

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

EMERGÊNCIA E SAÚDE CONTEMPORÂNEA: A Experiência da Musicoterapia

Marcello da Silva Santos

Rio de Janeiro
2005

EMERGÊNCIA E SAÚDE CONTEMPORÂNEA: A Experiência da Musicoterapia

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Estudos Interdisciplinares em Comunidades e Ecologia Social (EICOS) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientador: Professora Doutora Ruth Machado Barbosa

Santos, Marcello da Silva

Emergência e Saúde Contemporânea: A Experiência da Musicoterapia. Rio de Janeiro, 2005. 97 f.

Dissertação (Mestrado em Psicossociologia e Ecologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa EICOS, 2005.

Orientadora: Ruth Machado Barbosa

1. Emergência. 2. Complexidade 3. Musicoterapia
Barbosa, Ruth Machado (Orient.)
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Instituto de Psicologia, Programa EICOS. Título.

EMERGÊNCIA E SAÚDE CONTEMPORÂNEA: A Experiência da Musicoterapia

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Estudos Interdisciplinares em Comunidades e Ecologia Social (EICOS) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia e Ecologia Social.

Rio de Janeiro, de de 2005

Aprovado por

Membros titulares

Profa. Dra Ruth Machado Barbosa - UFRJ

Profa. Dra Rosa Maria Ribeiro Leite Pedro - UFRJ

Prof. Doutor Eduardo Mourão Vasconcelos - UFRJ

Membro suplente

Prof. Doutor Marcus Jardim Freire - UFRJ

RESUMO

SANTOS, Marcello da Silva Santos. Emergência e Saúde Contemporânea: A Experiência da Musicoterapia. **Rio de Janeiro, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia e Ecologia Social) – Programa EICOS, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.**

A Saúde contemporânea é marcada pela transição paradigmática. O modelo médico-científico baseado no empirismo, na razão linear e determinista, na análise e conseqüente fragmentação das intervenções, passa a dar sinais de descontinuidades no que tange às intervenções em Saúde, como se todo “ruído de comunicação” dos últimos trezentos anos (marginalizados pela objetividade reducionista) viesse à tona com sua face complexa, apontando-nos para novos rumos de compreensão. Como efeito, o Paradigma Científico constituinte da Saúde moderna agrega para si essa complexidade, fundando uma nova etapa em seu pensamento, transformando as ferramentas de intervenção nos mais variados campos, permitindo facetas interdisciplinares e fundando novos campos de conhecimento, campos complexos em sua própria epistemologia, como a Musicoterapia. Trata-se de um trabalho teórico, que visa descrever a emergência desse campo, entendendo emergência como fenômeno fruto da auto-organização e da Complexidade.

ABSTRACT

SANTOS, Marcello da Silva Santos. Emergência e Saúde Contemporânea: A Experiência da Musicoterapia. Rio de Janeiro, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia e Ecologia Social) – Programa EICOS, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

The contemporary health is marked by paradigmatic transition. The medical-scientific model based on empiricism, in the linear and determinist reasoning, in the analysis and consequent fragmentation of the interventions, proceeds to show discontinuances concerning to health interventions, as if all the “strays” of the last three hundred years (marginalized by the reductionist objectivity) returns afloat with it complex face, aiming new directions of comprehension. As an effect, the Scientific Paradigm constituent of modern health aggregates in itself that complexity, founding a new stage in it’s thought, transforming the health intervention’s tools, allowing interdisciplinars facets and creating fields of knowledge, complexes fields in their own epistemology, such the Music Theraphy. It’s a theoretical work who aims to describe it’s emergence as an auto-organization and complex phenomenon.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 NOVOS ENTENDIMENTOS: POR ONDE A IDÉIA DE EMERGÊNCIA NA SAÚDE CONTEMPORÂNEA EMERGE?	5
2.1 A SAÚDE CONTEMPORÂNEA	8
2.2 COMPLEXIDADE E PENSAMENTO COMPLEXO	10
2.3 EMERGÊNCIA	21
2.3.1 Princípios da Emergência	24
2.3.1.1 Interação Entre os Vizinhos	25
2.3.1.2 Reconhecimento dos Padrões	27
2.3.1.3 Feedback	28
2.3.1.4 Controle Indireto	29
3 A RACIONALIDADE MODERNA TECE ESTRATÉGIAS	32
3.1 A MEDICINA SOCIAL E O HOSPITAL MEDICALIZADO	35
4 ESTRATÉGIAS CONTEMPORÂNEAS EM SAÚDE	46
4.1 AS TECNOLOGIAS LEVES	48
4.2 A INTERDISCIPLINARIDADE E A PRÁTICA “INTER”	55
4.3 A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	59
5 MUSICOTERAPIA: ESCLARECENDO ALGUNS PONTOS	65
5.1 A EXPERIÊNCIA MUSICAL	67
5.2 FUNDAMENTOS DA MUSICOTERAPIA	71
6 MUSICOTERAPIA: EMERGÊNCIA NA SAÚDE E NA CULTURA	80
7 CONCLUSÃO: PRA ONDE ESSA ONDA VAI ?	87
	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICE – A MÚSICA AJUDANDO A TECER UM PENSAMENTO	94

À Claudia e à Isabel, Regina e Fábio

À Mamãe e Maurício, Marton e Céia, sem os quais não seria possível a realização
desse meu projeto

A meus avós José Olympio e Manoel Félix, pelo amor que emanam do além-mar da
minha compreensão

Aos meus quarenta anos

AGRADECIMENTOS

À professora Ruth Machado Barbosa, pela sensível orientação na minha direção ao “ponto de não retorno”

Aos companheiros Nino, Caio, Glauco, Evandro, Seu Astério, Márcia, Rosa e outros tantos amigos do Instituto de Psicologia da UFRJ pelo generoso incentivo na emergência do sujeito que eu sou

Ao parceiro e irmão Nando Guitti, pela chama sempre renovada do nosso amor pela música

Ao programa EICOS, professores e funcionários pela acolhida e pela lição sobre o humano

Às amigas Maria Luiza Melo de Carvalho, Martha Negreiros de Sampaio Vianna e à Dra Isabel Pinhal por me ajudarem na travessia para essas novas terras do conhecimento

À minha ex-professora, agora amiga e companheira de luta Marly Chagas Oliveira Pinto, pelo exemplo e alegria contagiantes nessa aventura de ser musicoterapeuta

Às companheiras da Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro, pela possibilidade de reflexões acerca de nossa profissão

Aos professores Lia Rejane Mendes Barcellos, Ana Sheila Tangarife, Márcia Cirigliano, Paula Carvalho, Marco Antônio Carvalho Santos e muitos outros do curso de especialização em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música pela delicadeza com meus primeiros passos nessa carreira

A meus alunos e estagiários, que me permitiram articulações de prática e teoria

Aos colegas, usuários e acompanhantes da Clínica Atendo

Aos “bandeirantes” da Musicoterapia já também no além-mar de minha compreensão, por seu legado: Fernando Lébeis, Ronaldo Millecco, Luis Antônio Millecco, Pedro Dominguez

A John, Paul, George e Ringo

“Então senti que o resumo é de cada um
Que todo rumo deságua em lugar comum
Então eu monto um cavalo que me leva a Teerã
Quando desespero vejo muito mais...”
(“*Feito Mistério*” - Lourenço Baeta – Cacaso)

1 INTRODUÇÃO

“Por que se chamava moço
Também se chamava estrada
Viagem de ventania
Nem lembra se olhou pra trás ao primeiro passo...”
(“Clube da Esquina nº 2” – Lô Borges – Márcio Borges – Milton Nascimento)

Iniciamos nosso trabalho descrevendo a seguinte cena: ao centro de um círculo composto por idosos portadores das mais diferentes patologias (combinadas ou não), além de parentes e cuidadores, um facilitador entoava as primeiras notas de uma canção da época de ouro da Rádio Nacional que foi pedida por alguém. Há algo de reminiscência, de ressignificação, de contato com o outro, de afeto, naquela sala. Há também angústia, saudade, carências. O grupo pulsa na cadência daquela música, oscilante no ritmo, impreciso nas letras, mas agregado e acolhido pelo som. Não há preocupação com o estético, mas a beleza insiste em surpreender a todos naquele espaço improvisado na sala de estar daquela “nursing home”¹. A canção afeta a todos no prédio, invade os quartos, se instala na cozinha, impregna a sala da direção. Faz parte da rotina. É uma sessão de Musicoterapia. Um espectador mais desatento poderia perguntar diante de tal balbúrdia numa clínica: “Afim de contas, como essa cantoria veio parar aqui, numa instituição médica, para intervenções de saúde? Sei que a Música é uma ‘terapia’² para mim, mas isso cura alguém?”.

A presente dissertação tem como objetivo ser uma pesquisa bibliográfica psicossociológica que permita uma fundamentação teórica para o processo de emergência da Musicoterapia na Saúde contemporânea.

¹ Modalidade de clínica de enfermagem que trata de pessoas com necessidades de cuidado contínuo.

² Designação popular, mas incorreta para o que é terapêutico, pois terapia requer um processo.

A Emergência é fundamentação importante no pensamento relativo ao panorama científico atual. Johnson (1990), Schnitman (1996), Merhy (2002), Foucault (1979), Vasconcelos (2002) e Morin (2001) serão alguns dos pensadores que articularemos em nosso estudo sobre esse fenômeno biopsicossocial.

Schnitman (1996), por exemplo, nos apontará para o contexto contemporâneo e as emergências que surgem num cenário de transição paradigmática: que rumos tomam os paradigmas científicos, estéticos, culturais e terapêuticos? Uma boa explicação pode se ter num entendimento da Emergência como um processo psicossocial de adaptação, recurso com o qual adquirimos formas de compreender e participar, adquirimos metáforas e parâmetros, eixos cognitivos e destrezas específicas (Schnitman, 1996). Isso nos permite perceber a multidimensionalidade dos objetos do conhecimento, em oposição à rigidez moderna do saber. Sendo assim, os novos tipos de fenômenos podem ser examinados a partir da ótica de novos campos emergentes.

A idéia dos novos campos emergentes, em nosso caso, a Musicoterapia vem ao encontro da compreensão desse processo no espaço contemporâneo que habitamos, desse contexto em que Arte e Ciência sofrem deslocamentos: "... a criação de uma disciplina que não é Arte tal como a conhecemos, mas um metadesenho de contextos, que integra Ciência e Arte, por meio de redes interdisciplinares (...) incorporando assim a estética à participação social. Interrogar-se sobre o espaço ou a estética implica repensar a própria cultura, uma transformação dos discursos institucionais e culturais" (JOHNSON, P. e WIGLEY, M. 1988, LANDOW, G.P., 1992 apud SCHNITMAN, 1996, p. 15).

Minha implicação com esse assunto deriva da própria formação que adquiri durante esses anos. A música sempre esteve presente na minha vida: como indicador dos estados emocionais de meus pais nas longínquas manhãs de domingo da minha infância, como elemento libertador de meus complexos e inibições, além de poderosa e protetora ferramenta fazedora de amigos.

Conheço bem o sofrimento e o prazer de ser “inter” (Vasconcelos, 2003) ou híbrido (Latour, 1994), vivo a dificuldade do diálogo entre paradigmas. Sou psicólogo, músico e musicoterapeuta. Participo de festivais, fui crooner em navio americano no Caribe, sou cantor e compositor.

Formei-me em Psicologia pela UFRJ há quase 15 anos e especializei-me em Musicoterapia em 2002. Trabalho nessa área em várias frentes (geriatria, infância, social), ministro matéria relativa à Psicologia no curso de graduação de Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. Ao mesmo tempo, concluo o mestrado em Psicossociologia e Ecologia Social pelo Programa de Estudos Interdisciplinares em Comunidades – EICOS.

Dois eventos atuais no Brasil também motivaram esse trabalho: a luta pela regulamentação da profissão de musicoterapeuta e, em contrapartida, a “erupção” do Ato Médico, espécie de reação fundamentalista à “invasão” de domínios os quais o radicalismo medicalista reivindica como exclusividade sua.

Para compor essa dissertação baseamo-nos fundamentalmente em três eixos: O pensamento complexo e a complexidade como método de articulação dos eventos; a conceituação de emergência e seus exemplos na Modernidade e Contemporaneidade e a emergência da Musicoterapia na Saúde contemporânea.

Iniciaremos essa dissertação convidando o leitor ao pensamento complexo para que, a partir do entendimento da complexidade de um sistema,

possam-se traçar bases para a compreensão do fenômeno de emergência, que será ilustrado em dois capítulos, que tratarão, o primeiro, da emergência da medicalização da Saúde³ ou a genealogia da Saúde moderna e de seu paradigma. O capítulo seguinte mostrará o contexto contemporâneo marcado pela entrada de novos elementos na Saúde, provocando novas emergências no sentido de manter a eficácia desse dispositivo. Encerraremos com alguns esclarecimentos a respeito da Musicoterapia para que se possa visualizar sua epistemologia complexa, seus pressupostos e formas de intervenção como adequados às demandas contemporâneas num território propício à sua natureza híbrida e “inter”: o hospital contemporâneo e o cenário atual da Saúde.

Alguns conceitos, como subjetividade e crise, por exemplo, atravessarão o presente trabalho. Esclarecemos que, na devida ocasião, as definições serão feitas, não de forma esmiuçada, mas com a intenção de facilitar na compreensão de nosso tema central.

³ Entenda-se aí a medicina social e o hospital moderno.

2 NOVOS ENTENDIMENTOS: POR ONDE A IDÉIA DE EMERGÊNCIA NA SAÚDE CONTEMPORÂNEA EMERGE?

“Do lixo deixado dos restos
Que o mundo não tem como esconder
Nos cantos escuros, nas fendas, dos muros
Veja se você vê, se vê
Surgem novas criaturas, novos pontos de interrogação...”
(“*Dos Restos*” – Herbert Vianna / Liminha)

O novo paradigma para o qual transitamos dá lugar a reflexões filosóficas sobre ação social e subjetividade. A própria temática da emergência aponta para isso. Acaso e determinismo estão relacionados, não numa disputa hegemônica, mas numa combinação crítica produtora de emergências saídas da própria descentralização da Ciência. É a noção chamada por Johnson (2001) de movimento “bottom-up”. Os fenômenos passam a ser vistos em suas multifaces e interfaces. A incerteza, a incompletude e a complexidade entram como elementos na sua compreensão.

Vivemos tempos novos e não menos desafiadores ou sem descontinuidades. A transição paradigmática será referência na idéia de uma nova ordem gerando uma impressão de caos. A pluralidade e a multiplicidade de nossa época vêm como forças que rompem paradigmas e fundam novos modelos de práticas, com novas ferramentas. O mundo globaliza e minorias e grupos vulneráveis ou “invisíveis”, para se juntar ao “todo”, precisam ganhar visibilidade, para deixarem de ser excluídos. É também essa era a era dos profissionais “especialistas flexíveis”, dos profissionais híbridos (Latour, 1994), que conjugam campos de saber distintos e imersos na grande aventura da fluidez, da instabilidade, da autonomia, da criatividade e da complexidade. É uma época de perspectivas interdisciplinares.

Como acontece com todas as instituições constituídas pelo pensamento moderno, o hospital passa por mudanças significativas em seu paradigma. Receber psicólogos, musicoterapeutas, arteterapeutas, psicopedagogos e ludoterapeutas é só o sinal evidente de que a doença (e principalmente a saúde) começa a ser partilhada com outros campos de saber não-médicos:

“... Insistindo nos paradigmas estéticos, gostaria de sublinhar que, especialmente no registro das práticas “psi”, tudo deveria ser sempre reinventado, retomado do zero, do contrário os processos se congelam numa mortífera repetição (...) o povo “psi”, para convergir nessa perspectiva com o mundo da arte, se vê intimado a se desfazer de seus aventais brancos, a começar por aqueles invisíveis que carrega na cabeça, em sua linguagem e em suas maneiras de ser ...” (GUATTARI apud BARANOW, 2001, p.39)

Schnitman (1996) questiona esse momento de mudanças: que rumos estariam tomando os paradigmas científicos, estéticos, culturais e terapêuticos? Como a cultura contemporânea absorve essa “polifonia” em que agora todos os ruídos são levados em conta? A autora entende que há uma recursividade, na qual “adquirimos formas de compreender e participar, metáforas e parâmetros, eixos cognitivos e destrezas específicas” (SCHNITMAN, 1996, p.10). Partindo desse princípio, haveria a possibilidade de se compreender multidimensionalmente um evento, descentralizando o pensamento, criando alternativas, flutuando, produzindo processos auto-organizativos, admitindo a mudança e a incerteza. A partir dessa reflexão, concluímos que novos tipos de fenômenos podem ser examinados dentro de campos emergentes adaptativos, adquiridos nessa recursividade⁴.

Podemos entender o contexto contemporâneo como um catalisador de novos pensamentos dos quais novas ciências e tecnologias surgem no sentido de açambarcar novos elementos a seu cenário.

⁴ recursividade - propriedade daquilo que se pode repetir um número indefinido de vezes

A idéia de uma dialógica ordem-desordem passa então a ser o pilar desse novo paradigma em formação. A “estável” ordem do paradigma científico passa a se alterar, com o acolhimento da desordem em seu interior.

A não-linearidade dará passagem à concepção de auto-organização, uma espécie de renovação permanente dos universos, de uma ordem que será alterada por uma desordem, que gerará uma nova ordem – a realidade desconstruída, questionada e confrontada dinamicamente.

Ao mesmo tempo, a idéia do sujeito ressurgue com força total. Esse conceito fora excluído do pensamento por obra do projeto moderno em nome da generalização, do estatuto de neutralidade do observador diante do objeto, construtores de uma verdade científica.

Schnitman (1996, p.14) afirma que atualmente “há uma convergência entre ciência, cultura e terapia graças à restituição do sujeito à Ciência e à restituição das Ciências ao sujeito”, buscando uma lógica biopsicossocial para entendê-lo.

Outro elemento desse novo pensamento diz respeito à perda da certeza. A escuta, o questionamento e a interrogação constituem meios de problematização do fenômeno complexo, multifacetado. E para isso, devem se fundar novos entendimentos e novos métodos que permitam abordarmos o tema central de nossa dissertação: a emergência.

2.1 A SAÚDE CONTEMPORÂNEA

Conceituar Saúde nesse contexto é fundamental. Esse balizamento irá facilitar nossa argumentação. É importante lembrar que é nessa idéia mais atual que a Musicoterapia emerge, é o paradigma que agora começa a inspirar as gestões das instituições que vai propiciar um fértil terreno para sua prática.

Em um nível discursivo, a Organização Mundial de Saúde determina saúde como “completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade (1946)”. Trata-se de um conceito transitório, pois concebe suas várias faces, mas ainda não inscreve em sua descrição a complexidade do fenômeno. A vê como um estado, de forma holística, mas não complexa. Como veremos à frente, essa divergência residirá na noção do todo, não como um estado, uma condição definitiva, mas como um todo dinâmico alterado pela interação das partes e sua adaptação ao meio.

Tomamos como modelo do que argumentamos o Serviço Único de Saúde (SUS) instituído em 1988, e a Carta da XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 2000. Em ambos os documentos, a saúde se torna direito e parâmetro de cidadania. No bojo da legislação citada e da Carta, deparamo-nos com uma nova concepção. Passamos agora a falar de um bem-estar físico, social, com alimentação adequada, qualidade de vida, lazer, vida em família, segurança, direito a abrigo, emprego, direito a ser tratado e condições sanitárias satisfatórias.

É a essa Saúde contemporânea que gostaríamos de nos referir no título desse trabalho, uma Saúde que aos poucos se desvencilha da medicalização positivista e vai perdendo seu caráter excludente, percebendo na equidade das relações um agente facilitador das intervenções, permitindo a contribuição de novos campos de atuação, com novos paradigmas e novas articulações como o retorno da Arte à Saúde.

