurso harmônico que passa por vários graus sem fixar a tonalidade de ré, até chegar a si menor, tonalidade particularmente relacionada por Bach à morte, por receber na notação musical germânica a letra “h”, final de seu próprio nome. Associações de duração fazem com que, na ária em que o Cristo fala que vai estar com os apóstolos todos os dias do ano, essa frase tenha 365 notas, e que, no momento da crucificação, o termo “crucificado” seja cantado em melisma, tornando-se a palavra mais longa da frase e destacando-se entre as outras palavras, silábicas. Associações timbrísticas levam o canto de Cristo a se destacar da narrativa de Mateus pela aura criada em torno de sua fala pelo acompanhamento das cordas, que desaparecem no momento em que ele se iguala a Mateus na condição humana, falando “meu Deus, por que me abandonaste?”.

No campo da música popular, a canção “Chega de saudade”, de Tom Jobim e Vinícius de Moraes, usa a tonalidade menor, de caráter introspectivo, para a lamentação da letra na primeira parte (“vai, minha tristeza e diz a ela que sem ela não pode ser...”) e muda, na segunda parte, para seu correspondente maior, de caráter brilhante, acompanhando a letra que se enche de esperança (“mas, se ela voltar, se ela voltar, que coisa linda, que coisa louca...”).

Desde que nasce, a criança usa sons para se comunicar com o outro: chora expressando incômodo, silencia mostrando satisfação, grita pedindo alimento e balbucia sons suaves para estender situações de prazer. Entendendo o mundo a partir do próprio corpo, ela experimenta variações vocais em diferentes formas de choro e grito. Manuseando objetos na experimentação de suas capacidades corporais, acaba percebendo que alguns deles produzem sons. Em torno dos seis meses de idade, assimilando aspectos do jogo social, ela aprimora o uso de sua produção sonora como linguagem, tentando alcançar objetivos através do uso de choro falso ou da repetição/interrupção de gritos controlados ou batidas em objetos escolhidos pela propriedade de fazer som. O uso que ela faz dos sons representa diretamente o estágio de desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, nos aspectos motor, afetivo e social, constituindo uma linguagem própria, dentro da usada por sua cultura.

Os sons apresentam à criança suas próprias capacidades. Eles variam em timbre, frequência, duração e intensidade de acordo com o alcance de sua voz e dos movimentos de seu corpo em relação aos objetos. O progressivo domínio dos gestos lhe propicia explorar mais objetos e ter maior repertório de sons. Perceber a relação entre seus movimentos e os sons produzidos leva-a a investir na ampliação de sua produção sonora, alcançando cada vez maior domínio da voz e maior controle muscular sobre objetos. Sua experimentação sonora desordenada evolui gradualmente para a ordenação de sons que são reconhecidos, controlados, memorizados e repetidos, construindo um acervo ao qual ela recorre em suas criações sonoras.

A imitação de sons evocados indica uma transformação no pensamento da criança - sua referência evolui de corporal para objetual. Se antes ela estava satisfeita apenas em executar os sons, agora liga esses sons ao mundo, passando do pensamento cinestésico ao pensamento imaginativo. Suas criações musicais são registros do que ela vai assimilando do mundo, e apontam etapas de seu desenvolvimento psicomotor. Se, de início, quando lhe pedem para repetir suas pequenas canções inventadas, ela canta uma nova canção, aos poucos ela percebe a composição musical como objeto com autonomia de existência e desenvolve a intenção de organizar sons em formas rudimentares de música que intermedeiam sua relação com o mundo, estimulando e refletindo seu desenvolvimento global.

Reconhecendo sua produção sonora como um objeto interessante e pessoal, a criança a apresenta ao adulto de forma organizada. Os sons são nomeados (“vovó roncando”, “mamãe brava” ou “voz da onça”) e repetidos, para fazer graça para os adultos e conseguir gratificação. Ela anuncia suas produções musicais (“agora o patinho vai cantar”) e relaciona ordenações sonoras a objetos (“o gato canta com uma voz assim, bem fininha”). Repreendida por produzir estragos ocasionais ao transformar objetos em instrumentos musicais, começa a entender que alguns sons levam ao sucesso e outros não, passando a fazer escolhas entre eles.

Interessando-se pela forma de suas composições musicais, a criança observa os primeiros sons feitos aleatoriamente para ver com que se parecem, antes de se decidir no que vão se transformar, construindo, aos poucos, uma idéia de como vai ficar a peça. Os sons tornam-se mais diferenciados e distribuem-se regularmente pela composição, que aos poucos se estrutura com partes distintas e repetições. A música é memorizada, repetida, e apresentada às pessoas como uma produção própria, da qual ela se orgulha. Percebendo aspectos de forma musical, a criança não se contenta mais em produzir sons limitados à relação direta com seus movimentos corporais, e disciplina seus gestos em busca de um arcabouço sonoro semelhante aos das músicas que ouve, tentando seguir parâmetros formais de sua cultura. Ela compõe canções de andamento lento e intensidade suave para ninar a boneca e canções de andamento ligeiro e intensidade forte para as lutas e comemorações, mostrando correspondência entre o mundo e sua representação musical.

A linearidade presente nas composições musicais da criança mostra seu uso da música com intenção de narrativa. Para retratar numa única música vários acontecimentos, destina diferentes sons a diferentes fatos. Como em toda criação artística, seu envolvimento emocional sobrepõe-se à realidade do objeto retratado musicalmente, e suas representações não mostram o objeto, mas a percepção que ela tem dele. Sua criação musical mostra como ela se relaciona com o ambiente, de forma ativa ou passiva, corajosa ou medrosa.

Desenvolvendo o pensamento abstrato, a criança estabelece lógicas de composição para musicar sua experiência particular. Ela firma o conceito de forma musical dentro do contexto social em que vive e cria esquemas musicais próprios, que possibilitam a distinção de suas composições musicais das de outra criança ao apresentar escolhas de altura, duração, intensidade e timbre. O acréscimo de detalhes para diferenciar uma música de outra mostra o aumento e organização de seus conhecimentos, que resultam em criações musicais mais elaboradas, com alternância e sobreposição de partes. Atenta aos resultados, ela conjuga critérios de gosto/nãogosto com critérios de correto/incorreto.

Usando as mesmas construções sonoras para representar os mesmos objetos, a criança mostra a capacidade de categorizar, agrupar objetos sonoros em classes e formular generalizações. Isso a ajuda a entender e a se adaptar à ordem do mundo. Sua criação musical reflete sua percepção de semelhanças e diferenças. Embora aparente um retrocesso em relação à liberdade de criação, a adequação os parâmetros formais lhe dá segurança para estabelecer seu pensamento abstrato a partir da compreensão e adoção de símbolos. Buscando aceitação social, a criança mostra em sua produção musical o quanto a abordagem emocional cede lugar à social. Como as estruturas sociais dão margem a que a transgressão seja aceita no objeto de arte, a criação musical permanece como uma possibilidade da criança viver, no plano musical, aspectos do mundo que não pode vivenciar na realidade. Ela mantém a criação musical como um espaço seguro de experimentação de idéias e sentimentos com os quais se depara, exercitando sua individualidade e a expressando de forma socialmente adequada.

A composição musical dá à criança/adolescente a possibilidade de fazer coisas diferentes do que já existe, percebendo que elas podem ser divertidas e bem aceitas. Com isso, a diferença perde para ela o significado de erro e de incapacidade. Aberta à expressão e elaboração de sentimentos e idéias, e à incorporação de interferências de momento, a composição musical estimula na criança o autoconhecimento e a observação e apropriação de elementos do ambiente. Por sua exigência de obediência a aspectos estruturais, semânticos e pragmáticos da linguagem musical, a composição musical aprimora a linguagem da criança e atua em sua adequação social.

O sexto recurso musical investigado por esta pesquisa mostra a expressão corporal e a dança como resultantes da movimentação da criança/adolescente a partir de sua percepção de uma música ouvida. A dança é a expressão de idéias através da movimentação física orientada pela música, podendo ser espontânea ou coreografada. Há casos em que a dança se faz sem uma música externa, como nas experiências da bailarina norte-americana Isadora Duncan (1878-1927) que, ao livrar a dança de tutus e sapatilhas para aproximar-se de sua essência, experimenta músicas não-convencionais e até o silêncio. Ainda assim, a movimentação do dançarino pressupõe uma música interna que a orienta. A disposição das pessoas na atividade de dança acontece de diversas formas: isolada (a pessoa dança sozinha), em pares (uma pessoa em frente à outra), em fileiras (uma pessoa atrás da outra) e em círculo (as pessoas em roda). Todas as sociedades conhecidas desenvolveram algum tipo de dança circular. A formação em roda, com as pessoas de mãos dadas umas às outras, olhando para o centro e para as outras, as torna predispostas a aprendizados, sendo usada em diversas culturas como um recurso didático para a transmissão de conhecimentos e o cuidado coletivo.

A dança é oferecida pela mãe à sua criança desde que esta nasce, em atividades de embalo para que a criança se acalme e durma. A movimentação ritmada no colo da mãe familiariza a criança com a dança como linguagem expressiva e amplia seu repertório de gestos e movimentos. Rapidamente, a criança aprende a usar a dança para dialogar com a mãe. Ela expõe suas sensações de gosto/não gosto e garante seu próprio bem-estar através de posturas e movimentos que direcionam a ação materna.

Firmando-se na posição sentada, a criança reage à música criando movimentos ritmados para a nova postura. Antes de conseguir manter-se de pé, ela se apóia em móveis para chegar a um aparelho de som, ligá-lo, e esboçar movimentos intencionais de dança. Embora sua dança ainda não se ajuste ao ritmo da música ouvida, já se adequa à duração e ao caráter desta. A criança atende ao comando da música para o início e o fim de sua dança, e relaciona diferentes movimentos a ritmos diferentes, mostrando atenção ao ambiente. À medida que cresce, a criança assimila formas de dança de seu grupo social. Por vivenciar a dança em festividades ao longo de sua vida, ela a associa a prazer e diversão, e aprende a se integrar a seu grupo social através de diversas formas de dança. Na adolescência, as questões de gênero trazem apreensão e ansiedade à atividade, ligando a dança às obrigações de cada papel social e à necessidade de dançar de forma correta, principalmente na dança aos pares.

A interseção da dança com a saúde tem origem nos rituais primitivos sagrados, ligados à fertilidade da terra, à cura de doenças e às comemorações. Por sua natureza, a dança aproveita diferentes ritmos e andamentos musicais para gerar e organizar a força física,

estimular a ação muscular, induzir atos corporais (GASTON, 1951), e alterar estados de ânimo (DEUTSCH, 1997). A dança desenvolve o sentido rítmico da criança/adolescente, organiza e direciona sua energia e desenvolve nela a sensibilidade, a coordenação motora, a disciplina e o trabalho em equipe. Familiarizando-se com as diversas formas de dança de diferentes povos, a criança pode compreender a dança como expressão pessoal e cultural (BRASIL, 2000).

A idéia de que a criança/adolescente deve partir da vivência para a teorização leva os educadores musicais europeus Èmile Jacques-Dalcroze (1865-1950) e Carl Orff (1895-1982) à sistematização da expressão corporal e da dança em importantes contribuições pedagógicas. Percebendo o ritmo como organizador dos elementos musicais e estimulador da sensibilidade infantil, Dalcroze cria uma ginástica rítmica associada ao pensamento, sensações e sentimentos da criança, direcionando-a ao seu desenvolvimento afetivo, motor e cognitivo. Orff usa instrumentos de percussão para orientar a ação corporal do aluno, unindo música, movimento e linguagem em práticas de dança.

Alguns enfoques terapêuticos usam a dança com formatações específicas. A Dança Circular Sagrada, desenvolvida na década de 1960 por Bernhard Wosien e Anna Barton, a partir de danças folclóricas da Europa Oriental, busca o contato da pessoa com o caráter de alegria e comunhão destas práticas (WOSIEN, 2000; BARTON, 2006). A Dança da Paz Universal, idealizada por Samuel Lewis na década de 1960, usa o círculo como símbolo de unidade e a linguagem corporal como capaz de ultrapassar as fronteiras da fala para construir uma sociedade pacífica. A biodança, criada por Rolando Toro, estimula que a pessoa use a expressão pessoal e a vinculação afetiva na busca da saúde e da autonomia sobre a própria vida. A dança sênior, criada em 1974 por Ilse Tutt, adapta coreografias de danças folclóricas, de caráter alegre e ritmo regular, às possibilidades da pessoa idosa, estimulando funções motoras, cognitivas e sociais. Sua dança com pessoas sentadas é acessível a pessoas com limitações motoras, inclusive crianças e adolescentes cadeirantes.

Partindo de trabalhos que apontam efeitos benéficos da dança no tratamento de pessoas com amputação, lesão cerebral, distúrbios alimentares, Alzheimer, fibrose cística, doenças cardíacas, diabetes, asma, AIDS e artrite, Aktas e Ogce (2005) estudam o uso da dança na prevenção ao câncer, buscando o equilíbrio físico, emocional, cognitivo e social do paciente, e mostram que ela aumenta a produção de endorfinas, causa bem-estar e estimula as funções dos sistemas circulatório, respiratório, esquelético e muscular. A terapia pela dança já é reconhecida em seu país (Turquia) como uma terapia complementar em hospitais e clínicas de tratamento de câncer.

A apresentação musical, sétimo recurso musical estudado por esta pesquisa, é a interpretação da peça musical diante de outras pessoas. Ela envolve o ensaio musical, que é a experimentação das várias formas pelas quais uma peça musical pode ser melhor apresentada. Ensaios e apresentações musicais fazem parte do dia-a-dia da criança/adolescente. Desde cedo, a mãe ensaia com seu bebê pequenas produções musicais e o incentiva a repeti-las, primeiro para ela, que o aplaude entusiasticamente, reforçando sua sensação de sucesso, e depois para familiares e amigos, que também o aplaudem e, orgulhosos, contam o show em detalhes para os vizinhos. O bebê demonstra muita alegria em ser aplaudido, sente que suas produções musicais são valorizadas, e se mostra disposto a ensaiar novos números musicais.

A criança costuma gostar de se envolver em atividades musicais, ensaiando e apresentando-se diante de familiares e amigos. Quando tem a oportunidade de estudar música ou dança, a participação nos festivais de apresentação de suas escolas é o ponto alto de seu fim de ano, quando padrinhos e avós vêm de longe para assisti-la com roupas novas e adereços, em teatros de verdade. O adolescente costuma sonhar em tocar em bandas musicais, imitando os ídolos de seus grupos musicais favoritos. Quando aprende a tocar algum instrumento musical, quer integrar uma banda, ensaiar em horários marcados e apresentar-se ao público, mostrando suas habilidades.

No atendimento terapêutico, os ensaios e apresentações musicais objetivam sociabilizar ou ressocializar o paciente, engajando-o em atividades interessantes e prazerosas que o estimulem a manter relacionamentos pessoais (GHEUR, 2001, p.66). Carolyn Kenny (1987, p.174) criou o termo “campo do desempenho” (*field of play*), para nomear o que paciente e terapeuta constroem no espaço musical (*musical space*), descrito por ela como “um espaço sagrado, confiável [...] para experimentação, modelagem e imitação, em formas sonoras que expressam, representam e comunicam sentimentos significativos, pensamentos, atitudes, valores, orientações comportamentais, questões de crescimento e modificação”. A apresentação é o ponto culminante desse processo, quando a criança/adolescente apresenta ao outro o que tem de melhor.

3. Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é conhecer as especificidades dos recursos musicais presentes nas práticas de crianças e adolescentes, identificando seu potencial terapêutico e as possibilidades de seu uso em atendimentos de saúde.

Os objetivos específicos são:

1. Investigar formas pelas quais cada recurso musical pode ser oferecido no atendimento terapêutico a crianças e adolescentes em diferentes estágios de saúde/doença, visando estimular aquisições psicomotoras desejáveis para a evolução de sua saúde.
2. Criar estratégias de acesso aos recursos musicais a crianças e adolescentes com comprometimentos de saúde diversos, através da adaptação dos recursos às condições físicas e mentais destas.
3. Documentar alterações de comportamento das crianças e adolescentes em contato com as práticas musicais, através de observação direta (anotada, gravada, fotografada e filmada) e entrevistas abertas a eles e a seus cuidadores e técnicos.
4. Analisar os dados construídos na pesquisa e mapear os recursos musicais presentes nas práticas musicais observadas, apontando sua acessibilidade e suas possibilidades de estimular aquisições de saúde em crianças e adolescentes.

4. Recursos metodológicos

O projeto desta pesquisa surgiu de reflexões contínuas da pesquisadora em trabalho como musicoterapeuta em instituições de Minas Gerais ao longo de trinta e um anos. Aprovado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, por seu Departamento de Pediatria, pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG e pela Diretoria de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFMG, ele incorporou conhecimentos construídos pela pesquisadora no convívio com professores, colegas, funcionários, técnicos, musicoterapeutas, observadores, crianças, adolescentes e cuidadores, presentes nestas instituições.

Por investigar sentimentos e idéias de crianças/adolescentes e de seus cuidadores e técnicos, em contato criativo com a música, este estudo de caráter exploratório-descritivo adotou a abordagem qualitativa de pesquisa, acreditando ser esta o melhor instrumento para documentar e compreender subjetividades em interações dinâmicas (TURATO, 2003; MINAYO, 1996). Ao registrar alterações de comportamento presentes no contato do sujeito com o recurso musical, esta pesquisa não se interessa em contabilizar relações de causa-efeito, mas em conhecer o potencial terapêutico do recurso musical, bastando, para isso, que o acontecimento se manifeste uma única vez.

Após revisão bibliográfica sobre recursos musicais e seu uso terapêutico, a pesquisa valeu-se da observação estruturada (LAVILLE; DIONNE, 1999), adotando um instrumento de construção de dados aberto, com a ordenação antecipada de duas grandes categorias de informações: recursos musicais e alterações de comportamento. A primeira categoria contemplou sete recursos musicais: jogos e brincadeiras musicais; apreciação musical; canto; instrumentos musicais; criação musical; expressão corporal e dança; e ensaio e apresentação musical. Eles foram definidos pela pesquisadora a partir das semelhanças entre materiais e procedimentos encontrados nas práticas musicais ocidentais.

Este estudo definiu que as alterações de comportamento fossem livremente apontadas por observadores e respondentes, entendendo que isto resultaria num modo privilegiado de conhecer o objeto estudado, acolhendo diferentes respostas psicomotoras. A liberdade de manifestações poderia, inclusive, alterar as categorias, pela inclusão ou retirada de recursos musicais emergentes ou em declínio como prática social, e pela valorização particular de alterações de comportamento por parte dos observadores e respondentes que, imersos em um contexto social, têm suas construções mentais influenciadas por este e são representativos de

sua coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003). A experiência profissional da pesquisadora, inclusive no manejo de grupos, e seu conhecimento do contexto em que iria operar, capacitaram-na a aplicar esta técnica (DEMO, 1995) e a treinar observadores a fazer filmagens e anotações.

Além da observação estruturada, a pesquisa recorreu à entrevista aberta para conhecer a percepção do cuidador e do técnico sobre os recursos musicais. Eles responderam à pergunta “que alteração você percebe na sua criança/adolescente em contato com cada uma destas práticas musicais?”. A entrevista aberta atende à finalidade exploratória da pesquisa, dando ao entrevistado liberdade para discorrer sobre a pergunta e explorar amplamente a questão, dentro de uma conversação informal, na qual a interferência do entrevistador se limita a evitar o término precoce da resposta (BONI; QUARESMA, 2005). Além disso, a entrevista aberta permite obter-se o maior número possível de informações e detalhamentos sobre o tema, segundo a visão do entrevistado, e acolhe a descrição de casos individuais (MINAYO, 1996).

A abordagem qualitativa da pesquisa e seu foco nos recursos musicais possibilitou que o número de sujeitos se definisse ao longo dos trabalhos, sem prejuízo por eventual abandono ou ingresso de sujeitos, sendo composto por 60 crianças e adolescentes que já se encontravam em atendimento de saúde, indo aos locais de tratamento com seus cuidadores. Não houve alteração em seus horários de atendimento. Convidados pela pesquisadora, os responsáveis pelas crianças/adolescentes aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para registro e uso das informações construídas, documentadas por anotações, fotografias e filmagens.

Visando estudar a acessibilidade dos recursos musicais a sujeitos de diferentes faixas etárias e econômicas, em diferentes condições clínicas, foram observadas sessões de Musicoterapia, conduzidas por musicoterapeutas, em três ambientes de saúde: consultórios de Musicoterapia da Associação de Musicoterapia de Minas Gerais; Sala de Medicação Infantil do Hospital Borges da Costa; e Setor de Terapia Ocupacional do Hospital Bias Fortes. Nos consultórios de musicoterapia, as crianças e adolescentes prosseguiram atendimento de Musicoterapia que já realizavam antes da pesquisa. Na Sala de Medicação Infantil e no Setor de Terapia Ocupacional, as crianças e adolescentes em atendimento regular de saúde participaram de sessões semanais de musicoterapia no período da pesquisa. Nestes dois setores, onde habitualmente não há atendimento de musicoterapia, este atendimento foi oferecido às crianças/adolescentes, como parte da pesquisa, após explicação sobre esta e convite feito a seus responsáveis. O atendimento de musicoterapia, com prazos definidos para

seu início e término, foi conduzido por musicoterapeutas da Associação de Musicoterapia de Minas Gerais, incluindo a pesquisadora.

As crianças e adolescentes, representativas das classes sociais baixa, média e alta, com idades entre 1 e 20 anos, apresentam dificuldades psicomotoras decorrentes dos seguintes diagnósticos: atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, autismo, deficiência cognitiva profunda, encefalopatia, fibrosarcoma, hemiplegia, hidrocefalia, leucemia, lipofuccinose, malformação congênita, mielomeningocele, mucopolissacaridose tipos 1 e 3, osteogenesis imperfecta, paralisia braquial obstétrica, paralisia cerebral, diparesia e quadriplegia espásticas, psicose, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, visão subnormal, nistagma e síndromes de Angelman, Asperger, Beckwith-Wideman, Down, Dravet, Kabuki, Mosaicismo de Trissomia do 9, Rubstein-Taybe e Sotos.

As dificuldades manifestadas por essas crianças/adolescentes envolvem impedimentos motores e mentais. Entre os comprometimentos motores estão as dificuldades de se alimentar, de manter-se de pé, de andar, de falar e de dominar os próprios movimentos. Entre os comprometimentos mentais estão a dificuldade de interagir com o mundo, compreendendo e executando instruções. Das 60 crianças/adolescentes, poucas freqüentam escolas comuns, e estas escolas assumem que não têm capacidade de contemplar suas necessidades especiais. Algumas crianças/adolescentes freqüentam escolas especiais e outras não são aceitas sequer em escolas especiais, porque demandam uma monitoria constante, que estas não oferecem. A maioria das crianças/adolescentes precisa de ajuda para se alimentar e fazer sua higiene, não convive com outras crianças e não freqüenta espaços sociais.

O grau de comprometimento mental e motor encontrado neste grupo leva a maioria das crianças/adolescentes a crescer à parte da vida social desfrutada por seus pares. As crianças/adolescentes com doenças degenerativas abrem na rotina da família um nicho de procedimentos necessários à manutenção de seu quadro clínico estável, e se adaptam às perdas psicomotoras gradativas, que vão lhes exigindo o uso de produtos, órteses e próteses (engrossador para segurar talheres e brinquedos, espessante para deglutição, traqueostomia para respiração, gastrostomia para alimentação, óculos e aparelho auditivo, órteses para postura de braços e pernas, cadeira de rodas). As crianças isoladas criam rituais especiais na família, mantendo-se em contato apenas com as pessoas e objetos aceitos por elas, exigindo a manutenção das mesmas roupas, alimentos e programas; nos casos mais graves, elas nem sequer percebem diferenças no entorno, não manifestando prazer ou desprazer por estar no colo dos pais ou de pessoas desconhecidas, ou acomodadas em almofadas. As crianças com dificuldade de aprendizagem são mantidas em escolas onde não se espera nada delas nem se

investe muito em seu desenvolvimento cognitivo. As crianças com dificuldades motoras são carregadas pelos cuidadores.

De modo geral, os cuidadores deste grupo descrevem quatro etapas em sua relação com a criança/adolescente doente: a percepção das dificuldades da criança, a busca de diagnóstico, a aceitação/recusa do diagnóstico e a adequação da criança/adolescente à vida pautada pela doença. A primeira etapa, de perceber que sua criança não é igual às outras, resulta para eles num temor e numa tristeza que só são suplantados pelas dificuldades encontradas na segunda etapa – a peregrinação em busca do diagnóstico. O grupo tem adolescentes com dificuldades mentais e motoras que os mantêm sem fala, em cadeira de rodas, e dependentes de dieta pastosa dada por terceiros, cujos sintomas são inconsistentes com o diagnóstico que receberam de “autismo” ou cujo diagnóstico, após 20 anos de intensa busca dos pais, permanece “a ser esclarecido”.

A terceira etapa descrita pelos cuidadores se refere à aceitação ou recusa do diagnóstico e à busca de tratamento. Entre as crianças com síndromes de isolamento e comportamento restrito e repetitivo (transtorno invasivo do desenvolvimento, autismo, síndromes de Angelman, Asperger e Rett), apesar de muitas delas terem boa saúde física e nem fazerem uso de medicação (a não ser quando há associação com uma doença), o estigma do diagnóstico leva os cuidadores a procurar confirmação por diferentes médicos, agarrando-se à esperança de que sua criança seja, pelo menos, um “autista sábio”, como são chamados o autista de alta-funcionalidade e o portador de síndrome de Asperger, que apresentam boas habilidades intelectuais (um dos garotos da pesquisa, antes dos dois anos de idade, quando os coleguinhas comiam o giz de cera que lhes era dado, segurava o giz fazendo pinça fina com os dedos polegar e indicador, desenhava em perspectiva, escrevia e lia pequenas palavras e números com dois algarismos e pregava seu desenho na porta do armário, apertando a ponta do giz nas beiradas do papel encostado no armário, tendo descoberto que a pressão sobre a madeira encerada liberava a cera que fazia o papel ficar colado). No grupo das crianças com doenças degenerativas (mucopolissacaridoses, lipofuccinose, leucemia), o temor da morte de sua criança, renovado por intercorrências de saúde, mantém os cuidadores em luta constante para lhes oferecer melhor qualidade de vida, associando-se, participando de congressos e pesquisas, pressionando organizações governamentais e não-governamentais para comprar medicamentos e constituindo uma grande família, pronta a acolher novos integrantes. Os cuidadores das crianças/adolescentes com dificuldade ou impossibilidade de marcha (por mielomeningocele, osteogenesis imperfecta, paralisia cerebral, diparesia e quadriplegia espásticas) se conformam em carregá-las e, quando possível, ajudam-nas a se locomover

através de órteses (uma das crianças alcançou autonomia em deslocar-se deitada sobre um *skate*, fazendo-o andar com movimentos das mãos no chão). As crianças com dificuldades de aprendizagem (por retardo profundo ou transtorno de déficit de atenção) costumam freqüentar escolas especiais, onde seu aprendizado se limita quase que só aos hábitos de higiene e atividades da vida diária.

Quase todos os cuidadores têm pouca ou nenhuma esperança de que sua criança/adolescente cumpra as etapas de vida que envolvem completar os estudos, sustentar-se trabalhando, constituir família e amparar os pais idosos. Eles avaliam que ela vai ser sempre dependente de cuidados e, após se empenhar anos, levando-a a diferentes terapias, desistem de resultados próximos dos parâmetros de normalidade. Quando a criança chega à adolescência, eles se conformam em lhe oferecer uma boa qualidade de vida, deixando que ela estabeleça rotinas baseadas em suas atividades preferidas, que costumam incluir música, dança, literatura e artes visuais. Os cuidadores manifestam dois medos antagônicos e constantes: de que sua criança/adolescente morra antes deles e a vida deles perca o sentido, e de que eles morram antes dela e ela não seja bem cuidada por outras pessoas.

A construção de dados da pesquisa ocorreu durante cinco meses e se adaptou às condições e prescrições das crianças e adolescentes. Dentro da perspectiva da Musicoterapia, as músicas oferecidas às crianças/adolescentes atenderam às suas escolhas, manifestadas por elas e por seus cuidadores e técnicos ao longo do atendimento. As características e necessidades das crianças/adolescentes foram consideradas para que a prática musical lhes fosse acessível e estimulasse conteúdos importantes à sua saúde.

O desenvolvimento humano se faz de forma global, através da influência mútua entre as funções psicomotoras, com uma aquisição facilitando outras e um impedimento levando a outros. Para efeito de estudo, a evolução da criança/adolescente pode ser observada em seus aspectos afetivos (o gosto/não gosto determinando adesões/recusas ao ambiente), motores (o equilíbrio, movimento e domínio do gesto) e cognitivos (a aquisição de conhecimentos). Lidando com crianças e adolescentes com graus diversos de necessidades nas três áreas, as atividades musicais visaram lhes dar experiências afetivas (autoconhecimento, prazer, expressão de sentimentos e idéias, compartilhamento, toque físico, vinculação com o outro, adequação social), motoras (movimentação esperada em suas fases de desenvolvimento) e cognitivas (ampliação de seus conhecimentos acerca do mundo).

Por apresentarem atraso neuropsicomotor decorrente de suas doenças, as crianças e adolescentes deste grupo de pesquisa apresentam defasagens em suas etapas de desenvolvimento. Entre os adolescentes do grupo (com idade acima de 12 anos), muitos

manifestam comportamento infantil, inclusive escolhendo sempre canções e brincadeiras infantis. Mesmo quando um deles apresenta um colega de grupo como sendo seu namorado ou namorada, parece apenas seguir uma brincadeira social, não mostrando comportamento sexualizado em relação ao colega. As musicoterapeutas trabalham a transição deles para a adolescência pontuando suas escolhas musicais em relação à faixa etária em que se encontram (“agora nós já cantamos muitas músicas de criança, vamos cantar músicas de gente grande, da nossa idade?”).

Apenas alguns rapazes do grupo manifestam comportamentos associados à adolescência, como desejo de namorar, cuidados com a própria imagem, tentativas de andar em turma com outros adolescentes e vontade de profissionalizar-se e ganhar dinheiro.

Um desses adolescentes, Felipe, frequenta uma escola regular inclusiva, que mostra não estar capacitada a lhe oferecer as condições de desenvolvimento processual propostas pelas Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, documento do Conselho Nacional de Educação que orienta a reorganização dos sistemas de ensino para o atendimento ao aluno com necessidades educacionais especiais. O rapaz assiste às mesmas aulas que os colegas sem ter um monitor que o ajude a aprender os conteúdos ensinados; faz as mesmas avaliações que sua turma e se entristece ao receber nota zero em todas elas; e é sempre passado para a próxima etapa, o que não o ajuda a compreender a noção de causa-efeito de seus fracassos. A escola também não está capacitada a monitorar seu convívio com os colegas, que aproveitam de seu atraso cognitivo e de sua vontade de fazer parte do grupo, abusando sexualmente dele e levando-o a fazer a parte mais perigosa das infrações que cometem, o que fez a família recorrer várias vezes ao Conselho Tutelar. Tendo feito 16 anos, ao envolver-se num crime, colocando em risco a segurança da família, o Conselho Tutelar manifestou completa incapacidade de lidar com sua necessidade especial e orientou a família a entregá-lo à polícia para “passar um mês detido, porque já foi avisado de que, após fazer 16 anos, está por conta própria”.

No período da pesquisa, um grande investimento da família e dos terapeutas conseguiu que Felipe alcançasse resultados inesperados em linguagem e matemática, muitos dos quais a mãe creditou à musicoterapia. Segundo a avaliação feita pela mãe, o aprendizado dos dedilhados para o toque do teclado estimulou o desenvolvimento motor do adolescente; sua busca de independência de cada um dos dedos criou novas conexões de neurônios disponíveis a outros aprendizados; lidar com adições e subdivisões na duração das notas e resolver questões de dedilhado ativaram seu raciocínio matemático; seu empenho em tocar músicas “de adulto” lembrava-o de sua idade e de adquirir comportamentos condizentes com ela; seu

prazer em tocar músicas de que gostava, e de apresentá-las para as pessoas, o fez ver-se como músico e aparecer positivamente diante dos colegas, sem a necessidade de aceitar as imposições destes, e o fez ver os colegas sob novo ângulo, como pessoas que “nem tocavam um instrumento musical”.

