Shirlene Vianna Moreira

IDENTIDADE MUSICAL EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA: UM ESTUDO PILOTO

Escola de Música
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte 2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Shirlene Vianna Moreira

IDENTIDADE MUSICAL EM PACIENTES COM ESCLEROSE MÚLTIPLA: UM ESTUDO PILOTO

Projeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Música.

Linha de Pesquisa: Estudo das Práticas Musicais

Orientadora: Professora Dra Cecília Cavalieri França
Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Música
Universidade Federal de Minas Gerais
Março 2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE MÚSICA
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA
Email: mestrado@musica.ufmg.br

Dissertação intitulada *"Identidade musical em pacientes com esclerose múltipla: um estudo piloto"*, de autoria da mestranda Shirlene Vianna Moreira, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores.

Presidente, Profa. Dra. Cecília Cavalieri França

Prof. Dr. André Cavazotti e Silva

Prof. Dr. Jubel Barreto

Prof. Dr. Maurício Loureiro
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Música
UFMG

Belo Horizonte, 02 de março de 2007.

Av. Antônio Carlos, 6627- Belo Horizonte, MG – 31270-901- Brasil.
Tel.: (31) 3499-4703 Fax: (31) 3499-4720

Ao Marcos, meu marido.

Meus agradecimentos especiais

Aos meus pais *Paulo e Terezinha* e minhas queridas irmãs *Xista, Shirley e Paula* pelo incentivo na minha carreira.

AGRADECIMENTOS

- *À Prof. Dra. Cecília Cavalieri França* por todo o incentivo, aprendizagem e suporte que recebi durante todo o mestrado, e de quem tive a honra de ser orientanda;

- Ao musicoterapeuta *Prof. Even Ruud* por ceder gentilmente suas categorias de identidade para a elaboração deste trabalho;

-Ao *Prof. Dr. Jubel Barreto*, pelos anos de convivência, aprendizagem e pelo apoio durante o início de minha carreira como musicoterapeuta;

- Ao *Prof. Dr. Marco Aurélio Lana-Peixoto* pelo seu apoio incondicional à musicoterapia na esclerose múltipla e pela sua verdadeira amizade;

- Ao *Prof. Dr. Maurício Loureiro* pelo seu comprometimento com o mestrado em música da UFMG;

- Ao *Prof. Dr. André Cavazotti*, que por seu conhecimento, auxiliou nos questionamentos sobre a pesquisa em música;

- À *Prof. Dra. Leonor Guerra* pela assistência, dedicação e cooperação com a realização desta pesquisa;

-*À Dra. Maria Inez,* amiga em todos os momentos, pelo constante apoio e incentivo na minha vida pessoal e profissional;

-À *Dra. Carolina Araújo e Dr. Luciano Simão*, médicos do CIEM, pela amizade e apoio na vida acadêmica e pelo incentivo neste trabalho;

- À musicista e arquiteta *Marcinha*, uma grande amiga, pela colaboração neste trabalho;

- À amiga, estudante de fonoaudiologia *Vanessa Medina,* pela importante cooperação nesta pesquisa;

- Ao *Dr.João Borges* pelo incentivo à minha carreira profissional e grande amizade;

- À musicoterapeuta *Cybelle Loureiro* pelo acolhimento e incentivo na minha vida profissional;

- À psicóloga *Adriana Borges* pela amizade e apoio nesta nova fase da vida;

- À professora *Daisy Messias*, pelo auxílio na revisão do trabalho.

- Aos *professores e colegas* do curso de Pós-graduação em música da UFMG, pelo companheirismo;

- Aos *pacientes* do CIEM, que me permitem aprender a cada dia o maravilhoso sentido da vida.

“Há alguma coisa verdadeiramente maravilhosa na música. As palavras são belas, mas a música é ainda mais bela. Ela fala ao nosso coração e ao nosso espírito diretamente, ou mais profundo, à raiz de nossas almas. A música nos tranqüiliza, nos eleva, nos preenche de sentimentos nobres, nos faz derreter em lágrimas, Deus sabe como...” Charles Kingsley (1819-1875).

RESUMO

A identidade é a maneira como o indivíduo define a si mesmo. A partir de memórias, circunstâncias de vida e projeções para o futuro, o indivíduo narra um conceito de eu. A relação entre a música e identidade tornou-se uma questão importante para o campo da musicoterapia. A música pode fortalecer as pessoas dentro de seu contexto cultural e criar lembranças sobre eventos significativos intensificando o potencial para um trabalho terapêutico, auxiliando a construção de identidade e contribuindo para a qualidade de vida do paciente. A compreensão da cultura musical individual e do significado da música para o indivíduo tem sido descoberta como essencial para o terapeuta estabelecer a relação com o paciente. O objetivo deste estudo é avaliar como pacientes com esclerose múltipla expressam suas identidades pessoal, social, temporal e transpessoal através da música. Foram selecionados oito pacientes adultos com Esclerose Múltipla clinicamente definida sob acompanhamento no Centro de Investigação em Esclerose Múltipla (CIEM) - UFMG. O trabalho se caracterizou como descritivo usando o método qualitativo cujas análises foram submetidas a tratamento quantitativo. Os pacientes foram inicialmente avaliados a partir de um protocolo de avaliação em musicoterapia. A seguir foi solicitado aos pacientes que selecionassem de 10 a 15 músicas significativas em sua vida. Estas músicas foram gravadas em um CD. Baseando-se neste CD os pacientes passaram por entrevista aberta, que foi gravada e posteriormente transcrita e analisada. Os resultados indicaram que este estudo possibilitou para os pacientes a ativação de memórias afetivas; o aumento na percepção dos sentimentos e sensações corporais, a compreensão melhor de si mesmo possibilitando maior autoconsciência; auxiliou o indivíduo a se expressar de formas diferentes; contextualizou o lugar e a época que o indivíduo se referia as suas lembranças; possibilitou uma percepção de uma continuidade da vida; demonstrou a relevância das relações sociais e a percepção da influência cultural na vida do ser humano.

Palavras Chaves: musicoterapia, esclerose múltipla, identidade, identidade musical.

ABSTRACT

The identity is the way the individual defines himself. Through memories, circumstances of life and plans for the future, the individual narrates a concept of self. The relationship between music and identity has become an important question for the field of music therapy. Music can strengthen people in their cultural context and create memories about significant events intensifying the potentiality for a therapeutic work, helping to construct the identity and contributing to the patient's quality of life. The comprehension of the musical culture and of the meaning of music for the individual has been found to be essential for the therapist to establish the relationship with the patient. The purpose of this study is to evaluate how patients with multiple sclerosis express their personal, social, temporal and transpersonal identities through the music. Eight adult patients under treatment in the [Center of Investigation in Multiple Sclerosis] Centro de Investigação em Esclerose Múltipla (CIEM) – UFMG were selected. The work has been characterized as descriptive using the qualitative method and its analyses were submitted to quantitative treatment. The patients were first considered through a music therapy evaluation protocol. After that, the patients were asked to select 10 to 15 significant musics in their lives. These musics were recorded on a CD. Based on this CD, the patients passed through an open interview that was recorded and later transcribed and analysed. The results revealed that this study enabled pacients to recall affective memories; a raise in their perception of their fellings e physhical sensations; a better understanding of themselves enabling higher selfconsciousness; helped them to express themselves in different ways; contextualizes times and places in which individuals placed theis memories; gave ris to a perception of the contituinity of life; showed the relevance of social relationships e the perception of cultural influence in their lives.

Key words: music therapy, multiple sclerosis, identity, musical identity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AVC	acidente vascular cerebral
BDI	*Beck depression inventory*
Bras.	brasileiro
CD	compact disc
CIEM	Centro de Investigação em Esclerose Múltipla
EDSS	*Expanded Disability Status Scale* (escala de incapacidade funcional expandida)
EM	esclerose múltipla
EMRR	esclerose múltipla recorrente-remitente
EMSP	esclerose múltipla secundariamente progressiva
EMPP	esclerose múltipla primariamente progressiva
EMPR	esclerose múltipla progressiva-recorrente
FAMS	*Functional Assessment in Multiple Sclerosis*
Fem.	feminino
Frequ.	freqüência
HADS	*Hamilton Anxiety and Depression Scale*
HAQUAMS	*Hamburg Quality of Life Questionnaire in Multiple Sclerosis*
IC	Índice de confiabilidade
Masc.	masculino
MSFC	multiple sclerosis functional composite
MT	musicoterapia
Rand.	Randomizados
SESA	self-acceptance scale
SNC	sistema nervoso central
TCE	traumatismo crânio encefálico

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

TABELA 1. Musicoterapia no tratamento da esclerose múltipla:estudos e casos séries 30

TABELA 2. Música e identidade 61

TABELA 3. Distribuição das idades dos pacientes 74

TABELA 4. Distribuição da identificação dos pacientes 75

TABELA 5. Diagnóstico 76

TABELA 6. Antecedentes sonoros musicais 77

TABELA 7. Síntese das ocorrências do caso 1 81

TABELA 8. Síntese das ocorrências do Caso 2 85

TABELA 9. Síntese das ocorrências do Caso 3 89

TABELA 10. Síntese das ocorrências do Caso 4 93

TABELA 11. Síntese das ocorrências do Caso 5 97

TABELA 12. Síntese das ocorrências do Caso 6 100

TABELA 13. Síntese das ocorrências do Caso 7 104

TABELA 14. Síntese das ocorrências do Caso 8 108

TABELA 15. Síntese das subcategorias 111

TABELA 16. Comparação da proporção de cada categoria 112

TABELA 17. Percentual de cada caso nas quatro categorias, com valor-p do teste Qui-quadrado ou teste exato de Fisher 114

FIGURA 1. Distribuição da idade 74

FIGURA 2. Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 1 81

FIGURA 3. Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 2 85

FIGURA 4. Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 3 90

FIGURA 5. Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 4 93

FIGURA 6. Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 5 97

FIGURA 7. Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 6 101

FIGURA 8. Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 7 105

FIGURA 9. Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 8 108

FIGURA 10. Categoria espaço pessoal: gráfico de barras do número de ocorrências em subcategorias 109

FIGURA 11. Categoria espaço social: gráfico de barras do número de ocorrências em subcategorias 110

FIGURA 12. Categoria tempo e espaço: gráfico de barras do número de ocorrências em subcategoria 110

FIGURA 13. Categoria transpessoal: gráfico de barras do número de ocorrências em cada categoria 111

FIGURA 14. Número de ocorrências em cada categoria 113

FIGURA 15. Intervalos de confiança para as proporções de cada categoria 113

FIGURA 16. Gráficos de barras percentual de ocorrências em cada categoria por caso e no grupo total 114

QUADRO 1. Antecedentes sonoros musicais do Caso1 78

QUADRO 2. Antecedentes sonoros musicais do Caso 2 82

QUADRO 3. Antecedentes sonoros musicais do Caso 3 86

QUADRO 4. Antecedentes sonoros musicais do Caso 4 90

QUADRO 5. Antecedentes sonoros musicais do Caso 5 94

QUADRO 6. Antecedentes sonoros musicais do Caso 6 98

QUADRO 7. Antecedentes sonoros musicais do Caso 7 101

QUADRO 8. Antecedentes sonoros musicais do Caso 8 105

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 01

1- AS ORIGENS DA MÚSICA COMO TERAPIA..... 05

1.1- Perspectiva histórica 06

1.2- Primórdios da musicoterapia 10

1.3- Musicoterapia no século XX 12

1.4- Musicoterapia: desenvolvimento de um conceito.....14

1.5- Musicoterapia e as diversas abordagens terapêuticas 16

2- ESCLEROSE MÚLTIPLA 22

2.1- Origens da identificação da doença: os primeiros registros.....23

2.2- A prevalência da esclerose múltipla.....24

2.3- Conceito e formas clínicas da esclerose múltipla 25

2.4- Sintomas e diagnósticos da esclerose múltipla.....26

2.5- Musicoterapia como estratégia de tratamento da esclerose múltipla.....28

3- IDENTIDADE MUSICAL.....38

3.1- Identidade: Conceito 39

3.1.1- Interface entre a identidade e o self 39

3.1.2- Construção da Identidade.....42

3.2- Música e Identidade 47

3.2.1- O Princípio do Iso: Identidade Sonora 47

3.2.2- O despertar da Identidade Musical 52

3.2.3- A identidade musical e a apresentação do eu (self) 54

3.3- Identidade e Esclerose Múltipla 57

3.3.1- Musicoterapia e Identidade.....60

4- MÉTODO 66

4.1- Delineamento.....68

4.2- Questão da Pesquisa.....68

4.3 - Amostra.....69

4.4- Procedimentos 69

4.5- Coleta de dados.....70

4.6- Análise de Dados.....71

5- RESULTADOS E DISCUSSÃO 73

5.1- Perfil dos entrevistados: protocolo de avaliação inicial em musicoterapia...74

5.2- Música e identidade: análises individuais dos casos 77

5.2.1- Caso 1 78

5.2.2- Caso 2 82

5.2.3- Caso 3 86

5.2.4- Caso 4 90

5.2.5- Caso 5 94

5.2.6- Caso 6 98

5.2.7- Caso 7 101

5.2.8- Caso 8 105

5.3- Análise das subcategorias 109

5.4- Análise estatística dos resultados.....112

5.5- Interpretação dos dados 116

6- CONCLUSÃO 122

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 126

FONTES CONSULTADAS 132

ANEXOS 133

1- Protocolo 134

2- Termo de Consentimento 138

3- Carta ao musicoterapeuta norueguês Even Ruud 139

4- Nome das músicas 144

5- EDSS 146

INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla é uma doença inflamatória desmilienizante do sistema nervoso central de etiologia desconhecida. Os pacientes sofrem um impacto psicológico com o diagnóstico da doença devido às dúvidas e incertezas sobre a evolução do curso clínico da esclerose múltipla. Este impacto pode ocasionar uma mudança na sua auto-estima, auto-imagem, autoconfiança, liberdade e identidade (VIEIRA, 2004, p. 56). A esclerose múltipla possui um caráter variável e incerto, ajustamentos devem ser sempre revistos, o que representa um equilíbrio de "normalização" e "desnormalização" da vida (SILVA, 2004, p.23). As mudanças cognitivas e físicas alteram como o indivíduo se percebe e como ele compreende e interage com o ambiente e com os outros que o cercam. Os aspectos interpessoais mudam em termos de controle, poder e sentimentos. A maneira com que cada indivíduo responde emocionalmente às alterações decorrentes da esclerose múltipla leva a mudanças fundamentais no seu "eu" e na sua "identidade" (MAGEE, 2004, p.180).

O conceito de identidade vem sendo submetido a críticas nas suas várias propostas de definição. Porém, compreender a concepção de identidade permite apresentar um sujeito que toma iniciativas de toda a ordem durante sua vida. Segundo Ruud (1998, p.46), a questão da identidade desempenha um papel importante no esforço para compreender o indivíduo.

A música desempenha um papel importante na construção da identidade porque ela nos acompanha em diversas fases e contextos da vida. O efeito da música na identidade vem sendo explorado por alguns autores nesta última década. Segundo Hargreaves (2004), a música pode ser usada como um meio pelo qual formulamos e expressamos nossas identidades individuais. Neste contexto investiga-se como os indivíduos narram suas histórias de vida a partir de um referencial musical (HARGREAVES, 2004, p.1).

A música pode afetar as nossas experiências de forma significativa. Para que possamos compreender este aspecto é necessário entender a música como um processo que tem um efeito real sobre os indivíduos, ou que é capaz, mesmo independentemente dos desejos como ouvintes, alterar e talvez controlar estados

subjetivos. Porém, o indivíduo não é isolado sendo que a experiência é mediada através da história social (GREEN, 1988, p.24). O primeiro som de uma música conhecida pode provocar um significado relacionado com o passado, com o futuro, com a família, com os amigos ou consigo mesmo. Imagens, associações, memórias, problemas, brigas ou crenças inspiradas pela música são significados que apontam para o seu papel enquanto produto social.

A música é um canal de comunicação que permite aos indivíduos partilharem emoções, intenções e significados. Música é manifestação de crenças e identidades, além de ser universal quanto à sua existência e importância, seja em qualquer sociedade (PINTO, 2001, p.224). Ruud (1998), em sua teoria sobre a identidade musical, enfatiza que a formação de uma identidade resulta na maneira como os indivíduos narram suas histórias de vida (RUUD, 1998, p.66). As histórias musicais são elaboradas a partir de uma época, de uma sociedade e de uma dinâmica interna própria de cada situação particular.

Os pacientes podem vivenciar com as músicas temas principais de um momento de sua vida em narrativas coerentes. O papel da cultura musical na identidade pessoal é de importante consideração para o musicoterapeuta. Segundo Ruud (1998) o conhecimento sobre como a música auxilia na formulação de um auto-conceito sobre o indivíduo, pode auxiliar o musicoterapeuta a escolher a música certa para o seu cliente, intensificando o trabalho terapêutico. A música permite, desta forma, criar lembranças sobre eventos significativos. A partir da história musical dos pacientes com esclerose múltipla trazidas em suas autobiografias musicais, podem-se levantar assuntos referentes à sua identidade.

Este estudo tem como objetivo avaliar como portadores de esclerose múltipla expressam sua identidade musical analisada segundo quatro categorias elaboradas pelo musicoterapeuta Even Ruud (1998): **espaço pessoal**, **espaço social, espaço de tempo e lugar** e **espaço transpessoal.**

A revisão de literatura a seguir foi organizada em três capítulos enfatizando o estudo da musicoterapia, da esclerose múltipla e sobre a identidade e a música. No primeiro capítulo será descrito um histórico sobre o surgimento da musicoterapia como forma de tratamento, a busca de uma definição, o desenvolvimento da profissão no século XX e as diversas abordagens terapêuticas dentro da musicoterapia. No segundo capítulo serão abordados temas relacionados com a esclerose múltipla e a pesquisa da musicoterapia como estratégia de tratamento. O

capítulo três trará considerações a respeito do processo de identidade e sua relação com o estudo na esclerose múltipla. O capítulo seguinte refere-se ao estudo que se caracterizou por ser descritivo utilizando o método qualitativo com análises quantitativas. No capítulo cinco foram apresentados os resultados e discussão dos dados, a partir das análises de dados, das análises de categorias e subcategorias de identidade e respondendo a questão da pesquisa: como portadores de esclerose múltipla expressam suas identidades pessoal, social, espaço/lugar e transpessoal através da música apresentamos no capítulo final as conclusões do estudo.

Observamos na revisão de literatura que não existe uma unanimidade sobre o conceito de identidade e que o conceito sobre a identidade musical em musicoterapia ainda é pouco investigado. Não encontramos referências na língua portuguesa relacionando identidade musical, musicoterapia e esclerose múltipla. Desta forma, consideramos essencial este estudo pioneiro no Brasil sobre a influencia da música na identidade e como esta abordagem pode auxiliar o campo da musicoterapia com pacientes com esclerose múltipla. Este estudo piloto refere-se aos resultados relacionados à pesquisa qualitativa neste campo.

1 - AS ORIGENS DA MÚSICA COMO TERAPIA

1.1. Perspectiva histórica

Desde os primórdios da humanidade, a música é reconhecida pelo seu poder para consolar enfermos em estados depressivos e para expressar emoções não verbais (DAVIS, 2000, p.15). No antigo Egito, desde 5000 a.C., os médicos-sacerdotes incluíam a terapia do canto como parte de sua prática médica. Na cultura babilônica, por volta de 1850 a.C., a enfermidade era interpretada pela religião como uma 'penitência pelos pecados cometidos contra um Deus'. Nos ritos curativos, a música era freqüentemente incluída (DAVIS, 2000, p.17).

Dois conceitos caminham juntos na história ocidental da música como estratégia terapêutica. O primeiro refere-se a como a música se relaciona a diferentes conceitos de doença como, por exemplo, a antiga 'teoria dos quatro humores'. Os quatro humores cardinais eram denominados: sangue, fleuma, bílis negra e bílis amarela correspondendo ao coração, cérebro, baço e fígado constituindo os temperamentos dos indivíduos sanguíneo, fleumático, melancólico e colérico (DAVIS, 2000, p.18). Esta era a teoria predominante da saúde e enfermidade e foi desenvolvida por Hipócrates no seu tratado *"Da Natureza do Homem"* em 380 a.C. (DAVIS, 2000, p.18). A vida era mantida pelo equilíbrio dos quatro humores. Hipócrates foi considerado o responsável pela criação da base de toda a medicina ocidental, aplicando e desenvolvendo o método experimental (COSTA, 1989, p.19). Acreditava-se que a boa saúde era resultante do equilíbrio entre os quatro humores (DAVIS, 2000, p.18). Hipócrates acreditava que as doenças causavam a desarmonia da natureza humana. A música, pela ordem e harmonia inerente à dos sons, provocava a catarse das emoções, fortalecendo e dominando a mente (COSTA, 1989, p.19).

O segundo conceito se relaciona à forma como a música pode ser percebida dentro da estrutura de higiene, isto é, como a música pode contribuir para a qualidade de vida (RUUD, 1998, p.49). Um exemplo deste último conceito de música na antiga Grécia está relacionado às atividades que poderiam restaurar a paz e harmonia (RUUD, 1998, p.50).

As teorias antigas viam a doença como uma desarmonia espiritual, ou falta de harmonia, segundo o sistema pitagórico, ou interno, entre os 'humores' do corpo (patologia dos quatro humores). Pensava-se que a música restaurasse a harmonia, ou porque ela refletia os números do macrocosmo ou porque ela limpava o corpo por meio da atividade catártica (RUUD, 1998, p.51). Pitágoras fixou os intervalos de oitava, quarta e quinta justas do sistema tonal. O sistema musical grego, modal[1], possui seqüências de notas contendo, cada uma, um significado matemático. Acreditava-se que os modos gregos produziam efeitos específicos nos seres humanos. Por exemplo:

> "...o modo dórico relaciona-se à modéstia e à pureza; o modo frígio estimula a combatividade; o modo eólio recompõe transtornos mentais e induz ao sono; o modo jônico estimula os intelectos melancólicos e provoca o desejo de objetos celestiais; o modo lídio alivia as almas oprimidas por preocupações "(COSTA, 1989, p. 20).

Na Grécia antiga, a música era considerada como tendo uma força especial sobre o pensamento, a emoção e a saúde física. Relata-se que Tales, em 600 a. C, curou uma praga em Esparta por meio dos poderes da música. Em santuários, a música era prescrita para indivíduos com transtornos emocionais, pois agia diretamente sobre a emoção e o desenvolvimento do caráter. Aristóteles, por exemplo, acreditava que a música permitia uma catarse emocional, permitindo consolo e cura dos enfermos. Platão descreveu a música como a medicina da alma (DAVIS, 2000, p. 17). Segundo este uma receita medicinal estaria incompleta se não incluísse música.

As primeiras idéias que foram encontradas na história ocidental da música como terapia prevaleceram na Grécia antiga, no centro de Epidauros (VI a. C). Era uma crença na música como um fortalecedor geral da mente em sua força profilática (RUDD, 1998, p. 50). Este modelo surgiu de uma explicação na qual pensava-se que as doenças eram causadas por um animal que entrasse no corpo tal qual a quimera. A quimera é descrita como um 'animal fantasia' com a cabeça de um leão, o corpo de um bode e a cauda de uma serpente (ibid). Tanto as atividades culturais, como as médicas foram construídas sobre tal crença. A última finalidade do tratamento era fortalecer a mente de tal forma que o 'animal fantasia' não pudesse entrar. Segundo

---

[1]"Na escala diatônica (com suas sete notas) encontramos dois intervalos de semitom; as mudanças na posição deste dentro da escala produzem os diferentes modos gregorianos: dórico, frígio, eólio , jônico, lídio, mixolídio, lócrio (WISNIK, 1989, p.267)."

Even Ruud (1998, p.51), essa visão tem a mesma estrutura da teoria bacteriológica contemporânea.

A música grega era basicamente melódica; a emoção despertada provinha da seqüência intervalar e do ritmo. Os ritmos eram divididos em três, quatro, cinco ou seis unidades de tempo, possuindo significado definido e provocavam diferentes emoções, tais como: festiva, terna, apaixonada, entusiasmada, entre outras (COSTA, 1989, p. 20).

Na Idade Média, 476 -1450 d.C. existia uma crença de que indivíduos enfermos eram possuídos por demônios, sendo, por vezes, encarceradas e torturadas. A doutrina do Cristianismo influenciou a relação com enfermos (DAVIS, 2000, p. 18). Alguns filósofos, porém, acreditavam no papel da música no tratamento da enfermidade. O filósofo Casiodoro considerava a música um tipo potente de catarse. O tratamento era realizado em conventos e os padres preocupavam-se com a salvação da alma em detrimento do corpo, aplicando a prática do exorcismo. Os doentes que não se curavam eram condenados à fogueira (COSTA, 1989, p. 21). No século XI surgiram as primeiras escolas de medicina compostas por padres e clérigos, retomando as tradições greco-latinas. Já no século XII, a música, ligada à teologia e à matemática, fazia parte do currículo da universidade. A Igreja, porém, controlava o uso da música a fim de evitar influências perigosas sobre a alma dos fiéis (COSTA, 1989, p. 22).

No século XV, o filósofo neoplatônico Marsílio Ficino escreveu que os intelectuais necessitavam da música, de ambientes agradáveis e de uma taça de vinho contra o acúmulo de bile decorrente do esforço intelectual (RUUD, 1998, p. 50). Nesse período, a prática da medicina era baseada na teoria dos quatro humores, de Hipócrates (COSTA, 1989, p. 23).

No Renascimento, ocorreram avanços no estudo científico da anatomia, fisiologia e medicina clínica. Durante esse período, foram escritos textos por Zarlino (músico) e Vesalius (médico), mencionando a relação entre medicina e música (DAVIS, 2000, p. 18).

Durante o Barroco, 1580-1750, a música continuou ligada à prática médica. Kircher (1602-80) acreditava que algumas características da personalidade eram semelhantes a alguns tipos de música; por exemplo, indivíduos depressivos respondiam melhor à música melancólica e indivíduos alegres se animavam com músicas agitadas porque estas estimulavam o sangue (DAVIS, 2000, p. 18). Burton,

em seu livro *Anatomia da Melancolia*, acreditava que a música era um remédio poderoso contra o desespero e a melancolia, pois afugentava o demônio (DAVIS, 2000, p. 19).

No século XVI, Paracelso, médico, músico e astrólogo, reuniu a alquimia, a magia e a teosofia em uma ciência única. Um de seus seguidores, o médico Ambroise Pare, que demonstrou a existência da infecção, acreditava no valor da música prescrevendo-a a seus pacientes em convalescença (DAVIS, 2000, p. 24).

Segundo Ruud (1998, p. 51), a filosofia mecanicista de René Descartes (1596-1650), no século XVII, combinada com a Teoria dos Afetos[2] da estética da música do período barroco, lançou as bases da teoria da música como terapia. Esta ressaltava que os intervalos musicais poderiam expandir ou contrair o *spiritus animale* do corpo e, portanto, influenciar diretamente o estado da mente. Assim, um século mais tarde, a teoria "*vitalista*"[3] na medicina afirmava que a doença não tinha nenhuma base material, mas deveria ser vista como uma distração do espírito puro. "A música era justificada em terapia por causa da sua habilidade em alcançar essas esferas pré-intelectualizadas da mente" (ibid).

A partir do século XVIII, o século da Revolução Industrial, a medicina passou a utilizar a música apenas em casos especiais, sendo aplicada somente por alguns médicos que viam o tratamento do ponto de vista multiterapêutico. As primeiras obras sobre a música como terapia surgiram nesse século. Richards Brocklesby (1749) descreve diversos casos incluindo os sintomas e causas da enfermidade, a história musical do paciente e como a música pode ser usada (COSTA, 1989, p. 25).

Na França, a partir do séc XIX, a história da música como estratégia terapêutica estava ligada à história da psiquiatria. Em 1801, o médico Pinel demonstrou que a loucura é uma doença das paixões e não possessão do demônio, como se acreditava. A loucura se tornou, portanto, campo da medicina e não da religião. A partir desse período, a música, tanto sua audição como a produção, foi introduzida como meio de regular as paixões. Entretanto, somente alguns anos mais tarde, entre 1820 e 1880, a música foi utilizada por Esquirol no hospital psiquiátrico

---

[2] Teoria dos afetos: Sistema filosófico-musical surgido na Europa que normatizava um novo modo de comunicação, o pensamento que passava a impregnar toda a composição musical. Esta linguagem passava a ser a mais adequada quando se tratava de se expressar ou provocar sentimentos, emoções e paixões, ou seja, afetos humanos (MACHADO, 1994, s.p.).

[3] Segundo a filosofia vitalista as doenças deveriam ser tratadas pela estimulação da habilidade do corpo para curar a si mesmo.

Salpétrière e por Leurt, Dupré, Nathan, Berthier, Bourneville, em diferentes hospitais psiquiátricos (MUTSCHLER, 2000, s.p.). Esquirol, em seus textos, fez alusões à música buscando conciliar os aspectos morais e orgânicos da doença mental. No texto *Des maladies mentales* (1838), ele descreve um tratamento coletivo no hospital psiquiátrico Salpétrière com oitenta pacientes consideradas "alienadas", dentre elas, as convalescentes e maníacas que assistiam assentadas a concertos executados pelos alunos e professores do Conservatório de Música (COSTA, 1989, p. 28). Acreditava-se que a ordem e a simbologia da música permitiam restabelecer no doente mental a moral e um comportamento socialmente adaptado (MUTSCHLER, 2000, s.p.). A música como estratégia terapêutica, nessa época, consistia basicamente na organização de concertos realizados pelos estudantes do conservatório de Paris e uma terapia de grupo nas quais corais e orquestras eram organizados e se apresentavam no interior do hospital para o público. Esquirol, porém, colocou fim à "exibição dos loucos", sendo que somente o médico e os auxiliares assistiam aos concertos. A música como estratégia terapêutica não era, portanto, mais do que a aplicação de um programa musical de socialização e de reagrupamento em nível nacional (MUTSCHLER, 2000, sp). Outros pesquisadores, como Binet (1897, apud COSTA, 1989, p.31), preocupavam-se em determinar os efeitos da música sobre o organismo. Ele concluiu que o "tom maior dissonante e alegre aumentava a freqüência respiratória, a freqüência cardíaca e provocava vaso-constrição" (COSTA, 1989, p. 32). Esse período é bastante importante para o advento da musicoterapia.

1.2. Primórdios da musicoterapia

A referência mais antiga sobre musicoterapia foi reconhecida nos EUA em 1789 no artigo anônimo editado pela revista *Columbia Magazine*. Esse artigo, "Music Physically Considered", apresenta os princípios básicos da musicoterapia e evidencia a sua prática na Europa. A partir das idéias de Descartes, o autor utilizava a música para influenciar e regular estado emocional. Nesse artigo, ele concluiu que o estado mental do indivíduo poderia afetar a saúde física e que a música era um agente terapêutico comprovado. Outro ponto importante desse artigo é que o autor

afirmava que o uso apropriado da música no tratamento da enfermidade deveria ser acompanhado por um terapeuta preparado (DAVIS, 2000, p. 19).

Nos EUA, em 1879, foi escrito um artigo denominado “Música como Medicina da Mente” que descrevia uma série de experimentos na Ilha de Blackwell, atualmente Ilha de Roosevelt, numa instituição que cuidava de indigentes e insanos da cidade de Nova York. As sessões avaliavam as reações dos “dementes” à música ao vivo. Os músicos ofereciam música a um grande grupo de pacientes depois de uma série de sessões individuais. Estes experimentos marcaram a intenção de aliviar o sofrimento de um grupo de pacientes com transtornos mentais por meio da música. Ainda no século XIX existiu uma crescente utilização da música em instituições educativas. Em 1832 foi fundada a “*Perkins School*” para cegos em Boston e, desde o começo, foi incluída a disciplina da música no currículo com o objetivo de estabelecer programas musicais na escola (DAVIS, 2000, p. 21). Durante a década 1840, Turney e Bartlett desenvolveram um programa de música num asilo americano para surdos e, em 1848, publicaram um artigo intitulado “Música entre los sordos y los tontos” (ibid). Nesse período a musicoterapia se desenvolveu em centros educativos onde havia estudos sobre o tratamento de enfermidades. Entre 1840-1841 foram escritos três artigos na revista *Musical Magazine* todos com o título “Poderes Médicos de la Música” que enfatizavam a conexão entre a terapêutica da música, a história, a filosofia e a religião (ibid). Um artigo sobre musicoterapia escrito pelo médico James Whittaker em 1874 e publicado na revista *Clinic* de Cincinnati, intitulado “Música como Medicina” (DAVIS, 2000, p. 21) citou diversas fontes americanas e européias para apoiar sua teoria de que a resposta à música estava ligada a características fisiológicas, psicológicas e socioculturais (ibid).

No final do século XIX, as descobertas da psiquiatria e neurologia consideravam que as lesões do cérebro eram as causas das enfermidades. A psicologia e a psicanálise trouxeram outras contribuições para a pesquisa no fim do século XIX e início do séc. XX. Novos desenvolvimentos da quimioterapia e de tranqüilizantes permitiam uma eficácia maior para acalmar “os agitados” (DAVIS, 2000, p.23). Segundo Ruud, (1998, p.51), no século XIX, os tratamentos com música perderam o seu papel cultural como força terapêutica devido ao crescimento da filosofia positivista da ciência. Esta filosofia tinha como ênfase o método experimental ou natural de procedimentos baseados em ciência. Porém, a musicoterapia no século XIX e nos primeiros anos do século XX foi defendida por

músicos, médicos, psiquiatras e outros que trabalhavam em publicações científicas e periódicos, interessados em proporcionar uma forma complementar de terapia científica dentro do modelo da medicina positivista (DAVIS, 2000, p. 24).

1.3. Musicoterapia no século XX

As possibilidades terapêuticas da música em hospitais gerais foram reconhecidas, em 1914, pela Associação Médica Americana pela publicação de um artigo escrito pelo médico Van O´Neill Kane. Este utilizou um fonógrafo nas salas de operação para acalmar e distrair os pacientes da situação antes da anestesia geral e durante a anestesia local. Em 1917, um artigo escrito por Eva Vescelius, a fundadora da "*National Therapeutic Society"* na cidade de Nova York, expressou sua esperança de que equipes dos hospitais, asilos e prisões incluíssem um departamento de música sob direção de um supervisor musical competente (DAVIS, 2000). Um ano depois, a "*Columbia University*" de Nova York anunciou a inauguração de um curso chamado Musicoterapia, onde lecionava Margarety Anderton, uma musicista britânica que havia trabalhado intensamente com soldados canadenses que haviam sofrido transtornos mentais e físicos durante a I Guerra Mundial (TAYLOR, 1981, p.64). Esse curso preparava músicos para trabalhar como terapeutas em hospitais.

Durante a primeira metade do século XX, Gatewood (apud GFELLER, 2000, p. 352) reconheceu a importância de empregar seleções musicais preferidas por pacientes. Defendeu, também, uma explicação fisiológica sobre as mudanças que ocorrem a partir da audição das músicas selecionadas. Em 1926, Isa Maud Ilsen, música e enfermeira pioneira na fundação da "*National Association for Music in Hospitals*", defendeu a utilização da música para aliviar a dor de pacientes operados e com problemas físicos (DAVIS, 2000, p. 27).

A efetividade do tratamento da musicoterapia em transtornos psiquiátricos na década de 1940 levou à aceitação desta como modalidade terapêutica em muitos hospitais nos EUA. Hospitais e clínicas empenharam-se em supervisionar as investigações científicas em musicoterapia. Frances Paperte foi o fundador da *"Music Research Foundation"* em 1944, e coordenou o tratamento com música

aplicada no "*Hospital General Walter Reed*" em Washington, D.C. (DAVIS, 2000, p. 28).

O reconhecimento e o crescimento da musicoterapia dependiam da liderança de musicoterapeutas preparados. Na década de 1940, universidades dos EUA como a *"Michigan State University"*, a *"University of Kansas*", entre outras, empregaram programas de formação de musicoterapia em nível de licenciatura e mestrado (DAVIS, 2000, p. 29). A musicoterapia como profissão foi estabelecida principalmente a partir da II Grande Guerra como resultado do trabalho nos "Hospitais de Veteranos" (GFELLER, 2000, p. 7). Os terapeutas que utilizavam a música, organizavam programas de música para os soldados feridos em guerra (DAVIS, 2000, p. 28).

A musicoterapia foi estabelecida em 1950, primeiramente como uma disciplina acadêmica nos EUA, e ganhou credibilidade científica como campo de conhecimento (RUUD, 1998, p. 49). Nesse ano, tem-se a criação da "*National Association for Music Therapy"* nos EUA (NAMT) com o objetivo de melhorar a educação e formação dos musicoterapeutas e estabelecer requisitos e procedimentos para os tratamentos. Thayer Gaston[4] (1901-71), precursor da musicoterapia nos EUA, defendeu as causas da musicoterapia nas décadas de 1940, 1950 e 1960 (DAVIS, 2000, p. 29). Na década de 1960, os musicoterapeutas atuavam no tratamento de adultos e crianças com atraso mental, incapacidades físicas e sensoriais (DAVIS, 2000, p. 30). Em 1964, surgiu a revista *Journal of Music Therapy* que se dedicara a publicar artigos de investigação sobre a musicoterapia.