A Saúde revelou também ser um indicador de pobreza e qualidade de vida. A falta de qualidade de vida tem sido reveladora do emblemático projeto moderno. Documentos como a “Agenda 21”, documento da Conferência das Nações Unidas Sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento – ECO 92, em seu Capítulo 6, mostra uma certa preocupação ecológica com a Saúde, que ultrapassa a idéia do estado de equilíbrio:

“Por si própria, a área da saúde não tem como satisfazer suas necessidades e atender seus objetivos; ela depende do desenvolvimento social, econômico e espiritual, ao mesmo tempo em que contribui diretamente para tal desenvolvimento. A área da saúde também depende de um meio ambiente saudável, inclusive da existência de um abastecimento seguro de água, de serviços de saneamento e da disponibilidade de um abastecimento seguro de alimentos e de nutrição adequada. Atenção especial deve ser dedicada à segurança dos alimentos, dando-se prioridade à eliminação da contaminação alimentar; a políticas abrangentes e sustentáveis de abastecimento de água, que garantam água potável segura e um saneamento que impeça tanto a contaminação microbiana como química; e à promoção de educação sanitária, imunização e abastecimento dos medicamentos essenciais. A educação e serviços adequados no que diz respeito ao planejamento responsável do tamanho da família, respeitados os aspectos culturais, religiosos e sociais, em conformidade com a liberdade, a dignidade e os valores pessoais e levando em conta fatores éticos e culturais, também contribuem para essas atividades intersectoriais.”

Escolhemos então o “feudo” mais inexpugnável dessa área, o hospital, ainda hegemonicamente dominado pela medicalização, para retratarmos a transição e podermos ilustrar as emergências em sistemas complexos, sua microfísica e seus

desdobramentos, como veremos adiante. Utilizaremos o pensamento complexo e a Complexidade como método na compreensão da Saúde moderna, entendendo-a como um sistema complexo.

2.2 COMPLEXIDADE E PENSAMENTO COMPLEXO

“... Abre a folha do livro
Que eu lhe dou para guardar
E desata o nó dos cinco sentidos
Para se soltar
Que nem o som clareia e nem é de manhã... “
(*“A Página do Relâmpago Elétrico”* – Beto Guedes /Ronaldo Bastos)

A incorporação da idéia de Complexidade ao pensamento atual permite um grande passo para o estudo e para a forma de lidar com fenômenos “obscuros” para a Ciência moderna, permeada pela lógica objetiva, reducionista, fruto do pensamento iluminista, que acreditava ser o progresso resultado da associação dessa lógica à razão. A concepção histórica linear dos eventos dá lugar à compreensão reticular dos fatos, permitindo a compreensão das muitas faces de um fenômeno, suas causas e possíveis formas de intervenção, levando-se em conta a sua complexidade.

Johnson (2003) refere-se à Complexidade como uma “personalidade coerente, que se auto-organiza a partir de milhões de decisões individuais, uma ordem global que é construída a partir de interações locais. Há uma mistura de estabilidade e mudança”. Weaver (apud Johnson, 2003), tido por ele como “provavelmente o fundador da Teoria da Complexidade”, vê esse momento como um momento em que os estudos sobre sistemas complexos começaram a se ver como um campo unificado. Weaver dividiu os últimos séculos de pesquisa em três amplos campos:

a) O estudo dos problemas simples – problemas com duas ou três variáveis como a rotação dos planetas ou a conexão entre uma corrente elétrica e sua voltagem e resistência;

b) Problemas de “complexidade desorganizada”, caracterizada por milhões ou bilhões de variáveis que podem ser abordados por métodos de mecânica estatística e teoria da probabilidade;

c) O método estatístico de lidar com a Complexidade desorganizada;

Weaver (apud JOHNSON, 2003), considera o terceiro método um progresso tão poderoso em relação aos dois primeiros, que deixa rastros de descontinuidades: Como lidar com o intraduzível em números “frios” ou probabilidades? Como, diante das evidências das multifaces dos fenômenos, podemos reduzi-los na tentativa de sua compreensão? A solução parece estar na forma de fazer as perguntas e na construção de um novo método de pesquisa.

Escrever sobre a Complexidade se torna missão árdua à medida que o pensamento complexo é finito a cada pequeno átomo, é instável e incerto. A certeza que às vezes deixamos transparecer é fruto de uma esperança contraditória nessa nova forma de pensar, acreditando nas novas possibilidades de compreensão. Trata-se de um paradoxo, pois a incompletude é elemento constituinte desse paradigma, o que causa uma certa angústia à nossa constituição moderna. É a configuração de um método que articula, que inter-relaciona, que detecta as ligações:

“Não estamos no fim da história das realizações do pensamento, não alcançamos os limites do gênio humano; longe disso, estamos na pré-história do espírito humano. Não estamos na batalha final, mas na luta inicial: estamos num período inicial no qual devemos repensar as perspectivas de um conhecimento e de uma política dignos da humanidade na era planetária, para que a humanidade possa nascer como tal. E devemos trabalhar no acaso e na incerteza” (MORIN, in SCHNITMAN, 1996, p. 285)

Morin alerta que a complexidade é antes de tudo um emaranhado com dificuldades empíricas e dificuldades lógicas. Ela se origina da finitude da lógica dedutiva, entende o universo como resultado de uma dialógica ordem-desordem. A complexidade não consiste em solução e sim problematização.

Vasconcelos (2002, p. 32) traça uma rápida genealogia da conjuntura que produziu a crise dos paradigmas científicos e suas mudanças:

“... Durante o século XX, os ideais de progresso do Iluminismo e os ideais utópicos e revolucionários modernos sofreram vários reveses, não só pelas guerras, pela burocratização totalitária e derrocada do socialismo real, mas pela regressão keynesiana, dado o avanço do neoliberalismo e da globalização selvagem dos fluxos econômicos e financeiros... No campo das Ciências Físicas, a Teoria da Relatividade de Einstein implicou na derrubada da concepção newtoniana de um sistema único e estável de referência de tempo e espaço na apreensão dos fenômenos macrouniversais. Por seu lado, a Física Quântica introduziu o princípio da incerteza de Heisenberg, indicando que a observação do mundo subatômico transforma o próprio fenômeno observado”.

O autor ainda situa nos anos 60 a instauração de novos conceitos oriundos da Física, da Matemática, da Biologia e da Ecologia, como “caos, sistemas dinâmicos instáveis, processos de não-equilíbrio, auto-organização, estruturas dissipativas, etc.”, reforçada pelo pensamento kuhniano de que a ciência não evolui de forma linear, evolutiva e cumulativa, mas por meio de rupturas e paradigmas sistematizadores do pensamento, baseados em crenças que o transformarão em referencial limitante cuja verdade também será relativa, seguindo um modelo quântico.

A definição da palavra *Complexidade* recupera sua origem latina (“o que foi tecido junto”), em Morin (2002 p. 38). Esse conceito nos atrai para uma postura mais humilde diante do conhecimento, como se tocássemos em uma banda de música. Aliás, o fazer musical musicoterápico tem como um dos princípios a possibilidade de uma ponte para o outro, no sentido de todos se ouvirem, para um

melhor desempenho do grupo e uma execução satisfatória para todos e onde todos possam expressar-se, sugerir música, contribuir nas discussões do grupo. É uma metáfora que fala da rejeição de quaisquer antropocentrismos, que nos afasta da necessidade da resposta única, da verdade dogmático-científica central, precisa, diante de um fenômeno multifacetado. Não é a negação total do que seja linear em seu funcionamento, mas é a permissão da entrada do não-linear em nosso campo de visão. A Ciência tem nos últimos 300 anos construído a realidade, mas não tem conseguido explicar as descontinuidades, como as crescentes fome e miséria, por exemplo, que se alastram na mesma medida que os avanços tecnológicos são impostos, num mundo mais veloz aos países cada dia mais pobres e regurgitam todo o seu lixo sobre os países mais desenvolvidos: violência, miséria, epidemias.

O pensamento complexo parte de um conhecimento multidimensional capaz de se permitir influenciar por todas as referências recebidas, internas e externas. É uma forma de pensamento que distingue e não separa, sendo construída a partir da integração de eventos, que produzem outra situação e novas possibilidades. Seu primeiro efeito é a consciência de seu próprio limite, das incertezas embutidas, da inexistência do saber total.

A noção do todo também deve ficar bem esclarecida. O todo complexo é uma configuração de, ao mesmo tempo, mais e menos que a soma as partes. É aí que se distingue, por exemplo, da proposta do holismo, que segundo Morin, “é global, promove o todo, mas rejeita as partes, ignorando que nestas operam-se transformações. Remete as partes ao todo, isolando-o; e isto também é reducionismo” (*apud* PETRAGLIA 1995, p. 53). No holismo a inter-relação entre as partes e destas com o todo não estão em foco. Mais que isso: o pensamento complexo esforça-se por esclarecer as relações entre as partes e o todo, recusando

o aniquilamento do todo pelas partes e vice-e-versa. Em lugar do simplismo, do reducionismo e da disjunção do paradigma científico, ordem, desordem e organização serão alvos da investigação nos sistemas complexos: “A ordem que se rasga e se transforma, a onipresença da desordem, o aparecimento da organização, suscitam exigências fundamentais: toda teoria deve trazer agora a marca da desordem e da desintegração, toda a teoria deve relativizar a desordem, toda teoria deve nuclear o conceito de organização” (MORIN apud PETRAGLIA 1995, p. 53).

Também escreveu a respeito do todo sistêmico e da análise sistêmica. Sugere um pensamento sistêmico, mas critica o sistemismo por este considerar que o conhecimento do todo se sobreporia ao conhecimento das partes, privilegiando o entendimento dos sistemas, o que seria uma falha epistemológica, visto que mais uma vez estar-se-ia negligenciando a relação do todo com as partes.

A questão reside no seguinte pensamento: o todo seria maior que a soma das partes simultaneamente à idéia do todo menor que a soma das partes. Sendo assim, um sistema tem as qualidades próprias, que são emergentes e que dependem da sua constituição. Fazendo analogia a nosso tema, entendemos que em nossa sociedade ocidental contemporânea, a emergência de práticas como a Musicoterapia, a Arteterapia, a Ludoterapia, ou os Doutores da Alegria é fruto da interação entre as partes, sejam grupos sociais ou indivíduos. As qualidades emergentes também estão nas partes nelas inseridas.

Outro ponto a ser levantado é o de que o todo está nas partes. Em sociedade, por exemplo, cada indivíduo carrega consigo as normas, os padrões e os conceitos de seu grupo social, como carrega o código genético de sua família, de sua espécie.

Concentremo-nos em algumas das facetas do fenômeno complexo, ao nosso ver útil para sua compreensão. Primeiramente, ele pode ser definido como um evento multifacetado, inexplicável em sua redução ou simplificado. É um fenômeno que vai além da complicação, pois seus eventos ocorrem de forma reticular, possuem inter-relação, possibilitando uma dinâmica de desordem (caos, acaso, aleatoriedade, indeterminismo) seguida de uma nova ordem (auto-organização, determinismo). Essa dialógica ordem-desordem seria organizadora e produtora do Universo. Assim se daria o nascimento da vida, o surgimento dos astros, o meio ambiente. Essa concepção confronta a explicação mecanicista da Ciência. Depara-se com a descontinuidade e a assume.

Petraglia (1995, p.49) descreve a ferramenta musicoterápica, a música, seus elementos e a experiência musical como constituintes de uma ferramenta complexa, de um campo e epistemologia complexa:

“Outro exemplo de complexidade é a música, que é muito mais do que a junção de sons ou notas musicais distintas. Ela congrega pelo menos três elementos básicos: ritmo, melodia e harmonia. O ritmo é a associação do tempo com o movimento e está presente em toda a natureza, como por exemplo, nas marés e na sucessão da noite e do dia. Está presente também no corpo humano, como nos batimentos cardíacos e na sincronia respiratória. A melodia é a sucessão de sons conjuntos ou disjuntos em cadência determinantes dos intervalos musicais. A harmonia é o conjunto de regras para o uso de sons sucessivos e simultâneos, os acordes. A harmonia está presente em toda natureza e no ser humano, que a tem como objetivo fim. Paralelamente a esses três elementos que constituem a música enquanto a unidade complexa, segue-se ainda a interpretação individual do músico, influenciado por sua emoção, sensibilidade e aprendizado, o que o distinguiu dos demais, a partir do desenvolvimento e aprimoramento dos padrões éticos e estéticos individuais de cada um”

A interação das partes ou dos diferentes níveis de realidade ou organização faz emergir “a necessidade de diferentes epistemologias e paradigmas para a abordagem destas descontinuidades, às vezes dentro de um mesmo campo

disciplinar” (VASCONCELOS, 2002, p.62). Esse assunto será abordado em capítulo próximo, com mais profundidade.

O que gostaríamos de comentar é que, defendendo a Musicoterapia como disciplina de epistemologia complexa, podemos inferir que as ferramentas de campos de epistemologia complexa são complexas. Não nos referimos somente à música como nos mostrou Petraglia, mas à sua forma na intervenção musicoterápica, que envolve o verbal, o não-verbal, o corporal, o gestual. Exemplo disso é o uso da associação livre⁵ junto às canções, focando a atenção na letra das mesmas. Muggiatti (apud MILLECCO, BRANDÃO E MILLECCO, 2000, p.81) nos sugere uma interessante reflexão sobre o complexo “letra e música”, outra das ferramentas musicoterápicas, a canção:

“Outro importante ponto a ser investigado é a relação de palavra e música durante o próprio ato sonoro, ou seja, no momento exato em que se ouve a canção. Ainda que o ouvinte não consiga ou não queira captar as palavras numa primeira audição, o seu inconsciente deixa de registrar a mensagem do compositor. No plano da percepção, tudo se passa como se as duas funções estivessem perfeitamente dissociadas: a matéria verbal se encaminha diretamente para o lóbulo temporal esquerdo, enquanto o som e a música se dirigem para o lóbulo temporal direito. Existe, portanto, no cérebro humano uma área específica para a apreciação dos sons e outra para a percepção e análise das palavras”.

Complementando esse comentário, Millecco, Brandão e Millecco ressaltam “uma espécie de síntese harmônica, na qual os dois hemisférios funcionariam em conjunto” – o encontro de um ponto de equilíbrio que caracteriza a emergência de um fenômeno: o complexo letra-música ousando um casamento do consciente com o inconsciente de forma dinâmica. Isso nos leva a concluir que o “simples” ato de cantar é atividade adaptativa emergente.

⁵ Técnica psicanalítica que consiste em exprimir livremente pensamentos a partir de elementos dados ou, de forma espontânea.

Dois conceitos são muito importantes ainda na explanação sobre o Pensamento Complexo e a conseqüente compreensão da Emergência: a auto-organização e a autonomia.

Começemos pela auto-organização. Um ponto de partida, de tantas idéias que a noção de auto-organização suscita é que a complexidade se inicia logo que há sistema, e quando esse sistema é aberto, ou seja, sua existência e a manutenção de sua diversidade são inseparáveis de inter-relações com o ambiente do qual depende e tem autonomia, do qual retira energia, e informação.

Essa idéia de complexidade biológica, segundo Morin (2001) traz consigo a concepção de uma aptidão morfogenética, geradora de formas e estruturas novas, frutos da adaptação e do desenvolvimento de auto-organização cada vez mais complexos:

“Assim, as possibilidades morfogenéticas que se manifestam primeiro no plano estrito da mutação genética se transferem para o comportamento, as ações, as obras se tornam criatividade. O desenvolvimento das competências heurísticas tornadas aptas para encarar várias estratégias possíveis, isto é, para criar condições de vida, vai permitir a emergência da liberdade” (MORIN, 2001, p.303)

O sociólogo francês ilustra também como sistema complexo de complexidade crescente os comportamentos:

“Quanto mais complexos forem os comportamentos, mais manifestarão flexibilidade adaptativa em relação ao ambiente; os comportamentos serão aptos a se modificar em função das mudanças externas, sobretudo as aleatoriedades, das perturbações e dos acontecimentos, e serão aptos igualmente a modificar o ambiente imediato, a moldar, em resumo, a adaptar o ambiente ao sistema vivo” (*Ibidem*, p. 303).

Daremos um exemplo disso à frente, com as designadas por nós “estratégias da razão”: “A flexibilidade adaptativa do comportamento vai exprimir-se no desenvolvimento de estratégias heurísticas, inventivas variáveis, que substituirão

os comportamentos programados de forma rígida” (Idem, p. 303). A auto-organização adapta o sistema ao ambiente, tratando das aleatoriedades e da dinâmica ordem-desordem.

Antes de entrarmos diretamente na questão da autonomia, apontamos aqui a importância das questões do sujeito e da subjetividade. Como já vimos anteriormente, o sujeito do paradigma científico, através da concepção de neutralidade científica do observador, tornou-se um fantasma na nova verdade daquele modelo. Com efeito, a subjetividade foi banida do panorama como uma fantasia explanatória⁶ impossível de ser verificada empiricamente e, conseqüentemente, sem validade.

Morin (in SCHNITMAN, 1996, p. 45) refere-se a uma disjunção esquizofrênica desse conceito na Modernidade: se por um lado, cotidianamente, usamos esse conceito como classificador da índole de um outro indivíduo (“quem não gosta de samba, bom sujeito não é...”), quando pensamos cientificamente, o sujeito se dissolve, torna-se número. Essa “esquizofrenia” foi fruto da cisão provocada pelo cartesianismo, de dois mundos, um objetivo – mundo dos objetos; e outro, intuitivo, reflexivo, desprovido de valor científico – mundo dos sujeitos.

Em ciência podemos entender o sujeito como um “ruído” que precisa ser eliminado. Basta vermos as alterações produzidas sobre as ditas Ciências Sociais e Humanas, transformando sujeitos e subjetividades em números, estatísticas, indicadores de comportamentos gerais, induzindo à idéia de um determinismo social.

A noção de sujeito em Morin não é metafísica. Parte de um pressuposto “bio-lógico”, ou seja, na lógica do ser vivo, dotado da autonomia, não a

⁶ Na visão do behaviorismo radical, “conceitos usados pelas pessoas quando não entendem o comportamento envolvido ou desconhecem os reforços que precedem ou sucedem o comportamento” (Fadiman e Frager, 1986, p.196)

autonomia da liberdade desligada das constringências e contingências físicas, mas dependente do meio, como a proposta da Física de Von Foerster e as Leis da termodinâmica, onde ter autonomia significa dilapidar energia, que o sistema autônomo extrai do exterior. A conclusão é a de que, para ser autônomo, é necessário depender do mundo externo. Transpondo para as relações do indivíduo com seu meio e com outros de sua espécie, cremos que a autonomia possa depender da informação para organizar um comportamento, tomando a organização do mundo exterior. Sendo assim, Morin entende que a auto-organização na verdade se trata de uma auto-eco-organização, devido à extração (e dependência) das informações do ambiente, gerando um comportamento emergente (Schnitmann, 1996).

Segundo essa “bio-lógica”, Morin parafraseia a máxima de Descartes, “cogito, ergo sum”. Afirma que a reflexão deveria ser “computo, ergo sum”. A subjetividade não estaria no ato de pensar, mas no ato de auto-eco-organizar-se, adquirir as informações do meio e torná-las informações para o seu comportamento no sentido da sobrevivência. Quando se enuncia “computo, ergo sum”:

“... significa: coloco-me no centro do meu mundo, do mundo que conheço, para tratá-lo, para considerá-lo, para realizar todas as ações de salvaguarda, de proteção, de defesa, etc (...) é onde aparece o sujeito com o computo e com o egocentrismo, onde a noção de sujeito está indissolivelmente unida a esse ato, no qual não só se é a própria finalidade de si mesmo, mas em que também se é autoconstitutivo da própria identidade” (MORIN, 2001, p. 49).

Para nossa compreensão futura de emergência, faz-se também necessário pensar a intersubjetividade ou os princípios e intercomunicação entre indivíduos da mesma espécie. Morin (in SCHNITMAN, 1996: 52) utiliza como exemplo a intercomunicação entre árvores da mesma espécie. Refere-se a uma pesquisa em uma floresta onde foram retiradas todas as folhas de uma árvore, para

ver como se comportava. Esta começou a segregar uma seiva intensamente, buscando repor as folhas que haviam sido retiradas, o mais rapidamente. Também segregou uma substância antiparasitas. Ela tinha “compreendido” que havia sido atacada por um parasita, mesmo o pesquisador pretendendo uma neutralidade. O interessante foi perceber que as árvores vizinhas da mesma espécie segregaram a mesma substância antiparasitária que a árvore agredida segregara.