Outro adolescente, Reinaldo, que, apesar das dificuldades de sua condição autista e alguns outros comprometimentos associados, conseguiu, com grande empenho da família, aprender a cantar e a tocar violão, apesar de tocar em todos os eventos de sua cidade, não recebe pagamento para isso. Agora, ao completar 18 anos, seu atendimento de musicoterapia o tem direcionado a diversificar seu repertório musical, de forma a atender às expectativas de pessoas que o procuram para tocar em casamentos, missas e shows, e começar a cobrar por suas apresentações. A idéia de que ele construa uma profissão que lhe permita manter-se procura atender ao seu desejo de ter camisetas e tênis de grife, e à demanda de seus pais, que já são idosos, e gostariam de vê-lo autônomo em manter-se. Como é próprio do comportamento autista, ele mostra muita dificuldade em tocar o que não gosta, e seu desejo de ter coisas de adolescente tem amparado a insistência da musicoterapeuta em cobrar dele novos repertórios.

Além desses dois, um grupo de adolescentes sem dificuldades psicomotoras notáveis, que está terminando o segundo grau em escola regular, iniciou atendimento de musicoterapia para aliviar a tensão de estarem se preparando para o vestibular.

Os dados construídos no contato de crianças e adolescentes com os recursos musicais foram classificados quanto ao recurso predominante na atividade. A análise dos dados identificou os estímulos propiciados pelo recurso musical à criança/adolescente, observando o que ela não fazia sem música e se sentiu estimulada a fazer a partir da experiência musical. Aspectos específicos da natureza do recurso musical foram investigados, buscando conexões entre eles e as respostas desencadeadas, de forma a se pensarem possibilidades de seu uso terapêutico.

A análise dos dados ocorreu durante o oferecimento das práticas musicais, pelo dinamismo das situações vivenciadas (MINAYO, 1996). Foram interpretados e agrupados comportamentos e falas presentes nas sessões e nas entrevistas, buscando descobrir conteúdos e estruturas que indicassem a existência de outros sentidos. O critério de exaustão estabeleceu o número de observações a partir das quais as repetições, por parte dos sujeitos, mostravam que os conceitos já haviam sido saturados e novas entrevistas não acrescentariam informações diferentes (MINAYO, 1996). A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE;

LEFÉVRE, 2003) foi adotada para garantir a inserção de práticas musicais menos representadas, em processo de surgimento ou desaparecimento, trazidas pelos participantes.

A análise dos dados seguiu as concepções da abordagem fenomenológica ao buscar apreender o recurso musical como objeto constituído pelo horizonte de utilização terapêutica, contextualizado em surgimento e manutenção a partir de seus determinantes sociais. Considerando que a experiência musical, no contexto terapêutico, lida com objetos passíveis de criação e recriação contínua (o objeto de arte e de lazer transformado em objeto de terapia), esta orientação se mostrou adequada ao supor, na observação do recurso musical, a presença constante do que Edmund Husserl chama de “horizonte de indeterminação”: um conjunto de caracteres não-dados ou não-percebidos e a possibilidade de infinitas percepções (DARTIGUES, 2003).

Os dados subsidiaram a análise da relevância dos recursos musicais na saúde das crianças e adolescentes; estabeleceram relações entre eles e as alterações de comportamento destas; identificaram práticas musicais que podem ser desenvolvidas por elas em diferentes condições de saúde; reconheceram nelas aspectos específicos do recurso musical utilizado; propiciaram estabelecer padrões de atuação destes e sua organização em possíveis técnicas; e direcionaram práticas musicais a aquisições psicomotoras e populações específicas. Respondendo a seu objetivo, os resultados construídos por esta pesquisa configuram um mapeamento dos recursos musicais aplicáveis à saúde e à educação das crianças e adolescentes.

5. Resultados

O mapeamento dos recursos musicais direcionados à saúde mostra que os jogos e brincadeiras musicais tiram as crianças/adolescentes da letargia, tornam-nas alertas e participativas, e lhes oferecem conhecimentos e o compartilhamento de momentos prazerosos com o outro. A apreciação musical lhes dá acesso à expressão de diferentes tempos, espaços e visões de mundo, e à evocação e reelaboração de suas próprias vivências, emoções e fantasias. O poder narrativo e mnemônico do canto, além de lhes ajudar a seguir seqüências complexas e memorizar informações, lhes propicia o aprimoramento da fala e a adoção de uma linguagem expressiva que lhes ajuda a afirmar sua individualidade acima de sua doença. O efeito tônico dos instrumentos musicais os desperta e impulsiona ao movimento organizado, à construção elaborada e à participação prazerosa em conjuntos instrumentais. A criação musical lhes faculta a construção de uma identidade positiva, o afloramento de uma criatividade inesperada em meio a suas dificuldades psicomotoras, e uma via organizada, adequada e valorizada de expressão de seus sentimentos e idéias. A dança os leva a enriquecer sua imagem corporal e a aprimorar suas habilidades ambulatorias. Os ensaios e apresentações musicais lhes possibilitam apresentar-se diante do outro de forma positiva, mostrando sua força e alegria e sua capacidade de ter sucesso.

A música insere-se facilmente na rotina dos ambientes de saúde (SMI1, STO1). Por ser parte da cultura e estar ligada a atividades importantes, prazerosas e significativas, ela é familiar à criança/adolescente e é aceita *a priori* por ela. (SMI1, STO1). Com todo o prejuízo psicomotor decorrente de sua doença, a criança/adolescente já faz diversas atividades musicais: aprecia a *performance* de seus músicos preferidos, canta canções aprendidas em casa ou na escola, compõe canções e toca instrumentos musicais de brinquedo (SMI2, SMI9, STO3). Seu cuidador a apresenta dizendo que ela “adora música” (CMT10, STO1, STO5, STO7, STO9) e descreve seus hábitos e preferências musicais (CMT10, STO1, STO3, STO7, STO9). Mesmo sem ter formação musical, o cuidador usa vários recursos musicais para facilitar a rotina diária da criança/adolescente, identificando intuitivamente o potencial dos recursos e direcionando-os a objetivos específicos (CMT6, CMT13, CMT17, STO1, STO3, STO5, STO9).

Antes de acontecer efetivamente na prática da pesquisa, a música surge no imaginário da criança/adolescente e de seu cuidador como uma chance de melhorar o ambiente povoado por sentimentos de tristeza, incompreensão, revolta e medo diante da doença (SMI1, SMI2,

STO1). Tendo já introjetada a idéia de que “música sempre é bom” (SMI1), crianças, adolescentes, cuidadores e técnicos recebem com interesse as propostas musicais e se dispõem a participar delas, inclusive substituindo outras atividades (SMI1, STO4).

Por sua diversidade de formas, a música é acessível a crianças/adolescentes com comprometimentos de saúde diversos, se adequa às suas condições físicas e mentais, lhes oferece experiências de sucesso e prazer e lhes estimula desenvolvimento psicomotor (CMT8, SMI1, STO1). Atividades musicais simples propiciam à criança/adolescente familiarização rápida com seus materiais e procedimentos, e levam-na a um desempenho musical superior ao que ela apresenta em outras áreas psicomotoras (CMT17, SMI1, STO1), abrindo uma trilha de sucesso em sua vida cheia de experiências de fracasso (SMI1, SMI2, SMI4, STO1). A atividade musical transcorre satisfatoriamente mesmo na sala de medicação, com movimentação contínua de pacientes revezando leitos e de técnicos medindo seus índices e reajustando máquinas barulhentas (SMI5).

Pelo fato da música induzir na pessoa o desenvolvimento de uma relação pessoal com ela, relaxando as fronteiras entre seu mundo interno e externo, e suscitando associações (BRUSCIA, 2000: 2), as práticas musicais levam a criança/adolescente, acostumada ao desgaste emocional resultante dos procedimentos terapêuticos, a manifestar alegria e envolvimento pelas propostas musicais, modificar posturas e atitudes para alcançar resultados, relacionar a música à sua vida e levar para o ambiente de saúde acontecimentos vividos fora dele (SMI5, SMI6, STO1). Constituindo uma linguagem expressiva, a música estimula a expressão da criança/adolescente, lhe propicia cantar e tocar o que quiser, defender suas escolhas (CMT8, CMT9, SMI2, SMI9, STO2), expressar sua individualidade, falar de si, compartilhar acontecimentos (SMI5, SMI9), trazer para a sessão instrumentos musicais, CDs e DVDs preferidos (CMT1, CMT2, CMT3, CMT19) e lidar com problemas sérios que a família julgava impossível ela assumir (CMT18).

A organização da música acalma e organiza a criança/adolescente (CMT5, CMT6, CMT7, STO3, STO5), estimula-a a pronunciar novas palavras (CMT1, CMT5, STO2, STO4, STO7) e a realizar novos movimentos (STO1, STO2, STO4, STO5), aumenta sua concentração (STO5, STO9) e seu interesse por música (CMT16), favorece seu bom-humor (STO7) e sua interação social (CMT19, SMI2, SMI4, STO2). Uma mãe diz que seu filho “depois que começou a fazer Musicoterapia melhorou em tudo, mesmo quando chora não é como antes, ficou muito mais calmo” (STO9).

Os comportamentos adquiridos nas práticas musicais se estendem além delas. Ao sair da Musicoterapia, chegar em casa e continuar cantando e tocando, a criança/adolescente

mostra que o estímulo da música se mantém depois que ela muda de ambiente (STO5). A vontade de continuar fazendo música induz a criança/adolescente a levar para casa os objetos das práticas musicais, e o material de música a atrai de volta à próxima sessão (CMT15, CMT16). O interesse da criança/adolescente pela música se mantém mesmo quando ela é hospitalizada (STO9).

A música se estende ao entorno da criança/adolescente, insere-se em seus outros espaços (STO4) e motiva a participação do cuidador (CMT6, CMT7, CMT15, CMT17, SMI1, SMI2, SMI4, SMI5, SMI9, SMI10, STO1). Este se entusiasma com a possibilidade de sua criança/adolescente desenvolver habilidades musicais (SMI5, STO1) e sente segurança em fazer música com ela, sem pedir ajuda ao musicoterapeuta, mostrando confiança no potencial da música para gerar resultados (CMT19, CMT20, STO1, STO4, STO9). O cuidador sente segurança em deixar a criança/adolescente na atividade musical (CMT6) mesmo durante agravamentos de saúde (STO9), estimula sua participação (CMT8) e de outros familiares (CMT13), aproveita as atividades musicais e lamenta que outros parentes as percam (CMT7, CMT15), se diverte nelas (SMI2), quer aumentar seus horários (SMI2), expressa as próprias angústias (CMT13), vai ao atendimento sem a criança/adolescente para usufruir da música (CMT19), se aconselha com o musicoterapeuta (CMT14), se mostra grato a ele (CMT15, CMT18, CMT19, CMT21) e o acolhe na rede de apoio que cria no ambiente de saúde (STO1). Subvertendo a idéia de que um hospital não é um lugar ao qual as pessoas almejem ir, a mãe de uma criança que não vem à medicação toda semana comenta com pesar que a próxima volta delas “vai demorar” (SMI2).

Ainda que não trouxesse nenhum outro benefício à criança/adolescente, o valor da música já se comprovaria pelo acolhimento de seu cuidador, uma figura permanente na rede de saúde da criança/adolescente, determinante do sucesso ou fracasso de seu tratamento, e com a qual esta rede não sabe bem como lidar. Relegado quase sempre à desconfortável posição de estar incomodando os profissionais de saúde, sem espaço próprio, distante de sua casa e dos outros membros da família, sem cuidados específicos às suas necessidades, o cuidador sofre de desatenção crônica por parte dos ambientes de saúde. Assim, se a música lhe oferece uma ilha de prazer e descontração em meio à situação de angústia vivida, fortalecendo-o para continuar cuidando de sua criança/adolescente, ela também lhe propicia tornar-se sujeito perante o grupo com o qual convive tão estreitamente. Durante a pesquisa, vários cuidadores surpreenderam os outros cuidadores com habilidades musicais até então desconhecidas, inclusive deles mesmos. A presença do violão nas atividades musicais abre caminho para que o pai de Alessandro cante e toque músicas do tempo em que formava uma

dupla sertaneja e participava de programas de rádio no Teatro Francisco Nunes, e que a mãe de Samuel se apresente como sendo de uma família de violeiros, cujo pai “tocava no Caxangá” (programa de músicas sertanejas no rádio), e seja reconhecida pela mãe de Giovanna como sendo “da linhagem”. A descontração das atividades musicais possibilita à mãe do Luiz avaliar as interpretações musicais e propor outras instrumentações (“essa música fica legal com sanfona”). A acessibilidade do repertório musical propicia à mãe do Miguel, à mãe e irmãs do Felipe, às babás do Paulo e do André, e aos pais do Gustavo, o prazer de aprender a tocar um instrumento musical.

O técnico mostra esforço adaptativo às práticas musicais, remaneja pacientes para colocar na pesquisa os que respondem menos ao tratamento, acredita que o estímulo musical dará resultados (STO1, STO8), adota conhecimentos construídos na pesquisa, oferece práticas musicais ao paciente sem pedir ajuda à musicoterapeuta (STO2), e relata que sem a música a criança/adolescente não conseguiria alcançar os objetivos de seu plano terapêutico (STO9). A percepção de que o contato com a música é possível ao não-musicista abre espaço para que ele se interesse em enriquecer sua formação profissional com o uso da música.

Embora as práticas musicais sejam dirigidas a crianças e adolescentes, adultos e idosos que estão próximos ao local de atendimento entram espontaneamente nas atividades, mostrando aceitação da música de um grupo social por outros (SMI2, SMI5, SMI6). A música propicia agrupamentos prazerosos de crianças, adolescentes, adultos e idosos (CMT20), estimula trocas benéficas entre pacientes, cuidadores e técnicos (CMT1, CMT18) e abrilhanta as comemorações dos dias festivos (CMT9).

Por ser prazerosa, organizada e rica em possibilidades, a música adapta-se às rotinas terapêuticas e cria uma nova paisagem no ambiente de saúde. A criança/adolescente manifesta vontade de ir ao local de fazer música (CMT12), descrito pelo cuidador como “o lugar que ela mais adora” (CMT13). A música desperta na criança/adolescente um interesse que ultrapassa apenas se ocupar de alguma coisa durante o atendimento de saúde (SMI12, SMI3). Mesmo estando muito fraca (CMT14), ela se dispõe a agüentar o desconforto da medicação (SMI1, SMI5) e mostra melhora de humor e sociabilidade (SMI2, SMI4, STO3, STO4, STO6, STO9). A criança/adolescente que habitualmente dormia durante a medicação e não percebia os colegas, sente-se motivada a ficar desperta, participando das atividades e interagindo com eles (SMI5).

No ambiente de saúde enriquecido pela música, a criança/adolescente estende seu tempo de permanência (STO6) e faz música quando está dispensada dos procedimentos de saúde (SMI5). A criança/adolescente que vem ocasionalmente quer ter atividades musicais

(SMI2) e lamenta não vir mais vezes (SMI9); a que é atendida em outro dia da semana pede para ter música em seu dia (SMI5); a que está de férias visita o musicoterapeuta e age como se estivesse em sessão, procurando fazer atividades musicais (CMT14). O cuidador leva a criança/adolescente em dias além de seu horário (CMT16) e procura repor horários perdidos (CMT18). Quando a sessão dos sujeitos da pesquisa é desmarcada, outros pacientes presentes à sala pedem que a sessão de Musicoterapia seja feita com eles (SMI3, SMI7).

5.1. Jogos e Brincadeiras Musicais

A característica mais marcante dos jogos e brincadeiras musicais como objeto terapêutico mostra ser sua capacidade de oferecer à criança/adolescente formas lúdicas desta se relacionar com o ambiente, incorporando e elaborando os elementos do mundo em movimentação prazerosa e estimulante (CMT1, CMT2, SMI3, STO1). Adaptando-se à sua capacidade e interesse (SMI3), os jogos e brincadeiras musicais dão à criança/adolescente tarefas condizentes com suas possibilidades mentais e motoras (CMT21), atuam na elevação de sua auto-estima (SMI3) e lhe permitem manifestar preferências (CMT3).

Por serem acessíveis, os jogos e brincadeiras musicais acolhem e estimulam a criança/adolescente, mesmo em estado de grande fragilidade física (CMT3), e lhe asseguram diversão (CMT3, STO2) ainda que ela não compreenda suas regras. Espontaneamente, a tradição do jogo infantil já criou uma forma amorosa de acolher a criança/adolescente incapaz de compreender ou executar suas regras, dando a ela o papel de “carta branca”, figura que transita pelo jogo sem seguir regras e é aceita pelos participantes sem que estes denunciem a ela sua condição especial. Mesmo que o propósito de um jogo musical não seja alcançado, este pode resultar em ganhos para a criança/adolescente, possibilitando que ela aprecie música, conviva com colegas e aproveite outros aspectos da atividade, como a cor ou forma dos objetos envolvidos nela. E um jogo musical difícil ainda pode estimular a criança/adolescente a se esforçar mais, mantendo-o como um horizonte a ser almejado (CMT2, CMT8).

Sendo prazerosos e oferecendo chances de sucesso, os jogos e brincadeiras musicais induzem na criança/adolescente a prontidão, a atenção seletiva, a concentração, o esforço por resultados e o aumento do tempo de dedicação (CMT17, SMI5), imprescindíveis aos seus processos de aprendizagem ao longo da vida. As

atividades possibilitam à criança/adolescente estreitar laços afetivos consigo, com o outro, e com o ambiente, corrigindo e atualizando seu desenvolvimento atravessado pela doença. Além disso, eles introduzem na vida dela mais chances de sentir alegria (CMT20, CMT21), ampliam seu esforço para obter resultados e lhe dão a gratificação que eleva sua auto-estima (SMI5). Eles levam a criança/adolescente a criar suas próprias brincadeiras, estabelecendo normas (STO5) e apresentando-as ao outro (CMT9). Facilitados, os jogos e brincadeiras musicais lhe parecem tão interessantes que, quando dois deles acontecem simultaneamente, ela se esforça para ter sucesso em ambos (SMI6). Para um menino com pouca resposta psicomotora, como Vinícius, preso à cadeira de rodas por uma paralisia, e avaliado pela clínica de terapia ocupacional como sem resposta a estímulos, a confusão sonora resultante das brincadeiras musicais do grupo mostra ser um incentivo irresistível a fazer parte delas, virando o rosto para o lugar onde elas acontecem, prestando atenção ao seu desenrolar, e rindo dos colegas que cantam, tocam e dançam (STO6, STO8).

Por familiarizar a criança/adolescente com formas de representação simbólica, através de relações, falas e gestos usados intencional e significativamente, os jogos e brincadeiras musicais estimulam nela o autoconhecimento e a vinculação com o outro. Os jogos e brincadeiras permitem à criança/adolescente (mesmo a que não fala) expressar idéias, relacionar-se com o outro através de atitudes de afirmação/aceitação/rejeição (CMT2, CMT10, CMT16), e aceitar ajuda sem que sua dificuldade seja evidenciada, pois a interação é parte da atividade (CMT1). A consciência de estar presente no instante da brincadeira, sabendo que está brincando e podendo iniciar/continuar/parar a brincadeira quando quer, dá a ela uma das poucas oportunidades de autonomia sobre sua vida, afetada de diversos modos pela doença.

Por serem interativos, os jogos e brincadeiras musicais criam climas de companheirismo e ajudam a criança/adolescente a estabelecer vínculos interpessoais (CMT1). O contato com regras a leva a experimentar vivências de obediência/transgressão e a acatar formas de adequação social (CMT2). O modo lúdico como os elementos do mundo são tratados nos jogos e brincadeiras musicais estimula a inventividade da criança/adolescente e lhe oferece distintas maneiras de perceber, apreender e se vincular aos elementos do mundo, experimentando e expressando diferentes formas de ser/agir (CMT21, STO6).

Por se apoiarem na dinâmica de tarefa/resultados, os jogos e brincadeiras musicais propiciam à criança/adolescente viver situações de tensão/relaxamento,

concentração/descontração e fracasso/sucesso (CMT17, SMI5). Ver eventuais fracassos como parte da brincadeira (CMT9) e tensão e expectativa resultarem em gratificação e alegria (SMI6, STO2) melhora as expectativas da criança/adolescente quanto à própria saúde (CMT21) e aumenta sua adesão ao tratamento (CMT17, SMI5). Ter o espaço de saúde aberto a atividades musicais lúdicas a faz querer vir à próxima sessão (CMT14).

Jogos musicais baseados na exploração das possibilidades corporais da criança/adolescente estimulam sua consciência corporal e seu domínio motor. A alegria da criança/adolescente em experimentar e controlar gestos e sons produzidos com a boca, mãos e pés a faz investir no domínio de seus movimentos e a se interessar pelo conhecimento de partes específicas de seu corpo, compreendendo-o como um todo, com seus limites e possibilidades, no tempo e no espaço, instrumento de sua expressão (SMI3, SMI5, SMI8). As experimentações corporais desencadeadas pelos jogos e brincadeiras musicais fortalecem a confiança da criança/adolescente no próprio corpo, levando-a a substituir movimentações estereotipadas (CMT6), a usar membros paralisados e a levar membros saudáveis a assumir funções destes (STO3). Um exemplo está na brincadeira musical “Levanta e toca”, que leva a criança hemiplégica a se esforçar para acompanhar com o braço paralisado o movimento sugerido pela canção, que diz “levanta e toca / levanta e toca / levanta lá no alto / muito bem”. Tendo o teclado à sua frente, e motivada pelo som que resultará de seu toque, a criança levanta e abaixa o braço paralisado duas vezes, acompanhando a letra dos dois primeiros versos, que diz “levanta e toca”. No terceiro verso, a ampliação do movimento de seu braço é solicitada pela letra que se estende propondo uma variação no movimento (“levanta lá no alto”), a harmonia configura um momento de tensão, pelo uso dos acordes de IV e V7, e a dinâmica da canção introduz um *rallentando*, que estica gradativamente a suspensão da mão da criança no ar, antes dela baixá-la para receber a gratificação anunciada pelo “muito bem” final (STO7).

Por encadearem ações que configuram ritos, exigirem o cumprimento de regras combinadas entre os participantes, e serem delimitados no espaço e no tempo, os jogos e brincadeiras musicais levam a criança/adolescente ao desenvolvimento de seus potenciais e à adequação social. Simultaneamente instantâneos e infundáveis, ao mesmo tempo em que exigem a presença integral da criança/adolescente, os jogos e brincadeiras musicais criam situações que lhe oferecem prazer muito tempo depois, quando ela se lembra de alguma coisa relacionada à atividade. E, por portarem

diferentes conteúdos pedagógicos, eles ampliam os conhecimentos dela (CMT1, CMT2, CMT3, SMI4, SMI6).

Os jogos e brincadeiras musicais se estendem ao cuidador, mobilizando o interesse, a participação e a ajuda deste (SMI6). Eles favorecem que o cuidador estabeleça melhor contato com sua criança/adolescente (CMT2) e amplie sua percepção de si mesmo como importante para ela (CMT8) e capaz de ajudá-la em situações além dos cuidados (SMI3, SMI5). O caráter divertido dos jogos e brincadeiras musicais leva o cuidador a se envolver neles, mesmo quando sua criança/adolescente não está participando, levando-o a se perceber independente dela (SMI5). A participação voluntária do cuidador nos jogos e brincadeiras musicais mostra a confiança deste em que ele também se beneficia deles e que eles lhe proporcionam suporte emocional em meio às angústias vividas pela situação de doença (SMI5). A brincadeira grupal de sua criança/adolescente estimula-o a perceber e a acompanhar outras crianças e cuidadores, e a sentir-se parte do grupo (SMI6, STO2).

Os jogos e brincadeiras musicais criam uma paisagem dinâmica e alegre no ambiente de saúde. Eles podem ficar disponíveis à criança/adolescente em espaços próprios para seu desenrolar, aonde ela possa ir quando não estiver ocupada por outros procedimentos, e podem ser levados aos locais de onde ela não possa se deslocar. Para garantir o acesso à criança/adolescente em diferentes idades e com diferentes necessidades, os jogos e brincadeiras musicais podem se agrupar por suas características, materiais, procedimentos, conteúdos mobilizados, número de participantes adequado à atividade e adaptações a situações específicas. A compreensão dos conteúdos mobilizados pelos jogos e brincadeiras musicais propicia ao profissional de saúde avaliar os estágios de desenvolvimento da criança/adolescente através da forma como ela se organiza para brincar, como assume e distribui papéis, como entende e responde às etapas da atividade e como reage a episódios de sucesso/fracasso (CMT10, STO7).

Conjugados aos outros atendimentos da criança/adolescente, os jogos e brincadeiras musicais estimulam nela atitudes de alegria e prontidão para respostas (CMT20, CMT21) e reforçam seus aprendizados (CMT3). Brincadeiras musicais com deslocamentos espaciais e desvio de obstáculos levam a criança/adolescente a introjetar conteúdos de organização espaço-temporal (CMT9); jogos de conhecimento musical ampliam sua discriminação auditiva; brincadeiras musicais repetitivas

favorecem sua compreensão de atividades estruturadas. Os jogos musicais vocais e lingüísticos favorecem a aquisição e aprimoramento da linguagem verbal, estimulam a criança/adolescente à exploração das construções verbais, familiarizam-na com elementos comuns à linguagem musical e verbal (como prosódia, pronúncia, articulação, expressão e interpretação) e enriquecem seu vocabulário (CMT9). Além disso, todos os jogos e brincadeiras musicais oferecem à criança/adolescente a apreciação da música que os orienta e induzem seu conhecimento sobre ela (CMT20). Jogos não-musicais se enriquecem adotando elementos musicais e de outros campos artísticos (CMT20).

Jogos musicais com ilustrações de músicos tocando instrumentos musicais, como “A grande orquestra” (jogo de tabuleiro em que o jogador ganha diferentes instrumentos musicais até formar uma orquestra), despertam a curiosidade da criança/adolescente, familiarizam-na com os instrumentos musicais, estimulam reflexões e escolhas pessoais sobre eles, facilitam seu reconhecimento deles, e, por terem fichas com escrita facilitada por desenhos e números, lhe propiciam atitudes de leitura (CMT17).

A brincadeira “Barquinho”, com duas crianças sentadas frente a frente, de mãos dadas, balançando-se ao som da canção “Que coisa boa é navegar” (que coisa boa é navegar/ coloca a Bebel no barco do mar/ olê olê olê olá/ cuidado pra onda não te molhar) estimula o prazer de balançar-se ritmadamente; o contato físico, a percepção e interação com o outro (STO6); e a confiança em deixar-se levar, puxar e empurrar pelo outro (STO2, STO3). Citar a cada vez o nome de uma pessoa, leva a criança/adolescente a procurar e localizar com os olhos a pessoa citada, e a escolher para quem a música vai ser cantada a cada vez (STO7). Ela favorece também o reconhecimento de princípio-meio-fim da atividade e induz o aplauso prazeroso ao fim da canção (STO5).

A brincadeira “A voz do bichinho” leva a criança/adolescente a fazer sons onomatopaicos correspondentes a cada animal citado pela letra da canção, estimulando a produção de sons articulados rumo à aquisição da linguagem falada (STO7), como nas canções “Cachorrinho está latindo” e “O velho MacDonald”. Na brincadeira musical “Canção da caminhada até o topo da montanha”, a música orienta as crianças a caminhar em fila, segurar-se na cintura umas das outras, desviar-se de obstáculos, expressar corporalmente a letra da canção, perceber o movimento de caminhada no balanço dos quadris do colega da frente e introjetar conteúdos de organização espacial

(CMT9). A brincadeira “Caminhar tocando”, que posiciona objetos pela sala e estimula a criança/adolescente a caminhar tocando um instrumento musical, no ritmo da canção, até chegar a determinado objeto, a induz à atividade de marcha (STO4).

Na brincadeira “Canção de comando”, a letra da canção direciona os gestos da criança/adolescente, estimula respostas motoras e mentais, anima-a a se esforçar para fazer os gestos pedidos, lhe proporciona diversão e atenção a ordens, amplia seu repertório e a expressividade de sua linguagem corporal (SMI3, SMI4, SMI5, SMI6, STO2), e induzem a compreensão, memorização e treino das rotinas diárias (STO4). A brincadeira “Cantando AEIOU” evidencia e reforça elementos lingüísticos como sons, fonemas, letras, palavras, aliteraões, trava-línguas, anagramas, cacófatos, trocadilhos, elisões e códigos de linguagem, como em “O rei Felipe VII” (SMI4).

O jogo “Cantar assim”, em que a criança/adolescente canta uma canção variando algum parâmetro musical (altura, duração, intensidade ou timbre), desperta, mantém, e permite avaliar sua atenção, prontidão e empenho para perceber e discriminar semelhanças e diferenças, sua capacidade de compreensão e resposta, sua vinculação ao musicoterapeuta e sua satisfação diante do sucesso (CMT19). Na brincadeira “Cantar junto/alternado”, a criança/adolescente tem momentos definidos para cantar/silenciar, o que a estimula a manter contato visual com o outro e a se manter atenta às suas indicaões (CMT18). O jogo “Complete a letra da canção”, em que a criança/adolescente completa o final de frase cantada pela musicoterapeuta, incentiva a interação com o outro, a adequação social, a orientação temporal e a aquisição da linguagem falada (CMT10). O jogo “Compositores”, que emparelha cartelas com fotos/nomes/épocas/peças de grandes músicos, familiariza a criança/adolescente com o mundo da música, aprofundando aspectos de sua história, conhecendo a vida dos compositores e se comparando a eles, em suas possibilidades de produzir música (CMT21).

O “Concurso da canção mais colorida”, em que as crianças colorem a folha com a letra ilustrada das canções que estão cantando e apresentam seus trabalhos para receber aplausos do grupo, amplia a atividade musical, introduz a criança/adolescente no campo das artes visuais, substitui movimentações estereotipadas, estimula conteúdos de leitura e escrita, cria atitude de prontidão, propicia a memorização e a lembrança de conteúdos trabalhados anteriormente e resulta em proximidade afetiva (CMT6). Ele estimula a criança/adolescente que tem dificuldades motoras a se esforçar para colorir melhor (SMI3) e encoraja a que tem a mão dominante presa à

máquina de administração de medicamentos a se esforçar para colorir com a outra mão (SMI8). O concurso atrai a ajuda do cuidador e oferece a ele e a sua criança/adolescente uma atividade prazerosa (SMI4).

A brincadeira “Cubo dos bichinhos” usa um cubo de espuma com um guizo dentro, revestido com tecido ilustrado por um animal em cada face. Quando o cubo é jogado para cima e cai no chão, a face que fica para cima expõe o desenho que determina a próxima música a ser cantada, que deve falar desse animal, estimulando a associação das músicas às imagens e a criação de músicas relacionadas à ilustração (CMT20). A brincadeira “Duas músicas/dois instrumentos” com a interpretação alternada de duas canções, às quais a criança/adolescente deve acompanhar com dois diferentes instrumentos musicais, cada um correspondendo a uma delas, leva-a a discriminar músicas diferentes e reagir de formas determinadas a cada uma delas, estimulando sua percepção auditiva e sua prontidão para a atuação (CMT20). O jogo “Joga bola”, com duas crianças/adolescentes sentadas frente a frente jogando a bola uma para a outra, no ritmo de uma canção, estimula a percepção e interação entre elas e lhes favorece estabelecer relacionamentos interpessoais (CMT1).

A “Lenga-lenga”, ou canção acumulativa, ou canção sem fim, é uma forma musical baseada na introdução de elementos que a tornam interminável, e reforça os processos de seqüência, composição e memorização, como na canção “Era uma velha que tinha um gato”, em que a letra introduz um novo animal a cada estrofe. A brincadeira “Música de ... (correr, esperar, dançar...)”, em que a música determina a atividade a ser feita, estimula a discriminação auditiva e disciplina o movimento da criança/adolescente hiperativa, levando-a a respeitar os comandos (CMT20). A brincadeira “Música com nome” insere na letra da canção o nome de cada criança/adolescente, levando-a a reparar nos colegas, e pode ser feita com a variação de cada um que for nomeado escolher o próximo nome a ser cantado (SMI5).

O jogo “ofereço essa música para ...”, em que a criança/adolescente relaciona a música cantada a alguém de suas relações, mobiliza o afeto dela, possibilitando-lhe expressar sentimentos relacionados às pessoas do seu entorno (CMT15). A brincadeira “O sapo não lava o pé”, em que, após a letra tradicional, a canção é cantada com o nome de cada criança/adolescente, perguntando se ela lava o pé, favorece o aprendizado de conteúdos de higiene pessoal (SMI5).