Uma segunda organização, a "*American Music Therapy Asociation"* (AAMT), foi fundada em 1971 com o objetivo de preparar academicamente e clinicamente os musicoterapeutas. A profissão do musicoterapeuta, nos EUA, foi reconhecida em 1983. Com um currículo de musicoterapia estabelecido nas universidades, publicações regulares e uma organização administrativa eficiente, em 1998, as organizações NAMT e a AAMT se uniram para formar a organização "*American Music Therapy Association"* (AMTA) (DAVIS, 2000, p. 30).

---

[4] Provavelmente, o líder mais importante do campo da musicoterapia durante os anos da formação da NAMT (National Association for Music Therapy). Gaston iniciou o primeiro curso de musicoterapia na Universidade de Kansas nos EUA. Foi conhecido em sua época como o "Pai da Musicoterapia", devido ao seu conhecimento, dedicação e integridade (Davis, 2000, p. 30

A formação acadêmica da musicoterapia no Brasil teve início na década de 1970 com a fundação do primeiro curso de graduação em musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música no Rio de Janeiro. Em 1995, foi fundada no Brasil a União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM) durante o "VIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia" em São Paulo. A UBAM é uma entidade sem fins lucrativos que congrega doze associações de musicoterapia com base no regime representativo de colegiado e que possui a finalidade de promover o desenvolvimento, a aplicação e a divulgação da musicoterapia no país e no exterior. A musicoterapia no Brasil, até o presente momento, é reconhecida como disciplina. O projeto de lei 4.827/2001 de autoria do deputado Gonzaga Patriota, busca a regulamentação do exercício da profissão do musicoterapeuta no país.

1.4. Musicoterapia: desenvolvimento de um conceito

O campo da musicoterapia, a partir da década de 50, cresceu de poucos indivíduos pioneiros a uma grande formação de profissionais com seus próprios valores e ideologias sobre a música e a saúde. Isso ocorreu principalmente devido ao crescimento das disciplinas e cursos de musicoterapia em Universidades nos EUA.

O efeito do musicoterapia na intervenção clínica tem sido objeto de investigação em relação a diversas patologias. Devido à grande variedade de formas como a música pode ser utilizada como instrumento terapêutico, é difícil articular uma definição breve sobre musicoterapia (GFELLER, 2000, p. 6). Por isso, existem diversas definições oficiais para cada país, a partir de suas associações, ou descritas por musicoterapeutas influenciados por valores, formação, cultura, filosofia e campo de estudo (BRUSCIA, 2000, p.7). Na nossa pesquisa, encontramos 61 definições de musicoterapia desenvolvidas por diversos musicoterapeutas e associações em todo o mundo. Dentre estas definições, Lia Barcellos (1982, p. 2-3 apud BRUSCIA, 2000, p. 274), musicoterapeuta brasileira, considera a musicoterapia como "a utilização da música e/ou elementos integrantes como objeto intermediário de uma relação que permite o desenvolvimento de um processo terapêutico, mobilizando reações biopsicossociais...". Benenzon (1981, p. 3, apud BRUSCIA, 2000, p. 275), musicoterapeuta argentino, considera a musicoterapia

como uma “disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para produzir efeitos regressivos e para abrir canais de comunicação”. Para a Associação Francesa, a musicoterapia é a ”utilização de sons e da música em uma relação psicoterapêutica” (BRUSCIA, 2000, p. 278). Para a Associação da Suécia, a musicoterapia é a utilização da música em ambientes terapêuticos e educacionais para “oferecer possibilidades de desenvolvimento aos indivíduos com deficiências psíquica, física e social” (BRUSCIA, 2000, p. 285). Para a *American Music Therapy Association*, 1997, a musicoterapia é uma profissão do campo da saúde que utiliza atividades musicais e a música para “tratar necessidades físicas, psicológicas, cognitivas e sociais de indivíduos com incapacidades” (GFELLER, 2000, p. 7). Assim, observamos que a musicoterapia é definida de acordo com o grupo específico, a cultura e filosofia terapêutica em que o terapeuta está inserido (RUUD, 1990, p. 13). A *World Federation of Music Therapy* (Federação Mundial de Musicoterapia), em consenso com diversos musicoterapeutas de todo o mundo, em 1998, definiu a musicoterapia como a utilização da música e/ou elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) para facilitar e promover objetivos terapêuticos como comunicação, relação, aprendizagem, expressão e organização. Com isso, a musicoterapia busca agir em diferentes esferas: física, emocional, mental, social e cognitiva. Dessa forma, objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para melhorar sua integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida através da prevenção, tratamento ou reabilitação (BRUSCIA, 2000, p. 286).

A musicoterapia, inserida num contexto interdisciplinar[5], envolve diversos campos de conhecimento, tais como: medicina, música, psicologia, psicoterapia, serviço social, recreação terapêutica, psicomusicologia, filosofia da música, biologia da música, antropologia, sociologia da música, etnomusicologia, artes, arteterapia, teorias da aprendizagem, educação musical, educação especial, psicoacústica, acústica e fonoaudiologia (BRUSCIA, 2000, p. 08). Musicoterapeutas trabalham em hospitais gerais, centros médicos, hospitais e clínicas psiquiátricas, escolas, centros

[5] Existe uma discussão sobre o *locus* onde está abrigada a musicoterapia, dentro da abordagem multi, inter e transdisciplinar. No contexto do nosso estudo encontramos referências sobre a abordagem multidisciplinar (GFELLER, 2000, p. 12) e abordagem transdisciplinar (BRUSCIA, 2000, p.7) na musicoterapia. Fizemos a opção por considerá-la como interdisciplinar, que se caracteriza pela relação entre campos disciplinares diferentes para a solução de problemas específicos (DOMINGUES, 2005, p. 22).

de desenvolvimento, prisões, centros comunitários, institutos de treinamento, práticas privadas e universidades (BRUSCIA, 2000, p. 13).

A musicoterapia preocupa-se com o material autobiográfico, com os antecedentes familiares, com as emoções particulares e com o desenvolvimento da personalidade, além de voltar-se para os problemas físicos ou médicos que afetam o desenvolvimento normal (BRUSCIA, 2000, p. 9). Como membro de uma equipe terapêutica, o musicoterapeuta profissional participa da análise dos problemas diagnósticos do paciente. A partir desta análise formula-se uma seleção de objetivos gerais de tratamento com o propósito de planejar e dirigir as atividades em musicoterapia (GFELLER, 2000, p. 7). A música tem meios de alcançar um maior número de indivíduos e motivá-las por um longo período. A possibilidade de diversificação das atividades musicais torna possível a satisfação de necessidades individuais.

A musicoterapia tem como objetivo auxiliar pacientes de todas as idades a realizarem uma grande variedade de tarefas que foram retardadas ou impedidas nos vários períodos do curso de vida (BRUSCIA, 2000, p. 80). Ela pode atuar em pacientes com traumas, distúrbios psiquiátricos e neurológicos, problemas de conduta, perturbações na comunicação, dificuldades no relacionamento, retardo mental, problemas de aprendizagem e envelhecimento. A musicoterapia pode facilitar a aquisição e a rapidez da aprendizagem; o relaxamento e a redução do stress; auxilia no controle da dor; na assistência ao recém-nascido; no acompanhamento de exercícios físicos; no tratamento de problemas musicais e na supervisão de estudantes e profissionais terapeutas (GFELLER, 2000, p. 9). A musicoterapia oferece um conjunto de métodos, técnicas e atividades especializadas dirigidas às necessidades de reabilitação do paciente. As atividades musicais são adaptadas ao nível de dificuldade do indivíduo (GFELLER, 2000, p. 6).

1.5. Musicoterapia e as diversas abordagens terapêuticas

A formação de um musicoterapeuta é interdisciplinar e requer conhecimentos amplos em ciências biológicas (neurologia, fisiologia e biologia) sociologia, antropologia, psicologia e um conhecimento musical profundo (GEFLLER, 2000, p.12). Os campos da psicologia e da medicina podem auxiliar o musicoterapeuta no

prognóstico, na avaliação e no aperfeiçoamento dos resultados. Segundo DiFranco (1993, p. 322, apud, BRUSCIA, 2000, p. 278), a musicoterapia, dentro de um contexto interdisciplinar, pode ser vista por uma perspectiva médica - no potencial de diagnóstico - ou por uma perspectiva psicológica - no seu potencial de avaliação - ou por uma perspectiva musical - no potencial de uma linguagem sonora. No campo da psicologia existem diversas orientações de terapia em que o musicoterapeuta pode se calcar para a compreensão do ser humano e do processo terapêutico. Essas teorias variam de acordo com o estudo teórico e a formação acadêmica do musicoterapeuta (BRUSCIA, 2000, p. 165). Algumas considerações serão expostas sobre o modelo médico, sobre as teorias da psicologia, tais como behaviorismo, psicanálise, humanismo, psicologia da música e psicologia social e suas possíveis relações com a música e a musicoterapia.

Segundo a *Austrian Association of Professional Music Therapists,* a musicoterapia é um "método de tratamento prescrito por médicos" sendo realizado por musicoterapeutas treinados (BRUSCIA, 2000, p. 274). A abordagem orientada pelo modelo médico é o referencial mais antigo utilizado. Musicoterapeutas que atuam no modelo médico salientam a importância do diagnóstico inicial feito pelo médico para a realização da atividade musical em musicoterapia (RUUD, 1990, p. 14). Nesse modelo, a musicoterapia tem como foco primário ajudar o cliente a melhorar, recuperar ou manter a saúde física (BRUSCIA, 2000, p. 201). A musicoterapia médica busca mudanças psicológicas do cliente como "meio para melhorar um problema biomédico" (BRUSCIA, 2000, p. 201). As práticas dessa abordagem variam de acordo com os objetivos médicos, duração do tratamento e com o *setting* clínico (BRUSCIA, 2000, p. 168).

Dentro da concepção desenvolvida pela teoria behaviorista, o objeto de estudo é o comportamento. Ela possui uma estreita ligação com o campo da filosofia da ciência que utiliza o método de verificação para comprovar a sua validade (RUUD, 1990, p. 49). Os enfoques behavioristas foram desenvolvidos em laboratório. Para o terapeuta behaviorista todo comportamento é aprendido e a terapia se preocupa com a reaprendizagem de comportamentos adaptativos (WHEELER, 1981, s.p.). O musicoterapeuta behaviorista preocupa-se em validar suas experimentações utilizando a música como um estímulo discriminativo, enfatizando o método experimental. A música pode ser utilizada como elemento de reforço num tratamento musicoterapêutico devido à sua capacidade de atingir um

número maior de indivíduos, motivando-os por um período mais extenso, antes de alcançar o ponto de saturação (RUUD, 1990, p. 50).

Diversos musicoterapeutas utilizam a música no contexto psicanalítico. A música para Sigmund Freud, o pai da psicanálise, não foi objeto de estudo sistemático. Porém, os musicoterapeutas utilizam essa escola de pensamento para explicar as reações e efeitos causados pela música (RUUD, 1990, p. 33). Na linha psicodinâmica, outros autores criaram as suas próprias teorias em relação à psicanálise, dentre eles: Alfred Adler, Carl Jung, Winnicott, Melaine Klein, Anna Freud, Erik Erikson, Erick From, entre outros (WHEELER, 1981, s.p.). Dentre os aspectos da música pesquisados pelos musicoterapeutas com abordagens psicodinâmicas estão: música como linguagem simbólica; música como linguagem; música como pulsão instintual sujeita aos mecanismos dinâmicos da libido (sublimação, deslocamento, etc); música como expressão da emoção possuindo um efeito catártico e música como manifestação do inconsciente. Este último aspecto possui semelhanças com os sonhos, que trazem à tona conteúdos profundos e latentes que podem ser expressos de forma simbólica e aceita pelo ego. A psicanálise utiliza a música como desencadeadora de associações livres que trazem conteúdos inconscientes para a consciência (RUUD, 1990, p. 36). A música para a abordagem psicodinâmica é capaz de contornar a censura verbal consciente e alcançar as partes mais profundas da psique, podendo evocar imagens e expressar sentimentos, facilitando a expressão não verbal e a comunicação e, conseqüentemente, fortalecendo o ego (WHEELER, 1981, s.p.).

Segundo a *"Canadian Association for Music Therapy"* a musicoterapia possibilita uma abordagem humanista "que reconhece e desenvolve recursos internos geralmente reprimidos do cliente" (BRUSCIA, 2000, p. 276). A psicologia humanista surge, por volta da década de 1940, como resposta a uma série de dificuldades apresentadas pelo behaviorismo e a psicanálise (RUUD, 1990, p. 63). Entre os maiores teóricos desta escola estão: Carl Rogers - Terapia Centrada na Pessoa -, Abraham Marslow - Terapia da Terceira Força - e Frederick Pearls – Gestalt Terapia (WHEELER, 1981, s.p.). Os psicólogos humanistas enfatizaram o potencial para o desenvolvimento positivo e saudável (PAPALIA, 200, p. 407). O humanismo possui diversos tipos de influências que o marcaram desde a sua origem, tais como o movimento de contracultura (que pregava o individualismo, o ideal de perfeição humana, ênfase no hedonismo e o irracionalismo expresso na

crítica à ciência e a valorização da intuição); os movimentos de grupos de encontro, (psicodrama, treinamento sensitivo desenvolvido por Kurt Lewin, maratonas que possuíam influência do psicólogo Wilhelm Reich) e o pensamento existencial e fenomenológico - influenciado por Husserl, Heidegger, Marcel, Sartre, Ponty e outros (RUUD, 1990, p. 67). Embora apresentem diferenças entre si, todas essas teorias têm em comum a crença de que a experiência da pessoa[6] é única e que todo o ser humano tem uma força que o impulsiona para o crescimento. O terapeuta busca facilitar o crescimento ao penetrar no mundo perceptivo do cliente compartilhando sentimentos e percepções (WHEELER, 1981, s.p.).

Os musicoterapeutas humanistas preocupam-se em utilizar a música como um meio para abrir canais de comunicação e criar situações nas quais os indivíduos podem representar momentos da vida (RUUD, 1990, p. 63). Existem muitas escolas dentro da psicologia humanista, porém, nem todas trazem implicações diretas à musicoterapia (RUUD, 1990, p. 70). Entre as abordagens musicoterapêuticas influenciadas pelo humanismo existe o método Nordoff-Robbins (Creative Music Therapy)[7] desenvolvido por Paul Nordoff e Clive Robbins (RUUD, 1990, p. 70). Esse método utiliza a "improvisação clínica" que envolve a criação de uma situação musical ativa (RUUD, 1990, p.71). Robbins estabeleceu uma relação de seu trabalho com as idéias de Abraham Maslow[8] e concluiu que a música pode ter um papel na satisfação da necessidade humana de auto-realização (WHEELER, 1981, s.p.). Em 1970, a musicoterapeuta Helen Bonny desenvolveu uma nova técnica musicoterápica denominada "*Music and Guided Imagery*" (GIM) - Imagens Guiadas pela música - que trabalha com associações livres de imagens utilizando a música e técnicas de relaxamento. Para Ruud (1990, p. 75), existem diversos aspectos desta teoria e do método que a vincula à psicologia humanista. Segundo Wheeler esta

---

[6] No conceito de pessoa para a fenomenologia o ser humano é constituído por três instâncias dinamicamente relacionadas: a corporeidade, a psique (impulsos) e o espírito (posicionamento).

[7] "O método envolve a criação de uma situação musical em que o indivíduo participa ativamente, por exemplo, percutindo um tambor ou o címbalo enquanto Nordoff improvisa ao piano. Com suas habilidades musicais e sua incomum sensibilidade dirigida às reações musicais espontâneas da criança, Nordoff conseguia trazer a criança para a situação musical, possivelmente inesquecível para ela. Robbins também participava da situação, ajudando a criança a manipular os instrumentos e lhe dando apoio nessa experiência nova, muitas vezes, surpreendente para a criança." (Ruud, 1990, p. 72).

[8] Psicólogo humanista, Abraham Maslow (1954) ofereceu modelos otimistas de desenvolvimento que dão atenção especial aos fatores internos da personalidade: sentimentos, valores e esperanças (PAPALIA, 2000, p. 408).

teoria se vincula às Teorias de Maslow principalmente quando o cliente atinge altos níveis de consciência (WHEELER, 1981, s.p.).

Até a década de 80, a psicologia da música se preocupava predominantemente com a psicometria e a psicoacústica. Com o estudo do comportamento musical tendo como fonte principal a psicologia cognitiva, ampliou-se o interesse pela psicologia da música em relação à expressividade musical e performance; aos efeitos emocionais da música, à criatividade na composição e improvisação, entre outros. Essa disciplina vem estendendo seu campo de estudo na psicologia contemporânea da música sendo influenciada pela psicologia social (HARGREAVES, 2004, p. 3). Costa (1989) propõe uma nova abordagem na musicoterapia que procura desenvolver a capacidade do indivíduo em lidar com os problemas de uma sociedade em constante mutação. Segundo a citada autora, "a sociedade contemporânea é orientada para a necessidade de encontrar a identidade e o valor pessoal" (COSTA, 1989, p. 38).

A psicologia social da música estuda o comportamento musical na vida cotidiana dos indivíduos, investigando os contextos culturais e sociais onde elas estão inseridas. Segundo Doises (1986, apud, HARGREAVES, 2004, p. 4), existem quatro tipos de níveis de análise na pesquisa da psicologia social que poderiam se relacionar com a psicologia da música: os níveis ideológico e social que podem incluir os estudos dos efeitos da classe social, mídia ou da escola no comportamento musical; o nível intra-individual, ou seja, como gênero, idade e personalidade influenciam no comportamento musical; e, por fim, o nível interpessoal, que inclui a análise do efeito de pequenos grupos no comportamento.

A função que a música desempenha na vida cotidiana é uma questão central dentro da psicologia social da música, junto com a antropologia e a sociologia. Assim, a função da música para a psicologia possuiria três domínios: cognitivo, emocional e o social (HARGREAVES, 2004, p. 5). Hargreaves (2004) argumenta que o último domínio tem sido negligenciado. Ele afirma que "a música é essencialmente uma atividade social e que as funções sociais da música subordinam as funções cognitivas e emocionais em alguns aspectos" (HARGREAVES, 2004, p.6). No contexto desta pesquisa a psicologia social da música é a teoria que mais se aproxima dos estudos relacionados à identidade musical em musicoterapia, foco central deste trabalho. O estudo da música na psicologia social investiga como a influência da audição, apreciação musical,

desempenho na criação musical e o contexto cultural influenciam o comportamento e situações da vida cotidiana (HARGREAVES, 2004, p. 4). A música é uma atividade essencialmente social. Escutamos música com outros e como ouvintes. Esses conceitos estudados pela psicologia social da música são essenciais para a compreensão da identidade musical.

2 - ESCLEROSE MÚLTIPLA

2.1. Origens e identificação da doença: os primeiros registros

Os primeiros registros sobre a história da esclerose múltipla datam de meados do século XIX, quando Robert Carswell e Jean Cruveilhier, médicos europeus, começaram a escrever sobre uma "nova" doença. Carswell, em 1831, demonstrou patologicamente a presença de "placas"[9] inexplicadas em algumas necrópsias (CARSWELL, 1838, apud MOREIRA, 2004, p. 1). Cruveilhier, professor de anatomia da Faculdade de Medicina de Paris, também observou, na mesma época, a presença de "placas marrons" no sistema nervoso central (SNC) (MOREIRA, 2004, p. 1). Foi na Alemanha que Friedrich Theodor Von Frerichs, em 1849, correlacionou as alterações patológicas com os achados clínicos e publicou um relatório muito similar aos conceitos atuais da esclerose múltipla. Este autor referia-se a uma doença que ocorria mais comumente em indivíduos jovens, sendo caracterizada por uma progressão lenta que afetava inicialmente um lado do corpo e, às vezes, apresentava recorrência – o reaparecimento de sintomas (MOREIRA e cols, 2002).

Jean-Martin Charcot realizou as primeiras descrições clínicas e anatômicas detalhadas da doença em sua célebre publicação de 14 de março de 1868 (CHARCOT, 1868, apud MOREIRA, 2004). No entanto, o termo "esclerose em placas" foi introduzido pelo seu colaborador Edmé Félix Alfred Vulpian, 1866 (VULPIAN, 1866, apud MOREIRA, 2004, p. 2). Na literatura americana, o mérito das primeiras descrições foi creditado a Edward Seguin, 1876, que introduziu o termo "esclerose múltipla" na literatura médica em 1878 (MOREIRA e cols, 2002).

Na América Latina, o primeiro registro sobre a doença ocorreu no Brasil, realizado por Aluízio Marques, em 1923, sobre paciente que apresentava paralisia espástica (musculatura contraída, diminuição da força do músculo, movimentação difícil), tremor intencional, fala escandida ou atáxica, disartria – a pronúncia não é clara e – nistagmo – movimento involuntário dos olhos (MOREIRA, 2004, p.17). Acredita-se que Santos Dumont (um dos mais importantes brasileiros de nossa

[9] Placas: lesões desmielinizantes em diferentes locais do sistema nervoso central (BACELLAR, 2004, p.47)

história) tenha sido acometido pela esclerose múltipla. A doença provavelmente iniciou-se em 1910, aos 37 anos, quando o mesmo apresentou quadro de tonturas e visão dupla. A doença foi evoluindo com tremor, depressão e dificuldades para andar (MOREIRA, 2005, p. 3).

2.2. A prevalência da esclerose múltipla

A prevalência da esclerose múltipla é maior nas regiões distantes da linha do Equador. Estudos epidemiológicos mostram que há uma maior incidência em indivíduos originários do oeste europeu e zonas temperadas. Este fato foi explicado pelos atributos genéticos da população que reside nessa área, constatada por estudos realizados em diferentes etnias que habitam a mesma região (CALLEGARO, 2005, p.15). Na Europa, a taxa média de prevalência da esclerose múltipla é estimada em 79 casos para 100.000 habitantes na população, o que representa um total entre 300.000 a 400.000 indivíduos sofrendo de esclerose múltipla na Europa (OSTERMANN, 2006, p. 469). Nos estados do norte dos Estados Unidos da América, a prevalência da esclerose múltipla é superior a 30 casos para 100.000 habitantes na população. Este fato pode ocorrer devido a seus colonizadores serem oriundos da Noruega, Dinamarca, Islândia, Suécia e Irlanda (CALLEGARO, 2005, p. 16).

A natureza tri-híbrida da população brasileira (ameríndia, africana e européia) e sua distribuição irregular pelo país dificultam a elaboração de um estudo epidemiológico nacional (CALLEGARO, 2005, p. 27). Com isso, pesquisadores vêm realizando estudos sobre a distribuição e a caracterização clínica da esclerose múltipla por regiões. CALLEGARO e cols (1997, apud CALLEGARO, 2005, p. 26) publicaram um estudo epidemiológico formal do Brasil, realizado na cidade de São Paulo, registrando a prevalência de quinze casos para 100.000 habitantes. Em estudo epidemiológico realizado na cidade de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, o resultado da prevalência foi de dezoito casos para 100.000 habitantes, indicando que a região sudeste apresenta prevalência média para a esclerose múltipla.

A causa da esclerose múltipla é desconhecida, podendo ocorrer por interferência dos fatores genéticos e composição étnica da população que possui

ascendentes europeus, apesar de ocorrer também em negros e asiáticos. A esclerose múltipla não é hereditária. Fatores ambientais como a distribuição geográfica, exposição a agentes infecciosos não específicos, alimentação, estresse físico ou psíquico, entre outros, podem estar envolvidos no seu aparecimento (MENDES, 2004, p. 24-5).

A esclerose múltipla é a enfermidade neurológica crônica mais freqüente em adultos jovens, sendo mais prevalente em mulheres na proporção aproximada de 2:1. O início dos sintomas é geralmente entre 20 e 40 anos, embora possa ocorrer em crianças e indivíduos de outras faixas etárias (LUBLIN, 1996, p.908).

2.3. Conceito e formas clínicas da esclerose múltipla

A esclerose múltipla é a doença inflamatória do SNC mais freqüente, sendo classificada como uma doença neurodegenerativa. As regiões do sistema nervoso central onde mais freqüentemente se localizam as lesões da esclerose múltipla são: quiasma e nervos ópticos, o cérebro, o tronco encefálico, o cerebelo e a medula espinhal. A bainha de mielina é uma substância gordurosa e protéica de aparência esbranquiçada que envolve e protege as fibras nervosas do SNC, tornando possível a condução dos impulsos nervosos. Na esclerose múltipla a mielina é afetada (processo de desmielinização) em diversas regiões do SNC causando os sintomas experimentados pelos portadores. A inflamação decorrente pode ser resolvida ou a bainha de mielina pode ser afetada definitivamente, causando acúmulo de tecido cicatricial enrijecido (esclerose), formando as placas ou lesões, o que originou o nome esclerose em placas ou esclerose múltipla (MENDES, 2004, p.24).

A esclerose múltipla não é considerada uma doença fatal, pois um grande número de pacientes leva uma vida normal. Porém, esta doença possui uma característica de imprevisibilidade, podendo tornar-se incapacitante e interferindo na vida cotidiana do paciente. Os períodos em que aparecem novos sintomas ou pioras são chamados de surtos, exacerbações ou ataques. Os períodos de estabilização da doença com sintomas residuais ou nenhuma manifestação sintomática são denominados de remissão ou estabilidade (MENDES, 2004, p. 24). A evolução do quadro clínico da esclerose múltipla é variável. Segundo Lublin (1996, p. 908) por

meio de um consenso internacional a doença pode ser definida em quatro formas clínicas:

A. Esclerose múltipla recorrente-remitente (EMRR): evolui em surtos bem individualizados que deixam seqüelas ou não. É a forma de início da doença em cerca de 85-90% dos casos

B. Esclerose múltipla secundariamente progressiva (EMSP): caracteriza-se por uma fase inicial recorrente-remitente seguida de progressão dos déficits com ou sem surtos. Este tipo de esclerose múltipla se desenvolve em aproximadamente 80% dos pacientes com EMRR.

C. Esclerose múltipla primariamente progressiva (EMPP): caracteriza-se, desde o início, como doença progressiva evoluindo com ocasionais estabilizações e discretos períodos de melhora. Acomete 10% dos casos.

D. Esclerose múltipla progressiva-recorrente (EMPR): caracteriza-se como doença progressiva, porém, é intercalada por surtos objetivos, com ou sem recuperação total.

2.4. Sintomas e diagnóstico da esclerose múltipla

O quadro clínico é caracterizado por sintomas que variam de paciente para paciente e de sinais que são queixas objetivas avaliadas e medidas pelo neurologista. O diagnóstico é realizado pelo médico tendo como base a história clínica do paciente, avaliação dos sintomas percebidos pelo paciente, existência de sinais neurológicos detectados, exame físico e exames complementares (BACELLAR, 2004, p. 47, FERREIRA, 2004, p. 39).

Os sintomas iniciais são muito variáveis e, por vezes, confundidos com manifestações psíquicas. Os fatores desencadeantes podem ser vários, como por exemplo: estresse emocional ou físico, perdas financeiras ou afetivas, processos infecciosos, entre outros. O intervalo médio entre o aparecimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico da doença é aproximadamente de quatro anos, o que gera nos pacientes dúvidas em relação à sua identidade, incertezas e ansiedade. Após o diagnóstico, o paciente se depara com a imprevisibilidade da doença, devido aos períodos de exacerbações e remissões. Porém os pacientes, atualmente têm muitos recursos disponíveis para modificar o curso da enfermidade (MENDES, 2004, p. 24)

Estabelecido o diagnóstico, o médico neurologista classifica o déficit neurológico do paciente a partir de uma escala padronizada na literatura médica chamada EDSS[10] (*expanded disability status scale*) descrita por Kurtzke em 1983. Em português, ela é comumente chamada de Escala de Incapacidade Funcional Expandida, e tem sido o método mais amplamente utilizado de avaliação clínica em esclerose múltipla. No EDSS, o paciente recebe escores apropriados de acordo com seu sistema funcional e habilidades para andar. O escore do EDSS varia de 0 a 10, admitindo variações de 0,5 ponto a partir do EDSS 1,0 (MOREIRA, 2004 B, p. 61). Dessa forma, os pacientes também são avaliados de acordo com sua história clínica e a partir do exame neurológico (TILBERY, 2005, p. 58). Essa escala permite a avaliação periódica da evolução clínica da doença (KURTZKE, 1983, p.144).

Segundo Ferreira (2004, p.40), a esclerose múltipla mostra uma variação de extensão de acometimento que vai desde o processo patológico assintomático (sem sintomas), somente detectado após a morte, ou da presença de sintomas leves até uma incapacidade grave. A gravidade da esclerose múltipla varia de indivíduo para indivíduo, sendo difícil prever se a doença irá evoluir para uma forma mais leve ou mais grave (BACELLAR, 2004, p. 47). Os sintomas e sinais dependem das regiões do sistema nervoso central que foram comprometidas pelas lesões. Geralmente, o quadro clínico indica que são necessárias mais de uma lesão para justificar os sintomas (FERREIRA, 2004, p. 40).

Dentre os principais problemas neurológicos e clínicos que são avaliados e tratados na esclerose múltipla ocorrem: depressão; dor; fadiga; espasticidade (aumento do tônus muscular); tremor; alterações urinárias; alterações da função intestinal; alterações sexuais; ineficiência respiratória; hipernasalidade vocal; voz fraca, soprosa, rouca ou monótona; déficit articulatório; alterações no processo da deglutição; alterações da visão podendo ocorrer comprometimento na distinção de cores, borramento visual, perda parcial ou completa do campo de visão, visão dupla, entre outros (FERREIRA, 2004, p.39-42).

A esclerose múltipla produz uma perda das funções motoras normais, uma mudança de humor e uma gradual perda das habilidades cognitivas levando a diversas deficiências para os pacientes. Esses problemas podem piorar durante o curso e estágios da doença causando um impacto sobre a família e a vida social. Os

[10] Em anexo versão ampliada da escala de Kurtzke, a *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ou Escala de Incapacidade Funcional Expandida.

comportamentos são influenciados e estes têm ramificações para as relações sociais do portador (MAGEE, 2004, p.180). A esclerose múltipla exige do paciente e do seu cuidador um processo de adaptação contínuo de sua identidade e adequação às condições impostas pela doença. Um surto pode mudar o quadro sintomático exigindo um ajuste à nova condição física, podendo causar perdas nas atividades sociais, profissionais e psicológicas influenciando a auto-imagem, autoconfiança, liberdade, entre outros (VIEIRA, 2004, p. 55). Entretanto, em todos os estágios da esclerose múltipla, lidar com os sintomas e as mudanças ainda permanece um desafio para o paciente. Segundo Vieira (2004, p.56), no decorrer do processo de aceitação da esclerose múltipla, o paciente passa por fases de adaptação psicossocial que podem seguir a seguinte ordem:

- Choque: Impacto com o diagnóstico
- Ansiedade: Reação resultante do reconhecimento da doença
- Negação: Defesa
- Depressão: Medo da incapacidade e futuro incerto
- Raiva: Ressentimentos direcionados a si mesmo
- Hostilidade: Reação relacionada aos indivíduos
- Aceitação: Equilíbrio emocional
- Adaptação: Modificação de hábitos.

A esclerose múltipla confronta o paciente com medos profundos numa sociedade orientada para a habilidade física e o sucesso profissional. O declínio das capacidades física e mental pode levar o indivíduo a uma posição marginalizada na sociedade (MAGEE, 2004, p.180).

2.5. Musicoterapia como estratégia de tratamento da esclerose múltipla

O tratamento medicamentoso da esclerose múltipla tem como objetivo diminuir a taxa e a gravidade de surtos e atrasar a progressão da doença. Em alguns casos, o paciente busca um tratamento adicional para lidar com os sintomas. Dentre as terapias utilizadas pelos pacientes encontram-se: terapias nutricionais, acupuntura, terapias corporais – massagem, yoga, reflexologia – entre outras e a musicoterapia (OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 469). Segundo Schmid e Aldridge (2004), publicações recentes demonstram que pacientes com esclerose múltipla têm

interesse em terapias complementares e terapias alternativas. Uma das razões é o desejo de ter um papel mais ativo ao lidar com a doença. Os portadores relataram que tomavam a responsabilidade pessoal pela saúde e adotavam uma conduta pragmática em relação à doença crônica. Eles necessitavam, principalmente, de suportes que promovessem processos como lidar com a doença e que ofereciam uma identidade que não é somente da doença crônica (SCHMID e ALDRIDGE, 2004, p.27).

A musicoterapia, coadjuvante no tratamento da esclerose múltipla, auxilia os pacientes na performance, na aparência e situações da vida diária. Tem como objetivo auxiliar pacientes de todas as idades a realizarem uma grande variedade de tarefas que foram comprometidas no decorrer da doença. Ela oferece um conjunto de atividades específicas dirigidas às necessidades de reabilitação do paciente, sendo as atividades musicais adaptadas ao nível de dificuldade cognitiva e motora do paciente.

Em pesquisa de busca realizada em 17/01/2007 no sistema MEDLINE utilizando as palavras *music, music therapy e multiple sclerosis* encontramos 1495 artigos indexados relacionados à musicoterapia, sendo que 16 artigos são associados à música e à esclerose múltipla e apenas seis estudos associados ao emprego da musicoterapia em pacientes portadores de esclerose múltipla. Ostermann e Schmidt (2006) publicaram artigo de revisão de literatura em musicoterapia e tratamento da esclerose múltipla. Neste estudo os autores utilizaram sistemas de pesquisa na Internet: Medline, Pubmed, Embase, AMED, CAMbase, Music Therapy World Journal, Google para os termos esclerose múltipla e musicoterapia e também exibiram as *homepages* e *journals* das associações nacionais de musicoterapia dos USA, Austrália, Canadá e Grã-Bretanha, para descobrir informações relevantes. Os autores descobriram sete registros de casos/séries e oito estudos pioneiros de musicoterapia para pacientes com esclerose múltipla. Os autores decidiram classificá-los a partir do ano da publicação, tipo de publicação, projeto de pesquisa, randomização e danos neurológicos dos pacientes com esclerose múltipla utilizando a escala de incapacidade funcional expandida (EDSS), o número de pacientes envolvidos (n) e os principais resultados e benefícios. A maioria dos estudos utilizou pesquisa qualitativa e não foi utilizado o

processo de randomização[11]. Estes estudos serão listados na tabela 1 por ordem cronológica:

Tabela 1: Musicoterapia no tratamento da esclerose múltipla: estudos e casos séries

Autor	Tipo de Publicação	Projeto de pesquisa	Rand	Técnica de Musicoterapia	EDSS	n	Principais Resultados e Benefícios
Erdomez (1981)	Conferência	Estudo observacional	não	MT ativa: canto, audição de fitas e discussão. MT em grupo	> 7	39	Desenvolvimento e encorajamento nas habilidades de comunicação e socialização
Lengdobler & Kiessling (1989,1990)	Periódico	Estudo observacional	não	MT em grupo com improvisação instrumental como um tipo especial de tratamento psicoterapêutico	2-7	225	Suporte psicológico e estratégia de tratamento individual
O´Callaghan (1999,2000)	Periódico	Estudo Qualitativo	não	Canto e composição musical em MT individual e grupo	>7	22	Encontro físico de pacientes e necessidades psicosociais e espirituais
Davis (1998)	Periódico	Relato de caso	não	Tocar, escrever e compor canções em MT individual	>7	1	Desenvolvimento da expressividade emocional e estabilização do humor
Schmidt & Hennings (1988)	Conferência	Estudo observacional	não	MT em grupo com elementos de audição, atividade de tocar e movimento	2-5.5	6-8	Geração de hipóteses e nenhum resultado quantitativo dado
Magee (1998,1999)	Capítulo tese de doutorado	Estudo Qualitativo comparativo	não	Música não familiar de improviso em improvisações clínicas e canções familiar pré-compostas em MT individual	>7	6	Identificação de categorias de resultado para pesquisa posterior (ex. tratamento com o emocional)
Magee (1999, 2000)	Capítulo de livro	Relato de caso	não	MT ativa, incluindo audição de canções e improvisações de percussão em MT individual	> 7,5	1	Um senso aumentado de habilidade, sentimento de sucesso e realização.
Wiens (1999)	Periódico	Estudo Piloto com grupo controle	não	Relaxamento e respiração diafragmática, entoação de sílabas, leitura ou canto de frases, parágrafos e canções em MT individual.	7-9	20	Melhoria na MT de grupo em termos de força muscular expiratória

[11] Randomização consiste no processo pelo qual as probabilidades são atribuídas a todos os pontos no espaço amostral; acidentalização, aleatório (HOUAISS, 2001, p.2382)

Seidl (2002)	Tese de mestrado não publi-cada	Dissertação de mestrado não publicada	não	Utilização de música ativa, audição de música e discussão e reflexão em MT de grupo	4-9	10	Ajuda na reconstrução da identidade, na interação emocional e social
Magee & Davidson (2002)	Periódico, capítulo de livro	Estudo de série com medidas pré e pós	não	MT ativa, incluindo audição de músicas e improvisação individual em MT	>5	5	Melhora significante nas sub-escalas de humor-ansiedade, energético-cansado, agradável-hostil
Schmid (2003)	Conferência	Relato de caso	não	MT ativa com impro-visação musica em instrumentos em MT individual	6-7	2	Intensificação da atividade autônoma e expressão emocional direta.
Bellido (2003)	Conferência	Relato de caso	não	Combinações de MT com reabilitação física e terapia do discurso em MT indi-vidual.	_	1	Melhoria na interação e suporte social, redução da ansiedade.
Guy (2004)	Conferência	_	não	Audição de músicas, discussão das letras combinadas com a psicoterapia de trata-mento de grupo	<6	5	Reforço no sentimento de coesão de grupo
Schmid et al (2004, 2005)	Periódico, capítulo de livro	Estudo piloto pareado com segmento	não	MT ativa em sessões individuais com im-provisações vocais e instrumentais em MT individual	1-5.5	20	Melhoria na aceitação do eu, depressão e ansiedade
Steele (2005)	Periódico	Série de casos	não	MT receptiva combinada com ele-mentos ativos reduzi-dos em MT individual	8-9	3	Mudanças no sentido do eu e estilo de tratamento e controle

(Fonte: OSTERMANN e SCHMID Music therapy in the treatment of multiple sclerosis: a comprehensive literature review. Expert Rev Neurother. Apr;6(4):469-77, 2006.)