É claro que entre nós humanos, na intercomunicação há mais elementos presentes, como o jogo dialético onde se é possível inclusive a comunicação da incomunicabilidade, o que comprova a complexidade da intercomunicação humana.

A especificidade da subjetividade humana é que o desenvolvimento da afetividade sempre estará ligado ao desenvolvimento superior do sujeito. Nos animais, conhecimento e comportamento serão formados pelo sistema neuronal: percepção, representação, decisão, comportamento.

O homem possui também a linguagem e a cultura, a primeira podendo ser vista como um grande referencial para a instância principal que nos diferencia dos outros seres vivos: a consciência, que requer um cérebro bem desenvolvido.

As estratégias que a racionalidade irá desenvolver na área de Saúde são por nós entendidas como formas de controlar corpos, subjetividades e suas intercomunicações (relações de trabalho), numa busca da detecção dos ruídos e das discontinuidades no serviço em Saúde nos moldes modernos.

Ao pensar em termos sociais, em termos de espécie humana, compreendemos a emergência como uma produção da racionalidade, ao nosso ver uma peculiaridade do processo adaptativo humano. Como se daria essa emergência? Veremos no próximo subcapítulo.

2.3 EMERGÊNCIA

“Pra onde essa onda vai?
De onde essa onda vem?
Eu não sei o que ela me traz
Mas o meu desejo é que me leve também...”
(“*Onde Anda a Onda?*” – Paulinho Moska)

O capítulo que iniciamos aqui tem sua importância por nos trazer a idéia de emergência como um dispositivo social de adaptação inerente aos sistemas complexos, cujo movimento se inicia a partir da interação local de suas partes em prol de um interesse global, no sentido de gerar um comportamento macro.

Michel Foucault, refletindo sobre a microfísica do poder nas relações, define emergência como um fenômeno produzido num determinado campo de forças. É a maneira dinâmica como essas forças disputam entre si (ou entre elas mesmas) diante de situações adversas ou através de estratégicas divisões feitas para escapar de sua falência ou para recobrar seu vigor a partir de sua própria fragilidade. Entende-a como um “Ponto de surgimento, princípio e lei singular de um aparecimento” e propõe uma forma de entendê-la:

“Do mesmo modo que se tenta muito freqüentemente procurar a proveniência em uma continuidade sem interrupção, também seria errado dar conta da emergência pelo termo final. Como se o olho tivesse aparecido, desde o fundo dos tempos, para a contemplação, como se o castigo tivesse sempre sido para dar o exemplo. Esses fins, aparentemente últimos, não são nada mais do que o atual episódio de uma série de submissões: o olho foi primeiramente submetido à caça e à guerra; o castigo foi alternadamente submetido à necessidade de se vingar, de excluir o agressor, de se libertar da vítima, de aterrorizar os outros. Colocando o presente na origem, a metafísica leva a acreditar no trabalho

obscuro de uma destinação que procuraria vir à luz desde o primeiro momento”. (Foucault, 2003, p.23)

A entrada em campo das forças, a forma como sai da condição de oculto para a de algo manifesto, é uma designação desse afrontamento, não num campo fechado, mas num não-lugar, já que os oponentes não pertencem ao mesmo espaço. A emergência não possui responsável ou líder. Seria um movimento vital da sobrevivência. Em sua dinâmica, movimentos de substituição, reposição, deslocamento, conquistas disfarçadas, inversões sistemáticas.

Essa será a tônica de nossa argumentação. Usaremos bases menos lineares, que interrelacionam os eventos, a encararemos como um produto da Complexidade. Como citamos anteriormente, Vasconcelos (2002, p.62) ilustra nossa concepção:

“Os fenômenos complexos são marcados pelos processos de emergência, pelos quais propriedades novas/diferentes surgem a partir da interação das partes ou dos diferentes níveis de realidade ou organização, marcando a necessidade de diferentes epistemologias e paradigmas para a abordagem destas discontinuidades, às vezes dentro de um mesmo campo disciplinar”

Gostaríamos de apresentar a idéia de emergência como fenômeno conseqüente de uma inteligência coletiva adaptativa (Johnson, 2001). Ele assevera que sistemas complexos resolvem problemas com o auxílio de massas de elementos o tanto o quanto simplórios, num sentido “bottom-up”, de baixo para cima, num movimento de interações, comunicações, informações e coleta de dados. Dessa forma, agentes que se situam em escalas mais baixas desencadeiam comportamentos para escalas maiores: “formigas criam colônias, cidadãos criam comunidades, um software simples de reconhecimento de padrões aprende como recomendar novos livros. O movimento das regras de nível baixo para a sofisticação do nível mais alto é o que chamamos de emergência” (*ibidem*, p. 14).

Fenômenos emergentes possuem padrões recorrentes, pois formam uma rede de auto-organização, de agentes dessemelhantes que tramam uma ordem de nível mais alto, uma descentralização do poder. Note-se aqui a semelhança com a visão descentralizadora da microfísica foucaultiana, onde o poder se dá nas inter-relações.

A pergunta que nomeia de forma aparentemente redundante nosso capítulo continua na busca de sua resposta: “Como a emergência emerge?”. Sugerimos que voltemos à noção de complexidade. Aparecem no estudo de Johnson (2001) duas idéias sobre o tema: a primeira, considerada por ele convencional, onde esta é vista como uma sobrecarga sensorial, numa expansão do sistema nervoso, ensinando uma série de novos reflexos que abrem caminhos para novos comportamentos; a segunda idéia é a de uma complexidade sistemática – que o autor distingue de anarquia e que Morin bem nos explana ao inserir a noção da dinâmica ordem-desordem na rotina do sistema complexo.

Podemos dizer que a metodologia científica quantitativa torna-se um empecilho à compreensão desses sistemas. À medida que eles mais se complexificam, mais a mecânica estatística ou a teoria da probabilidade tornam-se descontínuas, insuficientes: “o método estatístico de lidar com a complexidade desorganizada, um progresso tão poderoso em relação aos primeiros métodos de duas variáveis, deixa um grande campo intocado” (Idem, p. 34).

Weaver se referia ao número “moderado” de variáveis, cujas inter-relações nos fenômenos eram nulas. Daí sua preocupação não com essa complexidade “desorganizada”, mas a complexidade “organizada”, a mesma de Morin, que nos interessa agora, regulada por microcomportamentos geradores de macrocomportamentos. Há aqui um enunciado kuhniano, referente à mudança no

paradigma de pesquisa: “ As grandes questões centrais da Biologia (...) estão agora sendo abordadas não somente de cima, com a visão ampla do filósofo da natureza , que esquadrinha todo o mundo dos seres vivos, mas também de baixo, pelo analista quantitativo que mede os fatos pela superfície” (Weaver in Johnson, 2001, p. 35). Talvez a grande mudança resida nos tipos de perguntas feitas e não nas interpretações científicas modernas no seu projeto de construção de mundo.

Essa nova atitude permeará nossa explanação, mostrando a emergência como um processo adaptativo que só acontece em sistemas complexos adaptativos, criando novos processos de pensamento e de comportamento emergentes. Descreveremos agora os princípios desse fenômeno de emergência, propondo ao leitor traçar paralelos com sistemas complexos com os quais lidamos no dia-a-dia, como a nossa Saúde contemporânea e sua instituição maior, o hospital cujas emergências propiciarão a entrada da Musicoterapia em cena.

2.3.1 Princípios da Emergência

Apenas sistemas complexos geram emergências. A emergência é marcada pelo movimento de regras de nível baixo para a sofisticação do nível mais alto. Não podemos esquecer que, além de complexos, os sistemas são sempre adaptativos, com seus múltiplos agentes interagindo dinamicamente de diversas formas, seguindo regras locais e não percebendo qualquer instrução de nível mais alto, mas este só é considerado emergente quando todas as interações locais resultarem em um comportamento macroobservável. Achamos importante delinear os processos de emergência (Johnson, 2001), usando princípios que norteiam o comportamento de sistemas que geram emergências, para que a partir dessas

definições o leitor possa refletir sobre as várias emergências que presenciamos no nosso cotidiano. Seriam quatro seus princípios:

2.3.1.1 Interação Entre Vizinhos

Nesse princípio é importante a noção da inteligência coletiva, o engajamento coletivo em resolver problemas com nuances e imprevistos. Os agentes individuais do sistema prestam atenção a seus vizinhos mais próximos em vez de ficar esperando ordens superiores.

Poderíamos sintetizar esse princípio como a dinâmica das relações entre os elementos de um sistema complexo. Eles não têm acesso à situação global, mas mesmo assim agem de uma forma conjunta e coordenada, através da informação local.

Essa interação local ocorre dentro de um sistema “onde a macrointeligência e a adaptabilidade advêm do conhecimento local” (JOHNSON, 2001, p.56). Cinco pequenas regras são seguidas:

a) Mais é Diferente

Um comportamento isolado não poderá jamais significar o comportamento global. É necessária uma massa crítica para entender um estado global. É necessário distinguir micromotivos e macrocomportamentos: somente pela observação de todo o sistema em ação é que o comportamento global se manifesta.

b) A Ignorância é Útil

Quanto menos os agentes tomam consciência do global, mais as informações locais se processam, evitando que o sistema se transforme em um

sistema complicado: “pela mesma razão, ninguém deseja que um neurônio de seu cérebro de repente se torne consciente” (*Ibidem*, p.57).

c) Encorajamento de Encontros Aleatórios

Os sistemas descentralizados são fundados em encontros aleatórios de indivíduos que, sem qualquer ordem definida, exploram espaços. Mesmo assim, essa aleatoriedade não impede a alteração do macroestado do sistema. Esse movimento permite a flexibilidade benéfica à adaptação, à sobrevivência.

d) Padrões de Sinais

Deve haver uma aptidão para detectar padrões, permitindo a circulação da informação dentro do sistema, o que em pouco tempo estará globalizado.

e) Prestar Atenção nos Vizinhos

É a forma como a informação local preserva o sistema, gerando sua lógica. Quanto mais os elementos interagem, mais informação é gerenciada, mais elementos são associados ao sistema global, o que significa eficientes ajustes no mesmo.

Johnson também se preocupa com o desenvolvimento de um sistema, pois nota um comportamento global dos mesmos mais duradouro que seus próprios elementos. Encontramos uma explicação na auto-eco-organização de Morin, como já vimos. A intersubjetividade, ou seja, a relação entre as subjetividades (a subjetividade aqui como capacidade de armazenar informação) aparece como uma relação vital para a existência do sistema, porque garante a interação entre as partes.

Acrescentamos para um resumo mais seguro e uma corroboração do que temos sustentado até aqui que a inteligência coletiva é produto de um engajamento coletivo em resolver problemas, nuances imprevistos.

Refletindo sobre os agentes individuais do sintoma prestando atenção a vizinhos mais próximos em vez de ficar esperando ordens superiores, podemos encontrar em práticas como a atuação em rede e a interdisciplinaridade dois exemplos dessa interação entre vizinhos produzindo uma prática emergente.

2.3.1.2 Reconhecimento dos Padrões

Trata-se da gênese da inteligência emergente – habilidade de guardar e recuperar informação, reconhecer e responder a padrões de comportamento humano. Aprender não é só estar consciente da informação, é também armazenar informação e saber onde encontrá-la. É alterar o comportamento de um sistema em resposta a padrões, de modo a torná-lo mais capaz de atingir o objetivo a que se propõe. É a reação às necessidades específicas e mutantes de seu ambiente. Retomamos aqui a idéia da força adaptativa em prol da demanda, numa concepção ecológica.

Esse princípio tem intrínseca relação com a aprendizagem, que se dá em diversos níveis e não necessita, como já vimos em Morin, da consciência. Aprender é saber armazenar a informação e saber onde a encontrar, para se auto-eco-organizar.

Nos parece que poderemos depreender, entre outras coisas, que a administração da informação é chave no desenvolvimento e manutenção de um sistema, como as redes de informação nas quais circula e é administrada.

Devemos ter sempre em vista que a emergência não é fruto apenas da colaboração dos agentes. Há ambientes que facilitam esse processo, enquanto outros o inibem. Muitos dos sistemas ditos descentralizados geram espontaneamente estruturas quando aumentam de tamanho. Entre os elementos de sistema complexos há mais do que conexão. Há também organização. Esses sistemas são guiados para tipos particulares de estruturas por leis da seleção natural.

Johnson (2001, p. 87) descreve tipos de sistemas inteligentes de sucesso:

“Nossos cérebros são obras-primas da emergência, porque primatas com cérebros bem maiores eram, no geral, mais propícios a se reproduzir do que seus competidores de cérebros menores; os conjuntos comerciais da cidade moderna proliferaram porque seus habitantes prosperaram mais do que artesãos isolados das zonas rurais”. Sua conclusão é de reconhecimento da potência e da energia criativa da auto-organização, mas que ela precisa receber um sentido em direção a formas específicas, para o aparecimento de uma inteligência”

2.3.1.3 Feedback

Todos os sistemas descentralizados se baseiam extensamente no feedback, tanto para seu desenvolvimento quanto para sua auto-regulação. Funciona para tornar um sistema emergente. Sabemos que um sistema só é emergente se ele é adaptável. E para torná-lo adaptável é necessária a contribuição de diferentes tipos de feedback, dispositivos de auto-regulação.

O feedback positivo é para nós uma modalidade de pouca utilidade na emergência e conseqüentemente para nosso estudo. Funciona como um ampliador dos sinais, mas não age no sentido da busca de um equilíbrio adaptativo. Apenas reverbera. O feedback negativo se configura como característica de sistemas adaptáveis. Funciona no estabelecimento da homeostase, conceito de Wiener

(apud JOHNSON, 2003, p. 103) dessa espécie aptidão para a auto-regulação. Trata-se de um feedback e funciona na direção do equilíbrio e de seu controle, apesar das imprevisíveis e variáveis condições do meio. Ele não amplia o sinal do sistema, permite que ele se ajuste sozinho.

Articulemos o que descrevemos à questão da informação. Entende-se o feedback negativo como um “modo indireto de empurrar um sistema fluido e mutável em direção a um objetivo” (JOHNSON, 2001, p.103). Em sua dinâmica, ele envolve a comparação entre o estado atual de um sistema e o estado desejado, e a pressão sobre o sistema, numa direção que minimiza a diferença entre dois estados: “Quando desejamos que um momento siga determinado padrão, a diferença entre esse padrão e o movimento efetivamente realizado é usada como um novo *input*; esse *input* faz com que a parte regulada se mova de tal modo que consiga aproximar o movimento daquele dado pelo padrão” (WIERNER apud JOHNSON, 2001, p.103). Essa é a dinâmica da homeostase.

À idéia de uma busca por um equilíbrio – e aqui não refletimos sobre um estado real, mas uma sensação e uma percepção de um estado de coisas – associamos a idéia de crise: crise do pensamento ocidental, crise das ciências, crise da Saúde.

2.3.1.4 Controle Indireto

O grande desafio em se pensar a emergência está na concepção de um sistema auto-organizável: “Nos parece que nossas faculdades perceptuais e cognitivas não conseguem, sozinhas, ver através do corpo, calcular rapidamente, com grandes números ou pensar comportamentos coletivos sem a existência de um centro” (JOHNSON, 2001, p.124). Podemos arrefecer as angústias pensando na

auto-organização de Morin, baseada na autonomia, na liberdade e na criatividade, todas vinculadas ao meio, extraindo dele a energia necessária para o desenvolvimento do sistema.

Acabamos aqui também identificando os processos mais visíveis da emergência: a transição. Mistura o familiar ao estranho, propondo a auto-organização dos sistemas complexos, numa dinâmica de ordem e desordem que ressignifica as relações entre os agentes. Novas regras são tecidas, elaboradas e compostas. Aqui, o poder é descentralizado, horizontal. Há uma construção eqüitativa e solidária reticular, em um sistema complexo.

Johnson descreve sua crença na mudança do paradigma, que segundo ele aproveita muita coisa do “manual de seleção natural”, abandonando o criacionismo na explicação dos movimentos emergentes, para uma visão mais darwinista. Para ele, o “mito da formiga-rainha” ilustra esse exemplo. A formiga-rainha não tem uma figura de autoridade. Ela põe os ovos e recebe cuidados e alimentos das operárias, mas sem ingerência sobre o que elas fazem.

Retomando a visão de movimentos auto-organizáveis e sem liderança, mostraremos a seguir, emergências sem líderes, baseadas em interações, reconhecimentos de padrões, feedbacks.

Nossa idéia é a de que, até aqui, tenhamos construído um embasamento para que possamos, a partir desses princípios, apontar os novos elementos surgidos em Saúde, tanto em nossa Modernidade quanto na Atualidade, no sentido de explicitá-los como estratégias emergentes em Saúde.

Esclarecemos que um sistema natural não serve para generalizar outros sistemas, mas pode nos sugerir a existência de padrões comuns. Gordon (2002) acredita que o sinal não está no contato, está no padrão. É o princípio de

Morin em que o todo está contido nas partes, onde a força da interação é a tradução local de uma característica de todo o sistema e a reação de cada unidade a esse estímulo local contribui para a resposta do sistema.

Nossa intenção é mostrar agora que a força da peculiaridade humana maior, a racionalidade, que de anônimos hominídeos transformou-nos em *homo sapiens*, *homo faber* e *homo ludens*. Assim a descrevemos, como uma capacidade que nos torna mais flexíveis e predispostos, no sentido da emergência, a processos adaptativos. Empregaremos Morin nessa idéia da racionalidade e seus dispositivos como geradores da emergência e mantenedores dos paradigmas emergentes.

3 A RACIONALIDADE MODERNA TECE ESTRATÉGIAS

“... Se aprende en la escuela,
se olvida en la guerra,
un hijo te vuelve a enseñar.
Está en el espejo,
está en las trincheras, parece que nadie parece notar
Toda victoria es nada
Toda vida es sagrada
Un enjambre de moléculas
puestas de acuerdo
de forma provisional.
Un animal prodigioso
con la delirante obsesión de querer perdurar...”
(“Polvo de Estrellas” – Jorge Drexler)

Esse capítulo tem como intenção acrescentar efetivamente a racionalidade à nossa malha de pensamento⁷. A partir dela e de suas instâncias, tentaremos explicar a manutenção de um paradigma ou uma prática emergente, por exemplo. Elas funcionariam como a “seiva” do processo emergencial, da superação da crise. Gostaríamos que o leitor pudesse também perceber como a racionalidade utiliza os paradigmas no sentido da adaptação. Assim será também na contemporaneidade, discussão do próximo capítulo.

Morin (2001) faz uma breve distinção entre racionalidade, razão, racionalismo e racionalização, instâncias constituinte dos paradigmas:

A *Racionalidade* seria um potencial associado à adaptação, estabelecendo a “adequação entre uma coerência lógica (descritiva, explicativa) e uma realidade empírica”.

⁷ Em contraposição à “linha de pensamento”.

A *Razão* é denominada por ele “um método de conhecimento baseado no cálculo e na lógica”. Lembra-nos que a expressão “ratio” significa cálculo. Trataria-se de um conhecimento empregado para resolver problemas postos ao espírito, em função dos dados que caracterizam uma situação ou um fenômeno.

O filósofo francês define o *Racionalismo* em duas posições:

1º) Como visão de mundo afirmando a concordância perfeita entre o racional (coerência) e a realidade do Universo, numa exclusão de quaisquer possibilidades fora dessa concordância;

2º) Uma posição ética, base da conduta e da finalidade das sociedades humanas;

A quarta instância, a *Racionalização*, para Morin seria:

“... a construção e uma visão coerente, totalizante do universo, a partir de dados parciais, de uma visão parcial, ou de um princípio único (...) Assim, a visão fragmentada das coisas (rendimento e eficácia) e a explicação em função de um fator único (econômico ou político), a crença e que os males da humanidade são devidos a uma só causa e a um só tipo de agentes constituem outras tantas racionalizações. A racionalização pode, a partir de uma proposição inicial totalmente absurda ou fantasmática, edificar uma construção lógica e dela deduzir todas as conseqüências práticas” (MORIN, 2001, p. 157-158).