A “Parlenda”, declamação ritmada de palavras ou frases, com ou sem melodia, também chamada de “mimo” ou “brinco”, é um dos primeiros jogos musicais que a

criança cria, com sons vocais e depois com palavras. Parlendas com letras elaboradas mostram sua apropriação pelo adulto, com o intuito de brincar com a criança, lhe oferecendo conceitos afetivos e de conhecimento do mundo. Declamando “serra, serra, serrador, serra o papo do vovô”, ele a balança apoiada em seus joelhos e segura pelas mãos. À medida que a criança cresce, a parlenda adota variações que mostram seu objetivo de apreender o mundo. Para memorizar números, ela incorpora o texto “serra, serra, serrador, quantas tábuas já serrou? Uma, duas, três...”. Na brincadeira coletiva, a parlenda assume caráter competitivo, incorpora trava-línguas e exige imitação de gestos. No atendimento terapêutico, a parlenda direciona a obediência da criança/adolescente aos seus parâmetros rítmicos, e atua na aquisição do ritmo regular que subsidia seus processos de fala e de movimento. Sua estrutura baseada na repetição lúdica facilita a memorização de conteúdos portados pela letra. Algumas parlendas dão ritmo às brincadeiras infantis ou lhes oferecem formas de se escolher o pegador.

A brincadeira “Pirulito que bate bate”, em que duas crianças/adolescentes, frente a frente, alternam formas de baterem-se as mãos, lhes favorece trabalho em equipe, confiança no outro e percepção do contato físico com o outro como fonte de gratificação (STO2), incentivando a criança com polegares inclusos a abri-los (STO4). Na brincadeira “Qual é a música?”, a criança/adolescente tenta reconhecer canções tocadas no instrumento musical; ao usar canções conhecidas por elas, ela lhes favorece alcançar sucesso (STO1). A brincadeira “Quem sabe cantar uma música de...”, em que a criança/adolescente deve cantar ou tocar uma música com as características pedidas pela musicoterapeuta, estimula a prontidão para a resposta, a busca pela memória e experiências de sucesso em competição socialmente aceitável (CMT12).

A brincadeira de “Roda”, com as crianças/adolescentes em círculo, de mãos dadas, cantando canções e fazendo deslocamentos orientados por letra com conteúdos diversos, estimula aquisições afetivas - como dar as mãos a diferentes companheiros, compartilhar atividades divertidas, manter contato visual com os colegas (STO8), observar e admirar o outro, desenvolver sentimentos de gratidão e confiança pelos amigos que tornam possível a brincadeira, manifestar preferências, criar vínculos afetivos e demonstrar afeto -; aquisições motoras, como toque físico, andar no ritmo da canção, deslocar-se para a direita/esquerda e frente/trás, equilibrar-se num pé só, pular, rodar, fazer gestos determinados pela letra da canção e usar membros paralisados (STO3) -; e aquisições cognitivas, como planejar e executar rotas e

velocidades em diferentes sentidos, dividir etapas da atividade e fazer projeções geométricas. Na pesquisa, duas meninas com grande dificuldade em perceber o outro e vincular-se a ele, ao participar de atividades de roda, dando-se as mãos e ficando uma em frente à outra, passaram a tocar a colega, a rir para ela e a observá-la (STO3).

O jogo musical “Som que se movimenta”, em que a criança/adolescente expressa corporalmente o som produzido pelo instrumento musical, desperta sua atenção para os aspectos de frequência do som e suas diversas possibilidades entre graves e agudos, e a associação desses aspectos a movimentos corporais (CMT10). A brincadeira “Tecla branca / tecla preta”, em que a criança/adolescente deve responder aos comandos do musicoterapeuta tocando só as teclas brancas ou pretas do piano/teclado, leva-a a se familiarizar com o instrumento musical e lhe dá chances de acerto, gratificação e conseqüente disposição para continuar a brincadeira (STO2).

5.2. Apreciação Musical

A análise dos aspectos preponderantes da apreciação musical como objeto terapêutico mostra a relevância de sua capacidade de oferecer fruição prazerosa e indução ao devaneio e à relação da música ouvida com a vida do ouvinte. Ouvir música abrange perceber, discriminar, reconhecer, compreender e acolher a organização dos sons de acordo com um referencial de sentimentos e idéias. Isso estimula na criança/adolescente a atenção seletiva, a sensibilidade, a percepção, a introspecção, a concentração, a memória e a criatividade. Alterada pela audição musical, a criança/adolescente a se sente mais alegre ou reflexiva, irritada ou tranqüila.

Sendo parte importante da cultura humana, a apreciação musical é tida pelo cuidador como um dos hábitos prediletos de sua criança/adolescente (STO3), que mostra disposição e alegria só de ouvir o nome de uma canção preferida (STO1). Mesmo a criança/adolescente que quase não se movimenta nem mostra relação com o entorno, “estando em casa, o som tem que estar ligado” (CMT10). Ouvindo música em casa e no caminho para o atendimento de saúde, ela demonstra prazer em percebê-la ao chegar ao ambiente de saúde, e a aprecia espontaneamente (CMT3). Ouvindo música a criança/adolescente mostra interesse por ela, pára de chorar, presta atenção à música. Seguir o som estimula a criança/adolescente a levantar a cabeça, firmar o pescoço e ficar em posição ereta (STO2, STO6, STO7). Ouvir música e comentários

sobre a música ouvida lhe dá prazer e a estimula ao aprendizado de novas canções, ao canto, ao aprimoramento da discriminação auditiva e à fala (CMT6).

A riqueza dos elementos sonoros da música ouvida estimula as estruturas do sistema nervoso da criança/adolescente, que servem de base ao seu desenvolvimento global. A audição musical desperta e mantém sua atenção (STO6, STO8), estimula e sustenta seu contato visual (STO7), tira-a de outra atividade (CMT9, STO1, STO2, STO8), acalma-a quando está chorando (STO3), melhora seu humor em procedimentos dolorosos da doença (SMI5), a faz imaginar-se musicista (CMT11), induz seu movimento físico (STO2, STO4, STO8), leva-a a sorrir, cantar, dançar e desenvolver atitudes de pedir/dar/receber atenção (CMT2, SMI5). Ouvir música estimula a criança/adolescente a marcar o ritmo desta com o corpo e/ou com um instrumento musical (CMT10, STO1, STO5), mantém sua concentração até o fim da peça (STO1), aumenta sua percepção de sonoridades (STO9), leva-a a localizar a fonte sonora quando fora de seu campo visual (STO2, STO3, STO4, STO7, STO8), a faz se incluir na audição musical direcionada a outras crianças (STO6), leva-a a se envolver em práticas divertidas (SMI3, SMI5, STO1), a interagir com o grupo (CMT1, CMT11) e a compartilhar e aceitar diferentes repertórios e se agrupar com diferentes gerações (CMT7), estimula sua compreensão das etapas de princípio-meio-fim da peça musical (STO3), permite-lhe mostrar que percebe a canção como um todo aplaudindo-a ao final (STO3, STO5, STO6), e estimula-a a pedir a continuidade da atividade (CMT9, SMI5).

A apreciação musical desenvolve na criança/adolescente a compreensão da música como uma coisa boa, e ela passa a contar com a música para enriquecer suas outras atividades (STO4). Alterando a percepção que a criança/adolescente tem do tempo, a apreciação musical a faz realizar tarefas em ritmo semelhante ao da música ouvida. Variações na peça musical levam-na a perceber outras formas de ser e a parar ou alterar movimentos estereotipados, adotando nova postura (CMT6, STO1). A lembrança da música se mantém em sua memória de uma semana para a outra, levando-a a tecer relações (STO8). A audição de música organizada permite à criança com grande dificuldade cognitiva diferenciá-la das experimentações sonoras, dando-lhe oportunidade de mostrar sua inteligência (STO6).

Desfrutar da audição de uma música significativa, relacionada ainda que inconscientemente a situações vividas, envolve a criança/adolescente com lembranças, sensações, sentimentos, idéias e juízos de valor que estimulam sua fala e a fala do

cuidador sobre acontecimentos de sua vida (SMI5). A criança/adolescente pára o que está fazendo, presta atenção à música, sorri e leva a mão até o instrumento musical, querendo participar da atividade (STO6), cantando junto por longo tempo (CMT6, CMT9), procurando imitar bem os sons (STO1). Mesmo estando muito fraca, ela sente prazer em apreciar música de seu interesse (CMT8), e a criança/adolescente isolada mostra atitudes de dança e expressões de reconhecimento e alegria (STO3).

Ouvir uma música ser cantada para ela induz a criança/adolescente com grande dificuldade psicomotora a se movimentar e a sorrir (STO2). A audição de canções com seu nome leva-a a esperar a hora de ouvi-lo (STO7). A audição de música produzida pelos colegas induz atitudes de contemplação e proximidade física (STO4). A audição de canções demarcatórias de início e final da sessão, de datas comemorativas e de programas de TV a faz associar cada canção ao respectivo evento, reconhecendo-os pela música e antecipando o prazer que eles lhe proporcionam (STO3, STO9). A referência a uma música de seu repertório a faz lembrar-se dela (CMT9). Ser recebida ao som de uma canção com seu nome, acompanhada por um instrumento musical, e receber o instrumento em sua mão, estimula a criança com visão subnormal a tocá-lo, mostrando que a apreciação da música orienta sua conduta (STO5). A confusão sonora resultante do manuseio simultâneo e pouco organizado de vários instrumentos musicais estimula a criança/adolescente com pouca reação ao entorno a se virar para a origem da fonte sonora e rir, mostrando prazer (STO6, STO8).

A audição de uma novidade rítmica ou timbrística estimula a atenção e a memória da criança/adolescente. Mesmo envolvida em outra atividade, ela chega perto para ouvi-la, aplaudi-la (STO5, STO6), compará-la, reconhecê-la e nomeá-la (STO1, STO3). Ouvir uma canção nova desperta seu interesse e seu envolvimento para aprendê-la, amplia seu repertório musical e seu vocabulário, a faz relacionar a música à sua vida, lhe dá conhecimentos sobre o mundo e incentiva a repetição da audição (CMT7, CMT17, SMI2, SMI5). Ao reconhecer uma canção ouvida pela segunda vez, a criança/adolescente mostra que a armazenou e a buscou em sua memória (STO5).

A apreciação de música com ritmo marcado induz a criança/adolescente ao movimento, organiza seu ritmo interno e aprimora sua expressão corporal, levando-a a alterar sua movimentação, prestar atenção à música, sorrir, balançar a cabeça, dançar, acompanhar seu ritmo com expressão corporal, dramatizar a letra da canção, tocar um instrumento musical e criar atividades organizadas pela música (CMT2, CMT4, CMT5, CMT6, CMT10, STO1, STO2, STO3, STO6, STO7). A música com ritmo

marcado estimula a criança desanimada a se levantar e se movimentar (CMT8). O prazer vivenciado na apreciação musical induz a criança/adolescente com dificuldades motoras a dançar durante um longo tempo, sincronizada com a música ouvida (CMT10) e a ampliar suas experimentações de movimento, o que tende a resultar em melhor postura, melhor uso do corpo e aprimoramento de sua consciência corporal.

A apreciação de música gravada em CD direciona a criança/adolescente a ouvi-lo faixa por faixa, chama sua atenção para detalhes de cada música e aumenta sua capacidade de atenção e percepção (CMT21). Abaixar gradativamente o volume do som estimula a atenção da criança/adolescente desatenta (CMT21). A apreciação de música em DVD dá à criança/adolescente o que Piaget chama de “quadro sonoro”, uma grande movimentação de gesto, som e cor que facilita sua percepção e a induz a posicionar-se em frente à TV, prestar atenção, perceber imagens, aplaudir (STO9), assimilar e repetir movimentos e sons (CMT11), familiarizar-se com diferentes instrumentos musicais, manifestar vontade de tocá-los, adotar comportamentos saudáveis (CMT11, CMT12), e prestar mais atenção às imagens da TV destacadas por sons (STO9). Apreciar diferentes DVDs de música reduz o comportamento estereotipado da criança/adolescente obstinada e lhe fornece novos interesses (CMT11). Apreciar clipes dela mesma e dos colegas fazendo música, leva a criança/adolescente a tomar consciência de sua prática musical, alterar comportamentos (CMT11) e perceber e corrigir erros de postura (CMT20).

A apreciação musical é uma atividade segura, não requerendo da criança/adolescente sequer o manuseio de objetos. Se, em algum momento, a audição de alguma música desencadear a expressão de sentimentos violentos, ela pode ser interrompida. Lidando com um repertório amplo, a apreciação musical permite escolhas que identificam a criança/adolescente e orientam as ofertas musicais de seu cuidador (CMT10, STO3), lhe propiciando satisfazer desejos, manifestar escolhas (CMT2, CMT8, CMT9), expressar idéias e sentimentos (STO1), aprovar/desaprovar repertórios (STO2) e trazer para o ambiente de saúde músicas ouvidas fora dele (CMT16). Músicas consideradas de menino ou de menina introduzem a criança/adolescente em questões de gênero (SMI2). O repertório musical comum a um grupo social favorece a identificação e integração de seus membros (CMT12).

A apreciação musical é pedida e desfrutada pela criança/adolescente com diversas dificuldades: a muito limitada mental e fisicamente manifesta prazer na atividade e participa ativamente mesmo na postura deitada (SMI5); a que se mantém

deitada se vira para procurar a música ouvida (STO6); a que tem visão subnormal a procura com a mão (STO5); a com grande dificuldade de percepção acompanha-a movimentando a cabeça (STO2); a isolada se acalma e pára de chorar (STO5); a que não fala e a dispersa manifestam, através de expressão corporal, perceber diferentes elementos da música (CMT20, STO3, STO6). Uma criança com prejuízos psicomotores graves surpreende o cuidador recusando música infantil e mostrando prazer em apreciar música mais elaborada (STO9).

Por sua facilidade, a apreciação musical propicia a autonomia da criança/adolescente sobre a atividade, dominando suas diversas etapas: ela escolhe canções preferidas e presta atenção especial a elas (STO1, STO3); mostra prazer pela audição musical através de expressão facial ou movimentos como balançar a cabeça no ritmo da canção (STO3); manifesta preferências musicais (CMT3, CMT9, STO3, STO4); interrompe ou repete a música a seu gosto (CMT2); escolhe desfrutar de uma música nova (CMT9); reconhece fontes sonoras e se posiciona diante delas, na expectativa de ouvir música (STO9). Sendo uma das poucas diversões que ela consegue ter sozinha, enquanto seu cuidador se ocupa de outras coisas, ela dedica longo tempo à atividade, sem mostrar cansaço (CMT11).

A autonomia sobre a apreciação musical é possível mesmo à criança muito fraca, que mostra que quer continuar ouvindo determinada música ficando quietinha, de olhos fechados e sorrindo no seu final (CMT8); à criança que não consegue falar e interrompe a escuta da música tampando os ouvidos e saindo de perto da fonte sonora (CMT9); à criança muito pequena, que chora quando a música pára e vai para o colo da mãe, como a lhe pedir que coloque mais música para tocar (STO3), ou, ao sair da sala no colo da mãe, continua olhando para trás para ver os colegas tocando (STO4); à criança isolada, que, chamada para outra atividade, prefere continuar ouvindo música (STO4); à criança com graves limitações mentais e motoras, que identifica e ri feliz a cada nova peça (STO4); à criança/adolescente com pouca capacidade de movimento que, sorrindo, demonstra estar gostando da atividade e consegue sua continuidade (STO6); e à criança/adolescente hospitalizada, que a usa para se distrair dos procedimentos dolorosos e preencher o tempo com experiências prazerosas que fortalecem sua adesão ao tratamento (SMI3, SMI6, SMI8, STO7). Mesmo a criança/adolescente muito limitada em outras atividades consegue mostrar que quer ouvir música e qual música quer ouvir (STO1, STO4), insiste em seu gosto musical

independente e até contraditório ao gosto do cuidador (STO9), e consegue ser atendida em suas músicas, artistas, andamentos e gêneros musicais preferidos (STO9).

A criança/adolescente com perda auditiva se beneficia da apreciação musical através de adaptações do local com chão ou tablado de madeira, proximidade das caixas de som e contato físico com o instrumento produtor de som. Mesmo sem isso, ela manifesta e sustenta seu interesse pela apreciação de música ao vivo (SMI5). A criança/adolescente com dificuldade de locomoção pode ter a música trazida até ela (SMI8). A criança/adolescente sem tonicidade suficiente para atividades que exigem maior esforço, presta atenção à música (CMT8, CMT9) e mostra perceber seus elementos (CMT17, CMT20). Por não exigir conhecimento teórico, a apreciação musical é acessível à criança/adolescente com déficit cognitivo profundo, que percebe a música mesmo quando a fonte sonora não está em seu campo de visão (STO1). A criança com dificuldade de expressão verbal usufrui da apreciação musical e manifesta seu prazer/desprazer diante dela com expressão corporal e choro (CMT1, SMI6).

A apreciação musical é irresistível. Ouvindo a musicoterapeuta tocar em frente à sua maca, a criança/adolescente luta contra o sono para prestar atenção (SMI5). O adulto larga o livro que está lendo para apreciar a música dos colegas (SMI2). Canções de gêneros variados atraem pacientes de diferentes contextos culturais (SMI5). Atravessando espaços, a música busca crianças e adultos de outros ambientes, que chegam à porta da sala para escutá-la (SMI6).

Por propiciar à criança/adolescente o contato com diferentes elementos, a apreciação musical estimula a elaboração de seus sentimentos e idéias. A combinação de elementos rítmicos, melódicos e harmônicos confere características próprias a cada composição musical, resultando na chance de se criarem ou ressaltarem diferentes emoções, sentimentos, idéias e estados de espírito. A criança/adolescente se identifica com formas musicais que configuram sentido para ela. A sua compreensão do tecido sonoro relaciona os elementos musicais (compassos, andamentos, escalas, modulações harmônicas, ostinatos) às suas categorias de sentimentos (angústia, alegria, disposição, oposição, questionamento, medo). Respostas individuais muito diferenciadas reafirmam a particularidade da interpretação do ouvinte.

A apreciação musical favorece o contato assistido da criança/adolescente com seus diversos conteúdos internos, e a dosagem da elaboração de sentimentos ameaçadores ou tristes através de seu controle de interromper e retomar a audição. Um exemplo está no uso que o pequeno André, com menos de três anos de idade, faz da

canção “A noite no castelo”. A letra da canção de Hélio Ziskind diz “a noite no castelo é mal assombrada, lá tem um fantasma que faz uuuuuu, e tem uma bruxa também que faz hi hi hi hi hi, e tem um vampiro também que faz ssssssss”. A gravação do Grupo Rodapião lhe acrescenta arranjo de sons e vozes que cria clima amedrontador. Ao ouvi-la pela primeira vez, André pede que a audição seja interrompida, e diz que sente medo. Nas sessões seguintes, ele sempre pede para ouvi-la de novo, interrompendo-a e retomando-a, dosando seu contato com os conteúdos amedrontadores da canção pelo domínio que tem sobre a audição musical (“tira rápido”, “põe mais”, “tira, André tá com medo”, “põe mais Castelo assombado”, “fecha a janela e apaga a luz”). A apreciação musical é conduzida por ele, até que ele se sente com coragem para ouvir a canção inteira, cantando sua letra, fazendo os sons e gestos assustadores. Confiante em sua coragem, por fim ele até pede que a janela do consultório seja fechada e a luz apagada, para criar mais clima de terror enquanto a ouve e imita vampiros e fantasmas (CMT1, CMT2, CMT3).

Por ser linguagem, a apreciação musical desenvolve na criança/adolescente aspectos de expressão e comunicação. A interpretação que ela faz da música ouvida é um ato criativo de relacionamento e atribuição de valor a signos definidos a partir de diferentes níveis de escuta em que ela responde a experiências pessoais, relações culturais e estruturas arquetípicas e universais (BARCELLOS e SANTOS, 1996). Ouvir música com atenção, selecionar músicas, associar canções a fatos e objetos, se entregar às emoções revolvidas pela escuta de músicas significativas e compartilhar com outros o prazer da escuta musical e a expressão de sentimentos, favorecem o desenvolvimento de uma escuta atenta, concentrada, direcionada a conhecer, decifrar, compreender e classificar os sons ouvidos, tomando consciência deles, discriminando sua origem, contexto, implicações e possíveis significados (CMT3, CMT9) e estimulando a produção de sons e movimentos, como forma de resposta (STO1).

A apreciação musical oferece à criança/adolescente a dupla possibilidade dela fugir da realidade, se voltar para si mesma e aprofundar o contato com seus sentimentos revolvidos pela música, e de aumentar seu contato com a realidade, se enriquecer com manifestações musicais que lhe dão notícias de diferentes tempos e espaços. Com ou sem texto, a música evoca lembranças, estimula a imaginação, reorganiza interpretações, subsidia conhecimento sobre o mundo e permite associações de caráter com objetos e acontecimentos, reforçando o conhecimento destes e promove seu contato orientado e dosado com conteúdos emocionais difíceis (CMT17).

Refletir sobre a música ouvida estimula a criança/adolescente a conhecer seus elementos e seu contexto histórico-cultural. Explorando o universo sonoro do qual faz parte, ela descobre e organiza seu próprio universo. Entrando em contato com um variado repertório musical, ela percebe como pessoas diferentes, em épocas e locais diferentes, têm necessidades e interesses diversos, sentem necessidade de comunicá-los, e fazem isso de modos diversos. Ao se tornar receptiva a diferentes produções musicais, ela pode perceber a diversidade do planeta em que vive, valorizar e respeitar diferenças de manifestações. O potencial da música de levar e trazer seu ouvinte entre o mundo dos sonhos e a realidade, modifica os dois, tornando-os melhores.

Numa sociedade de super-homens que associam remédio, ginástica e cirurgia para atingir a perfeição instantânea, a criança/adolescente com deformações físicas ou dificuldades mentais está em desvantagem, porque a doença impede que seus corpos e mentes atinjam a maravilha alardeada pelo fast-food do ser perfeito. Diante da dívida impagável em relação ao modelo bem aceito pelo mundo, a criança/adolescente descobre logo o potencial da música para afastá-la do sofrimento, porque “ouvir música faz esquecer as coisas ruins da vida, só lembrar as boas” (STO1).

A apreciação musical enriquecida pela história da música, a vida dos grandes músicos e a escrita musical, desperta o interesse da criança/adolescente e do cuidador pelo mundo da música (CMT7, CMT15, SMI2) e estimula comparações (CMT18). Canções ouvidas no rádio e trazidas pela criança/adolescente ao ambiente de saúde atualizam o repertório musical do grupo e ampliam seu mundo musical (CMT16). Aparelhos de som usados no ambiente de saúde despertam seu interesse e a estimulam a aprender a manusear o aparelho de som que tem em casa (CMT9, CMT10).

A diversidade de formas pelas quais a atividade pode ser oferecida torna-a acessível a ambientes de saúde diversos (CMT1, SMI1, STO1), inclusive associada a outras atividades, pois ela permite que, enquanto ouve música, a criança/adolescente cante, dance, dramatize (CMT9, CMT16), escreva, desenhe, cora (STO2), converse, realize tarefas (SMI3), se mantenha atenta à fonte sonora e aplauda a música no fim (STO7). A apreciação de música ao vivo permite deslocamentos espaciais e pode ser feita de forma coletiva com o intérprete num ponto central da sala (SMI1) ou de forma individual com ele cantando ou tocando junto à maca de cada paciente (SMI3). A apreciação de sons gravados pode adaptar o aparelho de MP3 a uma caixa de som (CMT9). A audição de música no ambiente de saúde induz a criança a já entrar

batendo as mãos e dançando no ritmo da música (STO5), e cria uma paisagem sonora tão interessante que atrai crianças de outros setores (STO4).

No período de análise dos dados desta pesquisa, uma mãe contou à pesquisadora que havia participado de uma palestra em seu local de trabalho, em que o palestrante aconselhou os presentes a ouvir música erudita, e que ela queria saber o que é música erudita e onde ela poderia comprá-la para ouvir. A pesquisadora lhe explicou que o musicista nomeia “música erudita” o que o leigo chama de “música clássica”, a música elaborada dentro de padrões definidos por conservatórios, em oposição à música popular, mais simples, feita pelo povo, sem estudo musical. E que a história da música chama de clássica apenas a música feita no período clássico, em torno do século XVIII, nomeando músicas de outros períodos como medieval, renascentista, barroca, romântica, moderna ou contemporânea. E que ela provavelmente nem precisaria comprar, porque teria alguns CDs de música erudita em casa. A mãe confessou-se envergonhada por não saber que os CDs que usava para meditação, de Vivaldi, Bach e Mozart, eram música erudita, e a musicoterapeuta lhe explicou que ela, sendo, como era, pós-graduada em ciências exatas, não teria como saber isso, já que o conhecimento sobre música, sugerido pelos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação do Brasil, não é oferecido pelas escolas do país.

A falta de familiaridade com a música erudita, resultante da negligência do ensino do país com as disciplinas artísticas, leva as pessoas a temerem não compreendê-la e se mostrarem como ignorantes, restringindo-se à fruição de uma música menos elaborada. No entanto, um episódio com um grupo de crianças na faixa dos 3 a 4 anos de idade, fora do período da pesquisa, mostrou grande atenção delas à música elaborada. A musicoterapeuta costumava lhes oferecer audições de música erudita, lendo para elas histórias ilustradas sobre a vida dos grandes compositores, quando estes eram crianças. No dia em que ela repetiu para o grupo a história de Beethoven e lhes disse que iriam ouvir outra peça dele, eles correram para o aparelho de som e disputaram para controlar o botão de volume. Explicando à musicoterapeuta que a música de Beethoven “fica forte e fraca, forte e fraca...”, essas crianças pequenas mostraram ter percebido a contraposição de massas sonoras que o compositor faz em suas peças, explorando com maestria a intensidade do som, parâmetro que atinge seu auge na passagem do século XVIII para o século XIX, com o aprimoramento dos instrumentos musicais e a formação de grandes orquestras. E, embora a execução das

peças de Beethoven seja considerada de grande dificuldade, é notável como quase toda criança/adolescente, ao dedilhar um instrumento musical, tenta espontaneamente tocar a melodia de sua “Ode à alegria”, da Nona Sinfonia (CMT1, CMT7, CMT15).

Embora haja uma idéia geral de que o povo não gosta de música erudita, ele a ouve regularmente como música incidental em filmes, propagandas comerciais, espera telefônica, chamada de celular, ambientes comerciais, consultórios de fisioterapia, escolas de yoga e exercícios de meditação. Ele tem uma idéia de música erudita como uma música calma, sabe os nomes de alguns compositores, frequenta concertos eruditos gratuitos, e tem em casa CDs de música erudita. De modo geral, quando uma criança/adolescente se interessa pela música erudita ouvida no consultório de musicoterapia, a musicoterapeuta lhe diz para procurá-la em casa, entre os CDs de seus pais, e ela sempre encontra algumas peças.

Atualmente, o mercado oferece aos pais uma série de CDs “para o bebê dormir”, com gravações de caráter suave de trechos de peças eruditas (“Mozart for baby”, “Bach for baby”). Embora a qualidade das gravações seja fraca, com um mesmo instrumento eletrônico tocando todas as faixas de forma repetitiva (levantando a insidiosa suspeita de que talvez o bebê durma para não ouvir as outras faixas), elas propiciam o contato da família com a obra erudita, e a leva a reconhecê-la depois, em gravações de melhor qualidade.

A busca por levar a música erudita ao grande público tem criado estratégias estranhas, como as capas com mulheres seminuas em poses sensuais que a Deutsche Gramophone, uma gravadora tradicional de música erudita, tem usado para vender música que, em seu tempo, era tocada em cultos religiosos. O mercado também tem organizado música erudita em CDs “para relaxar”, “para meditar”, “para entrar em contato com a natureza” e até “para curar doenças”, contrariando um dos pressupostos da Musicoterapia de que a experiência musical é individual e cada pessoa tem sua própria música para cada objetivo. Espontaneamente, qualquer pessoa sem estudo musical faz análise musical, montando um repertório próprio de músicas que usa para induzir estados de relaxamento (quando chega em casa muito cansada ou tensa) ou de ativação (quando tem que terminar um trabalho escolar ou dar uma faxina em casa). Uma das mães deste grupo comentou com a pesquisadora que só deixa no carro CDs de música lenta, para o marido não correr quando está dirigindo.

5.3. Canto

Entre as características mais peculiares do canto como objeto terapêutico estão sua relação com a postura e a respiração, e a expressão vocal de sentimentos e idéias. Canções infantis costumam ser suficientemente simples para permitir à criança/adolescente pronunciar corretamente as palavras e cantar a tempo. Canções muito ligeiras, ainda que superem sua capacidade de assimilação, podem lhe parecer divertidas e ser aproveitadas por seus outros elementos, como um ritmo interessante, e sua dificuldade estimula a ajuda do cuidador, resultando em maior proximidade dos dois (CMT18, STO9).

Cantar altera o humor da criança/adolescente (SMI3), mobiliza seu afeto, chama sua atenção quando ela está interessada em outra coisa (STO6). A criança/adolescente se envolve com a atividade, manifesta prazer, tenta cantar bem, pede para repetir a letra em partes, pergunta sobre a pronúncia de palavras (SMI3), quer cantar várias vezes uma canção, certifica-se de que a aprendeu (SMI7), mantém contato visual com a musicoterapeuta, vincula-se afetivamente a ela e adota novos comportamentos (CMT21).

O fato de conhecer uma canção que está sendo pedida torna irresistível à criança/adolescente não cantá-la (CMT12). A natureza emotiva do canto de canções conhecidas faz a criança/adolescente eleger o canto como uma atividade fácil e prazerosa (CMT10, SMI1, SMI2), desperta nela sentimentos de alegria, leva-a a cantar a mesma música muitas vezes (CMT21), favorece sua memorização da canção, estimula-a a mostrar seus aprendizados (CMT9) e a faz cantar outras músicas com o mesmo tema, gerando associações e ampliando seu repertório musical (SMI5). Canções que têm em sua letra o nome de uma pessoa favorecem que seja cantado a cada vez o nome de uma criança, levando a criança/adolescente a se reconhecer e manifestar prazer por ser festejada pelo grupo (SMI2, STO8), introduz pessoas no seu mundo afetivo (CMT15), estimula-a a prestar atenção ao canto (STO5), lhe possibilita pedir para ter a canção cantada com seu nome e assumir papel principal na atividade (STO9), estimula-a a fazer as tarefas de bom humor, predisposta à participação colaborativa com o grupo (STO4).

Cantar para a criança/adolescente isolada estimula esta a prestar atenção ao que os adultos dizem (STO3), observar a movimentação dos lábios de quem está cantando e fazer gesto semelhante, como se estivesse aquecendo a voz para cantar (STO6). O

canto de canções muito populares, veiculadas pela mídia, faz a criança/adolescente isolada lembrar-se delas (CMT15), facilita sua adesão ao canto (SMI2), leva-a a se interessar pelos colegas e a melhorar sua interação com o ambiente (SMI5), e favorece que ela cante de cor (SMI2). Além disso, o canto de canções muito conhecidas acolhe a criança/adolescente que está iniciando o atendimento terapêutico, a que está chegando ao grupo e a que vem ao ambiente de saúde ocasionalmente.

A criança/adolescente com dificuldade em manter a atenção sobre um objeto por muito tempo, pode cantar canções pequenas. Para aumentar seu vínculo afetivo com a atividade, podem-se cantar canções que falem de coisas familiares a ela, e para lhe propiciar conhecimentos sobre o mundo, canções que lhe ensinem novidades. O canto não requer nem a total atenção do paciente, podendo ser feito junto com outras tarefas (SMI3). Por não depender de materiais, ele acompanha a criança/adolescente para onde ela vai. Uma vez que uma canção seja aprendida e seja de seu gosto, ela a canta fora do ambiente de saúde, continuando a atividade após o atendimento, o que resulta na lembrança melhorada de vivências do ambiente de saúde.

Por requerer da criança/adolescente um posicionamento que possibilite a emissão vocal, a atenção à ordenação temporal da música e uma atitude afetiva que qualifique sua interpretação, o canto resulta em aquisições de saúde relacionadas principalmente aos órgãos e estruturas envolvidos na postura física, respiração, emissão vocal, audição e expressão corporal, favorecendo o desenvolvimento das aquisições psicomotoras associadas a eles. Experimentar e controlar a distribuição do peso no equilíbrio do corpo melhora a postura física da criança/adolescente. Controlar a tonicidade muscular exigida pelo canto, aprimorar os mecanismos de produção e sustentação do som vocal pelo diafragma, dosar o ar em seu percurso pela traquéia e emitir som vocal destinado a diferentes distâncias e espaços físicos desenvolve sua consciência corporal e espacial.