Inicialmente serão descritos os estudos e a seguir os relatos de casos. O primeiro estudo observacional foi elaborado em 1981 por Erdomez, na Austrália, com 39 pacientes com esclerose múltipla. O programa de musicoterapia consistia em atividades de canto, audição de músicas e discussão. Os objetivos das sessões eram: socialização, diminuição do isolamento, expressão musical através do canto e avaliação do atendimento da musicoterapia. Por meio de questionário avaliaram que 100% dos participantes sentiram-se satisfeitos com as sessões de musicoterapia (OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 472).

Em 1989, na Alemanha, Lengdobler e Kiebling publicaram um estudo observacional não controlado e avaliaram 225 pacientes com esclerose múltipla (62 homens e 163 mulheres) com idade entre 19 e 68 anos que participaram, durante quatro a seis semanas, de sessões de musicoterapia no hospital especial para

esclerose múltipla. Os pacientes apresentavam características de distúrbios do humor (ansiedade, depressão, baixa auto-estima). Os dados sugerem que a musicoterapia mostrou-se útil para fornecer suporte psicológico e estratégia para tratamento individualizado para portadores com esclerose múltipla (LENGDOBLER e KIEBLING, 1989, p. 369).

Em estudo observacional realizado no Hospital Acadêmico de Hamburgo-Eppendorf em 1988, os pesquisadores Schmidt e Hennings avaliaram os aspectos psicoterapêuticos no grupo de musicoterapia com pacientes com esclerose múltipla. As escalas de EDSS, FAMS[12] e dados psico-imunológicos foram coletados antes das sessões de musicoterapia e avaliados a cada três meses num período de um ano. Foram incluídos no estudo seis a oito pacientes com esclerose múltipla com EDSS entre 2 e 5,5. As sessões de musicoterapia incluíram música e movimento, audição de sons e ritmos, atividades de cantar e tocar em grupo e discussão sobre as experiências nas sessões de musicoterapia. Os autores não registraram os resultados dos dados funcionais e psico-imunológicos (OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 473).

Um estudo piloto com grupo controle realizado pelos canadenses Wiens, Reimer e Guyn, em 1999, avaliou a eficácia da musicoterapia na melhora da força dos músculos respiratórios alterados no discurso e na qualidade de vida de adultos com esclerose múltipla avançada. As sessões consistiam de relaxamento e respiração diafragmática, entoação de sílabas e leituras de frases musicais, parágrafos e canções. A ênfase do tratamento da musicoterapia na reabilitação em longo prazo levou a considerá-la como uma possível intervenção para melhorar a respiração e o discurso e a coordenação entre discurso e respiração. Os autores demonstraram a vantagem de ser uma atividade agradável que poderia provocar no paciente uma melhora na qualidade de vida. Foram selecionados randomicamente 20 pacientes com esclerose múltipla com idade entre 37 a 68 anos. Todos os pacientes eram restritos à cadeira de rodas. Neste estudo, o grupo experimental mostrou melhora em relação à força dos músculos expiratórios, em contraste ao

[12] FAMS- Functional Assessment in Multiple Sclerosis: Instrumento específico bastante utilizado para avaliar a qualidade de vida em esclerose múltipla. Foi desenvolvido a partir de um questionário genérico, o Funcional Assessment of Cancer Therapy, General Version (FACT-G) (MORALES, 2005, p. 25).

grupo controle que mostrou deterioração dos músculos. A análise estatística não descobriu resultados significantemente diferentes (WIENS at als, 1999).

Em estudo qualitativo realizado em 1999/2000 por O´Callaghan, sobre a composição musical no tratamento paliativo da doença foram avaliados os conteúdos de 64 canções de 39 pacientes sendo 22 pacientes com esclerose múltipla avançada, restritos a cadeira de rodas (EDSS>7). Foram utilizados métodos de análise de conteúdo em pesquisa qualitativa. As ocorrências que apareceram no processo de composição musical foram as seguintes: referência a membros da família, enfermeiros e outros pacientes e amigos, lembranças de relacionamentos sociais e experiência negativa com a doença. O autor avaliou que a composição musical era um meio de satisfazer as necessidades espirituais, psicossociais e físicas dos pacientes (OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 473).

Dois estudos de musicoterapia com adultos sofrendo de esclerose múltipla foram realizados por Magee. O primeiro estudo realizado no “Royal Hospital for Neuro-disability”, Londres, Inglaterra em 1998/1999 por Magee foram selecionados por amostra intencional seis pacientes com esclerose múltipla dependentes de cadeira de rodas para tratamento com musicoterapia. Os pacientes tinham de 29 a 52 anos e o EDSS>7. Os dados foram coletados num período de seis meses em entrevistas e discussões com pacientes após e durante as sessões. Foi comparado o uso de improvisações desconhecidas e o uso de canções familiares pré-compostas. Os autores concluíram que o uso de improvisações clínicas desconhecidas fornecia uma dinâmica de interação e envolvimento físico (OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 474).

O segundo estudo ocorreu na Inglaterra, onde Magee e Davidson, (2002) avaliaram o efeito da musicoterapia nos estados de humor em 14 pacientes com deficiências neurológicas adquiridas recrutados por uma equipe interdisciplinar. Os participantes foram divididos em três grupos conforme os diagnósticos: 1. esclerose múltipla (EM=5); 2. traumatismo crânio-encefálico (TCE=5) e 3. grupo misto com dano cerebral resultante de acidente vascular cerebral (AVC) e anóxia (falta de oxigenação no cérebro) (AVC/An=4). Os pacientes com esclerose múltipla apresentavam debilidade de comportamento, sensorial, comunicativa, cognitiva e física severa, mas eram capazes de tocar um instrumento. O objetivo da pesquisa era explorar se a interação do diagnóstico e intervenção eram fatores de contribuição para os resultados obtidos. Cada paciente participava de uma sessão

individual de musicoterapia por semana no período de duas semanas. A primeira sessão de musicoterapia envolvia o uso de músicas pré-compostas usando o método de “song-choice” - canções pré-compostas (BAILLEY, 1984 apud MAGEE, 2002, p. 24). Na segunda sessão foi utilizado o método de improvisação clínica envolvendo música espontânea não familiar, gerada em improvisações, com o terapeuta (Bruscia, 1987 apud, MAGEE, 2002, p. 24). A tonalidade da improvisação e a escolha dos instrumentos eram realizadas pelos próprios pacientes. Os participantes foram randomizados para os métodos de tratamento. Resultados mostraram que há diferenças significativas em direções positivas para o estado de humor nas categorias da escala aplicada em: 1. serenidade-ansiedade, 2. agradável-hostil e 4. energético-cansaço após a sessão de musicoterapia. Nenhum resultado significante foi achado para os principais efeitos de interação na escala de humor e sub-escala 3. felicidade-depressão. Todos os participantes foram informados e deram seus consentimentos, de acordo com o comitê de ética local (MAGEE, et al, 2002).

Um estudo piloto realizado em 2004/2005 por Schmid e Aldridge teve o objetivo de investigar que tipo de benefício potencial pode ser esperado em tratamento de musicoterapia com pacientes com esclerose múltipla em contraste com um grupo que recebia somente tratamento médico. Os autores avaliaram vinte pacientes com esclerose múltipla, divididos em grupo de terapia e grupo controle (quatorze mulheres e seis homens), com idade entre 29 a 47 anos e EDSS entre 1,0 a 5,5. Foi realizada a coleta de dados qualitativos e quantitativos durante o período de um ano. Foi utilizada uma bateria de testes para depressão e ansiedade (BDI, HADS-D), escala de auto-aceitação (SESA), qualidade de vida (HAQUAMS), escala que avalia parâmetros cognitivos (MSFC) e escala que avalia o déficit neurológico (EDSS). Os pacientes receberam três blocos de terapia no total de oito a dez sessões por um ano. Não houve diferença estatisticamente significante entre o grupo terapêutico e o grupo controle nas avaliações das escalas medidas durante o estudo. Mudanças positivas no humor foram conferidas na escala de auto-aceitação. Houve melhora dos pacientes de grupos terapêuticos nas escalas de ansiedade e depressão. A mudança significativa na subescala de ansiedade HADS-A em ambos os grupos pode ser uma indicação de que cuidados regulares com pacientes ajudam a reduzir a ansiedade. Nenhuma diferença foi encontrada entre os grupos para valores funcionais ou fisiológicos (MSFC e EDSS) e qualidade de vida (HAQUAMS).

Para avaliação qualitativa foram documentadas 226 sessões de musicoterapia em vídeo e avaliados 12 episódios. O critério de seleção foi subjetivo e baseado no que o terapeuta observou como clinicamente significativo em termos de mudança terapêutica. O que emergiu dos aspectos qualitativos do estudo foram parâmetros que se referem ao contato entre terapeuta e paciente lidando com a situação, compartilhando papéis musicais e a habilidade de se estruturar no tempo. Estes fatores refletem a necessidade desses pacientes aprofundarem contatos pessoais e conhecerem as próprias habilidades e a possibilidade de exercer o próprio agenciamento de suas vidas. Numa entrevista final, nove entre dez participantes descreveram como foi importante fazer parte ativamente do próprio tratamento. Todos os pacientes relataram uma imediata melhora na sensação de bem estar durante as sessões. Oito pacientes mostraram uma melhora continuada no estado de humor, por algum tempo, fato confirmado pelos parentes ou amigos. Isto foi confirmado por uma melhora de auto-aceitação e escala de depressão, mas não nas escalas de qualidade de vida. Sete participantes descreveram um aumento de percepção e aumento da autoconfiança no curso da terapia. Os autores concluíram que resultados empíricos, assim como o modelo teórico, precisam ser replicáveis e diferenciados em estudos posteriores (ALDRIDGE, 2005, SCHMID e ALDRIDGE, 2004).

Foram encontrados sete relatos de casos no uso da musicoterapia para portadores com esclerose múltipla. Dois registros investigaram o efeito de cantar e escrever canções em sessões de musicoterapia. Outro estudo realizado por Davis (OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 470) enfatiza a relação de um paciente com 48 anos (EDSS>7) e o musicoterapeuta compondo e escrevendo música, juntos. As sessões de musicoterapia proporcionaram a exploração de emoções com a melhora na expressividade emocional e estabilização do humor. Em dois estudos, Magee (1999-2000), descreve o caso de uma paciente, 30 anos, com esclerose múltipla avançada, em tratamento de musicoterapia no período de seis meses (apud OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 470). Magee observa que as músicas favoritas da paciente confrontam emocionalmente e a ajudam a aceitar as mudanças trazidas pela esclerose múltipla. Outro estudo realizado por Seidl (OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 470) com grupo de dez pacientes incluiu fazer música ativa com discussão e reflexão sobre o que acontecia na sessão. Este autor afirma em sua dissertação de mestrado que a musicoterapia ajuda os portadores com esclerose múltipla nas

áreas de (re) construção de sua identidade, tomada de decisão e interação social. Um registro de dois casos realizado por Schmid (OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 470) descreve a musicoterapia ativa com duas mulheres com esclerose múltipla avançada (35 anos; EDSS 6.0 e 31 anos; 7.0). Ele concluiu que a música se tornou um excelente veículo de comunicação e encorajou o encontro e o diálogo. Outro estudo realizado por Guy (apud, OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 471) descreveu o trabalho conjunto entre o setor de assistência social e o setor de musicoterapia promovendo serviços a jovens adultos diagnosticados com esclerose múltipla que vivem em um centro de reabilitação. Uma abordagem de psicoterapia grupal mista, como por exemplo, ouvir canções e discutir a letra foi fornecido a este grupo em várias fases. A conclusão principal deste estudo está focada na coesão de grupo. Steele descreveu três casos de mulheres hospitalizadas com esclerose múltipla secundariamente progressiva severa (EDSS 8-9) num grupo de musicoterapia receptiva combinada com improvisações em curto período, ao tambor. Concluiu-se que a musicoterapia auxilia na adaptação positiva ao *stress* das condições da doença (OSTERMANN e SCHMID, 2006, p. 472).

O presente estudo, “Identidade Musical em Pacientes com Esclerose Múltipla”, representa uma pesquisa pioneira no campo da musicoterapia no Brasil. Foram envolvidos oito participantes, cinco do sexo masculino e três do sexo feminino. A idade variou entre 22 e 58 anos, com uma idade média de 44 anos, com EDSS de 0 a 5,0. Tem o objetivo de investigar como os pacientes percebem sua identidade **pessoal**, **social**, **espacial** e **transpessoal** por meio da música. Os recursos musicais únicos do paciente fazem parte de sua história de vida, o que é explorado nas sessões de musicoterapia. Também possibilitam uma expressão emocional das lembranças mnemônicas por meio da música. Ouvir músicas relacionadas com a vida pessoal de cada paciente fornece a ele uma percepção de si mesmo, assim como de sentimentos e lembranças. O paciente se reconhece nas músicas, o que constitui um fator essencial para o tratamento em musicoterapia.

3- IDENTIDADE MUSICAL

3.1- Identidade: Conceito

3.1.1- A interface entre a identidade e o *self*

Diferentes conceitos de identidade vêm sendo elaborados pela filosofia, antropologia, sociologia e psicologia, a partir da valorização da individualidade, de expressões do eu, de subjetividade e de relações sociais. Berger (1979, p.75) afirma que a identidade é a maneira como o indivíduo define a si mesmo. O psicanalista Erik Erikson define a identidade como "a confiança em nossa continuidade interna em meio às mudanças" (PAPALIA, 2000, p. 44). Para o psicólogo James E. Márcia (1980) a identidade é uma organização interna, autoconstruída e dinâmica de impulsos, habilidades, crenças e história individual (MÁRCIA, 1980, p. 159, apud PAPALIA, 2000, p. 344). Segundo Ruud (1998, p. 36), a identidade está "enraizada no discurso que o indivíduo apresenta quando sua consciência está monitorando suas próprias memórias, atividades e fantasias".

Apesar de existirem diversas definições na teoria psicológica sobre o conceito de identidade, o eu (*self*) encontra-se freqüentemente no centro deste conceito (RUUD, 1998, p. 35). Categorias como pessoa, eu, *self*, ego, indivíduo, são encontradas quando nos referimos à identidade. A identidade estaria ancorada no eu (*self*), no sentido de se experimentar o mundo a partir de uma localização do corpo no espaço. A partir de memórias, circunstâncias de vida e projeções para o futuro, o indivíduo narra um conceito de eu. Para Ruud, o conceito de "eu" (*self*) refere-se "ao que sinto e penso sobre mim mesmo" (ibid).

A palavra eu (*self*) não é um termo somente psicológico, mas uma palavra utilizada com freqüência no cotidiano. Porém, vários teóricos contribuíram para uma compreensão do que ela significa ou pode vir a significar. O termo *self* representa um sentimento de ser subjetivo (ABRAM, 2000, p. 221). Winnicott, sugere a existência de um verdadeiro *self*: "O gesto espontâneo é o verdadeiro *self* em ação. Apenas o verdadeiro *self* pode ser criativo, e apenas ele pode sentir-se real"

(WINNICOTT, 1960, apud, ABRAM, 2000, p. 229). Na teoria de Cooley, (1902) o conceito de eu reflexivo foi influenciado por encontros sociais. Este autor afirma que "nós ganhamos nossa identidade, em parte, ao ver reflexos do que os outros pensam sobre nós" (COOLEY 1902, apud, HARGREAVES, 2004, p. 9). Nessas teorias os aspectos sociais e pessoais estão associados. Na interação entre o eu e a sociedade, a linguagem permite que os indivíduos reflitam sobre o seu próprio comportamento assim como o dos outros (HARGREAVES, 2004, p. 10).

William James foi o primeiro teórico a entender as origens do *self*, "o mais intrigante quebra cabeça com o qual a psicologia tem de lidar" (JAMES, 1890, apud, HARGREAVES, 2004, p. 7). Este autor distingue dois componentes da identidade, o "mim" e o "eu". O "mim" é a identidade observada e conhecida, sujeita a mudanças, visto que está composta de categorias sociais, sendo dividida em *self* espiritual, *self* material, *self* social e *self* corporal de importância decrescente para a auto-estima do indivíduo. O "eu" tem subjetividade e reflete sobre o mim. Esta visão inicial influenciou diversos teóricos da identidade, principalmente o neofreudiano, Erik Erikson, que desenvolveu a expressão "identidade do ego"[13] (KROGER 1993, apud HARGREAVES, 2004, p. 9).

Erik Erikson (1902-1994) foi um psicanalista nascido na Alemanha que migrou para os EUA em 1933 devido à ameaça do nazismo (PAPALIA, 2000, p. 44). Segundo Winnicott, (1994, p.373) os estudos de Erikson concederam um lugar apropriado para os padrões da primeira infância como tendo função decisiva no tecido social. "Todo indivíduo foi bebê e criança" (ibid). Erikson traz para o quadro social as ansiedades, defesas mentais que pertencem a todo o ser humano. A sociedade mobiliza esses aspectos da personalidade do indivíduo para adaptá-lo ao mundo social. Ele estudou a influência da sociedade sobre a personalidade em desenvolvimento e ressaltou como a sociedade pode influenciar e moldar o desenvolvimento do ego, ou eu. O desenvolvimento do ego continua durante todo o desenvolvimento do ser humano (PAPALIA, 2000, p. 44).

Segundo Hargreaves, (2004, p.11) dentro da terminologia utilizada nas pesquisas das correntes psicológicas que definem *self* de diferentes maneiras, o "sistema do *self*" é formado por "conceitos de *self*" ou "imagens de *self*", que são

[13] Identidade do Ego: sentido consciente de singularidade individual, um esforço inconsciente para manter a continuidade da experiência e uma solidariedade para com os ideais do grupo (ERIKSON, 1976, p.49)

traduzidos pelas diversas maneiras como os indivíduos se vêem. A "identidade do *self*" é definida por Hargreaves (2004, p.12) como uma visão geral que os indivíduos têm de si mesmos nas quais os "conceitos de *self*" e "imagem de *self*" estão integrados.

O "conceito de *self*" pode ser específico de uma situação ou contexto, por exemplo, como o indivíduo lida com uma situação de emergência, ou mesmo relacionado a um domínio, por exemplo, como uma profissional se vê como psicóloga (HARGREAVES, 2004, p. 11). Muda o contexto muda a forma que o indivíduo se apresenta. Desta forma o "conceito de *self*" é o conceito que o indivíduo tem de si mesmo variando de acordo com as circunstâncias. A "imagem do *self*", segundo este autor, inclui aspectos de estilo de personalidade, aparência e papéis sociais que são desempenhados (ibdem). É traduzido pela imagem que o indivíduo se apresenta ao mundo. "Eu quero que os outros tenham esta imagem". Este aspecto relacionado com o domínio específico da música, por exemplo, define o indivíduo como violinista ou fã de Beatles. A "imagem do *self*" se desenvolve a partir do processo de auto-monitoração e comparação com o outro (ibdem).

Situações sociais podem influenciar comportamentos e atitudes. O indivíduo tende a idealizar suas ações entrando em confronto com o que realmente é capaz de realizar. Esse tipo de situação, quando ocorre, pode resultar em sofrimento psicológico. Músicos não se sentem à vontade em tocar peças para as quais, por vezes, suas habilidades não alcançaram uma destreza, podendo causar frustrações e tristeza. O sentimento que advém do sofrimento psicológico é freqüentemente experimentado em termos de baixa auto-estima. A auto-estima[14] possui aspectos emocionais e cognitivos e é o componente de avaliação do *self*. Para Hargreaves (2004, p. 11) este aspecto está ligado à maneira como o indivíduo se valoriza. É a forma como o indivíduo julga o seu valor. Desta forma o indivíduo idealiza cumprir o que ele acha melhor para sua vida. Observamos que no estudo de pacientes com esclerose múltipla a auto-estima pode ser influenciada pela doença (LENGDOBLER e KIEBLING, 1989, p. 369).

A influência da avaliação do outro, mesmo que inconsciente, pode influenciar o comportamento. O indivíduo tende a se perceber a partir do olhar dos outros, principalmente quando estes são significativos. Para uma criança, a opinião dos pais

[14] Auto-estima: "juízo que a pessoa tem em relação a seu próprio valor" (PAPALIA, 2000, p. 218)

ou mesmo dos professores pode significar uma mudança de atitude, podendo influenciar a “auto-estima” ou mesmo o desenvolvimento do *self* (HARGREAVES, 2004, p. 8). Para os portadores de esclerose múltipla, devido às condições impostas pela doença, a auto-estima pode ser influenciada por perdas familiares, profissionais, sociais entre outras (VIEIRA, 2004, p. 55). O paciente que tem uma forma produtiva em lidar com as situações da esclerose múltipla possibilita uma melhora na auto-estima e conseqüentemente uma melhora na qualidade de vida, como veremos adiante. Para Ruud, (1998, p.63), o conceito de auto-estima refere-se ao aspecto avaliativo do “conceito de *self*”.

Da infância à adolescência, “conceitos de *self*” são amparados pelo olhar do adulto e podem ser baseados em comparações com os outros (HARGREAVES, 2004, p. 16). No processo de desenvolvimento humano, aspectos relacionados com “conceitos de *self*” são diferenciados de acordo com os períodos da vida. Crianças mais jovens sentem-se capazes de fazer qualquer atividade; porém, crianças mais velhas já são capazes de analisar e diferenciar o que podem ou não fazer. As crianças assumem a responsabilidade por suas ações a partir da compreensão cognitiva de si mesmas. O senso de identidade começa a se desenvolver, na infância, a partir do auto-reconhecimento físico e autoconsciência (18 meses); da autodescrição e auto-avaliação (19 a 30 meses) e finalmente a partir da resposta emocional à má ação que ocorre no 3º estágio, sendo a base para a compreensão moral e o desenvolvimento da consciência (PAPALIA, 2000, p. 169). Estes aspectos são percebidos quando começam a se desenvolver aspectos emocionais e julgamentos psicológicos em suas atividades. Para Hargreaves (2004, p.15), percepção do *self* ocorre a partir da motivação e escolha do indivíduo por diferentes atividades e a partir da comparação com o outro, fato que ocorre da segunda infância para a adolescência. A maneira como os jovens se define como músicos, o papel da influência da família e da escola são pontos essenciais para a compreensão do eu (HARGREAVES, 2004, p. 3).

O eu (self) encontra-se no centro do conceito de identidade influenciado pelo contexto social. O mundo interno (eu) do sujeito e o mundo externo (social, ambiente, contexto e o outro) se entrelaçam de forma dinâmica na vida deste. Desta forma, o sujeito se faz com o mundo e o mundo se faz com o sujeito. Esta relação ocorre desde o nascimento do indivíduo, onde a mãe (ambiente) é a sua primeira referência no mundo. O sujeito é lançado ao mundo e recebe a todo o tempo as

impressões do mundo. A identidade do self se forma a partir da interação com o mundo. É a visão total que o indivíduo tem de si mesmo onde os "*conceitos de self*" e "*imagem de self*" estão integrados.

3.1.2- Construção da identidade

O processo de construção de identidade é um dos aspectos mais importantes no desenvolvimento humano. Porém, existem diversas vertentes teóricas que se propõem a delinear como este processo ocorre ao longo do desenvolvimento humano. Dentre as teorias que enfatizam os estágios de desenvolvimento, destaca-se a de Erik Erikson (1902-1994). Enquanto Sigmund Freud (1856-1939), médico vienense que desenvolveu a abordagem psicanalítica, defendia que as primeiras experiências da infância moldavam a personalidade de forma permanente (PAPALIA, 2000, pp. 40-44), Erikson afirmava que o desenvolvimento do ego continuava a se desenvolver por toda a vida. Este autor construiu a teoria do desenvolvimento psicossocial descrevendo oito estágios durante todo o ciclo da vida (PAPALIA, 2000, p. 44). Cada etapa desses estágios está associada a uma "crise emocional", uma questão importante em uma determinada fase e que será importante no decorrer da vida. Cada resolução exige o equilíbrio de um traço positivo (qualidade positiva) com um traço negativo (qualidade negativa). O resultado positivo de cada crise envolve uma virtude ou força particular. Seguem abaixo as fases da teoria psicossocial de Erikson (PAPALIA, 2000, p. 43):

- Confiança Básica versus Desconfiança (nascimento até 12-18 meses): O bebê desenvolve ou não o sentimento de mundo como sendo um lugar bom e seguro. Virtude: Esperança.
- Autonomia versus Vergonha e Culpa (12-18 meses até 3 anos): A criança desenvolve ou não um equilíbrio entre a independência e a dúvida e vergonha. Virtude: Vontade.
- Iniciativa versus Culpa (3 a 6 anos): A criança poderá desenvolver iniciativa quando experimenta coisas novas e não é subjugada pelo fracasso. Virtude: Propósito.

- Diligência[15] versus Inferioridade (6 anos à puberdade): A criança aprende habilidades de cultura ou enfrenta sentimentos de inferioridade. Virtude: Habilidade.
- **Identidade versus Confusão de Identidade** (Puberdade à fase adulta – 12 a 20 anos): O adolescente deve determinar seu próprio senso de identidade ou experimentar confusão sobre os papéis[16]. Virtude: Fidelidade.
- Intimidade versus Isolamento (Jovem Adulto – 20 a 40 anos): O indivíduo busca estabelecer compromisso com os outros. Caso não tenha êxito poderá sofrer com o isolamento e o egocentrismo. Virtude: Amor.
- Geratividade versus Estagnação (Idade Adulta – 40 a 65 anos): O adulto maduro preocupa-se em estabelecer e orientar a geração seguinte. Em caso contrário, sente empobrecimento pessoal. Virtude: Cuidado.
- Integridade versus Desespero (Terceira Idade – 65 anos em diante): O idoso aceita a própria vida, permitindo a aceitação da morte. Caso contrário, desespera-se pela incapacidade de reviver a vida. Virtude: Sabedoria (PAPALIA, 2000, p. 43).

Como descrito no quadro acima, para Erikson, a busca de identidade entra em foco durante os anos da adolescência (PAPALIA, 2000, p. 342). Na fase anterior, "produtividade *versus* inferioridade", as crianças adquirem habilidades para ter êxito na cultura onde vivem. Como adolescentes eles irão organizar suas habilidades, necessidades e interesses que serão expressos no contexto social (PAPALIA, 2000, p. 342).

Erikson observou a repercussão das "crises de identidade" em adolescentes de diversas sociedades, membros de grupos minoritários, soldados em combate, entre outros. (PAPALIA, 2000, p. 44). Segundo o autor, os adolescentes[17] formam sua identidade a partir de identificações pregressas modificadas e sintetizadas em "uma nova estrutura psicológica, maior que a soma das partes" (PAPALIA, 2000, p. 342, apud KROGER, 1993, p. 3). A crise de identidade raramente se resolve nesta época e pode aparecer, repetidas vezes, durante a vida (PAPALIA, 2000, p. 342). Nessa teoria, a identidade se forma a partir da resolução de três questões essenciais: a escolha da ocupação, a adoção de valores e o desenvolvimento de uma identidade sexual (PAPALIA, 2000, p. 343).

---

[15] Diligência: interesse ou cuidado aplicado na execução de uma tarefa, zelo (HOUAISS, 2001, p.1041).
[16] Papéis sociais que são valorizados pela sociedade (PAPALIA, p.342, 2000).
[17] Na fase da adolescência, cada vez mais antecipada, há preocupação (mórbida) com o que os outros estão pensando.

Segundo Winnicott, (1994 p. 372), reafirmando as idéias de Erikson, uma identidade ancorada no 'patrimônio' de uma identidade cultural pode produzir o equilíbrio psicossocial. A busca do *self* e de uma maneira de se sentir real e viver como verdadeiro é uma tarefa que pertence a todos os seres humanos. A tarefa da vida é o uso pleno e satisfatório de um *self* que constitui uma unidade e acha-se bem fundado (WINNICOTT, 1994, p. 371). Ao definirmos quem somos, pensamos juntamente o que faremos de nossa vida.

James Márcia (1980, apud PAPALIA, 2000, p. 344) constatou em sua teoria quatro tipos de estados de identidade relacionados com presença ou ausência de crise[18] e comprometimento[19]: a conquista de identidade (crise que leva ao comprometimento), pré-fechamento (comprometimento sem crise), moratória (crise sem haver ainda comprometimento) e difusão de identidade (nenhum comprometimento, nenhuma crise). Essas categorias não são permanentes e podem mudar com o desenvolvimento da pessoa[20]. Segundo Papalia (2000, p.344), crise e comprometimento eram vistos por Erikson como cruciais na formação de identidade. Márcia constatou relacionamentos entre o "estado de identidade e características como ansiedade, auto-estima, julgamento moral e padrões de comportamento" (ibid).

Segundo Stuart Hall (2005, p.13) na teoria contemporânea, o conceito de identidade enfatiza as experiências vividas pelos indivíduos. A identidade pessoal essencial à personalidade do indivíduo é percebida numa visão dinâmica do eu em oposição a uma relativa imutabilidade. Este autor afirma que para o sujeito pós-moderno a identidade é formada e transformada continuamente, sendo definida historicamente e não biologicamente. Para este autor, as sociedades modernas, no final do século XX, passaram por uma mudança estrutural, fragmentando as paisagens culturais de classe, gênero, etnia, raça e nacionalidade (HALL, 2005, p. 9). O sujeito moderno é atingido por estas transformações sendo levado a assumir diferentes identidades em diferentes momentos. O sentimento de identidade unificado, completo e seguro, para este autor, é uma fantasia (HALL, 2005, p. 13).

---

[18] James Márcia, 1980, define crise como um período de tomada de decisões consciente (PAPALIA, 2000, p. 344).

[19] Comprometimento é definido por James Márcia (1980), como um investimento pessoal numa ocupação ou crenças (apud, PAPALIA, 2000, p. 344).

[20] Segundo esta autora embora as pessoas em pré-fechamento pareçam ter tomado decisões definitivas em suas vidas isso nem sempre acontece. Adultos de meia-idade (40 aos 65 anos) revêem suas vidas e podem "identificar um caminho do pré-fechamento para a moratória e depois para a conquista" (KROGER & HASLETT, 1991, apud, PAPALIA, 2000, p. 344).

A identidade, dessa forma, é constantemente reconstruída, analisada e renegociada, de acordo com as experiências do meio social no cotidiano. A globalização e o avanço tecnológico são fatores de interferência no estilo de vida dos indivíduos e influencia a auto-identidade (HALL, 2005, p. 17). Os dois lados: a experiência individual e a experiência social têm iguais *status* quando se recria a história do indivíduo (GREEN, 1988, p.24). A identidade será aqui percebida como a consciência da posição do sujeito num processo coletivo a partir da subjetividade experimentada por ele.

Segundo Oliveira (2005, p. 22) o ser humano se encontra sempre inserido num mundo histórico determinado, numa rede de relações subjetivas. Apesar de ser condicionado pelo meio e pela linguagem a um conjunto de mecanismos, planos, receitas, regras, instruções e prerrogativas passíveis de governar o comportamento, ele tem condições de ampliar este horizonte. Isto ele faz a partir da possibilidade de criticar e de perceber sua identidade na mudança dos fatos da vida, aspecto importante para o paciente com esclerose múltipla que lida a todo o instante com a imprevisibilidade da doença.

A partir do ato da fala o ser humano afirma a sua identidade própria e o ser subjetivo que quer ser, efetivando-se como sujeito. O passado que o condiciona abre possibilidades para o presente e o futuro, sendo que um ser subjetivo é mediado pela história e pela rede de relações intersubjetivas, ligadas num contexto sócio-histórico específico (OLIVEIRA, 2005, p. 23). Observamos estes aspectos quando visualizamos as autobiografias musicais dos portadores de esclerose múltipla. Segundo Hargreaves, (2004, p.2), a identidade pode ser vista como uma rede hierárquica complexa de construções inter-relacionadas. Porém, aqui, o sujeito pode se manifestar como um ser que transcende, um ser de *insights* sobre o mundo que o circunda, uma vez que pode questionar sobre a totalidade que o rege. Neste contexto, o sujeito está além da sua determinação (OLIVEIRA, 2005, p. 23). A sua identidade se forma a partir de um processo ativo que se constrói do sujeito para o mundo. Vivenciamos e elaboramos a vida de um modo próprio com os instrumentos que o mundo nos dá.

Segundo Berger (1979, p.71) o conceito fundamental de projeto vital está ligado a programações relacionadas com o eu. O projeto vital é a fonte primária de identidade e está sujeito a uma revisão continuada da vida. Buscamos um objetivo na vida, um projeto que conduz todas as ações. O projeto vital pode estar em

constante ameaça de frustração e preocupações adicionais no momento em que não atingimos o objetivo final de nossos ideais (BERGER, 1979 p. 71). Este pode ser ameaçado no momento de um surto da esclerose múltipla. Berger (1979, p.75) afirma que o projeto vital é uma fonte de identidade.

Berger (1979, p.75-77) define alguns aspectos da identidade moderna caracterizando-a como aberta, diferenciada, reflexiva e individualizada. A identidade é especialmente aberta possuindo uma série de possibilidades de identidades. O curso da vida é relativamente aberto, o planejamento do futuro é apoiado, por vezes, em possibilidades ou fantasias (BERGER, 1979, p. 67). Na identidade moderna diferenciada existe uma crise permanente de identidade, pois ela pode ser indeterminada ou subjetiva. Na subjetividade o indivíduo pode ter uma experiência de "eu" diferenciada daquela do mundo externo objetivo. Na identidade indeterminada ela é propensa a mudanças constantes (BERGER, 1979, p. 75). A identidade moderna reflexiva ocorre quando o indivíduo tem a possibilidade de refletir sobre o mundo exterior, sua subjetividade e identidade. "A sociedade moderna coloca o indivíduo em um caleidoscópio mutante de experiências e significações" (BERGER, 1979, p. 77). A consciência moderna leva o indivíduo a fazer planos, tomar decisões e refletir sobre suas atitudes, o que influencia a identidade do sujeito. E, por fim, a identidade moderna é, segundo Berger (1979, p. 75) individualizada. O indivíduo é o regente de sua própria vida e tem autonomia para escolher seu caminho com toda a liberdade e direitos que lhe cabem.

Estudar a identidade significa "olhar para os meios que um indivíduo emprega para apresentação discursiva de si mesma" (HARRÉ e GILLET, 1994, p. 103, apud, RUUD, 1998, p. 37). Nosso objetivo é realizar um estudo sobre o processo de identidade, num dado momento da vida dos pacientes com esclerose múltipla, a partir dos seus relatos musicais. O processo de construção da identidade é dinâmico podendo variar de acordo com a fase da vida. Porém, o indivíduo se expressa e se coloca no mundo de uma forma única estabelecendo relação com o eu e a sua vivência sonora. A música, por fazer parte da vida cotidiana, pode estruturar e ancorar situações quando "utilizada como material bruto no processo da construção de identidade" (RUUD, 1998, p. 37). Música e identidade serão abordadas de acordo com as categorias descobertas nas investigações realizadas pelo musicoterapeuta norueguês, Even Ruud (1998) onde aspectos individuais, sociais, temporais e

transpessoais serão abordados. Essas categorias serão apresentadas mais adiante neste capítulo.