Salientamos que a emergência da razão científica se dá a partir das normas colocadas pelo “projeto moderno” (LATOUR, 1994). Foi necessário que ela se constituísse fundamento nas articulações entre as tecnologias e a sociedade. A razão e todos os seus acessórios permitiram as alianças políticas entre a Ciência e o Poder sóciopolítico. A partir da ascensão do Mundo Moderno, o princípio da economia-eficácia tornou-se legitimador de certas práticas, fundando a racionalidade social. Aqui, a “sociedade industrial” aparece como sinônimo de racionalidade em relação às sociedades ditas “infra-rationais”.

O descentramento do culto ao humano livre e racional sujeito do universo tornou-se um problema intrincado para o racionalismo proposto. Esse homem esvaziado de sua afetividade e racional tornou-se símbolos de novos tempos de emancipação e de progresso, baseado num saber teórico-empírico verificável. Um de seus deslizes foi a homogeneização, a ocultação das diferenças entre os indivíduos, numa idéia de democracia igualitária, tornado a humanidade uma massa sem rosto. Resultado desse processo foi a perda da liberdade preconizada nesses novos tempos, numa obediência automatizada à racionalidade totalizadora e reducionista (MORIN, 2001).

A Revolução tecnológico-industrial foi um dos marcos determinantes dessa nova compreensão do mundo e do homem. A racionalização passou a entender, por exemplo, o trabalhador como mão-de-obra, como força física de trabalho. A imagem que temos de um hospital moderno é a de um perverso labirinto de profissionais frios e indiferentes, setores, prontuários, burocracias, triagens, filas, descaso, morte. É a vetusta figura da enfermeira que pede por silêncio, tentando reduzir e controlar ao máximo os “ruídos”: as dores, as impressões subjetivas, as insatisfações com o serviço.

3.1 A MEDICINA SOCIAL E O HOSPITAL MEDICALIZADO

“Reumatismo, raquitismo, cistite, disritmia,
Hérnia, pediculose, tétano, hipocrisia,
Brucelose, febre tifóide, arteriosclerose, miopia,
Catapora, culpa, cárie, câimbra, lepra, afasia,
O pulso ainda pulsa, o corpo ainda é pouco
E ainda pulsa, ainda é pouco...”

(“*O Pulso*” – Arnaldo Antunes / Marcelo Fromer / Toni Bellotto)

Recorremos a Foucault (2003) para traçarmos o percurso da racionalidade na construção da Saúde dentro do estatuto moderno. Usaremos a emergência do hospital moderno e as estratégias da medicina social na modernidade como exemplos de emergências que vão gerar a Saúde e seu paradigma moderno, atualmente em crise.

Foucault fundamenta o modo de operar da Medicina. Contesta a individualização da Medicina por influência do capitalismo. Acredita ser o contrário, que essa forma de produção possibilitou à Medicina socializar o corpo como força de trabalho. Para o autor, o controle seria exercido não através da ideologia, mas do corpo. Seu entendimento da Medicina como estratégia biopolítica pode nos apoiar na compreensão do fenômeno da Saúde medicalizada.

Ele reconstitui a “grosso modo” (2003, p.80) três etapas da expansão da Medicina Social moderna e suas estratégias de controle: a medicina de Estado, a medicina urbana e finalmente, a medicina da força de trabalho.

A primeira modalidade surgiu na Alemanha do começo do século XVIII, baseada na noção alemã de *Staatwissenschaft* (Ciência de Estado), ou seja, uma forma do Estado extrair e acumular conhecimentos para melhor assegurar seu funcionamento e eficácia. Justifica-se aí a preocupação com a prática médica centrada na melhoria de nível da população. É a gênese e nascimento de uma política médica e uma polícia médica, que consistia em sistematizar através de contabilidade, o quadro da morbidade da população, epidemias ou endemias. Normalizou-se também a prática médica, o saber médico e a Medicina. Organizou-se o Estado administrativamente para controle da atividade dos médicos, subordinando-a a um poder administrativo superior, conseqüentemente criando funcionários médicos administradores de saúde. Com efeito, surge a Medicina de Estado que ainda não tem como projeto controlar o corpo do indivíduo, mas sua força, não de trabalho, de componente do Estado.

A segunda forma de desenvolvimento da Medicina Social estará intrinsecamente ligada ao desenvolvimento urbano. O exemplo citado por Foucault é a França do final do século XVIII, e o “medo da cidade” (FOUCAULT, 2003, p.87):

“... medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo também das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade: medo dos esgotos, das caves⁸ sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo o perigo de desmoronar...”

Diante de tal cenário causador de muita preocupação, a intervenção nesse estado de coisas se deu pelo modelo médico e político da quarentena, onde a exclusão era a tônica dessa prática, como uma forma de purificação da cidade.

⁸ Sepulturas que eram feitas no porão das casas, na velha Paris.

Em seus métodos, a medicina urbana usava da vigilância, da hospitalização, aperfeiçoando o modelo medieval da quarentena, nomeado agora como *higiene pública*.

Essa prática tinha dois objetivos. O primeiro seria o de identificar os locais perigosos e insalubres, fontes de epidemias e endemias. As baterias se voltaram para os cemitérios, que tiveram seu espaço físico afetado, passando a se situar na periferia das cidades e as sepulturas se individualizaram, dando fim às sepulturas coletivas.

Seu segundo objetivo dizia respeito à circulação da água e do ar, agora entendidos como meios condutores da doença. Para a melhoria da qualidade do ar, por exemplo, abriram-se longas avenidas como as que até hoje podemos ver em cidades como Paris e Rio de Janeiro⁹, beneficiando o arejamento da cidade através das correntes de ar que passam por essas artérias. Agora as cidades passariam a se preocupar com seus corredores de ar e de água.

A terceira meta a ser alcançada foi definida por Foucault como “organização de distribuições e freqüências”. É o que hoje vemos até com certa naturalidade: a definição dos diferentes elementos necessários à saúde da cidade, como, por exemplo, qualificar e separar a água do abastecimento da água do esgoto ou de outros serviços. A medicina social passa a ter uma prática classificatória.

A prática de classificação, de detecção das doenças e a preocupação agora considerada pública será o marco fundamental nas primeiras transformações da Medicina. A entrada do paradigma científico nessa reorganização e reconstrução das cidades vai buscar a medicina agora urbana e a ela associar a Biologia e a Química em sua fundamentação.

⁹ Esse foi um dos motivos alegados na derrubada do Morro do Castelo pelo Prefeito Pereira Passos no início do século XX, no Rio de Janeiro.

A característica mais marcante da medicina urbana é que ela, apesar de ainda focar a doença, não trata dos homens, corpos ou organismos, trata das coisas: ar, água, decomposições, fermentos. Passa a se preocupar com condições de vida e meio de existência.

Cabe nosso comentário de que, nesse momento, a Medicina tem um comportamento idêntico ao da Musicoterapia atual. Ela se alia a outros campos, como a Química e a Biologia, importando de suas epistemologias soluções para suas próprias questões de prática e teoria. A análise do ar, das condições de vida e de respiração são exemplos dessas interfaces produtoras de um novo saber.

A transformação da medicina social em medicina científica não tornou seu atendimento individual, privado: "A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização da Medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana. A isso se deve a importância da medicina urbana" (FOUCAULT, 2003, p.92)

A medicina urbana trouxe a noção de meio (não com esse nome), que mais tarde os naturalistas desenvolveram. A relação organismo-meio será elemento fundamental no incremento de estudos das ciências naturais e da própria Medicina, que passa para a análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo. Sua organização foi importante para a constituição da medicina científica. Outro legado seu importante foi o conceito de salubridade, base material e social do controle político-científico deste meio.

Um terceiro momento que produz uma nova emergência em termos de medicina social tem a ver com a Revolução Industrial, que trouxe nova realidade à Europa, principalmente no Reino Unido como o superpovoamento urbano: "A coabitação em um mesmo tecido urbano de pobres e ricos foi considerada um perigo

sanitário e político para a cidade, o que ocasionou a organização de bairros pobres e ricos, de habitantes ricos e pobres” (FOUCAULT, 2003, p.94).

Por essa época, os britânicos já possuíam projetos de saúde pública buscando conjugar os modelos alemão e francês. Seu instrumento de adequação à realidade foi a *Lei dos Pobres*, que beneficiava a camada mais desvalida do sistema de assistência, inserindo-o no controle médico. Essa lei traz em seu bojo uma ambigüidade:

“A idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde (sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos) quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas” (FOUCAULT, 2003, p. 95).

Essa assistência-controle ganhou o reforço da organização de um serviço autoritário, o *health service*. Esse sistema tinha como função:

- a) Controle da vacinação obrigatória;
- b) Controle de epidemias e doenças, obrigando a população à declaração de doenças perigosas;
- c) Localização dos focos urbanos de insalubridade;

O *health service* era uma espécie de complemento da Lei dos Pobres, não se centra apenas na camada popular, buscando atingir toda população, além das coisas, locais, espaço social, num controle “total”.

Interessante se faz registrar outro ângulo dessa política: a resistência popular ante essas medidas “profiláticas” na sociedade britânica. A primeira consideração sob esse aspecto deve-se à reivindicação dos grupos religiosos pelo direito sobre o próprio corpo. Em países protestantes, a luta tinha raízes no próprio combate à religião do Estado. Nos países católicos a resistência foi diluída através

de cultos a santos milagreiros, locais de peregrinações e retorno a práticas de cura espiritualizadas.

Foucault analisa que, ao contrário da medicina urbana francesa e a medicina de Estado alemã, a medicina inglesa do século XIX visava o controle da saúde e do corpo da classe baixa, tornando-as capazes ao trabalho e menos prejudiciais às classes mais privilegiadas. Para ele foi a fórmula inglesa o liame de três elementos que perduram em nossos moldes até hoje: a assistência médica ao pobre, o controle de saúde da força de trabalho e o esquadramento geral da saúde pública. Esses três fatores resguardavam a saúde das classes mais abastadas. Além disso, incorporou os três sistemas médicos: “Uma medicina social assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, (...) e uma medicina privada a quem tinha meios para pagá-la” (FOUCAULT, 2003, p.97). Essa nos parece uma boa síntese da forma com a qual a racionalidade vai tramando sua associação aos mecanismos de poder, antes sobre os homens e agora sobre seus corpos.

O exemplo micro de todo esse universo macro pode ser condensado no que acontece na instituição hospitalar, dispositivo principal desse paradigma de saúde. O elemento-chave da emergência do hospital medicalizado moderno no século XVIII foi a sua disciplinarização. Mais uma vez Foucault fundamenta nossa crença a esse respeito, a idéia de disciplina não é algo daquela época. É uma tecnologia que se encerra na história da relação entre dominantes e dominados, inserida nos regimes clericais da Idade Média e mesmo nas legiões romanas.

O que marca o surgimento desse “hospital-máquina” é o aperfeiçoamento da disciplinarização como nova técnica de gestão dos homens e multiplicidades: “Nas grandes oficinas que começam a se formar, no exército, na

escola, quando se observa na Europa um grande progresso da alfabetização, aparece novas técnicas de poder que são uma das grandes invenções do século XVIII (FOUCAULT, 2003, p.105.)”.

A disciplina se mostra eficaz para o hospital por alguns motivos fundamentais (FOUCAULT, 2003, p.105.) “.

a) Ela significa a análise do espaço classificado, individualizado, dos corpos inseridos em locais apropriados, em contrapartida ao amontoamento do hospital medieval;

b) Exerce o controle o desenvolvimento das ações, as práticas e forma multiplicadores dos mesmos, no sentido de um *continuum* de dominação disciplinar dos corpos;

c) É uma técnica de poder que requer uma vigilância classificatória contínua dos indivíduos, fundando hierarquias que legitimam essa observação da prática e de sua normalização;

d) Permite ao exercício do poder total conhecimento do que acontece, de seus detalhes. Nada escapa a seu saber: “A disciplina é o conjunto das técnicas pelos quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade” (FOUCAULT, 2003, p.107);

Foucault cita o exame como instrumento fundamental do poder de individualização é a vigilância que permite distribuir os indivíduos e classificá-los. A partir desse instrumento, exerce-se o poder. Indica-nos ainda que a grande virada do hospital, a sua disciplinarização que possibilitará sua medicalização: “As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadrinhamento disciplinar a que estão submetidos os hospitais” (FOUCAULT, 2003, p.97).

Surge uma outra questão: como a Medicina se disciplinarizou? A chave estaria na sua própria mudança: a idéia de um modelo biomédico. A Biologia, particularmente a Botânica de Lineu, foi sua maior referência, principalmente por seu modelo classificatório que possibilitou o estudo das doenças, compreendidas ainda como fenômenos naturais.

O entendimento da doença como um fenômeno proveniente das coisas e do meio é que vai associar a Medicina à disciplinarização do espaço hospitalar. Essa combinação propiciou o enfoque, a vigilância e a disciplinarização do doente e da doença, alterando o ambiente hospitalar, que nem sempre foi médico.

Agora, é preciso se fazer uma genealogia da instituição hospitalar. Nem sempre o hospital foi uma instituição médica e nem sempre a Medicina foi uma prática hospitalar. A técnica política de exercício do poder (disciplina) elaborada pela Medicina durante o século XVIII se constituiu em uma modalidade de gestão dos homens, universalizando-os e otimizando suas disposições para o trabalho, compondo um quadro que se mostra presente até nossos dias atuais.

A Medicina possuía um papel bem diferente do que conhecemos hoje. Era um saber que não possuía estatuto científico. A formação médica não era disciplinarizada, sua intervenção tinha maior força na transmissão das receitas e não o conhecimento baseado em números, técnica ou na experiência. Curiosamente, não tinha vivência de hospital, nem tampouco a noção de doença. Sua intervenção era na crise.

O hospital, assim como foi fundado na Idade Média e perdurou pela Renascença, tinha uma função mais semelhante a um depósito de excluídos, era uma instituição mais de cunho geral, uma porta de passagem para a “vida eterna”. Não havia sido criado para tratamentos de saúde, mas para ser um lugar onde os

desvalidos pudessem morrer e ao mesmo tempo, livrava as pessoas da convivência com todo tipo de doente perigoso (leprosos, loucos, pestilentos, prostitutas). Nas palavras de Foucault, "... uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece". (2003, p.102).

No século XVIII surge a preocupação com a anulação dos efeitos negativos do hospital. Como consequência, o hospital se medicalizou, buscando neutralizar a "desordem", a promiscuidade, o caos social intrínseco a essa instituição. Esta reorganização hospitalar deveu-se principalmente à disciplina, à nova tecnologia médico-científica, de controle sobre os corpos.

Analisando a disciplinarização do espaço hospitalar e o deslocamento da intervenção médica, Foucault (2003) nos dá pistas para a compreensão da construção do espaço hospitalar como espaço do saber médico:

a) O estatuto médico do século XVIII se amolda às práticas disciplinares, começando pela organização de um espaço físico adequado aos objetivos de classificação, de combinação, o que hoje poderíamos nomear de "medida profilática", que evita a mistura de tratamentos e doenças no espaço hospitalar.

b) As práticas começam a se uniformizar, os procedimentos se institucionalizam, se universaliza a doença.

c) O profissional médico tem sua atividade hospitalar vigiada, gerida por uma instância superior. Cria-se uma hierarquia, que inspeciona, verifica, analisa a prática hospitalar.

d) Essa disciplina passa a ter um registro institucional, escrito, uma informação sobre o que está sendo feito e de que forma. O exame passa a ser um

dispositivo de vigilância permanente. O médico individualiza o paciente (apesar de sua doença possuir características universais).

Foucault (2003, p. 107) ainda acrescenta alguns fatores da medicalização do espaço hospitalar:

“As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadrinhamento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se essa disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma disciplina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro lado, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas”

A introdução do médico na instituição hospitalar fez com que seu espaço se organizasse em sua localização e sua distribuição interna: a divisão dos recintos a partir da classificação das doenças, além da organização do ambiente do doente: a temperatura do local, a circulação de ar, individualizando o espaço, abandonado o amontoamento.

Conseqüentemente, o hospital-exclusão, reduto fortemente religioso, passa a dar lugar ao hospital-médico, de efeitos saudáveis para a instituição. Isso se deu na medida da decisiva participação do médico na organização das práticas hospitalares.

E a disciplina médica ganha maior contorno com o aparecimento dos registros permanentes. A partir daí, a vigilância, a classificação, o controle dos corpos é descrito em pormenores. Os doentes são identificados, etiquetados. Agora, além do ar, circula a informação: entradas e saídas, fichas evolutivas, medicamentos, relatórios de atividades. Constitui-se então o que Foucault (2003, p.110) chama de “um campo documental no interior do hospital, que não é somente um lugar de cura, mas um lugar de registro, acúmulo e formação de saber”.

É aí que essa “jurisprudência médica” (Ibidem. 116) vai ter o seu lugar, fazendo do hospital o espaço do poder-saber médico. Nesse contexto surge a clínica, a organização do hospital como lugar de formação e transmissão do saber.

Cabe observarmos que pudemos também tecer uma breve genealogia da entrada das tecnologias “duras” e “leves-duras” no hospital, conceito que veremos mais a seguir. Esse “hospital-máquina” é marcado então pelo cartesianismo, pelo mecanicismo newtoniano e pelo paradigma científico, alicerces da Medicina moderna. Esse modelo acabou por produzir uma imensa máquina burocrática, aparentemente dura e inumana, uma fábrica de combate e controle das doenças e sobre as doenças, que durante séculos serviu ao Ocidente e a seu projeto moderno, sendo útil à constituição de uma realidade, que, por demandas sociais e econômicas, começa a rever essas tecnologias, que já não tornam mais o hospital eficaz, provocando questões como a “crise na saúde”, tema corriqueiro na mídia no Brasil.

Vimos então as novas forças que atuam no território hospitalar, produzindo o que entendemos como emergências frutos de processos adaptativos às novas tecnologias de controle, como a disciplinarização, potente recurso da racionalidade, que permanece em processo de “up grade”, ajustando-se a novas demandas, adaptando-se aos novos paradigmas e às novas modalidades do poder.

Com efeito, precisamos esclarecer que não discutiremos a crise do paradigma em nosso trabalho. Ela estará presente como pano de fundo em nosso cenário contemporâneo, como o fator que vai demandar as emergências em saúde, na Contemporaneidade..

4 ESTRATÉGIAS CONTEMPORÂNEAS EM SAÚDE

“ O que vocês diriam dessa coisa que não dá mais pé?
O que vocês fariam pra sair dessa maré?
O que era sonho virou pedra
Quem vai ser o primeiro a me responder?”
(*“Saídas e Bandeiras nº 1”* – Milton Nascimento / Fernando Brant)

O capítulo anterior nos foi importante para podermos mostrar a nossa capacidade adaptativa a partir da racionalidade. Assim como a música, ela é inerente a todo ser humano. Revestida de um estatuto científico, produziu um hospital medicalizado. Percebendo os padrões da nova transição paradigmática, criou agora uma série de estratégias, construindo tecnologias que se inserem no novo contexto que transforma a Saúde e traz à tona a pluralidade de suas questões. Escolhemos para isso três das estratégias que propiciam a emergência da Musicoterapia nesse novo contexto: a interdisciplinaridade, as tecnologias leves e a Humanização do Atendimento.

A visão reducionista e classificadora da Biologia foi marco fundamental da Medicina hospitalar. Aliás, do próprio discurso medicalizado dos profissionais envolvidos no trabalho em saúde. Seu método analítico, fruto de combinações de estratégias modernas, permitiu que a Medicina fosse eficaz instrumento do Projeto moderno de hospital, no que tange a detecção de doenças, sua forma de organizar as patologias e pesquisá-las. É sempre importante perceber seus resultados. Esse

método de trabalho permitiu que descobríssemos, por exemplo, a natureza química dos genes, estudos sobre a hereditariedade e o código genético.

Nesse modelo biomédico, a doença é vista como um mau funcionamento na máquina-organismo e, como defeito, deve ser consertado pelo “técnico”. Devemos também enfatizar a influência do capitalismo na forma de produção em Saúde. Referimo-nos particularmente ao modelo de linhas de montagem, que transformou o hospital numa fragmentada indústria técnico-burocrática onde um regime pluridisciplinar recebe o doente e o “distribui” entre os diversos setores (especialidades). O resultado disso pode ser percebido no excesso de formulários repetitivos que alguns hospitais públicos impingem ao usuário, além da dissonância dos horários de atendimento, às vezes provocando a permanência deste um dia inteiro na instituição, peregrinando por um infindável número de setores.

O contexto moderno no qual as características e as experiências do trabalho eram o foco principal e o consumo resultado secundário da produção aos poucos se transforma num cenário cujas análises têm tido como referência uma “sociologia de consumo” focada nos aspectos subjetivos do consumo (cultura, representações, criatividade, uso da mercadoria) (Vasconcelos, 2003). Esse novo paradigma emergente possibilita a adaptação seguindo as “demandas diferenciadas de cada segmento de consumidores” (Vasconcelos, 2003, p.121).

Refletindo sobre esse modelo criticado de atendimento e suas posturas (a relação com o paciente, a organização espacial, pessoal e seu “modus operandi”), usando o olhar capitalista, neoliberal, entendemos o movimento de humanização como uma forma de otimização da instituição hospitalar e da Saúde, que têm se

mostrado deficitários a partir de nossa análise baseada em Morin sobre a racionalidade, no capítulo 2.

Assim também serão as tecnologias leves e o diálogo “inter”, vistos por nós como estratégias de otimização da produção desse hospital, da Saúde.

4.1 AS TECNOLOGIAS LEVES

“... ¡que viva la ciencia, que viva la poesía!”
 ¡qué viva siento mi lengua cuando tu lengua está sobre la lengua mía!
 El agua está en el barro, el barro en el ladrillo,
 El ladrillo está en la pared y en la pared tu fotografía
 Es cierto que no hay arte sin emoción,
 y que no hay precisión sin artesanía
 Como tampoco hay guitarras sin tecnología
 Tecnología del nylon para las primas
 Tecnología del metal para el clavijero ...”
 (“Guitarra y Vos” – Jorge Drexler)

A idéia de tecnologia aqui diz respeito não só do equipamento tecnológico, mas no sentido de “um certo saber fazer, e a um ir fazendo, que inclusive dão sentidos ao que será a ‘razão instrumental’ do equipamento (Mehry, 2002, p.84).

Fundados na crença de poder mostrar através das micropolíticas das relações em serviços de saúde, utilizamos Mehry (2002) e seu conceito de tecnologia leve para abordar aspectos que trazem uma visão que vai ao encontro de nossa idéia de emergência: as tecnologias. Essa análise poderá nos ser útil no sentido de mostrar como o hospital moderno se torna contemporâneo, ou como a racionalidade se equipa das tecnologias contemporâneas como ferramentas essenciais da gestão dos corpos e dos processos de trabalho presentes.

O contexto que já desenhamos desvela agora a Saúde preocupada com o interesse do usuário de seus serviços como ponto de partida e ponto de chegada nessa nova configuração fundada nas produções de subjetividade dos agentes envolvidos.

Para chegarmos ao que trata esse subcapítulo, achamos pertinente refletir sobre a forma como o homem se produz, construindo seus interesses e o modo como ele vai se relacionando com o mundo no processo de trabalho, para realizar os mesmos e como esses interesses tornam-se necessidades.

Conceituar “trabalho” torna-se importante. Merhy (2002) utiliza idéias de autores marxistas, voltados para uma compreensão sobre o sentido e a “mecânica”¹⁰ do trabalho humano.

Ilustra ainda seu pensamento usando o trabalho do marceneiro para fazer a distinção entre “trabalho vivo” e “trabalho morto”. Quando faz uma cadeira, vários elementos estão envolvidos: “o trabalho em si do marceneiro, o conjunto dos elementos que são tomados como matérias primas, os que são utilizados como ‘ferramentas’ ou instrumentos de trabalho” (MERHY, 2002, p.82).

Esses componentes passam a fazer sentido a partir da articulação feita pelo marceneiro, que os organiza em torno de um projeto. Isso se dá pelo conhecimento do ofício de artesão, juntando esses elementos a seus atos “vivos”, produzindo uma cadeira. O “saber tecnológico” mostra-se decisivo na resultante de um produto específico.

Abrindo um parêntese, percebemos aqui uma peculiaridade da produção humana, a intencionalidade do que vai ser produzido, ou seja, um

¹⁰ Aspas do autor

processo anterior ao trabalho em si, orientado por um “recorte interessado” que é projetado para atividades que irão compor o processo de trabalho.

No exemplo usado pelo autor, nomeamos de trabalho morto as ferramentas e a matéria-prima empregados na confecção da cadeira. O trabalho morto é sempre incorporado como uma cristalização, como uma constante no processo de trabalho, mesmo que seja fruto de um trabalho vivo (Ibidem, 2002).

O trabalho vivo seria o ato do marceneiro, o trabalho criador, que nos leva a pensar que se trata de um trabalho “ao vivo”, com uma dinâmica orgânica como a proposta por Morin em relação à complexidade. O trabalho vivo se contraporia ao trabalho morto, já instituído, e que apreende e comanda esse trabalho vivo.

Podemos resumir essa dinâmica trabalho vivo – trabalho morto pensando que o primeiro possui certa autonomia diante do que já está instituído, resguardando que seu movimento na verdade é marcado pela ação do trabalho vivo em ato sobre o trabalho morto e os interesses em jogo. O trabalho vivo extrai informação do trabalho morto para atuar.

O trabalho morto possui elementos distintos em nosso exemplo: é parte que vai constituir o trabalho vivo e estará sempre presente, tanto com o saber daquele ofício cuja finalidade é produzir cadeiras quanto o das ferramentas manejadas para a realização de trabalho específico.

A articulação das naturezas do trabalho é um dos principais desafios no dia-a-dia na Saúde. O trabalho vivo pode ser capturado pelo trabalho morto, perdendo sua autonomia e amarrado por outra lógica associada por dimensões tecnológicas.

Prosseguimos então colocando em cena mais um ingrediente no processo de produção da cadeira, ainda nosso exemplo: a temática do consumo e satisfação de necessidades da qual já falamos no início de nosso capítulo. Sousa Campos (apud MERHY, 2002, p.87) faz uma análise dos elementos no caso da saúde:

“... o usuário vai atrás de um consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental, caracterizado como sendo o de permitir que a sua saúde seja ou mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso inestimável - , cuja finalidade é mantê-lo muito vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida”

De uma forma própria, na Saúde, o consumo pelo usuário se dá na produção da ação “ao vivo”, não é uma mercadoria. Nesse aspecto podemos detectar forças instituídas que capturam plenamente o ato vivo, as tecnologias duras, representadas pelas máquinas e as leve-duras, que seriam os saberes estruturados, ferramentas que servem ao modo como as necessidades são produzidas socialmente e como são satisfeitas. Se refletirmos sobre as formas de produção capitalistas, teremos o trabalho vivo completamente capturado pelo trabalho morto industrial, por exemplo.

Mas ainda nos resta entender as mudanças nos processos de trabalho na Saúde contemporânea, pois esta é uma discussão no campo da subjetividade humana (idéias e interesses). Notamos que a mudança é efeito da mudança do processo de trabalho capitalista, disposto em novos modelos. Drucker (apud MERHY, 2002, p. 92) aponta para a predominância do setor terciário, da terceirização do processo de produção industrial. Referimo-nos à terceirização diretamente relacionada com a natureza do espaço de produção.

Mesmo discordando de Drucker quanto à vinculação do espaço de produção ao conhecimento, Merhy (2002) entende como estratégia a observação de que o conhecimento tem papel marcante na transformação dos processos de trabalho. O autor assinala que há algo além da questão do saber, há uma dimensão subjetiva, no sentido do lugar ocupado contemporaneamente pela “revolução tecnológica”, pela forma como as tecnologias de captura do trabalho vivo atuam, o que ocorrem no interior dos processos de trabalho em geral.

Observamos um ponto importante que tange a humanização em Saúde, termo em contrapartida à inumanização em saúde, como veremos a seguir. Referimo-nos à automatização dos serviços, tanto por parte do trabalhador em Saúde quanto pelo usuário. A experiência taylorista pôde nos mostrar que sempre houve a existência de um autogoverno do trabalhador nos processos de trabalho, e que isso foi “domesticado” e “otimizado”, no sentido da eficácia da produção. O dispositivo presente nesta “domesticação” configura-se numa tecnologia para operar esse contexto organizacional produtivo.

Argumentamos tudo isso para mostrar que, não as máquinas somente, mas os novos modos de gerir os homens (a força de trabalho) buscam capturar o trabalho vivo em ato na produção, de forma que o chamado “autogoverno” seja coerente com a natureza do processo produtivo capitalista. A capacidade de captura se atualiza e se amplia para explorar o trabalho vivo.

Em certas áreas, isso se dá de uma forma um pouco diferente. No parágrafo anterior, definíamos algo mais estruturado, com menos subjetividade em jogo. Em saúde, o trabalho vivo não é capturado totalmente, até pelas suas próprias características tecnológicas:

“Os serviços de saúde têm de atuar em situações nas quais o jogo do processo de gestão do trabalho invade permanentemente o de gestão do equipamento institucional e está sempre nos limites das relações entre o público e o privado, entre a intencionalidade política e a de produção de bens, tornando-se um desafio possível para ele a busca de uma forma de “publicizar” estes espaços de gestão, em todas as suas dimensões, mesmo que em muitos projetos e modelos tecno-assistenciais esta forma se dê sob o modo privatizante” (MERHY, 2002, p.98)

Evidentemente, a alta complexidade das relações envolvidas num hospital, por exemplo, nos deixa diante das limitações dessa “receita” usada em fábricas. Técnicas meramente administrativas ou a detenção do controle das tecnologias para intervir em organização não são suficientes para uma instituição complexa.

Retomamos aqui o método da complexidade. A problematização torna-se e peça-chave, pois é um bom caminho de se situar os interesses e pensamentos, além do próprio questionamento ético-político sobre o sentido da captura do trabalho vivo pelas forças do trabalho morto.

Atentemos para a importância do trabalho vivo em ato como agente transformador na instituição de saúde. Tendo-a como eixo norteador, podemos descrevê-lo como “um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações” (MERHY, 2002, p. 101).

Associemos agora a idéia do trabalho vivo em ato e sua gestão como trabalho e sua gestão como potenciais que abrem espaços amplificando ruídos, “abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar a busca de processos que focalizem o sentido da captura sofrido pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de ‘quebras’ em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente” (Ibidem).

A estratégia que se configura contemporaneamente é a do trabalho vivo em ato gerir processos institucionais, realizando produções, interferindo nos

modos como o trabalho vivo opera em uma produção concreta: emergem assim, as tecnologias leves, oriundas do trabalho vivo em ato, expressivo, subjetivo:

“Não será que a subjetividade em ato, como essencialidade do homem em ação, não extravasa o sujeito da prática, das atividades, se esta for só entendida exclusivamente como momento capturado? Por que será que aquele, como um processo em ato, tem de ser permanentemente capturado? Cremos que, na vida em movimento, o trabalho vivo em ato vai além dos limites do instituído, provocando permanentemente novas instituições” (Ibidem, 2002, p.110).

Na área de Saúde, o trabalho vivo não pode ser capturado globalmente, o que lhe dá tonalidades complexas. É o lugar do novo e das novas possibilidades de intervenções.

A clínica atual, ao invés de buscar incessantemente capturar tudo, se transforma numa ação aberta para novos processos territorializantes, buscando novas singularidades e processos emancipadores, feita em ato fundado na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve, promovendo intervenção em processos de intersubjetividades nos quais os instituintes disputam sua direcionalidade (MEHRY, 2002).

A tecnologia leve ou tecnologia do trabalho vivo está permanentemente em construção, permitindo um território onde o indeterminado, um imprevisível e a incerteza possam ser percebidos no trabalho em Saúde.

Podemos assim entender a estratégia da racionalidade que agora compreende a importância de ruídos e subjetividades na captura do trabalho vivo e na gestão do espaço hospitalar, por exemplo. Aqui vemos um sinal da transição paradigmática, de um “hospital-máquina” moderno, fundado nas tecnologias dura e leve-dura, para um “hospital humanizado” que, se não prescindir dessas duas modalidades de tecnologia, acresce a elas as tecnologias leves, na esperança de gerir as discontinuidades:

“Quando Froebel idealizou o primeiro jardim de infância (...) desenvolveu uma série de brinquedos que foram chamados de ‘presentes de Froebel’. Ele os desenhou com cuidado, supondo que aquilo que as crianças aprendiam e a maneira como aprendiam dependiam em grande parte dos objetos colocados em suas mãos. Vemos a mesma coisa acontecer aqui hoje. Vemos parte de nossa nova tecnologia como a versão mais atualizada dos presentes de Froebel, tentando colocar nas mãos das crianças novos tipos de materiais e novos tipos de brinquedos que mudarão aquilo em que elas pensam – e a maneira como pensam” (JOHNSON, 2001, p.123).

4.2 A INTERDISCIPLINARIDADE E AS PRÁTICAS “INTER”

“What would you think if I sang out of tune,
 Would you stand and walk out on me?
 Lend me your ears and I'll sing you a song
 And I'll try not sing out of key
 I get high with a little help from my friends”
 (“*With a Little Help From My Friends*” – John Lennon / Paul McCartney)

Uma consequência do pensamento complexo é a perspectiva das descontinuidades que se apresentam nas intervenções isoladas, em Saúde. A finitude dos saberes diante de um único olhar paradigmático tem mostrado que, sem a uma cooperação dialógica das disciplinas, muito pouco ou nada poderá ser feito.

Tomemos como exemplo o fenômeno da gravidez na adolescência, tema recorrente na mídia. O reducionismo paradigmático sempre apontou para a falta de informação e a menarca precoce como causas principais de sua ocorrência. O que fazer então com os “ruídos”- a condição social, as representações, seu ambiente história familiar. Citamos alguns dos multifatores, que vão muito além do discurso medicalizante. Como apenas pensar em aspectos biológico-educacionais,

com tantas características subjetivas em jogo, incluindo questões legais de direitos e deveres?

Em seu livro “Interdisciplinaridade e Patologia do Saber”, considerado por Vasconcelos (2002) uma obra com estatuto de desabafo contra os especialistas, Japiassu (1976) entende a interdisciplinaridade como um “tríplice protesto”:

a) Contra um saber fragmentado, em migalhas pulverizado numa multiplicidade crescente de especialidades, em que cada uma se fecha como que para fugir ao verdadeiro conhecimento;

b) Contra o divórcio crescente, ou esquizofrenia intelectual, entre uma universidade cada vez mais compartimentada, dividida, subdividida, setorizada e subsetorizada, e a sociedade em sua realidade dinâmica e concreta, onde a “verdadeira vida” sempre é percebida como um todo complexo e indissociável. Ao mesmo tempo, porém, contra essa própria sociedade, na medida em que ela faz tudo o que pode para limitar e condicionar os indivíduos a funções estreitas e repetitivas, para aliená-los de si mesmos, impedindo-os de se desenvolverem e fazerem desabrochar todas as suas potencialidades e aspirações mais vitais;

c) Contra o conformismo das situações adquiridas e das “idéias recebidas” ou impostas.

A preconização da organização Mundial de Saúde pela integralidade das ações reforça a necessidade do fim da fragmentação nessa área. Isso não quer dizer que não existam mais lutas de poder ou imposição de hierarquias numa guerra pela hegemonia epistemológica onde focos do reacionarismo acreditam ser o médico o único agente capaz de avaliar um serviço de Saúde.

Essas interações entre os diversos elementos presentes num fenômeno com o qual a equipe num hospital se depara, fazem vir à tona a necessidade de colaboração entre os campos que trabalham nessa área. Aqui é necessário um cuidado no sentido de balizar mais adequadamente o objeto desse subcapítulo. Remetemo-nos a McLeod et alli (2002), numa primeira crítica ao que muitas vezes é chamado de interdisciplinaridade, sem o ser. Referimo-nos a três situações bastante corriqueiras em equipes:

a) A interdisciplinaridade como uma relação de complementaridade na busca de resolução de um problema complexo;

b) A interdisciplinaridade como obrigação ética institucional forjada, política, que serve só para aumentar ressentimentos e distanciamentos;

c) a interdisciplinaridade como reunião de projetos individuais bastante distintos que são reunidos em pesquisas que alardeiam a construção de projetos conjuntos;

Como estratégia, a interdisciplinaridade é a primeira das práticas de investimento nas subjetividades dos profissionais e nos paradigmas em jogo. Há nela uma dialógica interparadigmática. McLeod et alli acreditam que o marco de sua emergência é a sua imprevisibilidade. Associamos esses dois fatores, diálogo e imprevisibilidade, para concluir que todas as coisas são possíveis, como fazer música no corredor do hospital, apesar da já referida imagem da enfermeira impondo os silêncios. Entendemos até agora que a interdisciplinaridade é além de tudo uma reação à especialização improdutiva e fragmentária. Passemos então ao questionamento do termo.

Vasconcelos considera o termo “interdisciplinar” como algo que não descreve a extensão dessa prática. Complementamos dizendo que ela, é antes de

qualquer coisa uma emergência complexa (emergem da interação de elementos de um sistema complexo), ou seja, aproveitando as palavras do autor: "... as diferenças não emergem apenas através das fronteiras entre as disciplinas (...), mas também entre teorias, paradigmas, campos epistemológicos, profissões e campos do saber/fazer". (VASCONCELOS 2002, p. 110)

Em sua opinião, as "práticas inter" promovem mudanças estruturais com "tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados" (VASCONCELOS 2002, p. 113).

A partir de suas asseverações sobre o tema, poderíamos mostrar os princípios da emergência na interdisciplinaridade (interação entre vizinhos, reconhecimentos de padrões, feedback e controle indireto):

"Exigem a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando em comum os princípios e conceitos fundamentais de cada campo original, em um esforço conjunto de decodificação em linguagem mais acessível dos próprios campos originais e de tradução de sua significação para o senso comum" (VASCONCELOS 2002, p. 113).

Essa dinâmica vai fazer emergir uma solução inteligente coletiva geradora de novas tecnologias, novos olhares, novas disciplinas e até novas culturas institucionais, numa interação entre elementos de diversos paradigmas, saberes e disciplinas.

4.3 A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

“Gente quer comer, gente quer ser feliz
Gente quer respirar ar pelo nariz
Não meu nego não traia essa força não
Essa força que mora em seu coração”
(“*Gente*” – Caetano Veloso)

Outra tecnologia leve que gostaríamos de mencionar como propiciadora da emergência da Musicoterapia é a Humanização do Atendimento, cuja própria designação é polêmica. Esclarecemos também que, como o tema de nosso trabalho não é a Humanização, teceremos comentários sobre essa estratégia, para favorecer nossa explanação. Pecaremos pela superficialidade na condução do tema, que apenas subsidiará nosso tema principal.

Quando se fala em Humanização do Atendimento, um cordão de profissionais de saúde contesta o termo. De fato, é uma denominação polêmica, pretensiosa até. Principalmente porque o atendimento hospitalar não é desumano. É distante, incompleto e cheio de descontinuidades, baseado num modelo biomédico que já vimos anteriormente, que investe na impessoalidade em prol de uma eficácia industrial, quanto ao reparo do organismo-máquina danificado. Ignora aspectos subjetivos de um serviço médico, das pessoas nele envolvidas. Partindo dessa

descrição, podemos entender que todo tipo de insensibilidade à dor, ao tempo de espera em filas, a má qualidade de atendimento e a empáfia de certos profissionais não é desumana, é uma faceta humana, é uma resistência a um estado de coisas, é um exercício racionalista-cartesiano. Buscando um meio termo nessa conceituação de “humanização”, podemos supor que o termo se refira a uma contraposição ao “inumano”, à maquinização do trabalho em Saúde. Para facilitar nossa compreensão, situamos essa estratégia humanizadora da Saúde no Brasil, visto que essa é uma preconização da Organização Mundial de Saúde (OMS), seguida pelo Ministério da Saúde (MS).

Antes de entrarmos diretamente no assunto, sugerimos não uma outra genealogia, mas uma associação livre que rapidamente nos situará no panorama da impessoalização proposta pelo projeto moderno no ocidente e que teve seu ápice nos últimos dez anos: reengenharia, downsizings, empregabilidade, globalização.

A ética racional mecanicista atingiu o hospital inicialmente tornando-o eficaz, pois apoiou sua disciplinarização. Organizou o espaço, criou procedimentos e tecnologias para seu melhor funcionamento, mas perdeu-se nas próprias discontinuidades modernas, abrindo um abismo entre os usuários e o serviço em si, permaneceu produtor de exclusão social. Inferimos que o medo provocado pela crise dessa forma de atendimento tenha gerado e a nova configuração social da Atualidade, como aconteceu em certo momento da medicina social do início da sociedade industrial, a necessidade de traçar novas estratégias para as novas demandas que aparecem como ruídos que viram sons. Como em todas áreas atravessadas pela Contemporaneidade, a Saúde Moderna vai transitando em uma nova direção paradigmática.

Faremos aqui rápidas considerações sobre a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, que data de 1988. Acompanhando a tradição da medicina social inglesa, para os pobres, associou-se a questão da cidadania à Saúde, tornando-a um direito e um parâmetro de cidadania. A garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de Saúde garantiu a participação cidadã através de entidades representativas na construção de ações em Saúde (políticas públicas e serviços) e o controle de sua execução. Aqui a saúde é definida como “resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado”. Sabemos o quanto esse texto se distingue da realidade, mas nos parece um interessante ponto de partida.

Guareschi (*apud* MORAIS e TRAVERSO-YÉRPEZ, 2002) afirma que:

“em toda relação está sempre um "outro" e que só se desenvolvem relações éticas quando se vê o "outro" como interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças por meio da reflexão consciente e compartilhada do problema. Existem também razões pragmáticas para agir assim, por entender que o envolvimento e a participação dos usuários só são possíveis mediante um processo de diálogo entre saberes, no qual cada um contribui com seu conhecimento peculiar da situação, acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano”.

Pelo que até agora vimos, não nos parece possível ser uma casualidade a emergência da Humanização. A permanente reflexão crítica sobre o universo de demandas, práticas, tecnologias e idéias, possibilita essa “tomada de consciência” sanitária. Utilizamos esse termo justamente para podermos defender mais um ponto como elemento de mudança: a entrada dos aspectos psicológicos como aspectos levados em conta na construção ou melhoria de um serviço.

Ressaltamos agora a influência do contexto do regime econômico vigente atualmente. O modelo liberal-privatista de atendimento vigente na saúde pública torna-se responsável pela construção de uma determinada postura dos

trabalhadores de saúde, capitaneados pelo estilo médico-centrado, que procura tratar o usuário, ou qualquer outro - inclusive os próprios trabalhadores entre si - de uma maneira impessoal, objetivizante e descompromissada (Mehry, 2002).

Alguns fatos acabam por mostrar esse hospital onde a subjetividade é varrida para baixo do tapete, provocando um abismo na relação entre paciente e profissional de saúde:

a) a crença de que o profissional de saúde é quem sabe a respeito do estado de saúde do paciente/cliente;

b) a desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica também uma série de conseqüências negativas para o relacionamento profissional-paciente/cliente, numa verticalização improdutiva dessa relação;

c) o tecnicismo da linguagem e a burocratização da postura do profissional de saúde, afastando o usuário deste;

d) o caráter de classe que essa relação tem, apontado por Boltanski (*apud* MORAIS e TRAVERSO-YÉRPEZ, 2002) causando “diferentes processos de significação, estilos de comunicação estilos de comunicação e abordagens que profissionais e usuários possuem no que se refere às práticas de saúde” (*Ibidem*).

Esse cenário de distanciamento e inferiorização de quem não detêm o saber médico propicia o que as autoras designam o "baixo comprometimento" do paciente com o seu tratamento. Além da obviedade da pouca assiduidade do usuário, a questão se complexifica à medida que o cuidado consigo mesmo desaparece, vulnerabilizando-o. O resgate desse diálogo intersubjetivo entre as partes envolvidas nesse tipo de serviço torna-se urgente, pois acaba havendo um

descompromisso com a própria saúde. É necessário conjugar os saberes sem visões antropocêntricas e individualistas.

Dessa forma Moraes e Travesso-Yérpez (2002) descrevem a preocupação que desencadeou a humanização:

“Essa preocupação com a qualidade da relação profissional-usuário torna-se tanto um meio quanto um fim a ser alcançado. Na qualidade de “meio”, apresenta-se como uma prerrogativa indispensável no processo de efetivação da garantia dos direitos estabelecidos no plano legal pelo SUS, porém não correspondidos no cotidiano das práticas de atendimento. Como “fim”, justifica-se também porque a participação não é ainda uma característica visivelmente marcante na conduta dos usuários, apesar de ser uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde”

Retomando a temática de nossa dissertação, essa proposta de descentralização da atenção e da gestão é evidência de emergência. Busquemos então no próprio documento “Humaniza SUS” outras fontes de comentários:

Primeiramente, essa política reforça a importância da troca e uma construção de saberes, possibilitando a criação de um saber adaptável à nova forma de atuação dos profissionais.

A seguir, apregoa a identificação dos aspectos subjetivos envolvidos (necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde);

Recomenda também o “pacto entre os diferentes níveis da gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de Saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede” – é a garantia do movimento “bottom-up” com controle indireto e, mais uma vez, circulação de informação;

Há também um investimento no chamado “resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS”, reconhecendo todos os envolvidos no processo como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde.

Por final, preconiza a construção de redes solidárias propiciadoras de um regime de equidade em Saúde;

Por outro lado devemos lembrar que esse movimento todo se dá a partir dos sinais de ineficácia evidenciados pelas das longas filas e o grande tempo passado no serviço, no tratamento inumano dispensado ao usuário. A mudança de política se dá pela finitude da eficácia dessa forma de pensar e de agir.

Podemos compreender a Saúde não só de uma forma objetiva, empírico-orgânica, mas em todo seu aspecto relacionado ao contexto sociocultural dos indivíduos, bem como suas impressões e representações subjetivas. A experiência subjetiva é redescoberta e valorizada nesse processo de revitalização do hospital.

Até agora se buscou uma certa delimitação do tema para se chegar à idéia da Musicoterapia emergindo a partir das estratégias descritas por nós aqui. Entendemos que essas três estratégias poderiam configurar o contexto dessa emergência: a Musicoterapia como tecnologia leve, fruto de práticas “inter” e pertinente como intervenção humanizada. Resta-nos apresentar esse campo, desfazer estereótipos e mostrar suas interfaces com as novas demandas contemporâneas na Saúde.

5 MUSICOTERAPIA: ESCLARECENDO ALGUNS PONTOS

“A pulsação do mundo é
O coração da gente
O coração do mundo é
A pulsação da gente
Ninguém nos pode impor, meu irmão
O que é melhor pra gente...”
(*“De Magia, de Dança e Pés”* – Milton Nascimento)

A importância das conceituações nesse capítulo reside no fato da polissemia (BARCELLOS e SANTOS, 1996) de alguns conceitos (música, terapeuta, cliente) que embasam pressupostos teóricos musicoterápicos. Um ponto de partida adequado para introduzirmos o leitor à Musicoterapia é a definição da Federação Mundial de Musicoterapia, de 1996:

“Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) pelo musicoterapeuta e pelo cliente ou grupo, em um processo estruturado para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva) para desenvolver potenciais e desenvolver ou recuperar funções do indivíduo de forma que ele possa alcançar melhor integração intra e interpessoal e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida (RUUD apud Bruscia, 2000, p.286)

A dimensão que almejamos traçar nos faz abordar alguns pontos de rica discussão. Por exemplo, a compreensão popular da música parece nortear o entendimento do leigo sobre nosso campo. Citamos o caso do “Programa Mário Esteves” da Rádio Globo cujo locutor assim cumprimentava os musicoterapeutas por ocasião do Dia do Musicoterapeuta Latino-Americano, em 15 de setembro de 2004: “Um abraço aos musicoterapeutas... ele bota aquela musiquinha que acalma, que relaxa, que faz dormir...”, e arremata com um humor peculiar de quem busca a intimidade com o ouvinte: “... é tanta paz que a gente baba dormindo...”. A despeito do duvidoso gosto na descrição, podemos ter uma idéia da representação da Musicoterapia no senso comum. Na verdade, é um interessante sinal a sua menção em um programa de rádio AM, evidencia um rumo da sua popularização. Não podemos fugir dos estereótipos: assim como de um psicólogo se espera análises precisas da personalidade ou de problemas, com respostas exatas e um divã acolhedor no consultório, no caso do músico que muitos não acreditam ser um trabalhador, nem que precisa estudar, estando sempre disposto a tocar e cantar em quaisquer reuniões sociais.

A Musicoterapia é definida por Benenzon (1988, p.11) como um estudo do “complexo som-ser humano-som”, que utiliza o movimento, o som e a música, com o objetivo de abrir canais de comunicação no ser humano. Certos aspectos da música constituem uma espécie de linguagem, por criar canais de comunicação. Negreiros e Moura Costa (1983) conceituam musicoterapia como uma “terapia auto-expressiva que se utiliza da música, em sentido lato, como objeto intermediário da relação musicoterapeuta-paciente, e que mobiliza os aspectos biopsicosociais do indivíduo, abrindo novos canais de comunicação que ajudem na recuperação ou integração dinâmica do indivíduo consigo mesmo e com seu grupo social”. Kenneth

Bruscia concebe esse campo de trabalho como “ um processo interpessoal no qual o terapeuta utiliza a Música e todas suas facetas – física, emocional, mental, social, estética e espiritual – para ajudar o cliente a melhorar, recuperar ou manter a saúde” (BRUSCIA in BRUSCIA, 200 p. 276).

5.1 A EXPERIÊNCIA MUSICAL

“Quem tem a viola pra se acompanhar
Não vive sozinho, nem pode penar
Tem som de rio numa corda de metal
Tem o mar no acorde final (...)
Faz o luar brilhar e um coração vazio voa vadio
Feito uma pipa no ar
(“*Quem Tem a Viola*” – Zé Renato / Juca Filho / Xico Chaves)

Acreditando que a musicoterapia utiliza a experiência musical como instrumento que viabiliza a expressão, usamos Blacking (1997) e sua idéia da música como capacidade inerente a todo ser humano. Ele propõe uma distinção entre “músicas”, que membros das diferentes sociedades categorizam como sistemas culturais e a “música” como um conjunto inato, de caráter biológico, relativo a aspectos cognitivos e sensoriais usados na comunicação e para dar sentido ao seu meio ambiente.

A primeira preocupação dos musicoterapeutas quando buscam balizar seu campo é a de distinguir “música em terapia” de Musicoterapia. No primeiro caso, temos uma gama de atividades de terapia que utilizam a música, como as terapias

corporais, a Arteterapia ou o Psicodrama, onde a música consiste numa ferramenta de criação do ambiente terapêutico, uma peça do planejamento do terapeuta para um objetivo que não está relacionado diretamente com a música. No segundo caso a Musicoterapia, que possui peculiaridades. Esse é o foco de nosso subcapítulo.

A música da Musicoterapia possui face complexa. Em verdade, o material com que se trabalha está na experiência musical e em seus elementos musicais, juntos, disjuntos ou isoladamente (som, ritmo, melodia e harmonia), numa alternância estabelecadora de canais de comunicação.

Segundo Von Baranow, as músicas possuem dois aspectos analisáveis: qualidades do som e os elementos fundamentais da Música. Assim ela os define (1999, p.13-16):

a) Qualidade do Som

- Altura – “Fornece o elemento melódico, depende do comprimento e da frequência da onda. É a propriedade do som ser mais agudo ou grave”,

- Duração – “É o tempo de percepção do som; o tempo que permanece audível para o ouvido humano”,

- Intensidade – “Está ligada à força empregada para se emitir um som. Depende da amplitude, do movimento, da noção de espaço. É a propriedade que determina se um som é forte ou fraco”,

- Timbre – “É a identidade sonora de um som e o que permite que possamos distinguir se o som emitido é de um violão, de uma flauta ou de uma voz humana. É a qualidade do som que permite reconhecer sua origem e depende da forma da onda”.

b) Elementos Fundamentais da Música

- Ritmo – Andamento e Compasso

“Designa o que flui, o que se move e existe em todos os momentos, em todos os seres humanos e em toda a natureza: a maré, as fases da lua, a harmonia do Universo, o metabolismo corporal, a menstruação, a gestação... determina o movimento, a pulsação, tensão e relaxamento, som e silêncio, inspirar e expirar, que é expresso em seu modo de comunicar, de falar, nas palavras e na voz e em sua forma de se mover e se locomover (...) segundo Platão, o ritmo é a ordem do movimento”. O ritmo vai aparecer no *setting* sob a forma de movimento corporal, ou de algum objeto ou mesmo através de percussão corporal (bater de palmas, pés ou instrumentos musicais) “ (p. 14)

- Melodia – Som, Intervalos Melódicos, Escalas e Modos

“É o conjunto de relações que caracterizam a sucessão de sons de alturas diferentes. A altura, ou seja, a variação de sons graves e agudos, é o que fornece o elemento melódico e a ‘música’ só se inicia quando esses sons estão arrumados numa seqüência”.Através da voz cantada ou dos instrumentos melódicos (violão, piano), sopro, eletrônico (teclado) ou percussão, a melodia aparece no *setting*” (p.15)

- Harmonia

“Surge no encadeamento de acordes, que são sons simultâneos e que provocam efeitos dissonantes ou consonantes. É a forma mais elaborada de construção musical, normalmente parte de um paciente (cliente) com conhecimento musical. Os instrumentos mais usados são o violão, o piano, o teclado eletrônico, o xilofone e o metalofone” (p.16)

Pensando na dinâmica musicoterápica, acreditamos ser uma boa iniciativa investirmos na idéia da experiência musical. Segundo Bruscia (2000, p.24) ela seria o grande agente da Musicoterapia: “Assim, a música utilizada para terapia não é simplesmente um objeto que opera sobre o cliente, ela é principalmente uma experiência multifacetada, envolvendo a pessoa, o processo, o produto e o contexto”.

Barcellos e Santos (1996), definem a música como uma ferramenta afetiva, um tecido de som, ritmo, melodia, tom, intensidade, harmonia, timbre, altura, que associados ou não, mobilizam núcleos internos da pessoa que escuta, em três níveis: o nível da experiência pessoal, que diz respeito à história do indivíduo, o nível

da experiência cultural (ou do contexto social onde vive) e um terceiro nível, transcultural, universal, arquetípico, que englobaria os sons universais, independentes de cultura e outros aspectos sociais.

Queremos assinalar ainda a importância, no trabalho de musicoterapia, da canção (música articulada com letra) em Musicoterapia. Sobre isso Millecco, Brandão e Millecco (2001, p.) afirmam:

“Acreditamos que a principal função da música esteja relacionada com a necessidade humana de expressar seu mundo interno, subjetivo, onde as emoções têm nuances, movimentos que estão à margem de uma descrição discursiva (...) atualmente, as canções populares, quando ganham a rua, difundidas pela mídia, passam a ter vida própria, ou seja, passam a fazer parte do repertório cultural dos povos.

Interessante aspecto da arte musical (e o som, matéria-prima da musicoterapia) é apresentado por Celia (1996), que percebe na música uma similaridade com o objeto transicional winnicottiano, colocando-a como um dispositivo do desenvolvimento pessoal, que parte da construção do vínculo mãe-bebê, através das vozes percebidas e distinguidas pelo feto, passando pelos acalantos e canções de roda recheados de vivências de perdas e frustrações, de percepção do outro, de prazer, de vida, de morte. E dessas perdas também falam adolescentes, adultos e idosos. Essa busca pelo que se perdeu se tornaria um exercício de rever o passado, aprimorando-o, dando-lhe melhores aspectos. O resgate, a elaboração, e o encontro desse material na música ou na canção (música com letra), o contato com um mundo introspectivo, propiciando a construção de símbolos internos, frutos do luto vivido, num processo de identificação fundamental para o encontro com o Outro, com o perceber uma outra identidade, que não a sua, e, com efeito, perceber a sua.

A seguir, faremos uma introdução de alguns pressupostos teóricos pertinentes para se compreender a Musicoterapia enquanto processo de tratamento e a sua emergência no cenário da Saúde contemporânea.

5.2 FUNDAMENTOS DE MUSICOTERAPIA

“Escolhem com carinho a hora de seu precioso trabalho
São pacientes e perseverantes
Executam segundo as regras herméticas
Desde a trituração, a fixação, a destilação e a coagulação...”
 (“*Os Alquimistas Estão Chegando*” – Jorge Benjor)

A história dos princípios que norteiam a Musicoterapia remonta às primeiras explorações do homem em seus potenciais sonoros e com o poder curativo dos mesmos. Os conceitos de *saúde* e de *doença* são também o fio condutor da valorização ou não da música nas práticas curativas. A chamada pré-história é povoada de descrições de rituais de xamanismo; as canções dos aedos e os cânticos guerreiros tiveram comprovada ação terapêutica (no segundo caso, criando uma poderosa auto-estima). Filósofos, matemáticos e ocultistas utilizaram essa linguagem para explicar o mundo, para fundamentar seu modo de ver a realidade. Através dela, perpetuaram-se tradições orais desses povos e as próprias religiões.

O modelo inicial com o qual introduziremos a idéia de música curativa é “pré-científico” (RUUD, 1990, p.) e vem da Grécia Antiga, do Centro Médico de

Epidauros. A doença seria causada por um verme (quimera). A cura dar-se-ia pelo uso da música como reforçadora da mente, impedindo que o animal fantástico pudesse penetrá-la e apossar-se dela.

Outra forma de se pensar a mesma questão também tinha origem na Grécia: a doença como desarmonia. A função da Música das Esferas (assim chamada pelo matemático grego Pitágoras), teria a função rearmonizadora, a partir dos números do macrocosmo, sobrepondo um efeito alopático, em cujo princípio está se combatendo a doença através de meios contrários a ela. Aristóteles, em contrapartida, entendia a purificação do corpo através da atividade catártica, de efeito isopático, ou seja: o uso de produtos de uma doença ou do órgão afetado na cura dessa mesma doença e desse órgão afetado.

O projeto moderno a banuiu de sua incursão na Saúde e a exilou no mundo da natureza, das Artes, da subjetividade. A presença da música na Saúde só volta a ser cogitada por volta da Segunda Guerra. Muitas foram as vezes em que *bigbands* e artistas de Hollywood animavam platéias de soldados no intuito de elevar o moral da tropa. O mesmo acontecia nos hospitais militares. Com a rotina, observou-se que os feridos submetidos à música se recuperavam mais rapidamente. Ao final do conflito mundial, os norte-americanos desenvolveram estudos nesse campo, designado *Music Therapy*. Afinal, sendo um tempo de grande força do Behaviorismo Radical de Skinner e congêneres, o contexto para o desenvolvimento de uma poderosa ferramenta de otimização, a música.

No Brasil, o primeiro curso, em nível de pós-graduação, é fundado em 1968 no Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, o IPUB da atual Universidade Federal da UFRJ e a primeira faculdade data de 1972 no Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro.

Com a mudança das definições de Saúde, campos como o da Musicoterapia, de caráter mais introspectivo e leve, passam a dispor de instrumentos mais adequados às novas formas de enfoque do atendimento.

É no contexto contemporâneo de humanização do atendimento e desterritorialização das rotinas médicas e seus conceitos, que essa prática vai encontrar campo fértil. O que pretendemos com esse subcapítulo não é falar do corpo teórico desse campo emergente, mas indicar aqui seu investimento na subjetividade. Por isso, buscamos fundamentar nossa crença na Musicoterapia como adequada às tendências atuais do atendimento na Saúde, menos vinculadas a objetividades:

“Sabemos que o objeto da relação ou o objeto intermediário musicoterapeuta-paciente é a música e/ou seus elementos constitutivos. Temos conhecimento do que a música significa na evolução cultural do homem e da sua importância na sua vida biológica; das reações que ela pode provocar: de seu papel de elemento facilitador de uma comunicação por ser uma linguagem pré-verbal; do seu caráter não persecutório por ser uma arte temporal (que acontece no tempo); e, da sua importância no nosso cotidiano. Por isto acreditamos na música como elemento capaz de mobilizar” (BARCELLOS, 1980).

A primeira idéia que precisamos incorporar é a de um contexto sonoro-musical do indivíduo. A dinâmica musicoterápica parte da história musical de seu paciente. Retomando a idéia dos três níveis em que se dá a experiência musical, citada anteriormente, podemos entender que o som, em forma sonora ou vibratória, está intrinsecamente ligado à experiência de existir. O musicoterapeuta norueguês Even Ruud, um estudioso da relação entre música e identidade, descreve em seu livro “Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture” (1998) que os primeiros passos da criança longe de sua família e seus valores comunitários emergem geralmente através do gosto musical. Seus laços familiares podem permanecer intactos, mas a música entra como indicador da separação emocional

dos seus pais – oposição, rebelião, protesto e assim por diante – através da música que eles escolhem.

Sob essa perspectiva, vamos encontrar uma verdadeira história pessoal, ou um tecido de, como chama Ruud, memória musical. De acordo com Keneth Bruscia (1995): “Como terapeutas, nós devemos reconhecer a necessidade de compreender um cliente dentro do contexto de sua história pessoal, e, como musicoterapeutas, estamos conscientes do quanto é importante conhecer as experiências musicais do cliente”.

A função do musicoterapeuta é a de um facilitador nesse processo de crescimento, muitas vezes remediando incapacidades específicas do desenvolvimento, no trabalho com deficientes, por exemplo, ou mesmo ajudando um adulto no resgate do prazer, através do lúdico que a música proporciona.

Em Musicoterapia temos o apoio de teorias da Medicina, da Psicologia, da Fisiologia, da Música, da Sociologia, da Antropologia e de outros campos. Essas contribuições tornam a Musicoterapia alvo de polêmica, já que a olhos leigos, possa parecer uma ‘psicoterapia musical”, pois não rejeita interfaces com a Psicologia da Música, uma vez que acreditamos que alguns fenômenos psicológicos não pertençam exclusivamente à Psicologia ou à Psicanálise, mas sim a campos que possuíssem um ingrediente relacional. Sendo assim, também não conceituamos a música como algo exclusivo do musicoterapeuta. Nem dos músicos.

Uma teoria que fundamenta alguns musicoterapeutas e está diretamente ligada à subjetividade, é o princípio da Identidade Sonora (ISO) de Rolando Benenzon. Esse princípio vai determinar aspectos extremamente subjetivos na relação com a música e os fenômenos sonoros. Ele exemplifica que, para entrar em comunicação com um bebê ou um autista, nada melhor do que imitá-los, o que

vai acarretar em que eles imitem de volta. Altshuler (apud BENENZON, 1988, p.33), em suas observações clínicas da aplicação da Musicoterapia constatou que “pacientes deprimidos podem ser mais bem estimulados se colocados em contato com a música triste, do que com música alegre ou viva”.

“ISO quer dizer igual, e resume a noção da existência de um som, ou um conjunto de sons, ou fenômenos sonoros internos que nos caracteriza. É um fenômeno de som e movimento interno que resume nossos arquétipos sonoros, nossas vivências sonoras gestacionais intra-uterinas e nossas vivências sonoras de nascimento e infantis até nossos dias” (BENZON *apud* VON BARANOW, 1989 p. 26).

O ISO está em constante movimento e é distinguido da seguinte forma:

a) ISO Universal – Caracteriza a espécie humana. É transcultural. São os sons corporais, o ritmo cardíaco, os sons da natureza.

b)ISO Gestáltico – A totalidade sonora que o indivíduo percebe. É estritamente subjetivo.

c)ISO Complementário – Este se altera pelas experiências do dia-a-dia.

d)ISO Cultural – Está ligado à cultura do indivíduo. É um dado importante em termos de musicoterapia.

e)ISO Grupal – Tem conotação social; é a identidade sonora de um grupo. Depende de etnia, religião, faixa etária, etc.

A Musicoterapia tem encontrado local de atuação em diversas áreas: deficiência mental, deficiência sensorial (deficientes visuais e deficientes auditivos), deficiência física (paralisados cerebrais, portadores de AVC com comprometimento da fala, com problema raquimedular), na área de psiquiatria (adultos e crianças), em gerontologia e geriatria, na área social (meninos de rua, menores infratores,

dependentes químicos), portadores de câncer e de AIDS, gestantes e estimulação essencial.

O musicoterapeuta articula duas áreas: a cultura e a saúde. O modelo de sua práxis é o biomédico, comum a todas as áreas terapêuticas. Seu trabalho é essencialmente possibilitar ao cliente experiências musicais que viabilizem o processo terapêutico. Não é um músico que mitiga dores, nem tampouco um psicólogo que usa música. Sendo assim, entende-se que a Musicoterapia, tal qual ela é, só existe com a participação de um terapeuta habilitado em sua formação, nas várias disciplinas relativas à Psicologia, a Música e a Medicina. Sabemos dos efeitos terapêuticos da música, mas por si só, não consiste em terapia, pois “qualquer utilização da música que não envolva um musicoterapeuta, não é considerada musicoterapia, e qualquer método que não envolva música na avaliação diagnóstica, no tratamento ou na avaliação também, não é considerado musicoterapia” (Bruscia, 2000:44).

Outro agente da Musicoterapia que precisa ser discriminado é o cliente da Musicoterapia, cuja denominação pode ser “paciente” ou “residente” também. Ele é alvo de cuidados do terapeuta, que estará baseado em alguma teoria da personalidade para definir sua abordagem. O cliente não precisa de um conhecimento musical prévio. Retomando a idéia dos três níveis em que se dá a experiência musical, citada anteriormente, podemos entender que o som, em forma sonora ou vibratória, está intrinsecamente ligado à experiência de existir.

Descreveremos então a rotina do modelo clássico de atendimento musicoterápico. O espaço do consultório é marcado por uma sala (preferencialmente com bom isolamento acústico) com instrumentos dos mais variados tipos, gravador e

CDs, almofadas, material de desenho, pintura, argila. Os objetivos do terapeuta determinarão o tipo de material que será disponibilizado.

As etapas iniciais do processo musicoterápico são marcadas pelo diagnóstico (composto de testes e entrevistas), para se detectar a história sonora do indivíduo (ISO). Assim sendo, são feitos os seguintes procedimentos: a Entrevista Inicial, a Ficha Musicoterapêutica, a Testificação Musical e o Teste Projetivo Sonoro-Musical.

A Entrevista é o momento de se ouvir a reclamação e também momento do contrato terapêutico.

O procedimento seguinte, a Ficha Musicoterápica, funciona como uma espécie de anamnese musical, onde são colhidos dados sobre a história sonora do indivíduo.

A Testificação Musical vem como passo posterior. Testificação Musical é o momento em que é colocada uma série de instrumentos musicais à disposição do cliente, que explora da maneira que melhor lhe convier. Nessa etapa perceberemos sua relação com os instrumentos, as inibições, bloqueios, impulsos, desejos.

Finalizando essa primeira etapa, fazemos os testes projetivos sonoro-musicais, “onde são verificados as reações dos pacientes frente a sons e/ou músicas pré-gravados, com significados simbólicos preestabelecidos” (op.cit, p.36).

Esse momento inicial contextualiza nosso cliente ou grupo, além de dar sentido aos fenômenos do *setting* musicoterápico: “O objetivo desse diagnóstico não é “rotular” ou nomear um suposto problema do paciente, mas observar como a queixa trazida se manifesta sonoramente, conhecer seu mundo sonoro-musical,

obter subsídios e traçar objetivos para conduzir o tratamento musicoterápico”(VON BARANOW, 1999, p.37).

Há quatro técnicas principais na intervenção musicoterápica:

a) Improvisação Musical Livre ou Orientada

Trata-se de uma execução musical (tocando, cantando, criando ritmos ou melodia) espontânea. Objetiva o desenvolvimento da espontaneidade, criatividade, autopercepção, liberdade de expressão e relações interpessoais.

b) Re-criação Musical

Consiste em cantar ou tocar músicas já existentes. Através desta técnica, emoções poderão emergir inconscientemente e serão expostas através dos diferentes elementos da linguagem musical (intensidade, altura, entonação, etc...) e da letra nas músicas.

c) Composição

Apesar de não ser objetivo o estudo formal da Música, a “composição” aqui se refere à construção, a partir do paciente e de suas capacidades, de canções que trarão um conteúdo emergente.

d) Audição Musical

Normalmente está associada ao canto, ao toque de instrumentos e à expressão corporal.

Há uma série de recursos para se trabalhar com o fenômeno sonoro num *setting*: o tocar, o cantar, a exploração dos sons corporais e suas vibrações, a exploração dos instrumentos (execução de Música, audição, brincadeiras), expressão corporal, relaxamento, dança, jogos dramáticos, trabalhos de respiração, psicomotricidade, para se citar alguns. Pode se conjugar outras formas de expressão, como o desenho, a pintura ou trabalhos com argila.

Estamos falando de uma prática que vai além desse modelo. Fazemos música embaixo de árvores, no pátio de instituições, em salas abandonadas, depósitos, salas de estar de clínicas. Criamos instrumentos e propostas musicais com quem trabalhamos, lidamos com as dificuldades e intempéries da falta de recursos, da indisponibilidade institucional. A clínica em nosso trabalho acontece na relação com o grupo ou indivíduo atendido através da música.

Essa breve introdução aos princípios da Musicoterapia teve como escopo mostrar a complexidade de suas ferramentas, de sua epistemologia e a sua intrínseca preocupação com a subjetividade (auto-estima, expressão, comunicação, descontração, acolhimento, suporte emocional). Terminamos esse capítulo com uma sensação de que ele foi escrito para que a academia compreendesse seu aspecto disciplinar. E é sob esse raciocínio que buscamos saber como ela emerge, em que condições? Quais são seus desafios?

6 MUSICOTERAPIA: EMERGÊNCIA NA SAÚDE E NA CULTURA

“A novidade veio dar à praia na qualidade rara de sereia
Metade o busto de uma deusa maia, metade um grande rabo de baleia
A novidade era o máximo do paradoxo estendido na areia
Alguns a desejar seus beijos de deusa, outros a desejar seu rabo pra ceia...”
(“*A Novidade*” - Herbert Vianna / Bi Ribeiro / João Barone / Gilberto Gil)

Ao contextualizarmos o campo onde a Musicoterapia emerge, além de delinear alguns preceitos musicoterápicos ligados à subjetividade, chegamos ao cerne de nossa dissertação.

A Musicoterapia floresceu no Pós-Guerra, justamente quando a Saúde elaborava o princípio de sua dimensão ecológica. A definição da Organização Mundial de Saúde fundada na condição de um bem-estar físico, mental e material contemporânea dos primeiros estudos em Musicoterapia.

Levantamos a hipótese desse campo pensado, constituído modernamente, como uma Medicina acrescida de elementos de lazer, religiosidade e outros aspectos subjetivos, visando atender aos novos âmbitos propostos para

além do orgânico. Sua constituição teórica é fruto da inter-relação de elementos terapêuticos e artísticos que, na prática, irão produzir no cliente um deslocamento de percepção acerca do *setting*. Costuma haver uma certa desconfiança, surpresa e até mesmo alívio por parte do cliente/usuário/grupo com a associação dinâmica de lazer, acolhimento, empatia, arte e ludicidade que é oferecida em Musicoterapia, que não perde seu sentido de terapia, de processo auto-expressivo. A faceta dialógica musicoterápica a torna pertinente na mediação entre tecnologia leve e a sociedade.

Outro ponto que gostaríamos de salientar diz respeito à sua complexidade epistemológica. É uma prática que parte da subjetividade e investe na subjetividade, envolvendo questões que passam pelo eu, o outro, a auto-estima, a construção de projetos de vida individuais ou grupais.

A interdisciplinaridade tem sido porta de entrada da Musicoterapia em instituições. Normalmente, o musicoterapeuta vai trabalhar com o ininteligível (Chagas, 2001) e com as discontinuidades – os ruídos: o usuário que não verbaliza, o que é mais agressivo, o que ao quer estabelecer contato, o “indagnosticável”, os funcionários de uma instituição em crise.

Chegamos nesse ponto de nosso trabalho emitindo um sonoro acorde de sétima menor a respeito da emergência da Musicoterapia na Saúde contemporânea: emergindo, o que fazer? Para quem não conhece harmonia, é um acorde que sugere uma situação de suspense, que nos faz angustiar por uma resolução¹¹, o repouso, o conforto, uma resposta final. Isso se deve à nossa constituição moderna, indutivo-dedutiva. É um acorde normalmente situado na posição de “acorde de preparação”, como antigos seresteiros designam. E é interessante como esse tipo de acorde constitui uma espécie de transgressão

¹¹ Resolução - Movimento melódico de uma dissonância para uma consonância.

embutida em algo chamado de “harmonia musical”: está presente no *blues* e em seu filho mais famoso, o *rock’n’roll*, *aquele* rock anterior aos Beatles, mais marginal. Gostaríamos também de lembrar que esse grau de tensão na escala (a sétima), assim como a quinta, foi banido da música que se fazia num mundo regido pelo paradigma religioso católico. Ironicamente, a Ciência também esteve banida pelo mesmo paradigma. Então, qual a resolução? A metáfora que usamos é para nos referimos à Complexidade, um método que “prepara” (articula), problematiza, mas não resolve. Chagas (2001, p. 75) ilustra bem a tensão de nossa questão: “Atualmente, a Musicoterapia está sob um impasse: tornar-se definitivamente moderna, disciplinarizar-se, purificar-se ou suportar a possibilidade da simultaneidade não moderna, da complexidade e da interdisciplinaridade que a um só tempo dobra e desdobra o conhecimento”.

Não foi por casualidade que uma série de emergências atravessou nossa dissertação, reforçando nossa argumentação no sentido de ver esse fenômeno processual como fator decisivo em nossa permanência na Terra, apesar de nossas fragilidades biológicas. Aliás, essas fragilidades não nos constituem seres humanos e sim nossa racionalidade em prol de um comportamento adaptativo. Evitando o fácil e improvável caminho do determinismo social, notamos que as produções humanas são fruto de uma demanda que desencadeará um processo emergente.

O ambiente propício onde a Musicoterapia está emergindo não tem a superfície lisa, possui asperezas e resistências em seu percurso. Na Saúde, vai sofrer o estranhamento do saber-poder medicalista e homogeneizador, completamente legitimado e hegemônico.

A intrínseca ligação da Musicoterapia com a subjetividade, em contraposição à objetividade, irá colocá-la ainda muitas vezes no status de campo não-científico, destituído de uma seriedade e útil como “distração” para usuários.

Por outro lado, no campo de pesquisas, por exemplo, a Musicoterapia avança. Por ocasião do V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, realizado de 30 de novembro a 02 de dezembro de 2004 no Rio de Janeiro, foram apresentados mais de 25 trabalhos de todo o Brasil, quase todos ligados a universidades, instituições de reabilitação social e ligadas à Saúde¹².

Enquanto a Musicoterapia percorre essa superfície de atritos, outras inquietações também emergem: Qual seria a intenção da tecnologia leve e seu papel no novo cenário em construção? Capturar o trabalho vivo e domesticá-lo? A Música abafaria os ruídos? Qual seria o “recorte interessado” a partir das novas emergências em Saúde?

Usamos a idéia de ruído como um fenômeno sonoro desorganizador de um som, uma desordenação interferente, um sinal que bloqueia a mensagem sonora, mas é também elemento da criatividade, “desorganizador de mensagens / códigos cristalizados e provocador de novas linguagens” (Wisnik, 1989). A música é o som organizado. É nessa tensão que queremos investir como metáfora, pois o musicoterapeuta poderá funcionar como alguém que “organiza”, que domestica o ruído, seguindo o antigo projeto das práticas profissionais, do registro sonoro de tudo que se passa como estratégia de controle. Como a sétima menor, o ruído produz também outra espécie de dissonância, mas não é considerado da ordem da música. Aliás, novas tendências musicais contemporâneas e a própria informação sonora urbana atual incluem o ruído. A sétima menor se articula com o som

¹² Uso essa designação Instituição ligada à Saúde apenas para distinção – acredito que a Saúde esteja presente em todas as instâncias.

organizado, mesmo em forma de tensão. O ruído não se enquadra, é a imprevisibilidade em sua expressão sonora. É possibilidade da mudança.

Quanto à Complexidade, pudemos perceber na emergência, um de seus princípios, onde cada parte possui o todo dentro de si. Articulamos isso com a idéia de campos complexos trabalhando com fenômenos complexos. Profissionais utilizando-a para perceber a inter-relação entre os eventos, suas dinâmicas, a incerteza e a imprevisibilidade.

Chegando à emergência da Musicoterapia, pudemos concluir que um sistema emergente normalmente gera novas emergências com focos mais específicos, como numa espiral ascendente. Um contexto contemporâneo gera novas instituições e tecnologias que geram novos campos de saber que geram novas emergências. Assim, traçamos um quadro para entender a experiência da Musicoterapia:

Princípios da emergência	Interação entre Vizinhos	Reconhecimento dos Padrões	Feedback (Auto-regulação)	Controle Indireto
EMERGÊNCIA DA MUSICOTERAPIA	Profissionais de Saúde, de Educação Musical seus saberes e tecnologias A sociedade e seus saberes As instituições e suas demandas As instâncias oficiais e suas definições de Saúde.	As novas demandas contemporâneas relativas à Saúde Reintegração da subjetividade e da Arte à Saúde Reconhecimento das propriedades terapêuticas da Música Ineficácia da especialização e a conseqüente fragmentação do saber Busca por novas tecnologias que	A construção de um corpo teórico musicoterápico baseado nas relações "inter" A criação de faculdades (cursos de graduação e de pós-graduação divulgação e popularização através de publicações e pesquisas A participação em equipes nas instituições Concursos	Descentralização dos Sistemas de Saúde – ações locais gerando um macrocomportamento Atuação em Rede

		Contemplem as novas demandas Em Saúde	públicos.	
--	--	---------------------------------------	-----------	--

Teçamos então alguns comentários sobre esse quadro. Começemos pelo Princípio de Interação entre os Vizinhos. Cada agente do sistema percebe o comportamento adaptativo do outro e o copia no sentido da construção de um macrocomportamento.

Os “vizinhos” não só percebem e copiam as informações, selecionam o que será copiado, de acordo com a finalidade global da qual não têm consciência, mas pela qual realizam sua tarefa.

Lembremos agora que cada componente da Saúde complexa carrega em si propriedades do todo, cada um age com sua própria informação recebida de outros componentes, não precisando de um poder central fornecedor de informações. Quais seriam esses agentes envolvidos na Emergência da Musicoterapia na Saúde? Enumeraremos alguns que se inter-relacionam:

a) Profissionais da Saúde, da Educação Musical e da Música, suas práticas, seus saberes e suas tecnologias – A interação embrionária do campo

teórico musicoterápico, a inter-relação entre esses elementos se deu no sentido de produzir um novo campo adaptado às novas demandas em saúde;

b) A sociedade e seus saberes - Outro elemento importante – sem a participação e contribuição do usuário, suas demandas e seus saberes, não teríamos o movimento “bottom-up”;

c) As instituições – Através delas e da sociedade as demandas emergem e seu diálogo com a sociedade pode ser mediado por novas tecnologias mais sintonizadas com a demanda atual;

d) A definição contemporânea de Saúde – Sugere posturas como a integralidade de ações e a humanização do atendimento a partir da percepção das discontinuidades – desfazem a centralização do poder em prol de uma ação local mais eficaz;

Como então reconhecem seus padrões? As novas demandas contemporâneas relativas à saúde, a reintegração da subjetividade e da Arte à Saúde, o reconhecimento das propriedades terapêuticas da Música e a ineficácia da especialização e a conseqüente fragmentação do saber seriam por nós entendidos como fatores que alterariam o comportamento do sistema (Saúde) de modo a torná-lo mais capaz de atingir o objetivo ao qual se propõem. Há mais do que conexão no que acontece aqui. Quanto mais complexos os sistemas se tornam, mais geram novas estruturas (novos eixos cognitivos, novos campos de saber, novas práticas e tecnologias).

O feedback como “modo indireto de empurrar um sistema fluido e mutável em direção a um objetivo” (Johnson, 2003, p. 103) ou um “modo de transformar um sistema complexo em um sistema complexo adaptável” (idem), vai aparecer como mediações: a construção de um corpo teórico musicoterápico

baseado nas relações “inter” construtoras do campo, a criação de faculdades (cursos de graduação e de pós-graduação), sua divulgação e popularização através de publicações e pesquisas, a participação em equipes nas instituições, em concursos públicos. A questão do controle indireto se dá através de ações locais produzindo uma ação global em forma de rede.

Nosso quadro também suscitou outra interrogação: Seria na Saúde ou na Cultura onde ela estaria emergindo? Imaginamos uma emergência simultânea. A concepção ecológica de Saúde tem sugerido que, em todas as instâncias a Saúde estaria presente. A profilaxia, por exemplo, não é mais uma prática exclusivamente médica, é parte da Educação também. É traço de nossa cultura contemporânea. A doença pode advir de um conflito biológico-psicológico entre o paciente e seu meio econômico ou material onde vive, “por uma ausência de possibilidades de crescimento e auto-realização devido a recursos materiais insuficientes” (Ruud, 1990, p.15). O que propomos aqui é que as fronteiras estejam flexíveis, sem a determinação de propriedades, a Arte “invadindo” a Saúde, mas também a Saúde “invadindo” a Arte, através de atividades terapêuticas que não envolveriam necessariamente um processo de terapia.

7 CONCLUSÃO: PRA ONDE ESSA ONDA VAI?

“Será só imaginação?
Será que nada vai acontecer?
Será que é tudo isso em vão?
Será que vamos conseguir vencer?”
(“Será” – Renato Russo)

Um olhar crítico precisa se voltar para questões importantes em relação à nossa reflexão sobre a emergência da Musicoterapia na Saúde contemporânea.

Começamos pela tendência a um certo maniqueísmo quando tratamos das produções modernas, atribuindo a nós mesmos, seres da transição constituídos de um pensamento moderno, como porta-vozes de um novo mundo passado a limpo. É a cilada da cegueira da razão (Morin, 2001), provocada pelo frescor do novo paradigma que emerge.

A Modernidade não deve ser tratada como uma etapa vencida. Vivemos “a dor e a delícia”¹³ da crise produtora da emergência. Ser musicoterapeuta não significa estar mais preparado ou capacitado para o paradigma que emerge. A Musicoterapia é um campo em emergência. Se vivemos essa passagem, experimentamos ainda a única forma de emergir como campo: buscando ser e fazer ciência, buscando a disciplinarização, buscando a aceitação de outros campos hegemônicos reproduzindo inclusive seu discurso, lutando por uma regulamentação oficial, do Estado e da sociedade.

Pudemos mostrar mudanças de paradigma como processos de emergência. A Ciência avança a partir das rupturas de um paradigma e da emergência de outro (Kuhn apud Vasconcelos, 2002). Seus princípios indicam isso, essas transformações vão requerer interações entre os vizinhos com circulação de informação e reconhecimento de padrões para o estabelecimento de comunicação, além de um feedback regulador da homeostase do meio e o controle indireto apontando para um poder descentralizado e exercido pelos agentes envolvidos. A partir daí, temos um movimento “bottom-up” gerador de uma nova expressão da racionalidade.

As genealogias de Foucault nos foram úteis para percebermos os padrões das emergências que constituíram o hospital e a Saúde como a vemos hoje.

¹³ Trecho de música de Caetano Veloso – “Dom de Iludir”

A crise desse projeto culmina com o retorno de “ruídos” para a ordem do dia: subjetividade, arte, espiritualidade, saberes populares nos recolocam aparentemente num caminho de escuta, de solidariedade, de equidade nas relações.

Algumas perspectivas também emergem: A possibilidade de pesquisas teóricas relacionadas à emergência, à produção de subjetividades e tecnologias leves, por exemplo, servindo de fundamentação para a Musicoterapia.

O livro “Emergência - A Dinâmica de Rede em Formigas, Cérebros, Cidades e Softwares” de Johnson (2003) trata de uma nova etapa atingida pela pesquisa de emergências, no sentido da criação de novos sistemas emergentes em laboratório. É claro que isso se refere a softwares e inteligência artificial. Já vimos que sistemas complexos têm padrões recorrentes. Isso nos abre uma polêmica perspectiva: seria possível induzirmos um processo de emergência de um campo de saber complexo, como a Musicoterapia? Seria um delírio criacionista? O que fazer então com as incertezas e o indeterminismo. O que sugerimos aqui não é o controle das variáveis, mas imaginamos que estratégias possam ser traçadas em torno dos “feedbacks”, como os descritos no quadro do capítulo anterior. Gordon (2002) acha que a chave está na compreensão de como os padrões são reconhecidos.

Estamos com isso provocando o leitor com mais um acorde de sétima menor, problematizando as conseqüências de um pensamento complexo acerca da emergência. Sabemos que o reducionismo ao qual possamos ter recorrido nessa dissertação se trata de uma marca de nascença de quem é constituído modernamente. Quem já se arriscou na arte culinária sabe que apenas juntar os ingredientes de uma receita de bolo e aplicá-los nas medidas recomendadas não significa que este terá o mesmo sabor que o feito por nossa avó. Há algo além da medida e da receita.

Ao mesmo tempo, a emergência de comportamentos adaptativos nos faz pensar nas possibilidades de pesquisas da emergência em favor de outros campos como a prevenção em Saúde (com gestantes, por exemplo), em relação à emergência de processos de subjetivação e a questões relativas a possíveis diálogos da Psicossociologia com a Musicoterapia. Ficam aqui vários caminhos em aberto para artigos, debates, mesas redondas em torno do assunto. Acreditamos que essa grande prática “inter” possa oferecer a possibilidade de um outro campo emergente, a Psicossociologia da Musicoterapia.

Alcançamos essa fundamentação para a Musicoterapia como subsídio no grande debate, também contemporâneo, sobre a sua pertinência. Isso nos tranqüiliza por ora, pois voltamos a pensar nesse tipo de produção escrita como uma forma de “feedback” para a emergência desse campo. Talvez sua popularização seja o parâmetro. Por enquanto, ela nos parece visível apenas parcialmente. Precisamos sempre nos lembrar de sua juventude, de sua recente entrada num território onde alguns saberes constituídos datam de séculos. Trata-se de um processo. Fechamos com as palavras de D’Ávila (apud Chagas, 2001): “uma ciência só é legitimada a partir do momento em que tem um grande alcance social”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, L.R.M. e SANTOS, M. A. C. A Natureza Polissêmica da Música in: **Revista Brasileira de Musicoterapia** ano I , n.º 1, 1996 .

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **Teorias e Técnicas Musicoterápicas**. Apostila. Rio, Fevereiro/1980.

_____. **Atividades Realizadas em Musicoterapia**. Apostila. Rio, Agosto/1980.

BEN, Jorge. Os Alquimistas Estão Chegando. Intérprete: Jorge Ben. In **Série Millenium – Jorge Ben**: Rio de Janeiro, Polygram, 1998. 1 CD (3min14s)

BENENZON, Rolando. **Teoria da Musicoterapia**. São Paulo: Summus Editorial, 1988.

BLACKING, John. In Wilson, Frank & Roerman, Franz L. **Music and Child Development**. St Louis, MO: MMB Music Inc., 1997.b

BAETA, Lourenço; CACASO. Feito Mistério. Intérpretes: Boca Livre e Chico Buarque. In: **Song Boca**. Rio de Janeiro: Sony Music Entertainment do Brasil, 1994. 1 CD, faixa 2 (4min 8s)

BORGES, Lô, BORGES, Márcio. Clube da Esquina Nº 2. Intérpretes: Lô Borges e Solange Borges. In: **A Via Láctea**. Guarulhos, EMI Music Brasil, 1979. 1 CD, faixa 4 (4min.)

BRANT, Fernando ; NASCIMENTO, Milton. Saídas e Bandeiras Nº 1. Intérpretes: Milton Nascimento e Lô Borges. In: **Clube da Esquina**. Guarulhos, EMI Music Brasil, 1972.

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

_____. **O Desenvolvimento Musical Como Fundamentação para a Terapia**, 1999.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo, SP: Cultrix. (1983)

CELIA, R. In PELLANDA, N. M. C.; PELLANDA, L. E. C., organizadores. Vivências Musicais: Conhecimento, Comunicação, Criatividade In **Psicanálise Hoje: Uma evolução do Olhar**. Petrópolis: Vozes, 1996.

CHAGAS, Marly. **Uma Aplicação das Idéias de Bordieu na Análise do panorama Contemporâneo** in: Revista Brasileira de Musicoterapia ano IV, n. ° 5 2001.

_____. Musicoterapia: **Desafios da Interdisciplinaridade entre a Modernidade e a Contemporaneidade**". 2001. 84 f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia e Ecologia Social) – Programa de Estudos Interdisciplinares em Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CHEDIAK, Almir. **Dicionário de Acordes Cifrados: Harmonia Aplicada á Música Popular. São Paulo** – Rio de Janeiro: Irmãos Vitale, 1984.

CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, **Agenda 21** Rio de Janeiro, 1992. Disponível em <<http://www.mma.gov.br>> Acesso em 15 abr 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11. **Carta da XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2000. Disponível em <<http://www.saude.gov.br.htm>>. Acesso em: 3 abr 2005.

COSTA, C. M. **O Despertar Para o Outro - Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1989.

_____ e VIANNA, Martha Negreiros de Sampaio. Musicoterapia – Música e Linguagem nas Esquizofrenias. In **Revista do Corpo e da Linguagem**. Rio de Janeiro, 1983.

DREXLER, Jorge. **Guitarra y Vos**. . Disponível em: <http://www.Kazaalite.com> >. Acesso em 20 abr. 2003.

_____. **Polvo de Estrellas**. Disponível em <http://www.Kazaalite.com> >. Acesso em 21 abr. 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

GIL, Gilberto; VIANNA, Herbert; RIBEIRO, BARONE, João. A Novidade. Intérprete: Gilberto Gil In **Gilberto Gil Unplugged**.

GORDON, Deborah. **Formigas em Ação – Como se Organiza Uma Sociedade de Insetos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.

GUEDES, Beto. A Página do Relâmpago Elétrico. Intérprete: Beto Guedes. In: **A Página do Relâmpago Elétrico**: Guarulhos, SP, 1977. 1 CD faixa 1 (5min18s)
JAPIASSU, H. – **Interdisciplinaridade e Patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JOHNSON, Steve . Emergência - **A Dinâmica de Rede em Formigas, Cérebros, Cidades e Softwares**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003.

LATOURE, Bruno. **Jamais Fomos Modernos**. Rio de Janeiro: 34 1994.

LENNON, John, McCARTNEY, Paul. With a Little Help From My Friends. Intérprete: The Beatles In **Sergeant Pepper's Lonely Hearts Club Band**. Guarulhos, SP, 1994. 1 CD faixa 2 (2min42s)

MC LEOD et alli. Ciência Nova in **Folha de São Paulo**. São Paulo, 24 de novembro de 2002. Disponível em http://www.cfh.ufscbr/~dich/ciencia_nova.pdf Acesso em: 10 out. 2003.

MERHY, E.E. ONOCKO, R. **Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde** in Agir em saúde: Um Desafio Para o Público. São Paulo, Hucitec, 2002.

MILLECCO, L.A., Brandão, M.R.E. e Millecco, R. P. **É Preciso Cantar – Musiocoterapia, Cantos e Canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

MORIN, Edgar. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro – 5ª Edição** – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2002.

_____ **Ciência com Consciência**. Rio de Janeiro, RJ. Bertrand Brasil, 5ª edição, 2001.

_____ A Noção de Sujeito, por Edgar Morin in **Novos Paradigmas em Cultura e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MOSKA, Paulinho. Onde Anda a Onda? Intérprete: Paulinho Moska. In: **Móvil**: EMI Music Brasil Guarulhos, SP, 2002. 1 CD faixa 2 (3min 47s)

NASCIMENTO, Milton. De Magia, De Dança e Pés. Intérprete: Milton Nascimento. In **Caçador de Mim**: Guarulhos, SP, EMI Music Brasil ,1981. 1 CD faixa 3 (3 min 41s)

VIANNA, Herbert. Dos Restos. Intérpretes: Paralamas do Sucesso. In **Big Bang**: Guarulhos, SP,EMI Music Brasil, 1989. 1CD faixa 2 (3 min 4s)

PETRAGLIA, Izabel Cristina (1995). Edgar Morin. **A Educação e a Complexidade do Ser e do Saber**. Petrópolis, RJ: Vozes.

RENATO, Zé; FILHO, Juca; CHAVES, Xico; NUCCI, Cláudio. Quem Tem a Viola. Intérprete: Boca Livre In **Boca Livre Convida**: São Paulo, SP, 1997. 1CD Faixa 3 (6min19s)

RUSSO, Renato; VILLA-LOBOS, Dado; BONFÁ, Marcelo. Será. Intérprete: Legião Urbana in **Legião Urbana**: Guarulhos, EMI Music Brasil, 1984. 1 CD Faixa 1(2min28s)

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

_____. **Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture** 1998.

SCHNITMAN, Dora F. org. **Novos Paradigmas em Cultura e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

TITÃS. **O Pulso**. Intérprete: Titãs In Titãs 84-94: Rio de Janeiro, RJ, 1994. 1CD faixa 14 (2min 43s)

TRAVERSO-YÉPEZ, M e MORAIS, N. **Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde**. //www.scielosp.org/scielo.php/Ing_en Acesso em 7 mar 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar – Epistemologia e Metodologia Operativa** – Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

_____. **O Poder que Brota da Dor e Opressão: Empowerment, sua História, Teorias e Estratégia**. São Paulo, SP: Paulus, 2003.

VON BARANOW, Ana Léa. **Musicoterapia: Uma Visão Geral**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

_____. Os Territórios Num Trabalho em Equipe com Musicoterapia in: **Revista Brasileira de Musicoterapia** ano IV, n. ° 5 2001.

VELOSO, Caetano. Gente. Intérprete: Caetano Veloso. In **Bicho**. São Paulo, SP. Polygram

VILLA-LOBOS, Dado; RUSSO Renato; BONFÁ, Marcelo. Será. Intérprete: Legião Urbana In **Legião Urbana**: Guarulhos, SP, 1995. 1 CD (2min28s)

WISNIK, José Miguel. **O Som e o Sentido** – Uma Outra História das Músicas. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2004.

APÊNDICE – A MÚSICA AJUDANDO A TECER UM PENSAMENTO

Esse trabalho possui uma trilha sonora. É atravessado por músicas que fazem parte de meu gosto musical. Traço esse pequeno texto completamente subjetivo com a intenção de mostrar como acontece na dinâmica musicoterápica quando expomos nossa subjetividade através das canções.

Comecemos pela constatação de tantas possibilidades e entendimentos ante o conhecimento e a emergência que se dá a partir da crise, a partir do desespero, do pensamento crítico, quando vemos muito mais...

“Então senti que o resumo é de cada um
Que todo rio deságua em lugar comum
Então eu monto um cavalo que me leva a Teerã
Quando desespero vejo muito mais...”

Começo esse trabalho tentando definir meu percurso até aqui, na busca de um conhecimento...

“Por que se chamava moço
Também se chamava estrada
Viagem de ventania
Nem lembra se olhou pra trás ao primeiro passo...”

Sigo pela idéia dos novos ruídos contemporâneos e as novas criaturas do cenário: os híbridos, a Arte na Saúde, as novas formas de perguntar...

“Do lixo deixado dos restos
Que o mundo não tem como esconder
Nos cantos escuros, nas fendas, dos muros
Veja se você vê, se vê
Surtem novas criaturas, novos pontos de interrogação...”

Prossigo nesse trabalho falando de uma nova concepção, o pensamento complexo, uma espécie de “insight”, um clarão que clareia o céu do meu pensamento, e nem é de manhã...

“... Abre a folha do livro”.
Que eu lhe dou para guardar
E desata o nó dos cinco sentidos
Para se soltar
Que nem o som clareia e nem é de manhã... “

Esse pensamento complexo e seu método de complexidade se tornam ferramenta para a compreensão da emergência, produto da interação de elementos locais trabalhando em função de um macrocomportamento global adaptativo...

Pra onde essa onda vai?
De onde essa onda vem?
Eu não sei o que ela me traz
Mas o meu desejo é que me leve também...”

E onde se dá essa emergência?

“... Se aprende en la escuela,
se olvida en la guerra,
un hijo te vuelve a enseñar.
Está en el espejo,
está en las trincheras, parece que nadie parece notar
Toda victoria es nada
Toda vida es sagrada
Un enjambre de moléculas
puestas de acuerdo
de forma provisional.
Un animal prodigioso
con la delirante obsesión de querer perdurar...”

Como emergiu o hospital moderno medicalizado, classificador,
controlador dos corpos? E como se manteve até agora?

“Reumatismo, raquitismo, cistite, disritmia,
Hérnia, pediculose, tétano, hipocrisia,
Brucelose, febre tifóide, arteriosclerose, miopia,
Catapora, culpa, cárie, câimbra, lepra, afasia,
O pulso ainda pulsa, o corpo ainda é pouco...”

E onde entra a racionalidade nesse fenômeno adaptativo, na Contemporaneidade, já que o hospital, instituição emblemática da Saúde, se mostra fragmentado em sua intervenção, ineficaz? A partir da crise, a racionalidade urde estratégias.

“ O que vocês diriam dessa coisa que não dá mais pé?
O que vocês fariam pra sair dessa maré?
O que era sonho virou pedra
Quem vai ser o primeiro a me responder?”

Fez-se importante ressaltar as tecnologias sempre como dispositivos dos paradigmas – sua importância se deve ao fato de, entre outras coisas, ajudar a constituir uma nova verdade paradigmática...

“... ¡que viva la ciencia, que viva la poesía!”
¡qué viva siento mi lengua cuando tu lengua está sobre la lengua mía!
El agua está en el barro, el barro en el ladrillo,
El ladrillo está en la pared y en la pared tu fotografía
Es cierto que no hay arte sin emoción,
y que no hay precisión sin artesanía
Como tampoco hay guitarras sin tecnología
Tecnología del nylon para las primas

Tecnología del metal para el clavijero ...”

Entre as novas tecnologias, a Interdisciplinaridade e as práticas “inter”... uma cooperação efetivamente solidária ou uma política de boa vizinhança ?

“What would you think if I sang out of tune,
Would you stand and walk out on me?
Lend me your ears and I'll sing you a song
And I'll try not sing out of key
I get high with a little help from my friends”

E a força do humano, não como pretensa essência, mas como poder de usuário, foco da nova forma de se ver a produção...

“Gente quer comer, gente quer ser feliz
Gente quer respirar ar pelo nariz
Não meu nego não traia essa força não
Essa força que mora em seu coração”

Precisamos falar um pouco de Musicoterapia também

“A pulsação do mundo é
O coração da gente
O coração do mundo é
A pulsação da gente
Ninguém nos pode impor, meu irmão
O que é melhor pra gente...”

E da experiência musical, subjetiva...

“Quem tem a viola pra se acompanhar
Não vive sozinho, nem pode penar
Tem som de rio numa corda de metal
Tem o mar no acorde final (...)
Faz o luar brilhar e um coração vazio voa vadio
Feito uma pipa no ar

A chegada dos musicoterapeutas em territórios que estão se reconfigurando produz estranhamento e ranços modernos...

“Escolhem com carinho a hora de seu precioso trabalho
São pacientes e perseverantes
Executam segundo as regras herméticas
Desde a trituração, a fixação, a destilação e a coagulação...”

Ela emerge híbrida e sedutora, trazendo a sensação de solução, na verdade congregando sonho e pesadelo, conquistas e desafios...

“A novidade veio dar à praia na qualidade rara de sereia
Metade o busto de uma deusa maia, metade um grande rabo de baleia
A novidade era o máximo do paradoxo estendido na areia
Alguns a desejar seus beijos de deusa, outros a desejar seu rabo pra ceia...”

Ao fim do trabalho, esperanças, perspectivas aliadas a uma visão crítica...

“Será só imaginação?
Será que nada vai acontecer?
Será que é tudo isso em vão?
Será que vamos conseguir vencer?”