Reproduzir um som vocal aprimora a capacidade de percepção sonora e afinação vocal da criança/adolescente. Canções que, além do canto, usam o assobio em trechos da melodia, ampliam suas formas de usar sua produção vocal (CMT9). Cantar a tempo disciplina sua respiração e influi em sua organização temporal. O empenho da criança/adolescente para que sua voz se torne mais expressiva resulta numa voz educada para o canto e também para a fala. Cantar diferentes repertórios lhe mostra suas possibilidades sonoras e interpretativas.

A organização dos elementos musicais confere à música um caráter lingüístico que se torna mais evidente na atividade de canto, por sua proximidade com o processo da fala. O canto propicia à criança/adolescente o estabelecimento de uma linguagem alternativa. Ele induz a criança/adolescente que ainda não desenvolveu a fala a fazer sons vocais, mostrar intenção de cantar (CMT2), explorar suas possibilidades vocais (CMT3, STO2), cantar os fonemas que já pronuncia para expressar idéias (CMT16), apropriar-se do canto com objetivos de linguagem (CMT16), estabelecer com sons vocais um diálogo sonoro (STO1, STO2) e falar pequenas sílabas para pedir outra música (STO2). Aprender a cantar uma canção nova é prazeroso (SMI3) a ponto de estimular a criança com grandes perdas na área da fala a cantá-la (CMT1), e a criança que não fala a reclamar quando a musicoterapeuta pára de cantar, fazendo sons vocais e parando para prestar atenção quando a musicoterapeuta retoma o canto (SMI5).

A prática terapêutica do canto leva a criança/adolescente com baixa auto-estima, timidez severa e distúrbios de comportamento a usar o canto como linguagem em jogos de cantar alterando o andamento ou a entonação da canção, imprimindo sua marca na música e dialogando de forma bem-humorada com a musicoterapeuta (CMT2). Diversas formas de canto resultam em aquisições afetivas: cantar solo lhe propicia lidar com a experiência de estar em evidência, e cantar em grupo lhe faculto o contato visual importante à interação com o outro (CMT2).

O canto de repertório conhecido envolve a criança/adolescente com a atividade e a estimula a melhorar a articulação e a pronúncia das palavras, aprimorando sua fala. O desconhecimento que o musicoterapeuta tem de canções pedidas por ela estimula-a a se esforçar para cantar as canções, e possibilita ao musicoterapeuta lhe ensinar canções semelhantes às de seu interesse (CMT8). Perguntar à criança/adolescente o que quer cantar leva-a a expressar escolhas e a lembrar aprendizados anteriores, e estimula seu canto (CMT8). Ela se expressa por canções cujas letras ou caráter se refiram ao que ela quer comunicar, e às vezes não consegue fazê-lo de outra forma (CMT10). As músicas escolhidas por ela mostram seu interesse em trazer um assunto à conversa amparada pela descontração do canto (CMT19, SMI1, SMI5). Seu repertório de canto a identifica (SMI2, STO4), a posiciona frente ao grupo e lhe permite expressar idéias e insistir nelas (CMT16, SMI2, SMI5, SMI9).

O canto propicia o aprendizado e memorização de novas canções (STO3) e o aumento de repertório, que vão resultar em maior vocabulário na fala da criança/adolescente (CMT2). Canções com sons onomatopaicos, próprios do

repertório da criança no início da vocalização, favorecem que ela cante trechos da canção e se sinta participando da atividade (CMT8). Cantar as canções prediletas da criança/adolescente, criando expectativa para que ela complete frases, lhe propicia se perceber pronunciando palavras e leva-a a investir em sua linguagem, desenvolvendo atitude de prontidão e prazer pelo sucesso de cantar nas horas certas (CMT1, CMT3, CMT9, CMT16, CMT20). Posicionar o microfone diante da boca da criança/adolescente anima-a a cantar (CMT9). Variar o andamento e a intensidade do canto familiariza-a com as noções de som longo/curto e fraco/forte e resulta em melhor controle do tempo e da intensidade de sua fala (CMT10, CMT19). Acompanhar seu canto com um instrumento musical ajuda-a a adequar-se ao tempo da canção (CMT9).

Portando melodia e letra, o canto instiga o interesse da criança/adolescente pelas duas coisas: a melodia a induz a tentar cantá-la afinadamente e no tempo, e a letra desperta sua vontade de conhecer seu conteúdo, repetindo-a em partes, buscando apreender seu sentido, relacionando-a a seus conhecimentos anteriores, e se esforçando para pronunciar corretamente as palavras desconhecidas, inclusive estrangeiras (SMI3). O aprendizado de canções estimula a criança/adolescente a associá-la às pessoas ou situações e a cantá-la para se referir a elas (CMT10). Canções com texto a estimulam a se manifestar sobre seu tema, comentar casos vividos (SMI2), contar histórias, ampliar o texto (SMI2), manifestar fantasias (CMT9) e expressar o que não consegue falar com palavras (CMT10). O contato visual com a letra da canção escrita estimula atitudes de leitura e escrita (CMT5). Cantar junto organiza o grupo e o mantém no mesmo andamento, e o canto do outro estimula a criança/adolescente a acompanhá-lo tocando um instrumento musical, mostrando atenção ao tempo da música (CMT9).

Canções específicas para bebês, para crianças pequenas, para crianças maiores e para adolescentes formam um repertório amplo que respeita e amplia o interesse da criança/adolescente e pode contemplar seus objetivos terapêuticos (SMI3). Nos três ambientes da pesquisa, o repertório cantado mostrou que, além das canções folclóricas, a criança/adolescente se interessa pela música popular à qual tem acesso e por música erudita, que, apresentada a ela de forma lúdica, a coloca em contato com um patrimônio da humanidade geralmente restrito à elite (CMT20). Esses três gêneros musicais prevaleceram sobre algumas sugestões para se cantar música religiosa. Embora a música religiosa predomine entre os cuidadores em situações em que a

criança/adolescente corre risco de morte (COSTA; NAJAS; ALBINATI, 2000), nos ambientes da pesquisa a escolha de música profana parece refletir a conformação da criança/adolescente e do cuidador a uma situação que tende a se manter com pequenas alterações (SMI1).

Por carregar textos que falam sobre sentimentos e idéias acerca do mundo, as canções possibilitam à criança/adolescente o contato com seus próprios sentimentos e idéias, ajudando-a a desenvolver-se afetivamente, conhecer-se, perceber o mundo e situar-se em relação ao outro e ao ambiente. Canções cantadas na sessão de Musicoterapia despertam a memória da criança/adolescente sobre os CDs que tem em casa, favorece que ela fale de si para o grupo, manifeste suas idéias, conte casos, expresse lembranças, traga outras épocas à sessão de musicoterapia (CMT15).

A expressão de sentimentos é favorecida pelo canto de canções de roda com mensagens de amor, troca de carinhos e escolha de uma criança/adolescente para uma função especial, como “Maninha” e “Viuvinha da banda d’além”. Canções anedóticas, herdeiras das canções de escárnio medievais, contam casos engraçados, comentam de forma jocosa acontecimentos vividos pela criança/adolescente, e ajudam-na a lidar com situações difíceis ou negativas, estimulando seu riso e diversão (SMI7). Canções de ninar, de andamento lento e compasso binário, como “Dorme neném”, induzem a criança/adolescente à calma, e estimulam nelas o movimento de ninar (STO4, STO7). Canções com temas assustadores, como “Boi da cara preta”, lhe permitem expressar sentimentos negativos e temores.

Conteúdos de esquema corporal são contemplados por letras de canções que enfocam o conhecimento, representação e domínio do corpo, como “Com meus pezinhos”. Canções de ritmo marcado, com a letra mencionando dança, induzem o movimento físico (STO9), a obediência a coreografias e o estabelecimento de pares e grupos (STO2). Canções de trabalho usam a marcação rítmica para orientar atividades, como na canção “Eu vou” (CMT16). A locomoção é estimulada por canções de compasso binário, que direcionam a alternância de pernas e o apoio numa delas, como “Marcha soldado”, e ajudam a criança/adolescente com dificuldades motoras a se manter mais tempo dedicada às atividades de marcha (STO8). Canções e parlendas ritmadas lhe propiciam a introjeção do ritmo regular, importante à aquisição da regularidade na marcha, na fala e na escrita (CMT9). Canções de comandos, como “Carneirinho, carneirão” estimulam a ação e a expressão corporal da criança/adolescente (SMI6).

A inserção da criança/adolescente no calendário social de sua comunidade é reforçada com as canções comemorativas de datas festivas, que estimulam a aquisição de conhecimentos sobre costumes sociais e a orientação temporal da criança em relação às datas do ano (CMT8). Essas canções estimulam casos de festas da época e o canto de outras canções do período, e, como as músicas são muito conhecidas, têm a adesão de todo o grupo (SMI6). A criança/adolescente com dificuldades cognitivas consegue avanços em sua orientação espaço-temporal através de atividades de reconhecer e reproduzir os diversos momentos da interpretação musical, tais como silêncio na introdução, entrar cantando corretamente cada parte na hora certa e ralentar a finalização da peça (CMT16). Além disso, conteúdos de orientação espaço-temporal aparecem em canções com texto relacionado às estações e meses do ano, horas do dia, dias da semana, manhã/tarde/noite, rápido/lento, espaço físico, para a frente-para trás, grande-pequeno, em cima-embaixo e esquerda-direita (CMT16).

Canções de formação de hábitos, como “Eu vou”, versando sobre tópicos como alimentação, cumprimentos ou vestimenta, ajudam a criança/adolescente a introjetar comportamentos necessários à sua independência no dia-a-dia. A lenga-lenga e a canção acumulativa, já descritas entre os jogos e brincadeiras musicais, favorecem a atenção, a memorização e o sequenciamento lógico, indispensáveis a outros aprendizados da criança/adolescente (CMT9). Canções com conteúdos pedagógicos aumentam seu conhecimento sobre diferentes assuntos. Canções descritivas ou jornalísticas, que retratam pessoas ou situações, como “Atirei o pau no gato”, estimulam os processos de observação, narrativa e descrição, além de reforçar o aprendizado de conteúdos específicos. Canções de sagas, que contam aventuras, favorecem a dramatização, como em “A linda rosa juvenil”.

Cantar uma canção de forma diferente da habitual dá à criança/adolescente a noção de flexibilidade, de que as coisas não precisam ser sempre do mesmo jeito, e lhes mostra possibilidades de fala (CMT10). Canções que focalizam determinados fonemas estimulam aspectos específicos de fala. O canto associado ao uso de gestos que representam letras em métodos de alfabetização reforça seu processo de leitura e escrita (CMT9, CMT10). Levar a criança/adolescente a cantar colocando a letra da canção à sua frente, corrigindo erros e acompanhando seu canto com um instrumento musical, favorece que ela estenda o tempo de dedicação à atividade, importante para a criança/adolescente com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (CMT15).

A atividade de ilustrar a letra da canção induz a criança/adolescente ao movimento. A entrega da folha de músicas e dos lápis de cor, ao se tornar um hábito no atendimento terapêutico, cria a expectativa pela música nova a ser ganha em cada sessão, e estimula a criança/adolescente que está deitada a se sentar imediatamente, mostrar prontidão para colorir (SMI6), iniciar logo a tarefa (SMI1), e permanecer muito tempo colorindo a folha inteira, distraída, cantarolando a canção (SMI7) e observando as figuras e o fundo, destacando através de diferentes cores a ilustração, as cifras para violão e a pauta da partitura (SMI4). Com isso, a criança/adolescente melhora sua postura física e emocional, interage com a musicoterapeuta, aumenta sua participação no entorno, e se familiariza com aspectos da linguagem escrita e do desenho. Mesmo quando ela se cansa e volta à postura deitada, mantém a atenção às músicas cantadas (SMI6). Colorir a letra da canção cantada leva a criança/adolescente que não discrimina texto e ilustração a colorir a folha toda com grande dedicação (SMI6), e a criança zangada a colorir com orgulho, mostrando uma alegria que não tinha antes (SMI9).

A atividade de colorir as letras das canções pode ser facilitada pela colocação de um engrossador em torno do lápis ou o uso do giz de cera de dimensões mais grossas (STO2), oferecendo sucesso à criança/adolescente com dificuldade de concentração (STO2), e à criança/adolescente com dificuldade de preensão, que se esforça para colorir a folha inteira e a mostra orgulhosa (SMI4). A criança/adolescente com apenas uma das mãos disponível sente-se motivada pelo prazer do canto e pela beleza da ilustração a experimentar e descobrir formas de apoiar o papel com a mão presa e colorir com a outra mão, mesmo que esta não seja sua mão dominante. Isto resulta para ela numa nova forma de usar as duas mãos, na estimulação da mão não-dominante (SMI5, STO3), na coragem para tentar novas formas de escrever/colorir/ser (SMI8, SMI9), no aumento da concentração para a atividade de colorir (SMI5), em atitudes de solidariedade colorindo as folhas dos colegas (SMI5), na apreciação orgulhosa de seu próprio trabalho (SMI4), na gratificação por ter seu colorido valorizado pelo grupo (SMI6, SMI9) e no desenvolvimento do sentimento de ser capaz e útil, decorrente dos pedidos dos cuidadores para que ela cora a folha dos filhos deles (SMI9). Tendo sucesso em colorir a folha de canções, a criança/adolescente procura desenho para colorir em outras músicas (SMI2, SMI7).

A criança/adolescente manifesta grande interesse em ter a letra das canções que canta (SMI5) e, ao recebê-la, tenta imediatamente cantá-la, canta a canção conhecida e

tenta aprender a desconhecida (SMI2). Ela canta todas as canções da folha (SMI1) e, se não vai vir nas próximas sessões, pede as folhas das canções que serão cantadas nelas (SMI2). Mesmo que a criança/adolescente não saiba ler, a canção escrita estimula seu interesse pela leitura e favorece que seus familiares a cantem com ela em casa.

As letras ilustradas facultam à criança/adolescente o reconhecimento de signos gráficos, a autonomia na localização das canções, o crescimento do interesse da criança/adolescente pela leitura e pela pronúncia das palavras (SMI4), a relação dos conteúdos da canção com os conteúdos de sua vida (STO2), e o canto de cada música durante seu colorido (SMI7). A folha com apenas uma música facilita a concentração da criança/adolescente na canção que está sendo cantada. A escrita usando o padrão de letra com que cada faixa etária está familiarizada reforça o processo de alfabetização de diferentes crianças/adolescentes. O título centrado e destacado, e os versos dispostos em estrofes, estimulam aspectos de prosódia musical, visualização, diagramação e organização espacial. Referências sobre autor, intérprete, gênero e época contextualizam a canção. Letras muito grandes ajudam a criança/adolescente com visão subnormal.

A atividade de montar sua Pasta de Música propicia à criança/adolescente oportunidades de escolha, organização, prazer, orgulho e atitudes preparatórias para a escrita e a leitura (CMT8, CMT9, SMI3). A Pasta de Música permite à criança/adolescente visualizar as canções, torna palpável seu repertório pessoal, facilita o acesso autônomo da criança/adolescente às músicas, sugere canções quando ela quer cantar e não tem idéia de uma música específica (SMI1), concretiza a atividade de canto e estimula a continuidade da atividade em casa (SMI9), lhe permitindo mostrá-la às pessoas de seus outros ambientes de vivência e levar a eles um aspecto positivo do seu tratamento de saúde (CMT16, SMI2). A complementação das letras de canções por cifras e partitura desperta o interesse da criança/adolescente pela escrita musical e por outras formas gráficas (SMI3) e possibilita que algum familiar toque as músicas, acompanhando seu canto. Livros de canções e métodos de música permitem à criança/adolescente ver um repertório musical organizado e estimula que ela cante as canções à medida que as vê (CMT21).

Ao cantar, a criança/adolescente adequa suas emissões vocais aos parâmetros de altura (variação da frequência vibratória do som), duração (variação do tempo de duração da emissão sonora) e intensidade (variação da força da emissão sonora) e se

esforça para atingir o controle de um canto bonito, agradável e bem aceito por seu grupo. A atividade de cantar em grupo leva a criança/adolescente a investir em sua inserção social. Sua identidade timbrística e interpretativa própria, e a construção de um repertório favorito a faz ser aceita e reconhecida por seu grupo social (SMI1), destacando-se e contribuindo com ele (CMT9, SMI1).

O canto leva a criança/adolescente a falar dos CDs e DVDs que tem, a mostrar seus conhecimentos atualizando o grupo sobre músicas recentes, a expressar preferências musicais, a contar costumes de sua família e a aceitar sugestões musicais dos colegas (SMI9). A diversidade do repertório de canto propicia ao grupo terapêutico conhecer vários gêneros musicais diferentes, acolher escolhas individuais e constituir um repertório de canções significativas, cujo canto regular fortalece a identidade grupal dos pacientes (SMI9). Relacionado a eventos sociais, o canto socializa a criança/adolescente. Comemorando os aniversários de colegas com o canto do “Parabéns pra você”, ela se sente encorajada a comentar seu aniversário com o grupo (SMI5, STO7). O canto de canções relativas a eventos e o colorido de cartões com letras de canções criam um clima de festa no ambiente de saúde (STO2).

O canto estabelece uma nova paisagem sonora no ambiente de saúde, e favorece a adesão da criança/adolescente, que já chega ao local cantando (STO4), pede para vir nos dias de música mesmo que não tenha que ser medicada, só para cantar (SMI5), e permanece cantando no local de atendimento, quando já está dispensada dos procedimentos de saúde (SMI3). As atividades de canto se inserem nas conformações espaciais de cada ambiente (STO4) e, mesclando canções conhecidas e desconhecidas, garantem o sucesso dos pacientes e seu interesse por novos conhecimentos (SMI5).

As canções de chegada e de despedida, fáceis de serem cantadas por não-musicistas (STO4), são adotadas pelo técnico para saudar a criança/adolescente que chega, sem esperar pela musicoterapeuta (STO9). Elas são pedidas pelo cuidador na apresentação de sua criança/adolescente (STO4, STO9), emoldurando seu horário de atendimento, marcando com alegria sua chegada e saída da sessão (STO4, STO5). A criança/adolescente se sente acolhida pelo canto de chegada (STO1, STO5) e prepara-se para ir embora ao ouvir a canção de despedida (STO5), mostrando ter assimilado a função da canção, e respondendo com os comportamentos esperados para cada situação (CMT9, SMI6, STO8). A canção “Parabéns pra você” coloca a criança/adolescente aniversariante no centro das atenções e estimula seu movimento de bater palmas (STO3, STO7).

As canções comemorativas enriquecem as datas festivas, inserem-nas no ambiente de saúde, ampliam-se em cartões com sua letra escrita e com apresentações musicais a partir de ensaios ligeiros (STO2). Seu canto é particularmente interessante quando a criança/adolescente passa o período festivo hospitalizada, porque lhe leva a alegria das comemorações. Elas estimulam o cuidador a fazer festa no ambiente de saúde, buscando adaptações e autorização das chefias, dividindo tarefas e destinando às musicoterapeutas a função de prover a festa de música (SMI6).

O canto da musicoterapeuta conduz o canto coletivo, induzindo o interesse da criança/adolescente com dificuldade de atenção (STO1), e é dispensável quando a letra escrita da canção leva pacientes e cuidadores a começar a cantar sem sua participação (SMI2). O canto não exige muito equipamento para ser feito no ambiente de saúde. No consultório de musicoterapia, o microfone estimula a criança a relacioná-lo à atividade de canto (CMT6), mas ele não é adequado ao ambiente hospitalar, que requer silêncio. Instrumentos musicais, embora não sejam imprescindíveis, dão suporte rítmico e harmônico ao canto, sendo necessário adequá-los ao ambiente de saúde, pois os que produzem sons muito fortes podem tumultuar o atendimento.

O canto integra o cuidador ao ambiente de saúde (CMT3) e lhe oferece oportunidades de se destacar para o grupo (SMI2). O cuidador manifesta interesse em cantar, demonstra prazer em cantar acompanhado pelo musicoterapeuta (CMT15), alegra-se em reconhecer canções, interessa-se pelo repertório cantado (SMI1), escolhe repertório (SMI2), sugere cantar músicas preferidas de sua criança (CMT9), canta músicas infantis muito conhecidas (SMI5), começa a cantar antes da musicoterapeuta (SMI1, SMI2), fala sobre o tema da canção e tece relações entre as canções e a vida (SMI2). Ele usa a letra das canções para construir associações com as experiências que está vivendo (CMT15), conta fatos da história familiar da criança/adolescente relacionados às canções (CMT9, CMT13), investe longo tempo na atividade de colorir as ilustrações das músicas para si mesmo (CMT11, SMI6) e para ajudar seu filho (SMI4), faz a expressão corporal da canção, expressa seu afeto oferecendo música aos companheiros (SMI2), aprende e comenta canções novas (SMI2), vivencia atitudes de solidariedade (SMI2, SMI5), participa da atividade de canto mesmo quando sua criança/adolescente não participa, pede a letra da música (CMT15), comenta as ilustrações das folhas (SMI4), pergunta se pode levar a folha para cantar em casa (SMI2), leva-a para ensaiar na casa de outros familiares e comenta que toda a família

cantou as músicas (SMI5), e canta junto com o grupo, distraído, fazendo carinho em sua criança (SMI9).

O cuidador manifesta reconhecer o valor do canto para acalmar sua criança/adolescente (STO7) explicando que “só assim ela fica quieta” (STO9). Ele usa o canto habitualmente para distraí-la de situações cansativas e desconfortáveis, reconhece as especificidades das canções e altera seus elementos de acordo com sua conveniência (CMT11, SMI9), e entende o interesse da criança no canto como propício para investir na sua fala (CMT6). A partir do repertório musical construído no atendimento terapêutico, a criança/adolescente e seu cuidador têm uma nova visão da história de sua família. As músicas cantadas em casa são trazidas ao ambiente de saúde, enriquecendo contextualizações de vida (CMT10, SMI2), e as músicas aprendidas no atendimento são levadas para casa (STO7), criando um trânsito musical que enriquece seus dois ambientes, acolhe outros familiares (SMI9) e beneficia todo o grupo familiar (CMT3).

A acessibilidade do canto faz com que técnicos não-musicistas cantem regularmente nos atendimentos (STO9), planejem e usem o canto para dar comando à criança/adolescente e o direcionem a aquisições do plano terapêutico destas (STO4), mostrando que, mesmo vindo de não-musicistas, o canto é prazeroso e promove mudanças de comportamento (STO6). Num dos momentos da pesquisa, a médica que habitualmente passava de maca em maca, sentando-se diante de cada paciente para conversar com seu cuidador, ao chegar à Sala de Medicação Infantil quando o grupo estava cantando uma música popular muito conhecida, sentou-se diante do paciente e, em vez de conversar com ele, permaneceu absorta, batendo o pé no ritmo da música, distraída, cantando baixinho a música junto com o grupo, substituindo a consulta pelo canto coletivo (SMI7).

Embora direcionado à criança/adolescente, o canto chama a adesão de pessoas próximas à sala de atendimento, que chegam à porta e pedem uma folha com a música, perguntam se podem participar da atividade, cantam (SMI2), manifestam prazer no canto coletivo, propõem o canto de canções de seu repertório, pedem o acompanhamento do grupo para cantar, percebem e incentivam o canto do outro (SMI2), manifestam sentimentos despertados pelo canto, oferecem a música cantada ao outro (SMI1), substituem a fala pelo canto (SMI7), saem para seus procedimentos de saúde e voltam para cantar mais (SMI4). Quem não quer cantar as canções infantis, aproveita o canto do grupo tamborilando seu ritmo com os dedos (SMI2).

Ao oferecer o canto como prática terapêutica à criança/adolescente, o musicoterapeuta e outros profissionais de saúde devem conhecer a anatomia e fisiologia dos órgãos e estruturas envolvidos nele, para perceber, prevenir e corrigir comprometimentos de saúde eventualmente ocasionados à criança/adolescente pela atividade. Ele deve estimulá-la a conhecer a própria capacidade vocal, lhe ensinar a evitar substâncias e situações hostis à sua saúde vocal e orientar seu cuidador a consultar um otorrinolaringologista ao perceber alterações na voz ou na fala desta. A criança/adolescente deve ser ensinada a preceder seu canto por exercícios de aquecimento vocal e articulação, que ela se interessa em aprender quando tratados de forma lúdica e associados à expressão corporal (CMT9, SMI1). Esses exercícios trazem benefícios especialmente para a criança/adolescente com hipotonia orofacial (CMT10), atuando no fortalecimento de sua musculatura orofacial, na redução da baba e no controle da língua, para que não fique para fora da boca.

5.4. Instrumentos Musicais

A investigação sobre os aspectos mais marcantes do instrumento musical como objeto terapêutico aponta o fato de que, por ser um objeto concreto, cuja manipulação resulta em música, ele induz a criança/adolescente à ação e a instiga a desenvolver processos de elaboração. Por seu manuseio resultar em prazer, o instrumento leva a criança/adolescente a investir tempo e energia em fazer música. Por se apresentar sob diferentes formas, ele é acessível à criança/adolescente com dificuldades psicomotoras diversas. Por ele mesmo estimular seu aprendizado como forma de produzir sons mais interessantes, leva a criança/adolescente ao desenvolvimento de habilidades. Por propiciar trabalho grupal prazeroso e veicular mensagens, o instrumento musical estimula a sociabilização da criança/adolescente e propicia sua expressão e comunicação. Por oferecer benefícios de saúde e ser adaptável a diferentes espaços, ele enriquece o ambiente de saúde.

Por ser manipulável e transformar os impulsos psicomotores da criança/adolescente em sons, o instrumento musical a induz a manuseá-lo, explorando suas possibilidades sonoras. Ao pegar um instrumento musical para brincar, a criança/adolescente que se guia pela visão pega-o porque ele lhe chama a atenção pelo tamanho, forma ou colorido, mas, ao descobrir que ele produz som, passa a procurá-lo

primeiro por esse atributo (STO6). A criança que não enxerga e se guia pelo tato, agarrando objetos em que esbarra, a partir de esbarrar no instrumento musical e ouvir o som produzido por sua ação, se sente estimulada a mudar a postura e ir procurá-lo para tentar reproduzir a experiência sonora (SMI3, SMI4). A criança que não escuta e escolhe objetos por seu atrativo visual, ao descobrir acidentalmente a vibração resultante da produção sonora no corpo do instrumento musical, se interessa por ele por lhe oferecer um prazer tátil (CMT16, STO7).

Colocado no colo da criança/adolescente com deficit cognitivo profundo, o instrumento musical estimula esta a mover a mão, mostrando o intuito de tocá-lo (STO8). Ao perceber que o instrumento musical produz som, a criança/adolescente com dificuldades motoras altera sua postura e se esforça para pegá-lo e tocá-lo (SMI1, STO1), explorando o espaço amplo, nas suas laterais, além da linha média, fazendo movimentos de cintura escapular (STO7). O instrumento musical induz à ação a criança/adolescente isolada (STO5), a desmotivada (CMT8), a zangada (SMI2) e a que ainda não desenvolveu a marcha e apóia-se em objetos para andar em sua direção e tentar pegá-lo (STO7, STO8). Sendo deslocado para diferentes lugares, ele leva a criança/adolescente a fazer força para se levantar (STO6), mudar a postura (STO7), se arrastar (STO9), se apoiar em objetos (STO6) e andar (STO7) até alcançá-lo e tocá-lo.

Sendo um objeto concreto, o instrumento musical exige a criação de soluções para adequação da criança/adolescente às suas formas de fazer som (CMT4), possibilitando que ela faça comparações e substituições (CMT6, CMT18). A criança/adolescente brinca com eles, observa suas formas, estabelece critérios para selecionar alguns para tocar, nomeia-os espontaneamente, aceita seus nomes corretos, descobre como eles produzem som e explora suas possibilidades sonoras (CMT16, STO1, STO3, STO4, STO7).

Sabendo do potencial sonoro do instrumento musical, a criança/adolescente chega à sala de atendimento e vai imediatamente até ele, arrasta-se quando não consegue andar (o que estimula seu desenvolvimento motor e espacial), explora suas possibilidades sonoras, cria formas alternativas de tocá-lo (o que denota construção de conhecimentos), toca usando as duas mãos (mesmo quando uma mão é paralisada ou está presa à máquina de medicamentos) e disputa-o com outras crianças e com o técnico, desenvolvendo atitudes de interação (CMT1).

Familiarizando-se com os instrumentos musicais, ao chegar à sessão de musicoterapia a criança/adolescente reconhece a musicoterapeuta, se aproxima dela,

tira as sandálias sozinha, sobe no colchão, se senta ao lado dela e fica esperando para aprender a tocar (STO4). Estando em outra atividade, ao ouvir o instrumento musical soar, ela muda de atitude, interrompe o que está fazendo, tenta pegar o instrumento, pede-o ou toma-o de quem o está tocando, pega outro instrumento, toca e mostra prazer em fazer som (CMT5, CMT15, SMI1, SMI2, SMI5, STO1, STO2, STO3, STO4, STO5, STO6, STO7).

Por exigir seu manuseio para resultar em gratificação, o instrumento musical induz a criança/adolescente à movimentação corporal, que resulta em melhorias em sua circulação sanguínea e em seu tônus muscular, e a leva a observar seu próprio corpo em relação à produção sonora. Ela avalia o que é preciso para tocar por muito tempo, pede para ser melhor posicionada (STO7), e mantém contato visual com a musicoterapeuta enquanto corrige sua postura (STO7). A concentração da criança/adolescente para tocar diminui seus movimentos estereotipados (CMT17) e a leva a usar a mão paralisada (STO7).

Por ser um objeto que produz som relacionando-se ao executante e ao ambiente, o instrumento musical estimula a relação da criança/adolescente com a realidade, despertando o interesse dela pelo nome dele e pela forma como ele produz som. A vontade de ter o instrumento musical para si leva a criança/adolescente a querer saber seu preço e onde comprá-lo (CMT16). Alguns instrumentos musicais estão envolvidos em casos que propiciam a revivência e enriquecimento das histórias da família da criança/adolescente (CMT18). O manuseio do instrumento musical pela criança/adolescente permite ao musicoterapeuta avaliar e estimular suas habilidades afetivas, motoras e cognitivas, de forma lúdica, sem focalizar dificuldades (CMT19).

Por possibilitar à criança/adolescente passar do campo concreto da manipulação do objeto ao campo abstrato do fazer música, o instrumento musical a estimula a manter por longo tempo a atenção voltada ao seu manuseio, buscando elaborar os sons. Mesmo tendo chegado a ele por outros sentidos, ao descobrir sua capacidade de produzir sons que podem ser organizados em formas interessantes, ela se dedica grande tempo a manuseá-lo, organizando os sons para que eles configurem uma experiência musical agradável. Ela recusa outros convites para poder continuar tocando (STO4) e descobre formas de atender a outras solicitações enquanto toca um ou dois deles (STO2, STO3). Por produzir som, o instrumento musical sustenta a atenção da criança/adolescente mais tempo do que um objeto que não produz som, do qual ela se esquece quando ele sai de seu campo de visão (CMT14).

Reconhecendo o instrumento musical como capaz de produzir sons, a criança/adolescente percute vários deles de maneiras diversas, inclusive batendo uns nos outros, pesquisando formas de produzir som e de agrupá-los (CMT16, STO2). A atividade ganha sentido para ela, ao possibilitar a execução de trechos musicais interessantes, de uma música inteira, de outra música, do tocar em conjunto.

Os sons produzidos pelo instrumento musical estimulam na criança/adolescente a observação e reconhecimento deles. Suas qualidades sonoras seduzem-na. Conhecer e elaborar sua riqueza de sons fazem-na treinar posturas importantes ao seu desenvolvimento motor (STO7), e experimentar diferentes esforços físicos para dosar a forma e a força com que deve bater em diferentes instrumentos para produzir sons agradáveis (STO4, STO7). Relacionar sua movimentação física a diferentes resultados sonoros estimula uma série de conhecimentos acerca da atuação de seu próprio corpo no tempo e no espaço (CMT8, STO1).

A manipulação do instrumento musical, embora se assemelhe a alguns exercícios físicos propostos pelos atendimentos de fisioterapia ou fonoaudiologia da criança/adolescente, adquire para ela um significado ao resultar em música. O prazer de criar sons interessantes a leva a repetir muitas vezes o mesmo exercício, tornando o instrumento musical um recurso importante à sua reabilitação física, capaz de motivá-la a fazer movimentos que, sem música, não resultariam em fruição estética. Além disso, o instrumento musical permite que a criança/adolescente toque quando pode e o quanto pode, descansando quando precisa e voltando a tocar quando sente que já pode tocar de novo, dosando, ela mesma, sua capacidade de movimentar-se (CMT17).