3.2 – Música e Identidade

3.2.1- O Princípio do Iso: Identidade sonora

Experiências musicais vividas por um indivíduo numa determinada época e lugar fazem parte de sua história de vida. O estudo sobre a identidade musical vem sendo enfatizado por diversos autores que investigam os efeitos da música no indivíduo, em musicoterapia e na educação musical.

Em 1920, Aunque Esther Gatewood reconheceu a importância de empregar seleções musicais preferidas por pacientes, defendendo uma explicação das mudanças fisiológicas, provocadas por um tipo de seleção de músicas que o paciente mais gostasse, em diferentes momentos (DAVIS, 2000, p. 26). Ela ofereceu uma base científica para os efeitos benéficos da música. Os estímulos sensoriais separados entrariam no sistema nervoso simultaneamente tendendo a se neutralizar, chegando a ser consciente somente o mais forte e persistente. Por conseqüência, se a atenção de um indivíduo se centra suficientemente em um estímulo como a música, este estímulo pode excluir eficazmente os demais (GFELLER, 2000 p. 352). Gatewood realizou uma investigação experimental sobre a influência da música sobre os pacientes. Para a autora o problema estava em determinar os princípios básicos que governavam um determinado tipo de ritmo, de melodia e de harmonia, e sua reação orgânica. Este tipo de informação é essencial para o uso inteligente da música em situações práticas na anestesia (ibid). Gatewood acreditava que era importante utilizar uma música que estivesse em consonância com o estado de ânimo do paciente para depois trocar progressivamente este estado de ânimo descrevendo o que, mais tarde, foi conhecido como “Princípio de ISO”, desenvolvido nos anos 40 por Ira Maximilian Altshuler (TAYLOR, 1981, apud, DAVIS, 2000 p. 26).

As idéias sobre musicoterapia de Altshuler se originaram da observação da sua jovem filha de dois anos, Ilona, enquanto percebia os seus movimentos

graciosos e naturais em relação à música. Ele se tornou curioso sobre como os clientes mentalmente doentes poderiam responder a um estímulo musical (DAVIS, 2003, sp). Baseado nas observações de que a música poderia afetar profundamente as emoções, quando adequadamente usada, Altshuler defendia o "Princípio Iso" pelo qual o humor de um cliente equivalia a estímulos musicais correspondentes e se modificavam para um estado desejado ao serem alterados os componentes musicais do ritmo, tempo, dinâmica e melodia. Por exemplo, para minimizar a ansiedade de um indivíduo, ele seria levado a ouvir uma música com um padrão mais agitado que, paulatinamente, era substituído por um ritmo mais lento que pudesse favorecer um estado de relaxamento (DAVIS, 2003, p. 2).

A técnica de "Nível de Ataque" de Altshuler utilizava seleções musicais para levantar, manter e redirecionar a atenção, alterar o humor e extrair o imaginário e a associação como pré-requisitos para a psicoterapia. Esta seleção compreendia cinco estágios que raramente ocorriam isolados (DAVIS, 2003, sp). Desta forma, a tarefa do terapeuta era identificar peças que forneceriam um equilíbrio geral entre os cinco elementos descritos abaixo (DAVIS, 2003, sp):

1- Ritmo: Altshuler acreditava que o movimento rítmico era uma função subcortical do cérebro e que mesmo indivíduos com doenças mentais severas ou retardo respondiam vigorosamente a um ritmo. O componente rítmico da música atraía e retinha a atenção do cliente através de estimulação sinestésica[21].

2- Melodia: Após a apresentação do ritmo o terapeuta mantinha a atenção do cliente por meio da sucessão de sons musicais que fizessem sentido para eles (isto é, a música preferida do cliente). "Se uma "boa gestalt" fosse atingida ou alcançada, então a atenção poderia ser aumentada" (DAVIS, 2003, sp).

3- Harmonia: Para Altshuler, este era o nível mais alto da evolução musical e poderia influenciar a "integração" do cliente, aumentando a sua autoconsciência.

4- Música que modifica o humor: "O Princípio de ISO" era usado para "mover o cliente para um estado de humor desejável" (DAVIS, 2003, sp).

[21] Sinestesia: relação que se verifica (e que varia de acordo com os indivíduos) entre sensações de caráter diverso, mas intimamente ligadas na aparência (p ex. determinado ruído ou som pode evocar uma imagem particular, um cheiro pode evocar uma determinada cor etc.) (HOUAISS, 2001, p. 257)
[22] Pinturas (imagens)

5- Música associativa pictorial[22]: A música que o paciente conhecia era usada para extrair associações extramusicais e relembrar uma variedade de experiências passadas.

Altshuler acreditava que ritmo, melodia, harmonia, a aplicação do "Princípio de Iso" e a habilidade da música em fazer surgir associações extramusicais formavam uma combinação terapêutica potente, útil não apenas para tratar doenças, mas também como uma medida paliativa (DAVIS, 2003, sp).

Para Benenzon (1988, p.34), musicoterapeuta, médico e psicanalista argentino, o princípio de ISO, elaborado por Altshuler, é um conceito intelectual e rígido, medido pelos parâmetros de intensidade, timbre, volume e altura. Este autor define o "Princípio de ISO" como um conceito dinâmico (em grego, iso significa igual). Ele define que este princípio "resume a noção de existência de um som ou fenômenos acústicos que caracterizam ou individualizam cada ser humano" (BENENZON, 1988, p. 34). Cada ser humano possui dentro de si uma identidade sonora chamada ISO (BENENZON, 1988, p.24). Esta identidade caracteriza o ser humano como indivíduo. Para este autor, a "identidade sonora leva implícita a origem do Universo".

Segundo Benenzon (1988, p.13) o Princípio de ISO origina-se na época fetal, sendo um "mosaico genético herdado da identidade sonora do ser humano, ISO". Para ele, cada ser humano tem dentro de si uma identidade sonora que o caracteriza, isto é, o ISO (BENENZON, 1988, p. 24). Benenzon utiliza a terapia da psicanálise, fundamentalmente Freudiana, para explicar a localização dos diferentes tipos de ISOS sonoros na mente humana, cujas energias se desdobram nos canais de comunicação intrapsíquico do inconsciente ao consciente, passando pelo pré-consciente (BENENZON, 1988, p. 27). Os processos psíquicos que são impedidos de chegar a consciência são chamados de inconscientes, os que podem chegar à consciência pelo esforço da atenção são chamados de pré-conscientes (BENENZON, 1988, p. 27).

"O princípio do ISO se encontra em perpétuo movimento dentro do inconsciente do homem" (BENENZON, 1988, p. 34). O ISO é um conceito dinâmico que condensa arquétipos sonoros, vivências sonoras gestacionais intra-uterinas e vivências sonoras desde o nascimento, incluindo elementos passados e presentes.

Segundo Benenzon (1985, p. 44), é o ISO que permite descobrir o canal de comunicação com o paciente em terapia. Com base neste princípio, acredita-se que os estados de ânimo de um indivíduo podem ser alterados através da música (BENENZON, 1985, p. 43, LEÃO, 2004, p. 236). O "Princípio de ISO", em Benenzon (1988) possui cinco estruturas dinâmicas classificadas em: ISO gestáltico (Ig), ISO cultural (Ic), ISO Universal (Iu), ISO complementar (Ico), ISO grupal (Igr).

O ISO gestáltico é o mosaico dinâmico que caracteriza o indivíduo (BENENZON, 1985, p. 44). Este engloba os sons gestacionais e recebe impacto do ISO gestáltico da mãe, por meio de canais intrapsíquicos (BENENZON, 1988, p. 41). Este ISO encontra suas funções no inconsciente[23] do indivíduo (BENENZON, 1988, p. 34). Este autor se baseia na psicologia da gestalt de Werthiemer[24], destacando que a percepção é um todo unificado (BENENZON, 1985, p. 44).

O ISO complementar ocorre no pré-consciente[25] motivado por acontecimentos momentâneos, por efeito das circunstâncias ambientais ou psicológicas do indivíduo. Pode aparecer e desaparecer. O ISO complementar não reúne características identificatórias do sujeito e pode ser confundido com o Iso Gestáltico (BENENZON, 1988, p. 36).

O ISO grupal está ligado ao ambiente social do indivíduo. É a identidade sonora de um determinado grupo (BENENZON, 1985, p. 44). O ISO grupal necessita de um tempo para se estabelecer e depende do meio social, do grupo ético, da cultura e da região da qual o indivíduo faz parte, assim como a sua escolha grupal neste meio. Está relacionado, segundo Grebe, (apud BENENZON, 1985, p. 45) ao conceito de identidade étnica[26]. O ISO grupal incorpora todos os isos gestálticos que compõem um número determinado de indivíduos reunidos e ocorre no pré-consciente do indivíduo (BENENZON, 1988, p. 36).

O ISO universal é o que caracteriza e identifica todos os seres humanos, tais como, batimento cardíaco, choro, sons de inspiração e expiração, voz materna, sons da água, sussurro da voz materna, sons da parede uterina e fluxo sangüíneo, entre

---

[23] Inconsciente: Conteúdo ausente, em um dado momento, da consciência, que está no centro da teoria psicanalítica (CHEMAMA, 1995, p. 106).

[24] "A psicologia da gestalt assinala a necessidade de voltar novamente à percepção ingênua, à experiência imediata, não viciada por hipóteses prévias que distorcem a realidade do fenômeno observado. Destaca que a percepção não é a de um conjunto de elementos, mas a de um todo unificado" (BENENZON, 1985, p. 44).

[25] "Passagem obrigatória para um eventual acesso ao consciente" (CHEMAMA, 1995, p. 34).

[26] Indicadores biológicos, culturais e geográficos que caracterizam um indivíduo integrantes de uma identidade étnica ou auto-identificação afetiva com os integrantes do grupo (BENENZON, 1985, p. 45)

outros. Este ISO independe da cultura, do meio social e da época da vida "É o patrimônio de todos os seres vivos" (BENENZON, 1988, p. 39). Este ISO, para Benenzon, 1988, ocorre no inconsciente e faz parte do Iso gestáltico (BENENZON, 1988, p. 35).

Por fim o ISO cultural, conceito introduzido por Grebe, a partir da teoria do ISO Grupal de Benenzon, é produto da cultura do indivíduo e de seu grupo (BENENZON, 1985, p. 45). É o que caracteriza a homogeneidade cultural. Opera no pré-consciente[27] do indivíduo. Segundo Benenzon os ISOS gestálticos e complementares operam em nível individual e os ISOS grupal e cultural operam em níveis coletivos (BENENZON, 1985, p. 46).

O princípio de ISO, elaborado por Benenzon, 1988, condensa os arquétipos sonoros herdados onto e filogeneticamente, vivências sonoro-vibratórias e movimento da vida intra-uterina no período gestacional (BENENZON, 1985, p. 34). Este princípio possui grande importância no campo da musicoterapia, enfatizando a teoria psicanalítica e estruturas intrapsíquicas. Porém, esta teoria apresenta uma mistura de diversas fundamentações teóricas (psicanálise, gestalt, embriologia, arquétipos sonoros que está ligada a teoria de Jung), e não apresenta um ISO que esteja no consciente do indivíduo impossibilitando, desta forma, identificar a identidade musical do paciente no contexto musicoterapêutico.

O contexto relacionado com a identidade musical, foco deste estudo contempla, principalmente, aspectos relacionados com o desenvolvimento humano e aspectos psicossociais. A vida pessoal do indivíduo, vida social, relação com o lugar e tempo e os aspectos transpessoais, são fundamentais para a compreensão da identidade do sujeito, o que não foi contemplado na teoria do ISO.

3.2.2- O despertar da identidade musical

Dentro do processo do desenvolvimento, em um meio facilitador, os seres humanos continuam a crescer desde a sua concepção até a morte. As mudanças que ocorrem são quantitativas e qualitativas, principalmente na infância, mas este

[27] "Instância psíquica proposta por S. Freud, após sua descoberta do inconsciente, para representar, no aparelho psíquico, um lugar intermediário entre o consciente e o inconsciente, necessária para assegurar o funcionamento dinâmico desse aparelho" (CHEMAMA, 1995, p. 164).

processo ocorre durante toda a vida (PAPALIA, 2000, p. 25). Compreender as influências da música no desenvolvimento e as formas como esta interage com o ser humano é uma forma de entender como formulamos e expressamos nossa identidade.

O desenvolvimento musical da criança é, por vezes, muito precoce. A resposta do bebê ao som musical é voltar-se defensivamente em direção a ele. Com cerca de um mês, ele já tem a possibilidade de distinguir sons de diferentes freqüências. Segundo Jourdain (1998 p.93), algumas pesquisas indicam que, com dois meses, alguns bebês são capazes de reproduzir a tonalidade e o contorno melódico de canções. Com seis meses a criança já tem a possibilidade de responder a mudanças no contorno melódico. Desta forma, a vida musical de uma criança já pode estar encaminhada por volta dos seis meses de idade. Por volta de seis meses, os bebês já começam a balbuciar, sendo difícil distinguir as partes musicais do balbucio e a linguagem nascente (JOURDAIN, 1998, p. 93).

A canção surge por volta de 12 a 18 meses, quando as crianças já possuem a capacidade de alongar as vogais. Mas, é com três ou quatro anos que elas começam a reproduzir a música da cultura em que se encontram. É na infância que o indivíduo forma a base de sua identidade musical que vai desenvolver por toda a sua vida. O contorno melódico é a primeira competência musical do ser humano. A melodia é, por isso, um dispositivo que quase todos podem entender, lembrar e reproduzir (JOURDAIN, 1998, p. 327). A música é um elemento central na vida do bebê (HARGREAVES, 2004, p. 15). As primeiras interações, formadoras da identidade do indivíduo, são estabelecidas entre o bebê e seus cuidadores demonstrando características musicais, jogos lingüísticos e movimentos físicos (HARGREAVES, 2004, p. 11).

Hargreaves (2004, p. 2) distingue dois aspectos da identidade com relação à música: música na identidade e identidade na música. O conceito de música na identidade refere-se à forma como a música é utilizada como meio ou recurso para desenvolver outros aspectos da identidade pessoal (ibid). O nível de engajamento que o indivíduo tem com a música varia, desempenhando papéis diferentes em vários aspectos da identidade individual. Segundo Hargreaves (2004, p. 15), existem três tendências para explicar o papel da música no desenvolvimento da identidade na literatura. Primeiramente o “conceito de *self*” se diferencia de acordo com a idade, sendo que a forma como a criança, por exemplo, se percebe musicalmente muda

com o tempo. Em segundo lugar, existem mudanças de ênfases no fazer musical em direção a julgamentos mais psicológicos envolvendo emoções e sentimentos. Este aspecto, segundo o autor, fornece a origem do mecanismo de "percepção do *self*," tendo um impacto na motivação e habilidades do indivíduo em diferentes atividades (HARGREAVES, 2004, p. 5). A terceira tendência caracteriza-se a partir da formação da "identidade do *self*", no desenvolvimento da identidade musical. Os "conceitos de *self*" das crianças começam a se basear em comparações com os outros, sendo que esta fase inicia-se da segunda infância para a adolescência. As identidades musicais são construídas e reconstruídas de forma contínua (HARGREAVES, 2004, p. 15). Pesquisadores vêm comprovando que "nós todos somos musicais, que todo o ser humano tem uma garantia social e biológica de musicalidade" (HARGREAVES, 2004, p. 15).

A identidade na música, o segundo aspecto defendido por Hargreaves, é definida pelos papéis sociais e culturais que os indivíduos representam dentro da música (HARGREAVES, 2004, p. 12). A maneira como os jovens se definem como músicos e as influências do contexto social e cultural sobre o indivíduo são pontos de referência para a formação do "conceito de eu" em relação à música (HARGREAVES, 2004, p. 2). Dessa forma, os papéis culturalmente definidos estão no centro do conceito de identidade em música. Os compositores são profissionais cujo trabalho musical é construído a partir das demandas cotidianas. Os ouvintes são consumidores ativos num "processo cultural que utiliza a música para ocupar diferentes funções, de acordo com o tempo, local e contexto social" (HARGREAVES, 2004, p. 13).

A música como canal de comunicação partilha emoções, sensações, intenções e significados. Ela nos afeta tanto emocionalmente ativando sentimentos, quanto fisicamente. Pode ser usada por compositores ou músicos habilidosos gerando variações infinitamente sutis de expressividades.

Quando vamos a um concerto de música estamos imersos numa experiência cultural pessoal, encontramo-nos em uma experiência viva. Para cada estilo existe um tipo de expectativa musical. Culturas, camadas sociais e tipos de personalidade fazem exigências diferentes com relação à música. Alguns a usam como estimulante ou tranqüilizante; outros procuram a beleza e a intensidade; outros a distração ou o seu ritmo intenso e existem aqueles que procuram um simbolismo em cada nota ou

outros que a escutam por pura distração (JOURDAIN, 1998, p. 17). A música atinge todas os indivíduos, pois para ouvi-la não é preciso nenhum conhecimento prévio.

A música está por toda parte em nossa sociedade industrial moderna. Na vida cotidiana temos acesso fácil a variedades de músicas produzidas pela indústria musical (desenvolvimentos tecnológicos, comercialização crescente, baixo custo do walkman, Internet, MIDI, gravador de CD) e diversidade de estilos musicais comparado às décadas passadas. O acesso é variado de acordo com os consumidores, fãs, ouvintes, compositores, músicos, críticos. Por vezes, nos sentamos e ouvimos atentamente uma música que nos agrada ou vamos a um concerto de rock, música clássica, baile ou assistir a uma grande ópera (JOURDAIN, 1998, p. 306). Essa experiência está associada com o nosso "eu". Cada um de nós tem o seu próprio estilo de ouvir prestando atenção a certas características da música e deixando outras de lado. Alguns indivíduos sentem atração pela harmonia, ou por uma parte da melodia, ou pela letra da música. A predileção musical vem da personalidade do indivíduo e do seu meio social (JOURDAIN, 1998, p. 326).

A partir da importância da música na vida do sujeito, esta pode ancorar a sua relação consigo mesmo e a sua vida social. A música possibilita uma maior percepção da consciência emocional, consciência corporal, identificações com compositores, pertencimento grupal e sensação de fazer parte de uma determinada cultura musical que ancora a percepção do eu. Estes conceitos demonstram a importância da música na identidade do indivíduo.

3.2.3- A identidade musical e a apresentação do eu (*self*)

Observamos que, de maneira geral, a escolha musical está relacionada com o "*conceito de self*" e como o indivíduo se apresenta ao mundo. Os indivíduos, por vezes, se descrevem como calmos, nervosos, ansiosos, agitados, extrovertidos ou introvertidos. Um outro aspecto que pode caracterizar um indivíduo é determinado a partir de suas escolhas musicais: reggae, clássico, instrumental, MPB, evangélica, religiosas, rock, sertanejas, ou mesmo um determinado cantor(a) ou compositor(a). Neste sentido o indivíduo compartilha gostos musicais com outros a partir de suas preferências. O gosto musical pode estar relacionado com a idade, nível de treinamento musical, estilo e personalidade, de acordo com a cultura e preferências

públicas. Isto demonstra como grupos sociais podem ter preferências musicais diferentes (HARGREAVES, 2004, p. 11).

O gosto musical se relaciona ao papel que a música desempenha na vida pessoal (JOURDAIN, 1998, p. 333). Estas usam a música para melhorar seu estado de espírito, conviver com grupos sociais. Além disso, ouvem música pela experiência do seu significado. Música pode conotar a idéia de liberdade, oposição à opressão, rebeldia contra a tirania dos pais, representar uma época da vida, etc. Segundo Jourdain (1998), “a maioria dos indivíduos adquire seu gosto musical, durante a adolescência, entre amigos da mesma idade” (JOURDAIN, 1998, p. 336). Apesar de mudarmos com a idade nossos gostos musicais tendem a permanecer intactos. Segundo Hargreaves, (2004), as preferências musicais de crianças com 13 anos de idade desempenham um papel importante no processo de construção de identidade como um todo (HARGREAVES, 2004, p. 15).

Porém, gostos musicais, ou mesmo aversões musicais, podem variar de acordo com o humor, momento da vida, horário ou situação social. Isto demonstra que nos engajamos em diferentes tipos de música de acordo com a situação (HARGREAVES, 2004, p.11). A música pode não envolver o indivíduo, de tal modo que ele não a perceba, como, por exemplo, música de fundo no restaurante ou no supermercado. A música, sendo escutada de forma engajada pode provocar reações físicas e emocionais (GABRIELSSON, 1993, apud HARGREAVES, 2004, p. 11). Desta forma, pode-se ouvir música em níveis variados de engajamento, o que pode fazer parte de nossa identidade musical, constantemente reconstruída de acordo com o momento e interesse. Gostos e preferências musicais que podem ser significativos para um podem desempenhar um papel insignificante para outro. A importância da música varia de indivíduo para indivíduo, dependendo do nível de interesse de cada uma. Hargreaves (2004) observa que músicos estão altamente envolvidos com o instrumento musical percebendo que a maioria dos aspectos de suas vidas estão relacionados à música, e as “atividades musicais destes indivíduos estão no coração de suas identidades” (HARGREAVES, 2004, p.11).

A música desempenha um papel importante na construção da identidade dentro do campo social que nos envolve no ciclo da vida. Ela preenche funções cognitivas, emocionais e sociais ao influenciar comportamentos diversos tais como: eficiência no trabalho, escolha de produtos e atitudes nas compras do consumidor, percepção temporal e a tendência de esperar em filas, velocidade de ingestão de

comidas e bebidas, eficiências nas tarefas cognitivas, humores e estados emocionais dos indivíduos (HARGREAVES, 2005, p. 31). A música pode servir como referencial para o indivíduo posicionar-se dentro da cultura tornando explícita sua origem étnica, o seu gênero sexual e a sua classe. A audição musical, ou a criação sonora podem ressaltar uma satisfação estética, um prazer de ser consigo mesmo ou com os outros (RUUD, 1998, p. 35). A música é utilizada não apenas para regular nossos humores e comportamentos cotidianos, mas para nos apresentarmos aos outros da maneira como nós preferimos (HARGREAVES, 2004, p. 1). Quando o indivíduo possui um gosto musical ele entra em diálogo com outros indivíduos ou grupos. A conversa a respeito de música com o outro possibilita apreender como este a experimenta na vida cotidiana. Desta forma, toleramos ou não a perspectiva do outro. O sociólogo norueguês Ivar Frones define estes aspectos de possibilidade de ação como "competência social básica (FRONES, 1994, apud, RUUD, 1998, p. 63). As músicas escolhidas possuem um papel significante nos valores e atitudes e anuncia como os indivíduos são (COOK, 1998, apud HARGREAVES, 2004, p.1).

Essa identificação com estilo musical ou uma música pode nos remeter a imagens, sensações, emoções e situações vividas, recordações, lembranças de relações interpessoais e situações específicas. O apego a uma música se torna tão importante que alguns indivíduos escutam determinadas músicas diversas vezes em seguida, e amigos os identificam com determinados gostos musicais. A música também possui um alto poder de socialização. Os indivíduos se aproximam dos outros quando podem compartilhar estilos musicais. Este aspecto é importante no contexto musicoterapêutico. Outros se afastam de música e indivíduos que não gostam de estilos musicais semelhantes. Experiências musicais que são compartilhadas com o outro em determinado tempo e lugar passam a fazer parte da história de vida. A música passa a ser significante.

3.3- Identidade e esclerose múltipla

A esclerose múltipla é uma doença inflamatória do SNC que atinge principalmente mulheres no auge de sua vida adulta (20 a 40 anos de idade). É nesta fase que a maioria dos indivíduos assume o seu primeiro emprego, estabelece relacionamentos importantes, têm filhos, etc. (PAPALIA, 2000, p. 367). A descoberta

da doença pode refletir na identidade pessoal e na autonomia da vida cotidiana do paciente. Segundo Vieira (2004, p.56) a partir do diagnóstico da doença, os pacientes com esclerose múltipla sofrem um impacto psicológico. As dúvidas e incertezas sobre a evolução do curso clínico da doença levam a mudanças na auto-estima, auto-imagem, autoconfiança, liberdade e identidade do portador. Sentimentos como ansiedade resultante do reconhecimento da doença; de negação resultante da defesa do indivíduo em aceitar a realidade; de depressão, manifestada devido ao medo da incapacidade e do futuro incerto; de raiva, demonstrada a partir da amargura; hostilidade; aceitação e adaptação podem ocorrer com o paciente no processo de ajustamento à trajetória da doença (ibid). Este processo compreende as medidas adotadas pelo doente, familiares e cuidadores para controlar ou dissimular os sintomas, gerir os tratamentos e tentar levar a vida de uma forma normal e com qualidade de vida[28].

A maneira como cada indivíduo responde emocionalmente às alterações decorrentes da esclerose múltipla leva a mudanças fundamentais no "eu" e na "identidade" do mesmo (MAGEE, 2004, p. 180). As mudanças cognitivas e físicas alteram a maneira como o indivíduo se percebe e como ele compreende e interage com o ambiente e com os indivíduos que o cercam. Segundo Silva (2004, p.23), a doença crônica pode provocar uma ruptura biográfica na vida do portador atingido produzindo um impacto nos planos físico, socioeconômico e temporal. Relações públicas e privadas podem sofrer alterações dificultando o acesso ao mundo externo. Segundo Charmaz, (1991, apud MAGEE, 2004, p.180) mudanças causadas pela deficiência crônica resultam em uma identidade danificada. O indivíduo que sofre com a doença e necessita de hospitalização, isolado de seu ambiente privado, pode se encontrar frágil diante da impotência da doença e não ter como reivindicar identidades alternativas. Porém, segundo este autor, indivíduos que são capazes de recuperar suas perdas são mais propensos a desenvolver novos "conceitos de *self*", sendo este processo definido como "reconstrução do *self*" (MAGEE, 2004, p. 180).

Controlar as próprias mudanças que são ocasionadas pela doença pode auxiliar na manutenção da auto-estima. O conceito de identidade, dentro desta perspectiva, é aberto, isto é, o indivíduo transcende as mudanças que ocorrem no

[28] O conceito de qualidade de vida é multidimensional e incorpora a percepção do indivíduo sobre diversos aspectos da vida relacionados, por exemplo, à saúde, ao relacionamento familiar e social, ao meio ambiente e ao sistema político (BALSIMELLI, 2005, p.156).

seu corpo sendo levado a um “conceito de eu” por ele elaborado e transformado. O processo de enfrentamento da doença e recomposição de identidade dos pacientes com esclerose múltipla permite a aceitação da doença na vida cotidiana. No processo de reordenação de si para enfrentar a doença, o paciente pode encontrar no seu interior novas formas de ação respondendo às exigências da enfermidade. Bruner (1990 apud, HARGREAVES, 2004, p. 10) sugere que “façamos a nós mesmos e nossas identidades por meio de nossas narrativas autobiográficas”. Esta pode ser a razão pela qual o indivíduo tem um sentimento subjetivo de ter uma identidade central.

A música pode auxiliar o paciente no resgate da sua identidade. O sentimento e gosto musical não se modificam com a doença. A música pode desempenhar um papel de suporte em relação à história do indivíduo, pois esta história está lá, não se modifica. A música pode funcionar como âncora neste momento em que as palavras são difíceis de serem expressas. Neste contexto, o terapeuta tem a oportunidade de se encontrar com o indivíduo a partir de sua história de vida musical e perceber como este se vê diante do mundo, possibilitando novos arranjos do eu.

O papel da cultura musical na identidade pessoal é de importante consideração para o musicoterapeuta. A partir da história musical dos pacientes trazidas em suas autobiografias musicais estes relatos podem conter assuntos referentes à sua identidade. Segundo Hargreaves (2004, p.11), a música como canal de comunicação pode agir como meio de construir novas identidades, a partir da construção e reconstrução contínua do *self*.

A música pode ser oferecida num ambiente hospitalar de diferentes formas. Ela pode ser tocada num aparelho eletrônico na enfermaria ou num ambiente de um quarto compartilhado. Neste caso, ela se arrisca a ser evasiva com pouco controle individual sobre o estilo e volume. Ela pode ser oferecida em concertos semanais, proporcionando uma mudança no ambiente hospitalar, sendo partilhada por pacientes, amigos e familiares visitantes. Também pode ser escutada em serviços religiosos semanais de crenças diferentes, oferecendo um refúgio para aqueles que procuram um retiro privado e espiritual. Como recreação, oferece uma chance para a alegria, interação informal e distração. A variedade de oportunidades informais que são apreciadas na música, seja num ambiente privado ou mesmo num ambiente externo, reflete como ela é utilizada no cotidiano. A música pode ser compartilhada

em ambientes sociais ou mesmo contemplada no ambiente pessoal e privado (MAGEE, 2004, p.181).

Essas atividades são oportunidades para a distração com ênfase no prazer de ouvir ou fazer música. O musicoterapeuta, normalmente, não está envolvido em atividades recreativas. Nas sessões de musicoterapia, a música é utilizada como centro do processo terapêutico. Os pacientes são encorajados e apoiados a expressar suas emoções essenciais, não somente respostas emocionais positivas centradas no prazer. Este espaço é terapêutico, sendo essencial que os pacientes compreendam que o terapeuta é capaz de tolerar mesmo as mais difíceis expressões emocionais (MAGEE, 2004, p. 180). No processo terapêutico, paciente e terapeuta trabalham juntos em direção a um objetivo específico. O paciente é encorajado a se responsabilizar pelas mudanças decorrentes da terapia e compreender que o local de terapia é diferente do local de recreação ou educação musical.

Na análise de pacientes com esclerose múltipla observa-se que as histórias musicais são elaboradas a partir de uma época, de uma sociedade, de uma dinâmica interna própria de cada situação particular e de uma emoção específica em um determinado momento. Os pacientes estão comprometidos com as músicas que acompanham sua vida particular, como temas principais de um momento específico. Os relatos biográficos musicais proporcionam um retrocesso no tempo. Pacientes descrevem situações e sentimentos vividos. Não se pode lembrar de tudo, mas se a emoção esteve presente em torno da situação ela é facilmente relembrada. No processo de relatos a partir da música eram ricos os diálogos e as memórias, assim como uma recordação significativa de sua vida. Isto possibilita ao paciente a perceber a sua identidade, reelaborando o seu conceito de eu.

3.3.1- Musicoterapia e Identidade

Para Ruud (1998, p. 31), a relação entre música e identidade é muito importante para o campo da musicoterapia. A música pode fortalecer os indivíduos dentro de seu contexto cultural, criar lembranças sobre eventos significativos, intensificando o potencial para um trabalho terapêutico e auxiliar a construção de identidade, contribuindo para a melhora da qualidade de vida do paciente (RUUD,

1998, p. 46). A compreensão da cultura musical do indivíduo e do significado da música para o mesmo tem sido considerada como essencial para o terapeuta estabelecer a relação com o paciente (MAGEE, 2004, p. 181). Recentes pesquisas qualitativas têm sido desenvolvidas no campo da musicoterapia para examinar o processo terapêutico na música e mudanças na identidade do indivíduo (RUUD, 1998, p. 101, MAGEE, 2004, p. 181).

A musicoterapia pode ser considerada como estratégia de um tratamento integrativo em pacientes com esclerose múltipla por duas razões: primeiro, porque pode oferecer um significado na melhora de performance comunicativa e, segundo, porque pode promover a apresentação do eu. Por causa da natureza crônica degenerativa da doença, estes pacientes necessitam de suportes que promovam processos de como lidar com a doença e ofereçam uma identidade além da imposta pela doença crônica (ALDRIDGE, 2003, apud, SCHIMIDT, 2005, p. 27). Os pacientes têm a possibilidade de escrever a sua autobiografia a partir da música e trazer à tona outras vivências de diferentes épocas de sua vida. A musicoterapia preocupa-se com as mudanças qualitativas, considerando que os indivíduos modelam ativamente sua adaptação ao ambiente.

Ruud (1998, p.31), em trabalho desenvolvido sobre música e identidade estudou a conexão entre a música e a forma com que as pessoas se observam e se apresentam. Este autor coletou autobiografias musicais de estudantes de musicoterapia a partir de entrevistas e autobiografias das músicas selecionadas pelo aluno. Ele analisou mais de 1000 experiências musicais ou narrativas curtas sobre incidências musicais. (RUUD, 1998, p. 32). A partir desta análise o autor criou quatro principais categorias relacionando música e identidade: música e **espaço pessoal**, **espaço social**, **o espaço de tempo e lugar** e **espaço transpessoal** (RUUD, 1998, p. 33). Estas categorias, que estão relacionadas com as histórias que o autor coletou, possuem uma base empírica (RUUD, 1998, p. 57). Elas foram adaptadas a partir dos dados coletados e interpretados à luz de nossa realidade cultural e social. Esse modelo apresentado abaixo serviu de base para a análise dos dados desta pesquisa.

Tabela 2: Música e Identidade

A- ESPAÇO PESSOAL (Vida pessoal)	B- ESPAÇO SOCIAL	C- TEMPO /LUGAR	D-TRANSPESSOAL (Experiência transcedente)
A.1- Primeiras Relações A.2- Confiança Básica A.3- Ser visto, confirmado A.4- Consciência emocional: *Expressar *Sentir e tolerar A.5-Consciência Corporal A.6- Controle Habilitado (Mestria) A.7- Espaço Privado A.8- Autenticidade	B.1- Experiência emergente de individualidade B.2- Rompendo com identificações B.3-Identificação B.4- Pertencimento Grupal B.5-Conformidade X independência B.6- Gênero Sexual B.7- Relação com o outro B.8-Etnia	C.1- Calendário Pessoal C.2- Momentos Significativos C.3-Rituais cotidianos C.4- Celebrações C.5- Fases da Vida C.6- Época do Tempo C.7- Tempo Histórico C.8-Pertencimento Regional e Nacionalidade	D.1- Experiências Religiosas D.2- Culminâncias D.3- Extinção do Ego D.4- Maior do que

A- A categoria **Espaço Pessoal** relaciona-se a aspectos individuais e pessoais, fundamentada na psicologia. Dentro desta categoria serão apresentadas as seguintes subcategorias:

A.1- **Primeiras relações:** Canções ou músicas que pais, avós ou cuidadores cantavam ou tocavam para a criança.

A.2- **Confiança Básica:** Canções que estruturavam ou ancoravam o indivíduo em suas lembranças primordiais de “estar seguro” e apoiado em um relacionamento estável.

A.3- **Ser visto, observado e confirmado**: em que a situação musical cria uma posição privilegiada: o indivíduo ocupa a atenção total do outro.

A.4- **Consciência Emocional**: É a habilidade de experimentar e tolerar, conter e refletir sobre as emoções assim como dar expressões a elas. Canções que se tornaram algum tipo de treinamento em tolerância emocional, pela habilidade de conter e manter a emoção. Segundo Ruud (1998, p. 40) esses "exercícios emocionais podem se transformar em uma arena para descrição conceitual e esclarecimento das emoções, dessa forma ajudando o indivíduo a expressar diferentes emoções para o mundo".

A.5- **Consciência Corporal**: Reações corporais, e sensações corporais e fisiológicas em relação à música escutada.

A.6- **Mestria**[29]: Habilidade de executar uma música. Ter controle da situação.

A.7- **Espaço Privado**: "Escutar música ou tocar um instrumento parece levar para uma consciência de um espaço dentro do próprio indivíduo que é totalmente diferente e não acessível aos outros. Algumas vezes isso é chamado de "eu verdadeiro" (RUUD, 1998, p. 40).

A.8- **Autenticidade**[30]: Segundo Ruud, os indivíduos sentem uma experiência musical como autêntica quando ela lhes parece "verdadeira", "natural", "evidente", da maneira como deveria ser. (não "falsa", "comercial", "especulativa" e assim por diante).

B- A categoria **Espaço Musical e Social** refere-se a aspectos interpessoais da identidade, fundamentada na psicologia social. As subcategorais são:

B.1- **Experiência emergente de individualidade**: Capacidade de comparar o próprio gosto musical com o dos grupos sociais e culturais.

B.2- **Rompendo com identificações**: Consciência do gosto musical diferente do gosto musical de outro próximo.

B.3- **Identificação:** Usar ídolos da música para adquirir diferentes identidades.

B.4- **Pertencimento Grupal**: Percepção de ser parte de um grupo social e cultural em um determinado tempo e lugar.

---

[29] O musicoterapeuta possibilita, no processo terapêutico, a habilidade e capacidade do cliente de se expressar musicalmente.

[30] Esta subcategoria foi reorganizada por Ruud e comunicada em resposta a e-mail no dia 11/08/06. Passou para a categoria **espaço pessoal**, pois no primeiro momento da análise ela estava inserida na categoria **espaço social**. Ele fala: "Eu gostaria hoje de situar esta categoria, autenticidade como parte do **espaço pessoal**". (As cartas enviadas por e-mail ao musicoterapeuta Even Ruud podem ser encontradas no anexo três).

B.5- **Conformidade X Independência**: Conformidade: Música de consumo (comercial) *versus* independência: Música como meio de transformar a realidade (símbolo de mudança).

B.6- **Gênero Sexual**: "A música dá poder ao jovem ou os ajuda a identificar-se com um sentido adequado da percepção de gênero sexual" (RUUD, 1998, p. 43).

