

Mariângela Aparecida Rezende Aleixo

**Música – uma ponte no tempo:
Demência e Memória Musical**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Maria Helena Novaes Mira

Rio de Janeiro
Janeiro de 2004

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Mariângela Aparecida Rezende Aleixo

Graduou-se em Musicoterapia no CBM (Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro) em 1983 e em Licenciatura em Educação Artística com Habilidade em Música no CBM em 1984. Cursou Especialização em Psicogeriatrics no IPUB/UFRJ (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro) em 2000. É musicoterapeuta do IPUB/UFRJ desde 1985 e, atualmente desenvolve atividades clínicas e de pesquisa no CDA-IPUB/UFRJ (Centro para Pessoas com Alzheimer e outros Transtornos Mentais na Velhice).

Ficha catalográfica

Aleixo, Mariângela Aparecida Rezende

Música – uma ponte no tempo : demência e memória musical / Mariângela Aparecida Rezende Aleixo ; orientadora: Maria Helena Novaes Mira . – Rio de Janeiro : PUC-Rio, Departamento de Psicologia, 2004.

114 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia.

Inclui referências bibliográficas

1. Psicologia – Teses. 2. Memória musical. 3. Musicoterapia. 4. Demência. I. Mira, Maria Helena Novaes. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150



Mariângela Aparecida Rezende Aleixo

"Música – uma ponte no tempo: demência e memória musical"

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof^a. Maria Helena Novaes Mira

Orientadora

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof^a. Flávia Sollero de Campos

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Jerson Laks

Instituto de Psiquiatria - IPUB/UFRJ

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade

Coordenador Setorial de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro de Teologia e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / /2004

Ao ser humano

Agradecimentos

A *Prof^a Maria Helena Novaes Mira*, por aceitar, orientar e partilhar comigo o desafio de um trabalho acadêmico numa área ainda nova de conhecimento.

A *Márcia Dourado*, pelo incentivo e contribuições ao longo desta jornada teórica e clínica.

A *Jerson Laks*, pela sensibilidade de perceber que a música é um caminho ao alcance do paciente com demência.

A *Suely Dessandre e Célia Henriques*, pelo companheirismo e amizade, bem como pelas trocas de idéias.

A *Rita Simões*, pela amizade e carinho que dispensa.

A *Jader Britto*, pela revisão cuidadosa de meus escritos.

A *Vandré Vidal e Elieth Nick* pela amizade e estímulo.

Aos *estagiários de musicoterapia*, que em sentidos e formas diversas contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho

A *equipe do CDA* pelas conquistas diárias em cuidar do ser humano.

Aos *pacientes e familiares* pelas inestimáveis colaborações na construção da memória musical e pela confiança em terem vivenciado comigo um pedaço de suas histórias de vida.

Aos *funcionários* do Departamento de Psicologia, no auxílio com as formalidades dos compromissos acadêmicos.

A *minha família*, que sempre me fortalece.

A *Flavio, Rheimberg e todas as pessoas e amigos*, que estiveram presentes em algum momento desta caminhada.

RESUMO

Aleixo, Mariângela Aparecida Rezende. **Música – uma ponte no tempo: demência e memória musical**. Rio de Janeiro, 2004. 115 p. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O presente trabalho visa investigar o impacto da demência na memória musical a partir de um referencial teórico oriundo da neurociência e das ciências sociais. Apesar de alguns estudos apontarem a música como a última habilidade cognitiva a ser perdida nos processos demenciais, há poucas pesquisas sistematizadas sobre esse tema. A investigação da relação das funções musicais e sua organização funcional cerebral aliada aos aspectos da emoção, bem como do contexto sociocultural em que o sujeito está inscrito permearam um caminho para a compreensão da memória musical. A musicoterapia configurou-se como o espaço terapêutico possível nessa trajetória em que um Eu-musical – individual ou grupal – pode ser reconstruído num tempo presente, através das diferentes sonoridades musicais.

Palavras chaves:

demência, memória musical, musicoterapia

ABSTRACT

Aleixo, Mariângela Aparecida Rezende. **Music - a bridge over time: dementia and musical memory.** Rio de Janeiro, 2004. 115 p. MSc. Dissertation. Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The present dissertation aims at examining the dementia impact on the musical memory through the theoretical references of neuroscience and social sciences. Although some studies indicate that the musical ability is one of the latest capacities to be lost in dementia, there are few researches about this theme. The investigation of relations of musical functions and its cerebral functional organization together with the aspects of emotion and social cultural context where the subject is inserted led to an attempt to understanding the musical memory. Music therapy became the possible therapeutic setting a course where a musical self – individual or group – can be reconstructed in a present time through the different musical sonorities.

Key-words:

dementia, musical memory and music therapy

Sumário

1. Introdução	10
2. Perspectivas atuais da demência	15
2.1 – O sujeito da demência	18
2.2 – Tratamento não medicamentoso da demência e equipe multidisciplinar	21
2.3 – O lúdico e a criatividade na prática clínica	26
3. Musicoterapia na demência	29
3.1 – A música na musicoterapia	30
3.2 – Aspectos teóricos e clínicos	32
3.3 – Em grupo ou individual?	36
3.4 – Algumas possibilidades	40
3.4.1 – Canto	40
3.4.2 – Instrumentos musicais	41
3.4.3 – Corpo	42
3.4.4 – Audição musical	43
3.5 – Material clínico ilustrativo	44
4. Demência e memória musical	48
4.1 – Música, memória e funcionamento cerebral	50
4.2 – Música, memória e emoção	55
4.3 – Música, memória e cultura	59
5. Música – uma ponte no tempo	63
5.1 – Reconstruindo sonoridades	64
5.2 – Eu-musical: uma construção no tempo	67
6. Conclusão	76
7. Referências Bibliográficas	81
Apêndice	89
Caso Clínico 1 – “E o destino desfolhou”	89
Caso Clínico 2 – “2001 - Uma odisséia no espaço”	94
Caso Clínico 3 – “O Lago dos Cisnes” (Tchaikovsky)	97
Anexo	100
Letras de músicas	100

*O processo “simples” de cantar ou cantarolar
pode bem ser a terapia cognitiva mais valiosa de todas,
além do sorrir.
Dowling, 1995: 108*

Introdução

As demências, principalmente a do tipo Alzheimer, vêm despertando interesse no meio acadêmico. Os diferentes saberes como a Medicina, a Psicologia, a Antropologia, a Sociologia entre outros, numa perspectiva interdisciplinar, buscam através de estudos e pesquisas compreender e analisar os processos demenciais, tanto no que diz respeito aos achados clínicos de degeneração do cérebro que promovem prejuízos cognitivos, funcionais e alterações de comportamento, quanto do que trata do impacto da doença no psiquismo do próprio paciente, da família e ou do cuidador. A construção do conceito de doença de Alzheimer, segundo Leibing (2001), não pode limitar-se à uma construção reducionista. Em consequência, os aspectos psicológicos e socioculturais também precisam ser levados em conta.

A memória é uma das mais atingidas no curso da doença. De início, a memória mais recente e, posteriormente, a mais antiga. Esse prejuízo causa uma reação catastrófica, levando o sujeito acometido por essa doença, independente de idade, escolaridade, classe social ou sexo, ao isolamento e perdas de conteúdos significativos de sua história de vida. A família também sofre à medida em que se vê alijada do reconhecimento de papéis anteriormente desempenhados. Quando a confusão mental se instala no paciente, o tempo passado e o presente se mesclam. A família ou quem cuida do paciente acaba se tornando o “baú de lembranças” desse paciente. Entretanto, uma faixa de memória parece ficar preservada: a musical.

“Música – uma ponte no tempo: demência e memória musical” trata de estudo original que revela as possibilidades que os pacientes com demência apresentam, através da memória musical, de estarem e serem inseridos num contexto que permita o sentir-se vivo junto a um espaço e tempo presentes. A música tem sido apontada como o recurso mais valioso no tratamento das demências e como o dispositivo que não apenas permite acessar as memórias, mas também mantê-las acesa, mesmo que por pouco tempo. Um tempo entre um passado distante e um presente próximo do caos.

Apesar da restrita disponibilidade de literatura sobre os temas demência, memória musical e musicoterapia, a clínica aponta a importância das terapias não-medicamentosas ao lado das medicamentosas, em que as habilidades artísticas e musicais são utilizadas como recursos de expressão, de comunicação e de estimulação cognitiva. Na trajetória desses cuidados, emoções e afetos estão presentes e acabam por propiciar uma melhor qualidade de vida na qual as relações com o outro possam ser articuladas ou até mesmo a melhora da auto-estima.

No Brasil, a musicoterapia nessa área carece de estudos mais sistematizados e até o momento os relatos recaem na prática clínica através de sessões grupais e/ou individuais cujo cerne está no fazer musical, seja através do canto, do tocar um instrumento musical ou, em alguns casos, no ouvir uma música. Considerando a experiência clínica brasileira alguns autores (Godinho et al., 1988; Lopez, 1994; Ramallete, 1994) relatam a eficácia desta prática com grupo de pacientes idosos residentes em casas geriátricas, dentre os quais alguns apresentavam diagnóstico de demência. A ênfase dos trabalhos está voltada aos aspectos culturais da música no resgate da individualidade e da história de vida dessas pessoas. A música pode ser vista como canal de expressão, de comunicação não verbal e de estimulação cognitiva. Entretanto, faltava alguma referência a um trabalho específico com grupos de pessoas só com demência.

Nesse ínterim, a musicoterapia vem ganhando espaço junto às demências e, por ser ainda incipiente, me levou a vários questionamentos, sobretudo acerca da viabilidade ou não de um trabalho específico junto a esta clientela. Um desafio estava lançado e, mais que isso, a preocupação crescente em oferecer um pouco de qualidade de vida a essas pessoas.

Em trabalho anterior (Aleixo, 2001a) meu objetivo foi validar a eficácia da musicoterapia com pacientes diagnosticados com demência do tipo Alzheimer. A criação de um espaço em que o paciente pudesse sentir-se acolhido e onde suas aparentes limitações não se configurassem em impedimento para expressar-se musicalmente, foi uma de minhas propostas. A dificuldade de trabalhar com esse tipo de clientela, mesmo em seus estágios inicial e intermediário, levou-me a aprofundar a reflexão sobre essa problemática.

Não raro os pacientes se queixavam de “esquecimentos” quanto a iniciar ou lembrar uma música de sua preferência, como pode ser visto nos seguintes

comentários: “ah, doutora, eu estou ficando esquecida... acho que é da idade...se eu tivesse começado isto (tratamento) antes... mas agora... acho que não dá mais...” (mulher, 79 anos); “eu sabia cantar...cantava muito fazendo o serviço de casa...mas agora ando esquecida...não sei mais não...” (mulher, 77 anos); “música é bom...eu gosto...mas atualmente eu ando esquecido...não sei cantar não...” (homem, 66 anos). Entretanto, quando uma melodia ou trecho de letra de uma música era introduzida, o paciente ainda era capaz de continuar cantando ou cantarolando a música toda ou parte desta, mesmo em um estágio mais avançado da doença. Outras vezes, era até mesmo capaz de iniciar uma música espontaneamente, como se nunca tivesse existido o ato de esquecer.

Entre as questões que despertam o meu interesse estão: que memória musical é essa que autores como Crystal et al (1989) e Dowling (1995) comentam ser capaz de “sobreviver” ao processo demencial e até mesmo resgatar ou reconstruir histórias de vidas? Que tipo de memória é a memória musical? Uma memória emocional? Uma memória sensorial? Quais elementos da música - ritmo, melodia ou letra - encontram-se mais preservados na memória musical dos pacientes com demência, considerando que essa memória se mantém preservada ainda no estágio final da doença? Há predominância ou não de algum destes elementos e alguma relação destes e os estágios da doença? Algum desses elementos propicia a melhora na estimulação cognitiva, na alteração de comportamento e nos aspectos afetivos e emocionais? De que forma?

Utilizou-se como metodologia a pesquisa-ação (Gil, 1995), nos moldes da pesquisa-participante, por acreditar ser o que mais se aproximava desse estudo, visto que tanto o pesquisador quanto os participantes estavam envolvidos, direta e inteiramente, na ação. Uma ação que envolvia o cantar, o tocar um instrumento, até mesmo o dançar ao ritmo de uma música. Ou simplesmente ouvi-la. Por tratar-se de uma experiência clínica, o trabalho foi desenvolvido no Centro para Pessoas com Alzheimer e outros Transtornos Mentais na Velhice do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – CDA-IPUB/UFRJ¹ que mantém uma unidade de Centro Dia para pacientes, familiares e/ou cuidadores.

¹ Nesta dissertação, será utilizada a sigla CDA para situar o local onde o trabalho foi desenvolvido.

Outro recurso metodológico utilizado, foi a pesquisa na base de dados da própria PUC-RJ através do ProQuest – Academic Research Library – e do Medline.

Nesse sentido, o presente trabalho visa investigar o impacto da demência na memória musical. O embasamento teórico contou com contribuições da Psicologia, da Neurologia, da Psiquiatria e das Ciências Sociais visando melhor compreender a construção e formação da memória musical, bem como a reconstrução das histórias de cada paciente, além de buscar fundamentos que embasassem a experiência clínica.

No primeiro capítulo é possível contemplar a demência e os tratamentos não-medicamentosos, tendo como cerne da questão o próprio sujeito da demência.

No segundo capítulo, a clínica da musicoterapia na demência pode ser apreciada através de referenciais teóricos cujos trabalhos são desenvolvidos com outras patologias que não a demência. Esses trabalhos que se fundamentam em teorias psicanalíticas servem como guia para uma reflexão mais aprofundada. A música e seus elementos são apontados em sua singularidade. A construção da clínica, ao longo desse período, aponta as possibilidades do fazer musical e terapêutico que ganha ilustração através da narração de uma sessão musicoterápica.

No terceiro capítulo, música, memória e demência ganham dimensão nos enfoques da Neurociência e das Ciências Sociais. Cérebro, emoção e cultura acabam sendo bases para a identificação e a compreensão de uma memória musical. Por se tratar de um trabalho pioneiro, mesmo que em estágio embrionário, torna-se relevante investigar o valor da memória musical, expressão que será empregada no decorrer do trabalho para especificar a existência de uma memória que se mantém preservada através de seus aspectos funcional, emocional e sociocultural, possibilitando o resgate da história sonoro-musical e pessoal dos pacientes, visto que a música não está completamente desligada do mundo vivido por esses pacientes e seus familiares.

No quarto capítulo, aponta-se para a atemporalidade da música na reconstrução de sonoridades em que aspectos sociais, culturais e da Psicanálise marcam a construção do sujeito. Aqui a memória musical é importante ferramenta em que a música pode ser vista como uma ponte no tempo.

Os casos apresentados em anexo possibilitam uma visão do processo musicoterápico dos pacientes em que as músicas surgidas espontaneamente na voz de cada um deles, com comentários sobre as mesmas, retratam a vivência de uma memória e o significado de um ser-estar num momento de tempo atual. Um fragmento de tempo representativo e presente.

Ao finalizar este trabalho, espero estar contribuindo com dados que possibilitem aos musicoterapeutas e outros profissionais da saúde mental continuar pesquisando e aplicando procedimentos terapêuticos que melhor atendam à necessidades da doença de Alzheimer.

PERSPECTIVAS ATUAIS DA DEMÊNCIA

“...um processo demencial é
algo que nos lembra
a angústia da nossa própria falência
e mortalidade”
(Dourado, 2000:35).

A demência é uma síndrome neuropsiquiátrica decorrente de inúmeras e diferentes causas que podem ser reversíveis ou não. Entre as irreversíveis encontram-se a doença de Alzheimer, a vascular, a demência por corpos de Lewy, a de Pick.

Entre os sintomas mais frequentes num quadro demencial estão a presença de diversos déficits cognitivos, desorientação e alterações do comportamento. Um comprometimento leve da memória – principalmente da memória recente - constitui-se como a primeira manifestação clínica. Entretanto, importa assinalar que o paciente e/ou a família tendem, muitas vezes, a arranjar justificativas para isso que, na maioria das vezes, é confundida com esquecimento decorrente de depressão ou formas similares de esquecimento não patológico.

Em virtude dos diferentes quadros demenciais existentes, o declínio das capacidades cognitivas constitui um instrumento relevante numa formulação diagnóstica para as demências que, segundo o DSM-IV (1995), é imprescindível que haja a presença de declínio da memória, seguida da manifestação de mais um dos itens abaixo relacionados:

- afasia – perturbação da linguagem, em que é possível perceber dificuldades na nomeação de objetos e pessoas, na compreensão ou expressão da linguagem falada e escrita;
- apraxia – dificuldade na realização de atividades motoras, mesmo que o aparelho motor se apresente funcionalmente intacto;
- agnosia – dificuldade de reconhecer ou identificar objetos, ainda que o funcionamento sensorial se mostre normal;

- perturbação do funcionamento executivo – atividades que envolvam a capacidade de planejamento, organização, discernimento, julgamento, abstração.

Os estudos epidemiológicos indicam que entre as demências, a do tipo Alzheimer vem se configurando como a doença de maior prevalência e incidência na população idosa. No entanto, não é raro encontrar casos iniciados antes dos 65 anos, casos esses considerados de início pré-senil e cuja atenção é menor em relação ao grupo idoso (Engelhardt et al., 2001). No Brasil, os estudos indicam aproximadamente um milhão de doentes e, devido a seu crescimento vertiginoso, está sendo considerada como a doença número um do século que se inicia (Correa, 1996).

Apesar de ser apontada como uma doença da atualidade, há relatos de que no século XIX, o psiquiatra francês Esquirol descreveu um caso de demência senil muito semelhante à descrição atual dos sintomas da demência de Alzheimer. Mas, até o início do século XX, a doença ganhou diferentes nomes - arteriosclerose, demência vascular, demência senil ou simplesmente velhice, muito embora os sintomas apresentados nem sempre tivessem relação com os fenômenos decorrentes do processo de envelhecimento (cf. Berrios, apud Leibing, 2001). Cabe assinalar que a doença não ficou sem atenção durante a sua descoberta e o retorno aos seus estudos. Apenas ficou em estado de latência e com outras nomeações para essa doença. Segundo Herskovits (1995), a retomada dos estudos da doença ocorre a partir da década de 60/70, graças a iniciativa de cientistas e pesquisadores norte-americanos. No Brasil, a investigação só veio acontecer a partir da década de 90 (Leibing, 2001). Esses estudos permitiram observar que tanto a demência de início pré-senil como a de início senil apresentam os mesmos tipos de lesões histológicas (Correa, 1996).

A primeira descrição oficial de que se tem conhecimento sobre a doença de Alzheimer data de 1907. O médico alemão Alois Alzheimer descreveu as modificações ocorridas no cérebro de uma paciente de 51 anos, que sofria de uma demência progressiva, apresentando comprometimento da linguagem, da memória e do comportamento. Seus achados apontavam para uma rara ocorrência de demência pré-senil, cuja afirmação só foi possível após cinco anos, quando da morte da paciente. Uma investigação histológica apontou a presença do que hoje é

conhecido como neurofibrilas e placas neuríticas no córtex e outras regiões do cérebro (Correa, 1996; Leibing, 2001)

O curso da doença de Alzheimer é lento, insidioso e sua investigação requer o afastamento de todas as possibilidades e evidências patológicas passíveis de serem encontradas nas demais demências. Sua evolução apresenta três estágios bem distintos, com comprometimentos a nível cognitivo e funcional bem delimitados.

No primeiro estágio (leve), surgem as primeiras queixas de memória, podendo ser observadas também certa distração, assim como uma diminuição das atividades laborativas e diárias; no segundo estágio (moderado), o comprometimento da memória se acentua e os distúrbios de linguagem ficam mais aparentes – o paciente começa a ter dificuldade em nomear os objetos e pessoas, em formar frases completas, em compreender a leitura e a escrita, além de apresentar desorientação temporal e espacial, bem como de se cuidar pessoalmente; no terceiro estágio (grave), a fase final da doença é marcada por comprometimento da memória de longo prazo, o paciente passa a apresentar dependência total nos cuidados higiênicos e atividades básicas da vida diária, inclusive já com presença de espasticidade e incontinência esfinteriana. As complicações clínicas advindas ao longo da doença geralmente acabam por levar o paciente à morte. Em todos os estágios, pode ou não haver presença de sintomas psiquiátricos como delírios, alucinações etc (Laks, 1993). A duração média do início dos sintomas até a morte é de aproximadamente 8 a 10 anos.

Se por um lado não se pode negar a existência de uma doença orgânica cerebral nas demências, por outro, também não se pode negar que o paciente percebe que algo de errado e estranho está acontecendo com ele e que isso interfere em suas relações com o mundo. Diante dessa percepção, Dourado (2000) investigou o impacto da demência sobre o psiquismo do paciente, lembrando que as pesquisas até então desenvolvidas visavam estudar o impacto da doença no ambiente familiar e nos cuidadores. Segundo a autora,

“...não há como negar que a doença ataque o que o sujeito tem de mais singular: sua consciência de si mesmo, pois não há mais a continuidade do experienciar-se.” (2000:63)

Continuando, observa que o senso de identidade e unidade encontra-se perturbado, desvanecido e fragmentado, acompanhado de medo e desespero nos quais o sujeito que demencia se vê despido de seus aspectos subjetivos. Esses aspectos podem aparecer de forma diferenciada, considerando o início da doença. Nos atenta para a advertência de Eisenberg quando ressalta as diferenças que caracterizam uma psiquiatria social “sem cérebro” de uma psiquiatria biológica “sem mente”, assinalando que, devido aos aparatos tecnológicos da atualidade nas investigações, pouco se pesquisa sobre os aspectos subjetivos, preferindo-se um discurso da não-pessoa, do não-identificado, como se o sujeito da demência não sentisse dor ou não sofresse.

2.1

O Sujeito da Demência

Foucault (1987) observa que o nascimento da clínica inaugurou um espaço significativo na Medicina, apresentando contribuições imprescindíveis à compreensão do funcionamento fisiológico e orgânico do corpo humano. Entretanto, alertou que nem tudo podia ser tratado como um aparato orgânico tendo em vista a individualidade e a singularidade de cada um, através de seus aspectos psicológicos (1988).

Na própria evolução do homem e na concepção de saberes, o olhar centrado na doença e no sujeito sempre revelou faces distintas, acompanhando as diretrizes do pensamento que marcavam cada época. Dada a transição de um olhar voltado para os aspectos da natureza (objetivista e reducionista) para um olhar direcionado às questões subjetivas e da linguagem (construtivista), não se pode mais reduzir o homem a uma simples questão de organicidade visto que ele é reconhecido como sujeito pertencente a um meio – social e cultural - com suas qualidades e singularidades. E, como diz Foucault

“O *objeto* do discurso também pode ser um *sujeito*, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi esta reorganização *formal* e *em profundidade*, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma *experiência clínica*: ela levantou a velha proibição aristotélica; poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica” (1987:XIII)

O discurso de alguns sobre Alzheimer tem-se mostrado assustador à medida em que o sujeito, ao ser diagnosticado, é como se nada mais lhe restasse a não ser esperar pela morte chegar, como se nada pudesse ser feito devido as metáforas construídas para essa doença como “um funeral sem fim”, “a perda do eu” e “morte antes das morte” (cf. Herskovits, 1995)

Seja na velhice ou na idade adulto-jovem é necessário reconhecer que os aspectos dessas metáforas podem ser aplicados em ambas as faixas etárias para aquilo que a doença vai acarretando em seu curso, principalmente, naquilo que o sujeito tem de mais precioso – sua identidade. Até encontrar uma cura ou uma atenuação, o estigma de Alzheimer ainda é assustador e traz a força de uma sentença de morte social. Produtividade, autonomia, controle de si mesmo, entre outros valores culturais, são ameaças para o fim do Eu. Neste sentido, pode-se pensar que os aspectos tempo, memória e Eu são instrumentos imprescindíveis no rearranjo da história do sujeito. Viver sem uma imagem de si, experimentar a sua fragmentação e desvanecimento, além de não dispor mais de recursos da relação para sustentá-la, significa emudecer e alienar-se.

Se o aspecto subjetivo do paciente pode ser reconstruído através dos relatos de suas experiências, experiências essas que marcaram passagens significativas em sua vida, e se o Eu permanece através dos tempos a partir da reconstrução desses relatos, como Dourado (2000) salienta, a subjetividade do paciente também pode e vai estar inserida em sua memória musical. E as músicas que são trazidas espontaneamente na própria voz do paciente ou até mesmo numa outra forma de expressar-se musicalmente no *setting* musicoterápico podem, sim, dar sentido à dor de quem está sofrendo com uma doença que impõe limites a sua condição de ser-estar no mundo.

Nessa perspectiva, a música do paciente, além de estar carregada de aspectos significativos relacionados a sua história de vida, pode representar um momento atual, pois a música está sendo cantada no aqui-agora. Quando Augusto² de 46 anos traz para o *setting* a música “*Construção*”³ de Chico Buarque em cujos versos iniciais diz “amou daquela vez como se fosse a última...” e mais adiante “amou daquela vez como se fosse a única...” ou em “*Roda Viva*” também de

² Os nomes citados no texto são fictícios, visando preservar a identidade do paciente.

³ as letras das músicas citadas no texto encontram-se no complemento “Anexo”

Chico Buarque: “tem dias que a gente se sente como quem partiu ou morreu...” parece apontar para situações e momentos que são únicos e últimos a cada dia que se vive a doença. Ou quando Clara, de 76 anos, traz “*E o destino desfolhou*” e Ivo, de 81 anos traz “*Boa noite amor*”, alguns dias após a internação de sua mulher. E o que dizer de “é preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã” versos de “*Pais e filhos*” de Dado Villa-Lobos, Renato Russo e Marcelo Bonfá, trazida na voz de Bernardo de 53 anos?

Cada uma dessas músicas ao serem re-cantadas representam um momento único e singular, podendo ainda, contextualizar não apenas uma situação individual como também grupal, na medida em que o trabalho se desenvolve em grupo visando à manutenção de laços afetivos e sociais que se encontram comprometidos nesses pacientes. Desta forma, é preciso considerar que o sofrimento psíquico que ocorre com a diminuição das funções anteriormente desenvolvidas é um fator que requer um cuidado maior na proporção em que se estende além da própria degeneração orgânica.

A dor sentida pelo sujeito é uma dor interna, pois observa que sua capacidade para a realização de tarefas, que lhe era tão comum, agora necessita de auxílio de terceiros, primeiro de forma parcial e, depois, de forma total. Esta doença parece tratar-se de uma “implosão” lenta e progressiva em que a presença ou não de sintomas psiquiátricos pode levar o sujeito a uma desorientação e confusão maior, com a manifestação de ansiedade e de agitação. E tal situação requer a construção de um campo de assistência na qual o cuidado não depende apenas de uma única especialidade ou apenas da medicalização para os sintomas advindos da doença.

Independente de ser caracterizada como a praga cinza ou o mal do século, compreender a doença de Alzheimer em seus aspectos orgânico, subjetivo, cultural e social poderá viabilizar um avanço na administração de terapêuticas - medicamentosas e não-medicamentosas, aptas a oferecerem subsídios que diminuam o sofrimento daqueles que convivem com a doença. Para tanto, faz-se necessário um trabalho que envolva uma equipe, atuando de forma compartilhada, que vise oferecer uma melhor qualidade de vida a todos os envolvidos no tratamento das demências – o paciente, seus familiares e cuidadores.

2.2

Tratamento não-medicamentoso da demência e equipe multidisciplinar

A busca de tratamento que amenize o sofrimento do paciente, cuidando dele e de sua família, faz parte de um caminhar, às vezes árduo, que pode se configurar em termos de pesquisa e conhecimento a ser produzido. É possível encontrar referências quanto às diferentes possibilidades de intervenção terapêutica - medicamentosa ou não. Geralmente, o objetivo central reside em propiciar uma melhora na manutenção do desempenho cognitivo e da autonomia do paciente de forma a melhorar sua qualidade de vida e a de seu cuidador.

Dourado (2000) ressalta que o maior desafio da clínica psicanalítica especializada em pacientes com síndrome demencial está relacionado à posição do analista que funciona constantemente como um espelho. A imagem refletida, freqüentemente encontra-se embaçada ou não é passível de reconhecimento. Entretanto, discorda daqueles que argumentam de forma adversa ao uso de psicoterapia na demência, quando observa que o campo ainda é novo e promissor de modo que as técnicas e as modalidades da clínica necessitam de adaptação, a fim de que todos os recursos possam auxiliar a comunicação e a expressão dos afetos. O trabalho da autora se constitui como o registro vivo da busca e compreensão da subjetividade desses pacientes que, mesmo com sofrimento, partilham experiências reais de suas vidas.

Toseland et al (1997) examinam os efeitos da Terapia da Validação, uma espécie de terapia que tem sido largamente aplicada nos Estados Unidos e em outros países ocidentais. Trata-se de um método em que tanto a comunicação verbal como não verbal é empregada com pacientes idosos com Alzheimer e outras demências. Entre os objetivos do tratamento estão a redução da agitação, da ansiedade, da depressão e do estresse, além dos problemas de comportamento; melhora da auto-estima, da interação social e da comunicação; a estimulação da autonomia pelo maior tempo possível e a prevenção do estado de incapacidade total (vegetação). A parte preservada é utilizada no estabelecimento da comunicação interpessoal. A fundamentação do trabalho está alicerçada na tradição humanística da psicoterapia, na teoria de Erik Erikson e no trabalho clínico de Carl Rogers.

Mello & Abreu (2000) consideram de suma importância num trabalho de Terapia Ocupacional a observância de quatro dimensões do desempenho humano: a física, a percepto-cognitiva, a emocional e a social, ressaltando a existência de procedimentos peculiares a cada uma dessas dimensões. Segundo as autoras, o objetivo do trabalho é avaliar o atual status funcional do paciente e constatar o que pode ser reabilitado ou adaptado. Conhecer a história funcional do paciente, as conseqüências da doença e o desempenho das AVD (Atividades de Vida Diária) são fundamentais numa avaliação funcional e no direcionamento de um trabalho. As autoras apresentam um modelo de intervenção cognitiva em terapia ocupacional com base no modelo de desempenho de Allen (1992) cuja estrutura tem seis níveis hierárquicos de cognição e sugere níveis para o processamento sensório-motor da informação.

Bruck (1996) observa que os lares abrigados estão descobrindo os efeitos terapêuticos da arte-terapia, da musicoterapia e da terapia com a participação de animais, muito embora vejam essas atividades mais por seu caráter recreativo do que por se tratar de uma modalidade genuinamente terapêutica. A música, mais que qualquer outro recurso, é apontada como um dispositivo extraordinário e poderoso da memória, das emoções e dos sentidos, contendo um potencial terapêutico de amplo alcance. Enquanto a arte favorece a expressão de emoções, de significados, de forma não ameaçadora, a presença de animais no tratamento dos pacientes tem registrado efeitos terapêuticos como a diminuição da pressão sanguínea e do estresse.

Segundo Bottino et al. (2002), na parte farmacológica, um grande avanço ocorreu nesses últimos anos, após a introdução de medicamentos anti-colinesterásicos. Medicamentos como a Tacrina cuja tolerabilidade e eficácia apresentavam limitações, foram substituídos por outros de melhor eficácia como o donepezil, a rivastigmina e galantamina. Os autores consideram que hoje em dia a opção que o paciente e seus familiares encontram é a articulação entre o uso de medicamentos e o trabalho de uma equipe multidisciplinar.

Um trabalho de equipe multidisciplinar na assistência à demência vem sendo desenvolvido no Centro para Pessoas com Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice do Instituto de Psiquiatria – CDA/IPUB- UFRJ, local onde este trabalho foi realizado e, que mantém um serviço de Centro-Dia cuja finalidade é dar atenção diária aos pacientes e seus familiares/cuidadores que

comparecem à instituição para seu tratamento e, ao final do dia, retornam a suas casas. Essa modalidade de assistência permite a convivência com a família, sem que haja ruptura com o seu meio social. Mas é preciso considerar que esse serviço poderá trazer algum benefício para as pessoas apenas durante determinado período da doença. A partir do momento em que o paciente começa a apresentar comprometimento maior em suas funções cognitivas e clínicas, seguido de uma deterioração acentuada com o avançar da doença, seu desligamento é inevitável, mas a orientação necessária continuará a ser dada à família.

A equipe que é formada por médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, enfermeira, assistente social, fisioterapeuta e alunos do Curso de Especialização em Psicogeriatria⁴ atuam de forma que possam atenuar o comprometimento cognitivo e as alterações de comportamento no intuito de possibilitar uma melhora na qualidade de vida do paciente e de seu familiar e/ou cuidador além de procurar mantê-lo inserido em seu contexto social.

Para cada fase da doença, uma atenção cuidadosa é imprescindível e adaptações, tanto no ambiente terapêutico quanto no familiar, devem ser feitas. Acontecimentos do cotidiano, como as rotinas básicas do dia-a-dia, devem ser considerados os marcadores da passagem do tempo, de forma a dar consistência à experiência de cada um. Essas experiências, portanto, são singulares caracterizando o sujeito (Certeau, 1998) na medida em que a repetição das atividades dessa rotina permite a recriação permanente da vida social (Heller, 1995). O trabalho em equipe multi e interdisciplinar é fundamental para que se possa tecer uma rede de cuidados capaz de apreender e assistir o indivíduo e seu contexto de forma holística.

A evolução do quadro demencial varia no tempo em cada paciente, o que faz com que adaptações no decorrer do tratamento sejam feitas visando trabalhar ao máximo com a reserva cognitiva e a singularidade de cada um. O desenvolvimento da clínica tem-se voltado para duas modalidades de trabalho: o grupo terapêutico e a oficina terapêutica (na falta de uma definição mais clara e específica para essas modalidades de atendimento, a equipe orientou-se através da própria prática clínica para melhor compreensão).

⁴ Curso oferecido pelo IPUB/UFRJ com duração de dois anos.

O grupo terapêutico caracteriza-se pela utilização de métodos, técnicas e objetivos próprios de determinado campo de intervenção, como a musicoterapia e a fisioterapia. É coordenado por dois terapeutas daquela área, que funcionam como facilitadores da relação entre eles e os integrantes do grupo, possibilitando a partilha de experiências, dificuldades, identidades culturais e de época. O trabalho em grupo com a técnica específica de cada área de conhecimento é relevante para a formulação e alcance de objetivos bem estruturados, à medida em que esses trabalhos desenvolvidos com pacientes apenas portadores de demência são muito pouco relatados.

As oficinas terapêuticas funcionam nos mesmos moldes do grupo terapêutico, mas se caracterizam pela utilização combinada de métodos e técnicas de duas áreas de saber com objetivos comuns: de um lado, a psicologia e a terapia ocupacional, de outro, a fisioterapia e a fonoaudiologia, por exemplo. A coordenação por dois terapeutas, um de cada campo, promove a interlocução de campos distintos orientados pelas necessidades e demandas dos pacientes. Aqui os saberes se articulam numa dinâmica interdisciplinar objetivando encontrar meios que possam ser utilizados de maneira a atender ao paciente e/ou seu familiar/cuidador. Oficina de culinária, da memória, de notícias, de jardinagem, de orientação e cuidados, além de outras, constituem alguns recursos oferecidos aos pacientes e/ou cuidadores.

Nigri et al. (2003) enfatizam que o mais importante são os resultados obtidos através da interlocução dos saberes e não no produto final que muitos esperam, sendo todas as oficinas planejadas de acordo com o nível cognitivo dos participantes, em que a preocupação precípua reside em não serem criadas situações que possam causar frustrações de porte maior para os pacientes. Assim, se um paciente não consegue mais realizar um movimento expressivo, seja motor ou com um material de tinta, por exemplo, ele pode ainda se beneficiar do convívio com os demais. Para os pacientes com demência, a intervenção deve se dar a partir daquilo que lhe é familiar, sendo seu cotidiano o pano de fundo, a linha de referência pela qual podemos nos orientar.

As propostas, sempre claras e bem definidas, obedecem a uma rotina que possa ser reconhecida pelos pacientes, estando agrupadas em cinco eixos: 1) atividades de vida diária; 2) estimulação cognitiva; 3) estimulação de habilidades

sensorio-motoras; 4) resgate e valorização das reminiscências e da identidade pessoal, 5) abordagem do cuidador.

Além desses aspectos, estão configuradas em oficinas que procuram despertar nos participantes uma atenção de forma global: 1) oficina para pacientes, visando à atenção específica ao paciente, levando-se em conta o grau de reserva cognitiva; 2) oficinas para pacientes com cuidadores, a fim de promover uma atitude terapêutica e de instrumentalização dos cuidadores para que o trabalho possa ter seguimento em casa (a continuidade de um trabalho de estimulação cognitiva é que pode possibilitar a estabilização do quadro e a manutenção de certas atividades do cotidiano) e 3) oficinas para cuidadores, com o objetivo de promover a saúde e sensibilização, considerando que o cuidador também sofre, tanto psíquica como fisicamente. Através da sensibilização, ele pode se colocar no lugar daquele que é cuidado, ser orientado no cuidado de si e de quem está cuidando. Aqui são apontados procedimentos de cuidados básicos e adaptações que viabilizem a manutenção da independência e da autonomia do paciente.

Paralelamente ao grupo terapêutico e as oficinas, existe o grupo de apoio e orientação para familiares e cuidadores. É um espaço destinado não apenas aos que se tratam na instituição; nele as orientações se concentram na assistência ao paciente e na economia de esforços para o cuidador. A preocupação é com a redução do sofrimento, se é possível, num ambiente de acolhimento e recomposição. Por isso se faz necessário mostrar os aspectos ainda saudáveis e preservados. Caracteriza-se por um espaço de escuta das dificuldades e angústias, do compartilhar opiniões e soluções, da reestruturação e da criação de vínculos, dos cuidados consigo mesmo, do lazer e da construção de projetos pessoais.

Além dos atendimentos grupais, as intervenções individuais com pacientes ou cuidadores podem ocorrer nos diversos campos que a equipe oferece, com o objetivo de acolher questões pessoais e estender sua permanência no serviço.

Desde que o paciente chega à instituição, um processo terapêutico já se encontra em funcionamento. O primeiro espaço que o paciente e seu familiar/cuidador encontram é o da convivência que promove a socialização e o compartilhamento entre pacientes, familiares, cuidadores e técnicos. Por ser um espaço informal, permite a observação de atitudes e reações, de comentários e obtenção de informações sobre o dia-a-dia, de forma que possibilita intervenções

sutis, naquele momento, no sentido do acolhimento e respeito ao paciente e ao cuidador.

O encontro entre pacientes, cuidadores, familiares e terapeutas constitui um dos dispositivos mais eficazes para o bem-estar de todos os envolvidos no processo demencial. Acolher, informar, ouvir, conversar, tratar, ajudar são preocupações da equipe que se propõe a um trabalho multi, inter e transdisciplinar. A noção de eficácia do tratamento vai além do paciente e do espaço institucional. Dependendo das condições da equipe devem ocorrer na família, em seu cotidiano e na comunidade possíveis mudanças capazes de propiciar acolhimento e a garantia da continuidade do tratamento no próprio domicílio.

2.3

O lúdico e a criatividade na prática clínica

A busca por uma metodologia que viabilizasse os atendimentos do paciente com demência, levou a equipe do Centro-Dia a estruturar o seu trabalho mediante a utilização de alguns pressupostos teóricos básicos que permitam sustentar e orientar o próprio fazer clínico. A base principal está alicerçada no tripé: espaço terapêutico - criatividade – lúdico, no qual as propostas apresentam flexibilidade e são manejadas de forma a atingir os objetivos propostos, possibilitando que as capacidades e limitações de cada paciente sejam acolhidas, reconhecidas e interpretadas com os recursos de linguagem possíveis a cada um.

O termo brincar⁵, do português, é oriundo do latim *vinculum*, que significa laço, união. O brincar e o jogar são formas básicas da comunicação através das quais os indivíduos inventam o mundo e elaboram os impactos exercidos pela experiência e pelos outros. Apresenta uma finalidade autônoma na busca de satisfação ao realizar-se. Possui começo, meio e fim. É ordem e cria ordem. O brincar introduz na imperfeição do mundo e na confusão da vida uma perfeição temporária. É preciso lembrar que trabalhar com atividades lúdicas não é infantilizar e sim, recorrer a uma forma de manifestação do humano. Faz parte de todas as culturas. É possível observar até mesmo em Freud (1987 [1920]) que o

⁵ Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2ª edição revista e ampliada, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986: 286

lúdico aparece como um recurso utilizado pelas crianças muito pequenas, possibilitando o processo de diferenciação e subjetivação, de presença e ausência, o jogo do “*fort da*”⁶.

Winnicott (1975) assinala que o ato de brincar já era investigado desde os estudos de Melanie Klein, mas não como uma terapia em si. A partir de seu interesse, abre um espaço na psicanálise em que o brincar, além de ser uma aplicação imediata e universal, possibilita a expressão e a relação afetivas com quem brinca. Além disso, é caracterizado como uma experiência criativa e de continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver.

O espaço destinado a esse brincar é espaço terapêutico. E a importância do espaço terapêutico como um espaço potencial para o exercício da criatividade é apontada por Winnicott (1975) no qual se deve permitir o desenvolvimento a ocorrência do jogo, do brincar e da descoberta mútua. A criatividade está inserida na relação do indivíduo com a realidade externa. O espaço terapêutico e a criatividade se transformam em ferramentas na aplicação de recursos e adaptações técnicas.

Segundo Ostrower (1983), a criatividade é inerente à condição humana. Pode ser entendida como um processo de construção do conhecimento, um exercício constante de revisão de pensamentos, afetos e comportamentos, levando-se em conta uma multiplicidade de potenciais e limites que fazem parte da vida do indivíduo e do mundo a seu redor. Cognição, linguagem, ação, habilidade, motivação e pensamento criativo constituem aspectos fundamentais na interação e interseção criativas em que a estimulação ambiental operacionaliza o processo criativo aliado ao interesse e ao prazer na produção (Novaes, 2001)

Cabe ressaltar que, para a equipe do Centro-Dia, um aspecto a considerar nos trabalhos que envolvem a reabilitação ou a estimulação cognitiva é o de que o “terapêutico” não implica o sentido pedagógico de ensino, ou treinamento. A posição do terapeuta é a do intérprete, não a do professor, configurando uma clínica da escuta e não do treinamento e disciplina. Além disso, o terapeuta deve funcionar como um baú onde as lembranças e dados fundamentais da vida de cada paciente, dados culturais e de época, devem ser guardados, de forma a serem

⁶ expressão atribuída por Freud a partir de suas observações clínicas à brincadeira da criança quanto a lidar com a ausência-presença da mãe (in: Freud, Além do Princípio do Prazer, 1987[1920])

evocados para promover o acolhimento e a continuidade do discurso do paciente, quando ele os busca na memória e não os encontra.

MUSICOTERAPIA NA DEMÊNCIA

“O som é um objeto subjetivo,
que está dentro e fora,
não pode ser tocado diretamente,
mas nos toca com uma enorme precisão”
(Wisnick, 1989:26)

Há pelo menos trinta mil anos a música é utilizada como elemento terapêutico, conforme assinalam Barcellos (1992) e Costa (1989). Desde a mais remota origem da humanidade, o homem sempre buscou atribuir à música os mais diferentes significados, seja em relação a sua expressão estética, ou a sua função mística, religiosa, mágica, terapêutica. Os fenômenos sonoros da natureza, de alguma forma, sempre receberam algum tipo de identificação: os sons ora representavam ameaças, avisos divinos, ora serviam como meio de comunicação, expressando estados de espírito, como alegria, amor, tristeza, raiva. E, ao identificar-se com seu meio, o homem passou a imitar os sons que ouvia, reproduzindo-os com sua voz ou com instrumentos criados por ele mesmo, obtendo os mais diferentes efeitos. Estes iam desde o curativo, como no caso bíblico de Davi, que com os sons de sua harpa afugentava os maus espíritos que atormentavam o rei Saul, até efeitos bélicos, incitando guerreiros a lutarem com maior bravura. A música já era parte do próprio homem, como é até hoje (Benenson, 1985).

A crença na existência de que cada ser humano possui um som ou uma canção secreta própria capaz de fazê-lo vulnerável à magia pode ser observada nos relatos de povos antigos e mais primitivos. Este som podia relacionar-se com o timbre da voz, por exemplo, e quando descoberto podia ser utilizado para fins curativos. Quanto ao valor curativo da música, Aristóteles pode ser considerado um precursor da musicoterapia, pois a recomendava à pessoa dominada por emoções não controláveis, afirmando que após a audição de uma música capaz de comover sua alma, sentia-se tranqüilizado, a ponto de poder escutar os cantos

sagrados, caracterizando este fenômeno como uma espécie de cura ou purificação moral (Cervellin, 1983). Cabe lembrar que, apesar dessa prática remontar à mais longínqua existência, ela renasce após a Segunda Guerra Mundial, quando de sua introdução nos postos de socorro e ante as melhoras apresentadas pelos feridos da guerra (Costa, 1989).

A acepção geralmente atribuída à “Musicoterapia”, palavra que resulta da junção de “música” e “terapia”, é a de cuidar, tratar pela música ou com música. Entretanto, essa prática vai mais além do que essa simples atribuição. Enquanto terapia, a música trata de pessoas com dificuldade de comunicação e relação, como ocorre nas esquizofrenias ou em outros transtornos psicóticos, de crianças autistas e similares patologias. (Costa, 1989; Benenzon, 1988). No caso das demências, a musicoterapia vem se mostrando eficaz entre os tratamentos não-medicamentosos, com bons resultados até mesmo em seu estágio mais avançado, ou seja, no qual outros recursos de comunicação (verbal ou não-verbal) não conseguem alcançar.

3.1

A música na musicoterapia

A música é entendida como a arte de combinar sons. Entretanto, considerando as mais recentes tendências musicais, pode ser definida como a articulação de sons e silêncios, aliada a seus outros elementos – o ritmo, a melodia e a harmonia. Como linguagem sonora, a música também apresenta evolução em seus contextos histórico e cultural, o que acabou por lhe conferir características diversas (Wisnick, 1989), além de apresentar uma estreita relação com a própria evolução do homem no que diz respeito a seus aspectos biológico e psíquico (Muszkat et al., 2000). A música é composta por elementos bem definidos – som, ritmo, melodia e harmonia, que mesmo na complexidade do todo, podem ser analisados em sua singularidade.

O ritmo, como pulso, pode ser considerado um marcador biológico muito bem representado pela respiração, pelo batimento cardíaco e pelo andar do próprio homem. Dessa forma, é representado como aquele que dá ordem e sentido numa relação entre tempo e espaço. É constituído por dois elementos básicos: a duração,

que vai definir o andamento, e a acentuação das sonoridades que vai configurar o estilo rítmico. A partir dessas configurações é que podemos, então, distinguir andamento de ritmo, muito embora apresentem uma estreita relação entre si. O andamento é definido pela duração do som entre uma batida e outra, variando de lento (repetição de sons prolongados) a rápido (repetição de sons rápidos). A acentuação marca a distinção entre uma simples pulsação (uma seqüência de sons iguais) e os ritmos binário, ternário entre outros (os sons ou um dos tempos recebe uma acentuação com maior intensidade que os demais). É da combinação desses dois elementos básicos que se formam os diferentes ritmos e que podem ser identificados em sua singularidade e especificidade: o samba, o xaxado, a valsa etc. Apesar do ritmo apresentar estreita relação com o aspecto biológico do homem, este também é expresso na forma de sentimento, uma vez que as sinalizações usadas para indicar o movimento têm sua origem em expressões afetivas, como por exemplo *allegro*, *affetuoso*, *agitato* entre outros (Costa, 1989). Conseqüentemente, pode-se dizer que esses elementos possuem duas dimensões: uma biológica e outra subjetiva.

O som tem sido objeto de infinitas buscas de reprodução pelo homem. Em suas variações de altura, intensidade e timbre oferece uma gama de articulações e, fisicamente, é representado por uma onda que oscila até sua extinção. A emissão e a propagação de um dado som pode provocar diferentes reações no ser humano, ainda mesmo em sua fase intra-uterina. Alguns deles, o ouvido humano é incapaz de perceber. Segundo Wisnick (1989:17-18)

“Os sons são emissões pulsantes, que são por sua vez interpretadas segundo os pulsos corporais, somáticos e psíquicos. As músicas se fazem neste ligamento em que diferentes frequências se combinam e se interpretam porque se interpenetram”.

Ao sinalizar essa relação do som com o homem, o autor aponta para a essência da existência humana. Enquanto existir um pulso, existirá uma vida, uma vida que emite som e que, portanto, é capaz de expressar ou comunicar algum sentimento, algum sentido. Esse som pulsante, representado através do corpo somático - o pulso sangüíneo e certas disposições musculares, como o piscar os

olhos, apresentam uma seqüência de vários pulsos, que aos poucos vai se transformando em ritmo.

A melodia, uma espécie de discurso ou fala musical, é caracterizada pela combinação de uma seqüência ascendente ou descendente de diferentes alturas de sons (graves e agudos), com durações e acentuações variáveis, formando frases e períodos tal como ocorre na linguagem verbal, correspondendo à estrutura emocional e horizontal da música. A harmonia, cuja representação está na seqüência simultânea ou superposta de várias notas, que encadeadas formam os acordes de uma composição musical, expressa uma estrutura vertical e intelectual da música.

Para a musicoterapia, a música é considerada como qualquer manifestação sonora, seja o som musical ou não, compondo nossas vivências sonoras desde a fase intra-uterina, do nascimento até os dias atuais, ou até a morte, como observa Benenzon (1988).

3.2

Aspectos teóricos e clínicos

A musicoterapia utiliza-se de subsídios teóricos da Psicanálise, da Neurociência, das Ciências Sociais para sua fundamentação. As contribuições da Neuropsicologia podem ser consideradas de suma importância no direcionamento de um estudo da cognição e do comportamento nas demências, tendo em vista que música envolve diversas modalidades do funcionamento cerebral – a auditiva, a visual e a motora. A estas, juntam-se os aspectos emocionais envolvidos na apreciação e interpretação musicais e, subjetivos, como preferência musical, educação, cultura, interesse (Engelhardt et al, 1995). Outro aspecto relevante é que a música também é uma linguagem. E, como linguagem, é regida por um sistema próprio em que estão presentes signos, significantes ou “musicantes” e significados diferentes do sistema da linguagem verbal (Costa, 1989; Muszkat et al., 2000).

As concepções de Benenzon (1988) oferecem um suporte valioso em termos de referencial clínico e teórico para o desenvolvimento dessa prática. Este autor apresenta duas contribuições importantes: a primeira, do ponto de vista

científico – consiste na investigação do complexo som-ser humano (seja o som musical ou não) com a busca de subsídios para diagnóstico e método terapêutico; a segunda, do ponto de vista terapêutico - a abertura de canais de comunicação através dos elementos musicais, visando o processo de reabilitação e recuperação do paciente para a sociedade. Por complexo som-ser humano, o autor entende uma espécie de feedback, um circuito que se inicia em um dado estímulo que, num longo processo, acaba por produzir outro, e sucessivamente irá enriquecer outro estímulo. Este funcionamento é a base da musicoterapia.

A esses aspectos juntam-se dois conceitos básicos, através dos quais todo o processo musicoterápico é desenvolvido: 1) o Princípio de Iso, que corresponde a uma identidade sonora peculiar a cada sujeito e que o individualiza perante os demais, presente desde as vivências mais arcaicas (as gestacionais) até os dias atuais e, 2) o Objeto Intermediário, um instrumento passível de estabelecer a relação terapeuta-paciente, capaz de abrir canais de comunicação, fluidificar aqueles que estão rígidos e estereotipados, impedindo sua realização. Poderá ser qualquer um dos elementos musicais - ritmo, som, melodia ou harmonia, a voz, o corpo e/ou o próprio instrumento musical. A noção de identidade sonora desenvolvida por Benenzon e definida como Princípio de Iso, consistiria no trabalho musicoterápico na possibilidade de criar um andamento da música num padrão igual ou semelhante ao tempo mental do paciente, como definiu Altshuler (1943).

Há 5 tipos de Iso: 1) o gestáltico, que caracteriza o indivíduo; 2) o complementar, como uma flutuação momentânea do gestáltico; 3) o grupal, como resultado da união de vários Isos gestálticos num grupo social; 4) o universal que se caracteriza por identificar todos os seres humanos independente de seus contextos sociais e 5) o cultural, como produto da configuração cultural global de que o indivíduo e seu grupo fazem parte.

Na busca de um conceito de musicoterapia, ocorre assinalar com base em Nick & Aleixo (1991: 30), que se trata de uma prática terapêutica que se utiliza dos instrumentos musicais, da música e/ou seus elementos, da voz e do corpo como formas de expressão e comunicação não-verbal na prevenção e no tratamento dos transtornos físicos e mentais, propiciando a conseqüente relação do indivíduo com ele mesmo, e com o outro e a sociedade. Da mesma forma, pode-se dizer que tal definição está de acordo com os conceitos adotados de “terapia” e

“doença”, bem como da área de interesse e de atuação de cada profissional, como nos observa Ruud (1990).

Em se tratando da clínica com pacientes geriátricos, Boxberger & Cotter (1968) consideram a importância do estímulo não-verbal e do ritmo simples como sendo efetivo em pacientes com diminuição da relação com a realidade, observando que em 1960 Altshuler, ao separar grupos de hiperativos e hipoativos, descreve que o ritmo, sobretudo com essa clientela, é de caráter simples, igual e direto, evitando-se o ritmo sincopado. Aponta também haver preferência pelos instrumentos de cordas aos de sopro e percussão. Contudo, em se tratando da cultura brasileira, sinalizamos que entre as características da música brasileira encontramos um ritmo sincopado, muito ligado a nossa vivência sonora, assim como uma identificação mais próxima com os instrumentos de percussão.

No tocante aos aspectos clínicos da aplicação da musicoterapia a pacientes com demência, a literatura apresenta relatos do uso de música através da programação musical individual ou grupal em instituições geriátricas (Chavin, 2002), como o que procura identificar o melhor estilo musical para diminuir a agitação de pacientes com demência e outros sintomas associados (Gerdner, 2000).

A literatura indica que as habilidades musicais e artísticas permanecem preservadas nas demências tanto do tipo Alzheimer (Beatty et al., 1994; 1997) como nas demências fronto-temporais (Miller et al., 2000).

Apesar de ainda não existir estudo sistematizado da aplicação da musicoterapia a pacientes com demência, é interessante ressaltar alguns pontos observados da prática clínica com psicóticos posto que esses pacientes também apresentam dificuldades na relação e na comunicação interpessoal.

Costa (1989) associa seu achado, trinômio ação-relação-comunicação, às contribuições de Aulagnier (1979) observando que caso as vivências experienciadas no setting musicoterápico fossem predominantemente prazerosas, o “prazer de ouvir” (peculiar ao processo originário), transforma-se em “desejo de escutar” (característica do processo primário), evoluindo para a “exigência da significação” (primordial do processo secundário). As modulações sonoras maternas ouvidas pelo bebê, ou a ausência destas, podem então propiciar prazer ou desprazer e, apresentar papel importante na apropriação do campo semântico, na cultura e no contexto simbólico.

Embora no psicótico não ocorra um comprometimento da linguagem, bem como de outras funções cognitivas e funcionais no mesmo nível da demência, posto que a estruturação da linguagem e a do campo semântico ainda poderem vir a ser resgatadas, na fase inicial da demência, o paciente, mesmo com algum déficit mnemônico, parece conseguir atribuir significados à cadeia de significantes musicais. Porém, mais que isso, o que realmente parece ter relevância seria o fato do paciente ainda poder vir a gozar da possibilidade do “prazer de ouvir” nos estágios avançados. E por que também não pensar no “desejo de escutar” na medida em que o paciente, no estágio inicial da doença, ainda é capaz de expressar algum sentimento? E, quando não muito até nomeá-lo?

A relação estabelecida pelo terapeuta com o paciente que está demenciando se configurará de suma importância nesse processo. A sonoridade da voz e a postura do terapeuta frente ao paciente deverá ser acolhedora, gratificante à medida em que poderá vir a se aproximar de aspectos semelhantes às vivências mais arcaicas do ser humano.

O trabalho de Lima (1986) encontra eco aqui, no momento em que o autor ressalta que o ato da mãe cantar os acalantos ou as cantigas de ninar é aquilo que dá continência ao bebê, tão logo a mãe percebe o que ameaça o bebê – os “perseguidores” internos; daí o choro. O som da voz da mãe, numa cadência rítmica e numa linha melódica embala o bebê e entre outras coisas introduz, através da letra de cada cantiga, diferentes conteúdos simbólicos, como a figura do pai, a função materna e a presença de uma mãe má ou boa como ocorre nos contos infantis. O musicoterapeuta diante de um paciente que está demenciando, ao cantar com ele músicas que são significativas, pode estar lhe dando um continente como a mãe o faz com o bebê, como observa o autor.

É fundamental que o musicoterapeuta adquira um profundo conhecimento das músicas que fizeram ou fazem parte do universo musical do paciente, seja através dele próprio ou de um familiar que possa identificar esse universo. É com a linguagem musical do paciente – seus gostos e preferências - que o musicoterapeuta criará um espaço onde essa linguagem possa ser exercida, seja em grupo ou individualmente, de forma a proporcionar um ambiente agradável e prazeroso que o sustente.

Sydenstricker (1991) considera que a linguagem musical possibilita um contato mais profundo com o mundo psicótico em que a música pode ser

considerada um fenômeno transicional. E, como fenômeno transicional, essa linguagem musical vai apresentar dois aspectos distintos: um subjetivo, que se relaciona com os aspectos do mundo interno do paciente e, outro objetivo, voltado para seu mundo externo. A música, seus componentes e o próprio instrumento musical estariam diretamente ligados ao objeto transicional de Winnicott (1975).

Esse processo da música como objeto transicional não difere na demência, tendo em vista que, seja através da articulação do canto, do executar um instrumento musical e/ou da utilização dos elementos musicais, existe a possibilidade de aproximação e do encontro terapeuta-paciente.

3.3

Em grupo ou individual?

Alguns trabalhos (Godinho et al., 1988; Lopez, 1994; Ramalhete, 1994) desenvolvidos em casas geriátricas ou gerontológicas apontam a inserção do paciente com demência junto a outros quadros psicopatológicos. A proposta de um trabalho em grupo apenas com pacientes portadores de demência, além de inovador, constitui um desafio a ser pesquisado.

Estar em grupo sempre foi uma necessidade do homem e se faz presente em todas as fases de sua vida – infância, adolescência e maturidade – independente dos padrões sociais, culturais e políticos que o circundam. O desejo de compartilhar e de trocar experiências de vida, de comunicar sentimentos e pensamentos levam o homem a buscar o outro e conseqüentemente, viver em grupo, possibilitando a inter-relação eu-outro.

Bezerra Junior (1987) ao abordar as terapias grupais assinala que razões de ordem socioeconômica como economia de tempo dos técnicos e a grande demanda pelos atendimentos, por si só não constituem argumentos passíveis de sustentar a aplicação de terapias grupais já que

“As terapias grupais ou são boas indicações terapêuticas, porque atendem a necessidade dos clientes do modo mais adequado e eficaz do que outras modalidades de atenção (como as terapêuticas medicamentosas ou as psicoterapias individuais) ou não devem ser propostas como alternativa.” (p. 162)

Salienta, ainda, que a dinâmica grupal dilui a figura do terapeuta sem contudo tirar-lhe a função específica dentro do grupo. Ao terapeuta é conferida a função peculiar de elemento aglutinador, que operacionaliza as regras de comunicação necessárias a que o grupo, através de troca entre seus componentes, se expresse verbalmente na linguagem que lhe é própria.

Segundo Fregtman (1982:32)

“O grupo é campo de experiência normalizadora. O coordenador do grupo deve atender à possibilidade de intercâmbio, à redução da ansiedade excessiva, com a qual estará aproximando o grupo da neurotização. O terror já não destrói mais. Pode ser detido porque pode ser nomeado”.

Ressalta ainda esse autor que

“Fazer musicoterapia é, numa primeira abordagem, convocar as experiências lúdicas do paciente que permite ser colocado em posição de ‘jogo’, único campo em que os pontos de referência - e, por conseguinte, as defesas estratificadas diante do ‘outro’ - estão excluídos, pois não há nada a defender nem conquistar. Assim o ‘jogo’, ocorrerá sem lógica, nem motivações cujo interesse transcenda a satisfação hedonista da sensorialidade, deslocando a ordem convencional da razão.” (p. 26)

E, afirma que

“Através do jogo sonoro iniciamos um caminho em cuja extremidade se encontram a reparação e a reconstrução de um mundo presente-passado. Ou talvez somente o reconhecimento...” (p. 38)

Não se pode negar que, em virtude dos comprometimentos que vão aparecendo com o curso da demência, um isolamento social vai surgindo na vida do paciente. A proposta de um trabalho em grupo propicia ao paciente manter vínculos de relacionamento ou criar novos vínculos, não ficando assim tão isolado do meio que o cerca. O ideal é de um grupo mais homogêneo onde as diferentes possibilidades da música possam ser utilizadas. Em grupos de pacientes em fase inicial, a estimulação da iniciativa em recorrer a sua própria memória musical pode ser aplicada; do mesmo modo é comum ocorrer entre os integrantes do grupo uma conversa sobre determinado tema proposto por um dos pacientes que pode ou

não estar relacionado à vivência com a música. Um fator de suma importância consiste em organizar grupos com faixa etária, aspectos culturais e sociais aproximados.

As alterações de comportamento e a acentuação do comprometimento cognitivo e funcional decorrentes da evolução da doença levam a modificações quanto à estrutura do atendimento. Uma proposta individual e mais diretiva pode ser desenvolvida, mas sempre com o propósito de ser um espaço em que se busque levar em consideração a possibilidade do paciente ainda fazer sua escolha por esta ou aquela atividade. Quando isso não é mais possível, cabe ao terapeuta observar o paciente e, a partir do conhecimento adquirido, desenvolver o atendimento. A adequação dos trabalhos também é realizada com os familiares com vistas à continuidade na própria residência, pois o que se objetiva é a manutenção da qualidade de vida para um sujeito já tão comprometido. Este é um aspecto fundamental pois o paciente passa a maior parte do seu tempo em casa com a família e/ou o cuidador.

Apesar da pouca disponibilidade de informações no manejo da clínica de pacientes com demência, é imprescindível que se esteja sempre aberto a novas reflexões que auxiliem ou transformem os procedimentos clínicos. Uma experiência clínica diretamente com grupos de pacientes com Alzheimer ou mesmo com outra demência se configura em uma tarefa a ser pesquisada, até mesmo pela peculiaridade da doença, nas manifestações imprecisas dos sintomas em seu curso, para cada paciente.

Os atendimentos são feitos em grupo e/ou individualmente, de acordo com a necessidade de cada caso. Os grupos são formados por até 6 sujeitos que apresentam um perfil homogêneo, tanto no que diz respeito aos aspectos psicopatológicos quanto aos aspectos de histórias pessoais e sociais. A heterogeneidade se manifesta na preferência musical. Alguns preferem o clássico, a ópera e outros preferem o samba, a marchinha de carnaval, o bolero, a valsa etc. Este aspecto variável permite a descoberta ou redescoberta musical através do outro. Em grupo ou individualmente, o objetivo precípua é o de melhorar a auto-estima do paciente, sua relação consigo mesmo e com o outro. Outro objetivo é mantê-lo ligado a algum aspecto que possibilite a melhora de sua qualidade de vida. Cada grupo é atendido por um ou dois musicoterapeutas, ao passo que no trabalho individual apenas um musicoterapeuta realiza o atendimento.

Esse trabalho pode se dar de forma diretiva ou não-diretiva, ou até mesmo com o emprego de ambas as técnicas:

- diretiva: o musicoterapeuta propõe as atividades ao paciente e/ou grupo de forma diretiva e ativa, podendo ser a utilização, separada ou em conjunto dos vários elementos da música, de canto, de audição musical, sempre respeitando as possibilidades de cada um.
- não-diretiva: o musicoterapeuta possibilita que o acontecer musical se dê através do próprio paciente e/ou grupo, buscando assim estimular a iniciativa de cada um quanto ao que será desenvolvido numa sessão, entre as diferentes opções possíveis acima mencionadas. Essa técnica pode obter resultado satisfatório nos momentos iniciais da doença.

Os atendimentos de grupo acontecem uma vez por semana, com duração de 60 minutos e os atendimentos individuais ocorrem uma vez por semana com duração de 30 ou 40 minutos. Estes atendimentos podem ser divididos em duas partes distintas: uma de produção sonoro-musical e outra de comentários. Verifica-se, entretanto, certa flexibilidade quanto a esse desenvolvimento. Depende do estado clínico e do humor dos pacientes. Por vezes, o atendimento pode se dar apenas em nível verbal, em determinado dia.

Num trabalho em que a música está envolvida, o fazer musical propicia uma interação valiosa, seja através da execução de instrumentos musicais ou do cantarolar uma melodia e do cantar a letra ou ainda na simples audição musical. A possibilidade de que esses pacientes obtenham melhora na auto-estima, na relação consigo mesmo e com o outro, apresenta-se como uma condição *sine qua non* para esse trabalho. Principalmente, em alguns casos em que a linguagem momentaneamente aparece “mais articulada”, ao narrar fatos de sua história pessoal, desencadeadas pela própria música. Os aspectos subjetivos do paciente podem ser resgatados e valorizados, seja numa situação de atendimento em grupo ou individual.

3.4

Algumas possibilidades

3.4.1

Canto

“Coube ao homem, criar o seu canto e nele refletir sobre diferentes aspectos de sua vida singular. As canções, então, passaram a fazer parte de diversos momentos de sua vida. ...O canto está presente no universo simbólico de todas as culturas”. (Brandão & Milleco, 1992:18)

Cantar para um grupo ou uma platéia pode ser um ato de comunicação ou de contar histórias como assinala Stefani (1987). O canto é a confluência ou a síntese de três dimensões: a voz, a palavra e a música. A voz como algo muito pessoal, representando a imagem sonora de uma pessoa; a palavra enquanto meio para a comunicação interpessoal, expressando sentimentos, afetos entre outros e, a música associada a expressões, a representações, através de construções melódicas e rítmicas. Essas três dimensões não trabalham isoladas, mas de forma complementar.

O canto é uma atividade não apenas capaz de educar a voz, mas também de mobilizar aspectos afetivos como satisfação em cantar, em ouvir, em estar em grupo, como aparece em comentários de pacientes: *“este grupo está ficando bom...aqui me sinto como se estivesse em casa...”*; *“a gente tem que cantar pra alegrar ela”*; *“estava bom...a cantoria estava boa...”*; *“eu sei cantar tudo... é só dar a partida que eu vou atrás... eu adoro cantar...”*; *“foi bom...não teve nada que atrapalhasse...quem canta seus males espanta...”*.

Iniciar e estimular o canto, através das músicas que marcaram época, que ainda fazem parte de nossa cultura e memória musical, constitui um meio facilitador de aproximação e participação junto ao paciente, como também deste com os outros do grupo. A prosódia musical⁷ pode ser trabalhada em seu aspecto melódico e rítmico com uso da voz e do canto.

⁷ Prosódia Musical: ajuste das palavras à música e vice-versa, a fim de que o encadeamento e a sucessão de sílabas fortes e fracas coincidam, respectivamente, com os tempos fortes e fracos dos compassos. (Dicionário Aurélio, 1986: 1404)

3.4.2

Instrumentos musicais

Segundo Juliette Alvin (1967), os instrumentos musicais se caracterizam como objetos concretos e positivos que podem ser confeccionados, aperfeiçoados ou transformados pelo homem, tornando-se um prolongamento de seu corpo, capazes de metamorfosear em som seus impulsos psicomotores e liberá-los. Os instrumentos musicais são inerentes ao *setting* musicoterápico, tendo como função facilitar a relação terapêutica, além de ampliar as possibilidades de expressão sonoro-musical dos pacientes. Existe uma variedade enorme de instrumentos musicais que podem compor o *setting* musicoterápico, indo desde o mais simples como o chocalho, o pandeiro, o ganzá, o afoxê, o reco-reco, o triângulo até o mais complexo como o piano ou o violão. É relevante levar em consideração o tipo de material, o peso, a textura e a tessitura dos instrumentos musicais no trabalho com o paciente, ressaltando-se que sua utilização deve ocorrer de acordo com o interesse e o desejo do paciente em tocar ou não o instrumento musical.

Os instrumentos musicais, como os demais elementos da música, exercem a função de objeto intermediário entre o terapeuta e o paciente. No entanto, esses instrumentos apresentam uma peculiaridade marcante na voz do próprio instrumento, o qual não ameaça tanto à medida em que é sentido como um objeto externo, não denunciando diretamente o estado intra-psíquico do paciente (como o fazem a voz e o corpo) permitindo a abertura de um canal de comunicação e expressão, facilitador da relação terapêutica.

Benenzon (1988), ao considerar a aproximação do objeto intermediário com o objeto transicional de Winnicott (1975) o faz do ponto de vista de que este é um objeto primário e basicamente um objeto de comunicação. Segundo o autor, de forma evolutiva, o objeto transicional se converterá em objeto intermediário e, sendo assim, somente ele poderá ser utilizado terapeuticamente. Seu posicionamento quanto a essa atuação baseia-se na posição de Rojas Bermudez (1970) numa comparação entre o fantoche e o instrumento musical, assinalando que este apresenta as seguintes características:

- a) existência real e concreta;
- b) inocuidade, que não desencadeia “por si” reações de alarme;

- c) maleabilidade, que se pode utilizar à vontade em qualquer combinação de funções complementares;
- d) transmissor que permite a comunicação por seu intermédio, substituindo o vínculo e mantendo a distância;
- e) assimilabilidade que permite uma relação tão íntima que a própria pessoa possa identificá-lo consigo mesma;
- f) adaptabilidade que se ajuste às necessidades do indivíduo;
- g) instrumentabilidade que possa ser utilizada como prolongamento do indivíduo;
- h) identificabilidade para que possa ser reconhecido imediatamente.

Não é necessário que o paciente saiba tocar um instrumento musical para participar da musicoterapia, mas a forma de utilização e o manuseio dos instrumentos merecem especial atenção por parte do musicoterapeuta. É na relação estabelecida entre instrumento-som-paciente que todo o processo terapêutico se dará, incluindo os itens acima citados. A maneira que o paciente encontra de produzir um som é que será valorizada e não se a forma do manuseio é a correta ou não.

Os instrumentos podem acompanhar o canto, podem ser utilizados apenas em propostas de exploração sonora e/ou de desenvolvimento rítmico.

Após uma proposta de exploração sonora e de trocas de instrumentos com outros pacientes, um deles faz o seguinte comentário “ *parecia noite de Natal, quando as crianças pegam seus presentes e ficam brincando...*”. Outros comentários: “ *eu nunca tinha tocado este instrumento, ele é indígena?*”; “ *não sabia que era tão difícil tocar um instrumento...mas estou achando interessante*”; “ *eu só vou tocando assim...como a professora falou...*”.

3.4.3

Corpo

Segundo Nick (1998), além do corpo ser condição para a vida, resultante em grande parte da reação que o indivíduo sofre em relação ao *modus vivendi* de sua classe social, dialeticamente, ele registra nossas vivências intra e extra-

psíquicas, carregando em si a marca de uma cultura, que não pode ser ignorada, representando o código de uma mensagem.

O corpo pode ser usado a partir de propostas de musicoterapeutas e/ou dos pacientes, com ou sem estímulo musical. Atividades abrangendo relaxamento, movimentação corporal estimulada por danças e/ou expressão sonora com percussões corporais (estalidos de dedos, palmas etc), com o objetivo de alcançar maior percepção de si mesmo e do outro, a partir da percepção e desenvolvimento rítmico, “*eu sabia dançar valsa...já dancei muito...agora eu não sei mais...*”; “*é sapateado?!...*” (após ouvir uma produção rítmico-sonora com percussões corporais – palmas).

3.4.4

Audição musical

A audição musical evidencia a possibilidade de resgatar lembranças de períodos vividos anteriormente, a partir do momento em que os pacientes ouvem suas músicas nas vozes ou não de seus cantores e/ou compositores preferidos. Através deste recurso pode-se trabalhar o reconhecimento de estruturas rítmicas e melódicas e, até mesmo, acompanhar a audição dessas músicas com a utilização de instrumentos musicais e/ou canto. Possibilita, também, que musicoterapeuta e pacientes entrem em contato com a bagagem musical e cultural de algum integrante do grupo, através de estilos musicais diferentes como a música judaica ou portuguesa, apenas para exemplificar. Registramos alguns comentários durante ou após uma audição: “*começou bem...está indo bem...essas músicas antigas quase todas dão saudade...*”; “*melhorou, ele soltou mais a voz...foi um grande cantor que dava gosto de ouvir cantar*”; “*coloca esta ‘populares Israel’⁸ para ela conhecer...*”; “*...essa música eu dancei com a minha filha...*”.

⁸ título que constava na fita cassete que continha músicas brasileiras cantadas em hebraico.

3.5

Material clínico ilustrativo

Com o propósito de compreender o processo musicoterápico e visando ilustrar este trabalho, será apresentado um atendimento com um grupo de pacientes, de modo a situar o tratamento de sujeitos que merecem cuidado especial.

Trata-se de uma sessão em que dois resultados positivos puderam ser alcançados: um mediante a estratégia adotada pela musicoterapeuta e outro decorrente da postura da paciente que incentivou a participação de uma outra paciente do grupo, dias mais tarde, a trazer uma música e cantá-la espontaneamente.

No dia dessa sessão, o grupo que era composto por oito pacientes - cinco mulheres e três homens – com faixa etária entre 65 e 81 anos, não contou com a participação de um dos homens. A escolaridade variava entre o primeiro grau incompleto o terceiro grau completo. O grupo se reunia toda segunda-feira às 13:30 horas e o atendimento durava 60 minutos. Os pacientes apresentavam graus variados do estágio da doença, mais precisamente de leve para moderado. Uma paciente já apresentava distúrbios do comportamento, enquanto outra revelava uma afasia e uma hemiparesia facial; uma terceira paciente tinha em sua história pregressa, um relato de tratamento psiquiátrico anterior à doença atual.

Embora fosse interessante descrever cada caso para melhor compreensão da singularidade dos pacientes envolvidos na relação, o que se busca apresentar no momento é a aplicação e o manejo da técnica em que a música pode ser vista como ferramenta do processo terapêutico. Cabe lembrar que devido ao número de pacientes do grupo, esse atendimento contou com a participação de uma psicóloga que ficou responsável de acompanhar Raquel, devido a seu estado agitado.

O grupo começa suas atividades com as trocas de informações sobre o fim-de-semana, hábito proposto para o momento inicial do desenvolvimento do trabalho. Durante esse momento, são comentadas também as ausências, as saídas e as novas presenças, bem como o procedimento a ser adotado para o atendimento previsto. O canto nesse grupo se constituía num elemento aglutinador, tendo na voz de Clara as diferentes nuances das variadas músicas que sabia cantar e que movimentavam o grupo.

Nesse dia, Raquel apresenta-se resistente para ficar no grupo, alegando que para ali se dirigira com vistas a uma consulta com o médico. Isto havia sido dito pelo marido da paciente e reforçado pela cuidadora, de forma que Raquel viesse para o tratamento. Uma estratégia que surtiu efeito negativo já que se deparara com um grupo e não com seu médico. A psicóloga sai com a paciente, voltando minutos depois.

Souza, que está chegando ao grupo, é apresentado como o mais novo integrante, sendo bem recebido pelos demais. Raquel é apresentada ao novo paciente e querendo mais uma vez sair do atendimento, inicia o canto de “*Casinha da colina*”, uma música conhecida da paciente e também de Clara. Imediatamente, o grupo se põe a cantar e Raquel que já estava na porta da sala, retorna e começa a declamar a música, comentando que não tem voz para cantar. Talvez quisesse fazer uma referência à maneira afinada com que Clara cantava as músicas no grupo ou até mesmo a mim, que tinha o hábito de estar cantando as músicas. Cantar parece ser a estratégia segura para Raquel conseguir ficar com o grupo, mas é preciso lembrar que nem sempre se obtém sucesso com as estratégias, pois muitas vezes a agitação do paciente não permite mesmo que ele participe.

Solicito a ajuda de Ivo na distribuição dos instrumentos musicais para acompanhar o canto das músicas. Ivo os distribui e Raquel é a única que não os aceita. A música seguinte também fala de casa: “*Casinha Pequenininha*” e, Raquel cantando parece esquecer do que haviam lhe dito em casa. Na verdade, o espaço do tratamento pode ser comparado a um lar que acolhe aqueles que estão necessitando de ajuda. Casa também pode estar associada a família e o grupo também começa a estabelecer laços como os de uma família, uma nova família, pois com o passar do tempo os pacientes perguntam pelas ausências ou demonstram preocupação em ajudar o outro que está mais prejudicado.

Ivo, em seu jeito brincalhão, dirige-se a mim e diz: “*ninguém gosta de você*”; imediatamente Lia responde “*eu gosto sim*”, o que é feito pelos demais pacientes, de forma espontânea. Essa atitude expressa grau de afeto demonstrado pelo grupo. Afeto que não é demonstrado apenas para com a pessoa da musicoterapeuta, mas em relação a todos os componentes do grupo. Em seguida, para não perder o fio condutor do trabalho proponho o canto de “*Carinhoso*”. É oportuno lembrar que essa música, durante certo tempo se configurou como a

música de chegada de cada novo integrante e ali estava Souza chegando. É quando Ana pergunta o nome de uma paciente recém-admitida no grupo. E, como o nome da paciente é nome de uma música, esta foi cantada em seguida. Ao final do canto, Ivo vira-se e diz “*Independência ou morte!*” e a paciente responde “*Liberdade, nada de morte*”. Sinalizo a escolha feita e procurando dar continuidade, comento a preferência de Tania que ora a gira o ganzá como se quisesse abri-lo ora mexe no botão da jaqueta, parecendo querer tirá-lo. Canto “*Ta-hi*”, seguida de outras músicas acompanhadas pelo grupo.

Ana não se conforma com a postura de Raquel, que insiste em pedir para que ela cante uma música. Responde de forma agressiva a Raquel: “*eu não sei...porque é que a senhora não canta...*” Cabe ressaltar que Ana é a paciente que já tinha uma história psiquiátrica anterior à doença atual. Sua postura tanto verbal quanto não-verbal era de intensa negatividade diante do grupo. Sempre se reportava ao trabalho como “*besteira*”, ficando mesmo a andar pela sala em certos momentos, mas prestando atenção aos mínimos detalhes do que acontecia no grupo. Sua fala sempre denotava um teor de melancolia e de falas associadas ao fato de morrer: como “*eu morri*”, “*meu filho morreu*”. Reconstruindo sua história com os familiares, soubemos que a paciente já havia feito tratamento com eletroconvulsoterapia, anos atrás quando manifestou um quadro de depressão com as perdas econômicas do marido. Por si só essa circunstância já poderia colocá-la em situação penosa e parecida com a morte, tal como os processos de depressão que havia vivenciado em determinado período de sua vida.

Canto “*Último Desejo*” que é acompanhado por essa paciente, coisa rara no grupo. Ao término da sessão, Clara comenta que desejava cantar a música que canta quando penteia os cabelos, mas que esqueceu. Souza diz ter gostado e que as músicas fizeram-no lembrar de coisas do passado, não conseguindo porém dizer quais eram.

Com esta sessão, pôde-se verificar que a estratégia utilizada surtiu efeito positivo em Raquel, que conseguiu permanecer no grupo até o final do atendimento. Porém, é preciso lembrar que o grupo também apresentava uma estrutura já formada, em que alguns integrantes se colocavam como interlocutores ou intermediadores na relação terapeuta-paciente.

Algumas semanas depois, Ana, que só reproduzia o canto entoado pelos outros pacientes, inicia espontaneamente, no final de uma sessão, a música “*Errei*

sim". Após o canto chora dizendo que seu filho morreu. Entretanto, o filho não morrerá; esta era a forma da paciente dizer que não vira o filho ainda durante aquele dia. Embora não tenha conseguido cantar a música inteira, esta foi uma possibilidade única: a de ouvir sua voz através de uma música trazida pela primeira vez em seu tratamento no grupo. O papel atuante de Raquel parece ter contribuído para quebrar a resistência de Ana, mesmo que temporária, levando-a a cantar. As posturas de Raquel e Ana continuaram com suas falas próprias. E, assim, a música de Ana pode ser trazida outras vezes no *setting*, agora na voz da musicoterapeuta e dos demais integrantes do grupo.

4

Demência e Memória Musical

“As músicas do passado trazem lembranças.
As de hoje não trazem...”
Augusto (46 anos, com doença de Alzheimer)

“De todas as terapias, a música geralmente oferece a melhor esperança em providenciar um conjunto de métodos, técnicas e instrumentos para as pessoas com demência. Há um poder na música que pode transcender a linguagem. Memórias musicais com frequência sobrevivem as habilidades verbais.”
Dowling (1995:103)

Se falar sobre memória é algo complexo por não se tratar de uma simples aquisição e retenção de um fato ou assunto qualquer, mas daquilo que com certeza fez ou faz parte da construção de uma história, seja ela pessoal ou coletiva, é também instigante. Isso porque é curiosa a investigação da presença de certos traços mnemônicos em detrimento de outros. O que guardamos afinal? Como o guardamos? Por que o guardamos? Existe uma localização específica ou não para a memória? As falhas na memória de curto prazo, a dificuldade no aprendizado e a evocação de um dado novo, tornam-se ameaçadoras na articulação da vida daquele que está demenciando. Que se constrói de novo quando se está demenciando? Quem fui, quem sou e quem serei? Que imagem guardo de mim em minha memória? Que imagem faço de mim no aqui e agora?

Ao buscar embasamento sobre memória musical e demência, foi possível constatar a pouca disponibilidade de material existente acerca desse tema. A tentativa de compreender como o paciente com Alzheimer conseguia expressar-se através da linguagem musical, mesmo com o avanço do quadro demencial, aproximou-me dos estudos que investigam a relação entre música e funcionamento cerebral. Mas, um outro aspecto chamou a atenção no desenvolvimento do trabalho: o das músicas cantadas ou das propostas com os elementos da música e os instrumentos musicais que, ao abrirem um caminho,

possibilitavam o aparecimento de sentimentos e/ou fatos de uma história pessoal ou grupal, resgatando ou reconstruindo histórias.

Os recursos tecnológicos de neuroimagem permitiram um avanço das pesquisas que envolvem o funcionamento cerebral. A neurociência introduz um novo olhar permitindo observar que as funções cerebrais não apresentam uma localização específica como de há muito se acreditava. Ao assinalar que o funcionamento cerebral é constituído por um processo neuronal com a participação das várias estruturas que compõem o cérebro, abre espaço não apenas ao reconhecimento de uma plasticidade funcional cerebral, mas também ressalta que todo esse funcionamento envolvendo os processos de aprendizagem, memorização e emoção e, porque não, a estruturação mental de um sujeito, só adquirem sentido quando encontram estreita ligação com o contexto em que o sujeito está inserido, ou seja, o contexto sociocultural. Neste sentido, as reações ou as emoções e imagens criadas frente a um dado estímulo – como os sons ou a música propriamente dita – são pessoais e únicas mesmo que o referido estímulo faça parte de um conjunto maior, uma coletividade.

Freud (1987 [1898; 1899]) já sinalizara que nem tudo recordamos. Mas, o que recordamos e quando recordamos já não é mais aquilo que foi retido. A cada vez que repetimos a mesma história, esta sempre se apresenta com nuances diferentes. E é na elaboração dessas nuances que atua a consciência e o inconsciente permitindo ao sujeito encontrar-se consigo mesmo e descobrir sua verdadeira identidade.

Na demência do tipo Alzheimer, as regiões estruturais do cérebro responsáveis pela função da memória e da emoção (hipocampo e o sistema límbico, respectivamente) apresentam prejuízos irreversíveis no curso da doença. Como então explicar a possibilidade que estes pacientes têm para uma memória musical, no que diz respeito à evocação espontânea ou com ajuda (*priming*), ligada a algum fato ou evento? O interesse em investigar o impacto da demência na memória musical, como assinalado, é o objeto deste estudo. Para tanto, o caminho a ser percorrido será o de analisar a música e a memória através do tripé: funcionamento cerebral, emoção e cultura.

4.1

Música, memória e funcionamento cerebral

O campo de pesquisa da relação entre as funções musicais e a organização funcional cerebral, além de complexo, apresenta controvérsias, como apontam alguns estudos. (Sergente, 1993; Schuppert et al., 2000). As divergências decorrem de vários aspectos da própria música em relação aos processos cognitivos e suas mais diferentes modalidades - auditivo, visual e motor, além dos processos emocionais envolvidos na apreciação e interpretação musicais. Como atividade neuropsicológica e motora, a música acessa e movimenta diversas funções cerebrais, sugerindo que o indivíduo ao ouvir uma música, precisa identificá-la, nomeá-la, reproduzi-la através do canto, da execução de um instrumento musical, ou então, precisa reconhecer os instrumentos que a interpretam. Junto a esses aspectos, crescem os subjetivos como preferência musical, educação, cultura, interesse, sem esquecer que a música também é linguagem.

Conforme Paolillo (1989?) e Pujol et al. (1991), em se tratando da evolução do sistema sensorial no homem, a função auditiva é a primeira forma de percepção sensorial especializada, ligada ao mundo exterior passível de alcançar certo grau de maturação durante a vida pré-natal e que o sistema auditivo já se apresenta formado no quarto mês de gestação.

Considerando que o sistema auditivo já se apresenta formado no quarto mês de gestação, então se poderia cogitar da possibilidade de se considerar a atividade auditiva como uma primeira forma de atividade cerebral complexa, mas é preciso levar em conta que o feto recebe as informações sonoras através de um outro meio na medida em que se encontra envolto pelo líquido amniótico e que, portanto, não se configuraria necessariamente como um registro auditivo propriamente dito, mas somatossensorial. Dessa forma, seria possível assinalar a possibilidade de uma vida musical desde essa fase, através das reações aos diferentes sons que aos poucos vão ganhando distinção na composição e caracterização de uma musicalidade correspondente ao desenvolvimento humano. Neste caso, o feto é capaz de ouvir sons - e porque não canções – independente do sistema auditivo estar formado e, dessa forma, estar em contato com os registros

sonoros vindos do ambiente – externo ou interno, e provavelmente, a partir de então, começa a apreciar as diferenças sonoro-ritmicas.

O processo de aquisição, seleção e modelagem do som no cérebro são processados pelo córtex auditivo primário, secundário e terciário, situados no lobo temporal de ambos os hemisférios cerebrais, respectivamente. Cada um deles apresenta funções singulares, desde a percepção até a relação com os múltiplos sons existentes, a melodia e a harmonia propriamente ditas (Jourdain, 1997). Perceber música é, portanto, um processo cognitivo complexo, em que vários processos neuronais distintos estão envolvidos, pouco se conhecendo sobre as estruturas envolvidas para categorizar os estímulos auditivos.

Borchgrevink (1991) afirma que as funções da fala/linguagem e da música são controladas por diferentes áreas cerebrais e, que o estímulo musical representa um canal alternativo para as pessoas que apresentam um prejuízo seletivo nos canais normais de comunicação posto que esse canal alternativo não requer um processo cognitivo antecipado. Sua eficácia já foi observada em animais, bebês e crianças portadoras de deficiência mental sem linguagem.

Quanto às demências, os estudos assinalam que mesmo com o avanço do quadro demencial, algumas habilidades cognitivas ainda se mantêm preservadas. Crystal et al. (1989), a partir de estudo longitudinal durante sete anos, aponta para a preservação da memória musical na demência do tipo Alzheimer. Beatty et al. (1994; 1997) observaram que tanto habilidades musicais quanto artísticas permaneceram preservadas nas demências do tipo Alzheimer. Tais achados são corroborados pelos estudos de Miller et al. (2000) em relação às demências fronto-temporais. Esses estudos oferecem uma perspectiva ao tratamento das demências.

As investigações sobre os processos estratégicos utilizados no processamento musical dos diferentes parâmetros musicais e o desempenho das lateralizações hemisféricas cerebrais vêm sendo viabilizadas pelos recursos de neuroimagem funcional. Em grande número, estudos relatam que as tarefas são fundamentalmente processadas nos lobos frontal e temporal esquerdos em músicos, enquanto que nos não-músicos, são processados nos lobos frontais bilaterais e lobo temporal esquerdo (Altenmüller, 2001; Merselli et al, 1995; Platel et al., 1997). Tais estudos assinalam a independência funcional das áreas ativadas para cada tarefa específica:

- familiaridade melódica (giro temporal superior direito e esquerdo, giro frontal inferior esquerdo, giro occipital central esquerdo, giro do cíngulo anterior esquerdo e palido interno direito);
- altura do som (giro temporal superior esquerdo e giro frontal superior esquerdo);
- ritmo (ínsula do hemisfério esquerdo e área de Broca inferior esquerda) e,
- timbre (giro frontal superior e giro pós-central direitos).

Importa ressaltar que ao se buscar correlacionar os aspectos musicais e o funcionamento cerebral, fatores como habilidade e/ou treinamento musical assim como as diferenças transculturais podem influenciar os resultados.

Do ponto de vista da memória, além de ser esta um processo também complexo, elaborado e que envolve diversas estruturas de neurotransmissores e neuromoduladores, com a integração de múltiplos aspectos cognitivos (cf Rozenthal et al., 1995), sua estruturação e funcionamento foram mantidas como um sistema unitário até meados de 1960 (cf Cunha e Sales, 1997)

Estes últimos autores assinalam que no processo de formação da memória estão envolvidas três etapas básicas. A primeira refere-se ao processo de aquisição ou registro em que as informações são transmitidas ao cérebro através dos órgãos sensoriais e do córtex sensorial primário. A segunda etapa diz respeito ao processo de consolidação ou retenção do material anteriormente percebido e registrado, com representação significativa no cérebro, sendo sua conservação possibilitada pela repetição ou associação com outros dados já armazenados. Recordação ou recuperação compõem a terceira etapa em que todas as informações guardadas são recuperadas de forma espontânea ou com ajuda. Ainda segundo esses autores, a estrutura da memória ganhou novo relevo a partir dos anos 60 do século passado, deixando de ser um sistema único e passando a ser sistemas interrelacionados, conforme sinalizaram Atkinson e Shiffrin (1968).

Os estudos neuropsicológicos com pacientes amnésicos ofereceram uma nova visão e atribuíram à memória a denominação de “modelo modal”, tendo em vista que as informações recebidas do ambiente são processadas primeiramente pelas modalidades sensoriais, sendo a visual e a auditiva as mais estudadas. A primeira foi nomeada de “memória icônica” em que as imagens fixas ou em

movimento são interpretadas, enquanto a segunda de “memória ecóica” que nos capacita a perceber as informações auditivas processadas.

Do ponto de vista de sua duração, as memórias podem ser de curto ou de longo prazo. Na memória de curto prazo, o material apreendido do meio externo é evocado em seguida ou em um momento próximo, podendo ser abandonado ou armazenado na memória de longo prazo. Um tipo de memória de curto prazo é a memória operacional ou memória de trabalho (*working memory*), envolvendo não apenas o armazenamento, mas também a manipulação das informações, considerando-se a recordação de até sete itens dos apresentados. É um tipo de memória em que estão envolvidos processos de realização de cálculos ou de colocação de palavras em ordem alfabética (Bertolucci, 2000).

A memória de longo prazo é responsável pelo aprendizado propriamente dito e, de tudo o que deve ser lembrado. Compreende a memória declaratória e a não declaratória⁹. A memória declaratória corresponde a fatos e eventos, a saber “o que”, abrangendo a memória episódica que envolve a recordação de experiências particulares ou pessoais e a memória semântica que está relacionada a conhecimentos gerais. O processamento dessas memórias envolvem o hipocampo, o córtex entorrinal e várias outras áreas corticais. A memória não declaratória corresponde a “como se faz”, sendo sua expressão efetuada pela ativação dos sistemas motores e sensoriais ligados à tarefa aprendida, sua aquisição e manutenção pela plasticidade inerente aos sistemas neuronais envolvidos. Esse tipo de memória é processado pelo neostriatum, pelo cerebelo e sistema a eles associado (Izquierdo, 2002). Segundo este autor, as memórias de procedimentos e sua formação são pouco estudadas, parecendo que essas memórias se mantêm menos falhas até mesmo nas demências, e que poucos estudos indicam que os mecanismos desse tipo de memória são muitos semelhantes aos das memórias declaratórias, porém ocorridas em áreas cerebrais distintas das utilizadas nessas memórias.

Bertolucci (2000) sinaliza que em idosos normais é comum haver uma queda no desempenho no que diz respeito à memória de curto prazo e à operacional, sendo que em relação a memória de longo prazo, as queixas são quanto a lembrar acontecimentos de períodos precedentes (de algumas horas a

⁹ recebem também a denominação de memória declarativa ou explícita e não declarativa, implícita ou de procedimento.

vários meses), estando essa memória relacionada à classificação ou à codificação para uma evocação posterior do evento.

Em geral se observa que os processos envolvendo a música, as memórias e o funcionamento cerebral desenvolvem procedimentos complexos. Esses procedimentos implicam estruturas bem definidas, mas a idéia de localizações específicas no cérebro para o processamento musical e o da memória vem sendo descartada a partir da concepção de que não existem “endereços” cerebrais determinados para tais processamentos. A noção de um cérebro interconectado e da plasticidade cerebral apoiada em estudos com músicos e não-músicos, assim como em estudos com sujeitos portadores de lesões cerebrais específicas, revela uma nova visão ao mundo científico. Damásio (1996; 2001) e Rosenfield (1994) oferecem uma recente compreensão do cérebro e da memória quanto a seu funcionamento e estrutura.

Damásio (1996) desconstrói a noção de um teatro cartesiano da localização específica do funcionamento cerebral ao assinalar

“...a inexistência de uma única região no cérebro humano equipada para processar simultaneamente representações de todas as modalidades sensoriais ativas quando nós experienciamos ao mesmo tempo, por exemplo, o som, o movimento, a forma e a cor, num registro temporal e espacial perfeito.” (p. 121)

Na mesma direção encontram-se os estudos de Rosenfield (1994) que, baseado na teoria de Edelman, ressalta não existir uma localização específica para a memória no cérebro. Esta por sua vez é uma memória categorizada, intrinsecamente ligada ao contexto vivido e aprendido. E, portanto, carregada de sentido, de afeto e de emoção que possibilitam criar e categorizar as lembranças. Segundo Rosenfield, a teoria de Edelman apoia-se em três pressupostos fundamentais:

“1) Durante o desenvolvimento do cérebro do embrião, forma-se um padrão altamente variável e individual de conexões entre as células cerebrais (neurônios); 2) após o nascimento, um padrão de conexões neuronais se fixa em cada indivíduo, mas algumas combinações de conexões são selecionadas em detrimento de outras, em decorrência dos estímulos que o cérebro recebe através dos sentidos; 3) essa seleção ocorre, em particular, em grupos de células cerebrais conectadas em camadas ou ‘mapas’, e esses mapas ‘conversam’ constantemente entre si, criando categorias de coisas e acontecimentos” (Rosenfield, 1994: 185-186).

A idéia de Edelman quanto ao desenvolvimento do cérebro desde o ambiente intra-uterino com padrões únicos de neurônios e, portanto, individuais, assinala que, desde esse período, o bebê já seleciona os estímulos que lhe são apresentados e que garantirão sua sobrevivência desde então, continuando após o nascimento. Será interessante lembrar que a formação do sistema auditivo e a configuração da história sonora musical do sujeito - os padrões sonoros - também são formados desde a fase intra-uterina conforme Paolillo (1989?), Pujol et al. (1991) e Benenson (1988) salientam. Esses dados são importantes na compreensão da formação e procedimento do funcionamento da música e da memória no cérebro. E, para além desses aspectos funcionais, encontram-se os emocionais que envolvem não somente a produção mas também a continuidade de comportamentos.

4.2

Música, memória e emoção

Segundo Damásio (2001: 74-75) as emoções constituem processos determinados biologicamente, dependendo de mecanismos cerebrais estabelecidos de modo inato, assentados em uma longa história evolutiva, usando o corpo como um teatro – sistemas viscerais, vestibular e músculo-esquelético, de forma que também podem afetar o modo de operação de inúmeros circuitos cerebrais, provocando mudanças profundas na paisagem do corpo e do cérebro. As mudanças ocorridas em última instância se metamorfoseiam em sentimentos de emoção. Podem surgir ainda que de maneira inconsciente, variando de indivíduo para indivíduo. Mesmo que os padrões culturais exerçam um papel na configuração de indução das emoções, nada impede que estas apresentem uma natureza estereotipada e automática, além de uma finalidade reguladora. As chamadas emoções primárias ou universais se caracterizam pelos estados de alegria, tristeza, medo, raiva, ao passo que o embaraço, o ciúme, a culpa ou o orgulho são chamadas de emoções secundárias ou sociais. Uma terceira classificação acrescentada pelo autor são as chamadas emoções de fundo como bem-estar ou mal-estar, calma ou tensão. Emoção é aplicada também a estados de dor, prazer, impulsos e motivações. A concepção do autor prende-se à

investigação das estruturas biológicas ligadas à consciência, propondo que ela não está separada da emoção e esta, por sua vez, não se encontra separada de um estado do corpo.

Tanto a música quanto a memória guardam um ponto comum entre si: acham-se carregadas de aspectos emocionais, afetivos e sentimentais. As diferentes tonalidades e estruturas melódicas, os ritmos pulsando em variações de andamento e de tempo, os múltiplos sons dos timbres dos instrumentos em intensidades e durações diferentes promovem no homem reações que podem ir de um simples relaxamento a uma excitação momentânea, de uma reação tão visceral que leva o pulso sanguíneo a uma alteração, a uma resposta biológica também carregada de emoção, à medida em que faz as pessoas se lembrarem de acontecimentos importantes de suas vidas. No dia-a-dia, é possível observar como as pessoas falam ou cantam suas falas, dependendo do seu estado de humor ou de um acontecimento. Quem não teve um momento em sua vida de grande emoção, seja negativo ou positivo, e com ele não estava associada uma música ou um som? E quem não teve um momento na vida em que algo tenha ficado marcado, registrado, acompanhado de uma carga emocional? E o corpo respondendo a essa emoção inclusive?

Damásio (1996; 2001) ao propor que existe um ser emocional antes do racional, sugere que o ser humano tem seus primeiros registros num contexto diferente do exigido pelo pensamento enquanto possibilidade de demonstrar sentimentos e afetos. Sensação, emoção e sentimento são categorias que respondem de maneiras diferentes. Enquanto a sensação é configurada em termos de mecanismos básicos de regulação do organismo, a emoção responde a um estado mais corporal, sensorial e mental, podendo ser inconsciente ou não, e o sentimento apresenta uma representação já passível de ser nomeada. É possível observar que, tal como o próprio autor afirma, sensações, emoções e sentimentos desempenham uma função de comunicação e de atribuição de significados a terceiros, podendo exercer também o papel de orientação cognitiva. Na emoção também estão presentes a capacidade de decidir e de planejar, intrinsecamente ligadas ao domínio pessoal.

No processo de construção do sujeito (do Eu), corpo e mente interagem registrando as marcas dessa construção. Os comportamentos estabelecidos nesse caminhar ora serão constituídos por um processo reativo, ora por um processo

elaborativo. E, a formação da capacidade objetiva para racionalizar tudo aquilo que sentimos só é possível se vivenciarmos esses sentimentos e emoções. Eles definem o contorno, o delineamento de uma conduta. A memória apresenta papel fundamental neste sentido categorizando as nossas reações e emoções frente a situações experienciadas e vividas. Lembrar ou recordar tal fato deverá estar diretamente ligado a tal sensação, emoção ou sentimento. Determinado sujeito reage aos sons que lhe provocam sensações e emoções, constrói sua identidade musical através das preferências musicais e interage com a música de maneira também mental. Pode-se admitir que, num primeiro momento, somos seres sensoriais para nos transformarmos em seres emocionais. Dessa forma, às memórias musicais podem ser atribuídos um caráter ou um registro sensorial – estão associadas às nossas vivências mais primitivas até mesmo as da vida intra-uterina - guardando sensações de prazer e desprazer. Ninguém reage com prazer a um som que o desagrade. Talvez os primórdios da formação do cérebro já guardem em sua essência essas reações.

Esse tipo de registro que pode muito bem ser viabilizado pelo cérebro mais arcaico que temos, mostra como os bebês são capazes de reagir a determinados estímulos, ainda em fase intra-uterina, de após o nascimento assim reconhecer a voz materna ou, ainda, já apresentarem os primeiros sinais de uma memória (cf Rizzo, 2001). Aqui não há presença de imagem mental formada. A partir do momento em que começa a ser construída uma imagem mental, imagens sonoras também vão surgindo e assim elas vão criando a musicalidade. Desde o momento em que o processo mental vai se configurando sobre uma dada música, que traz recordações e associações de situações vividas por nós, entra em cena o fator emocional e, portanto, uma memória emocional. A memória musical pode ser emocional, à medida em que todos temos uma música que nos traz recordações e imagens de alegria ou de tristeza, de fatos e pessoas que um dia estiveram conosco. Uma mesma música não vai provocar a mesma reação e lembrança em dois sujeitos diferentes.

Rosenfield (1994) comenta que a capacidade da memória em identificar este ou aquele fato está vinculada ao reconhecimento através de categorias que, por um lado, abrangem um aspecto mais geral e, por outro, um aspecto mais específico. Para tanto, ressalta a idéia de que as pessoas nunca são como eram momentos antes e os objetos também não são vistos exatamente da mesma

maneira. Ou seja, não ouvimos, cantamos ou executamos uma música do mesmo modo como anteriormente¹⁰. Este autor sinaliza ainda que

“A perda da capacidade de categorizar os acontecimentos no tempo pode provocar uma perda quase total de referenciais específicos. Não se trata de que um dado específico não possa mais ser lembrado, mas de que sua ordem temporal, ou seu arranjo seqüencial, não é formado ou se perdeu” (1994: 175)

Num paciente com demência, a percepção de que a memória está se desvanecendo é um indício assustador. Ele se depara com a própria incapacidade de relembrar um fato ou uma música. Natália, certo dia, comentou que as músicas estão muito esquecidas. Seu comentário parece apontar para sua incapacidade em começar espontaneamente uma música, já que pode acompanhar cantando quando dada música é introduzida no grupo. Contudo, é na observação de Rodolfo, “as músicas precisam ser exercitadas para não serem esquecidas”, que parece refletir a necessidade constante da estimulação para que o esquecimento não ocorra, não apenas das músicas mas de outros registros também.

Segundo Jourdain (1997:218),

“...quando o cérebro lembra alguma coisa, ele evoca essas relações, para gerar ‘uma lembrança’. Isto significa que as lembranças não são propriamente resgatadas e sim re-criadas. Lembranças individuais são processos e não coisas.”

Em se tratando de memória musical, Lühning (2001) e Jourdain (1997) comentam que a atividade mental no processo de memorização, aquisição e evocação só é possível através da hierarquia das categorias musicais - seqüência de combinações melódicas e rítmicas, frases e cadências musicais que compõem a música e, que ficam registradas em nossa memória. Ou seja, os sons que aos poucos são percebidos, vão gradativamente se transformando em blocos de sons até que compõem determinada melodia. Como se fosse uma espécie de fonemas sonoros que ao juntar-se formam frases e períodos, até compor a estrutura completa da música. Esta seria uma outra forma de considerar a memória musical em termos de memória categorizada, ao lado da atribuição do emocional e do

¹⁰ É como disse Heráclito, filósofo pré-socrático: “Ninguém se banha duas vezes nas águas de um rio. Da Segunda vez, as águas serão outras e eu também serei outro” (versão de Jader Britto, do fragmento de Heráclito nº 49)

contextual como admitido por Edelman (apud Rosenfield, 1994) em relação à memória.

Enquanto em Edelman a categorização apresenta os contextos de valores do vivido e do historicizado e que podem bem estar vinculados a nossas vivências com o social, com o cultural, com nossas experiências de vida de acordo com a experiência passada e segundo os desejos atuais, posto que as lembranças só são formadas a partir da carga emocional criada e que determinam os aspectos de nossa vida cotidiana, em Lünhing e Jourdain a categorização parece se configurar na base de uma percepção e de um reconhecimento bastante peculiar da música. A memória é categorizada e, também, categoriza os estímulos.

4.3

Música, memória e cultura

Segundo Conde (1978:10)

“A música é a expressão do homem, em interação com o meio ambiente. Através dela se refletem os mais diferentes aspectos ligados às condições sócio-econômico-culturais de cada região, seja na confecção dos instrumentos musicais, na linguagem do povo, nos movimentos corporais e gestuais de danças, folguedos e autos; nos ritmos, melodias, harmonias e polifonias dos sons vocais, e nas estruturas tímbricas das manifestações culturais (festas religiosas ou não) na formação de conjuntos musicais. Assim a música é produzida para atender a uma necessidade de expressão que se diversifica através dos diferentes grupos culturais.”

É possível observar as influências da cultura de cada povo na própria relação do homem com a música, seja pelo seu aspecto estético, místico-religioso ou terapêutico. A possibilidade do homem criar e ouvir música constitui-se em enriquecimento de seu mundo interior, de realização pessoal, além de apresentar-se como uma forma de comunicação. A adolescência e a vida adulto-jovem são consideradas como um período que marca a escolha e a preferência de estilos e gêneros musicais (Jourdain, 1997; Gibbons, 1977), podendo ser considerado como um período em que as pessoas se encontram em plena atividade laboral ou envolvidas em questões sócio-políticas.

Halbwachs (1990), autor que introduziu no mundo científico a idéia de uma memória coletiva, assinala que as memórias individuais têm importância na composição daquela memória; contudo cada uma delas – a individual e a coletiva - conserva suas particularidades. Não é a soma das memórias individuais que irá formar a memória coletiva, posto que a memória individual é pessoal, única, vivida, distinguindo-se de uma memória social, histórica, exterior, que é aprendida. É na história vivida e não na aprendida que se apóia a memória individual. Podem existir muitas memórias coletivas pois cada uma delas tem como suporte um grupo limitado no espaço e no tempo. Esta sinalização de Halbwachs aproxima-se do princípio da musicoterapia quanto à formação das identidades sonoro-musicais – os Isos Gestáltico (individual), Grupal e Cultural postulados por Benenzon (1988).

Bosi (1995), Barros (1997), Eckert (1998) e Lünhing (2001) buscaram identificar, valorizar e resgatar histórias de vidas pessoais, grupais e culturais dentro de contextos bem específicos. Enquanto Bosi e Barros concentram seus estudos na memória de pessoas idosas, Eckert privilegia a continuação da memória de uma comunidade de trabalho no sul da França, após o fechamento das minas de carvão, principal objeto de trabalho daquela comunidade. Já Lünhing observa que os aspectos culturais envolvidos na formação de uma memória da música do candomblé apóiam-se na transmissão oral desse material musical no intuito de manter-se preservada, envolvendo ritmo, canto, uso de instrumentos musicais e movimentação corporal.

Nas narrativas, histórias, autobiografias, fotos e outros objetos são apontados por autores (Lambek & Antze, 1996; Bosi, 1995; Barros, 1997) como ferramentas básicas na marcação de um tempo, de uma época ou de um espaço, bem como na reprodução cultural, a partir do momento em que fatos e cenas são revisitados. Barros (1997) comenta que os retratos antigos trazem pistas para o caminho da memória e dessa forma recompõem a história de vida.

As músicas podem ser consideradas também como um caminho capaz de acessar a memória, evocar lembranças, resgatar e reconstruir as histórias individual e grupal. As músicas preferidas podem ser consideradas como instrumentos que revisitam cenas e fatos, recuperando essas histórias. Jourdain (1997) assinala que é impossível discutir acerca da preferência musical pois existem pessoas que dizem gostar de todos os gêneros musicais, mas dentre

muitas destas pessoas, há as que rejeitam firmemente alguns gêneros, e outras que são fiéis a sua preferência. A noção do papel que a música deve desempenhar na vida é o que movimenta o gosto musical. É interessante observar que as pessoas se lembram de determinadas músicas e de outras não. Assim sendo, a presença de algum sentido da música para o sujeito tem alguma pertinência, caso contrário ela não faria parte de seu arsenal musical.

Do ponto de vista de uma identidade musical, Frith (1998) comenta que os sons e a música – sua estrutura, sua base estética ou artística – podem representar uma pessoa ou um grupo, descrevendo o social no individual e o indivíduo no social, assinalando que a identidade é cultural, um tipo particular de experiência ou um modo de comportar-se; identidade não vem a ser uma coisa mas um processo. Para esse autor “Fazer música não é uma maneira de expressar idéias, é uma maneira de vivê-las.” (p. 111)

O paciente ao trazer consigo uma identidade sonoro-musical que lhe é peculiar, traz também imagens mentais e histórias musicais que compõem uma memória musical individual. Num trabalho em grupo, sua memória coletiva vai configurando e reconstruindo as histórias, também. Uma memória musical cultural compreende o âmbito dessas duas anteriores (a individual e a coletiva), pois é representante de uma época ou de um movimento social, como por exemplo as marchinhas de carnaval, o samba, a bossa nova etc.

De alguma maneira, esses aspectos acabam por manter vivas as raízes socioculturais, parecendo fazer com que o portador de Alzheimer sinta-se inserido, ainda, dentro de um contexto sociocultural. Os aspectos culturais e sua manutenção, simbolizados pelas músicas pessoais e grupais parecem ser o elo de ligação entre o mundo interno e o externo. O levantamento e conhecimento de músicas que marcaram e fizeram sucesso em determinada época da vida contribuem, consideravelmente, para acessar a memória musical que se apresenta preservada. Elas estão carregadas do valor que movimentam esses pacientes, os situam e os fazem pensar, mesmo que num novo contexto, enquanto a vida parece valer a pena mesmo para o mais incapacitado.

Nos pacientes que estão demenciando, o que se observa é que a música se faz presente – um som, uma melodia ou um ritmo – e acessa suas memórias de maneira que não só conseguem reproduzir a canção em sua íntegra como passam a

relatar trechos de suas vidas. Esses fragmentos de vida que permanecem “esquecidos” são passíveis de serem acessados através da música.

As associações e lembranças desencadeadas através da música permitem ao paciente sentir-se integrante de uma realidade, de um contexto que os faz co-participe de um convívio salutar. A memória ativada com uma simples música evoca lembranças de um passado distante, podendo trazer satisfação à medida em que é possível relatar alguma coisa de suas vidas. Marieta sempre relembra as festas de que participava na companhia dos 14 primos. Fala das músicas que tocavam e dançavam. Dos nomes dos bailes – “do termômetro e da balança” – atribuídos respectivamente à medicina e ao direito. As lembranças não trazem em momento algum sinal de tristeza atual devido às falhas da memória. Pelo contrário, parecem dar-lhes consciência de um espaço pessoal à proporção que partilham com outros as lembranças de um passado que foi prazeroso. Não é freqüente ocorrer, embora surjam lembranças com aspectos de tristeza.

É possível observar que a demência parece não causar tanto impacto na memória musical desses pacientes, à medida em que ainda conseguem reproduzir canções, seja através do canto ou da reprodução musical, sem esquecer que algumas funções podem, sim, vir a ser diminuídas, como se verá no próximo capítulo e no apêndice.

5

Música – uma ponte no tempo

Marco Polo descreve uma ponte, pedra por pedra.

- Mas qual é a pedra que sustenta a ponte? – pergunta Kublai Khan.
- A ponte não é sustentada por esta ou aquela pedra – responde Marco -, mas pela curva do arco que elas formam.

Kublai Khan permanece em silêncio, refletindo.

Depois acrescenta:

- Por que falar das pedras? Só o arco me interessa.

Polo responde:

- Sem pedras o arco não existe.

(Italo Calvino, *As Cidades Invisíveis*, apud Tannis, 1995)

Elias (1998) afirma que o tempo é uma construção do próprio homem. Uma construção passível de orientá-lo em suas múltiplas atribuições cotidianas e nos relacionamentos com seu meio. Portanto, trata-se de uma construção cultural, que marca o nascimento e a morte, que marca a construção do sujeito em sua trajetória de vida, feita de início e fim, de organização e caos. Música também é tempo. Tempo de marcações bem definidas e singulares, que estabelecem o passo e o compasso de uma composição, que registra fatos e histórias e que pode dar sentido às vidas que dela participam. Em consequência, também é um tempo do Eu, da construção de um Eu.

O diálogo de Marco Polo e Kublai Khan, citado acima parece encaixar-se bem quanto ao funcionamento da música como uma ponte no tempo: o arco que liga um tempo anteriormente vivido com um tempo presente, numa estreita relação de atemporalidade que a música nos apresenta. A música é atemporal tal qual o Inconsciente. Sua atemporalidade permite o revivenciar de cenas até mesmo esquecidas, seja esta revivência oriunda apenas dos primeiros acordes ou compassos de uma música, seja pela sua melodia completa ou apenas pela sua letra. Aliás, a música reconstrói aquilo que não conseguimos traduzir em palavras. Música pode, então, ser considerada uma linguagem tal qual os sonhos e fantasias descritos por Freud. A música como uma ponte no tempo não apresenta fronteiras,

à medida em que sempre está para ser tocada ou cantarolada em nossas mentes auditivas, em qualquer lugar e a qualquer hora, além de que pode transpor gerações e gerações. Carregada de afetos, a música só aparece com sentido ao sujeito a partir do momento em que ela apresenta um significado particular, pois uma mesma música não causa a mesma reação, o mesmo sentimento ou emoção em dois sujeitos diferentes.

Uma ponte no tempo que não só traz à superfície as lembranças guardadas no fundo do baú, mas que trazem comentários quanto ao tempo que se foi e ao tempo que se vive, como ao tempo que virá. Nas palavras de Eloísa, com Alzheimer em estágio inicial, os comentários em relação à música são de que “as músicas de meu tempo eram mais bonitas, era um tempo bom em que se podia conhecer o marido em um baile de carnaval”, como foi seu caso. As músicas de hoje, segundo ela, são barulhentas e não dizem nada. Ou então, como este comentário, na voz de Arnaldo, em que afirma “naqueles tempos havia mais romantismo e os homens faziam serenatas nas janelas de suas amadas.” O cantar aqui parece ocupar o lugar de uma linguagem de conquistas amorosas ou de tradução de sentimentos outros.

Os pacientes ao se reportarem a um tempo que consideram ter sido bom, revivem no *setting* essas lembranças, resgatando uma imagem positiva que lhes dê ânimo para continuar a lutar e não desanimar nessa trajetória, ainda incerta. Mesmo no caos da demência, a música pode ser o porta-voz de uma vivência que não margeia, que não limita. Muito pelo contrário, ela atravessa os limites do próprio tempo e, se não há passado, não há presente e muito menos futuro, o que realmente haverá? Há um momento, um tempo do aqui-agora. Esse tempo é do trabalho da musicoterapia e da memória musical.

5.1

Reconstruindo sonoridades

Segundo Anzieu (1989), a constituição do Eu se dá a partir da introjeção do universo sonoro que é refletido qual um espelho sonoro, sendo capaz de possibilitar ao aparelho psíquico a atribuição de significado e de simbolizações, em momento posterior. Como a primeira manifestação sonora emitida pelo bebê é

o choro, este apresenta intencionalidade à medida em que os choros se diferenciam, dependendo das circunstâncias vividas pelo bebê. O choro é então uma primeira forma de comunicação. As reações ao mundo sonoro são, nesse primeiro momento, especificamente corpóreas pois os processos mentais ainda se encontram em fase de formação. Estas reações ora se revelam agradáveis ou desagradáveis, estando intrinsecamente ligadas ao ambiente externo já que os sons podem ser possuidores de aspectos agressivos ou não.

Klein (1969) ressalta que no processo de maturação do bebê, duas fases se distinguem: uma corpórea, cuja singularidade está na relação mãe-bebê, no contato corpo-a-corpo estabelecido nos primeiros meses de vida e de significado importante na separação do Eu e do não-Eu e, outra mental, em que os processos de aquisição de linguagem verbal e entrada no mundo simbólico são proeminentes. Quando lidamos com um bebê, é ele quem aos poucos vai se adaptando a nossa linguagem carregada de palavreado, inscrito nos códigos sociais e culturais. O ciclo natural é que nascemos com uma linguagem transformada num período aproximado de dois anos e que permite então entrar em contato com os demais. E essa linguagem que caminha conosco até a morte, pode inclusive apresentar significados restritos numa cadeia de significantes.

Considerando um sujeito em sua fase adulta cujo corpo mental se encontra formado, mesmo assim não estará distante da presença de reações corpóreas aos estímulos vindos do meio externo. O que agrada ou desagrade pode então vir-a-ser nomeado. Mas, no sujeito que está demenciando, a palavra pouco a pouco vai cedendo espaço a falas e sons incompreensíveis, tornando a relação e a comunicação com o outro cada vez mais difícil. E, dessa forma, ao se ter que adaptar a uma linguagem mais arcaica, com sons incompreensíveis, o caminho inverso tão distante de nosso mundo corriqueiro é muitas vezes complicado, pois precisamos estar atentos e trabalhando como detetive para identificar o que pode estar ocorrendo com o outro, principalmente com o outro que falava e que não fala mais. Lidar com a face não verbal da relação não é tão comum assim para quem tem a palavra. A dificuldade insere-se na proporção em que é preciso descobrir a cada dia o código dessa linguagem tão arcaica mas tão merecedora de atenção. Se uma palavra pode apresentar diferentes atribuições, significados, o mesmo ocorre com o som, e por isso o som, musical ou não, também pode se constituir em uma

linguagem altamente significativa e um mesmo som ter representações e significados diferentes, devido à singularidade do sujeito.

A primeira linguagem mãe-bebê é estabelecida em torno de sonoridades em que cabe à mãe identificar as diferenças entre as linguagens do choro. Numa comparação singular, pode-se afirmar que, no processo demencial, aquele que estiver diretamente em contato com o paciente será o representante materno, o elo de identificação de uma expressão que já não pode mais ser propiciada pela linguagem verbal. Aqui não há lugar para a pretensão de reduzir a um olhar simplista do retorno a uma fase arcaica, considerando o fato do sujeito que está demenciando ter conquistado durante sua trajetória de vida, uma história construída e permeada por significados. Algo deve estar presente, de modo a fazê-lo permanecer ligado ao mundo externo.

Os pacientes apresentam respostas motoras como movimentos de olhos e de cabeça quando se canta uma música (Chavin, 2002). E será que isso acontece com qualquer um cantando? Se é na sonoridade da voz da mãe que embala o bebê que reside a importância na estruturação, manutenção, desenvolvimento, maturação intelectual e emocional das primeiras fases de vida, como ressalta Lima (1986), talvez num trabalho de musicoterapia, a voz do musicoterapeuta possa representar este elo de ligação e reconstrução não apenas de sonoridades, mas de histórias de vida. Esses aspectos parecem de suma importância na compreensão do processo terapêutico nas demências.

É comum entre alguns pacientes a referência às figuras materna e paterna quando da reprodução de músicas, seja através do canto ou da reprodução instrumental. Alguns desses relatos apontam para aspectos significativos do aprendizado musical e/ou instrumental que tiveram as vivências com os pais como base. Essas lembranças carregadas de sentimento costumam ser repetidas em diferentes épocas do atendimento. Clara lembrava-se sempre do pai cantando para ela e a irmã mais nova, sentado entre as duas camas, na hora de dormir. Pedro comenta como aprendeu a tocar a gaita observando o pai que, segundo ele, tocava também flauta. Laura, cujo pai era regente de uma banda militar, não se cansa de contar como o pai ensinara as noções básicas de música através do piano a ela e a um irmão. Reviver essas cenas por meio dessas lembranças parece gratificante, mesmo quando já não conseguem mais nomear os nomes dessas músicas ou dizer com clareza os detalhes desse aprendizado.

A musicoterapia como lugar para depositar essas lembranças e estas serem remusicadas constitui-se num espaço de confiança e segurança para poder manter retidas as imagens musicais – partituras vivas de uma longa composição. Não se espera que a partir de uma dada melodia, escolhida até mesmo aleatoriamente, se possa extrair algo desse paciente que parece tão distante, fora de órbita e, que, às vezes, chega a dar a impressão de que tudo está perdido. A vida não se escoou porque a música não se escoou. Ela apenas ecoa.

Os desejos tão presentes desde os estágios mais primitivos do ser humano são, portanto, mantidos até os últimos dias de vida. Os desejos fazem parte da existência humana desde fase mais remota. Mas, quanto aos sons, pode-se afirmar que são anteriores aos desejos pois compõem as primeiras representações do ser humano, tendo em vista que reações aos sons podem ser observadas desde a fase intra-uterina. Compreendê-los é um exercício a ser praticado, uma arte a ser descoberta.

Para Fregtman (1989: 26) “recuperar nossos sons é recuperar nossos corpos, é recuperar fragmentos de consciência...”. Assim pensando, poderia admitir que recuperar nossos sons é recuperar nossas memórias musicais e trechos de histórias de vida, num tempo presente.

5.2

Eu-musical: uma construção no tempo

Quando Benenzon (1988) assinala que cada um de nós apresenta um som que lhe é peculiar, também está falando de uma identidade rítmica. A partir do momento em que cada um de nós é identificado com um som que o caracteriza e o individualiza, este som nada mais é do que um Eu-musical.

O Eu-musical é som e é ritmo. E ritmo implica tempo. Um tempo biológico que marca o jeito de caminhar, de se relacionar consigo mesmo e com o mundo que o cerca. Esse tempo registra as marcas de nossas conquistas e de nossas trajetórias de vida. Marca nosso ritmo de viver. É o que faz uns serem mais lentos, outros mais rápidos. É óbvio que, nesse ínterim, contra-tempos ou contra-ritmos irão existir fazendo com que ou saíamos do compasso ou marquemos um outro passo.

Esse Eu-musical, que surge com as primeiras experiências sonoras, vai sendo delineado na relação com o outro, a princípio com a mãe e depois com o meio social, como assinalam Anzieu, Klein e Winnicott. Essa construção permeará as preferências musicais em detrimento de outras. O referencial nas escolhas estará estreitamente ligado aos fatores psicológicos e culturais nos quais o sujeito se insere e, portanto, marcando um registro de inserção em determinado grupo ou em outro. E aí além da configuração de Eu-musical individual, um Eu-musical grupal se constituirá, sem contudo descaracterizar o primeiro. Num trabalho que se propõe terapêutico, essas identidades sonoras se complementam, se inter-relacionam permitindo a construção de um caminhar com as bases rítmicas e sonoras, enfim a linguagem musical.

A utilização do canto por grupos de agricultores constitui uma forma de determinação do tempo da colheita como assinala Elias (1998). A música como celebração de cultos litúrgicos é apontada por Bosi (2003) como uma fala que tem um movimento melódico como ocorre na leitura coral. As músicas religiosas ocupam um espaço, vinculando-se a um tempo renovador. O simbolismo delas está no renascimento, sem semelhança com objetos de mercadoria descartáveis, pois se assim o for, haverá a desvalorização da memória do sujeito e, portanto, de sua identidade. As músicas litúrgicas configuram-se na proclamação de uma identidade simbólica da religiosidade, sendo também marcadoras de tempo.

Para Bosi (2003: 208)

“O enraizamento é um direito humano esquecido. O migrante vem chegando à cidade com raízes partidas: a liturgia poderia enraizá-lo, criar e reviver tradições, valores, lembranças que dão sentido à vida.”

Em sua estruturação histórica, a música passou por modificações de tempos em tempos, desde as formas do canto gregoriano às transformações contemporâneas. Suas modificações apresentam estreita relação com o pensamento e a cultura de determinada época. As músicas, também, chegaram a ser compostas para serem cantadas em dada época do ano e não em outra, como as marchinhas de carnaval, as músicas natalinas, marcando assim um referencial na vida social, cultural e temporal do homem.

A possibilidade de estar em contato com o referencial musical de um sujeito permite a aproximação de uma linguagem que possa ser comum e dessa forma estabelecer um canal de comunicação entre dois sujeitos envolvidos num processo terapêutico. Para um musicoterapeuta, importa o conhecimento da estrutura rítmico-melódica dos variados estilos musicais como uma ponte acessível ao mundo conhecido do paciente, resgatando, desse modo, uma trajetória de vida que permite ao paciente que está demenciando um contato com algo que o faça sentir-se ainda vivo entre os demais.

Em minha trajetória clínica, foi possível observar a construção de uma história, a partir da busca da identidade sonoro-musical, quando não individual, a grupal. Esse caminhar não somente possibilitou a cada um dos envolvidos no processo resgatarem trechos de suas histórias pessoais como também se manterem situados num tempo e espaço atuais. Ao descrever uma situação de trabalho, a compreensão do processo se torna mais clara. Foi a partir de uma música muito conhecida, sugerida por mim, que acompanha gerações e gerações, que eu e os pacientes, com vozes afinadas e desafinadas, entre tons e semitons, cada um em seu próprio ritmo, demos início ao trabalho. A música era “*Carinhoso*” de Pixinguinha, que em sua estrofe inicial declara:

“meu coração não sei porque
bate feliz quando te vê
e os meus olhos ficam sorrindo
e pelas ruas vão te seguindo
mas mesmo assim foges de mim”.

Ao observar que, embora estivéssemos diante do novo, que amedronta por simplesmente não sabermos como lidar com ele, ante a delicadeza do próprio curso do processo demencial, cujo final é a morte, parece que o contexto musical apontava que, mesmo que a caminhada fosse difícil, o importante era continuar seguindo a vida mesmo que ela estivesse “fugindo”. Cabe assinalar que essa música acabou por se transformar na canção de chegada de cada novo paciente à musicoterapia (uma marca registrada) além de ser cantada na maioria dos atendimentos.

No segundo encontro, ao perguntar a José qual música iríamos cantar, timidamente começa, com uma voz pouco clara, a melodia da “*Ave Maria*” de

Schubert. Mais tarde José comenta sobre a Via Sacra realizada em Portugal, sua terra natal. Consuelo, em palavras pouco claras, comenta sua ida à Festa de Nossa Senhora das Dores, culminando com um hino religioso cantado por mim.

A música “*Ave Maria*” é tocada diariamente nas estações de rádio brasileiras, sempre às 18:00h, como um momento de reflexão e oração. Essa música ao ser introduzida no grupo pareceu reforçar a dimensão da religiosidade que compõe a cultura não apenas de José como do próprio grupo. É relevante assinalar que, em outros momentos do processo musicoterápico, apareceram outras canções de cunho religioso como a “*Oração de São Francisco*” ou “*Jesus Cristo*” de Roberto Carlos, corroborando informações fornecidas na entrevista musicoterápica concedida pelos próprios pacientes e/ou familiares quanto à preferência por esse tipo de música.

Nesse mesmo atendimento, buscando resgatar aspectos culturais de José e outros pacientes do grupo de origem portuguesa, iniciei o canto do estribilho de uma canção típica: “*Uma Casa Portuguesa*”, e José continuou a cantar a letra até o momento em que olhando para mim diz: “agora não lembro mais...” A música foi assim cantada:

“é uma casa portuguesa com certeza
é com certeza uma casa portuguesa (musicoterapeuta)
quatro paredes caiadas
um raminho de alecrim
um cacho de uvas dourado
quatro rosas no jardim
um São José de azulejo...(José)

Essa música pareceu estruturar os limites do trabalho: as “quatro paredes caiadas”, delimitando um espaço não só de acolhida e tratamento, mas da própria atividade da musicoterápica. Segundo os católicos, São José é o santo da família. E uma família nova ali estava se formando.

Dias mais tarde, já quase no final do atendimento, chega Isolda que após pedir minha ajuda para cantar, ao dizer: “não sei, sabe como é que é... a gente que tá com esse problema de memória... mas se você me ajudar...” inicia espontaneamente, pouco tempo depois, a música “*Mora na Filosofia*” (Arnaldo Passos e Monsueto), cuja letra é a seguinte:

“eu vou lhe dar a decisão
 botei na balança você não pesou
 botei na peneira você não passou
 mora na filosofia
 pra que rimar amor e dor
 se seu corpo ficasse marcado
 por lábios ou mãos carinhosas
 eu saberia dizer ora vai mulher
 a quantos você pertencia
 não vou me preocupar em ver
 seu caso não é de ver pra crer”

Logo que termina de cantar Isolda, que no passado participou de coral, comenta “agora não são mais os nossos tempos...meu negócio é o artesanato”. Esta paciente, segundo sua psicóloga, só conseguia narrar parte de sua vida ligada ao período do seu casamento, o que a deixava angustiada por não lembrar-se de outros fatos. Após sua primeira participação na musicoterapia relata na psicoterapia que, na fazenda em que morava, quando criança, eram realizados, à tarde, “encontros musicais” (“*os homens se reuniam para tocar violão e cantar*”). Com essa música Isolda parece ter podido falar de uma fase significativa em sua vida em que a música estava presente.

Dando seguimento ao trabalho, foi possível encontrar um referencial sonoro-musical que acaba por marcar a história pessoal ou grupal: as marchinhas carnavalescas. E é na voz de Vitória que esse material vai surgindo. Dias depois de “*Bandeira Branca*” entre outras serem cantadas, uma nova música surge através de sua voz, tendo sido cantada apenas duas frases iniciais:

“eu nesse passo vou até o sol raiar/ ô-ô-ô
 devagar...”

Essa música, que eu não conhecia, não foi cantada pelos demais pacientes do grupo; contudo parecia traduzir o processo terapêutico: um caminhar que depende muito da relação das partes envolvidas - a minha e a do grupo. Essas duas frases pareciam conter a crença e a esperança de se chegar a um lugar iluminado, claro, não importando o tempo que se levasse.

Meses mais tarde, Vitório canta a letra inteira dessa música, só que na primeira frase aparecem outras palavras. Aqui eu utilizo o gravador para registrar este momento:

“eu nesse passo vou até Honolulu/ ô-ô-ô/ô-ô-ô
devagar
lá no meu clube só se dança o canguru/ô-ô-ô
das dez às três sem parar.
parece valsa, ula-ula e macumba
até maracatu/ ô-ô-ô
e no meu clube muita gente cai na dança
levando no colo a criança
pensa até que é canguru”.¹¹

Aqui, a letra da música possibilita o encontro de dois momentos: o primeiro, refletindo o caminhar do grupo, a duração das sessões de musicoterapia e os estilos musicais cantados e, o segundo, individual, quando o paciente lembra as situações em que acompanhava as filhas pequenas nos bailes carnavalescos. Vitório chegou a participar de bailes de carnaval com sua mulher até o momento em que os primeiros sinais da doença surgiram. É com ele que também surge, já no final de um atendimento, a marchinha carnavalesca “*Está chegando a hora*” composta por Henricão e Rubens Campos:

“Quem parte leva saudades
de alguém que fica
chorando de dor,
por isso, não quero lembrar
quando partiu meu grande amor.
Ai, ai, ai, ai
está chegando a hora!
o dia já vem raiando,
meu bem, eu tenho que ir embora.”

A saudade, o limite e o tempo de cada atendimento são reforçados pelas falas dos pacientes: “estas músicas dão uma saudade...”; “já não se fazem mais músicas como antigamente...” entre outros.

¹¹ essa música não foi encontrada no material consultado e foi aqui reproduzida no formato em que o paciente cantou. Portanto, não foi possível citar seu título, bem como autor, tonalidade e ano.

Na tentativa de trabalhar a memória musical do grupo sobre as melodias e músicas já cantadas várias vezes, entre elas “*Trem das Onze*” de Adoniran Barbosa, ao questionar qual a música que tinha a palavra “trem”, ouvi Vitório iniciar, cantando, o primeiro trecho da marchinha carnavalesca “*O Trem atrasou*” de Artur Vilarinho, Estanislau Silva e Paquito:

“Patrão o trem atrasou
por isso estou chegando agora
trago aqui o memorando da Central
o trem atrasou meia hora
o senhor não tem razão
pra me mandar embora.”

Observo que com esta música vamos encontrar um dado real referente a um momento vivido pelo grupo: os vários atrasos da Kombi, serviço de transporte oferecido pelo Centro-Dia para alguns pacientes, que às vezes retardava em até trinta minutos os atendimentos. Esta observação parece refletir a capacidade de percepção que alguns pacientes ainda parecem manter, mesmo com a doença. Além do fato de que eu sempre estava a lembrar os atrasos, o que possivelmente, pode ter influenciado para que ele conseguisse registrar esse dado e se lembrado desta música. Aliás, o trem era um meio de transporte muito comum há anos atrás e, segundo relato de outras pessoas, os atrasos eram freqüentes. E quando ocorriam, era necessário pegar a declaração com o chefe da central para entregar no trabalho.

Em outra ocasião, é José quem vai aos poucos completando as frases de uma outra canção portuguesa - “*Liro-liro*”¹² da qual antes eram cantadas apenas as duas frases iniciais, a parte mais conhecida:

“Lá em cima tem um liro-liro-liro
lá embaixo tem um liro-liro-lo (musicoterapeuta)

juntaram-se os dois na esquina
(.....)
comadre minha comadre
eu gosto muito da sua pequena
comadre minha comadre
eu gosto muito da sua pequena

¹²essa música não foi encontrada no material consultado e foi aqui reproduzida no formato em que o paciente cantou. Portanto, não foi possível citar seu título, bem como autor, tonalidade e ano.

é bonita, apresenta-se bem
parece que tem as faces morenas
é bonita, apresenta-se bem
parece que tem as faces morenas” (José)

Dada a psicopatologia do quadro da doença de Alzheimer que vai levando o indivíduo a ir diminuindo suas relações com seu meio social, tinha sempre a preocupação de oferecer um espaço em que os laços afetivos e sociais pudessem ainda ser mantidos. Após quase um ano de atendimento, alguns pacientes por motivos particulares e diversos, deixaram de freqüentar os grupos, diminuindo assim o grupo inicial de aproximadamente 8 integrantes. Esse problema foi sendo solucionado, na medida do possível, com a seleção de novos pacientes, não significando contudo uma opção definitiva, haja vista termos sempre que contar com esvaziamentos temporários entre entradas e saídas de pacientes.

Meses mais tarde, surgiu uma outra música do cenário carnavalesco “*Leva meu samba*” de Ataulfo Alves, com Vitorino cantando apenas a primeira parte desta música:

“Leva meu samba
meu mensageiro
este recado
para o meu amor primeiro
vai dizer que ela é
a razão dos meus ais!
não, não posso mais!”

Essa música acompanha o período de modificações acima relatado, juntamente com a chegada de outros profissionais ao serviço, havendo eu solicitado a cada um a necessidade de refletir o processo frente ao novo. O paciente em questão vinha passando por momentos bastante delicados em sua vida, com modificações significativas em seu ambiente familiar e também no grupo de musicoterapia. A mulher que o acompanhava em todos os lugares estava impossibilitada agora, devido a um acidente, ficando todos os cuidados, inclusive o acompanhamento aos tratamentos, sob a responsabilidade de duas novas ajudantes.

Para expressar sua dificuldade Vitório com esta música pareceu querer falar dos problemas que estava passando, chegando até mesmo a dizer: “*me desculpe, mas hoje não dá para cantar...*”. Esta foi sua última música cantada, pois meses mais tarde veio a falecer.

A possibilidade de resgatar ou construir histórias pode ser entrevista nos exemplos acima, aparecendo a cada nova participação ou novo atendimento pois a história é contínua, reforçando a idéia de que a memória musical é algo que prevalece no curso da doença, como sinaliza Dowling.

6

Conclusões

Numa investigação dessa natureza, as observações feitas ao longo do processo terapêutico têm caráter limitado. No entanto, ocorre-me realçar algumas delas, impondo que seria talvez prematuro falar em conclusões no estudo de uma realidade humana tão pouco pesquisada.

Em virtude do impacto que os processos demenciais causam tanto na vida dos pacientes quanto de seus familiares e cuidadores, a busca por tratamentos que atenuem as perdas cognitivas e funcionais, bem como melhorem a qualidade de vida de todos os envolvidos, tornou-se uma meta a ser atingida. Nesse ínterim, as demências têm se configurado como uma doença que desperta o interesse de um grande número de pessoas: pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de diferentes áreas.

A tendência para considerar essa doença como uma questão da velhice precisa ser revista à medida em que casos de demência de início pré-senil têm se apresentado na clínica. Além desse fato, parece evidente a necessidade de um trabalho conjunto que envolva uma equipe multidisciplinar. E, levando-se em conta a carência de estudos mais sistematizados, é imprescindível que se priorize investigações contínuas dos diferentes campos de saberes e de forma interdisciplinar, com intuito de oferecer perspectivas e reflexões tanto na compreensão da doença quanto da atuação da clínica, tendo em vista que as demências requerem cuidados em vários níveis. Compreender a doença não significa entendê-la por uma única faceta. É preciso vê-la em seu vários sentidos. Ao lado do problema neurodegenerativo do cérebro existe um sujeito que reage e que sente as modificações que a doença lhe acarreta.

É bem verdade que a clínica com pacientes em processo demencial revela limites no seu dia-a-dia, seja na fase inicial, na intermediária ou na final da doença. Mas também propicia a descoberta de possibilidades, o que implica a constante reflexão sobre o problema, além de adaptações ou modificações do manejo e da técnica na terapia, de modo a se poder analisar o impacto da doença em seus diferentes estágios.

Na musicoterapia, os pacientes acabam por encontrar um espaço geográfico e temporal para expressar sentimentos, sem nenhuma preocupação com a técnica ou com o ter que comunicar. Essa expressão pode se dar em nível musical, corporal e/ou verbal e, em grupo, possibilitar uma vivência muito rica, a ponto de partilhar com o outro sentimentos que lhes são comuns. Observar a linguagem musical e corporal do paciente, falar com frases curtas, transmitir sentimentos de calor e carinho podem ser de grande ajuda durante o processo terapêutico. Mesmo quando o paciente permanece em silêncio, este pode ser visto como uma forma de expressão e comunicação. É como se comparássemos o grupo a uma orquestra em que cada instrumento tem seu momento de tocar, de executar o solo de um violino ou de piano, ou de acompanhamento desse solo.

As diferentes possibilidades de expressão – o cantar, o tocar ou o ouvir – são aplicações viáveis mas que merecem olhar cuidadoso. Precisam ser trabalhadas dentro de um contexto, observando o curso da doença de forma a atender às necessidades básicas do sujeito adoecido. É preciso ter o olhar sutil de que hoje pode ser melhor o canto, mas amanhã pode ser o ouvir música. De que hoje o ritmo menos agitado pode oferecer um sentido maior do que um ritmo mais agitado ou de andamento mais rápido. Essas variações poderão ser detectadas e trabalhadas somente a partir do momento em que exista a compreensão do outro e de suas necessidades essenciais para aquele momento.

É fundamental a disponibilidade interna de quem trata, de compreender o outro que está a sua frente, sem exageros ou cobranças graças às limitações que a doença impõe. Não se pode esquecer que é o próprio paciente que mostra o caminho a ser percorrido. Ele é a bússola que nos orienta na melhor forma de atendê-lo. Respostas motoras, emocionais e, por vezes, palavras soltas podem aparecer entre os mais comprometidos, apontando o potencial da música num trabalho clínico.

Neste trabalho a música é vista como uma ferramenta não “para” terapia, mas “como” terapia. Sua aplicação está no cerne da ação: o fazer musical, seja através da improvisação, da recriação (cantar música conhecida), seja através da simples audição. Nesse proceder, foi possível observar que apesar da presença de prejuízo cognitivo e funcional e, às vezes, de alterações de comportamento, o paciente era capaz de cantar a letra toda de uma música, com ou sem a ajuda da musicoterapeuta; de tecer algum comentário sobre a ação do cantar, do tocar um

instrumento, do ouvir uma música ou de observar o que ele e/ou o outro estão fazendo.

Um paciente com demência, principalmente a do tipo Alzheimer, tenta se comunicar, mas muitas vezes não consegue. E, não foram raros os momentos em que o paciente no grupo dirigiu-se ao outro sentado ao seu lado, de forma verbal ou não e, manteve com ele uma forma de expressão ou comunicação através do simples ato de segurar sua mão. Pacientes com graves problemas na linguagem verbal se beneficiam consideravelmente desse processo terapêutico, à medida em que, se não conseguem cantar a letra toda de uma música ou parte dela, ainda apresentam preservada a melodia que é possível ser cantarolada ou seu ritmo (vide casos clínicos em anexo), confirmando assim o potencial da música em oferecer possibilidades ao indivíduo adoecido de ser e estar inserido em um dado contexto, através de uma memória nomeada de memória musical. E essa memória musical envolve diferentes modalidades para sua análise.

Se vista de modo mais amplo, a memória musical passa a ser sinônimo de uma memória passível de ser expressada através dos diferentes elementos da música e de formas variadas de sua utilização, possibilitando o acesso a processos que fazem emergir reações e lembranças carregadas de emoções. Portanto, é possível pensar uma memória musical categorizada, como aponta Jourdain (1997) e Lünhing (2001), a partir da memorização dos diferentes elementos e padrões da música que compõem uma canção, do ponto de vista de uma memória de procedimento.

Partindo da hipótese de que a neuropsicologia reconhece a cognição musical como uma modalidade que difere da cognição convencional, além dos estudos que apontam ser a música a última habilidade a ser perdida nas demências, é possível supor que a memória musical esteja relacionada a um aprendizado anterior, seja este um aprendizado formal ou não de música. Até porque aprender a cantar uma dada canção envolve a memorização da letra, do ritmo, da melodia, como também que, desde nossa vida intra-uterina, já somos banhados de sonoridades e musicalidades, podendo-se afirmar que a música já está sendo aprendida e apreendida.

Na medida em que a linguagem musical se diferencia da verbal, ela acessa as memórias através de uma estrutura própria. Todavia cabe ressaltar que testes neuropsicológicos formais e padronizados que avaliem a capacidade musical são

praticamente inexistentes. O atual trabalho despertou interesse e propiciou a criação de um teste de rastreamento neuromusical na população com demência de Alzheimer com algum aprendizado musical. Esse teste, que se encontra em fase experimental de aplicação, poderá vir a oferecer subsídios para futuras pesquisas, inclusive na área da musicoterapia.

Tendo em vista que a música promove reações desde a fase intra-uterina e que ela permeia toda a nossa construção enquanto sujeitos inseridos em um dado contexto, a memória musical talvez possa ser considerada como uma de nossas memórias mais remotas. Essa espécie de memória pode vir a ser pensada como memória sensorial, corporal e emocional por estar associada a nossas vivências mais primitivas, onde estão guardadas as sensações de prazer e desprazer ligadas às sonoridades anteriormente vivenciadas e que, de alguma forma, acompanharam nosso percurso durante a estruturação do processo mental. Além do mais, a possibilidade de ser considerada como uma memória emocional se deve ao fato de que cada um de nós tem uma música que nos traz recordações e imagens de alegria ou de tristeza, de fatos e pessoas que um dia estiveram conosco. Não se pode esquecer que a mesma música não irá causar a mesma reação, emoção e lembrança em dois sujeitos diferentes.

A música, mais que um dispositivo que acessa essas memórias, mostra-se como instrumento capaz de dar sentido à vida daqueles que estão se sentindo incapacitados pela doença, não possibilitando apenas a associação de lembranças, mas também o resgate de passagens de histórias pessoais e coletivas. Numa contextualização sociocultural, a memória musical pode ser representada por um acervo musical ilimitado, contendo peculiaridades sonoras e rítmicas que ainda permanecem ligadas ao mundo vivido pelo paciente, até mesmo pelos familiares, podendo ser modificada no decorrer do processo terapêutico, uma vez que os pacientes e o grupo nunca são os mesmos. Trata-se de uma memória que, entre tons e semitons, permite ao paciente, geralmente incapacitado de verbalizar o que está acontecendo com ele mesmo, expressar e sinalizar algum sentimento ou fato próximos ao seu dia-a-dia.

Ter aprendido ou não um instrumento musical anteriormente não é visto como fator relevante para a musicoterapia. Entretanto, o aprendizado musical pode vir a ser um fator capaz de trazer grande contribuição ao longo do tratamento. A descoberta ou redescoberta do uso de uma linguagem não

convencional parece despertar conteúdos significativos que ainda se mantêm presentes na memória desses pacientes, através da memória musical de cada um deles. As músicas, de alguma forma, apontam para o que Gibbons (1977), Jourdain (1997) e Frith (1998) assinalam quanto à marcação de algo que identifica o indivíduo e que estaria relacionado a uma identidade musical e cultural. O simples ato de lembrar uma música, espontaneamente ou não, assim como de recordar um evento em que a música marcou presença na vida do paciente podem tornar-se gratificantes para ele e para o próprio grupo, podendo, ainda, mantê-lo ligado a pessoas, fatos e histórias, num momento presente.

Ao que parece a memória musical não sofre tanto o impacto da demência, porém ainda é imprescindível a continuidade e aprofundamentos de estudos e pesquisas que ofereçam subsídios para sua melhor compreensão. Contudo, é significativo que esse tipo de memória possa ficar preservado nas demências, em seus diferentes aspectos, tendo em vista o que foi observado na prática clínica da musicoterapia. Ficaríamos gratificados se os achados aqui apresentados contribuíssem de alguma forma para o conhecimento nas diferentes áreas do saber aqui investigado.

Na realidade, este trabalho reflete a história da formação de uma área de conhecimento ainda nova e que evidentemente vem dando os primeiros passos. Ele é apenas o começo de uma longa jornada, com lacunas a serem preenchidas e gerando hipóteses substanciais para futuros desdobramentos no que diz respeito à prática musicoterápica e à memória musical, tanto do ponto de vista das neurociências, como das ciências humanas e sociais.

Referências Bibliográficas

ALAMÉDA, A. – O Eu-vocal. In: SOULÉ, M. & CYRULNIK, B. – **A inteligência anterior à palavra: novos enfoques sobre o bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999 (1998)

ALEIXO, M. - Memória Musical entre Tons e Semitons: Musicoterapia para Pacientes com Alzheimer. **Cadernos IPUB**. VII (20) : 198-212, 2001a

_____. - A Memória Musical nas Demência. **Jornal Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica**. 2 (1) : 20-26, 2001b

_____. - Musicoterapia nos transtornos mentais na velhice. **Jornal Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica**. 2 (1) : 15-18, 2001c

ALEIXO, MAR; LAKS, J. & ENGELHARDT, E. – Apresentação de um instrumento de rastreamento musical: o mini-teste musical (MTM), **Livro de Resumos XX Congresso Brasileiro de Psiquiatria**, Florianópolis – SC, p. 327 outubro/2002

ALTENMÜLLER, E.O. - How many music centers are in the brain? **Annals New York Academy of Sciences**, 930: 273-280, 2001

ALTSHULER, I. – Four years experience with music as therapeutic agent at Eloise Hospital. **The American Psychiatric Association**. Michigan, Detroit, 1943

ALVIN, J. - **Musicoterapia**. Buenos Aires: Paidós, 1967.

ANZIEU, D. – O envelope sonoro. In: ANZIEU, D. - **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 199-218, 1989 (1985)

ATKINSON, R.C.; SHIFFRIN, R.M. – **Human memory: a proposed of learning and motivation**. Vol. 2. Academic Press, New York, 1968.

AULAGNIER, P. – **A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado**. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

BARCELLOS, L.R.M. – **Cadernos de Musicoterapia**, nº 1. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BARROS, M.M.L. de - Memória de Velhos e Família. in: **Cadernos do IPUB**, nº 10: 25-32, 1997

BEATTY, W.W.; WINN, P; ADAMS, R.L. et al. - Preserved cognitive skills in dementia of the Alzheimer type. **Archives of Neurology**, 10: 158-164, 1994

BEATTY, W.W.; BRUMBACK, R.A. & VONSATELL, J. P. - "Autopsy-proven Alzheimer disease in a patient with dementia who retained musical skill in life." **Arch Neurol**, 54: 1448, 1997

BENENZON, R.O. – **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BENENZON, R.O. - **Teoria da Musicoterapia**: contribuição ao conhecimento do contexto não verbal. São Paulo: Summus Editorial, 1988

BERG, L. – Clinical Dementia Rating. **Psychopharmacology Bulletin**, 24(4): 637-40, 1988

BERTOLUCCI, P.H.F. – Avaliação da Memória. In: FORLENZA, O.V. & CAMELLI, P. (org) - **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo: Atheneu, pp. 507-516, 2000

BEZERRA JUNIOR, B. – Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S.A (org) **Cidadania e Loucura** – políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, pp. 133-169, 1987

BOBBIO, N. – **O tempo da memória**: de senectude e outros escritos autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus, 1997 (1996)

BORCHGREVINK, H.M. - O Cérebro por Trás do Potencial Terapêutico da Música. in: RUUD, E. (org.). **Música e Saúde**. São Paulo: Summus, pp. 57-86, 1991

BOTTINO, C.M.C.; CARVALHO, I.A.M.; ALVAREZ, A.M.M.A. et al. – Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. Relato de Trabalho em equipe multidisciplinar. **Arq Neuropsiquiatr**: 60(1):70-79, 2002

BOXBERGER, R. & COTTER, V.W. – El Paciente Geriatrico. in: GASTON, T. - **Tratado de Musicoterapia**. Buenos Aires: 6ª parte, Paidós, pp. 285-294, 1968

BOSI, E. - **Memória e Sociedade**. 3ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 1994 (1973; 1987)

_____ - **O tempo vivo da memória**: ensaios sobre psicologia social. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003

BRUCK, L. – Today's Ancillaries, part 2: art, music and pet therapy. **Nursing Homes**, Cleveland, jul/aug, 45(7) : 36-45, 1996

BRUSCIA, K. B. – **Case studies in music therapy**. Phoenixville: Barcelona Publishers, USA, 1991

CAMPOS, F.S. de – **Psicanálise e Neurociência**: dos monólogos cruzados ao diálogo possível. Tese de doutorado. PUC-Rio, 2001

- CERTEAU, M. – **A Invenção do Cotidiano**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CERVELLIN, N.G.H. – **A criança deficiente auditiva e suas reações à música**. Dissertação de Mestrado. PUC-SP, 1983.
- CID-10 – Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Organização Mundial da Saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993
- CHIU, E. – Demência, depressão e qualidade de vida. In: FORLENZA, O.V. & CARAMELLI, P. (org) - **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo: Atheneu:39-43, 2000
- CONDE, C. - **Significado e Funções da Música do Povo na Educação**. Projeto de Pesquisa, INEP/MEC, novembro, 1978
- CORREA, A.C. de O – **Envelhecimento, Depressão e Doença de Alzheimer**. Belo Horizonte: Health, 1996
- COSTA, C.M - **O Despertar para o outro** - Musicoterapia. São Paulo: Summus Editorial, 1989
- CRYSTAL, L.H; GROBER, E & MASUR, D - Preservation of musical memory in Alzheimer's disease. **Journal of Neurology, Neurosurging e Psychiatric**, 52: 1415-1416, 1989
- DAMASIO, A – **O erro de Descartes**: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996 (1994)
- _____ - **O mistério da consciência**: do corpo, das emoções ao conhecimento de si. São Paulo: Companhia das Letras, 2000 [1999]
- DA MOTTA, A.B. - Chegando pra Idade. in: BARROS, M.M.L. (org): **Velhice ou Terceira Idade?**, Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, pp. 223-235, 1998
- DOURADO, M.C.N. – **Há menos de mim hoje do que havia ontem**: demência e subjetividade. Dissertação de Mestrado, PUC-Rio, 2000
- DOWLING, J. R. - Music. in: DOWLING, J. R. - **Keeping Busy, a Handbook of Activities for Persons with Dementia**. The John Hopkins University Press. Baltimore, pp. 103-120, 1995
- DSM-IV** – Critérios Diagnósticos do DSM-IV: referência rápida, 4ª edição, Porto Alegre, Artes Médicas, pp. 81-82, 1995
- ELIAS, N. – **Sobre o tempo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998 (1984)

ENGELHARDT, E.; ROZENTHAL, M. & LAKS, J. - Comprometimento Sensorial - Manifestações Neuropsicológicas - disfunções cognitivas. Rio de Janeiro, **Rev Bras Neurol** 31(5) : 219-224, 1995

ENGELHARDT, E. et al. – Demência pré-senil: uma entidade negligenciada. **Jornal Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica**. 2(1): 27-31, 2001

FOLSTEIN, MF; FOLSTEIN SE, MCHUGH PR – Mini-Mental State Examination. A practical method for grading state of patients for the clinician **J Psychiatr Res**, 12:189-198, 1975

FOUCAULT, M. – **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: 3ª edição, Forense-Universitária, 1987 (1977; 1980)

_____ - **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: 3ª edição, Tempo Brasileiro, 1988

FREGTMAN, C.D. - **Corpo, Música e Terapia**. São Paulo: Editora Cultrix, 1982

FREUD, S. – **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, Rio de Janeiro: 2ª edição, Imago, 1987.

O mecanismo psíquico do esquecimento (1898)

Lembranças encobridoras (1899)

Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise) (1914)

Além do princípio do prazer (1920)

FRITH, S. - Music and Identity. in: ST HALL & P. GAY (eds) - **Questions of Cultural Identity**. London: SAGE, pp. 108-127, 1998 (1996)

GERDNER, L.A. - Effects of Individualized Versus Classical “Relaxation” Music on the Frequency of Agitation in Elderly Persons with Alzheimer’s Disease and Related Disorders. in: **International Psychiatrics**, vol. 12, nº 1: 49-65, 2000

GIBBONS, A.C. - Popular Music Preferences of Elderly Persons. **Journal of Music Therapy**, XIV (4): 180-189, 1977

GIL, A.C. – **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo, Editora Atlas, 1999

GODINHO, M.; VIANNA, M.T. & LANDRINO, N. - **Musicoterapia na Terceira Idade**. Monografia. (graduação) Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro. 1988

GROTJAHM, M.- **A Arte e a técnica da terapia analítica de grupo**. Rio de Janeiro: Imago, 1983 (1977)

HALBWACKS, M. - **A Memória Coletiva**. São Paulo: Edições Vertice, 1990

HELLER, A - **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995

IZQUIERDO, I. - **Memória**. Porto Alegre: Artmed, 2002

JOURDAIN, R. - **Música, Cérebro e Êxtase**: como a música captura nossa imaginação. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997

KLEIN, M – Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: KLEIN, M. et al. - **Os Progressos da Psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, pp 216-255, 1969 (1952)

_____ - Sobre a observação do comportamento dos bebês. In: Klein, M. et al. - **Os Progressos da Psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, pp 256-289, 1969 (1952)

LAKS, J. - **Sintomas Psiquiátricos na Demência de Alzheimer - correlação com a gravidade do estado cognitivo**. Tese de doutorado. IPUFRJ, 1993

LAMBEK, M. & ANTZE, P. - Introduction - Forecasting Memory. in: LAMBEK, M. & ANTZE, P. - **Tense Past - Cultural Essay in Trauma and Memory**. New York/ London, Routledg, pp. XI-XXXVIII, 1996

LAWTON, MP; BRODY, EM – Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, 9: 179-186, 1969

LEIBING, A. - A Antropologia de uma Doença Orgânica: Doença de Alzheimer e Fatores Culturais. **Cadernos do IPUB**, nº 10, 3ª edição, pp. 57-73 2001

_____ - O homem sozinho numa estação – a doença de Alzheimer e as práticas do esquecimento no Brasil. in: LEIBING, A. & BENNINGHOFF-LÜHL, S.(org) - **Devorando o tempo**: Brasil, o país sem memória. São Paulo: Mandarin, pp. 77-89, 2001

LIMA, J F – Considerações Psicanalíticas sobre os Acalantos Brasileiros. In: **Boletim Científico da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro**, ano 2, nº 1, 35-41, 1986

LOPEZ, A.L.L. - **A Musicoterapia e o Envelhecer**: Uma Experiência Clínica na Casa São Luiz para a Velhice. Monografia (graduação). Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro. 1994

LÜNHING, A. - Memória Musical no Candomblé. in: LEIBING, A. & BENNINGHOFF-LÜHL, S. (org) - **Devorando o tempo**: Brasil, o país sem memória. São Paulo: Mandarin, pp. 105-127, 2001

MELLO, M.A. F. de & ABREU, V.P.S.- Terapia Ocupacional em Demência. In: FORLENZA, O.V. & CARAMELLI, P. (org) - **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo, Atheneu, pp. 587-600, 2000

MILLER, B. L.; BOONE, K.; CUMMINGS, J.L. et al. - Functional correlates of musical and visual ability in Frontotemporal Dementia. **British Journal of Psychiatric.**, 176: 458-463, 2000

MUSZKAT, M.; CORREIA, C.M.F. & CAMPOS, S.M. - Música e Neurociências. **Rev. Neurociências.** 8 (2): 70-75, 2000

NICK, E. & ALEIXO, M.A.R. - **Musicoterapia em Hospital Dia:** reflexões sobre uma proposta em Saúde Mental. Monografia (graduação). Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 1991

NIGRI, F.; ALEIXO M.A.R.; MAFFIOLETTI, V. – **Intervenções em equipe multidisciplinar na demência:** a clínica do cotidiano. mimeografado. Rio de Janeiro, agosto/ 2003

NITRINI, R. – Epidemiologia da Doença de Alzheimer. In: FORLENZA, O.V. & CARAMELLI, P. (org) - **Neuropsiquiatria Geriátrica.** São Paulo: Atheneu, pp. 23-33, 2000

NOVAES, M.H. – Modelos Interpretativos da Criatividade e Alternativas de Atuação Psicossocioeducativa. In: NOVAES, M.H. - **Psicologia Escolar e Educacional,** Campinas-SP: Ed. Alínea, pp. 75-85, 2001

OSÓRIO, L.C. (org.) – **Grupoterapia Hoje.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

PAOLILLO, C. A. **Personalidade, Caráter e Função Auditiva** - da audiopsicofonologia à audiodinâmica”. Mimeografado. Tradução do original em italiano, [1989?]

PARENTE JUNIOR, P.A.S - **Musicoterapia e Envelhecimento Populacional** - Uma Proposta de Inserção na Área de Saúde e Uma Realidade Brasileira. Monografia (graduação). Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 1992

PFEFFER, RI; KUROSAKI, TT; HARRAH, CH et al. – Measurement of functional activities in older adults in the community. **Journal of Gerontology,** 37: 323-9, 1992

PLATEL, H; PRICE, C; BARON, JC, et al. - The structural components of music perception. A funtional anatomical study. **Brain,** 120: 229-43, 1997

PUJOL, R.; LAVIGNE-REBILLARD, M.; UZIEL, A. – Development of the human cochlea. **Acta Otolaryngologica,** 482: 7-12, 1991.

RAMALHETE, L.C.Q. - **Musicoterapia - uma experiência clínica com pacientes portadores da doença de Alzheimer.** Monografia (graduação). Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, 1994

RIZZO, T. – Habituation technique in study of development of fetal behaviour. **The Lancet,** vol 357, February, 3:328-329, 2001

- ROJAS BERMUDEZ, R. – **Titeres y psicodrama**. Buenos Aires: Genitor, 1970
- ROSENFELD, I. – **A invenção da memória: uma nova visão do cérebro**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994 (1988)
- ROZENTHAL, M.; ENGELHARDT, E.; LAKS, J - Memória: aspectos funcionais. Rio de Janeiro: **Rev Bras Neurol** 31(3) :157-160, 1995
- SCHUPPERT, M.; MÜNTE, T.F.; WIERINGA, B.M. et al. - “Receptive amusia: evidence for cross-hemispheric neural networks underlying music processing strategies.” **Brain**, 123: 546-559, 2000
- SERGENT, J. - Music, the brain and Ravel. **TINS**, 16 (5): 168-172, 1993.
- STEFANI, G. - **Para Entender a Música**. Rio de Janeiro: Globo. 1987 (1985)
- SYDENSTRICKER, T – Musicoterapia: uma alternativa para psicóticos. **Jornal Bras Psiq**, Rio de Janeiro: 40(10), nov/dez, 1991
- TANIS, B. – **Memória e Temporalidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995
- TOOMBS, M.R. - La Musica como Medio de Revitalizacion - Actividades Musicales para Pacientes Geriatricos. In: GASTON, T. - **Tratado de Musicoterapia**. 6ª parte, Buenos Aires: Paidós, pp 295-299, 1968
- TOSELAND, R.W. et al. – The Impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. **Journal of Applied Gerontology**. Thousand Oaks, 16(1), mar, 1997.
- WINKELMAYER, R. & BROWNER, H.E. - Programa Estructurado de Musicoterapia para Pacientes Geriátricos. In: GASTON, T. - **Tratado de Musicoterapia**. 6ª parte, Buenos Aires: Paidós, pp. 299-304, 1968
- WINNICOTT, D. W. – **O Ambiente e os processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983 (1979)
- _____ – **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975 (1971)
- WISNIK, J. M. – **O som e o sentido: uma outra história das músicas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989

Letras de Músicas

Carnaval, confete, serpentina. Rio de Janeiro: COOPIM, 1984

Conservatória. Rio de Janeiro: J. Di Giorgio & CIA, 1994

200 músicas inesquecíveis – vol. II. Rio de Janeiro: COOPIM, 1988

HOLLANDA, Chico Buarque de – **Letra e Música**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990 (1989)

[http:// www.amaliarodrigues.lisbon52.com/fados/letras](http://www.amaliarodrigues.lisbon52.com/fados/letras)

[http:// italianoar.com/letras/](http://italianoar.com/letras/)

[http:// www.legiao.org/](http://www.legiao.org/)

[http:// www.revivendomusicas.com.br/produto](http://www.revivendomusicas.com.br/produto)

[http:// www2.uol.com.br/guilhermearantes](http://www2.uol.com.br/guilhermearantes)

[http:// casanov.vilabol.uol.com.br/songs.html](http://casanov.vilabol.uol.com.br/songs.html)

Recordações... Saudade. Rio de Janeiro, Editora? s/d

Roberto Carlos – suas canções. Local? Saber, 1994

Saudade Seresteira – Músicas brasileiras e internacionais cifradas para violão, com letras. Belo Horizonte, MG: BEMGE, 1986

SEVERIANO, J & MELLO, Z.H. de – **A canção no tempo**: 85 anos de músicas brasileiras (vol. I: 1901-1957 e vol. II: 1958-1985). São Paulo: Editora 34, 1998

APÊNDICE

Caso Clínico 1:

“E o destino desfolhou”

Clara é uma mulher branca de 76 anos, como moradora da zona sul, freqüentava praias de sua cidade natal e costumava passar as férias numa cidade serrana, pertencendo a uma família abastada. Estudou até o segundo grau. Casou-se e após a separação do marido, de quem é viúva há mais de 30 anos, passou a trabalhar como secretária numa repartição pública tendo em vista a necessidade de cuidar dos dois filhos gêmeos, ainda pequenos. Atualmente, um de seus filhos mora na cidade do Rio de Janeiro e outro no exterior.

Os primeiros sintomas da doença apareceram em 1998, quando ainda morava sozinha: passou a apresentar crises de esquecimento e a não tomar os remédios adequadamente. Queixava-se de depressão, taquicardia, “medos” e, assim, uma pessoa conhecida da família foi contratada para cuidar dela. O filho ao procurar um serviço especializado, foi encaminhado ao CDA e, Clara recebeu o diagnóstico de demência compatível com o quadro de Alzheimer. Em novembro de 1999, obteve as seguintes pontuações nos testes e escalas aplicados: MEEM¹³ (Folstein et al, 1975): 26/30 pontos; escala de Atividades Funcionais (Pfeffer, 1992): 19/30 pontos (mais grave = 30); escala de Atividades de Vida Diária (Lawton e Brody, 1969): 35/90 (mais grave = 90); estadiamento das demências (Berg, 1988): CDR1¹⁴ (demência leve). Desde então passou a ser atendida pela equipe multidisciplinar do CDA.

Em sua entrevista inicial, foi possível observar que se tratava de uma mulher com postura e traços refinados que, apesar da doença, ainda se mantinham preservados. Relata que aprendeu quando menina as noções básicas de música nas aulas de piano com uma professora particular e que aprecia todos os gêneros musicais. Comenta, ainda, que a música sempre esteve presente em sua vida, nas reuniões em sua casa ou na das amigas em que o canto de músicas da época

¹³ MEEM: Mini-Exame do Estado Mental

¹⁴ CDR: Clinical Dementia Rating

acompanhavam as melodias reproduzidas no piano. Um dia a família se mudou, e Clara não sabia dizer ao certo que destino teve esse instrumento.

Quando iniciou a musicoterapia, em janeiro de 2000, foi incluída num grupo compatível com o estágio da sua doença. Apresentava grande desenvoltura para o canto, iniciando espontaneamente e, com facilidade, várias músicas, em sua maioria em ritmo de valsa, de tonalidade menor, com letras de conteúdos significativos. Em casa chegava a apreciar músicas francesas. Apesar de suas músicas retratarem uma memória individual por fazerem parte de sua história sonoro-musical, foi possível observar que os demais integrantes do grupo conheciam essas músicas a partir do momento em que começaram a cantá-las também. Configurou-se certa mudança na identidade sonora do grupo que privilegiava anteriormente marchinhas de carnaval.

“*Última Inspiração*” foi a primeira música trazida, já no primeiro atendimento, seguida de “Arrependimento” gravada por Albenzo Perroni, cantor preferido de Clara. Além dessas, outras como “*A casinha da colina*” que, ao cantar pela primeira vez, percebe que falta uma frase na cópia da letra dessa música, como também “*E o destino desfolhou*”. Quatro meses após a primeira testagem, novos testes foram realizados. Agora com a seguinte pontuação: MEEM: 25/30 pontos; escala de Atividades Funcionais: 23/30 pontos; escala de Atividades de Vida Diária: 47/90 pontos e o estadiamento das demências: CDR2 (demência moderada).

Durante o ano de 2000, conforme ia cantando, tecia comentários sobre as lembranças em relação a cada música, como podemos ver nestes exemplos:

. “*Última Inspiração*”: “ eu gosto desta valsa, eu acho muito bonito isso, tanto a letra quanto a música. Eu gosto desta música, não sei se foi um tempo bom que eu passei quando eu era pequena, eu escutava música no rádio... não sei se foi isso aí, eu aprendi a cantar a letra, foi cantando, não foi nem lendo, nem escutando, aí eu decorei ela toda”

. “*Arrependimento*”: “essa música meu pai cantava quando eu era pequena, pra dormir, tô me lembrando, eu deitada na cama, a minha irmã na outra cama e ele no meio com as mãos entre as grades da cama cantando pra gente dormir”.

Em “*A casinha da colina*” também faz referências ao pai, mostrando como a figura do pai parece ter sido importante em sua vida. Com relação à mãe, comenta que a música que ela mais gostava era “*Noite cheia de estrelas*”.

A música que refere como sendo sua predileta é “*E o destino desfolhou*”:
“essa música eu cantei devia ter uns doze anos, foi na casa de uma amiga, nós nos reuníamos, eu, minha irmã e amigas, e cada uma cantava uma música e tocava no piano, o piano que eu tinha em casa não sei, nos mudamos para uma casa menor e ele não cabia na sala.”

Durante esse período, conforme cantava a música, trazia outras lembranças, como o nome de quem tocava o piano e da forma como sua prima cantava a primeira frase desta música: “o nosso amor tá nuzinho”. Em relação a música “*Lábios que eu beijei*” comenta ser esta a preferida de sua irmã. “*A você*”, “*Suave poema de amor*” e “*Casa de caboclo*” (esta completada com o auxílio da leitura da letra pela musicoterapeuta) foram outras músicas cantadas por iniciativa da própria paciente. Nesta última música, ao perguntar-lhe “o que é casa para você”, respondeu “aqui é como a minha casa, eu me sinto à vontade”.

Sempre apresentou uma boa relação com os demais integrantes do grupo. Mas, em agosto de 2001, após começar a apresentar momentos de maior dispersão e alteração de comportamento, um trabalho individual paralelo ao grupo foi iniciado. O resultado do MEEM foi de 15/30 pontos, nesse período. Neste novo trabalho foi possível utilizar o teclado de forma mais diretiva e observar quais elementos da música ainda se mantinham preservados, principalmente no tocante à leitura e reprodução de pequenas melodias. Fazendo uso das duas mãos tocou um trecho de “o bife” e uma outra melodia que dizia não saber qual música era, chegando a comentar que era uma criação sua. (Aqui, cabe ressaltar que a musicoterapeuta também não conhecia e/ou não reconheceu essa melodia como também o grupo não a identificou). Participava de sessão grupal, uma vez na semana, com duração de 60 minutos e atendimento individual de 30 a 40 minutos (dependendo de como a paciente se encontrava), uma vez na semana. A cuidadora foi orientada na manutenção de um trabalho de canto e audição de músicas na residência da paciente. Com o avanço do quadro clínico, sua participação foi se modificando e, em relação à música, chegou a ter dificuldade em reproduzir suas melodias principais, percebendo onde estava o erro, tentando corrigi-lo.

Certo dia, a enfermagem relatou que Clara havia chegado agitada, porém durante o atendimento apresentou-se tranqüila, referindo gostar da sala em que estava, chegando até mesmo a tocar o teclado. Entretanto, cabe ressaltar que nem sempre é possível contornar esse quadro de agitação com a música como ocorreu

outras vezes, sendo necessário auxílio da outra musicoterapeuta e/ou outro profissional para ficar nas dependências do CDA com Clara que dizia: “minha mãe está lá fora, eu preciso me encontrar com ela, ela pode estar perdida”. Talvez se possa depreender dessa observação singular que, ao falar da mãe que está perdida, Clara parecia referir-se a si mesma, a seu estado atual.

Segundo sua cuidadora, houve dias em que Clara chegou a comentar que estava vindo pela última vez, de modo que em uma dessas vezes opôs resistência a entrar na sala; mas, uma vez dentro dela, ficou calada até o final do atendimento. Em um de seus atendimentos individuais, ao explorar os sons dos instrumentos de percussão, comentou que estes fazem lembrar o carnaval. Ao ser solicitada por mim para tentar entoar uma música de carnaval, cantou a primeira parte de “*Mamãe eu quero*” dizendo que esta música lembrava uma mãe carregando o bebê e em seguida cantou uma música nova, também com características de marchinha de carnaval, cuja letra é a seguinte:

“você me pareceu sincera/
mas não era/ mas não era/
jurou ser a melhor quimera/
mas não era, mas não era/
você veio a chorar/
meu amor implorar/
me dizendo que nunca/
este mundo lhe dera /
um instante feliz.../
eu guardei desde então/
todo o meu coração/
você foi o meu mal/
sempre teve afinal/
tudo aquilo que quis”¹⁵

Ao término da sessão, disse que essa música lhe fazia lembrar o período em que morou com a família – o pai, a mãe e a irmã – na Ilha do Governador. Fala também dos bailes de carnaval e de como eles aconteciam: “...os rapazes ficavam

¹⁵ essa música não foi encontrada no material consultado. Foi aqui reproduzida na forma em que foi cantada pela paciente. Também não foi possível citar o seu título, estilo e sua tonalidade original.

de um lado e as moças do outro...” e das formas de comunicação entre eles - olhares e acenos de mãos.

Durante o ano de 2002, foi desligada do grupo a que pertencia devido ao agravamento de seu quadro clínico. O atendimento individual foi mantido no mesmo formato descrito acima. A melodia, o ritmo mantiveram-se mais preservados que a reprodução da letra e da reprodução instrumental. A leitura de notas musicais introduzida quando do atendimento individual foi sendo perdida com o curso da doença. Mesmo com a dificuldade em se localizar no teclado para a reprodução do que ainda se lembrava, percebia o erro tentando corrigi-lo mas, se acompanhada do cantarolar da melodia conseguia localizar-se. Apesar do empobrecimento verbal, Clara tentava expressar verbalmente alguma coisa que estivesse relacionada à atividade e a sua história pessoal. Para ela, o espaço da musicoterapia era um lugar bom, onde aprendia músicas. Em fevereiro de 2003 o atendimento foi encerrado após a cuidadora comunicar que Clara já não conseguia mais sair de casa.

Caso Clínico 2:

“2001 – Uma odisséia no espaço”

Augusto é um homem branco de 46 anos, nascido na cidade do Rio de Janeiro e que, atualmente, se encontra desempregado como engenheiro eletrônico. Em novembro de 2001, obteve as seguintes pontuações nos testes e escalas aplicados: MEEM (Folstein et al, 1975): 17/30 pontos; escala de Atividades Funcionais (Pfeffer, 1992): 23/30 pontos (mais grave = 30); escala de Atividades de Vida Diária (Lawton e Brody, 1969): 48/90 pontos (mais grave = 90); estadiamento das demências (Berg, 1988): CDR2 (demência moderada). Em fevereiro de 2002, durante a entrevista musicoterápica, declara saber que está com a doença de Alzheimer. Entretanto, parece desconsiderar tal fato quando diz: “me disseram que eu estou com Alzheimer, mas não estou na cama como dizem”.

Não aprendeu e nunca tocou um instrumento musical. O pai e a mãe tiveram pequeno aprendizado musical e o irmão tentou tocar bateria na adolescência. Sempre cultivou o hábito de ouvir músicas enquanto trabalhava com eletrônica. Sua preferência musical é por músicas populares brasileiras e americanas. Mas, a preferida, segundo Augusto, é “aquela do filme ‘2001 - Uma Odisséia no Espaço’: ‘Danúbio Azul’ ”.

Desde março de 2002, passou a ser atendido individualmente na musicoterapia, uma vez por semana, com duração de 30 a 40 minutos. É atendido também em psicoterapia individual e participa em grupo de algumas oficinas oferecidas pelo Centro-Dia do CDA.

Na musicoterapia, seus primeiros atendimentos foram basicamente verbais, geralmente falando de seu desemprego e de estar dependente dos pais. Frente ao instrumental musicoterápico, comentou sentir-se como “o macaco diante do computador”, e a cada instrumento musical que eu lhe oferecia para perceber a sonoridade, atribuía aos mesmos as características físicas do som. A partir de seus comentários na experimentação sonora dos instrumentos musicais, considerei interessante a proposta de construir sons a partir do que era apresentado pelo paciente. Assim, com o trabalho inicial de pesquisa sonora nos diferentes instrumentos através daquela linguagem, foi sendo possível observar que a discriminação auditiva para os elementos do som mantinha-se preservada. O

paciente elegeu uma cor, desenhando a amplitude e a frequência para cada instrumento experimentado.

O primeiro instrumento que pegou foi o afoxê de contas coloridas, e sacudindo-o com movimentos giratórios de uma das mãos vai falando “é bonitinho, me chamou mais atenção... lembra um chiado...tem uma frequência e uma amplitude alta...deve ter uns 2000/3000 hertz”. A cada instrumento que experimentava, construía um referencial e apenas para exemplificar cito alguns: o reco-reco: “é de alta e baixa frequência, lembra alta e baixa frequência”; ao chocalho atribuiu sons de alta frequência e quando perguntei o que lhe lembrava, respondeu: “Nada”. Quando pegou o triângulo, disse: “é simples, dá sons mais agudos...frequência única...amplitude máxima que vai reduzindo ao passar dos segundos... me lembra a hora do almoço...o mestre do baião usava isso.” Para o metalofone: “tem frequência bem definida...senóide atenuada, batida...amplitude grande e vai minguando o som”.

Apesar de apresentar dificuldade em reproduzir as letras de música, foi capaz de reconhecer a melodia das mesmas. Quando músicas de sua geração lhe são apresentadas, como algumas canções de Chico Buarque, Guilherme Arantes, Augusto tece sempre comentários significativos. Para “*Construção*” de Chico Buarque comenta “Acho que obscuramente fala de uma realidade”. Nada melhor para ele do que reviver os tempos da discoteca. Certo dia comenta: “A música liga você a uma época” e, ao ouvir Carpenters, ressalta a tristeza que foi a morte de um dos integrantes da dupla de irmãos “ela estava doente...o que a depressão pode fazer” parecendo não se dar conta de que está doente e o que essa sua doença pode fazer, também. Em retorno de suas férias (duas semanas aproximadamente), recordo com Augusto a trajetória realizada com os instrumentos musicais, ao que me diz “você é uma boa aluna, aprendeu bem a parte da eletrônica”.

Sempre é estimulado a dizer o que gostaria de fazer durante o atendimento, visando assim estimular seu grau de sua iniciativa e autonomia. Certo dia, trago um cd com músicas de Guilherme Arantes, do qual ouve atentamente as músicas “*Planeta Água*”, “*Amanhã*” e “*Meu Mundo e Nada Mais*” para em seguida atender a minha proposta de criar uma música, sua música a partir de algumas palavras que estavam naquelas músicas. Dentro da seqüência sorteada das palavras, Augusto constrói a seguinte composição: “que o amanhã seja bom/ que o nosso planeta possa ser melhor/ vamos esquecer o passado/ meu mundo seria melhor/ a

esperança de dias melhores/ que nada mais perturbe a nossa vida/ possamos lavar com água/ termos trabalho para todos” parecendo revelar toda a esperança por um momento melhor. Em relação ao espaço de atendimento, observa que este é “o canto da paz”, e que a música “pode ser boa para o cérebro”. Quanto ao seu percurso na musicoterapia chegou a comentar que o seu olhar em relação aos instrumentos já não é mais o da eletrônica: “Hoje vejo os sons diferentes, antes eu só via os sons eletrônicos”. O pai de Augusto, que está estudando teclado, tem sido orientado para realizar tarefas musicais com o filho em casa e as respostas até o momento têm sido positivas, segundo o relato dos pais. “A música é a ponte no tempo”, frase que traz para o *setting* musicoterápico, delimitando toda uma trajetória de conquistas que, mesmo não sendo lembradas, estão marcadas em um registro musical qualquer do trabalho. É como diz a música “*Construção*” de Chico Buarque em seu primeiro verso: “amou daquela vez como se fosse a última...” e, todo o trabalho terapêutico tem sido assim, pois não se pode descrever o dia de amanhã. Atualmente, Augusto tem mostrado interesse com o teclado. Iniciei um trabalho de tocar o teclado com ele, numa ótica lúdica e sua observação foi a seguinte: “estou parecendo uma criança fazendo arte”. Os prejuízos cognitivos e motores estão mais aparentes, mas não impedindo que sua participação se mostre rica com comentários significativos como no dia em que afirma para mim que eu tenho o instrumento certo para uma cantada. E, ao lhe perguntar quem deveria cantar, responde: “tem que ser um ricaço, porque eu, oh...” (fazendo o gesto de negativo com o polegar).

Caso Clínico 3: **“O Lago dos Cisnes” (Tchaikovsky)**

Gisele era uma mulata de 73 anos, casada, sem filhos. Nascida na cidade do Rio de Janeiro, estudou até o segundo grau e trabalhou como secretária bilingüe em uma editora italiana. Em 1998, iniciou tratamento psiquiátrico devido a quadro de “esquecimentos e fantasia” em um hospital público. E, em fevereiro de 2000, foi encaminhada ao CDA com suspeita de quadro demencial. Os testes realizados obtiveram os seguintes resultados: MEEM (Folstein et al, 1975): 17/30 pontos; escala de Avaliação Funcional (Pfeffer, 1992): 30/30 pontos (mais grave = 30); escala de Atividades de Vida Diária (Lawton e Brody, 1969): 69/90 (mais grave = 90); estadiamento das demências (Berg, 1988): CDR1 (demência leve).

Quando veio para a entrevista musicoterápica, seu marido auxiliou-a nas informações quanto a sua história sonoro-musical. Durante a avaliação, apresentou certa dificuldade na reprodução de células rítmicas simples, porém foi capaz de reconhecer as melodias cantaroladas pela musicoterapeuta sem contudo conseguir iniciar sozinha o canto das mesmas. Apresentava discriminação para timbre, altura e intensidade preservadas. Sua preferência musical era por clássicos como o ballet “*O Lago dos Cisnes*” de Tchaikovsky, além de óperas e músicas italianas. Durante sua juventude foi freqüentadora do Teatro Municipal.

Desde o início de seu tratamento, identificou-me como sendo a sua professora de canto. Não se interessava em utilizar instrumento musical, mesmo que este fosse de fácil manejo. A pandeiriola – um pandeiro sem pele – foi o primeiro instrumento que utilizou e, em atendimento posterior, comenta “não, hoje eu não vou tocar... já toquei outro dia...”. Gostava muito de cantar e, quando o fazia, modificava a intensidade do canto mas conseguindo se manter dentro do ritmo. Segundo o marido, Gisele apreciava muito ouvir música em sua residência, acompanhando-a com um tamborilar de dedos. Esse gesto, ela também reproduzia nos atendimentos. Num certo dia, inicia espontaneamente o canto de “*Dio como te amo*” e “*La Bamba*”, esta última, pelo seu ritmo dançante, foi acompanhada pela paciente com movimentos corporais, dançando pela sala, sorridente, junto aos demais membros do grupo.

Em outro momento, cantarola a melodia de “*Velho Realejo*” e, quando ouviu o canto dessa música e de uma outra, “*Devolve*”, emocionou-se. As lágrimas descem pela face, mas tenta disfarçar e, no final da audição e de minha pergunta, responde “lembrei de meu irmão... do irmão das outras pessoas...” Era interessante a participação de Gisele que, em seu quadro inicial tecia comentários sobre suas observações quanto à minha atuação musical no grupo, como no dia em que disse: “a senhora já cantou melhor...”. Apesar das marchinhas de carnaval não serem seu forte, acompanhava o grupo no canto delas, chegando a identificar-se com umas das músicas cantadas “*O Teu Cabelo*”, ao dizer “esta sou eu”.

No grupo, Gisele chegou a formar pares com os outros integrantes. Com Aparecida, talvez tenha sido mais pela identificação, já que ambas iniciaram o tratamento no mesmo período. Contudo, pouco tempo depois, aproximou-se de Cecília, uma paciente mais comprometida, dispensando-lhe atenção de forma até mesmo excessiva, oferecendo diversos instrumentos ao mesmo tempo e pedindo para a paciente tocar. Certa vez, ao ser sinalizada por mim sobre sua maneira de atuar junto a Cecília, respondeu da seguinte forma: “A senhora, professora, me ensinou... agora eu estou ensinando ela...” parecendo querer mostrar a vontade de ajudar ao outro e sua gratidão à musicoterapeuta ou “à professora de canto” como costumava me chamar pelos bons momentos que vinha passando ali. Numa de minhas intervenções, reage dizendo que não entendeu para em seguida deixar o que estava fazendo, saindo de sala. Mas, seu agir mostrava toda a sua irritação quanto à minha sinalização.

Com as mulheres do grupo parecia não apresentar problemas, mas com um dos homens, apresentava baixa tolerância quanto à maneira dele se comportar. Gisele dirigia-se a ele chamando-o de patrão e de coordenador do grupo. Apesar de estabelecer vínculos afetuosos ou não com os integrantes do grupo, esses eram temporários e substituíveis, dependendo do que estava vivendo ou revivendo.

A paciente nunca teve filhos, mas ajudou a cuidar do filho do marido, bem como ajudou muita gente da família, abrindo mão de muitas coisas. No decorrer de sua doença, começou a apresentar dificuldades de ordem espacial e temporal e alterações de comportamento, sendo que, às vezes, era necessário que a outra musicoterapeuta saísse e permanecesse com ela fora da sala. Foi um período difícil mas, após algum tempo, não apresentava mais a resistência ou agitação anteriores. O marido sempre trazia informações da atuação de Gisele em sua casa,

como da vez em que ela chegou a fazer dueto com a cantora do cd que ouvia. Sempre foi um grande estimulador da musicoterapia, chegando a doar cds e aparelhagem de som para que o trabalho se realizasse da melhor forma possível, para sua mulher e para os outros pacientes.

Diante de sua desorientação, Gisele foi ficando com dificuldade para elegeer um instrumento musical, para si e para os outros, diante dos vários colocados na mesa. Entretanto, isso não impedia sua participação, pois recebia minha orientação na escolha dos instrumentos. Com o tempo, até mesmo o canto das músicas foi ficando prejudicado e, sua participação diminuindo, em termos de espontaneidade. Mesmo diante de seu quadro avançado, participava com o grupo e, às vezes, era possível observar uma resposta motora ou uma reação a um dado som. Ficou no grupo até março deste ano, vindo a falecer cinco meses depois.

Anexo

Letras de Músicas

As músicas aqui reunidas retratam parte do universo musical de um grupo de pacientes. São músicas que surgiram durante os atendimentos clínicos de forma espontânea na voz do próprio paciente ou não e que aparecem citadas no corpo do trabalho. Entretanto, é preciso ressaltar que a fonte de consulta nem sempre ofereceu todas as gamas de informação. Assim, algumas não fornecem o ano, o gênero musical ou a tonalidade. Mesmo assim, são apresentadas para que o leitor possa conhecer a riqueza desse universo.

AMANHÃ (Guilherme Arantes/ do maior/ gênero?/ 1977)

Amanhã/ Será um lindo dia da mais louca alegria/ Que se possa imaginar/
Amanhã/ Redobrada a força prá cima que não cessa/ Há de vingar/ Amanhã/ Mais
nenhum mistério acima do ilusório/ O astro rei vai brilhar/ Amanhã/ A
luminosidade alheia a qualquer vontade/ Há de imperar, há de imperar/ Amanhã/
Está toda esperança, por menor que pareça/ O que existe é prá festejar/ Amanhã/
Apesar de hoje ser a estrada que surge/ Pra se trilhar/ Amanhã/ Mesmo que uns
não queiram, será de outros que esperam/ Ver o dia raiar/ Amanhã/ Ódios
aplacados, temores abrandados/ Será pleno, será pleno.

ARREPENDIMENTO (Gastão Lamounier e Olegário Mariano/ tom?/ valsa?/
1937)

Meu amor,/ Porque pensas ainda em mim?/ Não choremos a vida passada/ Porque
todo o romance tem fim/ Teu olhar, quando o sinto cair no meu,/ O que sofro não
posso dizer-te, porque,/ Minha voz na garganta morreu./ Hoje em dia, que vivo
sozinho/ Recordando o calor que te dei,/ Ao invés de saudade ou carinho/ Tenho
horror de lembrar que te amei./ Se ainda falo na antiga promessa,/ Que tua boca,
tremendo, dizia,/ É que nunca supus que hoje em dia,/ Se esquecesse um amor tão

depressa./ Guarda bem na lembrança e no ouvido/ O que penso ao lembrar-me de ti:/ Não recordo o teu beijo fanado, esquecido,/ Nem lamento esse amor que perdi.

A VOCÊ (Ataulfo de Paiva e Aldo Cabral / tom? valsa/ 1937)

Em você/ Tudo é encantamento/ Em você/ tudo é deslumbramento!/ Você traduz/ sonhos de luz,/ anjo divino,/ qual uma dádiva do céu/ no meu destino./ Em você/ eu encontrei, querida,/ a realização/ do que sonhei na vida./ É você,/ na expressão da verdade,/ a minha apoteose / de felicidade./ Seu olhar me fascina,/ seu falar domina,/ seu sorriso/ é um sorriso de santa,/ seu andar macio nos encanta./ Nas linhas do seu corpo/ há um perfume de amor,/ embriagador./ Enfim, você prá mim/ é a encarnação/ desta canção!

BANDEIRA BRANCA (Max Nunes e Laercio Alves/ mi menor/ marcha/ ano?)

Bandeira branca, amor/ não posso mais/ pela saudade que me invade/ eu peço paz/ Saudade – mal de amor, de amor/ saudade – dor que dói demais/ vem meu amor/ bandeira branca/ eu peço paz.

BOA NOITE AMOR (José Maria Abreu e Francisco Mattoso/ mi maior/ valsa/ 1936)

Quando a noite descer/ insinuando um triste adeus/ olhando nos olhos teus/ hei de beijando teus dedos dizer:/ Boa noite amor/ meu grande amor/ contigo eu sonharei/ e a minha dor/ esquecerei/ se eu souber que o sonho teu/ foi o mesmo sonho meu.../ Boa noite amor, / e sonha, enfim,/ pensando sempre em mim./ na carícia de um beijo/ que ficou no desejo/ boa noite, meu grande amor!

CARINHOSO (Pixinguinha e João de Barro/ tom? samba-canção/ 1937)

Meu coração/ não sei porque/ bate feliz/ quando te vê/ E os meus olhos/ Ficam sorrindo/ E pelas ruas/ vão te seguindo/ Mas mesmo assim/ Foges de mim/ Ah! se tu soubesses/ Como eu sou tão carinhoso/ E o muito e muito/ Que eu te quero/ E como é sincero/ O meu amor/ Eu sei que nunca/ Fugirias mais de mim./ Vem, vem, vem, vem/ Vem sentir o calor/ Dos lábios meus/ À procura dos teus/ Vem matar esta paixão/ Que me devora o coração/ E só assim, então/ Serei feliz, bem feliz.

CASA DE CABOCLO (Hekel Tavares e Luiz Peixoto / la maior/ canção/ 1929)

Você tá vendo essa casinha simplesinha/ Toda branca de sapê/ Diz que ela veve no abandono não tem dono/ E se tem ninguém não vê/ Uma roseira cobre a banda da varanda/ E um pé de cambuça/ Quando o dia se alevanta Virge Santa/ Fica assim de sabiá/ Deixa falá toda essa gente maldizente/ Bem que tem um moradô/ Sabe quem mora dentro dela Zé Gazela/ O maió dos cantadô/ Quando Gazela viu siá Rita tão bonita/ Pôs a mão no coração/ Ela pegou não disse nada deu risada/ Pondo os oincho no chão./ E se casaram, mais um dia que agonia/ Quando em casa ele voltou/ Zé Gazela viu siá Rita muito aflita/ Tava lá Mané Sinhô/ Tem duas cruz entrelaçada bem na estrada/ Escrevero por ditrás/ “Numa casa de caboclo um é pouco/ Dois é bom, três é demais”.

CASINHA DA COLINA, A (Luiz Peixoto, Pedro Sá Pereira e Marques Porto/ mi menor/ canção/ 1936)

Você sabe de onde eu venho?/ De uma casinha que eu tenho... fica dentro de um pomar./ É uma casa pequenina,/ Lá no alto da colina, de onde se ouve longe o mar.../ Entre as palmeiras bizarras/ Cantam todas as cigarras, sob o pó de ouro do sol/ Do beiral vê-se o horizonte./ No jardim canta uma fonte, e na fonte um rouxinol./ Do jasmineiro tão branco/ tomba, de leve, no banco,/ A flor que ninguém colheu.../ No canteiro há uma rosinha,/ No curral uma ovelhinha e em

casa, meu cão e eu.../ Sobre a minha cabeceira/ Minha Santa Padroeira/ Está sempre em seu altar.../ Cuida de mim se adoço/ Vela por mim se adormeço/ E me acorda devagar.../ Quando eu desço pela estrada/ E olho a casa abandonada, sinto ao vê-la não sei que.../ Como é triste a natureza/ Anda em tudo uma tristeza,/ Com saudades de você.../ Se você é minha amiguinha/ Venha ver minha casinha,/ Minha santa e meu pomar/ Que o meu cavalo é ligeiro/ É uma légua só de outeiro.../ Chega é tempo de voltar.../ Mas se acaso anoitecer.../ Tudo pode acontecer/ que será de mim depois?/ A casinha pequenina lá no alto da colina,/ Chega bem para nós dois...

CASINHA PEQUENINA (Tradicional/ lá menor/ canção/ 1906)

Tu não te lembras da casinha pequenina/ onde o nosso amor nasceu/ tu não te lembras da casinha pequenina/ onde o nosso amor nasceu/ Tinha um coqueiro do lado/ que coitado de saudade/ já morreu/ Tinha um coqueiro do lado/ que coitado de saudade/ já morreu/ Tu não te lembras da juras e perjuras/ que fizeste com fervor?/ Daquele beijo demorado, prolongado/ que selou o nosso amor?

CONSTRUÇÃO (Chico Buarque/ mi menor/ gênero? 1971)

Amou daquela vez como se fosse a última/ beijou daquela vez como se fosse a última/ cada filho seu como se fosse o único/ e atravessou a rua com seu passo tímido/ subiu a construção como se fosse máquina/ ergueu no patamar quatro paredes sólidas/ tijolo com tijolo num desenho mágico/ seus olhos embotados de cimento e lágrima/ sentou pra descansar como se fosse sábado/ comeu feijão com arroz como se fosse um príncipe/ bebeu e soluçou como se fosse um náufrago/ dançou e gargalhou como se ouvisse música/ e tropeçou no céu como se fosse um bêbado/ e flutuou no ar como se fosse um pássaro/ e se acabou no chão feito um pacote flácido/ agonizou no meio do passeio público/ morreu na contramão atrapalhando o tráfego/ Amou daquela vez como se fosse o último/ beijou sua mulher como se fosse a única/ cada filho seu como se fosse o pródigo/ e atravessou a rua com seu passo bêbado/ subiu a construção como se fosse sólido/

ergueu no patamar quatro paredes mágicas/ tijolo com tijolo num desenho lógico/
 seus olhos embotados de cimento e tráfego/ sentou pra descansar como se fosse
 príncipe/ comeu feijão com arroz como se fosse o máximo/ bebeu e soluçou como
 se fosse máquina/ dançou e gargalhou como se fosse o próximo/ E tropeçou no
 céu como se ouvisse música/ e flutuou no ar como se fosse sábado/ e se acabou
 no chão feito um pacote tímido/ agonizou no meio do passeio naufrago/ Morreu
 na contramão atrapalhando o público/ Amou daquela vez como se fosse máquina/
 beijou sua mulher como se fosse lógico/ ergueu no patamar quatro paredes
 flácidas/ sentou pra descansar como se fosse um pássaro/ e flutuou no ar como se
 fosse um príncipe/ e se acabou no chão feito um pacote bêbado/ morreu na
 contramão atrapalhando o sábado.

DEVOLVE (Mario Lago/ tom?/ valsa/ ano?)

Mandaste as velhas cartas comovidas/ que na febre do amor lhe enviei/ Mandaste
 o que ficou de duas vidas/ um romance/ uma dor que eu provei/ Mandaste tudo/
 porém falta o melhor/ que eu te dei/ Devolve toda a tranqüilidade/ toda a
 felicidade/ que eu te dei/ e que perdi/ Devolve todos os sonhos loucos/ que eu
 construí aos poucos/ e lhe ofereci/ Devolve/ eu peço por favor/ aquele imenso
 amor/ que nos teus braços esqueci/ Devolve que eu te devolvo ainda/ esta saudade
 infinda/ que eu tenho de ti.

DIO, COME TI AMO (Modugno/ tom? gênero? 1966?)

Nel cielo passano le nuvole/ Che vanno verso il mare/ Sembrano fazzoletti
 bianchi/ Che salutano il nostro amore/ Dio...come ti amo/ Non è possibile/ Avere
 tra le braccia/ Tanta felicità/ Baciare le tue labbra/ Che odorano divento/ Noi due
 innamorati/ Come nessuno al mondo/ Dio...come ti amo/ Mi vien da piangere/ in
 lotta la mia vita/ non ho provato mal/ Un bene così caro/ Un bene così vero/ Chi
 può fermare il fiume/ Che corre verso il mare/ Le rondini nel cielo/ Che vanno
 verso il sole/ Che più cambiar l'amore/ L'amore mio per te.../Dio...come ti amo.

E O DESTINO DESFOLHOU (Mário Rossi e Gastão Lamounier/ lá menor/
valsa/ 1937)

O nosso amor traduzia/ Felicidade... afeição/ Suprema glória que, um dia,/ Tive ao
alcance da mão;/ Mas veio um dia o ciúme,/ E o nosso amor se acabou,/
Deixando em tudo o perfume/ Da saudade que ficou/ Eu ti vi a chorar/ Vi teu
pranto, em segredo, correr,/ E, parti, a cantar/ Sem pensar que doía esquecer.../
Mas depois, veio a dor/ Sofro tanto e esta valsa não diz/ Meu amor, de nós dois/
Eu não sei qual é mais infeliz./ Os nossos olhos choraram.../ O nosso idílio
morreu/ Os nossos lábios murcharam/ Porque a renúncia doeu,/ Desfeito o ninho,
a saudade / Humilde e quieta ficou,/ Mostrando a felicidade,/ Que o destino
desfolhou

ERREI SIM (Ataulfo Alves/ tom?/ samba-canção/ 1942)

Errei sim,/ Manchei o teu nome./ Mas foste tu mesmo/ O culpado/ Deixavas-me
em casa/ Me trocando pela orgia/ Faltando sempre/ Com a sua companhia./
Lembra-te, agora, que não é/ Só de casa e comida/ Que prende por toda vida/ O
coração de uma mulher/ As jóias que me dava/ Não tinham nenhum valor;/ O
mais caro me negavas/ Que era todo o teu amor./ Mas, se existe ainda/ Quem
queira me condenar/ Que venha logo/ A primeira pedra/ Me atirar

ESTÁ CHEGANDO A HORA (Henricão e Rubens Campos/ tom?
marcha/carnaval/ 1942)

Quem parte leva saudades/ De alguém que fica/ Chorando de dor,/ Por isso, não
quero lembrar/ Quando partiu meu grande amor./ Ai, ai, ai, ai/ Está chegando a
hora!/ O dia já vem raiando,/ Meu bem,/ Eu tenho que ir-me embora/

JESUS CRISTO (Roberto Carlos e Erasmo Carlos/ mi menor/ rock-hino/ 1970)

Jesus Cristo/ Jesus Cristo/ Jesus Cristo/ Eu estou aqui/ Olho pro céu e vejo/ Uma nuvem branca que vai passando/ Olho pra terra e vejo/ Uma multidão que vai caminhando/ Como essa nuvem branca/ Essa gente não sabe aonde vai/ Quem poderá dizer o caminho certo/ É você meu pai/ (Estribilho – Jesus Cristo...eu estou aqui)/ Toda essa multidão tem no peito amor/ E procura a paz/ E, apesar de tudo, a esperança/ Não se desfaz/ Olhando a flor que nasce/ No chão daquele que tem amor/ Olho pro céu e sinto/ Crescer a fé no meu salvador/ (Estribilho – Jesus Cristo... eu estou aqui)/ Em cada esquina, eu vejo/ Um olhar perdido de um irmão/ Em busca do mesmo bem/ Nessa direção, caminhando vem/ É meu desejo ver/ Aumentando sempre essa procissão/ Para que todos cantem/ Na mesma voz, esta oração/ (Estribilho)

LÁBIOS QUE BEIJEI (J. Cascata e Leonel Azevedo / mi maior/ valsa/ 1937)

Lábios que beijei,/ Mãos que eu afaguei/ Numa noite de luar, assim.../ O mar na solidão bramia e o vento,/ A soluçar pedia/ Que fosses sincera para mim.../ Nada tu ouviste/ E, logo, partiste, / Para os braços de outro amor;/ Eu fiquei chorando,/ Minha mágoa cantando, / Sou estátua perenal da dor./ Passo os dias, soluçando, com meu pinho,/ Carpindo a minha dor, sozinho/ Sem esperança de vê-la, jamais.../ Deus, tem compaixão deste infeliz,/ Porque sofrer assim / Compadecei-vos dos meus ais/ Tua imagem permanece, imaculada/ Em minha retina cansada,/ De chorar por teu amor;/ Lábios que beijei, / Mãos que eu afaguei/ Volta, dá lenitivo a minha dor.

LA BAMBA (Ritchie Vallens/ tom? rock da década de 1950-60)

Para bailar la bamba/ Para bailar la bamba se necessita una poca de gracia/ Una poca de gracia y outra cosita/ Y arriba y arriba/ Y arriba y arriba y arriba ire/ Yo no soy marinero/ Yo no soy marinero, por ti sere/ Por ti sere, por ti sere/ Bamba, bamba, bamba, bamba/ Bamba, bamba/ Bamba./ Para bailar la bamba/ Para bailar

la bamba se necessita una poca de gracia/ Una poca de gracia pa mi pa ti/ Ay y arriba, y arriba/ Y arriba y arriba y arriba ire/ Yo no soy marinero/ Yo no soy marinero, soy capitan/ Soy capitan Soy capitan/ Bamba, bamba, bamba, bamba/ Bamba, bamba/ Bamba./

LEVA MEU SAMBA (Araulfo Alves/ tom? gênero? 1941)

Leva meu samba/ Meu mensageiro/ Este recado/ Para o meu amor primeiro/ Vai dizer que ela é/ A razão dos meus ais!/ Não, não posso mais!/ Eu que pensava/ Que podia lhe esquecer.../ Mas qual o quê/ Aumentou o meu sofrer/ Falou mais alto/ No meu peito, uma saudade/ E para o caso não há força de vontade/ Aquele samba/ Foi para ver se comovia/ O seu coração.../ Onde eu dizia:/ “Vim buscar o meu perdão!”

MAMÃE EU QUERO (Vicente Paiva e Jararaca/ tom? / marcha/carnaval/ 1937)

Mamãe eu quero.../ Mamãe eu quero.../ Mamãe eu quero mamar/ Dá a chupeta/ Dá a chupeta/ Dá a chupeta pro bebê não chorar./ Dorme filhinho/ Do meu coração/ Pega a mamadeira/ E vem entrar pro meu cordão/ Eu tenho uma irmã/ Que se chama Ana/ E de tanto piscar o olho/ Já ficou sem a pestana./ Mamãe eu quero.../ Olho as pequenas/ Mas daquele jeito/ Tenho muita pena/ Não ser criança de peito/ Eu tenho uma irmã/ Que é fenomenal!/ Ela é da bossa é o marido é um boçal.

(A primeira parte da letra juntamente com o refrão é mais conhecida e portanto mais cantada)

MEU MUNDO E NADA MAIS (Guilherme Arantes/ mi maior / gênero? / 1976)

Quando eu fui ferido, vi tudo mudar/ Das verdades que eu sabia/ Só sobraram restos e eu não esqueci/ Toda aquela paz que eu tinha/ Eu que tinha tudo, hoje estou mudo/ Estou mudado,/ À meia-noite, a meia luz pensando / Daria tudo por

um modo de esquecer/ Eu queria tanto estar no escuro do meu quarto/ À meia-noite, a meia luz sonhando/ Daria tudo por meu mundo e nada mais/ Não estou bem certo / Se ainda vou sorrir / Sem um travo de amargura/ Como ser mais livre/ Como ser capaz / De enxergar um novo dia/ Eu que tinha tudo, hoje estou mudo/ Estou mudado,/ À meia-noite, a meia luz pensando / Daria tudo por um modo de esquecer/ Eu queria tanto estar no escuro do meu quarto/ À meia-noite, a meia luz sonhando/ Daria tudo por meu mundo e nada mais.

MORA NA FILOSOFIA (Arnaldo Passos e Monsueto/ tom? samba/carnaval/, 1955)

Eu vou lhe dar a decisão/ Botei na balança você não pesou/ Botei na peneira você não passou/ Mora na filosofia/ Pra que rimar amor e dor/ Se seu corpo ficasse marcado/ Por lábios ou mãos carinhosas/ Eu saberia dizer ora vai mulher/ A quantos você pertencia/ Não vou me preocupar em ver/ Seu caso não é de ver pra crer

NOITE CHEIA DE ESTRELAS (Candido das Neves / mi maior/ tango-canção/ 1932)

Noite alta, céu risonho/ A quietude é quase um sonho.../ O luar cai sobre a mata,/ Qual uma chuva de prata/ De raríssimo esplendor./ Só tu dormes não escutas, o teu cantor,/ Revelando à lua airosa/ A história dolorosa/ Deste amor.../ Lua, manda a tua luz prateada/ despertar a minha amada!/ Quero matar meus desejos,/ Sufocá-las com os meus beijos.../ Canto/ E a mulher que eu amo tanto/ Não escuta, está dormindo./ Canto e por fim,/ Nem a lua tem pena de mim/ Pois ao ver que quem te chama sou eu/ Entre a neblina se escondeu.../ Lá no alto, a lua esquiva/ Está no céu tão pensativa.../ As estrelas tão serenas/ Qual dilúvio de falenas/ Andam tontas ao luar.../ Todo o astral ficou silente/ Para escutar/ O teu nome entre as endechas/ As dolorosas queixas / ao luar!

ORAÇÃO DE SÃO FRANCISCO (São Francisco de Assis)

Senhor,/ Fazei de mim instrumento de vossa paz! Onde houver ódio, que eu leve o amor,/ Onde houver ofensa, que eu leve o perdão/ Onde houver discórdia, que eu leve a união,/ Onde houver dúvida, que eu leve a fé./ Onde houver erro, que eu leve a verdade/ Onde houver desespero, que eu leve a esperança,/ Onde houver tristeza, que eu leve a alegria,/ Onde houver trevas que eu leve a luz./ Ó Mestre, fazei que eu procure mais/ Consolar que ser consolado/ Compreender que ser compreendido/ Amar que ser amada/ Pois é dando que se recebe/ Perdoando que se é perdoado/ E é morrendo que se vive para a vida eterna.

PAIS E FILHOS (Dado Villa-Lobos, Renato Russo e Marcelo Bonfá/ sol maior/ gênero?/ 1989)

Estátuas e cofres/ E paredes pintadas/ Ninguém sabe o que aconteceu/ Ela se jogou da janela do quinto andar/ Nada é fácil de entender/ Dorme agora/ É só o vento lá fora/ Quero colo/ Vou fugir de casa/ Posso dormir aqui com vocês?/ Estou com medo/ Tive um pesadelo/ Só vou voltar depois das três/ Meu filho vai ter nome santo/ Quero o nome mais bonito/ É preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã/ Porque se você parar pra pensar/ Na verdade não há/ Me diz: porque o céu é azul?/ Me explica a grande fúria do mundo/ São meus filhos que tomam conta de mim/ Eu moro com a minha mãe o meu pai vem me visitar/ Eu moro na rua não tenho ninguém/ Eu moro em qualquer lugar/ Já morei em tanta casa quem nem me lembro mais/ Eu moro com meus pais/ É preciso amar as pessoas como se não houvesse o amanhã/ Porque se você para pra pensar/ Na verdade não há/ Sou uma gota d'água, sou um grão de areia/ Você diz que seus pais não entendem/ Mas você não entende seus pais/ Você culpa seus pais por tudo, isso é absurdo/ São crianças como você/ O que você vai ser quando você crescer?

PLANETA ÁGUA (Guilherme Arantes/ re maior/ gênero?/ 1981)

Água que nasce na fonte serena do mundo/ E que abre o profundo grotão/ Água que faz inocente riacho e deságua / Na corrente do ribeirão/ Águas escuras dos rios/ que levam a fertilidade ao sertão/ Águas que banham aldeias / E matam a sede da população/ Águas que caem das pedras,/ No véu das cascatas, ronco de trovão/ E depois dormem tranqüilas/ No leito dos lagos/ Água dos igarapés onde lara, mãe d'água/ É misteriosa canção/ Água que o sol evapora,/ pro céu vai embora / virar nuvens de algodão/ Gotas de água da chuva, / Alegre arco-íris sobre a plantação/ Gotas de água da chuva,/ Tão tristes são lágrimas na inundação/ Águas que movem moinhos/ São as mesmas águas/ Que encharcam o chão/ E sempre voltam humildes/ Pro fundo da terra, pro fundo da terra/ Terra planeta água... terra planeta água/ Terra planeta água.

RODA VIVA (Chico Buarque/ si menor/ gênero? 1967)

Tem dias que a gente se sente/ como quem partiu ou morreu/ a gente estancou de repente/ ou foi o mundo então que cresceu/ a gente quer ter voz ativa/ no nosso destino mandar/ mas eis que chega a roda viva/ e carrega o destino pra lá/ Roda mundo, roda gigante/ roda moinho, roda pião/ o tempo rodou num instante/ nas voltas do meu coração/ A gente vai contra a corrente/ até não poder resistir/ na volta do barco é que sente/ o quanto deixou de cumprir/ faz tempo que a gente cultiva/ a mais linda roseira que há/ mas eis que chega a roda viva/ e carrega a roseira pra lá/ Roda mundo, roda gigante/ roda moinho, roda pião/ o tempo rodou num instante/ nas voltas do meu coração/ A roda da saia a mulata/ não quer mais rodar não senhor/ não posso fazer serenata/ a roda de samba acabou/ a gente toma a iniciativa/ viola na rua a cantar/ mas eis que chega a roda viva/ e carrega a viola pra lá/ Roda mundo, roda gigante/ roda moinho, roda pião/ o tempo rodou num instante/ nas voltas do meu coração/ O samba, a viola, a roseira/ um dia a fogueira queimou/ foi tudo ilusão passageira/ que a brisa primeira levou/ no peito a saudade cativa/ faz força pro tempo parar/ mas eis que chega a roda viva/ e carrega a saudade pra lá/ Roda mundo.....

SUAVE POEMA DE AMOR - (Gastão Lamournier e Mario Rossi/ tom?/
gênero?/ data?)

O nosso lar será lindo/ Nele terás meu amor/ Lírios de vaso floridos/ Entre
roseiras em flor/ Papoulas rubras de beijo/ Um banco, um lago, um jardim/ E na
ventura de um beijo/ Nós cantaremos assim/ És a luz do meu olhar/ Vive em mim
um riso seu/ Ritmo ao luar/ Do céu de um sonho que viveu/ Sentirás uma canção/
Sempre em seu louvor/ A minha adoração/ Suave poema de amor.

TAÍ (Prá você gostar de mim) (Joubert de Carvalho/ lá menor/ marcha/ carnaval/
1930)

Taí!/ Eu fiz tudo/ Pra você gostar de mim.../ Oh! Meu bem/ Não faz assim comigo
não!/ Você tem, você tem/ Que me dar seu coração/ **Meu amor não posso
esquecer.../ Se da alegria, faz também sofrer/ A minha vida foi sempre
assim:/ Só chorando as mágoas... que não tem fim/** Essa história de gostar de
alguém/ Já é mania que as pessoas têm/ Se me ajudasse nosso Senhor/ Eu não
pensaria mais no amor (o trecho em negrito, geralmente, não é cantado)

TEU CABELO NÃO NEGA, O (adaptação de Lamartine Babo sobre motivo de
marcha “Mulata” dos irmãos Valença/ tom? marcha/ carnaval/ 1932)

(refrão) O teu cabelo não nega/ Mulata/ Porque és mulata na cor.../ Mas como a
cor não pega/ Mulata/ Mulata eu quero o teu amor!.../ (bis)/ Tens um sabor/ Bem
do Brasil.../ Tens a alma cor de anil/ Mulata, mulatinha meu amor,/ Fui nomeado
o teu tenente interventor/ (refrão) / Quem te inventou/ Meu pancadão/ Teve uma
consagração.../ A lua te invejando fez careta/ Porque, mulata, tu não és deste
planeta!/ (refrão) / Quando meu bem/ Vieste à terra/ Portugal declarou guerra!/ A
concorrência, então, foi colossal!/ Vasco da Gama contra o Batalhão Naval!

TREM ATRASOU, O (Artur Vilarinho, Estanislau Silva e Paquito/ tom? marcha/carnaval, 1941)

Patrão o trem atrasou/ Por isso estou chegando agora/ Trago aqui o memorando da Central/ O trem atrasou meia hora/ O senhor não tem razão/ Pra me mandar embora./ O senhor tem paciência/ É preciso compreender/ Sempre fui obediente/ cumpridor do meu dever/ Um atraso é muito justo/ Quando há explicação/ Sou um chefe de família/ Preciso ganhar meu pão/ (Não me diga não...)

TREM DAS ONZE (Adoniran Barbosa/ lá menor/ samba/ 1965)

Não posso ficar nem mais um minuto com você/ Sinto muito amor, mas não pode ser/ Moro em Jaçanã./ Se eu perder esse trem/ Que sai agora às onze horas/ Só amanhã de manhã./ Além disso mulher/ Tem outra coisa/ Minha mãe não dorme/ Enquanto eu não chegar./ Sou filho único/ Tenho minha casa para olhar/ E eu não posso ficar.

ÚLTIMA INSPIRAÇÃO (Peterpan/ lá menor/ valsa/ 1940)

Eu sempre fui feliz/ Vivendo só sem ter amor/ Mas o destino quis/ Roubar-me a paz / De um sonhador/ E pôs num sonho meu/ O olhar de ternura/ De alguém que mesmo em sonho/ Roubou minha ventura/ Sonhei com esse alguém/ Noites e noites sem cessar/ Porque alucinada/ Fui pelo mundo a procurar/ Aquele olhar tristonho/ Da cor do luar/ Mas tudo foi um sonho/ Pois não pude encontrar/ Mas na espinhosa estrada desta vida/ Sem querer um dia/ Encontrei com este alguém/ Que tanto eu queria/ Esse alguém que mesmo em sonho/ Eu amei com tanto ardor/ Não compreendeu a minha dor/ Foi inspirado então/ Na ingratidão de quem amava tanto/ Que fiz esta triste valsa/ Triste como um pranto/ Que me mata de aflição/ Bem sei que esta valsa será/ A minha última inspiração

ÚLTIMO DESEJO (Noel Rosa/ mi menor/ samba canção/ 1938)

Nosso amor que eu não esqueço/ E que teve seu começo/ Numa festa de São João/
Morre hoje sem foguete/ Sem retrato e sem bilhete/ Sem luar e sem violão/ Perto
de você me calo/ Tudo penso e nada falo/ Tenho medo de chorar/ Nunca mais
quero o seu beijo/ Mas meu último desejo/ Você não pode negar/ Se alguma
pessoa amiga/ Pedir que você lhe diga/ Se você me quer ou não/ Diga que você
me adora/ Que você lamenta e chora/ A nossa separação/ As pessoas que eu
detesto/ Diga sempre que eu não presto/ Que meu lar é um botequim/ Que eu
arruinei sua vida/ Que eu não mereço a comida/ Que você pagou prá mim.

UMA CASA PORTUGUESA (Reinaldo Ferreira, V.M.Sequeira e Artur Fonseca/
tom? fado/ ano?)

Numa casa portuguesa fica bem/ Pão e vinho sobre a mesa./ Quando à porta
humildemente bate alguém,/ Senta-se à mesa co'a gente/ Fica bem essa fraqueza,
fica bem,/ Que o povo nunca a desmente./ A alegria da pobreza/ Está nesta grande
riqueza/ De dar, e ficar contente./ Quatro paredes caiadas, / Um cheirinho à
alecrim/ Um cacho de uva doiradas,/ Duas rosas num jardim,/ Um são José de
azulejo/ Sob um sol de primavera,/ Uma promessa de beijos/ Dois braços à minha
espera.../ É uma casa portuguesa, com certeza/ É, com certeza, uma casa
portuguesa!/ No conforto pobrezinho do meu lar, / Há fartura de carinho/ A
cortina da janela e o luar,/ Mais o sol que gosta dela.../ Basta pouco, pouquinho
p'ra alegrar/ Uma existência singela.../ É só amor, pão e vinho/ E um caldo verde,
verdinho/ A fumegar na tigela.

VELHO REALEJO (Custódio Mesquita e Sadi Cabral/ mi menor/ valsa/ 1940)

Naquele bairro afastado/ onde em criança vivias/ a remoer melodias/ de uma
ternura sem par/ passava todas as tardes/ um realejo risonho.../ passava como num
sonho/ o realejo a cantar.../ depois tu partiste/ ficou triste/ a rua deserta,/ na tarde

fria e calma/ ouço ainda o realejo a tocar/ ficou a saudade/ comigo a morar.../ tu
canta alegre e o realejo/ parece que chora/ com pena de ti.