Produzindo sons prazerosos, o instrumento musical gratifica imediatamente a criança/adolescente por seus investimentos psicomotores. Ao bater involuntariamente em um instrumento musical e ouvir o som resultante do impacto, a criança/adolescente se interessa em repetir o prazer da produção sonora (STO7). A criança/adolescente com visão subnormal volta o rosto em sua direção, tenta achá-lo (STO7), procura-o intencionalmente com o pé (STO6), tateia com a mão em sua direção (STO9), sente sua forma e textura passando as mãos sobre ele (STO6, CMT17) e percebe a vibração causada nele pela produção dos sons (STO7). A criança/adolescente sente tanto prazer em manusear o instrumento musical (CMT16) que chega a se deitar sobre ele para ouvir suas vibrações em diferentes partes de seu próprio corpo (STO7).

Ao perceber como divertida a produção de sons, a criança/adolescente quer tocar mais, e mostra melhor humor (STO7). Ao ser aplaudida, ela sorri satisfeita

(STO6). O prazer de tocar um instrumento musical leva a criança/adolescente com fragilidade motora a surpreender o cuidador que, após ter muita atenção à escolha de um instrumento leve, vê que ela prefere um instrumento maior e mais pesado e consegue sustentá-lo (SMI1). A criança/adolescente que não consegue tocar um instrumento musical sozinha, ao ter sua mão guiada para tocá-lo, sente a emoção de se ver tocando (STO3, STO8), desenvolve a idéia de vir a tocar (STO3), se esforça para fazer os movimentos necessários (STO3) e, após várias tentativas, segue tocando sozinha (STO2). Tocar um instrumento musical, mesmo com ajuda, e ter o fato comemorado por seu grupo, leva a criança/adolescente a se dedicar mais a tocá-lo (STO2) e favorece à criança/adolescente com dificuldades cognitivas a percepção de que ela fez uma ação (STO8).

O instrumento musical pode ser tão querido pela criança/adolescente que, após um período sem vê-lo, ela manifesta sua alegria por reencontrá-lo se deitando sobre ele, abraçando-o e o tocando com várias partes de seu corpo (CMT16). Após fazer vínculo com um instrumento musical, a criança/adolescente o toca sempre (CMT17) e, quando está desanimada de tocá-lo, se distrai tocando outro instrumento musical. O prazer de tocar um instrumento musical faz a criança/adolescente estender o tempo da atividade musical, tocando-o enquanto almoça ou após ser dispensada dos procedimentos de enfermagem (SMI2), correndo para tocar mais um pouco quando anunciam o fim da sessão (CMT17) e tentando levá-lo consigo para tocar em casa (STO2). Quando a canção acaba, ela continua dedilhando seu instrumento, distraíndo-se (SMI2), e diz entusiasmada que vai vir todos os dias ao ambiente de saúde para poder tocar (SMI2). Ao ser chamada para outra atividade, reafirma sua vontade de continuar tocando (STO2).

Tocar um instrumento musical oferece à criança/adolescente a experiência de ter autonomia sobre a atividade, tocando sozinha, envolvida consigo mesmo, canalizando suas energias para fazer sons mais interessantes (CMT1). Ele também lhe propicia a regressão emocional a estados prazerosos, o retorno a si mesma e a busca regressiva da presença da mãe (STO1). Interpretar uma canção conhecida leva-a a se esforçar para completá-la (STO8), estendendo seu tempo de concentração até o fim dela (STO7), e o sucesso em fazer música aumenta sua auto-estima e a encoraja a investir em novas aquisições psicomotoras (CMT1).

Por se apresentar sob variadas formas, o instrumento musical possibilita acesso à criança/adolescente com dificuldades psicomotoras, lhe dá chances de realizar

tarefas com autonomia e lhe possibilita mostrar satisfação com o resultado sonoro produzido, aplaudindo-se ao final da própria apresentação (SMI2, STO1, STO2, STO3, STO6). A facilidade de manuseio de alguns instrumentos musicais dá à criança/adolescente segurança para tocar diferentes instrumentos musicais, sozinha (SMI2) e em grupo (CMT10, CMT19, STO7, STO8), e escolher alguns nos quais consegue *performance* positiva (CMT8), reconhecendo-os como seus (CMT17). Mesmo a criança/adolescente com grandes dificuldades mentais e motoras dirige-se espontaneamente aos instrumentos musicais, toca-os usando as duas mãos (CMT2), mantém o ritmo da música, e sorri ao receber aplausos ao fim da apresentação (STO3).

Diferentes instrumentos musicais estimulam diversos movimentos de mãos e pulsos (STO6) e propiciam à criança/adolescente inúmeros benefícios. O instrumento musical portátil pode ser adaptado a diferentes superfícies e posições de acordo com as necessidades e possibilidades da criança/adolescente, lhe possibilitando experimentar e firmar posturas e movimentos importantes ao seu desenvolvimento motor (STO2, STO3, STO4, STO7), e incentivando o uso espontâneo de sua mão paralisada para tocá-lo (STO1). Instrumentos musicais semelhantes, em tamanhos e materiais diferentes, estimulam-na a tocar um pouco em cada um, descobrindo modo e força de tocá-los, levando-a a processos de discriminação de semelhanças/diferenças (STO6).

Por sua grande diversidade de formas de manuseio, o instrumento musical é acessível à criança/adolescente com dificuldades diversas (STO5) e lhe permite se divertir tocando (CMT3) e vivenciar os benefícios que eles lhe oferecem (STO1), adaptando-se às suas condições, mesmo que estas sejam instáveis, como no caso da criança/adolescente com doença degenerativa, ou que apresenta crises convulsivas ou em fase de alterações nos medicamentos (CMT19, CMT20). Não tendo um instrumento musical, a criança/adolescente usa a expressão corporal para brincar de estar tocando um (STO3).

O instrumento musical de brinquedo, geralmente muito colorido e na forma de instrumentos musicais de verdade, chama a atenção da criança/adolescente (STO4, STO7), leva-a a se interessar por uma atividade (CMT1, STO7) e lhe oferece o conhecimento de um repertório musical e a construção de um repertório preferido. Ele lhe dá prazer de se ver fazendo música até sentir segurança para passar para um instrumento musical de verdade (CMT14), fundamenta o início de seu aprendizado de música (SMI5), e seu colorido permite avaliar se ela reconhece e nomeia cores (STO7). Ele é encontrado no comércio com preços acessíveis à criança/adolescente

muito pobre (STO9). O instrumento musical de verdade é adotado como brinquedo pela criança/adolescente, que o coloca para interagir com os brinquedos (STO3).

Os instrumentos musicais mais fáceis de serem tocados são os de percussão sem afinação, que requerem movimentos simples com uma só mão, como o caxixi, o chocalho, o guizo, a maraca, o pandeiro, a pratinela, o sino e o tambor. Suas diferentes formas tornam-nos visualmente atraentes à criança/adolescente desmotivada, e sua facilidade de preensão permite que eles sejam seguros por mãos inseguras. Por serem pequenos, eles podem ser levantados acima da cabeça da criança/adolescente que não consegue firmar seu tronco, ao alcance de ser manipulado por ela, incentivando-a a acompanhá-lo com o olhar e a endireitar a postura para pegá-lo (STO1). Próximos à criança/adolescente com visão subnormal, eles produzem sons quando ela esbarra neles e lhe favorecem perceber sua localização (STO9).

Instrumentos de percussão sem afinação são especialmente adequados à criança/adolescente com uma só mão disponível (por malformação, amputação, hemiplegia ou ligação à máquina de medicamentos ou hemodiálise). Ela tem prazer em fazer música e participar de um conjunto instrumental usando só a mão que se movimenta. Eles são indicados também para encorajar a criança/adolescente muito tímida, ou em início da atividade terapêutica, ou com grandes dificuldades motoras (SMI2, STO2). Todas elas demonstram muito prazer ao conseguir acompanhar uma canção inteira, tocando um deles (STO2).

A criança/adolescente que não consegue segurar o instrumento musical pode ter um guizo amarrado em seus pulsos ou tornozelos, ou costurado em sua luva ou meia. Movendo braços ou pernas, ela produz som e participa da atividade prazerosa e estimulante que é um conjunto instrumental (STO2). Percebendo que está fazendo música, ela se empenhe em continuar tocando (SMI8). Colocado dentro de um objeto maior, o guizo estimula a criança/adolescente com dificuldade de realizar o movimento de pinça a abrir a mão, e favorece sua preensão (STO2).

Um episódio ocorrido com um dos adolescentes deste grupo, que apresenta movimentação voluntária muito restrita, levou sua mãe a considerar que o instrumento musical salvou a vida dele. Tendo a musicoterapeuta dado ao adolescente luvas de lã nas quais costurou guizos, que produzem sons quando ele movimenta as mãos em movimentos involuntários decorrentes de atetose, ele as usava continuamente em casa nos dias frios. Em um desses dias, a mãe percebeu que o adolescente estava muito pálido e quase sem respiração, e correu a sacudi-lo e gritar seu nome, tentando

reanimá-lo, sem conseguir resposta dele. Estava já desesperada, achando que ele estava morrendo, quando suas sacudidas fizeram os guizos das luvas soar e o adolescente abriu os olhos e os procurou e ficou olhando para eles, voltando aos poucos à respiração e à cor normais. A mãe considerou que o som dos guizos, por ser um dos poucos sons que ele podia produzir, tinha adquirido para ele mais sentido do que a voz materna, tendo sido capaz de alcançá-lo quando suas respostas psicomotoras já estavam muito fracas.

O pandeiro pode ser percutido pela mão ou pelo pé da criança, o que lhe proporciona o prazer de sentir a textura do instrumento (STO2) e a construção de noções táteis, visuais e auditivas (STO1). Por produzir som interessante com golpes simples, ele dá segurança ao cuidador e ao técnico não-musicistas para entregá-lo à criança/adolescente com comprometimentos motores, certos de que ela tem muita chance de tocá-lo (STO4). Até o som do pandeiro caindo repentinamente ao chão desperta o riso da criança/adolescente, mostrando sua atenção a ele (STO5).

Uma criança deste grupo, com grandes dificuldades mentais e motoras e visão subnormal, ao ter dois pandeiros posicionados à sua esquerda e direita, e ser estimulada a tocá-los, tendo suas mãos guiadas até eles, mostrou reorganizar sua postura física a partir do contato com eles e de buscar tocá-los com as duas mãos. Batendo nos dois pandeiros ao mesmo tempo, um com cada mão, ao lado do seu corpo, e percebendo que eles estavam sendo afastados dela pela musicoterapeuta, ela ia abrindo os braços e firmando seu tronco. Cada vez que a musicoterapeuta afastava os pandeiros um pouco mais para longe da criança, ela avaliava imediatamente a nova distância e alterava seu posicionamento para continuar tocando neles. Embora apresentando habitualmente comportamentos muito regressivos, mantendo-se em posição fetal e expressando-se através de choros e gritos contínuos, nesses momentos, essa criança mostrava tanto prazer em tocar os pandeiros e fazer música, que dava gargalhadas sonoras e fazia tal expressão de alegria que comovia todos os técnicos ao redor (STO5).

O tambor, por ser grande e resistente, pode ser deslocado de lugar e se manter estável onde é colocado, permitindo o posicionamento sentado da criança/adolescente com dificuldade de equilíbrio. Quanto maior o tambor, mais fácil ser golpeado, e ele também pode ter o lugar a ser golpeado pintado de uma cor destacada, para orientar a criança/adolescente com dificuldade motora ou com visão subnormal. O tambor estimula a criança/adolescente a apoiar-se nele para adquirir a postura de pé, e a

permanecer longo tempo nesta postura, apoiando-se nele quando se cansa. Ele também a ajuda a desenvolver a marcha, caminhando apoiada nele e empurrando-o ou sendo puxada (CMT17), inclusive diante de um espelho, para ela se ver dando passos (CMT7). O tambor enriquece a marcha da criança/adolescente, marcando variações de andamento com batidas precisas (STO8), e a disposição de vários deles sendo tocados simultaneamente influi na sua orientação espacial (CMT16). Em diferentes afinações, ele prepara a criança/adolescente para os instrumentos melódicos.

Os instrumentos de percussão que exigem movimentos coordenados das duas mãos, como as clavas, os pratos e o kabuletê, se adaptam à criança/adolescente hemiplégica, bastando que sua mão paralisada apóie o peso sobre uma das partes do instrumento e a outra mão bata nela com a outra parte. Em atividades grupais, dois pacientes podem tocá-los em dupla, resultando no desenvolvimento de conteúdos de sincronização e interação (SMI2).

O terceiro grupo em facilidade de manuseio é o dos instrumentos de percussão que requerem movimentos diferentes em cada mão, como o reco-reco, o triângulo, a bateria e a bateria eletrônica. Eles requerem maior compreensão de movimentos, mas podem ter seu manuseio facilitado por adaptações. A bateria é o instrumento mais complexo do grupo de percussão, por reunir diferentes instrumentos (caixa, bumbo, chimbau de baqueta, chimbau de pé, prato, tom-tom e surdo, podendo ter pedal simples ou duplo). Tantos instrumentos agrupados requerem diferentes tipos de golpes, ao mesmo tempo. O trabalho com a baqueta propicia o desenvolvimento de dois movimentos manuais, a pinça (colocação do polegar e indicador segurando e conduzindo a baqueta) e a mola (dedos médio, anular e mindinho trabalhando como uma mola, acompanhando o movimento de pinça). Por ter várias partes, a bateria estimula alteração nos movimentos estereotipadas da criança (CMT17). A bateria eletrônica requer menos movimentação motora para produzir resultados semelhantes, e conta com recursos de variação dos parâmetros de duração, timbre e intensidade. A diversidade de instrumentos de percussão estimula a criança/adolescente a tocar vários deles (STO2).

Os instrumentos percussivo-melódicos, como a marimba, o vibrafone, o metalofone e o xilofone, exigem a discriminação auditiva de alturas e a localização das notas musicais. Feitos de placas de madeira, metal ou vidro, de tamanhos gradativamente diferentes, presas a uma base, eles podem ter as placas soltas, para familiarizar a criança/adolescente com uma nota de cada vez, e cada placa de uma cor,

para facilitar sua distinção. Eles estimulam a criança/adolescente com hemiplegia a segurar a baqueta com a mão paralisada (STO3) e a tocar com baquetas nas duas mãos, exercitando uma coordenação motora complexa que iguala os dois braços e os põe para interagir (STO1). Eles são acessíveis à criança/adolescente com dificuldade de preensão, tendo uma baqueta mais grossa (STO7), e à criança/adolescente que não se firma na posição sentada, bastando posicioná-la com apoio (STO2, STO7).

Os instrumentos melódicos estimulam a discriminação auditiva de alturas e o controle de dedilhado, criando caminhos cerebrais que atuam em outras aquisições psicomotoras. Os mais simples são os de teclas, como o piano, o órgão e o teclado. Crianças muito pequenas, ou com dificuldades cognitivas, que manifestam medo do piano por ele ser grande e escuro, podem tomar contato com ele através de pianos de brinquedo, menores, mais claros, e com poucas teclas.

Por ser grande, resistente, e fixo em um lugar, o piano permite o posicionamento seguro da criança/adolescente com dificuldade de equilíbrio e propensa a quedas (CMT17, CMT19, CMT21) e favorece que ela adquira a postura sentada. Também por se fixo em um lugar, ele interrompe a deambulação da criança/adolescente ansiosa, induzindo-a a parar alguns momentos para tocá-lo (o que não é estimulado por instrumentos menores, que ela pode carregar em sua marcha contínua). O piano lhe dá segurança durante a prática musical (CMT1, CMT2) e lhe favorece exercitar a postura da coluna e a extensão e flexão de dedos, punhos e ombros. Seus pedais estimulam seu movimento de pés (CMT1). Tocado de pé, ele estimula a criança/adolescente a adquirir a postura de pé, permanecendo nela muito tempo e apoiando-se quando se cansa (CMT17).

Por sua amplitude de teclado, o piano propicia à criança/adolescente de postura rígida a abertura dos braços, estimulada por histórias musicadas com personagens de voz grossa (urso, dragão, tubarão) que moram na região de sons graves, à esquerda do teclado, e personagens de voz fina (princesa, peixinho, passarinho), que moram na região de sons agudos, à sua direita. A grande extensão do piano estimula o cruzamento lateral dos braços diante do corpo (braço esquerdo avançando à frente do lado direito do corpo e vice-versa) em atividades de dedilhado e de glissando (correr os dedos sobre a seqüência de teclas), movimentação fundamental ao desenvolvimento psicomotor da criança na fase de pré-escola.

Por ser percutido por martelos, o piano exige da criança/adolescente o controle de forças na produção de sons com intensidades variadas, levando-a a conhecer e

dosar a própria força. Tocado de formas diferentes da convencional, ele é acessível à criança/adolescente com dificuldades motoras (CMT21). Cada tecla pode ser marcada com cores diferentes, para facilitar sua distinção. A criança/adolescente com perda auditiva pode tocar o piano aberto, para ver o movimento das cordas percutidas pelas teclas, e pode se encostar ao instrumento ou se sentar no chão de madeira para perceber melhor as vibrações e seus correspondentes sonoros. Os pedais do piano podem ser encurtados para serem acionados pelas mãos do paciente sem movimento de pés. Por produzir som sendo tocado com qualquer das mãos escolhida pela criança/adolescente, o piano lhe permite manifestar sua dominância lateral (CMT12).

Posicionado de forma a não ocupar muito espaço numa sala pequena, e a permitir que ao tocá-lo o musicoterapeuta tenha a visão do que ocorre, o piano favorece a prática instrumental coletiva. Usando três bancos, o musicoterapeuta pode trabalhar sentado entre duas crianças/adolescentes, controlando-as e promovendo a interação entre elas (CMT19). Para incentivar a discriminação de sons graves/agudos, cada criança/adolescente pode se responsabilizar por uma extensão de notas (CMT19).

Entre os teclados, os que têm gravações acionadas por teclas ou botões, com pequenas canções, vozes de animais e sons do ambiente, dão à criança/adolescente gratificação imediata com pouco esforço, lhe proporcionando o prazer de fazer música sem precisar compreender a lógica do instrumento (CMT14, STO3, STO4, STO6, STO9). Esses teclados estimulam a atenção da criança/adolescente às instruções de seu manuseio, para ter autonomia sobre a reprodução dos sons (STO6), e ajudam-na a compreender relações de causa/efeito pelo relacionamento das músicas às teclas (CMT13, CMT14, STO7). O teclado com gravações desperta o interesse da criança/adolescente em identificar os sons gravados e associá-los a objetos e acontecimentos, através de relatos verbais ou por expressão corporal (STO1, STO2, STO5), e estimula a criança/adolescente hiperativa a concentrar-se em tocar uma música até o seu final sem apertar outros botões que disparem outros sons (STO7). As canções gravadas induzem a criança/adolescente à dança, estimulando seu desenvolvimento motor e a percepção do próprio corpo (CMT10, STO5).

Duas funções do teclado (tocar as notas musicais e tocar músicas gravadas) propiciam ao musicoterapeuta avaliar a capacidade da criança/adolescente de fazer música (CMT14). Descobrimos que a mudança no botão de controle das funções as faz tocar uma música inteira ou apenas uma nota musical, ela primeiro dispara as canções,

ouvindo músicas prontas ou fingindo tocá-las, e, depois, quando se cansa das opções que o teclado oferece, passa a mudar o controle das teclas e a tocar as notas musicais, procurando formar canções diferentes. Usando o teclado em suas duas possibilidades, ela o aproveita para ter gratificação instantânea produzindo músicas com um toque apenas, e para ter mais prazer, criando novas músicas.

O sucesso proporcionado pelo teclado permanece na memória da criança/adolescente e ela busca repeti-lo tocando-o de novo na sessão seguinte (CMT12). Ele favorece à criança/adolescente vivenciar o sonho de ser musicista, dramatizando tocar uma gravação (CMT14, CMT15).

Por requerer menos força e destreza para produzir som do que o piano, o teclado possibilita sucesso à criança/adolescente que dispõe de pouca força muscular (CMT17), à que não firma a coluna sozinha (STO2) e à que tem os polegares inclusos (STO4), estimulando a criança/adolescente com a mão fletida a abrir a mão e a estender os dedos (STO6). Ao ter seus pés colocados sobre o teclado e perceber que produz sons, a criança/adolescente mostra alegria e envolvimento tocando-o, rindo e dançando (STO2). Possibilitando o contato direto com sua superfície, o teclado permite à criança/adolescente com dificuldades cognitivas perceber sua vibração e externar satisfação através de expressão facial (STO3), interessando-se em produzir som para sentir a vibração do teclado no próprio corpo (CMT16).

O teclado permite à criança/adolescente com dificuldades motoras tocá-lo com diferentes partes do corpo (CMT11). Ele a estimula a usar todos os dedos da mão paralisada (STO1, STO2) e a usar o *splint* (órtese) para manter sua mão aberta e tocar melhor (STO7). O teclado lhe permite tocar canções muito simples, com até cinco notas musicais, com as mãos fixas em determinada posição, até que ela sinta segurança em movimentá-las sobre as teclas (CMT1). Sendo um instrumento portátil, encontrado em variados tamanhos, ele pode ser carregado pela criança/adolescente, favorecendo sua proximidade física com outras pessoas e sua apresentação em diferentes locais. O teclado pode ser adaptado a um suporte para que a criança/adolescente acamada o toque. Posicionado sobre um suporte, ele favorece que ela se apóie nele para ficar em pé e, repetindo essa atitude em diferentes sessões, ela mostra reconhecer o instrumento como um apoio para desenvolver esta postura (CMT7, CMT8, CMT11). O teclado lhe propicia tocar nas posições sentada e de pé, com uma ou duas mãos (STO4, STO5), e ainda prestar atenção ao ambiente (CMT10), mantendo-se tocando por longo tempo sem se cansar (CMT9).

O teclado oferece muito prazer à criança/adolescente com pouca autonomia motora. Ao ter suas mãos posicionadas e apertadas sobre as teclas, ela sorri (STO6), inclina a cabeça em direção ao som produzido (STO5), direciona o olhar ao técnico (STO6) e o volta para ver suas mãos tocando até o fim da música, depois procura o teclado com a mão, mostrando querer continuar a atividade e acreditando que pode tocá-lo (STO5). Com mais de duas escalas, ele permite que duas crianças/adolescentes toquem juntas, vivenciando a disputa e o compartilhamento (STO7).

Com variados recursos sonoros (timbres, ritmos e efeitos especiais), o teclado fascina a criança/adolescente, desperta seu interesse em pesquisá-los e leva-a a aumentar seu tempo de permanência em atividade (CMT15, CMT21), o que lhe acarreta benefícios diversos (CMT16). Mesmo que a criança/adolescente não compreenda a relação entre cada tecla e o som associado a ela, experimentar diferentes sons e associá-los a situações expressa seu mundo interno (CMT9, CMT11, CMT16) e ajuda-a a perceber diferenças timbrísticas e a compreender os mecanismos de funcionamento do teclado (CMT11). As gravações estimulam seu conhecimento sobre o mundo (STO5).

O prazer de tocar teclado leva a criança/adolescente a ampliar sua concentração e atenção seletiva (CMT16). Aos poucos, ela entende que o som corresponde à pressão de seu dedo em algum botão disparador, relaciona cada tecla a seu som e descobre o que tem que fazer para produzir os sons que quer ouvir, disciplinando-se a esperar ouvir a música inteira antes de apertar outra tecla (CMT17, STO7). Seu progressivo domínio sobre o instrumento aumenta sua alegria, eleva sua auto-estima, reforça seu envolvimento com a música (CMT10) e lhe permite apreciar a música que quer (CMT12). Feliz por dominar seus mecanismos, ela gosta de ligar e desligar o teclado e avança na descoberta de outros comandos (STO2, STO6), que a levam da situação de dependência de alguém que o ligue para ela (STO4) até a autonomia de tocar sozinha, e ao poder sobre o grupo, determinando a alegria/tristeza deste ao controlar o botão de liga/desliga (STO7).

O teclado, o piano e o órgão podem ter os nomes das notas musicais escritos sobre as teclas, facilitando à criança/adolescente com dificuldades cognitivas o aprendizado musical e atividades de leitura e escrita (CMT13). Nos três instrumentos, a criança/adolescente conjuga os hemisférios cerebrais em diferentes esforços para tocar melodia e harmonia com as duas mãos e resolver questões de digitação, distribuindo os dedos em relação à extensão das notas da música estudada, o que

estimula seu raciocínio matemático-espacial (CMT1). Tocar a quatro mãos leva a criança/adolescente que ainda não conhece as notas a tocar o ritmo da música, assimilar posicionamentos de mãos, e discriminar momentos de fazer pausas e momentos de fazer som (CMT15).

O grande número de teclas dos teclados maiores, com quatro ou cinco oitavas, e do piano, leva a criança/adolescente a se deparar com a necessidade de mover as mãos no sentido de tocar muitas teclas, passando uns dedos sobre e sob os outros. O prazer de tocar músicas com mais de cinco notas leva-a a investir nesse adestramento das mãos (CMT1).

Entre os instrumentos melódicos de cordas, o violino, a viola, o violoncelo, o contrabaixo, o cavaquinho, o bandolim, o violão, a viola caipira, a craviola, a guitarra, o baixo e a harpa, por terem diferentes tamanhos, propiciam à criança/adolescente adequação à sua capacidade física (CMT14). Os instrumentos de corda tocados sem arco machucam os dedos da criança/adolescente no início de seu manuseio, até que a ponta deles se torne mais tolerante à pressão sobre as cordas, e, por causarem vibrações nos dedos, é recusado pela criança/adolescente com defensividade tátil. Para serem acessíveis à criança/adolescente com dificuldades mentais, eles podem ter poucas cordas, ou receber uma corda de cada vez, e cada corda pode ter uma cor diferente, para facilitar sua distinção.

O violão possibilita à musicoterapeuta ir de maca em maca, parando diante de cada criança/adolescente e tocando para ela músicas de sua preferência (SMI4). Pequenos violões de brinquedo podem ser entregues às crianças/adolescentes para que imitem a musicoterapeuta tocando-os. A criança/adolescente que não se sustenta sentada pode tocar o violão apoiada (STO2). O cavaquinho é o instrumento mais simples desse grupo, por seu tamanho menor e por ter apenas quatro cordas. Em seguida vêm o violão, com seis cordas, a viola caipira com sete cordas, o bandolim com oito cordas, a viola sertaneja com dez cordas e a craviola com doze cordas. Instrumentos de corda com arco, como o violino, a viola e o violoncelo, exigem um adestramento técnico mais complexo, e propiciam a flexibilidade e independência de dedos da mão esquerda e o controle de tensão da mão direita. Por não terem trastes marcando o lugar das notas, que devem ser achadas de ouvido, eles estimulam a discriminação auditiva da criança/adolescente.

O violão, o piano, o teclado, e o órgão, chamados instrumentos melódico-harmônicos por conjugarem notas e acordes, exercem poder de arregimentação em

atividades grupais, induzindo atitudes de organização e comando, dando à criança/adolescente o poder de tocar para o grupo as músicas que quer e de recusar as que não quer (SMI2).

Os instrumentos de sopro, como a clarineta, a escaleta, o fagote, a flauta-doce, a flauta de êmbolo, a flauta irlandesa, a flauta de Pan, a flauta transversa, a gaita, a gaita de fole, o kazoo, a ocarina, o saxofone, o trombone, a trompa, o trompete e a tuba, estimulam a sincronicidade entre a respiração e o dedilhado. Seu som é produzido, ouvido, analisado e modificado no interior do corpo da criança/adolescente, mobilizando sua percepção e controle do sopro, que influem em seus mecanismos de fala. Eles restringem o movimento de sua língua, o que é útil a pacientes com lábios hipotônicos e língua tendendo a manter-se fora da boca.

A flauta-doce é pequena, portátil, produz som suave de fácil emissão e é encontrada no comércio a preços acessíveis, costumando ser dada como lembrança em festas (SMI5). A descoberta da existência de flautas-doce de cores diferentes leva a criança/adolescente a querer tocar todas elas (STO7). Seu dedilhado segue uma lógica simples, que estimula a criança/adolescente a tocá-la observando e imitando o sopro e o movimento de dedos da musicoterapeuta (STO3). O aprendizado de suas posições é possível durante o atendimento em grupo (SMI5, STO2) e permite a interpretação de músicas simples com o uso de poucos dedos. Apresentando-se em cinco tamanhos e registros (sopranino, soprano, contralto, tenor e baixo), ela incentiva processos de comparação. Gostando muito de tocá-la, a criança/adolescente cria maneiras de trocá-la de uma mão para a outra para não largá-la enquanto faz outra atividade (STO3). A criança/adolescente com hemiplegia consegue segurar a flauta-doce com as duas mãos e soprá-la, como no exemplo de Rafael que, tendo a mão direita paralisada, investe em imitar o dedilhado da musicoterapeuta na flauta-doce para ter um retorno sonoro interessante, o que conduz gradativamente sua mão paralisada a alcançar melhor controle dos movimentos (STO3, STO7).

A flauta de êmbolo permite a percepção das variações do som em escalas ascendentes e descendentes (CMT10). A flauta transversa e o saxofone, com dedilhado complexo e grande exigência de sopro, fortalecem e disciplinam o processo respiratório da criança/adolescente, e é preciso atenção ao aumento de oxigenação no cérebro, que pode causar tonteira. O kazoo produz som através da criança/adolescente falar em seu bocal, fazendo vibrar sua membrana, o que influi na estimulação de sua fala. Na escaleta, cada dedo produz um som.

Visando estimular aquisições específicas no desenvolvimento da criança/adolescente, induzindo movimentos que ela consegue ou precisa fazer (STO9), e buscando oferecer a possibilidade de tocar um instrumento musical a crianças muito pobres, os instrumentos musicais podem ser construídos a partir de objetos diversos. Sua construção deve ser direcionada a oferecer acesso à criança/adolescente, adaptando-se às possibilidades desta, em qualquer grau de saúde/doença em que ela se encontre; deve oferecer segurança em seu manuseio, evitando pontas ou materiais que causem cortes ou perfurações e peças pequenas que possam ser engolidas, e deve procurar resultar num som de boa qualidade, que enriqueça o ambiente sonoro da criança (STO9). No caso de um dos adolescentes deste grupo, com grande dificuldade de preensão manual, a musicoterapeuta construiu para ele um “guizão”, colocando dentro de um estojo de plástico maleável três bolas de borracha com guizos. Este é o único instrumento musical que ele consegue segurar por longo tempo, porque o tamanho do instrumento é adequado à abertura de sua mão, a superfície maleável do plástico se amolda a seus dedos, e a facilidade de produção sonora dos guizos possibilita que seus mínimos movimentos atetóticos façam o instrumento soar e lhe dê a satisfação de estar tocando com os colegas (CMT21).

Respeitando a escolha da criança/adolescente, estratégias de facilitação podem ajudá-la a ter bons resultados no instrumento musical, como um bom repertório de canções compostas por apenas três ou quatro notas (CMT1) ou atividades de improvisação instrumental que não requerem adestramento técnico. Instrumentos melódicos ou harmônicos, embora mais complexos que os percussivos, ajudam a criança/adolescente com dificuldades rítmicas, que teme errar o ritmo num trabalho grupal. Peças muito ligeiras podem ter o andamento diminuído, bastando que a criança/adolescente conheça seu tempo correto, para reconhecê-la quando ouvi-la, e saber onde se encontra em relação ao andamento original.

O uso de partituras na prática instrumental terapêutica estimula o aprendizado da notação musical e o contato com códigos de notações simbólicas, que favorecem o aprendizado de outras escritas. A partitura leva a criança/adolescente a memorizar a peça, para evitar ficar alternando o olhar entre a partitura e o instrumento, induzindo o uso de sua memória recente (CMT1). Quando a notação musical convencional (com notas representadas por bolinhas com hastes sobre cinco linhas horizontais paralelas) não é compreendida pela criança/adolescente, outras notações podem ser criadas com elementos como figuras geométricas ou cores. Na peça musical “Toalha de cerejas”,

do grupo Uakti, os instrumentistas abrem uma toalha de mesa com estampa de cerejas e a lêem a partir do canto superior esquerdo, tocando sons atribuídos a cada desenho do tecido (cerejas isoladas, cachos de cerejas, folhas), na ordem em que estes estão dispostos.

Por estimular seu aprendizado como forma de se alcançar melhor produção sonora, o instrumento musical induz a criança/adolescente ao desenvolvimento de habilidades. Ouvindo a musicoterapeuta tocar um instrumento musical, a criança/adolescente presta atenção aos gestos dela, percebe seu vínculo com o instrumento e o usa de exemplo para se ver como instrumentista, imitando os movimentos da musicoterapeuta (STO7) e se predispondo ao aprendizado de tocar o instrumento musical para alcançar a gratificação de ouvi-lo de novo e de ter autonomia de ouvi-lo quando quiser (STO6, STO7). A vontade de tocar um instrumento musical atravessa o isolamento da criança autista (STO4) e o choro da criança que está aborrecida (STO7), levando-as à atitude de prontidão para o aprendizado de tocá-lo. Tocar o instrumento musical, mesmo com ajuda, e ter este fato valorizado pela musicoterapeuta, incentiva a criança/adolescente a se esforçar e tocar mais. Mostrar para a criança/adolescente quais partes de seu corpo estão atuando na produção da música, favorece o conhecimento desta sobre as partes do corpo e suas funções, e a faz relaxar a musculatura para tocar melhor (STO8).

Tocar um instrumento musical é um processo físico, que requer a aplicação de forças específicas em espaço e tempo determinados, e estimula a combinação das percepções auditiva, tátil e visual em movimentos coordenados. Como a produção do som depende diretamente do posicionamento do corpo da criança/adolescente, do controle que ela exerce sobre partes do instrumento e dos movimentos específicos que ela consegue fazer para obter determinados sons, esta busca resultados sonoros interessantes aumentando sua atenção e concentração (CMT16). Como cada movimento estimula regiões específicas do cérebro, ao tocar um instrumento musical a criança/adolescente se dispõe a novos aprendizados, desenvolvendo a atitude de aprender. Percebendo a relação entre mover a mão e produzir som, ela constrói conhecimentos sobre suas capacidades (CMT10).

O prazer de fazer música leva a criança/adolescente a repetir movimentos muitas vezes, desenvolvendo suas habilidades motoras (STO1, STO2). O adestramento técnico para o toque do instrumento musical a estimula a usar as duas mãos e os dez dedos, aumentando seu domínio tátil (CMT9). A manipulação de cada

instrumento, com exigências próprias de preensão e dedilhado, lhe favorece exercitar movimentos diversos com os dedos, pulsos, mãos e braços, aprimorando seu controle motor refinado. Esforçando-se para tocar melhor, ela estabelece relação com a realidade, alcança maior mobilidade e prontidão, e tem mais domínio em tarefas que exigem controle motor (CMT5). A expectativa de tocar uma música da qual gosta leva-a a se esforçar (SMI2, STO6) e a prosseguir o estudo quando este se torna difícil ou cansativo (CMT1), substituindo outras atividades por ele (CMT3).

O prazer de combinar diferentes sons faz a criança/adolescente se interessar por vários instrumentos musicais, criando estratégias para tocá-los, inclusive simultaneamente (STO1), produzindo e conjugando diferentes movimentos e expandindo suas capacidades corporais normais, afetadas ou em declínio (STO1, STO2, STO3, STO5). Atividades englobando audição de gravações, leitura de partituras e manuseio do instrumento lhe propiciam avanços nas coordenações audiomotora, fonomotora e visomotora e a dissociação de movimentos, tornando-a mais ativa (STO5). Ter sua *performance* instrumental elogiada leva-a a tocar mais, para receber mais elogios e aplausos (CMT9), que elevam sua auto-estima (CMT8).

Ao receber instruções sobre como tocar o instrumento musical, a criança/adolescente se concentra e diminui a agitação (STO7). Por propiciar atividades organizadas, baseadas na obediência aos parâmetros rítmico-melódico-harmônicos da composição, a prática instrumental estimula sua orientação espaço-temporal. Mesmo que não saiba as posições corretas das notas musicais no instrumento, ao tocá-lo ela adota posturas aprendidas, se concentra para seguir o ritmo, andamento e duração da música e participa de atividades sincronizadas (STO1). A criança/adolescente mostra prazer em tocar junto com o grupo, começando e acabando as frases no tempo correspondente às frases musicais (SMI2), respeitando indicações de pausas, entradas, cortes, términos, andamentos, compassos e dinâmicas, mostrando aquisições no campo da duração, da intensidade, e dos conceitos de princípio-meio-fim (CMT7).

A organização espacial dos instrumentos musicais, sem que a criança/adolescente esteja tocando-os, mostra que ela domina a organização espacial deles no campo simbólico (CMT8). A dublagem, com a criança/adolescente fazendo a expressão corporal de tocar o instrumento tocado pela musicoterapeuta, estimula sua atenção aos diversos aspectos da produção musical, como tempo, andamento, caráter e princípio-meio-fim das melodias tocadas (STO7). A introjeção de um ritmo regular e flexível ao tocar o instrumento musical se reflete no aprimoramento da marcha, da fala

e da escrita da criança/adolescente (CMT7). O esforço para conseguir a exatidão rítmico-melódica necessária à interpretação da peça estimula sua atenção e concentração, e pode levar a alterações em seu comportamento (CMT5). Suas tentativas de adaptar-se a alterações de tempo facultam avaliar os estágios de orientação temporal em que ela se encontra (CMT8).

O fracasso/sucesso resultante das tentativas da criança/adolescente de tocar um instrumento musical favorece a ela o contato com processos de comparação (STO3) e o conhecimento de suas próprias possibilidades (STO9). Experimentando num novo instrumento a forma de tocar que resultava em som em outro instrumento, ela percebe que ele não faz o som esperado, aceita ajuda e corrige sua forma de tocá-lo, aprendendo sobre a diversidade. Ao tocar o mesmo instrumento em outro momento, fazendo o posicionamento correto, ela mostra seu aprendizado (STO3).

O instrumento musical amplia o mundo da criança/adolescente, reduzido pela doença. A gratificação alcançada por seu adestramento instrumental desenvolve nela a prontidão para outros aprendizados. Seu tempo de dedicação à atividade, sua atenção seletiva e sua concentração são ampliados pela repetição variada na forma de tocar a peça musical (CMT6, STO7) e pela atividade de tocar alternadamente partes dela (CMT6). Seus comportamentos estereotipados diminuem pela prática de tocar em diferentes instrumentos e de diferentes formas suas músicas preferidas (CMT21). O desenvolvimento de sua coordenação motora no adestramento instrumental favorece avanços em seu desempenho escolar, com aquisições matemáticas e aprimoramento da letra, espaçamento e diagramação da escrita no caderno (CMT2, CMT7).

A criança/adolescente manifesta interesse em aprender rudimentos de teoria musical e solfejo (SMI5), e em ver métodos de música com ilustrações, que induzem o relacionamento do desenho ao conteúdo da música e o contato com elementos de leitura e escrita (CMT16). Folhear e ler métodos de músicas diante dela familiariza-a com aspectos de leitura, preparando-a para a escolarização (CMT16). A atividade de colorir cartões com canções comemorativas de datas festivas aumenta sua concentração (STO2).

O conhecimento das propriedades e das dificuldades de manuseio de cada instrumento musical propicia à criança/adolescente se interessar por um que seja adequado à sua capacidade física e mental e que ela consiga tocar, tendo experiências de sucesso (CMT21), aprendendo os cuidados que deve ter com ele e, se necessário, tirando sons dele de maneiras não-convencionais. Além de todos os benefícios

motores, afetivos e cognitivos proporcionados à criança/adolescente pelo manuseio de um instrumento musical, seu aprendizado pode evoluir para a aquisição de uma profissão.

Por enriquecer a produção sonora no trabalho grupal, o instrumento musical estimula a sociabilização da criança/adolescente, lhe propiciando formas divertidas de agrupamentos sociais (CMT2). Ao descobrir ou receber um instrumento musical para tocar, ela espontaneamente chama alguém e lhe indica outro instrumento para tocar, mostrando ter prazer em tocar em conjunto (STO2, STO4) e acreditar que qualquer pessoa pode tocar um instrumento musical (STO3). Usando o instrumento musical para refazer ritmos, melodias e harmonias criados por diferentes pessoas, em diversas épocas e locais, a criança/adolescente pode entender seus vários ritmos de vida e os vários ritmos ao seu redor, construindo atitudes de aceitação e tolerância.

As práticas instrumentais coletivas propiciam à criança/adolescente alegria e interação (CMT5, STO1). Ela observa o outro tocando, se interessa pelo instrumento dele, mantém contato visual com ele (STO4), pega um instrumento semelhante ao dele para tocar, observa sua postura e movimento de mãos, aprende e imita seus gestos (SMI8, STO1, STO4, STO6), e organiza sua forma de tocar (STO7). Ela se mantém atenta para acompanhar a música do grupo (SMI2), altera seu ritmo para se adequar ao ritmo dele (CMT5), aumenta sua percepção do entorno (CMT1), amplia e mostra suas habilidades (CMT5), aprende e contribui com o grupo. Tocando em grupo, ela substitui e enriquece sua comunicação verbal, aceita regras, marca seu espaço no grupo, explicita conteúdos de disputa e de ciúme (CMT4), experimenta os sons de diferentes instrumentos, estabelece afinidades com eles, se disciplina a dividi-los para que todos possam tocá-los, posiciona-se em relação ao grupo, tenta acertar perante o grupo, mantém a prontidão para iniciar junto com o grupo e se percebe fazendo música com os colegas (STO4, STO7).

Ao tocar em conjuntos instrumentais, a criança/adolescente vive situações de pertinência, adequação, capacitação e divisão de tarefas, conteúdos cuja compreensão se dá do plano corporal ao mental. As experiências vividas no âmbito da música a tornam mais participativa no seu grupo social. Ser parte de um conjunto instrumental, compartilhando vivências com outras crianças e adolescentes, lhe proporciona a introjeção de conteúdos indispensáveis ao seu desenvolvimento. A experiência de tocar em conjunto com outra pessoa leva-a a pegar um instrumento musical para si e

outro para outra pessoa tocar com ela (STO7), e permite à criança/adolescente isolada fazer atividades prazerosas, pautadas pelo contato com o entorno (STO3).

A atividade musical interdependente impõe regras a serem respeitadas, como não tocar fora de hora para não atrapalhar o conjunto. Marcas de contagem para começar uma atividade instrumental grupal são introjetadas pela criança/adolescente com dificuldades cognitivas e aproveitadas para organizar outras atividades (CMT12). Seguir marcações para que todos comecem a tocar ao mesmo tempo influi na aquisição do respeito ao tempo coletivo (CMT8).

O prazer de tocar em grupo leva a criança/adolescente a entender que seguir regras pode ser interessante. As aquisições conseguidas na prática instrumental tendem a ser experimentadas em outras atividades de sua vida, resultando em melhor adequação social. Fazer parte de um grupo instrumental valoriza-a diante de seu grupo social, alavancando sua auto-estima. A familiarização com os instrumentos musicais facilita a interação da criança/adolescente com dificuldade em estabelecer vínculos com outras crianças, através da formação de uma bandinha (STO8). Participar de atividade prazerosa tocando em grupo pode ajudar a criança epilética a retornar mais centrada da crise convulsiva, retomando logo a atividade grupal (CMT1).

O instrumento musical da criança/adolescente se torna demarcador da sessão de musicoterapia. Mantendo-o em casa junto com a Pasta de Músicas, e trazendo-o à sessão, a criança/adolescente organiza seu mundo musical (CMT16). Agrupar suas partituras na Pasta de Músicas lhe propicia responsabilizar-se por suas coisas (CMT6) e visualizar suas escolhas entre músicas de criança e de adulto, o que favorece identificações e reconhecimentos de pertinência grupal e a adoção de comportamentos adequados à sua faixa etária (CMT7, CMT18, CMT20). As músicas trazidas pela criança/adolescente à sessão são reforçadas pelo acolhimento delas em sua Pasta de Músicas (CMT21), e aumentam seu tempo de dedicação à prática instrumental, importante para a criança/adolescente com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (CMT15).

O prazer propiciado pela prática instrumental estimula a criança/adolescente a trazer sua família para participar da sessão e tocar com ela (STO7). Ela acolhe sua família em práticas prazerosas que estendem-se a seus outros espaços, criando pontes entre instrumentos musicais que transitam de casa ao ambiente de saúde, trazendo pessoas de uns espaços a outros e enriquecendo a vida de todos (CMT2, CMT4, CMT8, SMI1, SMI5, STO9). O interesse do cuidador em tocar um instrumento

musical estimula a criança/adolescente a tocar mais (CMT20). Instrumentos de fácil manejo, que produzem som com pouco esforço e podem ser tocados pela criança/adolescente com dificuldades motoras e por cuidadores sem conhecimento musical, favorecem o acolhimento da família pelo grupo terapêutico. Nas atividades instrumentais, todos produzem música e são parte importante do resultado sonoro. A prática é gratificante para todos e, ao ser repetida em casa, cria novas atividades para a família fazer junto com a criança/adolescente que, com a doença, acaba por ter suas atividades reduzidas (CMT10).

Pela organização de seus sons resultarem em sentido, a prática instrumental oferece à criança/adolescente uma linguagem alternativa, possibilitando-lhe elaborar sua música interna e concretizar processos psíquicos. Tocar um instrumento musical lhe permite expressar suas preferências (SMI2), imprimir suas idéias à interpretação (CMT5, CMT8), vivenciar sonhos e desejos (CMT14). Tocá-lo lhe propicia expressar sua condição física (CMT5) e seu estado de espírito (STO7). Mesmo quando ela não quer tocá-los, os instrumentos musicais servem pelo menos para ela manifestar sua raiva jogando-os longe (SMI5).

A organização da música instrumental configura uma linguagem e é usada pela criança/adolescente como linguagem. O instrumento musical lhe propicia familiarizar-se com aspectos de textura, tamanho, cor, ritmos e sonoridades, apresentando potencial para ela elaborar produções sonoras de graus diversos. A experimentação de diferentes timbres e formas de produzir som, a compreensão de como cada instrumento produz som, o aprendizado de diferentes formas de tocar, e as diversas oportunidades de escolhas levam a criança/adolescente a formar um amplo repertório de sonoridades, que pode trazer mais riqueza à sua linguagem verbal e corporal (CMT2).

A variedade de instrumentos musicais possibilita à criança/adolescente escolher o que quer tocar (STO1), através dos meios de comunicação de que dispõe (STO7). A escolha de instrumentos musicais de sons mais suaves ou intensos mostra sua personalidade (CMT6, CMT9, CMT14). O instrumento musical se torna um elemento de sua identificação, reconhecido pelo seu cuidador (STO7, STO9).

Os instrumentos musicais propiciam à criança/adolescente divertidas atividades de diálogo sonoro. Em práticas lúdicas, cada instrumento pode assumir uma voz e seguir o formato de pergunta-resposta num discurso que leva a criança/adolescente a introjetar conceitos espaço-temporais importantes à aquisição da linguagem verbal, como o tamanho das frases e a alternância entre a vez dela tocar e a vez dela ouvir o

outro instrumento responder. O aprendizado de um instrumento musical e sua prática em grupos instrumentais costuma oferecer experiências muito gratificantes para a criança/adolescente que tem dificuldades na linguagem verbal e acha no instrumento musical um substituto para a sua expressão e comunicação, por lhe permitir expressar sentimentos de forma socialmente adequada (CMT21, STO1, STO8).

Em alguns momentos, o instrumento musical torna-se tão familiar à criança/adolescente que assume a função da sua fala, principalmente se esta é uma área na qual ela tem dificuldade. Numa das sessões, quando o marido da estagiária chega e ela diz que vai apresentar o grupo a ele, Henrique se adianta e toca a “Ode à alegria”, de Beethoven. A canção havia se tornado emblemática para o grupo ao ser parodiada com uma letra que diz “toda sexta-feira nosso grupo se encontra/ para fazer música e muita brincadeira/ Gena e Henrique na flauta/ Eric no pandeiro/ Fátima no violão/ e a Fabíola no teclado com animação”. Embora a execução instrumental não tenha dado ao marido dados suficientes para compreender a intenção de Henrique, ele a estava usando para fazer o que a estagiária havia proposto: apresentar o grupo (CMT1).

O instrumento musical adapta-se aos diferentes ambientes de saúde e enriquece os momentos vividos pela criança/adolescente, lhe oferecendo práticas interessantes e prazerosas (SMI9, STO4, STO9), mesmo sendo manuseado por pessoas sem adestramento técnico (STO9). Embora destinado apenas às crianças e adolescentes listados para a pesquisa, ele desperta o interesse de todos ao seu redor e, sem grandes ajustes, oferece benefícios a toda a rede de pessoas do ambiente de saúde.

A diversidade de instrumentos musicais existentes permite que se monte um acervo deles com orçamentos acessíveis. À criança/adolescente com apenas uma mão disponível, podem ser dados instrumentos musicais que produzem som sendo tocados apenas com uma mão ou com uma parte do instrumento apoiada pela mão presa e a outra mão se movimentando. À criança/adolescente com dificuldades respiratórias podem ser oferecidos diferentes instrumentos de sopro, que lhes estimulem a consciência e o controle do sopro, que podem influir em melhorias respiratórias. Entre crianças/adolescentes com doenças transmissíveis, podem ser usados instrumentos musicais de plástico, que podem ser desinfetados e oferecidos depois a outros pacientes.

A construção de instrumentos musicais viabiliza a prática instrumental em instituições muito pobres, dá atenção aos objetivos específicos de cada

criança/adolescente e possibilita a prática instrumental à criança/adolescente que não consegue tocar instrumentos convencionais. Além do trabalho manual requerido pela atividade, ao construir instrumentos musicais a criança/adolescente exercita sua criatividade e realiza descobertas. Construir é importante para a criança/adolescente com baixa auto-estima e necessidade de destruição. Transformar objetos pode encorajá-la a transformar também suas atitudes, reconstruindo a própria vida. Transformar objetos danificados em instrumentos produtores de música e prazer pode fazê-la compreender que ela também pode levar beleza e prazer ao seu entorno.

Participar de atividades instrumentais coletivas é acessível ao cuidador não-musicista e lhe dá prazer e chance de interagir com sua criança/adolescente, participando de suas vivências musicais e terapêuticas, além de lhe favorecer a construção de novos conhecimentos (CMT9). Ajudando sua criança/adolescente, ele descobre jeitos de tocar cooperativamente e se diverte com a atividade (SMI2). Ele se mostra encantado com o sucesso de sua criança/adolescente nas atividades instrumentais, e se orgulha ao dizer que ela “toca todos os instrumentos” (STO9).

O cuidador mostra interesse em conhecer os instrumentos musicais e pede ao musicoterapeuta que lhe ensine a tocá-los (CMT7, CMT8, CMT19). A facilidade da atividade lhe dá segurança para tocar diferentes instrumentos (STO1, STO3, STO5). Espontaneamente, ele pega dois instrumentos, um para ele e um para sua criança/adolescente (SMI2), e acaba por construir uma relação própria entre ele e os instrumentos musicais. A prática instrumental desenvolvida no ambiente de saúde leva o cuidador a ter prazer em responder que toca um instrumento musical, quando isso lhe é perguntado (SMI2). Ele desenvolve sua acuidade auditiva e opina sobre a forma das canções serem apresentadas (SMI2).

Familiarizando-se no atendimento terapêutico com variados instrumentos musicais, o cuidador fala sobre instrumentos musicais importantes na história da família da criança/adolescente (SMI9, STO3), avalia a ausência deles em sua casa (STO3), decide incorporá-los aos outros espaços da criança/adolescente (STO2), pede instruções sobre instrumentos que estimulem o desenvolvimento desta (STO1) e orienta o musicoterapeuta a escolher instrumentos adequados a ela (SMI1). Instrumentos musicais de fácil manuseio propiciam atividades grupais entre os membros da família (CMT10). Fotos da criança/adolescente tocando diferentes instrumentos musicais reforçam, em casa, ao longo da semana, os conteúdos trabalhados na Musicoterapia, como suas experiências de sucesso (CMT19). O

cuidador instrumentista decide tocar mais seu instrumento em casa, para ajudar no tratamento da filha (STO1).

O cuidador amplia o trabalho do musicoterapeuta. Reconhecendo o poder calmante do instrumento musical, ele sai de sua maca para levar alguns deles a uma criança/adolescente irritada e tenta acalmá-la demonstrando-lhe o som de cada um deles e ajudando-a a tocar (SMI2). Diante da recusa de um paciente em tocar por não saber a música de cor, o cuidador sugere que a musicoterapeuta lhe empreste suas letras cifradas (SMI2).

O manuseio de um instrumento musical pode ser aprendido, precariamente, pelo cuidador, enquanto acompanha sua criança/adolescente nos atendimentos de saúde, o que resulta para ele num suporte emocional (CMT3). Ver-se tocando até em dois instrumentos, numa única sessão (CMT6), amplia a interação do cuidador com sua criança, dá a ele oportunidades de alegria (CMT5) e aumenta sua auto-estima (CMT5). O cuidador tem prazer em tocar e em aprender um pouco de teoria musical e expressa o desejo de que outros familiares saibam que ele toca (CMT13). Procurando tocar trechos reconhecíveis de canções, ele se diverte, esquece sua criança e toca para si mesmo (CMT16), expressando sua própria alegria em tocar (CMT20). O cuidador expõe ao grupo sua ascendência de musicistas, sente orgulho em contar sobre familiares músicos e recebe a admiração dos colegas, que reconhecem que ele é “da linhagem” (SMI2). O cuidador diz que aprender a tocar um instrumento musical deixa a pessoa “super orgulhosa, se achando uma artista” (SMI9).

A percepção de que consegue tocar um instrumento musical favorece que o cuidador adote o aprendizado deste (CMT7, CMT19), compre um instrumento musical para tocar em casa e queira trocá-lo por um melhor à medida que sua percepção dos sons aumenta (CMT19). Canções infantis fáceis, com poucas notas, em escrita facilitada, possibilitam que ele as toque em casa para sua criança/adolescente e estendem a atividade musical ao grupo familiar. O entusiasmo do cuidador o faz inscrever os outros filhos em aulas de música (CMT19, CMT20).

A facilidade de tirar sons do instrumento musical leva o técnico não-musicista a usá-lo para chamar a atenção da criança/adolescente (STO2) e a prescrevê-lo no atendimento desta (STO2). Ele direciona o instrumento musical à aquisição de diferentes conteúdos psicomotores do plano terapêutico da criança/adolescente (STO4, STO5, STO9), toca com ela e desenvolve atividades musicais independentes (STO4). Como os instrumentos musicais permitem à criança/adolescente fazer atividades

organizadas e prazerosas sozinha, o técnico sente segurança em deixá-la tocando e ir fazer outra coisa (STO9). Quando não está atendendo nenhum paciente, o técnico pega um instrumento musical e o toca para si mesmo (STO3). A presença dos instrumentos musicais no atendimento da criança/adolescente durante a pesquisa parece ao técnico tão determinante dos resultados alcançados, que ele pede à musicoterapeuta que, ao final da coleta de dados, eles sejam incorporados aos materiais do setor, mesmo sem a presença de um musicoterapeuta, mostrando acreditar que o atendimento com instrumentos musicais é acessível a não-musicistas (STO8).

Além de atrair o cuidador e o técnico, o instrumento musical, inclusive o de brinquedo, atrai crianças, adolescentes, adultos e idosos que se encontram nas proximidades do ambiente de saúde. Todos eles se aproximam para ouvi-los e acabam se esforçando para tocá-los, com grande envolvimento (SMI5).

5.5. Criação musical – Improvisação, Arranjo, Paródia e Composição

A criação musical apresenta-se sob quatro formas distintas de apropriação e organização dos materiais e procedimentos musicais: a improvisação, o arranjo, a paródia e a composição.

5.5.1 Improvisação Musical

A criança/adolescente improvisa tocando instrumentos e cantando sons, sílabas, notas, palavras ou células melódicas, explorando e ampliando suas habilidades perceptivas e criativas. Sendo uma forma dinâmica de produção musical, o improviso musical da criança/adolescente mostra seu estado de espírito e apresenta aspectos estruturais, semânticos e pragmáticos de seu desenvolvimento. Desenvolvida como uma brincadeira, a improvisação conduz a criança/adolescente a expor suas idéias musicais sem preocupações formais. Ao ter sua música simples, criada na hora, ligando-se à música dos colegas, ela tende a se sentir aceita pelo outro e a reduzir a exigência de fazer tudo corretamente. Isso lhe deixa mais energias psíquicas disponíveis ao seu processo terapêutico.

No presente trabalho, a improvisação vocal foi escolhida como meio de comunicação por Alessandro, de 17 anos, cuja dificuldade de relação com o mundo o mantém isolado, não mostrando perceber a musicoterapeuta e os colegas enquanto estes não produzem sons musicais. Através da improvisação vocal, Alessandro interage com a musicoterapeuta criando um diálogo sonoro através do canto de células musicais que são intercaladas entre ele e a musicoterapeuta. Sua atenção ao momento de esperar o retorno de uma frase musical para responder-lhe, sua resposta dentro dos parâmetros musicais da pergunta, sua manifestação musical impregnada de peculiaridades, as variações que ele imprime a cada nova repetição de frase, e a alegria decorrente da atividade, manifestada por sua expressão facial, mostram que, através da improvisação vocal, ele alcança o que lhe é impossível através da fala comprometida - expressar sentimentos e idéias e se sentir satisfeito ao fazê-lo. Além disso, a improvisação vocal ralentada, uma estratégia proposta pela musicoterapeuta e adotada por ele por achá-la divertida, leva-o a investir mais tempo na articulação dos fonemas, caminhando para a aquisição da linguagem verbal.

Nas vivências de improvisações vocais, a criança/adolescente usa outras vozes suas, como a voz da raiva, a voz do medo, a voz da mentira. Tomando contato com essas vozes que lhe parecem perigosas, e que são habitualmente escondidas do outro por não serem bem aceitas, a criança/adolescente atualiza a compreensão de suas próprias possibilidades vocais e emocionais. Nas improvisações de imitar vozes ou jeitos de ser dos colegas, ela mostra sua percepção acerca do outro.

Na improvisação instrumental, a invenção sem compromisso em instrumentos de fácil manejo cria uma comunicação dialógica alternativa, que permite à criança/adolescente concretizar e expor sentimentos e idéias. Isso é importante principalmente onde há dificuldade em se estabelecer um diálogo verbal. O improviso musical da criança/adolescente mostra, a ela mesma e ao outro, elementos de como ela compreende situações vividas. Isto propicia ao musicoterapeuta acompanhar seus movimentos, reforçando-os e alterando-os (STO2).

A improvisação musical em grupo leva a criança/adolescente a observar a própria música em relação à música do outro, a apresentar sua criação e

conhecer a criação do outro, a ajustar-se à produção musical do outro, a construir com o outro uma música que acolha e respeite a manifestação de todos, e a sentir-se disponível ao outro e acolhida por ele.

O improviso da criança/adolescente com dificuldades de orientação temporal costuma apresentar pouca organização rítmica e forte intensidade, e a alteração desses parâmetros dá indícios de sua evolução. Chamada a prestar atenção aos próprios improvisos, a criança/adolescente começa a escolher resultados musicais e a repeti-los, dando-lhes algum tipo de organização. Improvisos experimentados em uma sessão, como forma de imprimir uma marca pessoal a uma canção, ao serem lembrados e refeitos na sessão seguinte, acabam por se transformar em composições, passando a fazer parte do repertório do grupo (CMT17).

O cuidador reconhece as improvisações de sua criança/adolescente como demarcatórias de sua identidade e guarda gravações dela falando e cantando em várias idades ao longo de seu crescimento (CMT17). Canções improvisadas pelo musicoterapeuta levam a criança/adolescente ao contato com conteúdos importantes ao seu tratamento (STO4) e estimulam-na a introjetá-los (STO3).

5.5.2. Arranjo Musical

Na atividade de arranjo, a criança/adolescente tem oportunidade de atuar sobre uma música existente, imprimindo nela sua individualidade. Apropriando-se de uma peça musical, a criança/adolescente repete trechos preferidos, suprime partes de que não gosta, altera melodia, varia ritmo e andamento, propõe instrumentações, muda seu caráter e enxerta dramatizações. Inserindo em canções conhecidas suas contribuições rítmicas, melódicas, harmônicas e dinâmicas, ela as deixa mais prazerosas (CMT9).

As vivências propiciadas pela atividade de arranjo lembram à criança/adolescente que a música existe para a pessoa e não o contrário. Em vez de se sacrificar tentando executar perfeitamente uma peça musical, ela pode abandonar suas partes difíceis e se divertir tocando as fáceis, pode diminuir a velocidade de trechos ligeiros para conseguir tocá-los, pode

emendar partes que tornem a canção mais divertida, pode fazer o que quiser da música original. Ao imprimir suas idéias à forma como a música deve ser apresentada, ela percebe que pode alterar o que lhe é dado como pronto. Compreender que pode se colocar na música leva a criança/adolescente à percepção de que também pode se colocar no mundo.

Revedo canções conhecidas e criando novas formas de apresentá-las, a criança/adolescente analisa – ainda que rudimentarmente - uma composição feita por outra pessoa, julga seus pontos positivos e negativos, expressa suas idéias sobre ela, e torna-a mais interessante segundo seus parâmetros. Recortando-as e remontando-as, ela percebe a música em sua função de melhorar a vida da pessoa, em vez de exigir dela uma competência dificilmente alcançada. Arranjos que tornam mais fácil a interpretação de uma música favorecem que ela desfrute do prazer de tocá-la (CMT15).

Além disso, diferentes arranjos agradam a diferentes pessoas. Num dos grupos de adolescentes, um clipe da banda finlandesa Children of Boddon tocando nas guitarras “As quatro estações” de Antonio Vivaldi, com grande virtuosismo, mostrou a eles como a formação em música erudita capacitou os integrantes da banda a alcançar sucesso em seu gênero de metal pesado, nos instrumentos de sua escolha. E levou os adolescentes a procurar ouvir, em versões com a instrumentação original, a peça erudita que eles dificilmente ouviriam espontaneamente, e outras composições de Vivaldi.

Melhorar uma música, de acordo com seu gosto, sem estar presa à forma como ela foi feita pelo compositor, leva a criança/adolescente a experimentar seu poder de mudar as coisas que pareciam inalteráveis. Com isso, ela se sente também capaz de interferir em seu próprio processo de saúde, não aceitando idéias pré-determinadas sobre como deve se sentir ou se comportar em decorrência de ter determinada doença. A reflexão sobre o arranjo musical, estimulada pela apreciação de canções conhecidas por ela em diferentes arranjos, lhe mostra que as coisas podem ser de muitas formas, levando-a a desenvolver a flexibilidade (CMT16).

5.5.3. Paródia Musical

Parodiar uma canção ajuda a criança/adolescente a substituir a idéia de que qualquer variação resulta em erro - introjetada em repetidas vivências de fracasso - pela idéia de que as coisas podem ser interessantes sendo diferentes. Como a permissão para fazer diferente é uma das instâncias da paródia musical, ela aprende a valorizar a diferença e desenvolve a coragem para experimentar novas coisas. Familiarizando-se com o processo de escolher uma música e inventar uma letra encaixando-a em sua melodia, ela observa aspectos estruturais da melodia escolhida, como a métrica, a acentuação e a prosódia. A atenção a esses elementos influi no aprimoramento de conteúdos psicomotores relacionados ao seu ritmo interno/externo, a aspectos de sua fala e linguagem, e à sua orientação espaço-temporal.

Um episódio vivenciado pela pesquisadora exemplifica o uso da paródia para resolver uma situação de sofrimento. Há alguns anos, um cantor popular comentou com ela que estava tendo problemas em seus shows, porque a canção “Garota Nacional” fazia grande sucesso com a banda mineira Skank, e era muito pedida em seus shows, mas ele se recusava a cantar por causa de um trecho da canção que ia contra sua crença religiosa ao dizer “quero te provar, sem medo e sem amor”. Ele assustou-se quando a pesquisa lhe aconselhou mudar a letra para “quero te provar com todo o meu amor”. Ela lhe disse que ele não poderia fazer isso se fosse gravar a música, deixando um registro alterado dela, para o qual precisaria da autorização dos autores, mas que não via problema no fato dele mudar sua letra nos shows. Ele fez isso e lhe disse que repetia a música várias vezes em todos os shows, e que o público se divertia tanto dançando e cantando-a junto, com a letra original, que ele tinha a impressão de que ninguém nem reparava na letra que ele cantava.

Parodiando canções e direcionando-as aos objetivos terapêuticos de cada criança/adolescente, o musicoterapeuta lhe proporciona ser saudada ou homenageada por uma música (CMT9), o que resulta em prazer e gosto pela atividade (CMT8, STO2, STO5, STO6), aprendizado e canto da nova letra (STO5), permanência da atenção durante todo o tempo da canção (STO5), cumprimento de tarefas (STO4), melhora de humor (STO4), atitudes de companheirismo (STO2, STO3), vinculação afetiva (CMT9, STO5), expressão facial da criança/adolescente que não fala (STO5) e o despertar da atenção e do movimento da criança isolada (STO4).

Paródias com letras que se referem a aquisições motoras estimulam a criança/adolescente com dificuldades motoras a executar movimentos específicos (STO3, STO4, STO5). Na pesquisa, a paródia da canção “A mão direita tem uma roseira”, substitui sua letra original (“a mão direita tem uma roseira/ a mão direita tem uma roseira/ que dá flor na primavera/ que dá flor na primavera/ entrai na roda ó linda roseira/ entrai na roda ó linda roseira/ abraçai a mais faceira/ abraçai a mais faceira”) por uma letra direcionada à aquisição do movimento pela mão paralisada da criança (“a mão direita toca o teclado/ a mão direita toca o teclado/ que som lindo/ que som lindo/ que som lindo/ que som lindo”). Este procedimento leva a criança a fazer, repetidas vezes, o movimento prescrito pela fisioterapia, por ter a alegria da gratificação imediata do som como resultado de seu esforço (STO4).

Como o recurso da paródia propicia uma dupla leitura da canção, ao contrapor a letra nova à original, que permanece existindo, deve-se evitar parodiar canções do repertório folclórico, para preservá-lo. Com a criança muito pequena ou com dificuldades cognitivas, deve-se evitar parodiar canções do seu repertório de escolha, para que ela não se confunda entre a versão original e a nova letra. Versões de peças eruditas ou estrangeiras para a língua vernácula possibilitam o canto da criança/adolescente com dificuldades cognitivas (CMT16).

A paródia é acessível ao cuidador, que a usa espontaneamente para transmitir conteúdos pedagógicos à criança/adolescente e induzir movimentos, atitudes e o cumprimento de tarefas. Mesmo não sendo musicista, ele respeita a prosódia das melodias, aproveita bem as canções, faz alterações interessantes e consegue resultados (CMT6, STO4). No atendimento terapêutico, a paródia o acolhe, referindo-se a ele na letra da canção, como forma de reforçar sua importância no processo de saúde de sua criança/adolescente (CMT10).

5.5.4. Composição Musical

Desenvolvendo-se como brincadeira, a composição musical aproveita construções vocais e instrumentais em pequenas canções muito simples, relatos musicados de acontecimentos vividos pela criança/adolescente que, ao se tornarem refrões, favorecem seu vínculo com a realidade (CMT1).

Sendo a música um discurso sobre bases rítmicas e linguísticas, a composição feita pela criança/adolescente segue parâmetros matemáticos e linguísticos precisos, e a observação intuitiva de aspectos de métrica e de prosódia em sua composição comprova o caráter organizador da música e torna razoável supor que compor música denota e estimula sua organização espaço-temporal. Não precisando pensar conscientemente sobre a matemática que rege sua composição musical, ela dispõe melodias e palavras sobre um ritmo interno que é dela, e que orienta sua música.

A criança pequena ou com dificuldades cognitivas alcança sucesso compondo a partir de canções quase prontas, em que ela tem que inserir apenas uma ou duas palavras ou sons, preenchendo espaços seguindo orientações. Por seu poder de interferência no mundo, a composição musical propicia à criança/adolescente a visão de suas capacidades de atuar no mundo, modificando-o e tornando-o melhor. Ao compor ela faz parceria com o mundo de forma positiva e adequada. Ao ter sua composição musical aceita pelo outro, ela experimenta a sensação de se sentir aceita e valorizada pelo que faz.

Compor dentro de normas combinadas estimula a adequação da composição da criança/adolescente a parâmetros concretos de uso dos elementos musicais, ajudando-a a equilibrar sua expressão com as formas de funcionamento social e a construir, de maneira lúdica, a noção de atender às exigências do mundo e de colaborar com ele. O adolescente se mostra rigoroso em buscar uma composição própria, sem influências muito evidentes. A criação mais elaborada, “de adulto”, estimula-o a investir no estudo musical para conseguir interpretá-la (CMT1).

Embora em todo o trabalho musical a criança/adolescente esteja em evidência, mostrando-se através de suas escolhas musicais, é na composição que se revela mais claramente sua identidade sonoro-cultural. Suas escolhas situam-na simultaneamente como pessoa e como parte de um grupo social. Ela inventa músicas a partir dos elementos de seu repertório musical internalizado,

mostrando apropriações de ritmos, melodias e harmonias presentes em peças musicais conhecidas por ela. (STO9).

A composição musical estimula qualidades importantes ao processo de individuação da criança/adolescente, como apreciação, julgamento, escolha, criatividade, organização e realização. O desenvolvimento desses atributos leva-a a experimentar novas formas de ser, descobrir potenciais e empreender mudanças, enriquecendo sua vivência limitada pela doença. Exteriorizando através de elementos musicais o que tem em mente, ela torna sua angústia acessível a si mesma e ao outro. Na experiência de compor, ela tira de dentro de si coisas que são suas, guardadas entre tantas coisas que lhe agradam ou incomodam, e as organiza de forma a poder ouvi-las e compreendê-las, ouvindo-se e compreendendo-se.

A composição musical é um retrato da individualidade do compositor. Por isso, ela pode fortalecer a identidade de uma criança/adolescente tratada como um “grau 3” ou “grau 4” entre outras crianças prematuras que também tiveram uma hemorragia periventricular, e dos quais os profissionais de saúde não conseguem memorizar os nomes. O sucesso de suas composições musicais diante do outro estimula-a a reconhecê-las, esforçar-se em compor mais, dar atenção à delimitação de seu princípio-meio-fim e ter prazer em apresentá-las, em busca de mais gratificação e reconhecimento (CMT9).

Formas não-convencionais de escrita musical propiciam à criança/adolescente o registro e reconhecimento de suas composições (CMT16). Escritas, ilustradas, colocadas em pastas, levadas para casa, apresentadas às pessoas de seus outros espaços de vida, estudadas, preparadas e apresentadas em pequenos shows no ambiente de saúde, elas mostram a outras pessoas sua capacidade de fazer música. As músicas feitas em sessões de musicoterapia passam a fazer parte do repertório do grupo e são mais estimadas que as já existentes, numa sobreposição do valor afetivo ao musical. Algumas composições se tornam hinos do grupo. A inserção da composição musical da criança/adolescente em sua Pasta de Músicas estimula que ele a reveja e a modifique em casa, até ficar satisfeito com sua produção musical (CMT1).

A composição musical permite identificar cada criança/adolescente e tratar seus conteúdos de forma individualizada (SMI6), estender a composição a outros pacientes através do reconhecimento de semelhanças (CMT1),

diagnosticar a capacidade da criança/adolescente de aprender uma canção nova (CMT9), reforçar situações vivenciadas e evidenciar o que está sendo feito levando a criança/adolescente a perceber o grupo (STO6), estimular aquisições psicomotoras (STO1), despertar alegria e bom humor (STO1, STO6), induzir o canto (STO1), induzir movimentação, dança e expressão corporal (CMT1, STO6), conseguir gratificação imediata com pouco esforço e estimular novas aquisições psicomotoras (CMT1), inserir música em atividades não-musicais da criança, ampliando a presença da música na sua vida (CMT5) e acolher o cuidador no grupo terapêutico (CMT17).

Composições que falam de atitudes que a criança/adolescente deve desenvolver (como manter a língua dentro da boca ou vestir/despir a roupa) acalmam-na, despertam sua prontidão para a tarefa, envolvem-na no clima da diversão, são bem recebidas por ela, direcionam seu olhar para a musicoterapeuta, resultam em sucesso e contentamento, reforçam a memorização e aquisição das atitudes, tornam-nas mais prazerosos, conscientizam-na de suas etapas, orientam seu movimento e levam-na a cumprir o que a letra sugere, inclusive redirecionando atitudes inadequadas, pois o fato da fala vir envolta em música favorece a aceitação de seu conteúdo (STO1, STO2, STO4, STO5, STO6). Canções compostas para orientá-la em atividades da vida diária tornam-se demarcatórias destas, levando-a a aprender a canção e a envolver-se com o aprendizado de seus conteúdos e a começar a atividade logo que ouve seu início (STO6, STO8, STO9).

Por ser aberta, a composição musical pode partir da posição em que a criança/adolescente com dificuldades motoras consegue ficar para despertar e manter sua atenção e direcioná-la a outros posicionamentos e movimentos (STO2, STO6, STO7), descrevendo atividades complexas passo a passo e conseguindo que ela se esforce por realizar as tarefas cantadas, com uma dedicação que ela não apresenta fora da atividade musical (STO4).

Acessível a não-musicistas, a composição é usada pelo cuidador para estimular a criança/adolescente e para expressar seus próprios sentimentos sobre a situação vivida por eles (SMI5, STO5, STO7). Isso leva o cuidador que não compõe a reparar e comentar suas dificuldades (STO3). O técnico compõe e encomenda ao musicoterapeuta composições sobre conteúdos que o paciente está desenvolvendo, mostrando confiança na eficácia do recurso (STO4, STO5,

STO7). Adultos presentes ao atendimento fazem músicas espontaneamente e as cantam para o grupo (SMI6).

5.6. Expressão Corporal e Dança

Uma especificidade da dança como recurso terapêutico é que nela os elementos da música e seus correspondentes simbólicos são vivenciados e elaborados pela criança/adolescente no próprio corpo, através de seu movimento. Escutar música de ritmo regular a estimula a começar a dançar, a marcar o ritmo batendo palmas e pés e a fazer os gestos sugeridos pela letra da canção (STO1, STO2, STO3), mesmo estando cansada (SMI2). Por induzir a obediência a parâmetros de tempo e espaço, a dança reforça a relação da criança/adolescente com a realidade. Mesmo tendo dificuldades mentais e motoras, ela dança enquanto a música é cantada e pára de dançar quando a música pára, mostrando perceber o contraste som/silêncio (STO4).

Induzindo o corpo ao movimento prazeroso amparado pela música, a dança leva a criança/adolescente a criar gestos espontâneos e a aprender novos movimentos, introjetando posturas e gestos importantes ao seu desenvolvimento motor, como rolar ou manter a cabeça erguida, levando-a gradativamente a gestos mais elaborados (STO1, STO2). A dança com movimentação dada pela letra da canção orienta seu direcionamento aos objetivos de seu plano terapêutico (CMT9, STO1, STO2). Coreografias especiais trabalham aquisições motoras específicas, corrigindo gestos e posturas (CMT9). Atividades de alternar movimento e não-movimento ao som de música e silêncio estimulam a percepção de suas facilidades e dificuldades em diferentes posturas, e levam-na à consciência de suas possibilidades motoras (CMT9).

Pelo fato da dança lhe ser familiar e estar associada ao convívio social prazeroso, a criança/adolescente descobre formas de praticá-la. Mesmo tendo grande dificuldade motora, ela cria uma dança própria, em resposta à música ouvida (STO2). Sendo associada a momentos de alegria e confraternização, a dança enriquece as atividades de sua vida diária e abrilhanta os momentos de comemorações. Complementada pela vestimenta de fantasias, ela lhe proporciona introjetar conteúdos de vestir-se/despir-se, importantes à sua formação de hábitos. Trabalhos específicos de dança, direcionados à criança/adolescente com impedimentos motores, desenvolvem

atividades prazerosas e interessantes que podem ser feitas em postura sentada, em cadeira de rodas e com o uso de órteses ou próteses.

Por ser linguagem, a dança propicia a expressão da criança/adolescente (SMI2, SMI5), leva-a a fazer gestos muito expressivos (SMI8) e lhe possibilita comunicar-se com o grupo (CMT8, STO9). A assimilação, criação e uso de gestos que se tornam emblemáticos para o grupo permite à dança assumir o lugar da expressão verbal onde ela é difícil ou impossível (CMT3, SMI5, STO1, STO2), ajudando o grupo a acolher em suas atividades a criança/adolescente que não fala (CMT8, STO9). A dança induz a criança/adolescente a se mostrar mais atenta ao entorno e a interagir com o grupo (STO3). O desejo de participar da atividade de dança, movimentando-se seguindo a letra da canção, a incentiva a se empenhar muito (STO5).

Por sua riqueza de possibilidades, a dança estimula diversas aquisições psicomotoras, sendo bem aceita mesmo pela criança/adolescente com dificuldade de concentração (STO2). Compatível com diferentes tipos de música, ela segue as escolhas musicais da criança/adolescente, complementando outras atividades iniciadas por ela. A variedade de formas em que a dança pode se apresentar lhe garante escolher as que consegue dominar, nas quais pode obter sucesso e sentir-se gratificada (STO2). Ela atua na prevenção de problemas ósteo-musculares, melhora as funções motoras da criança/adolescente, e pode satisfazer sua necessidade de contato físico, transformando gestos inadequados em atividades adequadas e organizadas (CMT1). Com ritmos variados, ajuda-a a ser mais flexível.

A dança espontânea desenvolve na criança/adolescente aspectos de autoconhecimento e auto-expressão. A dança coreografada estimula nela aspectos de adequação social, prontidão para o aprendizado, percepção da relação entre música e gesto, imitação e assimilação de gestos, memorização de seqüências de movimentos, aprimoramento de sua coordenação audio-motora, consciência corporal, autonomia e manutenção do gesto, controle tônico-postural, expressão não-verbal, atuação individual e grupal e contato físico, conteúdos que resultam em sentimentos de orgulho e vontade de mostrar as posturas difíceis que consegue fazer (CMT9). A dança aos pares favorece o reforço de questões de gênero, o estabelecimento de diálogo e a vinculação afetiva.

Sendo a dança praticada pelas pessoas sem necessidade de formação específica na área, o cuidador se anima a dançar com sua criança/adolescente (SMI2, SMI8),

descobrimo formas de posicioná-la para que ela dance (SMI8), e usa a dança para conseguir que ela realize tarefas que se recusa a fazer sem dança (STO3).

O direcionamento da dança ao desenvolvimento de potencialidades da criança/adolescente deve estar atento a não evidenciar suas dificuldades motoras, valorizar os movimentos que podem ser feitos e não chamar atenção sobre os que não podem ser feitos, e observar sua segurança, ajudando-a a evitar movimentos perigosos.

5.7. Ensaio e Apresentação Musical

No atendimento terapêutico, a criança/adolescente se familiariza rapidamente com a atividade de apresentação musical participando como público das apresentações de um colega que toca e recebe aplausos (STO4) ou do musicoterapeuta, que canta à frente de sua maca se acompanhando por um instrumento musical (SMI4). O musicoterapeuta pode evidenciar para ela como, diante de uma apresentação musical, ela pára o que está fazendo e presta atenção ao show (SMI4).

A criança pequena tem prazer em pegar espontaneamente um instrumento musical, tocá-lo e bater palmas ao final da própria apresentação (STO1, STO5, STO6), esperando aplausos (STO1), buscando a aprovação do musicoterapeuta (STO4), manifestando alegria por receber aplausos do cuidador (STO2, STO3, STO4, STO5, STO6) e chamando outras pessoas para ver seu show (STO3, STO6). Ver outra criança tocando um instrumento musical a estimula a tomá-lo e ir com ele se olhar no espelho, tentando alcançar a *performance* do colega (STO3). Alternando ser público dos colegas e apresentar-se diante deles, ela vivencia as dinâmicas figura-fundo e sucesso-fracasso, presentes nas relações sociais (CMT9).

A criança maior pode manifestar ansiedade diante da possibilidade de rejeição do outro, e o ensaio a ajuda a se sentir mais segura com sua *performance* (SMI5), lhe favorece explorar suas habilidades criativas e adaptativas, a faz ter idéias para o show e estudar formas de realizá-las e levam-na a vivenciar aspectos de memorização, autoconhecimento e auto-aperfeiçoamento. Ensaiar diante de um espelho a estimula a se ver como musicista e a investir em sua postura (CMT17). Embora a música tenha um forte caráter de tempo presente, por acontecer no momento de sua execução, os ensaios permitem sua preparação para o futuro, propiciando à criança/adolescente

vivências de planejar, executar e avaliar idéias pautadas na realidade, aceitando tarefas pouco prazerosas para alcançar a gratificação posterior do sucesso.

A possibilidade da criança/adolescente apresentar-se diante do outro e receber aplausos está diretamente relacionada à sua capacidade de escolher, organizar e estudar o repertório que pretende interpretar. O prazer da atividade a motiva a se dedicar e a enfrentar seus medos (CMT7). Preparar-se diminui seus riscos diante do outro, fortalece sua segurança, aumenta suas chances de satisfação e leva-a a responsabilizar-se por suas coisas (CMT6, CMT15). Como no ambiente terapêutico a platéia composta por familiares e técnicos não é muito exigente, ela tem muitas chances de ser aplaudida, o que lhe traz alegria, fortalece sua auto-estima e a entusiasma a preparar novos números musicais, mudando seu comportamento para receber a gratificação do aplauso (CMT5). O registro da apresentação através de filmagens, ajuda-a a avaliar sua evolução musical (demarcatória de sua evolução psicomotora), rever conceitos sobre si mesma e se valorizar (CMT12).

Apresentar-se ao outro leva a criança/adolescente a desenvolver habilidades sociais. Ela agrupa-se com os colegas, canta diante deles e com eles, amplia o tempo de estar em evidência através da repetição da canção, aplaude e é aplaudida (CMT9, CMT12, STO6, STO7), vincula-se afetivamente ao outro lhe oferecendo números musicais (CMT2), e experimenta o prazer de ter sucesso (CMT2). A resposta positiva do público leva-a a lhe dar atenção através de tocar, parar e esperar aplausos (CMT8). Ponto culminante da apresentação musical, o aplauso interrompe sua movimentação estereotipada, transforma sua produção sonora indefinida em uma peça musical organizada, leva-a a criar movimentos e sons que mostrem ao público o momento de aplaudi-la (CMT17) e, ao ser inserido em cada etapa da atividade, estimula-a a prosseguir para a etapa seguinte (STO4). Uma vez introjetado por ela como prazeroso, ele pode ser transferido para outros conteúdos de seu processo terapêutico, em improvisos que direcionam e comemoram aquisições psicomotoras, como “palmas pra Júlia que vai tirar os sapatos, palmas pra Júlia que tirou as meias” (STO4).

A apresentação musical é o momento da criança/adolescente mostrar ao outro tudo que foi conseguido por ela, em seu empenho para melhorar. Ela é especialmente importante no contexto hospitalar, onde a criança/adolescente tem muito tempo disponível e nada para fazer. Envolver-se na realização de um espetáculo a ocupa e a distrai de sua dor. Para algumas crianças/adolescentes, a comemoração de seu aniversário no ambiente de saúde é a única que ela vai ter naquele ano.

A preparação para se apresentar diante do outro faz o adolescente se dedicar mais ao seu instrumento musical, se esforçando para aparecer melhor (CMT3). A experiência de apresentar-se tocando diante de outras pessoas e ser aplaudido estimula sua coragem para tocar músicas mais complexas e socialmente significativas, como as que tocam no rádio ou fazem parte de trilhas de novelas, que por serem associadas a adultos, têm para ele status mais alto que as canções infantis (CMT1).

A apresentação musical da criança/adolescente mobiliza o afeto do cuidador, que sente falta de vê-la em eventos sociais, às quais suas dificuldades impedem o acesso, e a estimula a cantar em público as músicas que ela canta em casa (STO3), manifesta orgulho dela (CMT15), e, envolvido no clima da apresentação musical, ajuda outras crianças/adolescentes a se apresentarem (SMI5).

6. Reflexões finais

A música é uma demanda do ser humano em todas as sociedades conhecidas, fazendo parte do cotidiano de crianças e adolescentes, inclusive em abordagens terapêuticas. Ela se mantém como uma prática prazerosa e estimuladora até entre crianças e adolescentes muito pobres, cujas famílias não podem arcar com o custeio de instrumentos e estudos, e entre crianças e adolescentes com limitações mentais e/ou motoras impostas por diferentes doenças e em situações de confinamento domiciliar ou hospitalar que reduzem sua interação com o ambiente e dificultam o desenvolvimento de seus potenciais.

O mapeamento dos recursos musicais em suas possibilidades terapêuticas disponibiliza ao musicoterapeuta, e a outros profissionais de saúde, formas de seu direcionamento a aspectos gerais e específicos dos processos de saúde vividos por diferentes crianças e adolescentes. O conhecimento das várias formas pelas quais esses recursos podem atuar terapêuticamente possibilita adequá-los a diferentes objetivos, afinidades, habilidades, crenças e recursos materiais. Adaptáveis às situações clínicas, eles apresentam potencial para estimular diferentes aquisições de saúde, e se mostram como uma opção à criança/adolescente submetida a procedimentos dolorosos e cansativos, comuns nos espaços de saúde. Eles disputam e – na maioria das vezes - ganham sua atenção, levando-a a rir e a desviar o olhar do que a faz sofrer para se envolver em práticas musicais que lhe parecem mais interessantes.

A observação sistemática dos recursos musicais em sua aplicação ao processo de saúde de crianças e adolescentes mostra que a especificidade de cada um deles tem muito a oferecer aos pacientes. Apesar das vivências musicais englobarem vários recursos simultaneamente, a investigação proposta por esta pesquisa, analisando cada um deles em suas particularidades, mostra, a cada novo olhar, a enorme riqueza oferecida por práticas simples e acessíveis, que, muitas vezes, do ponto de vista da pessoa envolvida nelas, são determinantes de sua qualidade de vida, e até de sua vida.

Acessíveis a crianças e adolescentes com graus diversos de resposta psicomotora, aceitos e buscados espontaneamente por elas, os recursos musicais despertam na criança/adolescente isolada o interesse pelo mundo; impulsionam a criança/adolescente com impedimentos motores a melhorar suas habilidades; oferecem à criança/adolescente com dificuldades cognitivas o prazer estético em atividades musicais que não exigem conhecimentos anteriores; enriquecem com entonações e ritmo os movimentos fonadores e articulatórios da criança/adolescente com prejuízos de linguagem; dão à criança/adolescente

com transtornos de comportamento formas de ser aceita por fazer música, abandonando a necessidade de se mostrar através de atitudes negativas e criminosas; oferecem à criança/adolescente com visão subnormal formas de explorar seus outros sentidos.

Como os recursos musicais permitem uma grande diversidade de práticas, pequenos cuidados tornam possível seu oferecimento em diversos ambientes de saúde. A reflexão sobre seus benefícios e a constatação de mudanças de atitude propiciadas tão rapidamente ao paciente pela atividade musical justificam a experimentação criteriosa de seus procedimentos até que se encontrem formas de otimização de sua aplicação a cada ambiente de saúde. O levantamento de atividades musicais adaptáveis à situação dos pacientes, e a correção de eventuais problemas decorrentes da aplicação destas, permitem a adoção de práticas que envolvam a criança/adolescente, mantenham-na de bom humor e estimulem a aquisição de conteúdos importantes ao seu processo de saúde. À constatação de que algum deles tumultua o atendimento dos pacientes, outros recursos podem ser adotados ou os mesmos podem ser usados de outras formas. O tumulto causado pela confusão sonora resultante de algumas atividades (como o som da flauta-doce mascarando o som do apito da máquina de medicação e o acolhimento de muitos pacientes num mesmo horário para aproveitar as atividades musicais) pode ser minimizado com a reorganização da atividade.

Tendo como sujeitos crianças e adolescentes sem autonomia, muito dependentes de seu cuidador e em alguns aspectos parecendo formar uma unidade com ele, esta investigação teve sua atenção chamada para o intenso grau de adesão do cuidador às práticas musicais, tanto para melhor direcioná-las à sua criança/adolescente, como para deleite próprio. Sendo a adesão ao tratamento determinante de seu sucesso, o atendimento de crianças/adolescentes que dependem de seu cuidador para aderir ao tratamento precisa seduzir o cuidador. Enfraquecido pela deficiência crônica que manterá seu filho à margem do sucesso social, ameaçado pelo luto anunciado do filho portador de doença degenerativa, esgotado pela sobrecarga de cuidados que a doença do filho lhe impõe, e afligido pelo desconhecimento que ainda paira sobre muitos diagnósticos, expressar-se através da música pode ajudar o cuidador a se manter emocionalmente saudável. Em suas várias formas, os recursos musicais lhe oferecem o compartilhamento de momentos prazerosos com sua criança/adolescente e maneiras de se manter motivado e capacitado a ampará-la e a estimulá-la rumo à saúde.

Sendo a música uma prática cultural, o envolvimento do técnico não-musicista, adotando rapidamente o oferecimento dos recursos musicais ao seu paciente, e fazendo música como fruição pessoal, mostra a possibilidade de que também ele, sujeito ao trabalho estressante em ambientes pautados pela doença, use os recursos musicais em benefício

próprio e se sinta seguro a explorá-los em seu trabalho. A escuta terapêutica enriquecida pela música pode propiciar ao profissional de saúde melhor acolhimento do paciente, mais dados para a compreensão de seu processo de saúde e recursos menos invasivos para seu tratamento.

Embora a presença de um musicoterapeuta coordenando o oferecimento das atividades musicais no ambiente de saúde garanta maior riqueza musical e melhor direcionamento dos recursos musicais aos objetivos de saúde de cada paciente, como a música é uma prática comum à maioria das pessoas, e é acessível a não-musicistas, as atividades musicais podem desenvolver-se entre pacientes, cuidadores e técnicos, dentro de suas possibilidades, com práticas musicais acessíveis aos seus conhecimentos, sugeridas por eles e valorizando suas histórias de vida, resultando em ganhos para todos.

Este mapeamento dos recursos musicais em suas possibilidades de atuação terapêutica procurou mostrar ao profissional de saúde que ele pode se aproximar da música com admiração, alegria e simplicidade, usando-a para melhorar sua vida e a de seu paciente. Ele está disponível à comunidade científica, e só seu uso poderá conferir à pesquisadora mais alegria por sua realização.

REFERÊNCIAS

- AIGEN, Kenneth S. Estilos de música popular na improvisação clínica. In: FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 3, 2001, Curitiba, PR. Anais... Curitiba: Associação de Musicoterapia do Paraná, 2001, p. 116-118.
- AKTAS, G., OGCE, F. (2005). Dance as a therapy for cancer prevention. **Asian Pac J Cancer Prev.** Jul-Sep 2005;6(3):408-11.
- ALBINATI, Maria Eugênia Castelo Branco. **A musicalização da pessoa com necessidades especiais.** Monografia, orientador Prof. Dr. Lucas Bretas, Especialização em Educação Musical. Belo Horizonte: Escola de Música UFMG, 1996.
- ALBINATI, Maria Eugênia Castelo Branco. Musicoterapia com meninos de rua. In: SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO MUSICAL, 4, 1994, Belo Horizonte, MG. Belo Horizonte: Escola de Música da UFMG, 1994a.
- ALBINATI, Maria Eugênia Castelo Branco. O uso não-convencional de instrumentos musicais convencionais em Musicoterapia. In: I ENCONTRO MINEIRO DE MUSICOTERAPIA, 1, 1994, Belo Horizonte, MG. Belo Horizonte: Associação Mineira de Musicoterapia, 1994b.
- ALVIN, Juliette. **Musica para el niño disminuído.** Buenos Aires: Ricordi, 1966.
- ALVIN, Juliette. **Musicoterapia.** Buenos Aires: Paidós, 1967.
- ANZIEU, Didier. **Le Moi-peau.** Paris: Bordas, 1985.
- ARISTÓTELES. **Arte poética.** São Paulo: Martin Claret, 2003.
- BAKHTIN, Mikhail. **A cultura popular da Idade Média e no Renascimento.** São Paulo: Hucitec / Annablume, 2002a.
- BAKHTIN, Mikhail. **Questões de Literatura e de Estética: a teoria do romance.** São Paulo: Hucitec /Annablume, 2002b.
- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes e SANTOS, Marco Antônio Carvalho. A natureza polissêmica da música e a Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano 1, n. 1. Rio de Janeiro: UBAM, 1996.
- BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. A importância da análise musical para a Musicoterapia. In: ENCONTRO PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 1 e ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 2, 2001, Curitiba, PR. Anais... Curitiba: Associação de Musicoterapia do Paraná, 2001, p. 82-87.
- BARTON, Anna. **Danças Circulares - Dançando o Caminho Sagrado.** São Paulo: Triom, 2006.

BERENDT, Joachim E. **O jazz do rag ao rock**. São Paulo: Perspectiva, 1987

BLESH, Rudi. Combo. **Oito estórias do jazz**. São Paulo, Cultrix, 1971.

BONI, Valdete e QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em tese Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Vol. 2 nº 1 (3), jan-jul/2005, p. 68-80 – Disponível em: www.emtese.ufsc.br

BONNY, Helen. The role of Taped Music Programs. In **The GIM process: theory and product**. GIM Monograph n.2. Baltimore: ICM Books, 1978.

BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Fundamental. **Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica**. Disponível em: http://www.mec.gov.br/seesp/pdf/res2_b.pdf

BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: arte**. Rio de Janeiro: DP&A. 2000.

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CAIRNS, Earle. **O cristianismo através dos séculos**. São Paulo: Vida Nova, 1995.

CALADO, Carlos. **Jazz ao vivo**. São Paulo, Perspectiva, 1989.

CAMPBELL, Don. **O efeito Mozart**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CANO, José Ricardo. O riso sério: um estudo sobre a paródia. **Cadernos de Pós-Graduação em Letras**. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 83-89, 2004.

CARNEIRO, Luiz Orlando. **Obras-primas do jazz**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1986.

COSTA, Leonardo Pimenta; NAJAS, Célia Carvalho; ALBINATI, Maria Eugênia Castelo Branco. A Musicoterapia junto a pacientes e internos de enfermagem pediátrica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR, 5, 2000, São Paulo, SP. São Paulo: Centro de Psicoterapia Existencial, 2000.

CRUZ P., Sandra; PIROVICH B., Hugo; PEÑA T., Eloísa. La música en el trabajo de parto. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago ISSN 0048-766X, 68(1):68-74, 2003.

DARTIGUES, André. **O que é a fenomenologia?** São Paulo: Centauro, 2003.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DEUTSCH, Silvia. **Música e dança de salão: interferências da audição e da dança nos estados de ânimo**. 1997. Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo.

DINVILLE, Claire. **A técnica da voz cantada**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1993.

DOBBS, J. P. B. **Music and backward children**. London: Society for Music Therapy and Remedial Music, 1960.

FIELDS, Beatrice. Music as an adjunct in the treatment of brain-damaged patients. **American Journal of Physical Medicine**, 33-35, oct 1954, p. 273-283.

FRYE, Northrop. **Anatomy of Criticism**. New Jersey: Princeton University Press, 2000.

GAINZA, Violeta Hemsy de. **Estudos de Psicopedagogia Musical**. São Paulo: Summus, 1988.

GASTON, E. Thayer. **Music Educator Journal**. Feb-mar 1951.

GHEUR, Helen Patitucci Grassi. Relato de experiência realizada no Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz em Curitiba, Paraná. In: ENCONTRO PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA, 1 e ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 2, 2001, Curitiba, PR. Anais... Curitiba: AMT-PR, 2001, p. 66-70.

HUTCHEON, Linda. **Uma teoria da paródia**. Lisboa: Edições 70, 1989.

ILARI, Beatriz. Notícia. **CNN Brasil**, 23/07/02, 7:30 AM Brasília (1030 GMT).

JOLLES, André. **Formas simples**. São Paulo: Cultrix, 1976.

JOSEPHA, M. The therapeutic value of instrumental performance for severely handicapped children. **Journal of Music Therapy**, vol I, 1994, n. 3, p. 73-79.

JOURDAIN, Robert. **Music, the brain and ecstasy. How music captures our imagination**. New York: William Morrow and Company Inc., 1997.

KENNY, Carolyn. **The field of play: theoretical study of Music Therapy process**. 1987. Tese (doutorado) – Fielding Graduate University, The Fielding Institute, Santa Barbara, CA/U.S.A.

KESSLER, Howard E. e HRUBY, Aloys. Dentistry and the musical wind instrument problem. **Dental radiography and photography**, vol 32, n. 1, 1959.

KORSON, Frances. Music therapy for children with muscular dystrophy. GASTON, E. THAYER (org.) **Music Therapy, 1957**. Lawrence, Kansas: The Allen Press, 1957.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber – manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: UFMG/Artmed, 1999.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo – um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LINO GONZÁLEZ, Ana Luisa; ARCE MÁRQUEZ, María Verónica. Música clásica y rehabilitación en retardo del lenguaje. **Anales de Otorrinolaringología Mexicana**. Sociedad Mexicana de Otorrinolaringología, México ISSN 0188-8323, 2000.

LLOYD, Norman. **The new golden song book – words and music for 72 favorite songs and singing games.** New York: Golden Press, 1945.

McKEE, John D. **Two legs to stand on - my battle with cerebral palsy.** New York: Appleton Century Crofts Inc., 1955.

MICHEL, D. E. e MARTIN, D. Music and self-esteem research with disadvantaged problem boys in an elementary school. **Journal of Music Therapy**, VII (Winter 1970), n. 4, pp. 124-128.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MLODINOW, Leonard. **O arco-íris de Feynman.** Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

MUGGIATI, Roberto. **Rock, o grito e o mito.** Petrópolis, Vozes, 1973.

PARIZZI FONSECA, Maria Betânia. **O canto espontâneo da criança de três a seis anos como indicador de seu desenvolvimento cognitivo-musical.** 2005. Dissertação (mestrado) - Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

PEDRAZA GUTIERREZ, Andrea del Pilar *et al.* Musicoterapia para educación en higiene oral. **Universitas odontologica**, Facultad de Odontologia, Pontificia Universidad Javeriana, vol. 1, Bogotá ISSN 0120-4319 20(41):18-24, may 2000.

PEREIRA, Eugenio Tadeu. Brincar, brinquedo, brincadeira, jogos, lúdico: convergências e divergências. **Revista Presença Pedagógica**, v.7, n.38, mar/abr 2001.

PIAZZETTA, Clara Márcia. Musicoterapia com meninos de rua, uma experiência que deu certo! **FÓRUM PARANAENSE DE MUSICOTERAPIA**, 3, 2001, Curitiba, PR. Anais... Curitiba: Associação de Musicoterapia do Paraná, 2001, p. 109-115.

ROJAS-BERMUDEZ, J. El objeto intermediário. **Cuadernos de Psicoterapia**, 2 (2): 25-32. Buenos Aires: Genitor, 1967.

RUUD, Even (org.). **Música e saúde.** São Paulo: Summus, 1991.

RUUD, Even. **Caminhos da Musicoterapia.** São Paulo: Summus, 1990.

SACKS, Oliver. **Alucinações musicais: relatos sobre a música e o cérebro.** São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SEVERIANO, Jairo e HOMEM DE MELLO, Zuza. **A canção no tempo – 85 anos de músicas brasileiras**, vol. 1: 1901-1957. São Paulo, Editora 34, 1999.

SIGREN, Valeska. Musicoterapia y el niño sordo. **Revista Médica Clínica Las Condes**, Santiago, Chile, Vol.14,n.1, ene 2003.

SOUZA, Vera Helena Pessôa de. **Contribuições ao estudo da hiperatividade: determinação de índices para avaliação de comportamento irrequieto e alternativa de**

tratamento através de música. 1995. Tese (doutorado) – Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo.

SWANWICK, Keith. **Ensinando música musicalmente.** São Paulo: Moderna, 2003.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TOMATIS, Alfred A. **The conscious ear.** Barrytown, NY: Stations Hill Press, 1991.

TSE, M.M., CHAN, M.F., BENZIE, I.F. The effect of music therapy on postoperative pain, heart rate, systolic blood pressures and analgesic use following nasal surgery. **J Pain Palliat Care Pharmacother.** 19(3):21-9, 2005.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VALDÉS MARÍN, Rolando. Aplicación de la Musicoterapia en la clínica psicológica infantil utilizando instrumentos de fácil adquisición o construcción. **Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana.** Corporación Nacional de Higiene y Enfermedades Mentales, vol. 1. Habana ISSN 0138-7103 41(1):74-77, ene-abr 2000.

WIGRAM, Tony e LAWRENCE, Margaret. Music therapy as a tool for assessing hand use and communicativeness in children with Rett Syndrome. **Brain and Development,** Volume 27, Supplement 1, Nov 2005, Pages S95-S96.

WILLEMS, Edgar. **As Bases Psicológicas da Educação Musical.** Bienne, Suíça: Promusica, 1968.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WOSIEN, Bernhard. **Dança: um Caminho para a Totalidade.** São Paulo: Triom, 2000.

APÊNDICES

Apêndice A - Descrição das Sessões

Grupo 1 - Consultórios de Musicoterapia (CMT)

Sessão 1 – Semana de 23/04/07 a 27/04/07 (CMT1)

Alessandro descobre o teclado em forma de carrinho e não quer entregá-lo na saída.

A musicoterapeuta mantém Gustavo sentado ao piano, para evitar quedas. Ele se levanta várias vezes para pegar coisas sobre o piano, ela muda a dinâmica do que está tocando e ele volta a se envolver com o som do piano, se senta e toca também. Tem uma convulsão, volta à consciência, ri para a musicoterapeuta e continua tocando. Chuta o piano, tenta pisar os pedais. Quase não usa o braço esquerdo, a musicoterapeuta faz com ele a brincadeira de bater nas mãos um do outro ao som da canção “Pirulito”. Com ajuda, ele bate em suas mãos. Permanece pouco tempo em cada atividade. Fala pequenas frases. A musicoterapeuta canta com ele canções de seu repertório, espera ele completar o fim das palavras, e ele consegue fazê-lo. Aprende música nova que ela lhe ensina sobre o colega, “Ó Miguel”, e a canta inteira.

A mãe de Miguel diz que, em casa, ele alterou sua composição, substituindo “minha amiguinha” por “tão bonitinha”. Ele sobe na musicoterapeuta buscando contato físico, e ela o direciona a dançar com Gustavo, posiciona os dois sentados no chão, um de frente para o outro, e as mães os ajudam a mandar a bola um para o outro, enquanto ela compõe, toca e canta a canção “Jogando bola”. Esta é a sessão em que os dois conseguem mais interatividade. Espontaneamente, cada mãe cuida da outra criança.

André chega cedo, vê a musicoterapeuta e Iranildo tocando flautas transversas, se senta em silêncio e fica quieto durante seis minutos, olhando atentamente para eles. Quando Iranildo sai, ele olha em volta e pega um leão marinho de borracha. A musicoterapeuta propõe fazerem uma música para o leão marinho, e compõe “O leão marinho”, aproveitando a movimentação corporal de André para sugerir “ele bate com a mão, ele bate com o pé”. André acompanha a canção cantando junto e fazendo os gestos, e repete a canção muitas vezes. André pede para ouvir a canção “A noite no castelo”, que ouviu na semana passada. Quando a

música começa ele diz “Andé tem medo!”, a musicoterapeuta desliga o som, ele espera um pouco e diz “põe o vampilo outra vez”. Faz isso por três vezes, ouve o início da música (“a noite no castelo é mal assombrada, lá tem uma bruxa/vampiro/fantasma que faz assim”), pede pra tirá-la porque tem medo, e por fim pede para a musicoterapeuta não por mais o CD.

Felipe toca algumas canções antigas, com apenas cinco notas, a maioria composta pela musicoterapeuta, para que ele posicione as mãos no teclado e não precise mudá-las de lugar ao longo da música. Ela lhe dá uma canção com seis notas, ele tem que resolver o problema de mover as mãos ao longo do teclado e reclama do aprendizado da sexta nota, mas diante da possibilidade de tocar músicas mais elaboradas, “de adulto”, ele sente coragem para soltar a mão, e cria soluções interessantes para problemas de passagem de dedos, exercitando raciocínios espaciais a partir da necessidade de distribuir os dedos em relação à extensão das notas da música estudada, e ela o elogia por isso. Felipe tenta tocar sem ler a partitura, para olhar os dedos no teclado, criando um artifício para memorizar as notas, e ela o elogia também por isso. Ele decora uma música simples e a toca muitas vezes seguidas, sem parar, feliz com o resultado. Ele comenta seu Concerto de Natal, no qual foi muito aplaudido, e diz que agora quer tocar músicas de adulto nos próximos concertos. A musicoterapeuta lhe dá uma versão da canção sertaneja “Pense em mim”, na tonalidade em que ele pode aproveitar mais as seis notas que já conhece. Ele reclama da dificuldade, mas não resiste e começa a tocar. Como quer ver o resultado, acaba tocando a música toda.

Paulo vai direto ao teclado, tira as mãos da musicoterapeuta do teclado e não a deixa tocar, só ele toca. Arrasta-se até a Adriana e disputa o tambor com ela. Chora quando André grita. Arrasta-se até pegar o pandeiro no chão, segura-o com as duas mãos e faz som. Arrasta-se até o teclado e tenta ficar de pé para tocá-lo, a musicoterapeuta o ajuda a posicionar-se e ele toca de pé, muito tempo, apoiado nos cotovelos, na maior alegria. Adriana bate com força nos instrumentos musicais e os leva à boca. Presta atenção a Paulo, mostrando gostar de tocar junto com ele.

A sessão de Eric, Henrique e Bianca acontece na casa da estagiária, comemorando seu aniversário, para familiarizar os três com outros ambientes. O marido da estagiária chega e ela lhe diz que vai lhe apresentar o grupo, Henrique pega rapidamente a flauta e toca a “Ode à alegria”, que o grupo parodiou dando-lhe uma letra que apresenta os participantes e a dinâmica do grupo. A musicoterapeuta reflete com ele sobre ele ter apresentado o grupo ao marido da estagiária usando a linguagem musical em vez da verbal, e ele sorri.

Iago entra na sala trazendo dois DVDs, “Tico e Teco” e “Shrek”, e tenta por um deles na TV. A mãe diz que o tirou de todas as terapias porque nelas ele só assiste aos DVDs e

repete as falas destes obsessivamente. A musicoterapeuta o contém enquanto ele a chuta e cospe nela, tentando ligar o DVD. Ela põe o DVD no computador e ele muda de atitude e se posiciona para assisti-lo. Com pouco tempo de projeção do filme, ela o interrompe e pesquisa imagens de Tico e Teco na internet, inventando e cantando uma música que mistura Tico e Teco e Iago, enquanto ele grita e bate nela, tentando voltar ao filme. Quando as imagens aparecem na tela, ele pára e presta atenção a elas. A musicoterapeuta recorta uma imagem de Tico e Teco e a coloca numa página e fala “Iago” e começa a escrever “Iago” e ele segura suas mãos e tecla o resto do nome. Ela fala “Tico e Teco” e ele se adianta e escreve “Tico e Teco”, aceitando ajuda dela. Ela lhe dita as letras da música que cantarola e o ajuda a escrever a canção “Tico e Teco”, e a imprime. Ele não espera o papel sair da impressora e o puxa e rasga. Eles a imprimem de novo, ela lhe dizendo para esperar ficar pronto, e ele espera e eles a cantam, ela tocando ao piano, mas ele tampa os ouvidos e tira as mãos dela do piano. Ela volta ao computador e faz a música “Shrek” e a imprime. Depois fotografa Iago e imprime sua foto. Ela lhe diz para levar a foto e as músicas para colocar na Pasta de Músicas. Ele sai e mostra as folhas à mãe e lhe conta o que fizeram, e esquece os DVDs na sala.

Sessão 2 – Semana de 30/04/07 a 04/05/07 (CMT2)

Alessandro canta muito, a sessão inteira, olhando sempre a musicoterapeuta nos olhos. Faz com a voz os finais de frases ralentando e rindo, brincando disso. Aprende músicas novas.

André vai direto aos instrumentos musicais, toca todos, um a um, experimentando-os. Percebe um instrumento novo, uma corneta com 3 tubos, e a sopra com força do lado errado, não sai som, aí a vira do outro lado, enche o peito de ar e toca, conseguindo tirar som. Alegre, canta inteirinha a música que fez na sessão passada, sozinho, mostrando que se lembra dela. Joga “A grande orquestra” com a musicoterapeuta e a babá, transgredindo as regras. Canta sozinho atendendo ao pedido da musicoterapeuta. Quando ela canta para o Paulo ele pede “agora, André”. Pede para ela tocar a música “A noite no castelo” e diz ter medo. Ouve dosando-a: “tira rápido”, “põe mais”, “tira, André tá com medo”, “põe mais Castelo assombado”, “fecha a janela e apaga a luz”, e a musicoterapeuta tira e põe a música para tocar, fecha a janela e apaga a luz, faz e desfaz o clima ao seu comando. Ele ouve a faixa inteira com a luz apagada, faz som de vampiro, bruxa e fantasma, e diz “agora é sem medo”.

Felipe chega e sua mãe conta entusiasmada seu sucesso em matemática e o relaciona à Musicoterapia. A musicoterapeuta lhe mostra que ele criou uma estratégia para aprender músicas novas, dizendo que não vai conseguir tocá-la, estudando e tocando-a, e lhe mostra

que isso aconteceu com todas as músicas que ele tem na pasta. Ele diz que está desanimado de estudar música sozinho, em casa, e ela lhe diz pra estimular suas irmãs a aprender música para eles formarem uma banda e ele se anima. Ele quer se apresentar tocando e ela lhe propõe tocar num lar de idosas, porque elas aplaudem mesmo que o artista erre, e ele se anima.

Gustavo chega mole e a musicoterapeuta o senta ao piano e o mantém assim toda a sessão, para ele não cair. Sua mãe chora muito. Ele e Raphael ficam para a sessão do Miguel, que faz festa comemorando o aniversário de sua babá.

Posicionados pela musicoterapeuta, Paulo e Adriana fazem jogos de dupla, passando a bola um ao outro ao som da canção “Jogando bola”. Os dois têm dificuldade em manusear a bola, não entendem as regras do jogo, mas prestam atenção à bola. Adriana tenta morder a musicoterapeuta, que lhe dá um teclado e ela o toca com as duas mãos, principalmente a direita. Faz muitos sons vocais fortes, parecendo ter intenção de canto.

A musicoterapeuta pergunta o que vão cantar no mês de maio, Henrique responde que é o mês das mães, de Maria, das noivas e da libertação dos escravos. Bianca diz que quer uma música de noiva pra ela ficar noiva de seu namorado Renato. O grupo parodia a “Marcha Nupcial” de Mendelsohn descrevendo seu casamento.

Iago chega arrastado pela mãe, grita e bate nela, não quer entrar, joga longe os DVDs que trouxe, do “Tico e Teco” e do “Shrek” e grita para a musicoterapeuta colocá-los na TV, mas ela os deixa no chão e abre o arquivo com as músicas “Tico e Teco” e “Shrek” e as canta e toca na marimba e no teclado. Ele toma os instrumentos dela, toca algumas notas neles e os joga longe, mas aprende as letras das canções e as canta junto com ela.

Sessão 3 – Semana de 07/05/07 a 11/05/07 (CMT3)

Felipe chega animado, diz que vai ensaiar para tocar no asilo porque o público vai aplaudi-lo mesmo errando. Trouxe a irmã e a musicoterapeuta lhe ensina um pouco de piano e violão. Ela diz que ele nunca pega no teclado em casa, só fica vendo novela na TV, mas ensaiou três vezes nessa semana, só para tocar no asilo. A musicoterapeuta dá a ele uma música nova, “A montanha” de Roberto Carlos, lhe mostra que a partitura tem poucas notas, porque os muitos versos repetem a melodia. Ela a toca ao piano e, ao começar a cantar, ele imediatamente começa a dançar num movimento binário repetitivo, animado, cantando forte. A família toda canta junto, na maior alegria, e sua mãe diz que “a sessão teve fecho de ouro”.

André chega a mil, despeja os instrumentos musicais no chão e toca um por um, pesquisando sons. Depois pede para a musicoterapeuta fechar a janela, apagar a luz e por a

música “A noite no castelo” e fica dançando e rindo e fazendo os sons do vampiro, da bruxa e do fantasma, mostrando que não tem mais medo.

Gustavo chega mais desperto, fala frases de quatro palavras, a musicoterapeuta canta suas canções prediletas, estimula-o a cantar os finais das frases e ele consegue fazê-lo.

Paulo encontra o Léo cantando samba, fica feliz, animado. Toca teclado e violão por muito tempo. A musicoterapeuta toca a música “Corujinha”, do Toquinho, em tonalidade menor e com letra triste, ele presta muita atenção, sério, com expressão triste, os olhos cheios de lágrimas. Como ele está aprendendo na escola as letras iniciais dos nomes dos colegas, a musicoterapeuta lhe mostra cartelas com as vogais e canta “Essa bruxinha” e “Danúbio Azul”, mostrando as cartelinhas e evidenciando cada vogal. Ele gosta de fazer a brincadeira do chapéu com a canção “Eu fui à Bahia”. Ele participa bem da sessão, então a babá percebe que ele está com febre e cancela todos os seus outros atendimentos.

Adriana faz muitos sons vocais fortes, perto do armário, ouvindo o retorno do som.

Iago traz o DVD “Os saltimbancos” (versão de Chico Buarque do musical infantil de Henríquez e Bardotti), a musicoterapeuta em vez de abri-lo busca no computador uma ilustração do musical e a imprime com a letra de sua canção de abertura e a canta, e ele a canta junto. A musicoterapeuta emenda o canto apontando a figura de um dos animais (cachorro, burro, galinha e gata) e começando canções folclóricas que falam neles, “Cachorrinho está latindo”, “Meu burrinho”, “Atirei o pau no gato” e ele olha para ela e vai cantando junto, sabe quase todas as letras, mas tampa os ouvidos e segura suas mãos impedindo-a de tocar os instrumentos musicais.

Sessão 4 – Semana de 14/05/07 a 18/05/07 (CMT4)

Alessandro balança o pé no ritmo da música que a musicoterapeuta toca, fazendo uma marcação pa-pa-paa (colcheia-colcheia-semínima) regular.

Felipe toca no teclado “Não aprendi dizer adeus”, “Pense em mim” e “A montanha”, com as duas mãos presas numa região e abarcando dez teclas. A musicoterapeuta lhe propõe movimentar a mão direita para tocar as dez notas e tocar acordes com a esquerda, mas ele recusa. Ela lhe mostra que, em vez de aprender um dedilhado, ele foi além e criou seu próprio dedilhado, e que quando ele quiser vai tocar com as duas mãos.

Gustavo fica sentado olhando a partitura na estante do piano, sua mãe se interessa por ler notas musicais e a musicoterapeuta lhe diz para ela se sentar ao piano e lhe ensina algumas notas e ela toca para ele músicas simples, com poucas notas e se diverte. Adriana não vem e

Paulo toca teclado durante uma hora, feliz de ter a atenção da musicoterapeuta e o instrumento musical só para ele.

Iago traz a Pasta de Músicas com as canções que a musicoterapeuta fez para ele, e a abre na página de “Os saltimbancos” e vai apontando os animais e cantando suas canções, deixando que a musicoterapeuta toque no piano acompanhando-o. Ele inicia espontaneamente duas canções que não falam de animais, “O trem maluco” e “A janelinha” e a musicoterapeuta as toca e canta com ele. Ela lhe entrega a marimba e ele a toca. Ela busca ilustrações de trem e de janela aberta e fechada, dita as letras para ele escrever as letras das canções e as imprime e ele as mostra alegre para a mãe, na saída, cantando-as. A musicoterapeuta diz a ele para passar todas as folhas da pasta e mostrar à mãe quantas músicas ele já sabe, e ele o faz.

Sessão 5 – Semana de 21/05/07 a 25/05/07 (CMT5)

Paulo toca teclado por muito tempo, com as duas mãos, vigorosamente. Cansa-se e escorrega para o chão. A musicoterapeuta o posiciona de novo e ele toca por muito tempo.

Miguel se mostra muito mais organizado, quase sempre consegue esperar a musicoterapeuta contar 1-2-3-4, mostrando os dedos, para começar a tocar o tambor. Percebe o final da música e faz um toque diferente, mais cheio, um “gran finale”, e fica esperando ela aplaudi-lo. Trouxe baquetas de casa e as bate com menos intensidade. Interage com a musicoterapeuta na atividade de tocar pandeiro, mas não a acompanha quando ela altera o ritmo. Quando toca com muita intensidade e entra num ostinato rítmico, ela o aplaude logo e ele pára de tocar e ri. Quando ela não o aplaude, ele pára de tocar, tira suas mãos do piano e as junta batendo palmas. Pede continuamente para ela tocar a canção “Filho meu”, ela a toca ralentando a cada vez, ele começa a acompanhá-la devagar e de repente dá um gran finale. Pára de tocar e pede para recortar a folha da música, não consegue posicionar a tesoura em relação ao papel, ela o ajuda. Ele desenha vários balões na folha, ela os colore com ele dizendo corretamente as cores usadas. Ela canta “Cai cai balão” enquanto colorem e ele olha para sua boca e movimentava o corpo dançando. Ela diz “ótimo” e ele pede para ela escrever “ótimo”, ela escreve e ele lê “ótimo” muitas vezes. Ela toca “Cai cai balão” no teclado, ele pára de desenhar, empurra-a para fora do teclado e se senta para tocá-lo. Sua mãe se interessa por uma música com três notas, a musicoterapeuta colore cada nota de uma cor e ela a toca e fica muito alegre por conseguir ler música e tocar piano. A musicoterapeuta a fotografa tocando e ela pede para ela mandar a foto para o e-mail de seu marido, para ele vê-la tocando.

É aniversário do Eric e o grupo comemora e descreve a festa criando a paródia “Mais uma primavera”, sobre “A Primavera” de Vivaldi. No fim da sessão, quando todos estão lanchando, Eric fecha os olhos e não responde aos chamados da enfermeira e da mãe, que começam a se desesperar. A musicoterapeuta corre ao piano e toca, com andamento ligeiro, sua canção predileta, “Fui à fonte do Itororó”. No primeiro toque, ele abre os olhos e volta a prestar atenção às pessoas.

Iago diz à musicoterapeuta que foi aniversário de seu colega Rafael e eles cantaram para ele, ela escreve e ilustra a canção “Parabéns pra você” com o nome do Rafael e dele, e lhe pergunta os nomes de seus outros colegas e vai escrevendo, e ele coloca a folha na Pasta e a canta. Quando a mostra à mãe, ela diz à musicoterapeuta que todos os nomes são de bebês que ficam no berçário da escola, que Iago foge de sua sala e fica com eles todo o horário.

Sessão 6 – Semana de 28/05/07 a 01/06/07 (CMT6)

André bate na porta muitas vezes antes de entrar, a musicoterapeuta faz ritmos batendo do outro lado, eles estabelecem diálogos com as batidas. Ela compõe e canta para ele “Quem está batendo na porta?”

Felipe vem sem a Pasta de Músicas. Na última sessão a musicoterapeuta havia lhe dito que ele deveria se responsabilizar por suas coisas, começando por trazer sua Pasta de Músicas, e que sua mãe não faria mais isso, então hoje ele não a trouxe e não tem suas músicas estudadas, então ela lhe dá três canções sertanejas novas, e ele as toca bem e fica feliz com seu sucesso, e diz que vai trazer a Pasta para tocar as músicas antigas e não esquecer-las.

Gustavo gosta da canção “Tero lero” e a aprende e a canta. Miguel traz para a sessão um microfone de brinquedo. Ele pega uma canetinha e colore “lendo”: “o patinho”, “ótimo” (lembra a palavra da sessão passada). Ele e a musicoterapeuta ficam bem próximos, ele a olha no olho, ri, diz “ah, coelhinho” e colore o coelho. Pergunta pelas baquetas, ela lhe diz que ele as deixou em sua casa, ele procura as baquetas da sala, pega um chocalho e o usa como baqueta tocando no tambor, muito forte. Ela toca no piano uma canção suave, “Perdi meu anel no mar” e ele percebe o caráter da canção, larga o tambor e a acompanha no teclado. Ela começa outra canção de caráter suave, “Filho meu”, que ele trouxe à Musicoterapia, e a toca por quase trinta minutos, ele cantando certinho, feliz. Ela faz alterações de duração e muda as entradas de primeira e segunda parte, e ele está completamente atento e entra sempre na hora certa e no lugar certo, em vez de começar do início. Sua mãe canta a canção “Reloginho”, e diz à musicoterapeuta que canta essa canção para ele desde que ele era bem pequeno, usando-

a para lhe transmitir conteúdos pedagógicos, que vai incorporando à letra. Sua mãe diz a ela que o irmão de Miguel perguntou à babá como ela é e a musicoterapeuta diz para o Miguel convidá-lo a vir com ele à Musicoterapia. Aos 50 minutos de sessão, Miguel se cansa, deita no chão e dorme, e sua mãe permanece tranqüila, conversando com a musicoterapeuta, que lhe indica um tratamento de fonoaudiologia para aproveitar o entusiasmo do Miguel pelo canto e aprimorar sua fala.

Iago vem com a babá, passa pelos instrumentos sem se interessar por eles e puxa a musicoterapeuta para o computador. Ela abre o arquivo de suas músicas e ele fica apertando botões sem parecer controlar o que faz, ela lhe toma o mouse e o passa para o outro lado da mesa. Muito mais comportado longe da mãe, ele se senta em seu colo e ela o põe na cadeira. Ele fala pouco, coisas incompreensíveis, não articula as palavras, não ri, não responde quando ela lhe pergunta se quer uma música nova. Espontaneamente canta “Minhoca” e “Seu pintor”, canções folclóricas, ela as canta, escreve e ilustra e ele ri pela primeira vez. Ele vê a canção “Ó querido coleguinha” na estante de músicas, e a pega e a guarda em sua pasta.

Sessão 7 – Semana de 04/06/07 a 08/06/07 (CMT7)

Felipe esvazia sua Pasta de Músicas, tira todas as músicas “de criança” porque está gostando de tocar sertanejas e agora só quer música “de adulto”. A musicoterapeuta reflete com ele sobre ele ser adolescente e precisar adotar comportamentos de adolescente. A família veio quase toda à sessão, e sua mãe lamenta uma das irmãs não ter vindo, pois ela se interessa em tocar violão. A musicoterapeuta dá à família uma pequena aula de história da música para explicar o conceito de tonalidade, usando a audição de peças de diferentes períodos históricos como exemplos. Felipe reconhece a “Ode à alegria” da Nona Sinfonia de Beethoven e a cantarola, tentando tirá-la no teclado. O pai de Felipe lhe pergunta o que ela ouve em casa. Ela dá músicas infantis fáceis para a irmã de Felipe tocar no violão e na flauta. Felipe pede a canção “Yellow submarine”, dizendo que a ouve em casa, porque seus pais têm tudo dos Beatles, e reclama que a musicoterapeuta não o leva para tocar no asilo e ela lhe diz que é só ele organizar o repertório do show. Eles começam a escolher o que está bom para ser apresentado. A mãe comenta que sua coordenação motora melhorou muito, que vê isso na melhora de sua letra, no uso do espaçamento e da diagramação da escrita no caderno, que atribui ao trabalho de coordenação motora de seus dedos no teclado.

Paulo apóia-se no teclado, fica de pé no banco, encosta o rosto no teclado e toca sentindo a vibração no rosto. A musicoterapeuta o posiciona de pé com as mãos apoiadas no

tambor, canta a canção “Trenzinho”, puxa o tambor devagar, no ritmo da canção, diante do espelho. Ele se vê dando passos. A babá diz que em casa ele fica em pé apoiado nos móveis.

Miguel vem com o irmão, que mostra interesse por todos os instrumentos musicais da sala, pede à musicoterapeuta que lhe ensine umas posições no violão, e o toca. Miguel toca muito mais tranqüilo, usa as baquetas que trouxe de casa. Muito mais organizado, mostra atitudes diferentes para os momentos de princípio-meio-fim das músicas que toca com a musicoterapeuta. Ele leva o CD do Rodapião para ouvir em casa, porque sua mãe diz que ele gostou muito da música “Arre burrinho”. A musicoterapeuta telefona para um dos músicos do Rodapião e ele fica de lhes trazer o CD. No dia seguinte, o irmão de Miguel telefona à musicoterapeuta e diz que seu pai vai comprar um violão mais barato para ele estudar, para ele não estragar o da mãe.

Iago vai direto ao computador e aperta o mouse muitas vezes, a musicoterapeuta coloca sua Pasta de Músicas aberta na estante, posiciona cinco instrumentos musicais perto dele, ele canta as músicas da pasta, deixa que ela toque o teclado e o toca pesquisando timbres enquanto ela digita a letra de duas canções folclóricas que ele começa a cantar, “Onça pintada” e “Peixe vivo”. A mãe chega, ele não quer ir embora, foge dela e corre pela calçada.

Sessão 8 – Semana de 11/06/07 a 15/06/07 (CMT8)

Felipe está desanimado, não quer tocar teclado, a musicoterapeuta convida sua mãe a tocar violão, lhe ensina uma música e dá atenção a ela, ela toca o violão e ele pega o pandeiro e faz o ritmo, ótimo, dá *breaks* e entra no ritmo de novo, certinho, todo animado.

Gustavo chega molinho e sua mãe diz que agora fica sempre junto dele, porque ele cai à-toa. A musicoterapeuta lhe pergunta o que vão cantar e ele canta um trechinho de “Atirei o pau no gato” e folheia a Pasta de Músicas, procurando outras canções. Ele pára na folha da música “Festa Junina” e ela conversa com ele sobre esta época do ano, cheia de festas juninas. Ela lhe pede para escolher mais músicas para cantar e tocar, ele lembra outras canções cantadas nas sessões de musicoterapia e as inicia e canta alguns trechinhos junto com ela.

Paulo se apóia no teclado para ficar em pé, é a segunda sessão em que faz isso. Segura as orelhas para pedir que a musicoterapeuta toque e cante a música “Jacaré”, ela canta “Brilha lá longe estrelinha” e lhe pergunta pelos gestos e ele tira as mãos da orelha e faz os gestos da estrelinha, com as duas mãos. Ela lhe dá o pandeiro para tocar e ele fica brincando com o pandeiro, virando-o e experimentando posições com ele. Ela o posiciona sentado no chão diante de Adriana e faz um jogo de bola entre eles, cantando a canção “Jogando bola”.

Adriana está muito quieta hoje, mas participa do jogo de bola com o Paulo, com ajuda da mãe. Na saída, ela se encaminha ao teclado e toca nele espontaneamente.

Miguel chega muito molinho, a musicoterapeuta o posiciona sentado e põe para tocar a canção “Arre burrinho”. Ele ouve a canção inteira, presta atenção e faz um pouco dos sons onomatopaicos dela. No fim da audição, ele levanta a mão espontaneamente e faz o gesto de tinindo, com o polegar erguido. Ela lhe pergunta se quer ouvir a canção de novo e ele responde “quer” e a ouve de novo. Levanta-se, dispõe os tambores e pandeiro em círculo, sem estar entre eles, mostrando dominar a organização simbólica deles, entrega um pandeiro à musicoterapeuta e lhe pede que o segure, para ele tocá-lo. Ele insiste em que ela cante “Aleluia”, ela lhe diz que não conhece a música e lhe pede para ele lhe ensinar, ele começa a cantar mas não consegue cantá-la toda. Ela lhe diz que conhece outra “Aleluia” e toca ao piano e canta “Michael rows the boat ashore” fazendo uma versão em português “o Miguel sabe tocar, aleluia, o Miguel sabe cantar, aleluia, o Miguel toca tambor, aleluia, o Miguel toca piano, aleluia”. Ele ri muito, balança os ombros, se diverte com a versão que o inclui. Ela insiste para ele esperar o sinal para tocar, conta até quatro lhe mostrando os dedos, e ele começa a respeitar o tempo de início da canção. No fim da música, faz um gran finale e fica esperando aplausos. Fazem isso três vezes, ele faz tudo certo. Ela toca ao piano “1-2-3 formiguinha”, ralentando a cada vez, enquanto ele toca tambor, mas ele não acompanha as alterações de andamento e permanece no seu toque estereotipado.

Iago vem com a babá, entra sem dificuldade, fecha a porta, pega a capa do CD que está tocando e a traz para o computador, a musicoterapeuta lhe pergunta se ele sabe a música que está tocando e ele canta “Escravos de Jô”, ela lhe pergunta se sua Pasta de Música já tem essa música, ele não se lembra, folheia a pasta toda, várias vezes, e pára na canção “Ó querido coleguinha” e vai passando o dedo da musicoterapeuta nas notas da partitura, cantando-a. Sobe em seu colo e fica fazendo carinho nela enquanto cantam “Peixe Vivo”.

Sessão 9 – Semana de 18/06/07 a 22/06/07 (CMT9)

Alessandro começa a fazer “teguedê teguedê” nos finais das canções, como uma forma de estender o canto, repete essa “coda” nos finais das canções e ri.

A mãe da Adriana brinca com o tecladinho e tira “Do re mi fa fa fa”, a musicoterapeuta a incentiva a tocar a canção inteira, lhe ensina as notas, e ela fica tentando.