B.7**- Relação com o outro**: Usamos a música dentro de um contexto social, porém nossa escolha musical simboliza nosso valor de ligação com o outro.

B.8- **Etnia**: Pertencimento a um grupo étnico específico em uma determinada cultura.

C- A experiência musical está intimamente ligada à categoria **Espaço de Tempo e Lugar.** Sentimento de pertencer a um lugar em uma determinada época. Fundamentada na antropologia. As subcategorias são:

C.1- **Calendário Pessoal**: Ruud exemplifica esta categoria dizendo que: "Eu me lembro da minha vida quando a relaciono com experiências musicais significativas. Ajuda a traçar a minha vida".

C.2- **Momentos Significativos**: Momentos importantes da vida.

C.3- **Rituais Cotidianos**: Experiências do dia a dia.

C.4- **Celebrações**: Épocas festivas.

C.5- **Fases da vida**: Experiências musicais ligadas à transição de uma fase de vida para outra. Música pode se tornar um símbolo que toma muitos significados.

C.6- **Época do tempo**: Ajuda a lembrar um período da vida.

C.7- **Tempo Histórico**: Ruud exemplifica esta categoria dizendo que: porque John Coltrane é um indivíduo importante na história do jazz, eu posso alinhar a minha história pessoal com a história pública ou história musical oficial (jazz). Neste sentido, nós temos o tempo histórico genealógico (todos os compositores ou músicos que nós nunca chegamos a conhecer - por exemplo, Bach) e o tempo histórico orgânico - acontecimentos musicais a que eu assisti e que se tornaram parte da história musical oficial assim como da minha história pessoal (RUUD, 1998, p.44).

C.8- **Pertencimento Regional e Nacionalidade**: Essa categoria cobre o sentido de pertencimento e ligações com raízes musicais e tradições.

D- **Espaço Transpessoal**: Segundo Ruud, 1998, é difícil falar de experiências transpessoais, pois esta rompe a linguagem. São experiências de significado, isto é, experiências musicais que estão além da linguagem, produzindo estados alterados da consciência. Estado alterado de consciência é um sentido de estar fora da consciência do dia a dia (RUUD, 1998, p.45). Subcategorias:

D.1- **Experiências religiosas**: experiências ligadas ao contexto religioso.

D.2- **Culminâncias**: "experiências culminantes". [31] . No estado alterado da consciência você pode ter uma experiência de perder o sentido do tempo ou onde você está (vazio) experimentando o tempo como um fluxo.

D.3- **Extinção do ego:** experiência de ser levado para "fora" de nós mesmos. Segundo Ruud, você pode esquecer quem você é (RUUD, 1998, p. 46).

D.4- **"Maior do que"**: Pertencer a algo maior que o próprio indivíduo. "Os indivíduos descrevem como algo maior que a vida ou sendo parte de uma ordem grandiosa e continuidade" (RUUD, 1998, p. 46). Segundo Ruud, 1998, você pode ter uma experiência de que você é uma parte de alguma coisa, superior. Alguns indivíduos têm o sentimento de proximidade de Deus, outros da natureza e assim por diante (RUUD, 1998, p.47).

Nos estudos sobre música e identidade Ruud (1998, p. 56) observa que alguns fenômenos musicais podem ocorrer em categorias simultâneas, e afirma que elas poderiam ser agrupadas sobre uma categoria central: qualidade de vida. Ele argumenta que o fato de o envolvimento com a música poder produzir uma identidade diferenciada, flexível e forte pode ser percebido como um recurso potencial para se adquirir qualidade de vida (RUUD, 1998, p. 56). A música pode ser uma fonte de enriquecimento social podendo estimular a comunicação e a curiosidade intelectual (RUUD, 1998, p. 57). Ele observa, em suas análises das categorias, que as memórias significantes da música parecem ter alguma qualidade de "presença afetiva" (RUUD, 1998, p. 57). Os aspectos emocionais eram baseados em experiências vividas. A música está ligada a uma consciência das ações, um sentimento de domínio ou habilidades comunicativas sociais (RUUD, 1998, p. 57). Ele observa que os aspectos significativos estavam presentes na maioria das histórias, desde experiências comuns e cotidianas até experiências que marcaram a vida do indivíduo.

[31] Experiências musicais que contribuem para um estado alterado de consciência (BONNY e SAVARY, 1973, apud. RUUD, 1998, p.46).

Na teoria de identidade musical desenvolvida por Ruud, (1998), o ponto de formação de uma identidade resulta na maneira como os indivíduos narram suas histórias de vida. “Extraindo memórias de eventos significantes da vida como elas foram experimentadas por meio da música, os indivíduos planejam enredos que organizam os eventos de sua vida em narrativas coerentes” (RUUD, 1998, p. 66). Os enredos são escolhidos pelos indivíduos e são baseados em valores ou divisões do mundo para criar coerência nas histórias. As músicas dos pacientes são o seu banco de memória.

Na pesquisa sobre identidade musical em pacientes com esclerose múltipla os entrevistados se envolveram com a escuta musical, se emocionando e tendo a oportunidade de expressar sentimentos e vivências até então represadas. Este material mostrou-se uma rica fonte para promover experiências musicais significativas nos atendimentos posteriores em musicoterapia.

4 – MÉTODO

Uma das questões delicadas relacionadas à pesquisa em musicoterapia diz respeito à metodologia. A pesquisa no campo da musicoterapia tem o objetivo de medir ou avaliar os efeitos da música como um meio terapêutico buscando reconhecimento na comunidade científica e acadêmica. A musicoterapia, atualmente, possui uma base ampla de pesquisa abrangendo a investigação experimental e estudos de casos; a pesquisa descritiva e qualitativa; a pesquisa histórica social e a pesquisa conceitual filosófica (GFELLER, 2000, p.313, RUUD, 1998, p.100).

Na perspectiva positivista os fatos humanos devem ser observados cientificamente e submetidos à experimentação, determinando as leis naturais que os regem (LAVILLE, DIONNE, 1999, p.28). Este modelo em musicoterapia, com a aplicação de métodos quantitativos, é valorizado pelos pesquisadores que buscam explicar cientificamente os benefícios da terapia com a música. Este método, porém, não se adapta ao nosso objeto de estudo que busca centrar a pesquisa na compreensão[32] da identidade musical de pacientes com esclerose múltipla. Partindo do princípio de que o ato de compreender está ligado a atitudes, interesses e valores, as abordagens qualitativas não se preocupam em estabelecer leis. O objetivo deste método é uma descrição dos fenômenos estudados em seu contexto e não a sua expressividade numérica (GOLDENBERG, 1997, p.19). Um dos problemas que podem ser enfrentados na pesquisa qualitativa é a possível contaminação dos resultados em função da personalidade e valores do pesquisador. Por isso, um pesquisador deve ser treinado para manter influências perturbadoras no mínimo e as entrevistas devem ser registradas de acordo com as regras do sistema teórico, o que caracteriza a “subjetividade controlada” (RUUD, 1998, p.104). O papel do pesquisador é reconhecido, assim como sua subjetividade, que deve ser, porém, racional, controlada e desvendada (LAVILLE, DIONNE, 1999, p.42-44).

Segundo Ruud, (1998) os métodos qualitativos, que emergiram no campo da musicoterapia a partir dos anos 80, são adequados para compreender o modo de

[32] “Trata-se de compreender, considerando atentamente, a natureza do objeto de estudo, sua complexidade e o fato de ser livre e atuante, sempre cuidando para não deformá-lo ou reduzi-lo” (LAVILLE, 1999, p.41).

expressão especial de cada indivíduo. A principal característica destes métodos relevante no nosso estudo é a pesquisa descritiva. Nesta o levantamento de informações, opiniões e atitudes são ligadas à preferência musical, principalmente por transcrições de entrevistas, notas de campo, fitas de áudio e vídeo, documentos pessoais e outros (RUUD, 1998, p.108, AMARAL, 1991, p.78).

Na pesquisa qualitativa os dados gerados através da entrevista fornecem informações para o terapeuta sobre sentimentos, experiências, opiniões, interesses, atitudes, valores e conhecimento do paciente (GFELLER, 2000, p.343). Para o musicoterapeuta Bruscia (2000, p.268) os dados são interpretados utilizando principalmente o raciocínio indutivo, isto é, a partir dos fatos observados na realidade empírica, chega-se a uma proposição geral. A música pode ser verbalmente reafirmada ou representada de diversas maneiras. Uma característica particular dos métodos qualitativos é a busca de significado dos fenômenos psicológicos. É uma pressuposição básica de que os processos psíquicos se referem a um contexto de significado que pode ser estudada através da sua manifestação na música ou na interação cliente-música-terapeuta (RUUD, 1998, p.103).

4.1- Delineamento

Este estudo se caracteriza como de delineamento descritivo (GIL, 1996, p.46) e utiliza o método qualitativo de análise de conteúdo com categorias fechadas.

O resultado desta análise foi submetido a uma análise quantitativa para revelar a incidência de cada categoria.

Trata-se de uma pesquisa em pequena escala, que preferimos considerar como um estudo piloto, devido ao número reduzido de participantes e outras limitações da amostra.

4.2- Questão da pesquisa

Como portadores de esclerose múltipla expressam suas identidades **pessoal**, **social**, **temporal** e **transpessoal** através da música?

4.3- Amostra

Neste estudo foram selecionados por critério de tipicidade (LAVILLE, DIONE, 1999, p.170) oito pacientes adultos com diagnóstico de esclerose múltipla clinicamente definida sob acompanhamento no Centro de Investigação em Esclerose Múltipla (CIEM) da Universidade Federal de Minas Gerais. Apenas os pacientes que preencheram todos os seguintes critérios de inclusão foram selecionados neste estudo: pacientes de ambos os sexos, pacientes com o diagnóstico de esclerose múltipla, pacientes do CIEM, pacientes que assinaram o termo de consentimento livre esclarecido e ausência de doenças graves concomitantes (respiratória, insuficiência cardíaca, distúrbios psiquiátricos e cognitivos). Dos entrevistados cinco eram do sexo masculino e três do sexo feminino com idade entre 22 e 58 anos. Todos eram brasileiros e quatro eram pardos, três eram brancos e um era negro. Três dos entrevistados eram solteiros, três eram casados, um era viúvo e um separado. Quatro dos entrevistados possuíam curso superior completo; dois tinham segundo grau completo, um tinha o superior incompleto e um tinha primeiro grau incompleto. Todos os entrevistados foram encaminhados pela equipe interdisciplinar do CIEM sendo que apenas uma entrevistada procurou o servido de musicoterapia do CIEM espontaneamente. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG- COEP, parecer número 501/05.

4.4- Procedimentos

Inicialmente, todos os pacientes foram avaliados prospectivamente pela pesquisadora a partir de um questionário de avaliação inicial em musicoterapia identificando:

- variáveis basais[33];
- diagnóstico;
- motivo do encaminhamento;
- antecedentes sonoros e musicais;
- cultura musical;
- elementos extra-musicais;

[33] Identificação do paciente.

- ambiente sonoro atual;
- tratamentos utilizados;
- escalas neuropsicológicas aplicadas;
- conduta musicoterapêutica;
- planejamento do tratamento; e
- encaminhamentos para outras especialidades (VIANNA, 2004,s.p.)[34].

Após a avaliação inicial o paciente foi convidado a participar voluntariamente do estudo sobre identidade musical. A cada sujeito convidado foi feita uma explicação do objetivo do estudo que está relacionado à sua história musical. Após o consentimento do paciente foi solicitado a este que selecionasse dez a quinze músicas significativas em sua vida e fizesse um comentário sobre elas[35]. O número de músicas sugeridas foi baseado no estudo de identidade musical realizado pelo musicoterapeuta Even Ruud (RUUD, 1998, p.32)

O paciente assinou um termo de consentimento livre esclarecido, cuja finalidade principal é proteger o participante, o pesquisador e a instituição (VIEIRA, 2001, p.24). Na sessão seguinte o terapeuta iniciou a entrevista a partir das músicas escolhidas. As entrevistas coletaram informações dos participantes sobre o que eles sentiam quando escutavam as músicas, enfocando as suas próprias experiências.

Os entrevistados passaram por entrevistas abertas não estruturadas[36] que foram transcritas e analisadas. Foi sugerido que o entrevistado falasse o que viesse à sua mente sobre a música escolhida. Cada um recebeu uma cópia da transcrição da entrevista assim como um Cd com suas músicas. O anonimato neste estudo foi preservado.

4.5- Coleta de Dados

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas abertas feitas diretamente com os entrevistados no período compreendido entre 04 de julho de 2005 a 09 de

[34] O protocolo de avaliação inicial em musicoterapia do CIEM encontra-se no anexo número um.
[35] Os nomes das músicas encontram-se organizadas de forma aleatória no anexo número quatro.
[36] "Entrevista na qual o entrevistador apóia-se em um ou vários temas e talvez em algumas perguntas iniciais, previstas antecipadamente, para improvisar em seguida suas outras perguntas em função de suas intenções e das repostas obtidas de seu interlocutor" (LAVILLE, 1999, p.190).

junho de 2006. As entrevistas ocorreram no CIEM e/ou no Laboratório do Movimento da Faculdade de Medicina da UFMG. Todas as entrevistas foram gravadas em fitas cassetes e posteriormente transcritas. As gravações das músicas foram realizadas por uma assistente em um Cd. Foi utilizado um programa da Internet chamado Emule para adquirir as músicas escolhidas pelos entrevistados.

4.6- Análise de Dados

A análise dos dados concentra-se em estudos sobre os discursos[37] pessoais ligados a identidade musical. Foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo[38] utilizando as categorias elaboradas pelo musicoterapeuta norueguês Even Ruud (1998) adaptadas para as entrevistas desta pesquisa. As quatro principais categorias relacionadas à identidade musical são: **espaço pessoal**, **espaço social**, **espaço de tempo e lugar** e **espaço transpessoal** .

Para descrever os dados foram construídas tabelas de distribuição de freqüência e utilizados gráficos de setores e de barras. Para comparar as proporções de cada grupo foram construídos intervalos de confiança de 95% para essas proporções. Para correlacionar a freqüência de cada caso com o grupo total foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, que é o teste mais apropriado quando se deseja comparar proporções. Nas comparações em que se tratava de baixas freqüências, foi utilizado o teste exato de Fisher. O software utilizado nas análises foi o Epi-info Windows. Em todos os casos, foi adotado um nível de 5% de significância.

Desenvolver uma pesquisa privilegiando questões relativas à identidade de pacientes com esclerose múltipla é atuar com um grupo social minoritário e um conceito de identidade em constante modificação. A premissa básica no campo da musicoterapia é que a música do indivíduo o convida a participar das atividades em musicoterapia. As entrevistas enfocam as músicas latentes, que fazem parte da história compacta do indivíduo, permitindo resgatar a sua memória. Percebemos que

[37] Termo entendido aqui em um sentido muito amplo que engloba respostas obtidas nas perguntas abertas das entrevistas (LAVILLE, 1999, p.198).
[38] "O princípio da análise de conteúdo consiste em desmontar a estrutura e os elementos do conteúdo para esclarecer as suas diferentes características e extrair sua significação" (LAVILLE, 1999, p.214).

aquilo que se vivencia com a música pode ser totalmente diferente para o outro. As músicas trazidas pelos pacientes fazem parte da trilha sonora de suas vidas particulares.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Perfil dos entrevistados - Protocolo de Avaliação Inicial em Musicoterapia

O levantamento de dados da amostra teve início com o preenchimento de um Protocolo de Avaliação Inicial em Musicoterapia[39]. Este tem como objetivo coletar dados básicos sobre os participantes e inclui itens, tais como:

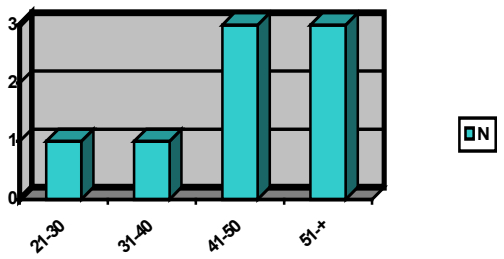
a) identificação;
b) diagnóstico;
c) motivo do encaminhamento;
d) preferências musicais;
e) antecedentes sonoros musicais;
f) cultura musical;

O primeiro item, identificação, englobou os seguintes dados: sexo, idade, cor, nacionalidade, estado civil e escolaridade. Entre os oito participantes do estudo, cinco eram do sexo masculino e três do sexo feminino. As idades destes variaram entre 22 e 58 anos, com uma idade média de 44 anos e desvio padrão de 11,8.

Tabela 3: Distribuição das idades dos pacientes

Faixa etária	21-30	31-40	41-50	51+
N	01	01	03	03

Figura 1: Distribuição da Idade



[39] O modelo do Protocolo de Avaliação Inicial em Musicoterapia encontra-se no anexo número um deste trabalho.

No aspecto cor, os participantes foram identificados como sendo quatro pardos, três brancos e um negro, sendo todos brasileiros. Quanto ao estado civil, três eram solteiros, três eram casados, um era viúvo e um separado. Segundo a escolaridade metade dos entrevistados possui curso superior completo; dois tinham segundo grau completo, um, o superior incompleto e um, primeiro grau incompleto. Estes dados são apresentados na tabela abaixo:

Tabela 4: Distribuição da identificação dos pacientes

CATEGORIAS	Caso1	Caso2	Caso3	Caso4	Caso5	Caso6	Caso7	Caso8
Sexo	Masc	Masc	Masc	Masc	Fem	Masc	Fem	Fem
Idade	32	51	46	54	45	22	58	43
Cor	branco	pardo	pardo	branco	negro	pardo	branco	pardo
Nacionalidade	Bras	Bras	Bras	Bras	Bras	Bras	Bras	Bras
Estado Civil	solteiro	casado	casado	separado	solteiro	solteiro	viúvo	casado
Escolaridade	superior	superior	superior	1ºgrau incompleto	superior	superior incompleto	2ºgrau	2ºgrau

Em relação ao diagnóstico, foram identificadas as seguintes formas da esclerose múltipla: seis tinham a forma esclerose múltipla recorrente remitente (EMRR); outros dois participantes tinham a forma esclerose múltipla primariamente progressiva (EMPP) e a forma esclerose múltipla secundariamente progressiva (EMSP). Os escores do EDSS dos participantes variavam de 0 a 5,0, o valor médio foi 02 e o desvio padrão 1,8. A idade de início da doença varia de 12 anos a 43 anos, com uma média de 29,4 e desvio padrão de 12,3. O tempo de doença variava de 2 a 34 anos, com uma média de 14,5 anos e um desvio padrão de 12,6. Os pacientes foram encaminhados pela equipe interdisciplinar do CIEM para o setor de musicoterapia. Este setor estava oferecendo atividade de canto em grupo. Quando questionados sobre o motivo do encaminhamento quatro informaram que era para atividade de canto, sendo que um procurou o serviço por demanda espontânea. Os outros informaram que foram encaminhados devido: um ansiedade, um depressão, um para o atendimento em musicoterapia e um para a pesquisa em musicoterapia.

Tabela 5: Diagnóstico

CATEGORIAS	Caso1	Caso2	Caso3	Caso4	Caso5	Caso6	Caso7	Caso8
EDSS	0	1	3	5,0	0	3	1	3.0
Diagnóstico	EMRR	EMRR	EMSP	EMPP	EMRR	EMRR	EMRR	EMRR
Idade de início da doença	25anos	18anos	12anos	41anos	43anos	19anos	42anos	35anos
Tempo de doença	7anos	33anos	34anos	13anos	2anos	3anos	16anos	8anos
Encaminhamento (motivo do paciente)	ansiedade	depressão	Canto	canto	musico terapia	pesquisa	canto (demanda própria)	canto

Os demais itens relacionaram-se às experiências musicais dos participantes. Quanto aos antecedentes sonoros musicais e cultura musical, ¾ dos entrevistados relataram ter tido algum tipo de atividade musical na infância. Metade dos sujeitos teve educação musical na infância, sendo que um aprendeu a tocar violão, outro tocava flauta e violão e um teve aulas de piano. Os que não tiveram aula de música relataram ter tido experiências de brincadeiras de roda (dois participantes) e canto (dois). Todos afirmaram gostar de música. Metade ouve música todos os dias, três ouvem música freqüentemente e um ouve raramente.

Quanto à preferência musical, verificamos uma diversificação de estilos em ¾ dos entrevistados. Um deles só gostava de ouvir clássico e outro gostava de músicas românticas. Dois relataram que não gostavam de rock e rap; os outros participantes da pesquisa responderam isoladamente que não gostavam de pagode/axé, samba/pagode, rock/música doidona, sertanejo, pagode e rock/música pesada. Em relação à preferência instrumental, três gostavam de piano, dois preferiam instrumentos de cordas, um gostava de instrumentos de corda e sanfona, um gostava de bateria e outro disse que gostara de todos os instrumentos. Estes dados podem ser visualizados na tabela abaixo:

Tabela 6: Antecedentes sonoros musicais:

CATEGORIAS	Caso1	Caso2	Caso3	Caso4	Caso5	Caso6	Caso7	Caso8
Prática musical na infância	violão	piano	não	não	roda e canto	roda	canto e roda	canto
Aprendizado de Instrumento	flauta violão	piano	não	não	violão	violão	não	não
Gosta de música	sim	sim	sim	sim	sim	sim	Sim	sim
Instrumento que gosta	todos	piano	piano	bateria	corda e sanfona	corda	piano	corda
Preferência musical	vários	vários	clássico	romântico	vários	vários	vários	vários
Ouve Música	todos dias	todos dias	raramente	todos dias	Frequ.	todos os dias	Frequ.	Frequ.
Música que não gosta	axé e pagode	samba e pagode	rap e rock	música doidona e rock	sertaneja	pagode	rap e rock	música pesada e rock

5.2. Música e identidade: análises individuais dos casos

Nesta seção serão apresentados os resultados individuais de cada entrevistado. Após a descrição do perfil musical e diagnóstico de cada participante, segue a análise das entrevistas conforme as categorias (RUUD, 1998) descritas no capítulo anterior. Por razões de confidencialidade, as músicas escolhidas[40] pelos participantes serão omitidas no relato.

[40] As músicas escolhidas pelos entrevistados podem ser encontradas em anexo quatro e estão dispostas de forma aleatória.

5.2.1- Caso 1:

Perfil: homem, brasileiro, com 32 anos, branco, solteiro e com curso superior. Foi diagnosticado com esclerose múltipla na forma recorrente remitente (EMRR) e seu último EDSS foi zero[41]. Os dados a respeito dos antecedentes sonoros musicais e da cultura musical do participante são resumidos no quadro abaixo:

Quadro 1: Antecedentes sonoros musicais do Caso 1

Prática musical na infância	O pai era músico e o ensinou a tocar violão
Aprendizado de instrumento	Flauta/ Violão
Gosto pela música	Sim
Instrumento(s) favorito(s)	Cordas/ percussão/ piano/ sopro
Freqüência com que escuta música	Todos os dias
Preferência musical	MPB/ sertanejo/ caipira/ reggae/ pop internacional/ rock'n'roll nacional e internacional/ música clássica
Estilo musical que não aprecia.	Pagode/ Axé

Análise das entrevistas do Caso 1

O paciente selecionou e gravou em Cd 10 músicas relacionadas à sua história musical. Foram realizadas quatro entrevistas com uma média de duas horas de gravação. A análise das transcrições revelou que das quatro categorias de análise houve a ocorrência de apenas três categorias: **espaço pessoal, espaço social, e tempo e lugar.** No total, foram encontradas 50 referências às subcategorias que as compõem. Não foi encontrada nenhuma ocorrência na categoria **transpessoal**.

A) Categoria **espaço pessoal** - foram encontradas 15 referências a esta categoria, com ocorrência em três subcategorias: *consciência emocional* (09), *consciência corporal* (04) e *confiança básica* (02), exemplificadas a seguir:

[41] O EDSS (Expandid Disability Status Scale) encontra-se no anexo número cinco.

(A.2) Subcategoria *confiança básica:*

"Foi uma fase muito bacana, muito legal, porque foi a fase de união que tive com o meu pai. Era em casa, era no trabalho, no futebol, sempre íamos juntos";

(A.4) Subcategoria *consciência emocional:*

"É por isso que me tocou demais e eu sinto saudade demais";

"Era um sentimento correspondido eu amava e recebia aquilo de volta. ..eu era feliz";

"Nessa música eu relato a minha situação sentimental, profissional pela qual eu estou passando";

(A.5) Subcategoria *consciência corporal* :

"[...]estou dançando";

"Foi tão gostoso, chorei até e ela me consolou, justamente com a cabeça no ombro dela";

B) Categoria **espaço social**: foram encontradas 15 ocorrências nas subcategorias *pertencimento grupal* (07)*, gênero sexual* (03) e *relação com o outro* (05)*,* relatadas a seguir:

(B.4) Subcategoria *pertencimento grupa*l:

"Quando surgia alguma coisa todo mundo fazia, todo mundo tinha um carrinho de ferro... O que um fazia os outros faziam... um por todos e todos por um";

"Muitas vezes estávamos brincando na rua e ouvindo esta música tocar";

"E no meu caso pessoal eu tinha a turma... Aí teve a festa reunimos toda a turma, aí tocou esta música, foi muito bacana";

(B.6) Subcategoria *gênero sexual*:

"Festa de aniversário de menino não tem nada igual";

"[...] conversávamos assuntos de rapazes, sobre as meninas bonitas";

(B.7) Subcategoria *relação com o outro*:

"Como diz a própria letra. Eu quero ter um relacionamento intenso eu quero viver com você, eu quero pensar com você. Eu tenho muito, é uma identidade, uma identidade com aquela pessoa";

"Realmente posso dizer que foi um namoro";

C) Categoria **tempo e lugar**: foram encontradas 20 referências às subcategorias *calendário pessoal* (01)*, momentos significativos* (03)*, rituais cotidianos* (02)*, celebrações* (02)*, fases da vida* (03)*, época do tempo* (08) *e tempo histórico* (01), como descrito a seguir:

(C.1) Subcategoria *calendário pessoal*:

"Foi o auge desta fase esta festa com esta música. Marcou não só a minha vida como esta parte da minha vida";

(C.2) Subcategoria *momentos significativos*:

"É um ponto da minha vida que é referência";

"Foi uma música que marcou muito";

"Foi o meu primeiro porre com 17 anos";

(C.3) Subcategoria *rituais cotidianos* :

"[soltar] papagaio em julho";

"todos os dias depois do almoço eu fazia o para casa e essa música sempre tocava";

(C.4) Subcategoria *celebrações*:

"Copa do mundo juntava todo mundo e sorteava os dias de jogo e iam para a casa de um";

" Foi no carnaval neste ano";

(C.5) Subcategoria *fases da vida*:

"Foi uma fase que marcou o início da minha fase adulta porque eu comecei pensar embrionariamente no vestibular, no trabalho";

(C.6) Subcategoria *época do tempo*:

"Eu estava no primeiro ano científico do 2º grau";

"Eu tinha 17 anos na época";

"Eu cresci ouvindo C, com certeza marcou muita minha infância";

(C.7) Subcategoria *tempo histórico*:

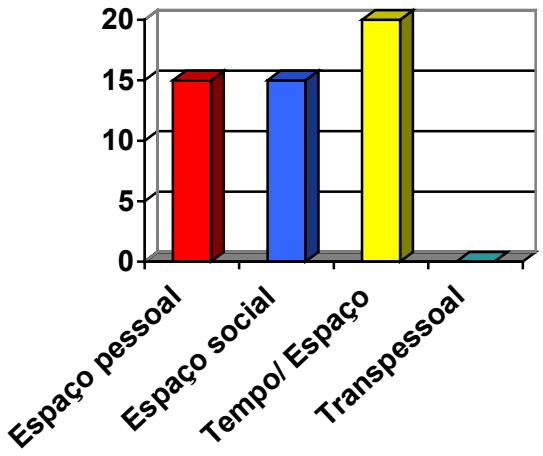
"Em 1989 foi o ano que o Paul McCartney veio aqui no Brasil e fez um show no Maracanã e em 90 ele voltou e fez um show em Curitiba. Então foi uma coisa marcante. Eu tinha de 15 para 16 anos";

Esses dados podem ser visualizados na Tabela 7 e na Figura 2, abaixo.

Tabela 7: Síntese das ocorrências do Caso 1

A) Espaço Pessoal		B) Espaço social		C)Tempo/ Lugar		D) Espaço Transpessoal	
A.1 Primeiras relações	00	B.1 Experiência emergente de indi-vidualidade	00	C.1Calendário Pessoal	01	D.1 Experiência Religiosa	00
A.2 Confiança básica	02	B.2 Rompendo identificações	00	C.2 Momentos significativos	03	D.2 Culminâncias	00
A.3 Ser visto	00	B.3Identificações	00	C.3 Rituais cotidianos	02	D.3 Extinção do Ego	00
A.4Consciência Emocional	09	B.4Pertencimento grupal	07	C.4Celebrações	02	D.4 “Maior do que”	00
A.5Consciência corporal	04	B.5Conformidade X independência	00	C.5 Fases da vida	03		
A.6 Mestria	00	B.6 Gênero Sexual	03	C.6 Época do tempo	08		
A.7 Espaço Privado	00	B.7 Relação com o outro	05	C.7Tempo Histó-rico	01		
A.8 Autenticidade	00	B.8 Etnia	00	C.8Pertencimento Regional e Nacionalidade	00		
Total	15	Total	15	Total	20	Total	00

Figura 2: Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 1



5.2.2- Caso 2

Perfil: homem, brasileiro, com 51 anos, pardo, casado, com curso superior. Diagnosticado com esclerose múltipla recorrente remitente (EMRR) e EDSS um. Inicialmente o paciente, na entrevista inicial de musicoterapia, relata sentir depressão.

Os dados a respeito dos antecedentes sonoros musicais e da cultura musical do paciente podem ser resumidos de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 2: Antecedentes sonoros musicais do Caso 2

Prática musical na infância	Estudou piano dos 7 aos 14 anos
Aprendizado de instrumento	Piano e canto
Gosto pela música	Sim
Instrumento favorito	Piano e órgão de tubos
Preferência musical	Rock´n´roll internacional, New Age, Pop Internacional, música clássica.
Freqüência com que escuta música	Todos os dias
Estilo musical que não aprecia	Pagode/Samba

Análise das entrevistas do Caso 2

O entrevistado selecionou e gravou, em fita cassete, nove músicas de vinil e cd´s que tinha em sua casa. As outras duas músicas foram sugeridas pelo entrevistado e gravadas pelo entrevistador. No total foram 11 músicas sugeridas para sua autobiografia musical. Foram realizadas quatro entrevistas, com uma média de uma hora de gravação. A análise das transcrições revelou que todas as categorias de análise foram representadas neste relato: **espaço pessoal, espaço social, tempo/lugar e transpessoal**. No total foram encontradas 26 referências às subcategorias que as compõem.

A) Categoria **espaço pessoal** - foram encontradas 10 referências a esta categoria, com ocorrência em quatro subcategorias: *consciência emocional* (03)*, consciência corporal* (3)*, mestria* (01) *e autenticidade* (03), por exemplo:

(A.4) Subcategoria *consciência emocional* :

"Tem uma coisa assim de alegria";

" Eu tinha medo de gostar";

(A.5) Subcategoria *consciência corporal:*

"Esta música traz liberdade";

"E vem uma música aberta, toda saltitante, toda viva, vida";

(A.6) Subcategoria *mestria*:

"Quando iniciei a tocar piano. Uma das primeiras músicas que comecei a tocar";

(A. 8) Subcategoria *autenticidade*:

"Muito introspectiva. Esta música é muito louca. Esta música é calma, mas ao mesmo tempo você fica divagando. Liberdade, como vou dizer, é uma música que você fica pensando e acha uma solução. É isso que esta música me passa";

B) Categoria **espaço social**: foram encontradas oito ocorrências nas subcategorias *experiência emergente de individualidade* (01), *identificação* (01)*,pertencimento grupal* (01)*, gênero sexual* (02) e *relação com o outro* (03), tais com*:*

(B.1) Subcategoria *Experiência emergente de individualidade*:

"Este tipo de música na época hoje seria New Age. Enquanto as pessoas curtiam carnaval, eu gostava desta música";

(B.3) Subcategoria *identificação:*

"Eu me identificava muito com Beethoven";

(B.4) Subcategoria *pertencimento grupa*l:

"Eu fiz amizades que até hoje permanecem";

(B.6) Subcategoria *gênero sexual* :

"Eu me reúno com amigos da faculdade";

(B.7) Subcategoria *relação com o outro*:

"Foi justamente quando eu comecei a conhecer esta garota [...] Ela não saía da minha cabeça";

C) Categoria **tempo e lugar**: foram encontradas sete referências às subcategorias *calendário pessoal* (03)*, momentos significativos* (01)*, celebrações* (01)*, época do tempo* (02) *e tempo histórico* (01), descritas a partir dos relatos, por exemplo:

(C.1) Subcategoria *calendário pessoal*:

"Começo a sair de casa. Fui para a [...]";

(C.2) Subcategoria *momentos significativos*:

"[...] marcou muito esta música";

(C.4) Subcategoria *celebrações*:

"No meu aniversário fazia questão de assistir a missa lá, que era toda em latim";

(C.6) Subcategoria *época do tempo*:

"Esta música me lembra a época que minha mãe melhorou, começou a andar de cadeiras de roda. É mais ou menos esta época. Eu se,nti uma melhora nela";

D) Categoria **transpessoal** foi encontrada uma ocorrência na subcategoria *experiências religiosas,* expressa no relato:

(D.1) Subcategoria *experiências religiosas*:

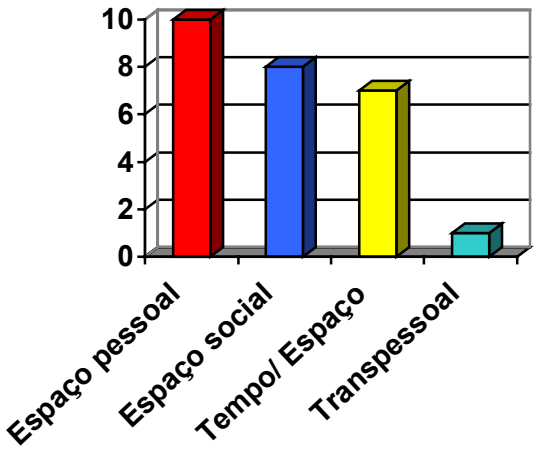
"Aquele clima de mistério, de você não saber o que está acontecendo, o que houve, aquele mistério eu achava muito interessante e me identificava com isso. Então esta música tem muito a ver com a Igreja... Você já entra e se sente pequenino você não é nada, você é somente uma parte daquele monumento todo. Esta música era tocada por um padre no Grande Órgão";

Esses dados podem ser visualizados na Tabela 8 e na Figura 3, abaixo.

Tabela 8: Síntese das ocorrências do Caso 2

A) Espaço Pessoal		B) Espaço social		C)Tempo/ Lugar		D) Espaço Transpessoal	
A.1 Primeiras relações	00	B.1 Experiência emergente de indi-vidualidade	01	C.1Calendário Pessoal	02	D.1 Experiência Religiosa	01
A.2 Confiança básica	00	B.2 Rompendo identificações	00	C.2 Momentos significativos	01	D.2 Culminâncias	00
A.3 Ser visto	00	B.3Identificações	01	C.3 Rituais cotidianos	00	D.3 Extinção do Ego	00
A.4Consciência Emocional	03	B.4Pertencimento grupal	01	C.4Celebrações	01	D.4 “Maior do que”	00
A.5Consciência corporal	03	B.5Conformidade X independência	00	C.5 Fases da vida	00		
A.6 Mestria	01	B.6 Gênero Sexual	02	C.6 Época do tempo	03		
A.7 Espaço Privado	00	B.7 Relação com o outro	03	C.7Tempo Histó-rico	00		
A.8 Autenticidade	03	B.8 Etnia	00	C.8Pertencimento Regional e Nacionalidade	00		
Total	10	Total	08	Total	07	Total	01

Figura 3: Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 2



5.2.3- Caso 3

Perfil: homem, brasileiro, com 42 anos, pardo, casado, com curso superior. Diagnosticado com esclerose múltipla secundariamente progressiva (EMSP) e último EDSS 3. Os dados a respeito dos antecedentes sonoros musicais e da cultura musical do paciente podem ser resumidos de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 3: Antecedentes sonoros musicais do Caso 3

Prática musical na infância	não
Aprendizado de instrumento	não
Gosto pela música	sim
Instrumento favorito	piano
Preferência musical	Música clássica
Freqüência com que escuta música	raramente
Estilo musical que não aprecia	Rap, rock pesado

O paciente selecionou 23 músicas referentes à sua história pessoal. Como foi solicitado ao entrevistado que escolhesse 10 a 15 músicas significativas na sua história musical, uma assistente baixou, aleatoriamente, 15 músicas da seleção. Foram realizadas seis entrevistas com uma duração média de 3 horas e 30 minutos de gravação. Todas as categorias de análise foram representadas neste relato: **espaço pessoal, espaço social, tempo/lugar e transpessoal**. No total foram encontradas 71 referências às subcategorias que as compõem.

A) Categoria **espaço pessoal** foram encontradas 29 referências às subcategorias. Foram encontradas referências quanto a subcategorias *primeiras relações* (01), *confiança básica* (03), *consciência emocional* (10), *consciência corporal* (05), *espaço privado* (03) e *autenticidade* (07), encontradas, por exemplo:

(A.1) Subcategoria *primeiras relações*:

"Essa música era uma das músicas que tocavam nas rodas, na escola, dava a mão";

(A.2) Subcategoria *confiança básica*:

"Meu pai foi um esteio, foi tudo de bom em todas as etapas. Eu atribuo a ele o que eu sou hoje. Se não fosse meu pai eu já teria desistido. Me acompanhou";

(A.4) Subcategoria *consciência emocional:*

"Eu tinha assim, uma paixão. Esse negócio de definir sentimento, eu acho assim meio complicado. Mas de qualquer forma eu tinha aquela paixão";

"[...]como impacto emocional que a esclerose múltipla fez em mim, foi uma coisa marcante até hoje";

(A.5) Subcategoria *consciência corporal* :

"Eu comecei a chorar e senti uma alegria tão grande que é estranho";

"Eu não sei se chorei, se eu chorava por dentro";

(A.7) Subcategoria *espaço privado*:

"Mesmo quando criança eu já tinha essa tendência a introspecção e ainda ficar fantasiando as coisas";

"Então eu não tinha como, eu tinha que me conter no meu mundo. E também para não ser machucado";

(A.8) Subcategoria *autenticidade*:

"Eu podia mudar a música do Chico Buarque de Construção para Transformação, transição, quem sabe";

"Essa música é como se fosse um crescendo, e ela é. Sempre vai e vai, e eu posso dizer que o meu processo não é assim tranqüilo";

"A música, eu posso falar, é o resumo. Ela fala por mim";

B) Categoria **espaço social**: foram encontradas 12 ocorrências nas subcategorias *identificação* (01)*, pertencimento grupal* (05), *gênero sexual* (02) e *relação com o outro* (04), como por exemplo*:*

(B.3) Subcategoria i*dentificação*:

"A Nona Sinfonia corresponde uma época da surdez absoluta de Beethoven. Ele recebeu até aplausos de pé sem escutar. Mas de qualquer forma essa foi uma das músicas que me estimularam a prosseguir";

(B.4) Subcategoria *pertencimento grupa*l:

"Junto com isso tinha também os colegas que inclusive foram muito marcantes nesta época";

"[...]eu tive visita de todo mundo, da sala. Foi muito bacana, todo mundo na sala sentado no chão, perguntando, sabe como é estudante";

(B.6) Subcategoria *gênero sexual*:

"Essa música eu era menino mesmo";

(B.7) Subcategoria *relação com o outro*:

"Agora eu recordo também nesta época do meu irmão";

"Eu tinha voltado à Universidade e eu tinha conhecido uma menina chamada [...]".

C) Categoria **tempo e lugar**: foram encontradas 28 referências às subcategorias *calendário pessoal* (02)*, momentos significativos* (07)*, celebrações* (01), *fases da vida* (09), *época do tempo* (08) *e tempo histórico* (01).

(C.1) Subcategoria *calendário pessoal* :

"Foi uma época de franca luta e franca recuperação e otimismo também. Eu conseguia, eu não entreguei os pontos não. Já tinha passado por coisas mais difíceis que isso";

(C.2) Subcategoria *momentos significativos*:

"Eu estava me sentindo muito estranho e isso, gerou uma insegurança, mas vai passando o tempo e com 12 anos de idade eu tive a primeira crise da Esclerose";

"[...]e já correspondendo a época que os sintomas da esclerose múltipla começaram a se acentuar";

(C.4) Subcategoria *celebrações:*

"Essa música ela foi tocada no dia da minha formatura, foi no auditório da medicina";

(C.5) Subcategoria *fases da vida* :

"É uma fase interessante que é transição de um monte de área";

"Foi muito dos 15 aos 20 anos foi muito intensa esta parte";

(C.6) Subcategoria *época do tempo:*

"É recordação de infância vem toda através desta música. Cada música traz uma seqüência. É como se abrisse uma gaveta e sai um monte de coisas";

(C.7) Subcategoria *tempo histórico* :

"Militarismo também, pesado. As escolas estavam sob este regime também. Era um rigor muito grande, uma inspeção próxima dos militares. Cantava-se o Hino Nacional, o Hino da Bandeira para entrar";

D) Categoria **transpessoal** foram encontradas duas ocorrências correspondendo às subcategorias: *"Experiência religiosa"* (01) *"maior que"* (01):

(D.1) Subcategoria *"experiências religiosas":*

"E nessa época, eu lembro que tinha uma igrejinha do lado da Pampulha, era uma igrejinha pequena, mas eu ia lá. E eu sentia que com isso eu me sentia mais forte frente à situação que eu passava";

(D.4) Subcategoria *"maior que"*:

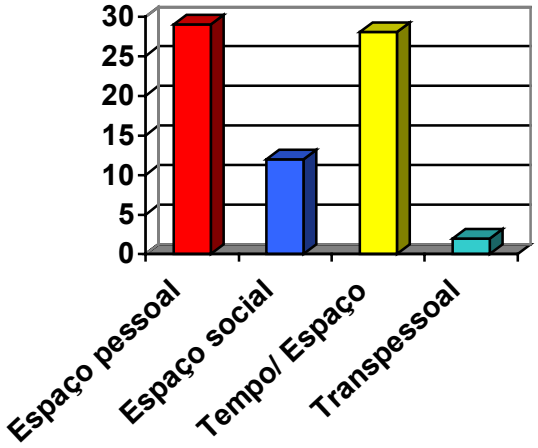
"aquela música estava mais forte na minha cabeça e eu senti como o corpo fosse energizado. Como uma pessoa chegasse e me abraçasse";

Esses dados podem ser visualizados na Tabela 9 e na Figura 4, abaixo.

Tabela 9: Síntese das ocorrências do Caso 3

A) Espaço Pessoal		**B) Espaço social**		**C)Tempo/ Lugar**		**D) Espaço Transpessoal**	
A.1 Primeiras relações	01	B.1 Experiência emergente de individualidade	00	C.1Calendário Pessoal	02	D.1 Experiência Religiosa	01
A.2 Confiança básica	03	B.2 Rompendo identificações	00	C.2 Momentos significativos	07	D.2 Culminâncias	00
A.3 Ser visto	00	B.3Identificações	01	C.3 Rituais cotidianos	00	D.3 Extinção do Ego	00
A.4Consciência Emocional	10	B.4Pertencimento grupal	05	C.4Celebrações	01	D.4 "Maior do que"	01
A.5Consciência corporal	05	B.5Conformidade X independência	00	C.5 Fases da vida	09		
A.6 Mestria	00	B.6 Gênero Sexual	02	C.6 Época do tempo	08		
A.7 Espaço Privado	03	B.7 Relação com o outro	04	C.7Tempo Histórico	01		
A.8 Autenticidade	07	B.8 Etnia	00	C.8Pertencimento Regional e Nacionalidade	00		
Total	29	Total	12	Total	28	Total	02

Figura 4: Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 3



5.2.4- Caso 4

Perfil: homem, brasileiro, com 54 anos, branco, estado civil separado e com o 1º grau incompleto. Diagnosticado com esclerose múltipla primariamente progressiva (EMPP) e último EDSS cinco. Os dados a respeito dos antecedentes sonoros musicais e da cultura musical do paciente podem ser resumidos de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 4: Antecedentes sonoros musicais do Caso 4

Prática musical na infância	Não
Aprendizado de instrumento	Não
Gosto pela música	Sim
Instrumento favorito	Bateria
Preferência musical	Música romântica
Freqüência com que escuta música	Todos os dias
Estilo musical que não aprecia	Música “doidona” e rock

O paciente selecionou 11 músicas relacionadas à sua história de vida. Foram realizadas duas entrevistas com a duração de uma hora. A análise das transcrições

revelou que das quatro categorias de análise houve a ocorrência de apenas três categorias: **espaço pessoal, espaço social, e tempo e lugar.** Na categoria **transpessoal** não foi encontrada nenhuma citação.

A) Categoria **espaço pessoal** foram encontradas cinco referências a esta categoria com ocorrência em quatro subcategorias: *consciência emocional* (01)*, consciência corporal* (01)*, mestria* (01) *e autenticidade* (02), exemplificadas a seguir:

(A.4) Subcategorias *consciência emocional* :

"Essa música é chique. Eu tenho comigo, parece que essa época eu estava começando a querer gostar";

(A.5) Subcategoria *consciência corporal* :

"Não sei se é este ritmo que me pegou, mas este eu gosto";

(A.6) Subcategoria *mestria*:

"Eu cantava o Hino Nacional";

(A.8) Subcategoria *autenticidade:*

"Essa não dá para esquecer mesmo. Essa música é inconfundível";

B) Categoria **espaço social** foram encontradas nove evidências nas seguintes subcategorias: *rompendo com identificações* (01)*, identificações* (02)*, conformidade versus independência* (02) *e relação com o outro* (04), exemplificadas:

(B.2) Subcategoria *rompendo com identificações:*

"O meu pai tinha mania de velho. Eu não sou muito chegado neste cara não. Ele botava a radiola, antigamente era a radiola, e ficava na maior altura. Ai de nós se colocasse o negócio na maior altura";

(B.3) Subcategoria *identificação*:

"Tudo quanto é CD deste pessoal eu compro. E tem que ser original. Eu só tenho CD dela";

(B.5) Subcategoria *conformidade versus independência* :

"Eu acho o que atrapalha é isso. A música é bonita, eles começam a tocar demais e estraga a música";

(B.7) Subcategoria *relação com o outro*:

"Eu liguei a música a ela";

"Ele não foi não, mas falou: cuida com muito carinho que eu gosto destes discos, é dos mais especiais que eu tenho e eu vou dar para você";

C) Categoria **tempo e lugar** foram encontradas 16 referências a esta categoria, com ocorrência em seis subcategorias: *calendário pessoal (*01*), momentos significativos* (02*), rituais cotidianos* (01*), celebrações* (02*), fases da vida* (01) *época do tempo* (08) *e história do tempo* (01), citamos:

(C.1) Subcategoria *calendário pessoal* :

"Eu estava saindo de casa, foi nesta época mesmo. Eu tinha uns 20 anos. Essa música tocou demais";

(C.2) Subcategoria *momentos significativos* :

"Na época eu não me importava com a música. Eu me lembro depois, 1972 foi quando eu fiquei noivo";

(C.3) Subcategoria *rituais cotidianos* :

"Essa é atual. Essa aí não tem novidade não, eu ouço toda a hora";

(C.4) Subcategoria *celebrações:*

"Nós fomos ao casamento e estava tocando esta música";

(C.5) Subcategoria *fases da vida:*

"Me lembra a firma que eu trabalhava [...] Trabalhei lá 20 anos";

(C.6) Subcategoria *época do tempo*:

"Só isso, é mais de criança mesmo. Ela tocava demais";

"Tinha muitas músicas bonitas, tinha muitos hinos bonitos naquela época";

"Eu já estava grande, eu já era adulto. Foi em 74";

(C.7) Subcategoria *tempo histórico :*

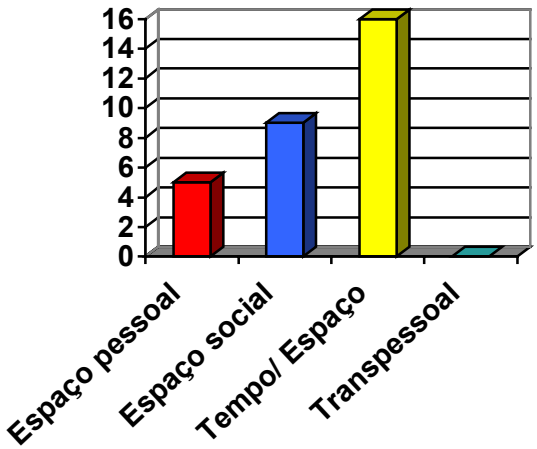
"Brasil foi campeão. Eu ia fazer 18 anos. Foi no meio do ano, foi em junho e eu fiz 18 anos em outubro. 1970." - Brasil foi campeão. Eu ia fazer 18 anos. Foi no meio do ano, foi em junho e eu fiz 18 anos em outubro. 1970";

Esses dados podem ser visualizados na Tabela 10 e na Figura 05, abaixo.

Tabela 10: Síntese das ocorrências do Caso 4

A) Espaço Pessoal		B) Espaço social		C)Tempo/ Lugar		D) Espaço Transpessoal	
A.1 Primeiras relações	00	B.1 Experiência emergente de individualidade	00	C.1Calendário Pessoal	01	D.1 Experiência Religiosa	00
A.2 Confiança básica	00	B.2 Rompendo identificações	01	C.2 Momentos significativos	02	D.2 Culminâncias	00
A.3 Ser visto	00	B.3Identificações	02	C.3 Rituais cotidianos	01	D.3 Extinção do Ego	00
A.4Consciência Emocional	01	B.4Pertencimento grupal	00	C.4Celebrações	02	D.4 “Maior do que”	00
A.5Consciência corporal	01	B.5Conformidade X independência	02	C.5 Fases da vida	01		
A.6 Mestria	01	B.6 Gênero Sexual	00	C.6 Época do tempo	08		
A.7 Espaço Privado	00	B.7 Relação com o outro	04	C.7Tempo Histórico	01		
A.8 Autenticidade	02	B.8 Etnia	00	C.8Pertencimento Regional e Nacionalidade	00		
Total	05	Total	09	Total	16	Total	00

Figura 5: Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 4



5.2.5- Caso 5

Perfil: mulher, brasileira, com 45 anos, negra, solteira, com curso superior completo. Diagnosticado com esclerose múltipla recorrente remitente (EMRR) e último EDSS zero. Os dados a respeito dos antecedentes sonoros musicais e da cultura musical da paciente podem ser resumidos de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 5: Antecedentes sonoros musicais do Caso 5

Prática musical na infância	Brincadeiras de roda e canto
Aprendizado de instrumento	Violão
Gosto pela música	Sim
Instrumento favorito	Instrumentos de corda e sanfona
Preferência musical	Bossa nova, MPB, caipira, samba, chorinho, jazz, rock´n´roll nacional e internacional e música clássica
Freqüência com que escuta música	Freqüentemente
Estilo musical que não aprecia	Música sertaneja

A entrevistada selecionou 15 músicas relacionadas com a sua história de vida. Foram realizadas cinco entrevistas, com uma média de duas horas de gravação.

Todas as categorias de análise foram representadas neste relato: **espaço pessoal, espaço social, tempo/lugar e transpessoal**. No total foram encontradas 50 referências às subcategorias que as compõem.

A) Categoria **espaço pessoal** foram encontradas 26 referências a esta categoria representadas pelas subcategorias: *confiança básica*(01)*, consciência emocional* (08)*, consciência corporal* (10)*, mestria* (01)*, espaço privado* (01) *e autenticidade* (05), podendo ser observadas as expressões:

(A.2) Subcategoria *confiança básica:*

"Tem uma questão ligada a festa na família, a minha tia. Todo mundo na minha casa gostava muito desta música";

(A.4) Subcategoria *consciência emocional :*

"Eu acho que a música em si, eu gosto dela, ela me motiva";

"Eu acho ele muito bonito, é o amor";

(A.5) Subcategoria *consciência corporal* :

"Ela toca em mim, ela me "desabumba".

"A sensação que me dá é que chacota por dentro, que mexe".

"A música ela toma o espaço como um todo, ela cresce como se ela tomasse corpo".

(A.6) Subcategoria *mestria*:

"É a música que eu gosto muito. Gostaria de tirá-la no violão";

(A.7) Subcategoria *espaço privado*:

"[...] mas praticamente no meu mundinho que eu criei, é como se eu estivesse fechada no meu casulo e resolver as minhas coisas, o correto";

(A.8) Subcategoria *autenticidade*:

"E a música em si, o batido dela me chama muito a atenção também por ser uma melodia tranqüila que me passa uma mensagem";

"[...] eu pensei, - Meu Deus a música. Ela não tem o que falar, ela é especial. Ela é muito interessante e muito bem construída";

B) Categoria **espaço social** foram encontradas 11 ocorrências nas seguintes subcategorias: *identificações* (04)*, pertencimento grupal* (02), *conformidade versus independência* (02)*, relação com o outro* (03), citadas a seguir:

(B.3) Subcategoria *identificação* :

"Aprendi a conhecê-lo através da música.... Como ele sempre foi um cantor rebelde, acho que isso me afastava um pouco, o jeito irreverente dele tocar. Aprendi depois a apreciar as suas músicas, a ver algo diferente";

(B.4) Subcategoria *pertencimento grupal*:

"Pelo menos eu gostei de passar por essa fase, as brincadeiras na rua, com os colegas";

(B.5) Subcategoria *conformidade versus independência*:

"Eu acho que é uma época que as pessoas acabavam tendo interrogações, se fazendo interrogações, e em cima desta música como um todo";

(B.7)Subcategoria *relação com o outro*:

"Sempre com a lembrança da minha tia";

C) Categoria **tempo e lugar**: foram encontradas 11 referências às subcategorias *calendário pessoal* (01), *momentos significativos* (01)*, rituais cotidianos* (01)*, fases da vida* (04) e *época do tempo* (04).

(C.1)- Subcategoria *calendário pessoal:*

"É uma fase do despertar onde eu fiz um curso de auxiliar de escritório e consegui um emprego logo em seguida. Para mim foi muito gratificante";

(C.2) Subcategoria *momentos significativos:*:

"A gente sempre se lembra do momento que a gente sempre passou, rompimento, não sei a que época que eu estudei, mas o rompimento do meu noivado, [...] É isso, então a música me reporta este período";

(C.3) Subcategorias rituais cotidianos*:*

"Eu cumpria as atividades e até um certo horário";

(C.5) Subcategoria *fases da vida*:

"Me lembra a fase final da minha "aborrescência", início da minha fase adulta, 17 para 18 anos";

"[...] isso deve ter sido no final de 70, início de 80";

(C.6) Subcategoria *época do tempo*:

"Eu estava na Universidade";

"Eu era mais adolescente. E tem tempos que não tem várias festas lá em casa. Eu devia estar lá com meus 17/18 anos. Minha mocidade mesmo";

D) Categoria **transpessoal.** Foi encontrada uma ocorrência correspondendo à subcategoria *culminâncias* que foi expressa a partir do relato:

(D.2) Subcategoria *culminância:*

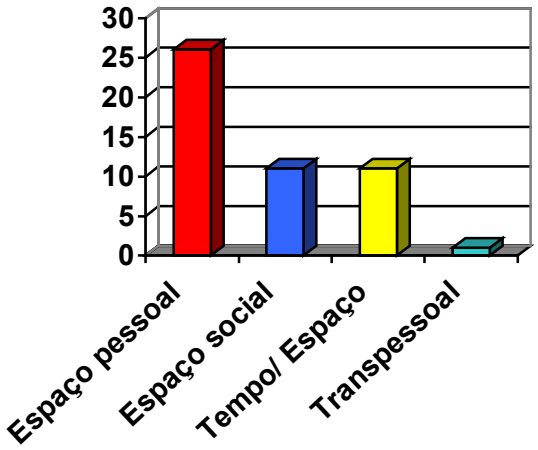
"A sensação é como se eu estivesse viajando, como se fosse uma viagem. A sensação que eu tenho é mais ou menos essa, como se eu estivesse flutuando na melodia, como se estivesse passando de uma localização para localização";

Esses dados podem ser visualizados na Tabela 11 e na Figura 06, abaixo.

Tabela 11: Síntese das ocorrências do Caso 5

A) Espaço Pessoal		B) Espaço social		C)Tempo/ Lugar		D) Espaço Transpessoal	
A.1 Primeiras relações	00	B.1 Experiência emergente de indi-vidualidade	00	C.1Calendário Pessoal	01	D.1 Experiência Religiosa	00
A.2 Confiança básica	01	B.2 Rompendo identificações	00	C.2 Momentos significativos	01	D.2 Culminâncias	01
A.3 Ser visto	00	B.3Identificações	04	C.3 Rituais cotidianos	01	D.3 Extinção do Ego	00
A.4Consciência Emocional	08	B.4Pertencimento grupal	02	C.4Celebrações	00	D.4 “Maior do que”	00
A.5Consciência corporal	10	B.5Conformidade X independência	02	C.5 Fases da vida	04		
A.6 Mestria	01	B.6 Gênero Sexual	00	C.6 Época do tempo	04		
A.7 Espaço Privado	01	B.7 Relação com o outro	03	C.7Tempo Histó-rico	00		
A.8 Autenticidade	05	B.8 Etnia	00	C.8Pertencimento Regional e Nacionalidade	00		
Total	26	Total	11	Total	11	Total	01

Figura 6: Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 5



5.2.6- Caso 6

Perfil: homem, brasileiro, com 22 anos, pardo, solteiro, com curso superior incompleto. Diagnosticado com EMRR e último EDSS três. Os dados a respeito dos antecedentes sonoros musicais e da cultura musical do paciente podem ser resumidos de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 6: Antecedentes sonoros musicais do Caso 6

Prática musical na infância	Brincadeiras de roda
Aprendizado de instrumento	Violão
Gosto pela música	Sim
Instrumento favorito	Corda
Preferência musical	MPB, caipira, reggae, pop internacional, rock nacional e internacional
Freqüência com que escuta música	Todos os dias
Estilo musical que não aprecia	Pagode

O paciente selecionou e gravou 14 músicas relacionadas à sua história de vida. Foram realizadas quatro entrevistas com a duração média de duas horas de gravação. A análise das transcrições revelou que das quatro categorias de análise houve a ocorrência de três categorias: **espaço pessoal, espaço social e tempo/ lugar.** No total foram encontradas 47 referências às subcategorias que as compõem. Na categoria **transpessoal** não foi encontrada nenhuma ocorrência.

A) Categoria **espaço pessoal** - foram encontradas 15 referências a esta categoria com ocorrência em cinco subcategorias: *consciência emocional* (04)*, consciência corporal* (01)*, mestria* (05)*, espaço privado* (02) *e autenticidade* (03) tais como:

(A.4) Subcategoria *consciência emocional* :

"[...] mas eu fico bastante emocionado todas as vezes que escuto a música assim. Não tem nem explicação";

"Isso me angustia";

(A.5) Subcategoria *consciência corporal*:

"[...] começa chorar, começa a sair lágrimas";

(A.6) Subcategoria *mestria:*

"Tudo que a gente fazia, ficava numa roda e eu e o [...] tocávamos violão. Sempre tocando todas essa músicas";

"Essa música foi uma das primeiras músicas que eu aprendi a tocar no violão";

(A.7) Subcategoria *espaço privado*:

"[...] eu sozinho, na minha casa, ou então chovendo e tocando violão";

(A.8) Subcategoria *autenticidade*:

"A letra dela fala muita coisa da gente";

B) Categoria **espaço social** foram encontradas 25 ocorrências nas seguintes subcategorias: *identificações* (03)*, pertencimento grupal* (10) *e relação com o outro* (12), por exemplo:

(B.3) Subcategoria *identificação* encontramos:

"Eu a acho fantástica. Foi no show dela que eu fiquei assim...Ela era o máximo. Eu acho que ela é o máximo, até hoje para mim ela não morreu";

(B.4) Subcategoria *pertencimento grupal*:

"Ficávamos sentados em grupinho, reunia e tocava essa música. Comecei a gostar desta música em específico por causa disso";

"[...] você lembra certinho como eu e você estamos sentado aqui. Eu lembro do pessoal aqui";

"Esta música lembra muito o grupo";

(B.7) Subcategoria *relação com o outro*:

"Quando eu estava no hospital e o [...] cantando esta música";

"[...]e ele escutava esta música muito";

"Vai lembrar uma pessoa muito especial, que é a minha [...] Ela gosta muito desta música e eu me lembro dela quando escuto esta música";

C) Categoria **tempo e lugar** foram encontradas sete referências às subcategorias *calendário pessoal* (01)*, momentos significativos* (02), *rituais cotidianos* (01)*, celebrações* (01)*, fases da vida* (01) *e época do tempo* (01), descritas a seguir:

(C.1) Subcategoria *calendário pessoal*:

"Eu falo que a minha vida começou a partir de 2001, onde eu estava no 2º ano do 2º grau e eu conheci a minha turma de origem";

(C.2) Subcategoria *momentos significativos:*

"Foi um marco, nós estávamos no 3º ano, todos achavam que iam passar";

(C.3) Subcategoria *rituais cotidianos* :

"Esta música me lembra as rodas de violão, sempre no final da aula nós nos reuníamos";

(C.4) Subcategoria *celebrações:*

"[...] uma festa em julho de 2002, festa junina do [...]";

(C.5) Subcategoria *fases da vida:*

"A gente mudou, passamos para um estágio novo";

(C.6) Subcategoria *época do tempo*:

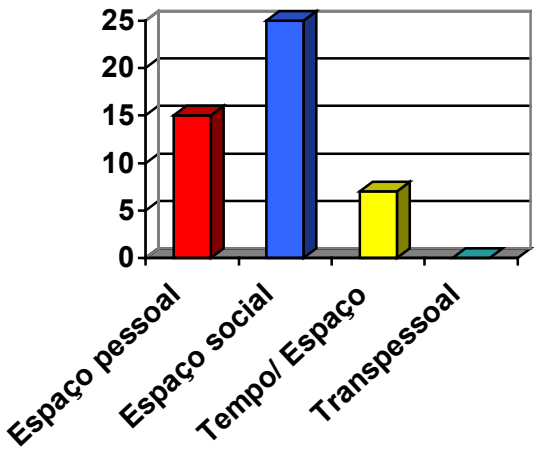
"Apesar de ser o auge da adolescência, mas sabia o que estava fazendo";

Esses dados podem ser visualizados na Tabela 12 e na Figura 07, abaixo.

Tabela 12: Síntese das ocorrências do Caso 6

A) Espaço Pessoal		**B) Espaço social**		**C)Tempo/ Lugar**		**D) Espaço Transpessoal**	
A.1 Primeiras relações	00	B.1 Experiência emergente de individualidade	00	C.1Calendário Pessoal	01	D.1 Experiência Religiosa	00
A.2 Confiança básica	00	B.2 Rompendo identificações	00	C.2 Momentos significativos	02	D.2 Culminâncias	00
A.3 Ser visto	00	B.3Identificações	03	C.3 Rituais cotidianos	01	D.3 Extinção do Ego	00
A.4Consciência Emocional	04	B.4Pertencimento grupal	10	C.4Celebrações	01	D.4 "Maior do que"	00
A.5Consciência corporal	01	B.5Conformidade X independência	00	C.5 Fases da vida	01		
A.6 Mestria	05	B.6 Gênero Sexual	00	C.6 Época do tempo	01		
A.7 Espaço Privado	02	B.7 Relação com o outro	12	C.7Tempo Histórico	00		
A.8 Autenticidade	03	B.8 Etnia	00	C.8Pertencimento Regional e Nacionalidade	00		
Total	15	Total	25	Total	07	Total	00

Figura 7: Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 6



5.2.7- Caso 7

Perfil: mulher, brasileira, com 58 anos, branca, viúva, com curso 2º grau completo. Diagnosticado com esclerose múltipla recorrente remitente (EMRR) e último EDSS um. A paciente procurou o serviço de musicoterapia de forma espontânea.

Os dados a respeito dos antecedentes sonoros musicais e da cultura musical da paciente podem ser resumidos de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 7: Antecedentes sonoros musicais do Caso 7

Prática musical na infância	Canto
Aprendizado de instrumento	Não
Gosto pela música	Sim
Instrumento favorito	Piano
Preferência musical	MPB, sertaneja, caipira, pop internacional, country music
Freqüência com que escuta música	Freqüentemente
Estilo musical que não aprecia	Rap, Rock

Foi gravado um Cd para a entrevistada com as 12 músicas escolhidas e entregue uma cópia da entrevista realizada. Foram realizadas três entrevistas, com uma média de duas horas de gravação. A análise das transcrições revelou que das quatro categorias de análise houve a ocorrência de apenas três categorias: **espaço pessoal, espaço social, e tempo/lugar.** No total foram encontradas 57 referências às subcategorias que as compõem. Na categoria **transpessoal** não foi encontrada nenhuma ocorrência.

A) Categoria **espaço pessoal**: foram encontradas 27 referências às subcategorias que a compõem sendo cinco as subcategorias: *consciência emocional* (12)*, ser visto* (01)*, consciência corporal* (03)*, mestria* (03) *e autenticidade* (08), citadas a seguir:

(A.3) Subcategoria *ser visto, confirmado:*

"Essa música tem algo especial. O meu [...] tocava muito para mim";

(A.4) Subcategoria *consciência emocional:*

"Essa música me dava alegria e tristeza ao mesmo tempo";

"Eu dedico agora o meu amor para ele";

"[...] me traz um bom sentimento";

(A.5) Subcategoria *consciência corporal*:

"Adoro esta música. Me arrepia os cabelos";

"Eu até chorei, porque me traz muitas recordações, bons momentos";

(A.6) Subcategoria *mestria*:

"Sempre que a gente ia à casa dos nossos familiares, numa festinha, eu cantava".

"Toda vez que eu me sinto inspirada eu canto para o meu [...]"

(A.8) Subcategoria *autenticidade:*

"Eu acho essa música o máximo. O mundo todo precisa de paz";

"Inclusive esta música eu gostava tanto que memorizei a letra";

B) Categoria **espaço social** foram encontradas 12 ocorrências nas três subcategorias: *identificações* (04)*, conformidade versus independência* (03) *, Gênero sexual* (1) *e relação com o outro* (04).

(B.3) Subcategoria *identificação*:

"Então essa música o identificava muito. Pelo que ele menciona na música";

"Essa música, eu sou apaixonada por [...]. Eu tenho a coleção dele toda, em inglês, em espanhol e têm algumas em português";

(B.5) Subcategoria *conformidade versus independência* :

"Essa música é maravilhosa, para mim uma das mais lindas músicas. Foi a combinação de várias vozes de cantores importantes e famosos, e pedindo paz para o mundo";

(B.6) Subcategoria *gênero sexual* :

"[...] foi um grupo de amigas no cinema";

(B.7) Subcategoria *relação com o outro:*

"Então esta música me recorda muito ele, quando o conheci";

"[...] essa música me lembra muito ela";

C) Na categoria **tempo e lugar** foram encontradas 18 ocorrências nas sete subcategorias: *calendário pessoal* (06)*, momentos significativos* (02)*, rituais cotidianos* (04)*, celebrações* (01), *época do tempo* (02)*, fases da vida* (01),*tempo histórico* (01) *e pertencimento regional e nacionalidade* (01), citamos:

(C.1) Subcategoria *calendário pessoal* :

"Essa música representa muito para mim, porque na época que eles fizeram esta gravação eu morava [...], eu estava lá";

"Então, eu associo esta música a minha vida, onde acreditava que os meus problemas haviam passado";

(C.2) Subcategoria *momentos significativos:*

"Essa música me traz recordação logo quando eu cheguei no [...] eu tinha perdido a minha mãe";

(C.3) Subcategoria *rituais cotidianos:*

"[...] a primeira coisa que eu fazia de manhã era ligar o rádio, eu colocava fita cassete para ouvir música";

"[...] quando eu trabalhava, eu levantava de manhã, esta era a música que eu colocava de manhã para me vestir, aprontar, perfumar para ir para o trabalho";

(C.4) Subcategoria *celebrações* :

"Então nos momentos agradáveis, de festinha em casa";

(C.5) Subcategoria *fases da vida:*

"Então esta música, aqui no [...], depois que eu estou morando desde 1995";

(C.6) Subcategoria *época do tempo* :

"Foi em 1970 que eu fui com a minha irmã para [...]";

(C.7) Subcategoria *Tempo Histórico* teve:

"E eu passava em frente ao prédio, olhava aquele prédio marrom todo rústico, mas muito chique, e falava: Aqui mora um dos grandes compositores e cantores do mundo [...] passado um tempo um fã vai a casa dele para pedir um autógrafo e mata ele. Eu fiquei revoltada";

(C.8) Subcategoria *pertencimento regional e nacionalidade*:

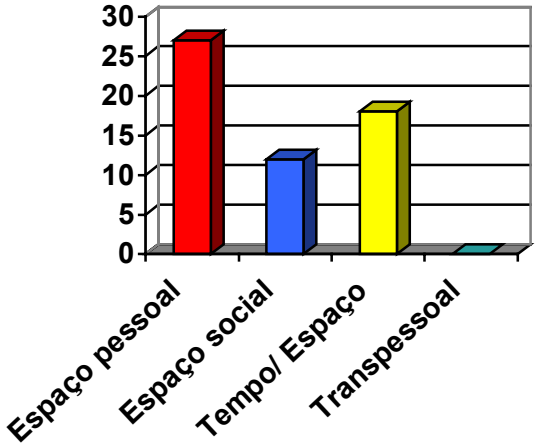
"É tudo do Brasil assim, alegria, tipo forró, adoro esta música. Adoro forró, música Brasileira, forró";

Esses dados podem ser visualizados na Tabela 13 e na Figura 08, abaixo.

Tabela 13: Síntese das ocorrências do Caso 7

A) Espaço Pessoal		**B) Espaço social**		**C)Tempo/ Lugar**		**D) Espaço Transpessoal**	
A.1 Primeiras relações	00	B.1 Experiência emergente de individualidade	00	C.1Calendário Pessoal	06	D.1 Experiência Religiosa	00
A.2 Confiança básica	00	B.2 Rompendo identificações	00	C.2 Momentos significativos	02	D.2 Culminâncias	00
A.3 Ser visto	01	B.3Identificações	04	C.3 Rituais cotidianos	04	D.3 Extinção do Ego	00
A.4Consciência Emocional	12	B.4Pertencimento grupal	00	C.4Celebrações	01	D.4 "Maior do que"	00
A.5Consciência corporal	03	B.5Conformidade X independência	03	C.5 Fases da vida	01		
A.6 Mestria	03	B.6 Gênero Sexual	01	C.6 Época do tempo	02		
A.7 Espaço Privado	00	B.7 Relação com o outro	04	C.7Tempo Histórico	01		
A.8 Autenticidade	08	B.8 Etnia	00	C.8Pertencimento Regional e Nacionalidade	01		
Total	27	Total	12	Total	18	Total	00

Figura 8: Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 7



5.2.8- Caso 8

Perfil: mulher, brasileira, com 43 anos, parda, casada, com 2º grau completo. Diagnosticado com esclerose múltipla recorrente remitente (EMRR) e último EDSS três.

Os dados a respeito dos antecedentes sonoros musicais e da cultura musical do paciente podem ser resumidos de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 8: Antecedentes sonoros musicais do Caso 8

Prática musical na infância	Brincadeira de roda e canto
Aprendizado de instrumento	Não
Gosto pela música	Sim
Instrumento favorito	Violão
Preferência musical	Bossa nova, MPB, sertaneja, caipira, religiosa, música clássica orquestrada
Freqüência com que escuta música	Freqüentemente
Estilo musical que não aprecia	Rock e música pesada

Foi gravado um Cd com as 10 músicas escolhidas pela entrevistada. Foram realizadas cinco entrevistas, com uma média de duas horas e 30 minutos de gravação.

A análise das transcrições da entrevista revelou a ocorrência das quatro categorias de análise: **espaço pessoal, espaço social, tempo/lugar e transpessoal**. No total foram encontradas 39 referências às subcategorias que as compõem.

A) Na categoria **espaço pessoal** foram encontradas 25 referências nas cinco subcategorias: *ser visto/confirmado* (01)*, consciência emocional* (13)*, consciência corporal* (09) *e autenticidade* (02). Foram encontradas as ocorrências citadas a seguir:

(A.3) Subcategoria *ser visto, confirmado*:

"Eu ia para a casa do meu tio, toda vez eu pedia para ele colocar esta música";

(A.4) Subcategoria *consciência emocional*:

"É o meu sentimento, eu acho. Esta música especificamente, ela me toca no lado emocional mesmo, de sentimento";

"Ela me dá a sensação de tristeza. Não sei se de tristeza ou melancolia. Ela me traz uma melancolia;

"É muito sofrida [...] ela me traz uma sensação profunda, mais de tristeza";

(A.5) Subcategoria *consciência corporal:*

"E você tem que chorar. Tem hora que a gente precisa desabar um pouquinho, se soltar";

"Eu ouço esta música e sinto essa coisa pesada";

"E eu ouvi esta música, desabei na Igreja. Chorei, chorei";

(A.8) Subcategoria *autenticidade:*

"No dia que eu ouvi eu me apaixonei por essa música. Nossa essa música é linda demais... Eu gostava muito da letra";

"É uma música que marca, tanto que agora escutando eu acho a mesma coisa, como se estivesse naquela época. Suave, gostosa, romântica";

B) Na categoria **espaço social** foram encontrados duas ocorrências nas duas subcategorias: *identificação* (01) *e relação com o outro* (01). Descrevemos os seguintes relatos:

(B.3) Subcategoria *identificação:*

"O dia que eu ouvi com a [...] cantar eu achei fantástico, porque a voz dela é linda demais";

(B.7) Subcategoria *relação com o outro:*:

"E você sente isso, quando você tem um amigo mesmo, e você sente o carinho que ele tem. Eu tenho uma amiga, e ela me toca muito";

C) Categoria **tempo e lugar** foram encontradas nove referências à subcategoria *época do tempo* (09), por exemplo:

(C.9) Subcategoria *época do tempo*:

"Eram férias escolares";

"Eu devia ter uns nove anos";

"Quando eu conheci esta música era um senhor, nesta época, eu tinha uns 18 anos mais ou menos";

D) Na categoria **transpessoal** foram encontradas três ocorrências às subcategorias *experiências religiosas (01)* e "*maior do que*" (02) a seguir:

(D.1) Subcategoria *experiências religiosas* :

" Por isso que eu falo que eu relaciono com Jesus, porque é inexplicável";

(D.4) Subcategoria "*maior do que*" :

"E ela marcou, porque a letra dela é muito bonita. Como se Deus estivesse me vendo por inteira, porque realmente, você pode esconder de todo mundo, mas dele você não esconde nada";

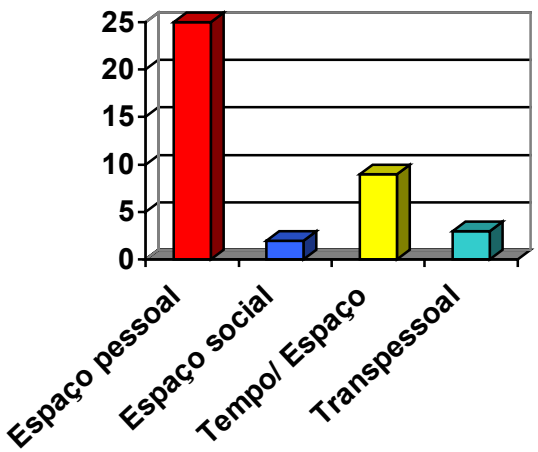
"Ela me causa emoção, é como se eu estivesse na presença de Deus e ele estivesse me vendo. E quando vê você se mostra por inteiro. Eu acho que ela é assim, muito significativa neste sentido, de me colocar perto de Deus";

Esses dados podem ser visualizados na Tabela 14 e na Figura 09, abaixo.

Tabela 14: Síntese das ocorrências do Caso 8

A) Espaço Pessoal		B) Espaço social		C)Tempo/ Lugar		D) Espaço Transpessoal	
A.1 Primeiras relações	00	B.1 Experiência emergente de individualidade	00	C.1Calendário Pessoal	00	D.1 Experiência Religiosa	01
A.2 Confiança básica	00	B.2 Rompendo identificações	00	C.2 Momentos significativos	00	D.2 Culminâncias	00
A.3 Ser visto	01	B.3Identificações	01	C.3 Rituais cotidianos	00	D.3 Extinção do Ego	00
A.4Consciência Emocional	13	B.4Pertencimento grupal	00	C.4Celebrações	00	D.4 “Maior do que”	02
A.5Consciência corporal	09	B.5Conformidade X independência	00	C.5 Fases da vida	00		
A.6 Mestria	00	B.6 Gênero Sexual	00	C.6 Época do tempo	09		
A.7 Espaço Privado	00	B.7 Relação com o outro	01	C.7Tempo Histórico	00		
A.8 Autenticidade	02	B.8 Etnia	00	C.8Pertencimento Regional e Nacionalidade	00		
Total	25	Total	02	Total	09	Total	03

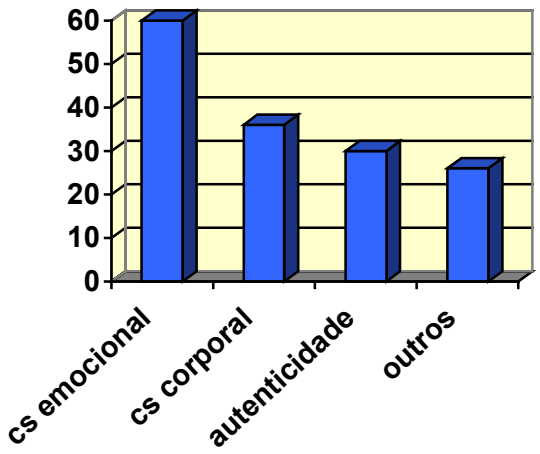
Figura 9: Distribuição das categorias de identidade encontradas no Caso 8



5.3- Análise das subcategorias

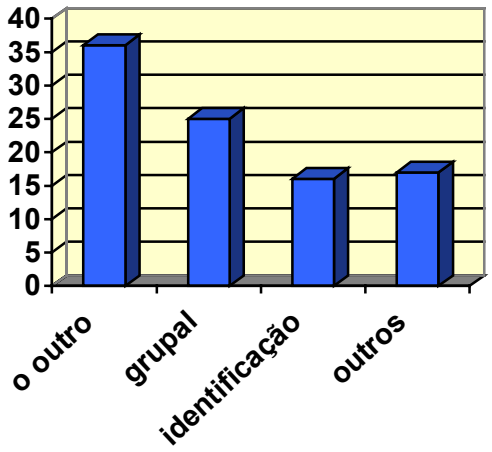
Na categoria **espaço pessoal** a subcategoria *consciência emocional* apresentou o maior índice de incidências correspondendo a 39,47%. A subcategoria *consciência corporal* apresentou 23,68% das incidências e *autenticidade* 19,73%. No total estas subcategorias englobam 82,88% de todas as ocorrências.

Figura 10: Categoria espaço pessoal: gráfico de barras do número de ocorrências em subcategorias



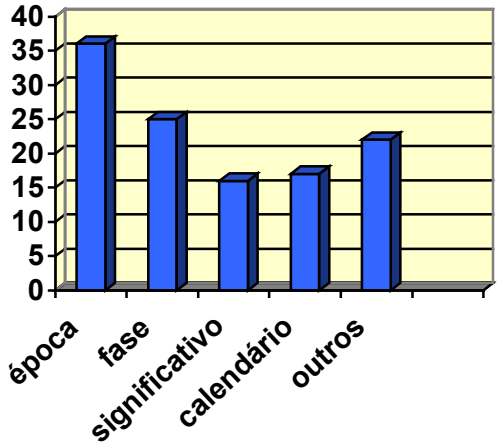
Na categoria **espaço social** a subcategoria *relação com o outro* foi a que mais se destacou das demais subcategorias com 38,29% das incidências. A subcategoria *pertencimento grupal* apresentou 26,59% e a *subcategoria identificação* apresentou 17,02%. Estas subcategorias somadas representam 81,9% das incidências totais desta categoria.

Figura 11: Categoria espaço social: gráfico de barras do número de ocorrências em subcategorias



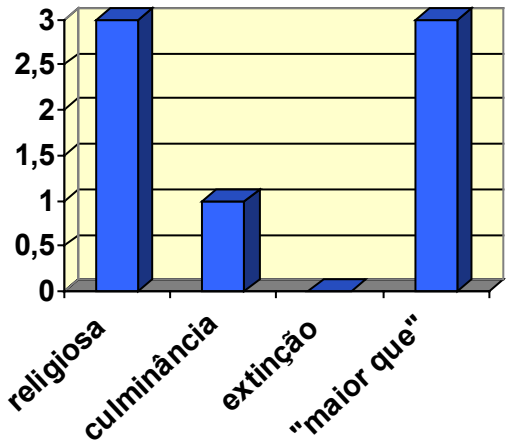
A categoria **tempo/lugar** apresentou em sua subcategoria *época do tempo* um maior número de incidências, correspondendo a 37,06%. A subcategoria *fases da vida* apresentou 16,37% das incidências seguidas das subcategorias *momentos significativos* com 15,51% e *calendário pessoal* com 12,06%. No total essas subcategorias englobam 81% das incidências.

Figura 12: Categoria tempo e espaço: gráfico de barras do número de ocorrências em subcategoria



Na categoria **transpessoal** as subcategorias mais relevantes foram *experiências religiosas* e *"maior que"* onde estão concentradas 85,7% das ocorrências.

Figura 13: Categoria transpessoal: gráfico de barras do número de ocorrências em cada categoria



Esses dados podem ser visualizados na Tabela 15 abaixo.

Tabela 15: Síntese das subcategorias

A) Espaço Pessoal		B) Espaço social		C)Tempo/ Lugar		D) Espaço Transpessoal	
A.1 Primeiras relações	01	B.1Experiência emergente de individualidade	01	C.1Calendário Pessoal	14	D.1 Experiência Religiosa	03
A.2 Confiança básica	06	B.2Rompendo identificações	01	C.2 Momentos significativos	18	D.2 Culminâncias	01
A.3 Ser visto	02	B.3Identificações	16	C.3 Rituais cotidianos	09	D.3 Extinção do Ego	00
A.4Consciência Emocional	60	B.4Pertencimento grupal	25	C.4Celebrações	08	D.4 “Maior do que”	03
A.5Consciência corporal	36	B.5Conformidade X independência	07	C.5 Fases da vida	19		
A.6 Mestria	11	B.6 Gênero Sexual	08	C.6 Época do tempo	43		
A.7 Espaço Privado	06	B.7 Relação com o outro	36	C.7Tempo Histórico	04		
A.8 Autenticidade	30	B.8 Etnia	00	C.8Pertencimento Regional e Nacionalidade	01		
Total	152	Total	94	Total	116	Total	07

5.4- Análise estatística dos resultados

Na análise estatística verificamos se existe diferença entre as categorias de identidade musical: "**espaço pessoal**", "**espaço social**", **"tempo/lugar"** e **"transpessoal**", e comparamos a freqüência de cada caso com o grupo total.

A Tabela 16 e a Figura 14 mostram que a maior proporção foi para a categoria **espaço pessoal** (41%) e a menor para a categoria **transpessoal** (2%). De acordo com os intervalos de confiança calculados percebe-se que há diferença significativa entre a categoria **transpessoal** e as demais, pois para essa categoria os intervalos de confiança não se sobrepõem, pelo contrário, ele se distingue dos demais. Logo, pode-se dizer que essa categoria teve menor percentual que as demais, e que essa diferença não é devido ao acaso.

Tabela 16: Comparação da proporção de cada categoria

CATEGORIAS	Incidências	Porcentagem	IC 95%
Espaço Pessoal	152	41%	[36%; 45%]
Espaço Social	94	25%	[21%; 30%]
Tempo/Lugar	116	31%	[27%; 36%]
Transpessoal	07	2%	[1%; 4%]
Total	369	100%	

Figura 14: Número de ocorrências em cada categoria

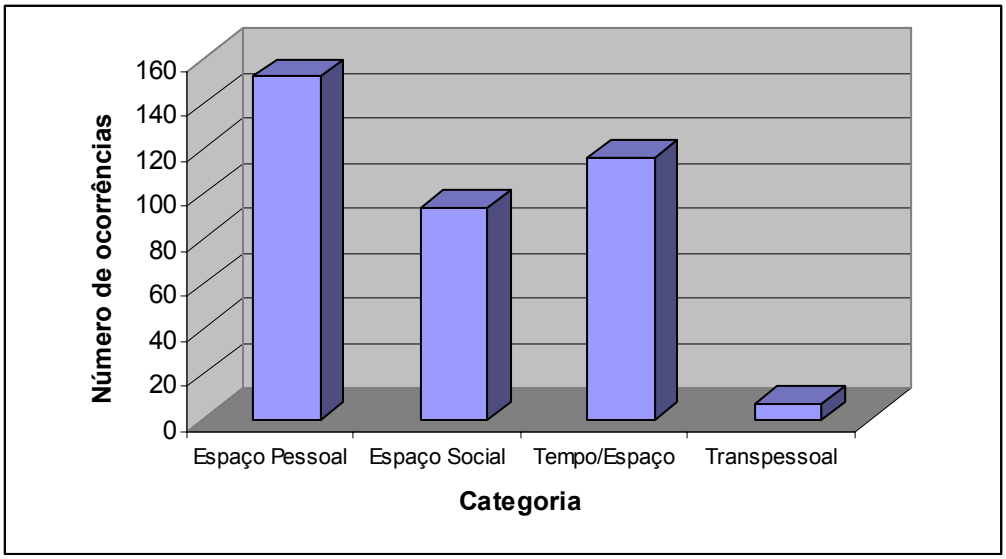
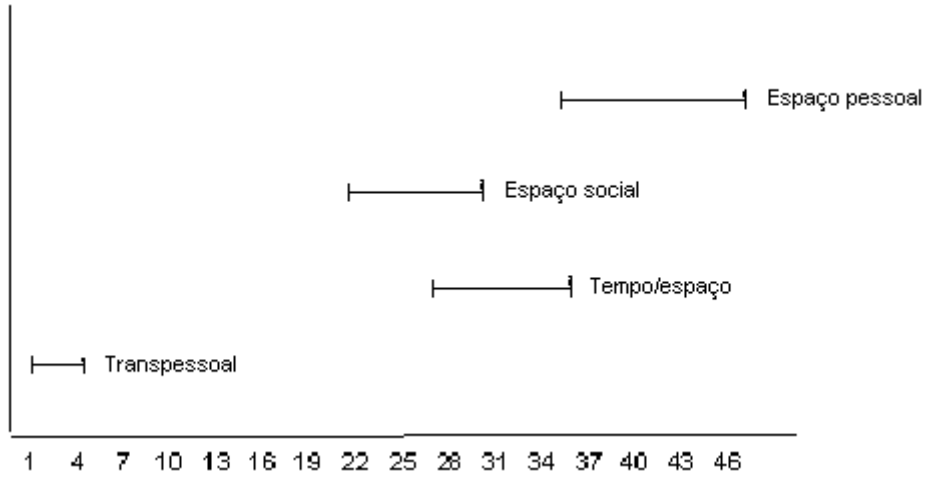


Figura 15: Intervalos de confiança para as proporções de cada categoria



A tabela 17 mostra o percentual de cada caso nas quatro categorias, além do total. Percebe-se que os casos que mostram diferenças estatisticamente significativas[42] (valor-p<0,01) em relação ao grupo total foram: caso quatro e caso

[42] Estatisticamente significante: é pouco provável que uma diferença igual ou maior do que a observada ocorra por acaso.

oito no **espaço pessoal**; caso seis e caso oito no **espaço social** e caso 4 no **tempo/lugar**.

Percebe-se que o caso quatro apresentou uma incidência de 17% no **espaço pessoal**, percentual bem abaixo do grupo total (41%). Já o caso oito apresentou incidência acima a do grupo total na categoria **espaço pessoal** (64% versus 41%). Já no **espaço social**, o caso seis apresentou incidência acima do grupo (53% versus 25%) e o caso oito mostrou incidência bastante abaixo do grupo total (5% versus 25%).

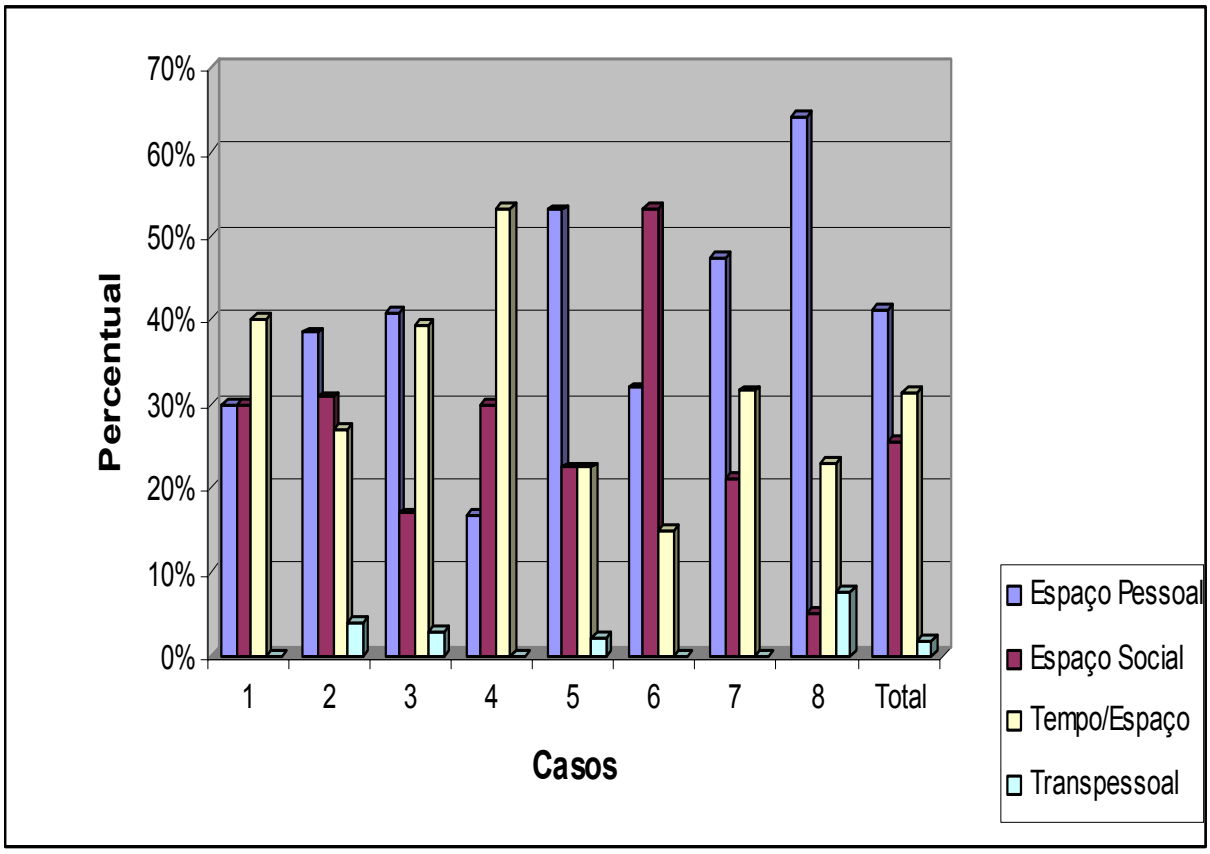
No que diz respeito à categoria **tempo/lugar**, o caso quatro foi o único que diferiu do total, com o percentual de 53% acima do percentual obtido pelo grupo total (31%).

Tabela 17: Percentual de cada caso nas quatro categorias, com valor-p do teste Qui-quadrado* ou teste exato de Fisher**

caso	Espaço Pessoal	Espaço Social	Tempo/Lugar	Transpessoal
1	30% (0,13*)	30% (0,49*)	40% (0,22*)	0% (0,99**)
2	38% (0,78*)	31% (0,55*)	27% (0,63*)	4% (0,42**)
3	41% (0,69*)	17% (0,12*)	39% (0,19*)	3% (0,64**)
4	17% (0,01*)	30% (0,59*)	53% (0,01*)	0% (0,58**)
5	53% (0,11*)	22% (0,64*)	22% (0,20*)	2% (0,99**)
6	32% (0,22*)	53% (<0,01*)	15% (0,02*)	0% (0,99**)
7	47% (0,38*)	21% (0,47*)	32% (0,98*)	0% (0,60**)
8	64% (0,01*)	5% (<0,01*)	23% (0,28*)	8% (0,06**)
Total	41%	25%	31%	2%

A Figura 16 mostra ainda um resumo da tabela 17, ilustrando o percentual de ocorrência em cada categoria por caso e no grupo total.

Figura 16: Gráfico de barras do percentual de ocorrências em cada categoria por caso e no grupo total



5.5- Interpretação dos resultados

A tarefa da análise baseou-se em categorias descritas na obra de Ruud (1998): música e **espaço pessoal**, **espaço social**, o **espaço tempo e lugar** e o **espaço transpessoal**. Este autor identificou subcategorias relevantes ou dimensões em cada categoria, descritas no capítulo anterior (RUUD, 1998, p.32). Este estudo não teve o objetivo de validar estas categorias, mas de perceber como os pacientes com esclerose múltipla expressam suas identidades através da música a partir da teoria sobre identidade musical. Estudos posteriores podem objetivar adaptar estas categorias para a realidade da nossa cultura.

Dados foram coletados de oito pacientes brasileiros com esclerose múltipla, num período de um ano (julho de 2005 a junho de 2006), acompanhados no CIEM. No total foram realizadas 33 entrevistas com duração de 16 horas de gravação. Foram selecionadas 97 músicas, representando os relatos musicais. Neste estudo, os pacientes selecionados foram de predomínio do sexo masculino (cinco pacientes) e de cor parda (quatro pacientes). Estes dados contrariam as características clínicas típicas dos pacientes que são predominantemente do sexo feminino e cor branca. Este fato pode ter ocorrido devido a não randomização da amostra. Em relação ao estado civil três eram solteiros e três eram casados e os outros eram viúvo e separado. A maioria dos entrevistados possuía uma escolaridade alta sendo que metade dos entrevistados possui o curso superior completo (quatro pacientes). Isto demonstrou, nesta amostra, que estes pacientes se interessaram por atendimentos alternativos às consultas médicas. A forma clínica mais freqüente foi a EMRR (seis pacientes), no entanto um paciente tinha a forma EMPP e outro a forma EMSP. Os escores dos EDSS variavam entre 0 a 5,0 o que permitia aos pacientes irem às entrevistas e posteriormente freqüentarem as sessões de musicoterapia. A idade de início da doença variava entre 12 a 43 anos (média de 29,4) dado que se aproxima da característica da idade de início da doença, entre 20 e 40 anos. O tempo de doença variava de 2 a 34 anos (média de 14,5 anos). O encaminhamento foi para o tratamento com musicoterapia e os pacientes traziam suas queixas associadas aos seus sintomas tais como: depressão e ansiedade. A metade dos pacientes procurou a atividade de musicoterapia para a atividade de canto (quatro pacientes). Os outros quatro foram devido à ansiedade, o outro devido à depressão, o outro para a pesquisa em identidade e o outro procurou o serviço de musicoterapia. Observamos que todos os pacientes gostavam de música, sendo que sete dos entrevistados ouviam música todos os dias ou freqüentemente, isto demonstrou como a música faz parte de vida cotidiana dos mesmos. Existe uma diversidade de preferência de estilos musicais sendo que o estilo musical que os entrevistados não gostavam foi bem caracterizado. Dentre eles os mais mencionados foram o rock, o pagode e o rap. As interpretações dos dados foram fundamentadas na perspectiva dos participantes obtidas através das entrevistas abertas.

Para o entrevistado número um a música é representativa em sua vida cotidiana, ouvindo-a todos os dias. Chegou a aprender a tocar violão e tinha grande interesse em tocar novamente. Gostava de vários estilos musicais tais como: MPB,

sertanejo, caipira, reggae, pop internacional, rock nacional e internacional e música clássica. Segundo relato do paciente, ele foi encaminhado à musicoterapia por sentir dor no lado esquerdo do peito, que ele definiu como ansiedade. Observamos que o entrevistado apresentou um percentual semelhante para a categoria **pessoal** e a categoria **social,** tendo um maior destaque a categoria **tempo e lugar**. O entrevistado, antes da entrevista, queixava-se principalmente das suas dificuldades amorosas, falta de relações com outros grupos sociais e saudade de quando ele tinha outras atividades (faculdade e trabalho). Essas características foram relatadas em sua autobiografia musical e foram as características que mais se destacaram nas subcategorias: *consciência emocional* (**pessoal**), *pertencimento grupal* e *relação com o outro* (**social**) e *época do tempo* **(tempo e lugar**). A ênfase, porém, do seu discurso estava relacionada a questões sobre a categoria **tempo e lugar**. Na análise de sua entrevista ele enfatizou a saudade do seu passado, do que ele tinha sido e de uma determinada época de sua vida. Ele apresentava-se muito queixoso sobre o seu momento presente e a falta de perspectiva futura, devido à condição de sua doença e poucas possibilidades interpessoais e profissionais. Na entrevista final, após relato de sua autobiografia musical o paciente trouxe o violão e fazia diversos planos para o futuro, como cantar no coral, procurar um emprego, desejar uma namorada e sair com os amigos.

No caso número dois o entrevistado aprendeu a tocar piano dos sete aos 14 anos. O início da doença foi com 18 anos. A música era significativa em sua vida, escutando todos os dias. Observamos que o entrevistado apresentou índices de identidade pessoal, social e temporal semelhantes. O entrevistado relatou na categoria **espaço transpessoal** uma experiência religiosa, foco que foi importante na sua vida. O entrevistado relatou antes das entrevistas que tinha dificuldades de lembrar músicas relacionadas à sua infância.

No caso número três o entrevistado escutava música raramente e não teve nenhuma experiência musical na infância ou aprendizado de instrumento. Porém, seu instrumento favorito era piano e sua preferência musical era música clássica. Este entrevistado selecionou 23 músicas relativas a sua auto-biografia musical, mas foram selecionadas aleatoriamente apenas 15 músicas, como determinava o protocolo da pesquisa. Todas as categorias de identidade foram contempladas sendo que a categoria **espaço pessoal** e a categoria **tempo e lugar** foram as que mais se destacaram. Nesta primeira categoria a subcategoria *consciência emocional*

foi a mais destacada. Na categoria **tempo e lugar** as subcategorias *fases da vida e época do tempo* corresponde 63% das incidências. O entrevistado relatou que achou muito bom fazer a sua autobiografia musical, porque “as coisas vão ficando represadas com o passar do tempo”. Ele diz que tem dificuldade em se expressar e que em cada música ele voltou àquela época, induzindo os sentimentos que passou em detalhes.

No caso número quatro o entrevistado gostava de música romântica, ouvia música todos os dias e não teve nenhuma experiência musical na infância ou aprendizado de instrumento. A incidência dentro da categoria **espaço pessoal** foi a mais baixa em relação ao grupo pesquisado (17%). Quando o paciente foi convidado a participar do estudo, relatou que tinha muita dificuldade de lembrar de músicas: “Muito difícil para mim lembrar as músicas”. Perda de habilidades cognitivas são sintomas comuns na esclerose múltipla. Ele teve dificuldades de selecionar 10 músicas significativas em sua vida. Porém, quando ouvia as músicas conseguia se lembrar de fatos relacionados principalmente a subcategoria *época do tempo* que foi a mais enfatizada nos seus relatos correspondendo a categoria **tempo e lugar.** Observamos que as experiências musicais podem auxiliar o paciente no resgate de momentos importantes de sua vida.

O entrevistado número cinco falava do seu aprendizado de violão, escutava música frequentemente, gostava de diversos estilos musicais, porém não gostava de música sertaneja. O tempo de descoberta da esclerose múltipla era o menor do grupo estudado: dois anos. A categoria que mais se destacou foi a **espaço pessoal**. A subcategoria *consciência corporal* e *emocional* foi a mais relatada correspondendo a 69% das incidências nesta categoria. No final das entrevistas ele afirmou ter sido uma experiência nova o fato de relacionar a música com os momentos da sua vida. Diz ter achado muito interessante, pois a música grava um período que mexeu muito. Falava das suas lembranças destes períodos e do momento presente, afirmando que é tudo muito novo. Afirma que se sente bem “desenvolvendo este outro lado”.

O entrevistado número seis tocava violão, ouvia música todos os dias e gostava de uma variedade de estilos musicais, porém não gostava de pagode. A categoria que mais se destacou foi a **espaço social**, relatadas principalmente nas subcategorias *pertencimento grupal e relação com o outro*, representando 88% das incidências. Esta categoria apresentou uma incidência acima do grupo estudado. O

entrevistado fala que a maioria das músicas foram as que mais marcaram a sua vida do ano 2000 até hoje. O entrevistado não faz referência às músicas de sua infância. Após as entrevistas o entrevistado apresentou demanda para atendimento psicoterapêutico e foi, em seguida, encaminhado.

O caso número sete não teve nenhum aprendizado de instrumento, gostava de cantar e escutava música frequentemente. O entrevistado relatou no final das entrevistas que foi muito bom, pois teve a oportunidade de "desabafar algumas coisas que estava segurando". Diz que em algumas músicas chorou e outras trouxeram momentos de alegria. A categoria que mais se destacou foi a **espaço pessoal** representadas pelas subcategorias *consciência emocional* e *autenticidade*, representando 74% das incidências.

O caso número oito escutava música frequentemente teve prática musical na infância através de brincadeiras de roda e canto, gostava de diversos estilos musicais, porém não gostava de rock e música pesada. A categoria que mais se destacou na entrevista foi a categoria **espaço pessoal** com uma maior incidência na subcategoria *consciência emocional e consciência corporal*, representando 88% das incidências nesta categoria. Na entrevista observamos que a ênfase do discurso estava relacionada a questões pessoais presentes em sua vida. A categoria **espaço pessoal** apresentou uma incidência acima do grupo total (64%). O entrevistado relata no fim das entrevistas o benefício de "colocar para fora" as memórias relativas às suas experiências musicais.

Para Ruud, (1998) todas as memórias significantes da música pareciam ter certa qualidade de "presença afetiva". Em outras palavras, os aspectos "emocionais eram mais ou menos baseados na experiência" (RUUD, 1998, p.57). Observamos nos casos relatados que a categoria que ocorreu com maior proporção foi a **espaço pessoal** com 41% de freqüência, e dentro desta categoria a subcategoria *consciência emocional* foi a mais citada com um índice correspondendo a 39,47%. Isto ocorreu, de fato, devido a compreensão da qualidade emocional das experiências musicais vividas pela maioria dos entrevistados. A subcategoria *consciência corporal* nos casos relatados apresentou um índice elevado, com 23,68%. Esta subcategoria demonstra que a música é fortemente percebida pelos entrevistados como uma sensação corporal. Segundo Ruud (1998) existe uma conexão entre os sentimentos e o sentido do eu, sendo que os sentimentos informam a sensação de como o indivíduo se sente no mundo. A consciência dos

sentimentos e as sensações corporais é uma parte importante da autoconsciência (RUUD, 1998, p.39). Estes exercícios emocionais esclarecem os sentimentos relatados auxiliando o sujeito a se expressar de diferentes formas.

Na categoria **espaço social** as subcategorias que mais se destacaram neste estudo foram as subcategorias *relação com o outro (*38,29%) e *pertencimento grupal* (26,59%). As relações sociais são de importância para o desenvolvimento da identidade do sujeito. Segundo Ruud (1998) reconhecer os aspectos interpessoais da identidade "conduz a uma grande consciência sobre o papel de um contexto cultural maior, onde a identidade toma forma" (RUUD, 1998, p.41). A influência do contexto social na vida pessoal dos entrevistados mostra-se como um fator importante de análise.

Na categoria espaço de **tempo e lugar** a identidade musical está relacionada ao lugar que o indivíduo tem como referência e à época que ele está contextualizado. Nesta categoria observamos que houve uma maior relevância nas subcategorias *época do tempo* com um maior número de ocorrência, correspondendo a 37,06% e na subcategoria *fases da vida que* apresentou 16,37% das ocorrências.

Algumas vezes, experiências musicais são percebidas pelos sujeitos como uma coisa "indefinida e indescritível, alguma coisa além dos limites da linguagem" (RUUD, 1998, p.46). Esta sensação foi percebida por alguns dos entrevistados que relataram em suas autobiografias estados alterados de consciência ao escutar música. Porém, a categoria **transpessoal** não foi representativa em nossos estudos. Esta categoria mostrou-se estatisticamente significante em relação às outras categorias, pois os intervalos de confiança não se sobrepõem. Situações que envolvem estados alterados da consciência dificilmente são expressos em linguagem, o que pode ter levado ao índice de apenas 2% das ocorrências nesta categoria.

Podemos observar que ao trabalhar com estas quatro principais categorias relacionadas a identidade musical – **espaço pessoal**, **espaço social**, **espaço de tempo e lugar**, e **espaço transpessoal** - que algumas das narrativas sobre as experiências musicais não poderiam ser situadas facilmente em apenas uma categoria. Havia relatos que pareciam ocorrer em duas, três categorias ao mesmo tempo. Para Ruud "estas categorias poderiam ser agrupadas sobre uma outra categoria central: qualidade de vida" (RUUD, 1998, p.56).

No discurso do sujeito percebemos um mapa sobre a sua identidade **pessoal**, **social, tempo/lugar** e **transpessoal** a partir da sua autobiografia musical. Isso significa tomar em consideração que estas categorias determinam o que ouvimos e como percebemos e interpretamos essas histórias musicais. Isso possibilita por sua vez conhecer a identidade musical do paciente facilitando nas intervenções terapêuticas. Este tipo de análise focaliza a descoberta de um significado biográfico ou cultural mais profundo que evolui da investigação próxima da experiência do paciente em relação à música. A música como canal de comunicação pode agir como meio de posicionar o indivíduo diante de sua identidade.

Diante dos resultados obtidos é possível levantar sugestões para trabalhos futuros, tais como, trabalhar com pesquisa quantitativa com parâmetros objetivos utilizando escalas de avaliações padronizadas como, por exemplo, a escala de qualidade de vida. Além disso, incentivar outros centros de estudos em esclerose múltipla no tratamento com musicoterapia a partir de projetos de estudos multicêntricos.

O tratamento com musicoterapia objetiva o fortalecimento do indivíduo e a utilização de recursos criativos únicos importantes para o processo de terapia. Este tipo de abordagem terapêutica pode aliviar a carga emocional de um paciente e se tornar eficaz para promover uma auto-identidade positiva.

6 – CONCLUSÃO

Este estudo foi planejado como um estudo piloto, com um número limitado de pacientes recrutados em um único centro clínico. É o primeiro estudo sobre identidade musical e o único estudo sobre identidade musical em pacientes com esclerose múltipla realizado no Brasil. Na literatura em língua portuguesa existe uma escassez de estudos sobre identidade musical e sobre o tratamento com musicoterapia em pacientes com esclerose múltipla.

Este trabalho teve como objetivo avaliar como portadores de esclerose múltipla expressaram suas identidades **pessoal**, **social**, **temporal** e **transpessoal** a partir da escuta e relato de músicas trazidas por eles. Estes dados serão utilizados posteriormente como apoio no repertório utilizado dentro do planejamento do tratamento com musicoterapia. Segundo Cohen e Gericke (1972, apud, DAVIS, 2000, p.293) a pedra angular do desenvolvimento de um programa de tratamento e reabilitação em musicoterapia é o acúmulo e síntese de dados precisos e significativos para os pacientes. Desta forma, no início do atendimento foi realizado um protocolo inicial de musicoterapia colhendo dados relativos a identificação, diagnóstico, motivos do encaminhamento e cultura musical. Num segundo momento os pacientes passaram por uma análise sobre a sua identidade musical através de sua autobiografia musical. Com estes dados tivemos acesso a um mapa e histórico musical sobre o paciente, como ele se relacionava com o mundo através da música e qual é o significado deste na sua identidade **pessoal**, **social**, **temporal** e **transpessoal**. Os dados que emergiram das entrevistas tornaram-se altamente significativos para os entrevistados.

Neste trabalho não tivemos objetivo de realizar um estudo sobre a estrutura musical das músicas escolhidas pelos entrevistados e nem uma análise dos textos das canções. A avaliação dos efeitos terapêuticos da escuta das músicas nos relatos das autobiografias musicais não foi o foco principal de nosso estudo, apesar de observarmos mudanças significativas no fim das entrevistas. Não foi realizada uma análise profunda na forma de estudo de caso.

Nossos resultados evidenciaram que cinco sujeitos entrevistados apresentaram em suas autobiografias musicais os quatro aspectos relacionados com as categorias de identidade apresentadas pelo musicoterapeuta Even Ruud (1998): **espaço**

pessoal, espaço social, espaço de tempo/lugar e **espaço transpessoal.** Três sujeitos não apresentaram a categoria espaço **transpessoal** em seus relatos.

A categoria de maior prevalência na identidade musical de pacientes com esclerose múltipla foi à categoria **espaço pessoal,** apresentando um total de 152 incidências correspondendo a 41% do total. Dentro desta categoria os nossos dados demonstraram que a subcategoria com maior prevalência foi a *consciência emocional.*

Na categoria **social** os dados indicaram que a subcategoria que se destacou foi a *relação com o outro.* Com relação à categoria **tempo e lugar** a subcategoria *época do tempo* foi a mais prevalente. A categoria **transpessoa**l, neste estudo, apresentou um percentual inferior às demais categorias.

Os dados evidenciaram que na categoria espaço **pessoal** os pacientes com esclerose múltipla relataram escutar música predominantemente de forma emocional. A atenção emocional foi narrada claramente nas informações de suas memórias. Esses exercícios emocionais podem auxiliar no esclarecimento de emoções vividas, auxiliando os pacientes a compreender melhor o mundo que os circundam e, consequentemente, a si mesmos. A *relação com o outro* foi também evidenciada nos relatos dos pacientes. Vivemos num mundo social e a música é compartilhada o tempo todo com o outro. As relações sociais são de vital importância para a qualidade de vida dos pacientes. As músicas permitiram relembrar a importância da ligação com os outros na vida do paciente. Já o aspecto relacionado à *época do tempo* foi destacado pelos pacientes dentro da categoria **tempo e lugar**. A recordação de um tempo vivido, de um período histórico foi enfatizada. As experiências musicais são sinais importantes de eventos de vida. Esses eventos são fixados na memória, possibilitando uma coerência e continuidade da vida: começo, presente, um passado e uma conclusão.

Baseando-se nos resultados e análises das categorias e subcategorias e para responder a questão principal deste estudo: Como portadores de esclerose múltipla expressam suas identidades **pessoal**, **social**, **temporal** e **transpessoal** através da música, observamos que para a maioria dos pacientes este estudo possibilitou: a ativação de memórias afetivas; o aumento na percepção dos sentimentos e sensações corporais, a compreensão melhor de si mesmo possibilitando uma autoconsciência; auxiliou o indivíduo a se expressar de formas diferentes; contextualizou o lugar e a época que o indivíduo se referia as suas lembranças;

possibilitou uma percepção de uma continuidade da vida; demonstrou a relevância das relações sociais e a percepção da influência cultural na vida do ser humano.

Para finalizarmos faz-se necessário tecer alguns comentários. Primeiramente este trabalho foi desenvolvido considerando-se uma amostra pequena de sujeitos (n=8). Desta forma estes dados não podem ser generalizados para toda a população de pacientes com esclerose múltipla. Com relação à metodologia utilizada observou-se que este trabalho foi desenvolvido seguindo uma metodologia qualitativa que tem se revelado bastante produtiva na construção de significados, valores e histórias de vida. Pode-se dizer que houve concordância entre a metodologia utilizada e a abordagem proposta neste trabalho sobre identidade musical. No momento não existe uma escala padronizada que possa avaliar a identidade do sujeito assim como a mudança da mesma.

Estudar as maneiras pelas quais as pessoas percebem a si mesmas em relação à música tem o potencial de explicar alguns fenômenos do comportamento e experiência musical que poderiam ser de outra forma inacessível. Observamos que neste estudo houve uma participação ativa do paciente no processo terapêutico percebido pela aderência ao procedimento. A musicoterapia tem o objetivo de fornecer oportunidades de interações que ajudam a reduzir o sentimento de desesperança e isolamento que freqüentemente acompanham doenças graves. A Musicoterapia com ofertas variadas de contato e diálogo é uma abordagem terapêutica que pode possibilitar a promoção de uma auto-identidade positiva e aliviar a carga emocional de um paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAM, J. *A Linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ALDRIDGE, D, SCHIMID W., KAEDER M, SCHIMIDT C, OSTERMANN T. Funcionality or aesthetics? A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients. *Complement Ther Med*. Mar;13(1):25-33,2005.

AMARAL, F. K. *Pesquisa em Música e Educação*. São Paulo: edições Loyola. 1991.

BACELLAR A**.** Diagnóstico da Esclerose Múltipla. In: MOREIRA M. et al *Esclerose Múltipla: Informações Científicas para o Leigo.* Porto Alegre: Conceito. 2004.

BALSIMELLI, S. Aspectos Emocionais na Esclerose Múltipla. In: TILBERY e cols. *Esclerose Múltipla no Brasil: aspectos clínicos e terapêuticos*. São Paulo: Editora Atheneu. 2005.

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

_____ *Teoria da Musicoterapia*, SP: Summus 1988.

BERGER P., BERGER B, KELLNER H. Pluralizacion de los mundos de vida social. In: *Um Mundo sin Hogar (modernizacion y conciencia).* Santander: Editorial sal terrae.1979.

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

CALLEGARO, D. Aspectos Epidemiológicos. In: TILBERY et cols *Esclerose Múltipla no Brasil: aspectos clínicos e terapêuticos***.** São Paulo: Editora Atheneu. 2005.

CHEMAMA, R. Dicionário de Psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

COSTA, C.M. O despertar para o outro: musicoterapia. São Paulo: Sumus, 1989.

DAVIS B. D. e GFELLER K. Musicoterapia: una perspectiva histórica. In: DAVIS B. D., GFELLER K. e THAUT M.H. Introducción a la Musicoterapia- Teoria y Practica. Barcelona: Editorial de Música Boileau, 2000.

DAVIS, William B. Ira Maximilian Altshuler: Psychiatrist and pioneer music therapist. *Journal of Music Therapy*, Fall 2003.

DOMINGUES, I. Em busca do método. In: DOMINGUES, I. (org.) *Conhecimento e Transdiciplinaridade II.* Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

ERIKSON. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FERREIRA, R, MENDES MF. Diagnóstico Diferencial. In: MOREIRA M et al. *Esclerose Múltipla: Informações Científicas para o Leigo.* Porto Alegre: Conceito. 2004

GFELLER, K., DAVIS, W.B. El papel de la investigación musicoterapia. In: DAVIS B. D., GFELLER K. e THAUT M.H**.** *Introducción a la musicoterapia.* Barcelona: Editorial de música Boileau, 2000.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1996.

GREEN, Lucy. *Music on deaf ears: musical meaning, ideology, education.* (Music and society). New York: Manchester University Press, 1988.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar. Rio de Janeiro: Record, 1997.

HALL, S. A Identidade cultural na pós-modernidade, Rio de Janeiro: DP&AA, 2005.

HARGREAVES, D e cols. What are musical identities, and why are they important? In: Musical Identities. MACDONALD et cols. Oxford, New York. 2004.

HARGREAVES, D. Within You Without You, música, aprendizagem e identidade.In: Anais do Primeiro Simpósio de Cognição e Artes Musicais, Curitiba: Deartes- UFPR, 2005.

HOUAISS, A., VILLAR, M. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HULLEY, S.B. Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed,2003.

JOURDAIN, R*. Música, cérebro e êxtase: como a música captura nossa imaginação*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

KURTZKE, J.F.- Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: Na expanded disability status scale (EDSS). *Neurology,* 33:144-52, 1983.

LAVILLE, C., DIONE J. *A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.* Artmed: Porto Alegre,1999.

LEÃO, E. R. e SILVA, M. J. P. Musica e dor crônica músculo esquelética: O potencial evocativo de imagens mentais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* mar/abr 2004, vol12. nº 2 p235-241. ISSN 0104- 1169.

LENGDOBLER H, KIESSLING W.R. Gruppenmusiktherapie bei multipler Sklerose: Ein erster Erfahrungsbericht*. Psychoter Med Psychol* 39:369-373. 1989.

LUBLIN F.D, REINGOLD S.C. Defining the clinical course of multiple sclerosis: Results of an international survey**.** *Neurology* 46:907-911. 1996.

MACDONALD R. e cols. Music Identities.New York: Oxford, 2004.

MACHADO, J., MONTEIRO S. *A função social da forma sonata.* 1994. Disponível em http://www.pianoclass.com/cgi-bin/revista.pl?i=1&cmd=artfuncaosocial. Acesso em 02/06/2006.

MAGEE W.L., DAVIDSON J.W. The Effect of Music Therapy on Mood States in Neurological Patients: A Pilot Study.In: *Journal of Music Therapy*. 39 (1): p. 20-9. 2002.

_____Disability and identity in music therapy. In: *Musical Identities*. Macdonald et cols. Oxford, New York. 2004.

MENDES, MF e TILBERY CP. O que é esclerose múltipla? In: MOREIRA et al *Esclerose Múltipla: Informações Científicas para o Leigo.* Porto Alegre: Conceito,2004.

MOREIRA, MA e cols*. Aspectos históricos de la esclerosis multiple.* R 34: 378-83. 2002.

_____A História da Esclerose Múltipla. In: *Esclerose Múltipla : Informações Científicas para o Leigo.* Marcos Moreira et al. Porto Alegre: Conceito, 2004.

_____ Expressão das quimiocinas CCL2 e CXCL10 no soro e líquido cefalorraquiano de pacientes com esclerose múltipla tratados com metilprednisolona intravenosa: resultados preliminares. Dissertação de mestrado apresentada no curso de pós-graduação da faculdade de ciências médicas da Santa Casa de São Paulo-Curso de pós-graduação em Medicina, São Paulo: 2004 B.

_____Aspectos Históricos. In: *Esclerose Múltipla no Brasil: aspectos clínicos e terapêuticos***.** Tilbery et cols. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

MORALES, R.R. Avaliação Transversal da qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla por meio de um instrumento genérico (SF-36). Dissertação de mestrado apresentada no curso de pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlância: 2005.

MUTSCHLER J., MOREAU V. *Séminaire d´initiation a la musicothérapie.* La Roche sur yon : Federation des therapies mediatisees/ art-therapie. Etablessemint Public de Santé Mentale. Centre Hospitalier Georges Mazuerlle, 2000. 42 f. Notas de aula.

OLIVEIRA, M.A. Subjetividade e Totalidade: um confronto com as antropologias contemporâneas. Conferência proferida no Congresso Internacional “Pessoa e Sociedade”, Universidade Católica de Portugal, Braga (Portugal), 19 de novembro de 2005.

OSTERMANN T., SCHMID W. Music therapy in the treatment of multiple sclerosis: a comprehensive literature review. Expert Rev Neurother. Apr;6(4):469-77, 2006.

PAPALIA, D.E. Desenvolvimento Humano. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PINTO, T. *O Som e música. Questões de uma antropologia sonora*. Ver. Antropol., vol 44, nº1, p. 222-286. 2001. ISN 0034-7701

RUDIO, F.V. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. Petrópolis: Vozes, 1980.

RUUD, E. Caminhos da Musicoterapia. São Paulo: Summus, 1990.

_____*Music Therapy: Improvisation. Communication, and culture.* Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

TAYLOR D.B.. Music in general hospital treatment from 1900 to 1950. *Journal of Music Therapy* 18: 62-73 1981.

TILBERY C.P. Exame do Paciente com Esclerose Múltipla. In: TILBERY et cols Esclerose Múltipla no Brasil: aspectos clínicos e terapêuticos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

SCHULTZ, D. História da psicologia moderna. São Paulo: Cultrix, 1995.

SILVA, L. L. Ameaça de identidade e permanência da pessoa: um estudo de sociologia da doença. São Paulo: Cortez, 2004.

SCHMID W., ALDRIDGE D. Active music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients: a matched control study. *Journal of Music Therapy.*41 p.225-40, 2004.

VIANNA, S., MOREIRA, M. A., HAASE, V. G., and LANA-PEIXOTO M. A., "Music therapy in neurological rehabilitation: a standardized protocol for patients with multiple sclerosis," presented at Latin American Commitee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis, Iguassu Falls. *Arquivos de Neuropsiquiatria*- São Paulo: Associação Arquivos de Neuro-Psiquiatria Dr Oswaldo Lange. V.62, supl 1 INSSN 0004-282X, 2004.

VIEIRA, S. *Metodologia Científica para a área de saúde.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

VIEIRA, MGS. Impacto Psicológico da Esclerose Múltipla. In: MOREIRA et al. *Esclerose Múltipla: Informações Científicas para o Leigo.* Porto Alegre: Conceito. 2004.

WHEELER B. The relationship between music therapy and theories of psychotherapy. In: *Music Therapy. The Journal of the American Association for Music Therapy.* Vol. 1, number 1. New York, 1981.

WIENS, M.E., REIMER, M.A. and GUYN, H.L. Music therapy as a treatment method for improving respiratory muscle strength in patients with advanced multiple sclerosis: a pilot study .*Rehabil Nurs* 24, 2, 74-80. 1999.

WINNICOTT, C. Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

WISNIK, J.M. O som e o sentido. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

FONTES CONSULTADAS

CARDOSO, C.U.P. *Edição e formatação de documentos acadêmicos no computador.* Belo Horizonte: Escola de Música- UFMG. 2005. Disponível em: musica.ufmg.br/~claudiourgel . Acesso em: 17/01/07

FRANÇA, J.L. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. Belo Horizonte: Ed. URMG, 2004.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar. Rio de Janeiro: Record, 1997

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da lingua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HULLEY, S.B. *Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica.* Porto Alegre: Artmed,2003.

RUDIO, F.V. Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica. Petrópolis: Vozes, 1980.

SOUZA, M.S.L. *Guia para redação e apresentação de monografias, dissertações e tese*. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

ANEXOS

1- Protocolo :

CIEM Minas - UFMG

Centro de Investigação em Esclerose Múltipla de Minas Gerais

PROTOCOLO DE MUSICOTERAPIA

AVALIAÇÃO INICIAL

Data: ___/___/___ REGISTRO HC _____ REGISTRO CIEM _____

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome completo (LETRA DE FORMA) :
_____

Idade: _____ anos - Data de Nascimento: ____/_____/_____ - Sexo: □ M □ F

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Raça: □ Br □ Parda □ Negra □ Amarela / Est. Civil: □ C □ S □ V □ Outro _____

Profissão: _____ (Se aposentado, favor descrever profissão anterior)

Escolaridade (anos completos) : _____

Filiação:_____

Endereço : Rua/Av _____ No. _____

Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____ Tel.: ( ) _____

E-mail: _____

ENCAMINHADO POR: _____

2. DIAGNÓSTICO

□ Esclerose Múltipla. Forma:
- □ Recorrente-remitente (EMRR)
- □ Primariamente progressiva (EMPP)
- □ Secundariamente progressiva (EMSP)
  - □ com surtos
  - □ sem surtos
- □ Progressiva recorrente (EMPR)

□ outros diagnósticos: _____

Tempo de doença_____
EDSS atual: _____

3. MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

□ transtorno do humor: _____
□ distúrbio de respiração : _____
□ disartria
□ distúrbio de equilíbrio
□ fadiga
□ coral CIEM
□ outros: _____

4. ANTECEDENTES SONOROS E MUSICAIS

4.1. Práticas musicais na infância:
□ brincadeiras de roda
□ canto
□ iniciação musical: _____
□ outros:

4.2. Região de origem e preferência musical dos familiares:
Pai: _____
Mãe: _____
Irmãos: _____

5. CULTURA MUSICAL

5.1. Gosta de música? □ S □ N

5.2. Educação musical: □ S □ N
Se sim, qual instrumento? _____ Tempo: _____

5.3. Preferência instrumental:
□ cordas □ piano ou instrumentos de tecla □ percussão □ sopro
□ outros: _____

5.4. Preferência musical:
□ bossa nova □ MPB □ sertaneja □ caipira □ samba
□ evangélicas □ heavy metal □ chorinho □ pagode □ jazz
□ reggae □ new age □ pop internacional
□ rock'n'roll □ nacional □ internacional
□ música clássica. Tipo: _____
□ outros: _____

5.5. 3 a 5 músicas de preferência:
_____
_____
_____

5.6. Tipos de músicas de que não gosta: _____

5.7. Tipos de instrumento de que não gosta: _____

5.8. Ouve música: □ todos os dias □ freqüentemente □ raramente

Como?
□ rádio □ walkman/diskman □ MP3 □ CD □ fita cassete □ vinil □ concertos
□ outros: _____

6. ELEMENTOS EXTRAMUSICAIS

6.1. Pratica outras formas de arte : □ S □ N
Se sim, □ pintura □ escultura □ dança: _____ □ poesia □ literatura □ teatro
□ cinema □ outras: _____

6.2. Associa alguma forma de arte à música? □ S □ N
Se sim, qual e como.
_____
_____

7. AMBIENTE SONORO ATUAL

7.1. Estímulos sonoros:
em casa: _____
no trabalho: _____
à noite: _____

7.2. Como reage a estes estímulos sonoros:
_____
_____

8. TRATAMENTOS

Especialidades médicas: _____
Fisioterápico: □ S □ N
Psicoterápico: □ S □ N
Fonoaudiológico: □ S □ N
Reabilitação aeróbica: □ S □ N

Enfermagem: □ S □ N
Reabilitação do equilíbrio: □ S □ N

9. ESCALAS APLICADAS (ÚLTIMOS ESCORES)

mini-mental : _____. Data: ___/___/___
FAMS: _____. Data: ___/___/____
Beck: _____. Data: ___/___/___
MSFC: _____. Data: ____/___/___
FSS: _____. Data: ____/___/___
QSG: _____. Data: ____/___/___

10. OBSERVAÇÕES

Examinador(a): _____

2- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

1. Introdução:

O senhor (a) está sendo convidado(a) a participar de um estudo sobre identidade musical.
O senhor(a) pode decidir em não participar deste estudo, sem qualquer efeito sobre seus cuidados médicos atuais e futuros.
Para participar, o senhor(a) deverá ler atentamente este documento e, se tiver claro o seu conteúdo e de acordo com seus termos, poderá assiná-lo.

2. Procedimento

Caso o senhor(a) concorde em participar deste estudo, irá se submeter às seguintes avaliações:

i. *Protocolo de avaliação musicoterápico;*
ii. Escolher e/ou gravar 10 a 15 músicas que fazem parte de sua história;
iii. Ser submetido a entrevistas gravadas sobre as músicas escolhidas.

3. Riscos e benefícios:

- Este projeto de pesquisa não oferece riscos à saúde física dos pacientes, uma vez que a metodologia a ser adotada não inclui procedimentos invasivos, exposição a agentes químicos, físicos ou biológicos.
- Os benefícios decorrentes de sua participação no estudo serão a contribuição para o estudo sobre a identidade musical de pacientes com EM.

4. Confidencialidade

Todos os dados coletados neste estudo são confidenciais. Os pesquisadores garantem que as informações coletadas não serão utilizadas de forma que prejudique os integrantes do estudo.

5. Participação

Li este consentimento informado. Foi-me dada a oportunidade de formular quaisquer perguntas sobre o estudo e todas as minhas perguntas foram respondidas em linguagem que eu entendo. Recebi explicações sobre os riscos e benefícios do estudo. Posso decidir ou não participar deste estudo ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou efeito sobre os meus cuidados médicos futuros.

Nome e assinatura do paciente.....Data:.....
Nome e assinatura do pesquisador .....Data:.....
Nome e assinatura do representante legal (se aplicável).....Data:.....

3 - Carta ao musicoterapeuta norueguês Even Ruud

3.1 - Carta a Even Ruud:

10 de agosto de 2006

Dear Professor Ruud

My name is Shirlene Moreira, I am music therapist and work with multiple sclerosis patients. I am doing a research project based upon your Musical Identity work. The professors who evaluated my pre-master's degree asked me to clarify all the categories and sub-categories with examples. I only did an evaluation about an interview as a pilot study. At the end of the work there will be evaluated ten interviews carried out with multiple sclerosis patients, approximately 130 musical reports.

I would like your assurance as if I am using the categories appropriately on my research. I base myself on the lecture you gave in Rio de Janeiro and on your book "Music Therapy; Improvisation, Communication and Culture" in order to understand all the categories.

I am sure it will be very important for my developing and for Music Therapy in Brazil if this research could count upon you. There is no bibliography in Brazil about Musical Identity.

I mention below my interpretation of the categories and I ask you the kindness to make the corrections as necessary. I am looking forward to your answer.

Yours faithfully,

Shirlene Moreira

The data analysis will be carried through based on the categories elaborated by the Norwegian Music Therapist Even Ruud (1998) applied to the interviews of this research. The categories are described on the table below:

---

1. The category PERSONAL SPACE is related to the individual identity, emotion and body consciousness

Sub-Categories:

1.1- Early Relations: Songs or music the parents, grand-parents or caretakers sang or played to the child.

1.2- Basic Trust: Songs that gave anchorage or grounded the person in his early memories of “being safe” and supported by a stable relationship. Example: “How nice the childhood is.”

1.3- Being seen confirmed: where the musical situation creates a favorable situation: the child holds the adult’s whole attention. Ex: “period I stood together with my father.”

1.4- Emotion Consciousness: To Express – To Feel: Emotional impact music makes us feel. According to Ruud these “… emotional exercises could become an arena for conceptual description and clarification of emotions thus helping the child express different emotions to the world” (RUUD, 1998, p. 40). The individual selects the music which might correspond to his emotion or mood. Ex: happy, sad, depressed, sentimental, etc.

1.5- Body Consciousness: Body reactions to the music, as pleasure when turning on the music very loud, cry.

1.6 – Mastery: “music provides opportunities to feel appreciated by the family and the larger community” (RUUD, 1998, p. 41): Feeling of self-confidence and the environment control through the ability to perform music, to have control of the situation. Ex: to play the flute.

1.7- Private Space: “To listen to a musician play an instrument appears to lead to an awareness of a space within oneself that is totally distinct and not accessible to other people. Sometimes this is called the “true self” (RUUD, 1998, p. 40). Ex: “in the back yard of my house, on a corner only mine I hear music”.

2. The category SOCIAL SPACE refers to interpersonal identity aspects. The sub-categories are:

2.1- Emerging Individuality: capacity to compare the own musical taste with a community cultural and social groups. Ex:

2.2- Breaking Away: Consciousness of the different musical taste from the parents, for example.

2.3- Identifications: To make use of music idols for acquiring different identities.

2.4- Authenticity: “…or about how music sometimes matched a mood or inner feeling that helped the person define a new life direction” (RUUD, 1998, p. 43). Could you give an example?

2.5- Group Belonging: Perception of being part of a cultural and social group in a given time and place. Ex: “We joined the entire group at the party”.

2.6- Conformity Us – Independence: “music as reflex of a consumption culture or music as means of producing and transforming the reality. Could you give an example?

2.7- Gender Sexual: “music gives power to the young or help them to identify themselves with an adequate sense of the sexual gender perception” (RUUD, 1998, p. 43). Ex: Boys’ group”.

2.8- Communality and valves: we use the music within a social context but our musical choice symbolizes our linking value with the other one.

2.9- Ethnicity: Belonging to a specific ethnic group of a determined culture.

3. Musical Experience is intimately related to the category TIME/PLACE. The feeling of belonging to a place on a given period of time. The sub-categories are:

3.1- Personal Calendar: “…give me a basis from which to compare my sense of lived time with the public sense of time” (RUUD, 1998, p. 44). Could you give an example?

3.2- Meaningful Moments: Important moments of life. Ex: “my first spree at 17”

3.3- Everyday Rituals: Experiences of daily life. Music to protect or show how we are. Ex: “Everyday after lunch I…”

3.4- Celebrations: Feasting periods. Ex: Christmas.

3.5- Phases of life: Musical Experiences related to the transition of one life phase to another. Music may become a symbol that takes several meanings. A song brings back a whole period of life. Ex: It was the top of this phase, this party with this music” or “it marked the beginning of my adult phase”

3.6- Epoch Time: It helps to remember one period of life. Ex: “At the period of college”.

3.7- Historical Time: Through the memory occurs the perception of the continuous course of life, a gift and a conclusion. Could you give an example?

3.8- Local Regional and Nationality: To belong to a region or reference to a nation (I joined these two categories).

I am in doubt about the categories: Belonging, Tradition x Roots and Seasons.

4. TRANSPERSONAL: According to Ruud, 1998, it is difficult to talk about transpersonal experiences, for it breaks the language. They are meaningful experiences, that is, musical experiences that are beyond language, producing altered states of consciousness. Transcendental experiences or extraordinary experiences. “… how our life may be perceived as part of some larger order, a

transcendental space, or a religious dimension" (RUUD, 1998, p. 46). Sub-categories:

4.1- Religions Experience

4.2- Peaks "culminant experiences". Altered states of consciousness. Could you give an example?

4.3- Extinction of EGO: experience of being carried "out" of us (RUUD, 1998, p. 46) Could you give an example?

4.4- "Larger than" "…being part of a greater order and continuity" (RUUD, 1998, p. 46). Could you give an example?

Could you explain Transitional and Flow/Void?

Professor Ruud, I know that there are many doubts and I am taking your precious time, but this information may clarify my doubts in relation to the analysis of all the data I have. If you want to I may send you the data analysis at the end of this work.

I thank you again for your kind attention.

Shirlene Moreira

3.2 - Carta resposta do professor Even Ruud

Dear Shirlene Moreira

Overall you seem to have done a very good job using my categories. I have a few comments concerning:

1.4 Emotional consciousness is the ability to experience and tolerate emotions as well as to give expressions to emotions.

2.4. I would like today to place this categori - authenticity - as 1.8, i.e. as part of the personal space. Example: People feel an musical experience as being authentic when it strike them as "true", "natural", "evident", "the way it should be" and so on (Not "fake", false" "commercial", "speculative" and so on).

3.1. Personal calendar. I remember my life when I relate to significant musical experiences. "When I attended the John Coltrane concert in Oslo in 1962 - and so on" - helps to keep track of my life

3.7. Because John Coltrane is a main person in the history of jazz, I can align my personal history with the public or official (jazz) musical history. In that sense we have genealogical historical time (all the composers or musicians we never met live - Bach) and organic historical time - musical events I have attended and which have become part of the offical musical history as well as my personal history)

3.8 Covers the sense of belonging and linking up with traditions and musical roots. (Forget the seasons)

4.2. An altered state of consciousness is a sense of being out of the everyday consciousness. In ASC you may have an experience of losing sense of time, or where you are (void) and you experience time as a flow. You may forget who you are (4.3) and have an experience that you are a part of something very big (4.4.) - some people have a sense of closeness to God, other to nature and so on.

You may read more about the liminal transition in my other chapter on Improvisation as a liminal experience. More about alterede states of consciousness in the literature on Bonny Method of guided imagery and music.

Even Ruud

4- Nome das músicas:

1-Alívio Imediato e Piano Bar – Engenheiros do Havaí
2-Amigos- Demônios da Garoa
3-Azul do mar – 14 Bis
4-Bom rapaz- Wanderlei Cardoso
5-Cássia Eller (F)
6-Celebridade
7-Coração de Luto- Teixerinha
8-Confidência
9-Dona de Mim- 14 Bis
10-Dona- Roupa Nova
11-Eu e você- Jorge Aragão
12-Exagerado- Cazuza
13-Garotos- Lenine e Cazuza
14-Índia- Perla
15-Ideologia - Cazuza
16-Tribunal de Rua- Rappa
17-Pour Elise- Beethoven
18-Tema do Filme Rollerball”
19-The turn of a friendly card” The Alan Parsons Project
20-The turn of a friendly card” (part one) The Alan Parsons Project
21-Strangelove- Depeche mode
22-The way it is – Bruce Hornsby and the range
23-Somewhere in time- John Barry
24-My love´s Leavin – Steve Winwood
25-Alma – Simone
26-Velha infância- Tribalistas
27-Harem- Sarah Brightman
28-If you shout- Era
29-I have a dream- Nana Mouskori
30-Hey Jude
31-The Sounds of Silence- Paul Simon and Garfunkel
32-Mulheres- Martinho da Vila
33-Pra Frente Brasil- Jovem Guarda
34-Hino ao Duque de Caxias
35-Dançando Calypso- Calypso
36-Fusção Preto- Almir Rogério
37-Hair- Fifth Dimension
38-Metal contra as Nuvens- Legião Urbana
39-Morango do Nordeste
40-Preta Pretinha- Moraes Moreira
41-Preciso lhe encontrar- Roberto Carlos
42-Trem das Onze
43-Xote dos Milagres – Fala Mansa
44-Podes crer - Cidade Negra
45-Relicário- Cássia Eller
46Ovelha Negra- Rita Lee
47-Rhapsody: Tema de Paganini

48-San Francisco- Scott Maquiens
49-Rindo à Toa
50-Construção- Chico Buarque
51-She- Charles Aznavour
52-Kung Fu Fighting- Carl Douglas
53-O cravo brigou com a rosa
54-Caçador de Mim - Milton Nascimento
55-She´s my girl- Morris Albert
56-O escandalo- Renato e sues blues caps
57-Bolero de Ravel
58-Dois corações e uma história
59-Dio come Ti amo
60-Chiquitita- Abba
61-I Started a Joke - Bee Gees
62-Pedaço de Mim- Simone
63-Fernando- Abba
64-9ª Sinfonia de Beethoven (Jazz)
65-Bolero- Engenheiros do Havaí
66-Woman- John Lennon
67-Sweethearts together- Rolling Stones
68-Bola de meia, bola de gude (Milton Nascimento)
69-Rock´n roll Lilaby (Tema Selva de Pedra)
70-Sonda-me
71-Summer Nights- Olivia Newton John
72-Imagine- John Lennon
73-Matriz e Filial- Jamelão
74-Cabecinha no ombro- Almir Sater
75-Amigos para sempre- Sarah Brightman e José Carreras
76-Era um garoto que como eu – Os incríveis
77-Ave Maria de Schubert – André Bocelli
78-Amigos para sempre- Sarah Brightman
79-Real Love- John Lennon
80-Please Please Me- The Beatles
81-Morando do nordeste
82-From this moment on- The Carpenters
83-My endless love
84-Unchained Melody
85-Minha história (Chico Buarque)
86-A praça
87-My Way
88-O Pato
89-New York, NeW York
90-Hey
91-Yestarday
92-Como é grande o meu amor- Roberto Carlos 2X
93-Somewhere in Time
94-Detalhes
95-Don´t cry for me Argentina
96-We are the word
97-Doce Mistério- Leandro e Leonardo

5- EDSS

EDSS (Expanded Disability Status Scale)

SISTEMAS FUNCIONAIS (SF)

Funções piramidais

0 : normal
1 : sinais anormais sem incapacidade.
2 : incapacidade discreta.
3 : hemiparesia ou paraparesia moderada; monoparesia grave.
4 : hemiparesia ou paraparesia acentuada; quadriparesia moderada; ou monoplegia.
5 : paraplegia, hemiplegia, ou quadriparesia acentuada.
6 : quadriplegia
V : desconhecido

Funções cerebelares

0 : normal
1 : sinais normais sem incapacidade.
2 : ataxia discreta.
3 : ataxia de tronco ou apendicular moderada.
4 : ataxia grave, em todos membros.
5 : incapaz de realizar movimentos coordenados devido ataxia.
V : desconhecido
X : é usado após cada número quando existe fraqueza muscular (grau 3 ou mais no piramidal) interferindo com o teste.

Funções de tronco cerebral

0 : normal
1 : somente sinais.
2 : nistagmo moderado ou outra incapacidade leve.
3 : nistagmo grave, fraqueza extraocular acentuada ou incapacidade moderada de outros nervos cranianos.
4 : disartria ou outra incapacidade acentuada.
5 : incapacidade de engolir ou falar.
V. desconhecido.

Funções sensitivas (revisada 1982)

0 : normal.
1 : somente sensibilidade vibratória ou estereognosia diminuídas, em um ou dois membros.

2 : diminuição discreta da sensibilidade tátil, dolorosa ou de posição, e/ou diminuição moderada da sensib. vibratória em um ou dois membros; ou diminuição da vibratória em 3 ou 4 membros.
3 : diminuição moderada da sensib tátil, dolorosa ou de posição, e/ou perda da vibratória em 1 ou 2 membros; ou diminuição discreta na tátil ou dolorosa e/ou diminuição moderada de todos testes proprioceptivos em 3 ou 4 membros.
4 : diminuição acentuada da sensib tátil ou dolorosa ou perda da propriocepção, isolada ou combinada, em um ou dois membros; ou diminuição moderada na tátil ou dolorosa e/ou diminuição proprioceptiva grave em mais de 2 membros.
5 : Perda da sensibilidade em um ou dois membros; ou diminuição moderada na tátil ou dor e/ou perda da propriocepção na maior parte do corpo abaixo da linha da cabeça.
6 : Anestesia do pescoço para baixo.
V. desconhecido

Funções vesicais

0 : função normal
1 : sintomas vesicais sem incontinência
2 : incontinência até 1 vez/semana
3 : incontinência mais de 1 vez/semana
4 : incontinência urinária diária (ou mais)
5 : cateterização contínua
6 : grau 5 mais grau 5 nas funções intestinais
X : adicionar para os graus 1-4 se o auto-cateterismo for utilizado.

Funções intestinais

0 : função normal
1 : obstipação intestinal (menos de 1 vez/dia) e sem incontinência
2 : obstipação intestinal diária e sem incontinência
3 : incontinência até 1 vez/semana
4 : incontinência mais de 1 vez/semana mas não diária
5 : sem controle do esfíncter retal
6 : grau 5 mais grau 5 nas funções vesicais
X : adicionar para os graus 1-4 se o auto-cateterismo for utilizado.

Funções visuais ou ópticas

0 : normal.
1 : escotoma com acuidade visual (corrigida) maior que 20/30.
2 : pior olho com escotoma com acuidade visual máxima (corrigida) de 20/30 a 20/59.
3 : pior olho com extenso escotoma, ou diminuição moderada em campos, mas com acuidade visual máxima (corrigida) de 20/60 a 20/99.
4 : pior olho com diminuição acentuada de campos e acuidade visual máxima (corrigida) de 20/100 a 20/200; grau 3 mais acuidade máxima do melhor olho de 20/60 ou menor.

5 : pior olho com acuidade visual máxima (corrigida) menor que 20/200; grau 4 mais acuidade máxima do melhor olho de 20/60 ou menor.
6 : grau 5 mais acuidade visual máxima do melhor olho de 20/60 ou menor.
V. desconhecido
X. é adicionado para graus 0 a 6 quando está presente palidez de papila.

Funções mentais (cerebrais)

0 : normal.
1: somente alteração do humor (euforia ou depressão)
2 : leve comprometimento mental.
3 : moderado comprometimento mental.
4 : acentuado comprometimento mental.
5 : demente ou incapaz.
V : desconhecido

Outras funções

O : nenhuma
1 : outros achados neurológicos atribuídos a EM (especificar)
V : desconhecido

EDSS

0 : exame neurológico normal (todos SF grau 0; Grau 1 SF mental é aceitável)

1,0 : nenhuma incapacidade, sinais mínimos em 1 SF. (por ex.: sinal de Babinski ou diminuição da sensibilidade vibratória).

1,5 : nenhuma incapacidade, sinais mínimos em mais de 1 SF.

2,0 : incapacidade mínima em 1 SF (1 SF grau 2, outros 0 ou 1)

2,5 : incapacidade mínima em 2 SF (2 SF grau 2, outros 0 ou 1)

3,0 : incapacidade moderada em 1 SF (1 SF grau 3, outros 0 ou 1), ou incapacidade discreta em 3 ou 4 SF (3 ou 4 SF grau 2, outros 0 ou 1).

3,5 : pode caminhar a distância que quiser. Incapacidade moderada em 1 SF (grau 3) e 1 ou 2 SF grau 2; ou 2 SF grau 3; ou 5 SF grau 2 (outros 0 ou 1).

4,0 : pode caminhar sem ajuda ou descanso até 500m. Auto-suficiente. (1 SF grau 4 (outros 0 ou 1), ou vários graus 3 ou menores)

4,5 : pode caminhar sem ajuda ou descanso até 300m. Hábil para trabalhar todo o dia, podendo apresentar alguma limitação ou requerer mínima assistência. (1 SF grau 4 – outros 0 ou 1 – ou combinação de graus menores que excedam limites de estágios anteriores)

5,0 : pode caminhar sem ajuda ou descanso até 200m. Apresenta incapacidade que compromete as atividades diárias. (1 SF grau 5 – outros 0 ou 1 – ou combinação de graus menores que excedam especificações para o grau 4).

5,5 : pode caminhar sem ajuda ou descanso até 100m. Incapacidade grave suficiente para impedir a realização das atividades diárias. (1 SF grau 5 – outros 0 ou 1 – ou combinação de graus menores que excedam especificações para o grau 4)

6,0 : auxílio intermitente ou unilateral constante (bengalas,muletas) para caminhar cerca de 100m com ou sem descanso. (combinações de SF com mais de 2 com grau 3)

6,5 : auxílio bilateral constante para caminhar 20m sem descanso. (combinações de SF com mais de 2 com grau 3).

7,0 : Incapacidade para caminhar mais de 5m, mesmo com auxílio; uso de cadeira de rodas; capaz de entrar e sair da cadeira sem ajuda. (combinações com mais de 1 SF grau 4; mais raramente, SF piramidal grau 5 isolado).

7,5 : não consegue dar mais do que alguns poucos passos, essencialmente restrito à cadeira de rodas; pode precisar de ajuda para entrar e sair da cadeira; não consegue permanecer na cadeira de rodas comum o dia inteiro (somente na motorizada).

8,0 : essencialmente confinado à cadeira de rodas ou à cama. Consegue se locomover com a cadeira de rodas, porém não consegue ficar fora da cama por muito tempo. Consegue realizar algumas funções de sua higiene e mantém o uso dos braços. (combinações, geralmente grau 4 em várias funções).

8,5 : permanece na cama a maior parte do dia; consegue realizar algumas funções para cuidar de sua própria higiene e mantém algum uso dos braços. (combinações, geralmente grau 4 em várias funções).

9,0 : acamado e desamparado; consegue se comunicar e comer. Não realiza higiene própria.(combinações, geralmente grau 4 em várias funções).

9,5 : totalmente desamparado; não consegue se comunicar efetivamente ou de comer/engolir. (combinações, geralmente grau 4 em várias funções).

10 : morte devido envolvimento tronco ou falência respiratória; ou morte conseqüente longo tempo acamado no leito com pneumonia, sepsis, uremia ou falência respiratória.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo