

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DE COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL**

***UM ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS DA MUSICOTERAPIA EM
DIREÇÃO À PROMOÇÃO DA SAÚDE***

**Por Mariane N. Oselame
Orientadora: Dr^a Ruth Machado Barbosa
Co-Orientadora: Dr^a Marly Chagas Pinto**

**Rio de Janeiro
2013**

Um Estudo sobre as Práticas da Musicoterapia em Direção à Promoção da Saúde

Por Mariane N. Oselame

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa EICOS de Pós-Graduação em Psicossociologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia.

Orientadora: Dr^a Ruth Machado Barbosa
Co-Orientador: Dr^a Marly Chagas Pinto

Rio de Janeiro

Março/2013

O81 Oselame, Mariane N.

Um estudo sobre as práticas da musicoterapia em direção à promoção da saúde / Mariane N. Oselame. Rio de Janeiro, 2013. 105 f.

Orientadora: Ruth Machado Barbosa. Coorientadora: Marly Chagas Pinto.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - EICOS, 2013.

1. Musicoterapia. 2. Empoderamento. 3. Promoção da saúde. I. Barbosa, Ruth Machado. II. Pinto, Marly Chagas Oliveira. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 615.85154

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mariane N. Oselame

UM ESTUDO SOBRE AS PRÁTICAS DA MUSICOTERAPIA EM DIREÇÃO À PROMOÇÃO DA SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Aprovada por:

Profª Drª Ruth Machado Barbosa, [Orientador] (Doutora em Psicologia / UFRJ)

Profª Drª Marly Chagas Pinto, [Co-orientador] (Doutora em Psicossociologia EICOS / UFRJ)

Profª Drª Leila Sanches de Almeida (Doutora em Ciências Médicas / USP)

Profª Drª Rosa Maria Leite Ribeiro Pedro (Doutora em Comunicação/ UFRJ)

Prof. Dr. Pedro Paulo Gastalho de Bicalho (Doutor em Psicologia/ UFRJ)

*Ao saber pelo qual me apaixonei antes mesmo de conhecer seu potencial.
À Musicoterapia*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa Eicos por ter me apresentado um mundo surpreendente, nem sempre agradável, mas que me surpreendeu afinal:

*I'm a young soul in this very strange world/
Hoping I could learn a bit 'bout what is true and fake/
But why all this hate?/ Try to communicate finding/
Just that love is not always easy to make.
(New Soul- Yael Naim)*

À professora Ruth pela orientação e pelo processo como um todo, foi muito além da orientação:

*Ando devagar/ Porque já tive pressa/ E levo esse sorriso/ Porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte/ Mais feliz, quem sabe/ Só levo a certeza
De que muito pouco sei/, Ou nada sei
(Tocando em Frente/ Almir Sater)*

À professora Marly Chagas, por ter me orientado nesse momento e cintilado desde os primeiros anos da faculdade, tantas histórias encantadoras e emocionantes sobre a Musicoterapia. Era sempre uma contação de histórias:

*Santa Clara Clareou/ Oh! Oh!
E aqui quando chegar/ Vai clarear/
Ah! Ah! Ah!...
(Santa Clara Clareou- Jorge Ben Jor)*

Aos professores Leila e Pedro, em cada nova aula era um mundo que se abria em mim. Pela gentileza.

*Por que os ossos doem/ Enquanto a gente dorme?
Por que os dentes caem?/ Por onde os filhos saem?
Well, well, well/ Gabriel... Well, Well, Well, Well...
(Oito Anos- Adriana Calcanhoto)*

Agradeço aos meus pais João Batista e Maria Elaine por nossa história:

*Yo no le canto a la luna/ Porque alumbra y nada mas/
Le canto porque ella sabe/ De mi largo caminar.
[...] Perdido en las cerrazones/ Quien sabe vidita/ Por donde andaré/
Mas, cuando salga la luna/ Cantaré, cantaré/ A mi Tucumán querido/ Cantaré, cantaré.
(Luna Tucumana- Atahualpa Yupanqui)*

Agradeço a minha irmã Ariely pela diagramação do trabalho, amizade e principalmente pela cumplicidade:

*Tengo que confesar que a veces/ no me gusta tu forma de ser/
luego te me desapareces/ y no entiendo muy bien por qué
No dices nada romântico/ cuando llega el atardecer/ te pones de un humor extraño/
con cada luna llena al mês/ Pero a todo lo demás/ le gana lo bueno que me das/
solo tenerte cerca/ siento que vuelvo a empezar
(Limónysal-Julietta Venegas)*

Ao Rodrigo... as palavras faltam, não dão conta, há muito em mim... pelo que és, pelo que somos:

*Guardei/ Sem ter porquê/ Nem por razão Ou coisa outra qualquer/
Além de não saber como fazer/ Pra ter um jeito meu de me mostrar
Achei/ Vendo em você/ E explicação/ Nenhuma isso requer/
Se o coração bater forte e arder/ No fogo o gelo vai queimar
(Pra você guardei- Nando Reis)*

À amiga Francis pelas correções na correria:

*Minha boneca de lata bateu a cabeça no chão/ levou quase uma hora pra fazer a arrumação
Desamassa aqui, pra ficar boa...
Minha boneca de lata bateu o ombro no chão/ Levou mais de duas horas pra fazer a arrumação
Desamassa aqui, desamassa ali, Desamassa aqui,
desamassa ali pra ficar boa...
(Boneca de Lata- Folclore)*

Ao colega de profissão e militâncias Marcello Santos pela primeira conversa de corredor durante o 13º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e aos colegas Clarice Moura Costa, Graziela F. A. Panacioni e Claudia R. O. Zanini; Elisabeth Martins Petersen; Luisiana B. França Passarini; Mariana C. C. de Araújo Pinho e Belkis Vinhas Trench; Patricia Pellizzari; Natalia Farias Baleroni e Lydio Roberto Silva; Guillermo Del Juan, Carolina Asorey e Nancy Valle García; Gabriela Wald; Maria da Conceição de Matos Peixoto; Christianne Kamimura Polo e Juliana Leonardi por terem contribuído especialmente para que esse trabalho fosse concluído:

*You may say/ I'm a dreamer/ But I'm not the only one/
I hope some Day You'll join us/ And the world will be as one
(Imagine- John Lennon)*

Às minhas andanças...

*Salgo a caminar
Por la cintura cósmica del sur
Piso en la región
Más vegetal del tiempo y de la luz
Siento al caminar
Toda la piel de América en mi piel
Y anda en mi sangre un río
Que libera en mi voz
Su caudal.*

*Sol de alto Perú
Rostro Bolivia, estaño y soledad
Un verde Brasil besa a mi Chile
Cobre y mineral
Subo desde el sur
Hacia la entraña América y total
Pura raíz de un grito
Destinado a crecer
Y a estallar.*

*Todas las voces, todas
Todas las manos, todas
Toda la sangre puede
Ser canción en el viento.*

*¡Canta conmigo, canta
Hermano americano
Libera tu esperanza
Con un grito en la voz!*

(Canción con Todos- Mercedes Sosa)

RESUMO

OSELAME, M, N. Um Estudo sobre as Práticas da Musicoterapia em Direção à Promoção da Saúde. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) -Centro de Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

A vinculação existente entre saúde e desenvolvimento local vem sendo construída desde o final do século XX. Um dos marcos foi a Conferência de Alma-Ata, em 1978, que, além de propor uma ampliação no acesso aos serviços de atenção, reconheceu a saúde como um direito de todos e responsabilidade da sociedade. A promoção de saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial. Um campo que desloca o olhar e a escuta dos profissionais de saúde sobre a doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando a autonomia durante o processo de cuidado à saúde, um protagonista atuante. O musicoterapeuta é atravessado pela realidade, habilitado a lidar com os códigos não-verbais, com o musical do povo e é desafiado pela realidade que envolve a sociedade contemporânea. A sociedade vem sendo atravessada por um sistema capaz de capturar o desejo de milhões de pessoas, mobilizando-as atendendo às demandas de segurança, felicidade e prazer a qualquer preço. Através do consumo de formas de vida observa-se que um novo modo de relação entre o capital e a subjetividade está sendo instalado. A arte apresenta-se como meio de expressão de realidades. A música, uma das formas de ser da arte é por vezes, utilizada como linha de fuga ao que está dado, ao que se espera que seja. Ponderando o espaço da musicoterapia dentro de uma perspectiva social contemporânea, problematiza-se: como a musicoterapia pode atuar como dispositivo de Promoção de Saúde? Esta pesquisa teve por finalidade aproximar as práticas da Musicoterapia às de Promoção da Saúde. O objetivo foi investigar como a Musicoterapia pode atuar enquanto dispositivo de Promoção da Saúde. Trata-se de uma

pesquisa documental articulando os três eixos centrais do tema: Musicoterapia, Promoção da Saúde e Empoderamento. A metodologia consistiu na revisão de periódicos e anais de eventos sobre as práticas da Musicoterapia. O entendimento de processos de produção de subjetividade e governabilidade não garante que a Promoção da Saúde, e nela a estratégia de empoderamento social, seja necessariamente uma solução para as questões sobre a exclusão social e sobre a responsabilidade dos indivíduos com a saúde. Contudo a partir da construção realizada nessa pesquisa, pode-se observar que a Promoção da Saúde, através de um trabalho comprometido e ético acerca do Emporamento, pode sim ser um importante dispositivo de resistência. Os trabalhos apresentados nessa pesquisa demonstraram que a prática musicoterápica ressoa ações cheias de criatividade, autonomia e principalmente de Empoderamento (psicológico e social). Ações que promoveram a oportunidade dos atores se deslocarem do lugar de coadjuvante para o de protagonistas.

Palavras-Chave: MUSICOTERAPIA, PROMOÇÃO DA SAÚDE, EMPODERAMENTO.

ABSTRACT

OSELAME, M, N. A Study of the Music Therapy Practice toward Health Promotion Practice 2013. Dissertation (Master in Psychosociology of Communities and Social Ecology) – Humanities Center. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The link between health and local development has been established since the late twentieth century. One of the milestones was the Alma-Ata Declaration in 1978, proposing an expansion in access to care services, and recognizing health as a right and responsibility of all of society. Health promotion presents a mechanism for strengthening and implementation of a transverse, defined, integrated, and intersectoral policy. This field changes the way health professionals view individual disease; this paradigm recognizes that individuals have a potential for own life-control, and individual autonomous choice of health care process. The music therapist has the advantage that she or he is influenced by immediate surroundings and capable to respond to non-verbal cues, however, music therapist is also being challenged by contemporary society. The society today focuses on delivering security, happiness and pleasure at any cost. Using life forms we observe a new mode of relationship emerging between environment and subjectivity. The art represents a means of expressing reality; music, being an art form, is often considered simply an ‘escape’ from reality. Pondering the space of music therapy within a contemporary social perspective, the issue is: How can Music Therapy act as a device for Health Promotion? This research brought the practice of music therapy to Health Promotion; the research objective was to investigate how Music Therapy can act as a device for Health Promotion. This documented research focused on the three central pillars of the theme: Music Therapy, Health Promotion, and Empowerment. The methodology consisted of a literature review of journals and conference proceedings on the practice of Music Therapy. The understanding of origins of subjectivity and governance does

not guarantee that Health Promotion and a strategy of social empowerment, are necessarily a solution to the issues of social exclusion and the individual's own health responsibility . From the construction performed in this research, one can observe that the Health Promotion – through a committed and ethical work around Empowerment – can be an important 'resistance' measure. The work presented in this research showed that Music Therapy practice results in actions full of creativity, autonomy, and mainly Empowerment (psychological and social). The practical research indicated that subjects moved from a supporting role to a protagonist role.

KeyWords: MUSIC THERAPY, HEALTH PROMOTION, EMPOWERMENT.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	68
TABELA 2	69
TABELA 3	70
TABELA 4	70
TABELA 5	73
TABELA 6	76
TABELA 7	77
TABELA 8	83
TABELA 9	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ENPEMT	Encontros Nacionais de Pesquisa em Musicoterapia
UBAM	União Brasileira de Musicoterapia
	Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em
NEPIM	Musicoterapia
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SAB	Superintendência de Atenção Básica
RBMT	Revista Brasileira de Musicoterapia
SBMT	Anais do 13º e 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia
BTDC	Banco de Teses e Dissertações da Capes
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
ILP	Instituição de Longa Permanência

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZANDO O TEMA: MUSICOTERAPIA E SEU PERCURSO	24
I.1 MUSICOTERAPIA COMUNITÁRIA	27
I.1.1 PROBLEMATIZANDO A CLÍNICA DA MUSICOTERAPIA	31
CAPÍTULO II: DE SAÚDE À PROMOÇÃO DA SAÚDE	33
II.1. SAÚDE E DOENÇA UM POUCO DESSA CONSTRUÇÃO	37
II.2. LOCALIZANDO O CONCEITO DE SAÚDE	41
II.3 RETORNANDO À PROMOÇÃO DA SAÚDE	43
CAPÍTULO III: EMPODERAMENTO	50
III.1 EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO E COMUNITÁRIO: DETERMINANTES DA PRÁTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	51
III. 1.1.EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO	51
III.1.2. EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	53
III.2 PERCEBENDO O ENTORNO: O BIOPODER	56
III. 2.1 MÚSICA COMO FORMA DE RESISTÊNCIA?	60
CAPÍTULO IV: APRESENTANDO O CAMPO	64
IV.1 MÉTODO	64
IV. 1.1 QUESTÕES E HIPÓTESES	65

IV.1.2 CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS ESTUDOS	66
IV.1.3 AMOSTRA DO ESTUDO	68
IV.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
IV. 2.1 MUSICOTERAPIA E SAÚDE	69
IV. 2.2 MUSICOTERAPIA E CLÍNICA	73
IV. 2.3 MUSICOTERAPIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	76
IV. 2.4 MATERIAL INESPERADO	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICE	100

INTRODUÇÃO

*Para quem a solidão reclama de solidão?
Rodrigo Carancho*

Esta pesquisa se propõe a investigar como a Musicoterapia pode atuar enquanto dispositivo de Promoção da Saúde. Trata-se de uma pesquisa teórico-conceitual articulada em três eixos centrais do tema: Promoção da Saúde, Empoderamento e Musicoterapia. A metodologia consiste na revisão de periódicos e anais de Simpósios Nacionais sobre as práticas da Musicoterapia.

Disciplinas como a medicina social, psicologia e sociologia nasceram tomando por ideal de ciência as ciências biológicas. Conhecimentos oriundos desses campos disciplinares, visando tratar como objeto de estudo o homem e suas condutas se serviram de uma transposição conceitual de conceitos próprios da biologia. No contexto do nascimento do estado biopolítico, esta forma de tratar o homem como objeto serviu a uma normalização do social e da subjetividade. A Musicoterapia é também fruto de uma lógica clínica que prevê leis sociais obedecerem às leis físicas, portanto, passíveis de controle, dedução e previsão. A partir da literatura, percebe-se que as práticas da Musicoterapia transitam por várias áreas. Parece oportuno, então, conhecê-las. Busca-se assim, com base na literatura específica sobre tais práticas, observar em que áreas se concentram, especialmente, como se situam em relação à clínica e à Promoção da Saúde.

A arte apresenta-se como meio de expressão de realidades, sendo canal de rebeldia, denúncia, contemplação, construção. A música, uma das formas de ser da arte, fora e é, por vezes, utilizada como forma de resistência, como linha de fuga ao que está dado, ao que se espera que seja. A Musicoterapia, especialidade inserida na saúde, utiliza a música como principal instrumento reconhecendo-a enquanto potência de deslocamento, de reinvenção e criatividade. Ponderando o espaço da Musicoterapia dentro de uma perspectiva social contemporânea, problematiza-se: como ela pode atuar enquanto dispositivo de Promoção da Saúde? Esta pesquisa se propôs a investigar a aproximação entre as práticas da Musicoterapia e a Promoção da Saúde, atualizando o levantamento de artigos sobre as práticas da Musicoterapia e problematizando a produção científica da Musicoterapia como um dispositivo de Promoção da Saúde.

As pesquisas na área social e saúde seguem avançando e, como um campo da saúde, é importante que as pesquisas em Musicoterapia possam atender à demanda de complexidade

existente. Essas demandas propõem dar voz e favorecem a participação ativa da clientela dos serviços ou dos informantes da pesquisa, para que reafirmem a complexidade de suas realidades e suas avaliações sobre assistência, bem como para constituírem ou indicarem junto com os trabalhadores ou pesquisadores dispositivos de reinvenção da vida que não se limitem à concepção de assistência convencional (VASCONCELOS, 2002).

No estudo apresentado por Oselame (2012), fica evidente que as pesquisas nacionais em Musicoterapia ainda não se apropriaram de forma consistente dessa demanda social, mantendo seu foco nas áreas de atuação de uma clínica tradicional, do mesmo modo na área hospitalar e de reabilitação, que também possuem lugares cativos no campo de pesquisa musicoterápica. As áreas Organizacional, Social e de Educação ainda se mostram como produções tímidas, mas já consideráveis. Segundo Wheeler (2005) é necessário abordar a diversidade das práticas, da investigação e da complexidade da pesquisa em Musicoterapia, inclusive de áreas tangentes. A pesquisa é um aspecto relevante para a disciplina Musicoterapia, ao lado da fundamentação teórica e prática, podendo transformar-se em uma eficaz ferramenta para a promoção de transformação social.

No Brasil, muitos eventos nacionais e regionais de Musicoterapia têm abordado a temática da pesquisa. Os Encontros Nacionais de Pesquisa em Musicoterapia ENPEMT, confirmam que a pesquisa em Musicoterapia no Brasil está em movimento. No ano de 2000, Porto Alegre/RS sediou o X Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e I Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia. Nesse momento, foi realizado o I Levantamento Nacional de Pesquisa em Musicoterapia e o resultado desse estudo revelou que muitos trabalhos tidos por seus autores como de pesquisa, na realidade, continham fragilidades metodológicas a partir do referencial adotado. Diante disso, atentou-se para a necessidade do rigor teórico-metodológico das pesquisas que estavam sendo produzidas (PIAZZETTA apud OSELAME, 2012). Outro fato relevante nesse movimento com relação às pesquisas em Musicoterapia no Brasil foi à criação, pela União Brasileira de Musicoterapia (UBAM), em 1996, da Revista Brasileira de Musicoterapia. E 2008, o Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia (Nepim) é formado por professores musicoterapeutas da Faculdade de Artes do Paraná, com o objetivo de estudar temas referentes à prática e à teoria da Musicoterapia. Em 2010, foi lançado o primeiro número da Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisa Interdisciplinares em Musicoterapia, fruto de trabalhos e discussões.

A vinculação existente entre saúde e desenvolvimento local vem sendo construída desde o final do século XX. Um de seus marcos, a Conferência de Alma-Ata, em 1978, que,

além de propor uma ampliação no acesso aos serviços de atenção, reconheceu a saúde como um direito de todos e responsabilidade da sociedade, gerando um consenso mundial em torno da ideia de Saúde para Todos no ano 2000. A partir dos anos oitenta, a modificação nas formas de organização das respostas dos Estados foi determinada pela lógica da globalização do mercado e da cultura, impondo novos desafios.

Estes processos e seus efeitos no desenvolvimento e na vida das populações consideraram a saúde como um fator essencial para o desenvolvimento local, reconhecendo não somente os determinantes que atuam sobre ela no espaço local como também a importância de criar políticas públicas de saúde que permitam a inclusão social e a Promoção da Saúde, por meio de uma participação cidadã, de modo a favorecer a ação territorial para melhorar a qualidade de vida e a saúde da população. O objetivo é avançar na construção de cidadania por meio do estabelecimento de agendas pelos atores locais e o Estado, para o exercício da política e a gestão dos territórios (DA ROCHA et al, *s/d*).

A proposta alcançou destaque especial na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, que vem se enriquecendo com uma série de declarações internacionais, periodicamente formuladas nas conferências realizadas sobre o tema voltadas para a saúde e expressas em documentos que têm sido norteadores das ações.

As estratégias para a atuação em saúde se apresentam como: adesão voluntária aos programas existentes, pré-requisito para mudança, ou abordagem coletiva e individual que considera o respeito às diferenças. Na Carta de Ottawa são retomados os princípios de Alma-Ata, no sentido de construir políticas públicas saudáveis¹, criar ambientes favoráveis à saúde, propiciar e fazer a efetiva participação social, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços enfatizando a Promoção da Saúde. Outros aspectos que ganharam destaque no debate: pobreza, miséria, fome e bem-estar social (BRASIL, 2002).

Entende-se que a Promoção da Saúde se apresenta como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (CARTA DE OTAWA in BRASIL, 2002). A Promoção da Saúde é um

1 Nessa pesquisa trabalhar-se-á os princípios da Promoção da Saúde de acordo com a Carta de Ottawa. Na página 34 será apresentado o que nesse trabalho se entende por Políticas Públicas Saudáveis, Criação de Ambientes Saudáveis, Participação Social, Desenvolvimento de Habilidades Pessoais e Reorientação dos Serviços de Saúde.

campo que deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando o empoderamento durante o processo de cuidado à saúde. Um sujeito entendido como protagonista atuante no mundo (BARROS et al., 2004). Uma política que atrela à sua constituição a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias (CARVALHO & GASTALDO, 2008).

É preciso que nos sintamos criando o mundo a partir de nossas criações pessoais partilhadas, para que estejamos ativos e vejamos o mundo como nos concernindo. Assim, sentimo-nos expandindo, realizando-nos, vivendo. A saúde, pois, pode ser algo vivenciado pelo sujeito como uma criação sua, para que faça sentido, para que possa reapropriar-se de si, reencontrar efetivamente sua capacidade vital, capacidade ativa e criativa em relação à sua vida (MARTINS, 2004, p 28).

No entanto, a sociedade vem sendo avassalada por um sistema capaz de capturar o desejo de milhões de pessoas. Mobilizando-as, atendendo às demandas de segurança, felicidade e prazer a qualquer preço. Comercializando em larga escala maneiras de ver e de sentir, de pensar e de perceber, de morar e de vestir. O fato é que se consome, mais do que bens, formas de vida - e mesmo quando se refere apenas aos estratos mais carentes da população, ainda assim essa tendência é crescente. Através dos fluxos de imagem, de informação, de conhecimento e de serviços constantemente acessados, absorvem-se maneiras de viver, sentidos de vida, consomem-se toneladas de subjetividade. Observou-se instalar nas últimas décadas um novo modo de relação entre o capital e a subjetividade (PELBART, 2001).

O Estado tinha o poder sobre a vida e a morte dos indivíduos, de causar a morte ou deixar viver pelo poder da guerra ou da pena capital. A partir do século XVII, o poder político assumiu a tarefa de gerir a vida por meio da disciplina dos corpos ou dos controles reguladores das populações. Esses são os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida: a disciplina anatomopolítica dos corpos individuais e a regulação biopolítica das populações. O nascimento da medicina social e a conseqüente preocupação do Estado pela Saúde Pública responderam a esse objetivo. Assim, a função do poder não é mais matar, e sim, investir sobre a vida. A potência da morte é substituída pela administração dos corpos e a gestão calculista da vida. Para Foucault, a organização do biopoder foi necessária para o desenvolvimento do capitalismo, porque era preciso, por um

lado, inserir os corpos disciplinados dos trabalhadores no aparelho da produção e, por outro, regular e ajustar o fenômeno da população aos processos econômicos (1979).

Segundo Luz (apud FERREIRA, 2012), a medicina social é o resultado da mistura da filosofia natural com o determinismo das leis físicas. Nesse aspecto, as leis sociais obedeceriam às leis físicas. E conseqüentemente seriam analisadas empiricamente. A sociedade seria, dentro desse contexto, um fenômeno produzido por um conjunto de costumes e hábitos convencionados após um estágio inferior de desenvolvimento da espécie humana, ou seja, resultado de uma evolução que possibilitou ao homem uma civilização centrada na moral e na educação dos instintos. Isso implicaria no estabelecimento desses hábitos em instituições, normas e leis que legitimassem este estado natural.

No processo histórico da clínica apresentado por Ferreira (2012), surgiram como apêndice da medicina social, concepções teóricas com profundas implicações moralizantes exigindo a adaptação cultural dos indivíduos, concretizada em um movimento racionalizador ‘civilizatório’, que incluiu intervenções em instituições. Tornando-se o período da Revolução Industrial um marco desse processo, em função da formação de uma classe de trabalhadores sujeita às conseqüências de uma nova estrutura social que surgia: o capitalismo. Em virtude das precárias condições de saúde, habitação e alimentação, ocorreram altos índices de mortalidade e uma ampla variedade de doenças. Disto resultou a intensificação dos dispositivos de poder criados pelo capitalismo como condição para invenção de uma sociedade normalizada. Seu funcionamento se dava através de intervenções nas instituições sociais como meio de controle dos indivíduos e das populações por meio de um saber cientificamente validado, e correspondendo às origens da medicalização da existência e da vida, e ao controle do funcionamento de aparelhos que assumem a gestão da vida social e subjetiva a orientarem o comportamento cotidiano.

Visando manter o coletivo saudável, iniciou-se a catalogação, separação e contabilidade dos corpos, numa tentativa de controlar a doença em escala social. Surge, nesse escopo, um corpo orgânico ao qual o seu detentor não tem acesso, controlado por relações de poder estabelecidas pelos saberes biológicos. É uma normalização do social legitimada por instâncias políticas e jurídicas. A política passa ser interpretada como uma medicina da sociedade, e a medicina como uma prática política. Uma produção de discurso natural sobre problemas de ordem social levando a um discurso político em seus efeitos, uma vez que demanda uma ordenação social e econômica de indivíduos e classes sociais na tentativa de determinar o normal e o patológico. Sua forma de tratamento estava num dispositivo

disciplinar que implicava em uma verdade pré-estabelecida na qual o médico seria o modelo e representante (Ibidem).

De acordo com Foucault (1977b), as ciências humanas e sociais nasceram como um deslocamento dos métodos e conceitos da biologia e começaram a se ocupar de problemas relativos à vida, desse objeto: o homem e suas condutas. O estudo da vida do indivíduo e das populações pelas “ciências humanas” ocorreu pela transposição de conceitos da biologia: vida, normalidade, patologia e doença.

A técnica disciplinar torna-se uma ‘disciplina’ que também tem sua escola. A certidão de nascimento da psicologia científica segundo os historiadores das ciências humanas é passada com data desta época. Weber, para medir as sensações, teria começado a manipular seu compasso nesses mesmos anos. [...] E, no entanto, na formação e no crescimento da psicologia, o aparecimento desses profissionais da disciplina, da normalidade e da sujeição, vale bem sem dúvida a medida de um limiar diferencial. Dir-se-á que a estimação quantitativa das respostas sensoriais podia pelo menos usar a autoridade dos prestígios da fisiologia nascente e que a esse título merece constar na história dos conhecimentos. Mas os controles da normalidade eram, por sua vez, fortemente enquadrados por uma medicina ou uma psiquiatria que lhes garantiam uma forma de ‘cientificidade’. [...] desenvolveu-se continuamente até hoje uma técnica refletida do controle das normas (FOUCAULT, 1977b, p 259).

Chagas (2003) defende que o musicoterapeuta é atravessado pela realidade, habilitado a lidar com os códigos não-verbais, com o musical do povo e é desafiado pela realidade que envolve a sociedade contemporânea. Canguilhem (2009) defende que saúde de modo singular, onde o homem sadio é o homem capaz de instaurar uma nova ordem. As políticas de Promoção da Saúde atentam para o protagonismo e controle social.

A realidade e sua imposição de participação para mudanças nos afetam. O outro, o cliente, o colega, a família do cliente nos afetam. Constituímos a sociedade que nos constitui. Preocupados com a mudança de valores, estamos nos engajando em situações que envolvem a saúde coletiva. As percepções da expressão criadora, da expressão artística ou mesmo da comunicação através de símbolos musicais podem contribuir para a análise e a intervenção eficaz nas comunidades locais (CHAGAS, 2003).

Para além da pertinência teórica, minha implicação enquanto profissional musicoterapeuta é um dos motivos que justifica a tentativa de responder à questão desse trabalho. Durante minha trajetória profissional deparei-me com questionamentos acerca de uma prática clínica tradicional que por vezes não abria espaço para pensar teoricamente o que eu estava realizando. A busca por referenciar essa forma de entender a clínica musicoterápica

me movimentou a realizar uma interface entre os campos da Psicologia Social e Saúde. Discutir a pertinência dessa temática dentro do Programa Eicos, na linha “Novas Socialidades, Cartografias Sociais e Políticas do Quotidiano Contemporâneo” é um desafio. Dialogar com uma visão interdisciplinar para a construção psicossocial das novas socialidades do cotidiano contemporâneo é um desafio, mas acredito que a Musicoterapia poderá se beneficiar com a problematização proposta nessa pesquisa.

A dissertação está então organizada da seguinte forma: no primeiro capítulo realizar-se-á apresentação breve do percurso da Musicoterapia direcionando a discussão para Musicoterapia Comunitária e finalizando com a problematização da clínica da Musicoterapia.

O capítulo dois apresentará os marcos teóricos da Promoção da Saúde e sua atuação no cenário nacional. Contextualizar-se-á o entendimento do processo saúde/doença ao longo dos tempos na sociedade ocidental e localizaremos o conceito de saúde que será utilizado para fundamentar esse estudo.

No capítulo três se abordará o conceito de Empoderamento entendido como um dos determinantes da prática da Promoção da Saúde e abordado sob a ótica do Biopoder. Chegando à música problematizada enquanto dispositivo de resistência.

O capítulo quatro exporá metodologicamente o campo dessa pesquisa, discutindo os resultados em relação a cada descritor proposto.

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZANDO O TEMA: MUSICOTERAPIA E SEU PERCURSO

*Onde os cataventos guardam os ventos que catam?
Rodrigo Carancho*

Podemos constatar a presença da música em todas as sociedades e a sua influência na esfera social e cultural, proporcionando momentos de lazer, educação e socialização e/ou representando uma determinada época histórica. Observamos a presença da música em momentos significativos da vida do ser humano, tais como nas festividades, manifestações culturais, rituais religiosos e de cura, na educação, no lazer (POLO, 2010).

Jourdain (1997) enfatiza que na visão de antropólogos a música surgiu inicialmente para unir comunidades, fortalecer laços sociais e buscar a resolução de conflitos, tudo isto levado pela emoção. Parece que não é exagero considerar a música como uma das artes que mais atinge o ser humano, pois propõe a harmonia através da união entre corpo e mente, memória, criatividade, intelecto, emoção. Diz ainda Huizinga (2007) que o homem primitivo sentia que a música era sagrada e capaz de estimular emoções e também que era um jogo.

Segundo Leinig (1977), os gregos utilizavam a música como terapia para tratar doenças físicas e mentais. Aristóteles atribuía à música o poder de tratar emoções incontroláveis, promovendo uma catarse e também considerava que ela deveria fazer parte da educação para formar cidadãos éticos. Platão indicava a música para a saúde da mente e do corpo e para pacientes que sofressem de angústias e fobias. Pitágoras acreditava que cada planeta ao mover-se no espaço emitia um som determinado, correspondendo a uma nota musical e todas elas, em conjunto formariam uma escala constituindo a “Música das Esferas”, refletindo a ordem do universo.

Nas diversas culturas milenares, como na China, a música ocupava um espaço expressivo, acreditando ser uma das coisas mais significativas da vida, pois influía diretamente na mudança, positiva ou negativa, no caráter de uma pessoa. Desta forma, a música não poderia apenas ser vista como entretenimento, visto que dependendo do uso que se fazia dela e do tipo de música usada, poderia ser despertados os demônios ou os anjos. Também se destaca a utilização do mantra (OM) como um meio de meditação, uma forma de alcançar o sublime, na Índia (TAME, 1984; POLO, 2010).

Polo (2010) afirma que durante a Idade Moderna a influência da música na medicina acaba caindo em desuso, porém na arte musical vê-se um grande envolvimento social. Com o surgimento da burguesia a música, que antes estava confinada aos palácios aristocráticos, passa a ter acesso irrestrito como entretenimento. A grande contribuição desta época são novos instrumentos e propagação da música em todas as classes sociais.

Na sociedade ocidental a música ao longo dos tempos, foi perdendo o lugar de importância que ocupava na antiguidade como terapia ou até mesmo na educação (Ibidem). Mas, não se pode deixar de mencionar que em diversas estruturas sociais, através do Xamanismo e da Pajelança, por exemplo, a música sempre ocupou e continua ocupando um lugar de cura e tratamento para os males que acometem os seres humanos.

O homem sempre cantou e dançou, expressando suas angústias e suas esperanças, manifestando a sua cultura. A música indica os rumos que a sociedade vai trilhando. Música e sociedade, tanto quanto ciência e sociedade, não podem ser entendidas em disjunção. São potências definidas pela mesma constituição moderna. Se mudarmos a relação entre essas potências, alteramos imediatamente o sentido do que é música e do que a sociedade pode fazer (CHAGAS & PEDRO, 2008).

Leinig (1977) relata que a Musicoterapia começou a se estruturar como ciência a partir da I Guerra Mundial, mas ainda timidamente. Com o objetivo de utilizar música no tratamento dos soldados feridos, contrataram músicos para tocar, obtendo resultados positivos. No entanto, a partir da II Guerra Mundial, muitos soldados ficaram traumatizados psicologicamente e então um grupo de médicos começou a estudar e ministrar a música no tratamento destes soldados. Os resultados obtidos mostraram-se muito positivos e desde esta época a Musicoterapia vem crescendo e ganhando reconhecimento científico.

Y es alrededor de 1920- 1930 que empiezan a surgir los abordajes expresivos. En este contexto surgen los musicoterapeutas. No es casual, que la musicoterapia aparezca después de la primera guerra mundial, a raíz de la necesidad de rehabilitar. La gente se queda sin manos, sin pies, sin brazos, la gente se queda con traumas psicológicos de posguerra, los pibes se quedan sin padres, desvalidos. Había que ocuparse, urgía La necesidad de implementar técnicas de ocupación, de readaptación y hasta de maternaje (PELLIZZARI, 2004, p 36).

Chagas e Pedro (2008) narram que no Brasil, um dos marcos do surgimento da Musicoterapia foi o trabalho de professores de música na Educação Especial. Educadores Musicais, trabalhando com música em instituições que atendiam a crianças portadoras de deficiência, encontraram na música um caminho surpreendente de abertura de canal de

comunicação. No Rio de Janeiro Liddy Mignone, criou, no Conservatório Brasileiro de Música, na década de 50, um curso que preparava educadores musicais para atuarem com crianças especiais.

Em 1970, tiveram início os primeiros cursos de Musicoterapia no Brasil. A Faculdade de Educação Musical do Paraná- atual Faculdade de Artes do Paraná- criou a especialização em Musicoterapia para educadores musicais graduados. E no Rio de Janeiro o primeiro curso de graduação em Musicoterapia, reconhecido pelo MEC em 1978.

Começamos a pensar que curso era esse que desejávamos e resolvemos fazer um curso técnico, de um ano, combinando as áreas da saúde, da educação, da música e das artes. Inventamos um curso! No entanto, achamos que faltava uma série de coisas: formação em antropologia, na área do sensível, na área da saúde, além da musical. Naquela ocasião eu já entendia o que era o não-verbal, estava no auge do trabalho de Música no teatro infantil e de adulto num momento em que a música tinha uma importância capital para comunicar, em que o clima da música e da palavra cantada passava o texto censurado. Começamos a perceber o poder da Música (CONDE & FERRARI, 2008, p 36).

Nesta época, algumas instituições já a adotavam como forma de tratamento. Pode-se citar, no Rio de Janeiro, a Sociedade Pestalozzi do Brasil, a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, o Hospital Psiquiátrico D. Pedro II (CHAGAS & PEDRO, 2008).

Durante muitos anos a Musicoterapia teve uma forte vinculação e orientação no trabalho clínico, em especial com saúde mental. No entanto, acompanhando o movimento de disciplinas com a Sociologia, Antropologia e Psicologia, de mudança de um paradigma biológico para uma concepção de saúde mais ampla. Sobre isso Conde e Ferrari (2008) apresentam:

Essa interdisciplinaridade do curso abriu caminhos e hoje é o tema mais contemporâneo. Só se consegue ter essa visão anos mais tarde. Com a leitura dos novos musicoterapeutas que vemos que não era uma novidade daquela ocasião, era o que estávamos necessitando, a cultura brasileira, o teatro, o trabalho de corpo e as artes em geral. Que corpo é esse que eu vou trabalhar com crianças, com doentes, se não posso me movimentar, sentar no chão e me expressar com mais liberdade? Esse corpo começou também a ser indagado. Foram uns anos de muito questionamento, Ditadura, anos de experiências de ruptura de padrões, de contracultura. Não tínhamos medo de errar, o acerto viria através de erros, havia certa ousadia da qual hoje eu estou sentindo falta. (p 38)

De acordo com Leinig (1977), os fundamentos da Musicoterapia originam-se nos diversos campos do conhecimento humano, por ser uma ciência com bases estruturais em

diversas disciplinas. A partir da utilização de cada um desses campos, é que se diferenciarão os diversos modelos de Musicoterapia.

Por permitir dialogar com a perspectiva cultural e social, a abordagem de Musicoterapia Comunitária foi escolhida para fundamentar esse estudo. A diferença entre Musicoterapia Clínica e Comunitária não está dada pelos recursos e objetos sonoros, técnicas interativas como a improvisação, ou receptivas como as sequências sonoras e a audição projetiva, a composição, o canto o movimento, senão por um novo constructo paradigmático, um novo posicionamento mental.

I.1 MUSICOTERAPIA COMUNITÁRIA

A Musicoterapia Comunitária é uma prática que apoia-se na evidência de que a situação de saúde das populações está mais vinculada as condições de vida e de trabalho, que a riscos individuais diferenciados, por isso estuda a relação entre problemas individuais e problemas sociais dentro de um contexto local (PELLIZZARI, 2010).

Segundo Pellizari (2010) transformações subjetivas precisam de tempo e ocorrem com a presença constante de um processo de trabalho. Mas também em atos de sentido comunitário que impactam pungentemente as populações e que são profundamente significativos em sua unicidade, como os de caráter ritual e cerimonial, que ancoram, elaboram ou inauguram uma história, que produzem um antes e um depois no ciclo da vida e da pessoa ou grupo. A Musicoterapia Comunitária lança mão da potência da cerimônia grupal, mas busca um processo de transformação coletiva de saúde.

Nesse complexo de esforços, a Musicoterapia Comunitária disponibiliza suas especificidades próprias para a escuta dos sons presentes na subjetividade social. Por meio da experiência sonora, seus participantes

expressam seus problemas através do som, exploram seus recursos através do som, trabalham seus conflitos através do som, desenvolvem relacionamentos através do som e encontram soluções e bem-estar através do som. E, tudo isso requer uma orientação auditiva. Tudo o que eles cantam ou tocam é mediado pelo que ouvem enquanto o fazem (BRUSCIA, 2000, p. 45).

A informação mais antiga que temos sobre o uso do termo *musicoterapia comunitária* está no Tratado de Musicoterapia, organizado por E. Thayer Gaston (1968). A origem da sua prática encontra-se na década de sessenta, no Movimento de Saúde Mental Comunitária, vinculado ao programa *Guerra à Pobreza*, do Presidente John F. Kennedy. Como parte do

programa, a desinstitucionalização do sofrimento mental pretendia solucionar o problema de superlotação nos hospitais psiquiátricos. A Musicoterapia, neste contexto, apoiava o paciente no processo de ressocialização após o longo período de internação e auxiliava o programa de prevenção às enfermidades mentais. Nasce, por isso, a demanda pelo musicoterapeuta para atuação em espaços diferentes da clínica.² (PEIXOTO, 2011).

Na década de sessenta, na Grã-Bretanha, a prática comunitária da musicoterapia caracterizava-se pela inserção da atividade musical nos centros de reabilitação social, com o objetivo de auxiliar gradualmente a reinserção social (Ibidem).

Em vários países na atualidade, a Musicoterapia Comunitária participa em projetos onde a música exerce várias funções sociais. No Brasil, o projeto *Buscando Caminhos Através da Arte* foi pioneiro no uso de estratégias de “semear atitudes e de facilitar um viver artista” (CHAGAS, 2007, p. 113) em comunidades albergadas. Reconhece-se a presença da abordagem comunitária em alguns estados brasileiros, conforme divulgação de trabalhos, no XIII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Na Argentina, um marco para a Musicoterapia Comunitária deu-se em 2002, na cidade de Buenos Aires, com o I Congresso Latino-americano de Musicoterapia e o III Encontro Latino-americano de Musicoterapia, após a jornada de protestos provenientes da crise de 2001 vivida naquele país (PEIXOTO, 2011).

De acordo com Chagas (2007) a música, de maneira muito eficiente, produz novos enunciados aos sujeitos, seja através da improvisação, da audição, da composição ou da canção. Em muitas sessões, o paciente fica envolvido na tarefa de tocar, de improvisar, de experimentar os sons, de entrar em contato com instrumentos musicais. Essas experimentações tecem novos agenciamentos, que oportunizam as cadeias a-significantes de experimentações subjetivas. Não existem efeitos de significação no sentido linguístico para essas práticas: há experimentação musical, ou seja, uma enunciação subjetiva muito própria dos processos musicoterapêuticos.

O fazer musical pode enxertar linhas de errância, desterritorializar, abrir a experiência clínica ao imprevisível. A improvisação pode retirar o apoio, abrir-se para a instabilidade harmônica, para as cadências não resolvidas, para os acordes suspensivos; a voz se embarga, desafina, falha, explora sonoridades totalmente inusitadas; a audição pode trazer escutas exóticas, ameaçadoras, instigantes; os materiais sonoros podem ser tantos e tais que manuseá-los pode constituir-se em uma experiência de linha de fuga (Ibidem, p 142)

² Nesse texto não abordaremos com profundidade a história da Musicoterapia Comunitária, para isso indico o trabalho de Maria da Conceição de Matos Peixoto, disponível em <http://mestrado.emac.ufg.br/uploads/270/original_MARIA_DA_CONCEI%C3%87AO_DE_MATOS_PEIXOTO.pdf?1337620213%20> que realiza uma sistematização do percurso histórico dessa abordagem.

Durante o processo musicoterapêutico, as experiências musicais retratam a sociedade e estão condicionadas pelo seu tempo, pelas experiências vividas, pelo modo de ver o mundo, as necessidades e as esperanças dos participantes. Bruscia (2000) descreve as experiências musicais coletivas como uma das forças dinâmicas mais importantes para a integração e a formação da subjetividade dos membros de uma comunidade. Esse “fazer musical” reestrutura elementos da identidade étnico-cultural; ressignifica rituais comunitários e fortalece as imagens arquetípicas, que permeiam as práticas coletivas, dando oportunidade aos seus membros de “criar, re-criar, preservar vínculos que a mantém unida e ancorando-a em suas raízes” (Ibidem, p 156).

Logo, somos a música que improvisamos, compomos, escutamos e re-criamos. Somos a música que dançamos, rezamos e celebramos. Desse modo, fica evidente que as experiências musicais terapêuticas revelam as experiências vividas, o modo de ver o mundo, as necessidades e as esperanças da comunidade (PEIXOTO, 2011, p 70).

Na interação surge a preocupação de se engajar no mundo externo, no sentido de exercer uma influência mútua do tipo "dar e receber". É um processo de agir sobre e sofrer a ação de outros, de maneira recíproca. É tocar o outro e ouvir o outro. A Musicoterapia promove a autoexpressão, a interação, a comunicação e nos dá um *feedback* do processo no tempo e do momento presente, possibilitando a descoberta de novas soluções para o futuro no âmbito pessoal e social. “Atividades musicais podem criar novas relações entre os participantes. Quando clientes e pais fazem música juntos com a equipe, é como se provavelmente, o espírito de comunidade fosse reforçada na instituição”³ (Ibidem).

Sugere-se que a Musicoterapia Comunitária pode ser compreendida como um jogo das respostas aos desafios dados por desenvolvimentos contemporâneos na sociedade e na cultura, tais como os processos de modernização (aspectos que incluem a individualização, a especialização e a profissionalização).

A Musicoterapia Comunitária é uma aproximação que trabalha o musical com o público dentro do contexto mais amplo: reconhecendo os fatores sociais e culturais de saúde, doença, relacionamentos e músicas. Na prática, a Musicoterapia Comunitária incentiva aos musicoterapeutas pensar seu trabalho ocorrendo ao longo de um *continuum* que varia do indivíduo ao *communal*. Como esta, a Musicoterapia Comunitária envolve estender o papel,

³“Musical activities can create new relations between the participants in a milieu.when patients and parents make music together with staff, it is likely that the spirit of community is strengthened within the institution”

os alvos e os locais possíveis do trabalho para musicoterapeutas. A Musicoterapia Comunitária aponta desenvolver a teoria consistente visando o *musicating* como uma prática social e cultural acoplada, e como um agente de Promoção da Saúde (STIGE, 2002).

A Musicoterapia tradicional foi praticada no contexto individual melhor que no comunitário e nos *settings* terapêuticos melhor do que em contextos sociais mais amplos. “Os clientes são indivíduos únicos, mas eles também pertencem a uma comunidade” (CURITS & MERCADO, 2004). O bem-estar é experimentado individualmente, mas é afetado também por fatores socioculturais, adicionalmente o bem-estar articula-se no lugar de um indivíduo dentro de sua comunidade. Os musicoterapeutas trabalham com os indivíduos dentro do contexto da terapia, mas trabalham também com os indivíduos dentro do contexto de sua comunidade. Trabalham para realizar a mudança pessoal, mas estão encontrando-se também desafiados para realizar a mudança social. “Comunidade não é somente um contexto para se trabalhar em, mas para se trabalhar com”⁴ (KENNY & STIGE, 2002).

Bruscia denominou Musicoterapia Ecológica a área de atuação específica na comunidade, área onde "muitas de suas práticas ainda não foram identificadas, contextualizadas ou mesmo desenvolvidas" (2000). De acordo com o conceito, “terapia ecológica deriva-se da teoria sistêmica em que todas as entidades são vistas como inextrincavelmente vinculadas entre si com vários níveis de influência recíproca” (Kenny, apud Bruscia 2000). A área ecológica de prática inclui todas as aplicações da música e da Musicoterapia em que o foco primário é promover a saúde em e entre os vários estratos sócio-culturais da comunidade e/ou do ambiente físico. A intervenção se dá na comunidade, o cliente é a comunidade.

A Musicoterapia Comunitária redefine a Musicoterapia como um processo de trabalhar o musical com o contexto dos povos. Reconhece que a comunidade está no coração da vida, no bem-estar individual e na Musicoterapia. Reflete uma mudança dramática na mesma: “O território (da prática musicoterápica) não está somente crescendo, mas mudando e mudando rapidamente”⁵ (STIGE, 2002). A Musicoterapia Comunitária se dá nos meios originais de dirigir-se ao indivíduo como um membro do grupo, como um membro da comunidade e como um participante ativo da sociedade. É de grande importância ver o cliente como um indivíduo cultural na comunidade. O objetivo é ajudar o cliente alcançar uma variedade de situações musicais, e acompanhá-las para que se movam entre “a terapia” e contextos sociais mais

4 Tradução do autor para: "*Community is not only a context to work in; it is also a context to work with*"

5 Tradução do autor para: "*The territory [of music therapy practice] is not only growing, it is changing and changing rapidly*"

amplos do fazer musical.

A Musicoterapia Comunitária reconhece que o processo saúde-doença não é apenas um fenômeno individual, que necessita de mudanças de hábitos. O musicoterapeuta envolvido com os programas de Promoção da Saúde comunitária percebe os fatores envolvidos com o fenômeno saúde-doença. Enquanto prática ecológica, a Musicoterapia Comunitária ocupa-se das atitudes e valores que o grupo tem com relação ao seu meio ambiente e com os modos de lidar com a vulnerabilidade que interfere na saúde (BRUSCIA, 2000).

While biomedicine has traditionally focused upon diseases as separe entities, across-disciplinary interest for the *relational* aspects of health is growing. IF human life is based in culture and social relatedness, ir makes sense that human health is related to this (STIGE, 2004 p 95).

Mesmo quando o terapeuta trabalha para facilitar mudanças no indivíduo, entende-se que tal mudança efetuará a mudança no meio e vice-versa. O discurso é frequentemente social e político, ajustando uma agenda para o trabalho com grupos sociais e definidos que sofrem marginalização. O indivíduo é uma pessoa no contexto. Dele, os elementos culturais internalizados. O trajeto humano individualmente atravessa assim a cultura e o coletivo. Desta forma, nossa comunicação, colaboração e cooperação não se baseiam apenas no comum, mas por sua vez, produzem o comum. Tem a intenção de reorganizar a rede de indivíduos, apontando para esse controle biopolítico. Stige (2002) enfatiza que "o musicoterapeuta pode tentar ajudar os clientes através de uma mudança do mundo, ao menos um pouco" (Ibidem, p 128), argumentando que a mudança social pode ser uma parte da agenda do musicoterapeuta.

I.1.1 PROBLEMATIZANDO A CLÍNICA DA MUSICOTERAPIA

A realidade do fazer clínico no âmbito da saúde, como se conhece atualmente, teve início com a medicina desde o século XVIII. Esse fazer clínico se forma no próprio leito do doente. Muitas revoluções da medicina foram feitas em nome dessa experiência colocada como fonte primeira e como norma constante. No entanto, o que modificava continuamente era a própria rede segundo a qual esta experiência se dava e se articulava em elementos analisáveis.

Imóvel, mas sempre próxima das coisas, a clínica dá à medicina seu verdadeiro movimento histórico; ela apaga os sistemas, enquanto a experiência que os desmente acumula sua verdade... Contra os sistemas, que pertenciam ao tempo negativo, a clínica deve, portanto, inventá-la, mas redescobri-la: já estava presente nas primeiras formas da medicina constituindo toda sua plenitude; basta, portanto, negar o que a

nega, destruir o que nada significa em relação a ela, isto é o prestígio dos sistemas, e deixá-la finalmente gozar de todos os seus direitos. A medicina estará, então, ao mesmo nível que sua verdade (FOUCAULT, 1977a, p 62).

Para Minayo (2001), no trato dos enfermos, o campo da saúde sempre se importou mais com a lógica médica da enfermidade do que com a sociológica dos sujeitos. Também nas organizações dos serviços de saúde, no seu planejamento e avaliação a ênfase tem sido muito maior nos métodos que conferem relevâncias às relações entre funções, papéis e relações técnicas.

A Musicoterapia, como tantas outras disciplinas, historicamente acompanhou o movimento do surgimento da instituição clínica que estava estabelecida ou projetada, e derivava das formas já constituídas do saber que possuíam uma dinâmica própria e acarretavam em uma transformação geral do conhecimento do médico. Ela conduz e organiza uma determinada forma do discurso médico; não inventa um novo conjunto de discursos e práticas (Ibidem).

Todos somos sujeitos de uma cultura, estamos mais ou menos sujeitados a ela por laços mais ou menos visíveis, todos estão condicionados a ela, mesmo para ser marginalizados, loucos, pobres, normais ou gênios. Uma cultura é sua gente, sua comunidade, suas representações, seus projetos. Nos últimos anos surge a necessidade de se priorizar a Promoção e Prevenção como um caminho imprescindível no campo da saúde. As diferentes práticas terapêuticas estão se abrindo a novas abordagens que possibilitem diminuir a vulnerabilidade social e frente às enfermidades físicas e psíquicas (PELLIZZARI, 2004).

Os trabalhadores da saúde estão sendo convidados a se perguntarem sobre seu posicionamento, suas práticas e intervenções, afinal, as mudanças necessárias afetam não apenas ao setor da saúde, como também a cultura em geral e dialogam com outros setores como educação, desenvolvimento, meio ambiente. Nos capítulos posteriores será aprofundada a discussão sobre conceitos como Saúde e Promoção da Saúde, se tratará desse entorno social através da perspectiva do Biopoder e como a Musicoterapia se insere dentro desse contexto.

CAPÍTULO II

DE SAÚDE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Qual a fraqueza do café forte?
Rodrigo Carancho

A Promoção da Saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde (BARROS, et al., 2004). Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando a autonomia durante o processo de cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo.

Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (CARTA DE OTTAWA *in* BRASIL, 2002).

As ações de Promoção da Saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Dentre as estratégias priorizadas pela Promoção à Saúde, merecem destaque a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias. Subsidiando estas estratégias, encontram-se

princípios que afirmam a importância de se atuar nos determinantes e causas da saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais (CARVALHO & GASTALDO, 2008).

Sobre cada uma Paulo Buss (2009) esclarece:

As Políticas Públicas Saudáveis se expressam por diversas abordagens complementares, que incluem: legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, entre outras, e para ações coordenadas que apontam para equidade em saúde, distribuição mais equitativa de renda e políticas sociais. Esse conceito vem em oposição à orientação prévia à Conferência, que identificava a promoção da saúde primordialmente com a correção de comportamentos individuais, que seriam os principais, senão os únicos responsáveis, pela sua saúde.

A Criação de Ambientes Favoráveis à saúde implica o reconhecimento da complexidade de nossa sociedade e das relações de interdependência entre os diversos setores. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças do meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam à saúde como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde. O incremento de poder das comunidades na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde é essencial as iniciativas de Promoção da Saúde. A Carta de Ottawa enfatiza que as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área. É o conceito de empoderamento comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde.

O Desenvolvimento de Habilidades e Atitudes Pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para isto é imprescindível a divulgação de informações sobre e a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações. Este componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a ideia de empoderamento, agora no plano individual, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de consciência política propriamente dita.

A Reorientação dos Serviços de Saúde na direção da concepção da Promoção da Saúde, além do provimento de serviços assistenciais, está entre as medidas preconizadas na Carta de Ottawa. O documento preconiza também uma visão abrangente e intersetorial, ao recomendar a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A percepção de que tais mudanças devem ser acompanhadas na formação dos profissionais da saúde também está presente na declaração resultante da conferência.

Um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chave da Promoção da Saúde é o conceito de “empoderamento”. A origem desta noção remonta às lutas dos novos movimentos sociais entre as décadas de 60 à 80 aos debates em torno da noção de cidadania na sociedade contemporânea (RISSEL, 1994). O empoderamento por sua vez, é a condição que uma pessoa, um grupo social ou uma comunidade tem de ampliar, sistematicamente, sua capacidade de empreender ações, negociar e pactuar com outros atores sociais a favor do bem comum, como também de se fazer ouvir, de ser respeitada e de agir coletivamente para resolver problemas e suprir necessidades comuns (MONKEN & BARCELLOS, 2007).

Genericamente este termo pode ser definido como o acúmulo de poder no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. É um processo e ao mesmo tempo um resultado de ações que afetam a distribuição do poder. Através do ‘empowerment’ a Nova Promoção da Saúde pretende capacitar, possibilitar indivíduos e coletivos a aprender, através da vida. O ‘empowerment’ sintetiza os objetivos maiores da Nova Promoção à Saúde e é, junto com a participação comunitária, um elemento de singularização desta corrente perante as demais vertentes de Promoção à Saúde (CARVALHO, 2005)

O objetivo da Promoção da Saúde é desenvolver a autonomia dos sujeitos e coletividades para estabelecer possibilidades de criação de normas para suas vidas, formas de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos, que sejam mais criativas, solidárias e produtoras de movimento; satisfação de suas necessidades e desejos, possibilidades de prazer.

Acompanhar-ser-á na sequência, um movimento decisivo de sistematização de ações em saúde que rompessem com o paradigma biomédico, abrindo dessa forma a possibilidade de pensar Promoção da Saúde, deu-se em 1974 a partir do Relatório Lalonde e reforçado, mas reformulado em 1986 com o Relatório Epp (BRASIL, 2002). Reforçado porque ambos os documentos compartilham com a ideia de que havia a necessidade de ampliar o entendimento do processo saúde-doença. No entanto, discordam da ênfase na intervenção que visa transformar hábitos de vida e da culpabilização dos indivíduos por comportamentos cujas

6 No decorrer do texto dessa dissertação será utilizado o termo “empoderamento” em português (Carvalho & Gastaldo, 2008). No entanto, as citações feitas respeitarão a grafia dos respectivos autores. Nesse caso aparecerá também “empowerment”.

causas encontram explicação no entorno social. Creio ser importante apresentar esses dos momentos da formulação desse conceito.

O Relatório de Lalonde marca o início das discussões acerca do tema Promoção da Saúde, conhecido por sua vertente Behaviorista, preconiza a ação do sujeito visando comportamentos saudáveis e não saudáveis, em determinados contextos, estratégias behavioristas de Promoção da Saúde podem vir a constituir-se em uma escusa para a retirada do Estado do setor de atenção à saúde à custa de uma maior responsabilização dos indivíduos por seus problemas (CARVALHO, 2005)

O sentimento de controle pessoal sobre a doença é fator que esclarece a popularidade dessa corrente. Em uma era onde crescem as ameaças socioambientais ao homem, torna-se confortável pensar que ações individuais reduzem as chances de uma morte precoce. É importante lembrar que essa postura contribui, de passagem, para a defesa da ideia de que possível assegurar saúde sem que seja necessário realizar transformações no modo de produção vigente, nas relações sociais e (ou) de governantes (TESH apud CARVALHO, 2005). Parte das razões que explicam o sucesso da corrente behaviorista, estão, contraditoriamente, nas raízes de seus problemas e insuficiências. O Relatório de Lalonde ameaça uma abertura para o social na determinação da doença ao sugerir a utilização da noção de “campo de saúde” e formular um modelo explicativo ampliado do processo saúde/doença. Este insight, porém, é negado no interior do próprio documento. Aos poucos o social, na saúde, vai se tornando sinônimo de “estilo de vida saudável”. Desta maneira, o social se dilui em uma retórica comportamental a-história, que toma o ambiente como tudo aquilo que inclui todas as coisas relacionadas com a saúde e que são externas ao corpo humano sobre o qual o indivíduo tem pouco ou nenhum controle (CARVALHO, 2005).

O modelo educacional behaviorista da Promoção da Saúde é um outro fator que não contribui para a produção de sujeitos autônomos e para o enfrentamento do status quo. O Relatório de Lalonde aproxima-se de uma perspectiva pedagógica verticalista e autoritária parece-me uma abordagem moralista e normativa em que predomina a racionalidade dos técnicos e de saberes “científicos”. Ainda que reconheça a existência de pessoas concretas, a corrente behaviorista da Promoção à Saúde não as incorpora na construção ativa de modos de seguir a vida (Ibidem).

Segundo Sérgio Resende Carvalho (2005) essa perspectiva não contempla temas como poder, sujeitos sociais, estruturas sociais, capitalismo e luta de classes. O social da corrente behaviorista não inclui temas como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho e de vida, democracia, participação e direito. Essa limitação da corrente de Promoção da Saúde Behaviorista responde na visão de muitos críticos, pela culpabilização das vítimas.

Trata-se de um processo no qual alguns setores, à margem do desenvolvimento capitalista, passam a ser responsabilizados por problemas de saúde cujas causas encontram-se fora de suas governabilidade.

Na década de oitenta a corrente behaviorista passa a ocupar uma posição secundária no contexto dos debates sanitários, efeito da atualização do Movimento de Promoção da Saúde de modo a superar os limites teóricos e práticos da corrente behaviorista. Seminários e conferências realizados no Canadá e na Europa congregaram a produção de diversos atores e instituições, dando origem à corrente da Nova Promoção da Saúde, cujo documento mais conhecido é a Carta de Ottawa.

O “Epp Report” foi um documento divulgado na 1 Conferência Internacional de Promoção da Saúde e junto com a Carta de Otawa tornam-se novos referenciais para as ações de Promoção da Saúde. O documento propõe medidas de revigoramento deste pensamento, a redução da iniquidade, o incremento de ações preventivas, e a ampliação da capacidade dos indivíduos em lidar com as limitações advindas de doenças incuráveis e (ou) patologias crônicas comuns à terceira idade. Sugere como mecanismos de intervenção do autocuidado, a ajuda mútua e a atenção ao ambiente. Recomenda como estratégias primordiais a participação pública, o fortalecimento dos serviços de saúde na comunidade e a busca de adesão de setores extra-saúde a políticas públicas saudáveis. A melhoria da qualidade de vida de grupos e coletivos passa necessariamente pela consideração de que saúde é um bem comum e um direito (CARVALHO, 2005).

Destaque-se a escolha da perspectiva aqui apresentada por Carvalho (2005) como “Nova Promoção da Saúde” para orientar e fundamentar metodologicamente esta pesquisa. Como o objetivo era apresentar a diferença das abordagens, seguiremos a discussão com a utilização do termo “Promoção da Saúde” (BARROS, et al, 2004, BRASIL, 2002, CARVALHO & GASTALDO, 2008).

II.1 SAÚDE E DOENÇA UM POUCO DESSA CONSTRUÇÃO

Cotidianamente expressamos compreensões sobre saúde e doença. Quando nos detemos em reportagens ou propagandas midiáticas sobre alimentação, produtos de beleza, medicação e estilo de vida saudável, quando organizamos nosso dia-a-dia em função no nosso bem-estar, nos referimos a uma determinada concepção do que é para cada um, saúde e enfermidade. A transformação da saúde em valor individual na sociedade de consumo é

atestada pela crescente preocupação com a adoção de comportamentos saudáveis, pela propagação de modelos ideais. No meio acadêmico, o debate dessa temática se renova motivado principalmente pelas discussões em torno da necessidade de mudanças no atual modelo de atenção à saúde, do movimento da Promoção da Saúde e pela própria crise no setor (BATISTELLA, 2007).

Segundo Batistella, a saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas. Ao longo da história, os modelos de explicação da saúde e da doença sempre estiveram vinculados aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas. A diversidade de práticas que procuram atuar em saúde tem estreita relação com as formações sociais e econômicas, os significados e o conhecimento disponível em cada época.

Por muito tempo, e ainda com uma expressão marcante no tempo contemporâneo, o pensamento mágico-religioso foi responsável pela manutenção da coesão social e pelo desenvolvimento inicial da prática médica. Nas diferentes culturas, o papel da cura estava entregue a indivíduos iniciados considerados líderes espirituais com funções e poderes de natureza mística.

Com um forte enraizamento histórico nas mais diferentes culturas, a visão mágico-religiosa ainda exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea. De um lado, o uso disseminado de chás, o recurso às rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de purificação, presentes nas diversas crenças e religiões (católica, evangélica, espírita, candomblé entre outras), atestam a força de sua presença na cultura brasileira (BATISTELLA, 2007, p 4).

Com o desenvolvimento da vida comunitária os problemas de saúde se acentuaram significativamente. O início da agricultura permitiu a fixação do homem em sítios próximos de rios e vales férteis, dando origem aos primeiros aldeamentos. A domesticação dos animais foi elemento crucial no aparecimento de novas doenças. O excedente gerado pelo aumento da produção agrícola será responsável pela intensificação das trocas e o surgimento do comércio entre populações. O aumento dos contatos humano proveniente destas atividades irá favorecer a circulação de parasitos e a disseminação das doenças (Ibidem).

O apogeu da civilização grega marca o surgimento de explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença, refletem no rompimento com a superstição e as práticas mágicas. A observação empírica da natureza irá fornecer os elementos centrais para a organização de um novo modo de conceber o adoecimento humano. É principalmente através de Hipócrates (460-377 a.C.) e de sua obra que tomamos contato com uma abordagem

racional da medicina, bem como com o desenvolvimento dos conceitos de Endemia e Epidemia. Essa observação terá um importante aspecto prático, conduzindo e orientando as atitudes e a organização das comunidades gregas no sentido da prevenção das doenças por ocasião da conquista territoriais. Data daí os primeiros contratos de médicos municipais, que em comunidades maiores deixavam de exercer seu ofício de forma itinerante (Ibidem).

Com a queda do Império Romano, que apresentaram notável desenvolvimento em engenharia sanitária e a administração, e a ascensão do regime feudal, por volta do ano 476 d.C., evidenciaram-se o declínio da cultura urbana e a decadência da organização e das práticas de saúde pública. A Idade Média (500-1500 d.C.) foi marcada pelo sofrimento impingido pelas inúmeras pestilências e epidemias à população. A expansão e o fortalecimento da Igreja são traços marcantes desse período. O cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre a doença e o pecado. Como este mundo representava apenas uma passagem para purificação da alma, as doenças passaram a ser entendidas como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio. Somente no final da Idade Média é que, pouco a pouco, foram sendo criados códigos sanitários visando normatizar a localização de chiqueiros, matadouros, o despejo de restos, o recolhimento do lixo, a pavimentação das ruas e a canalização de dejetos para poços cobertos (ROSEN, 1994).

Em 1530, quando o Renascimento se constituía e a transição para a Modernidade encontrava-se em curso, estudos sobre agentes específicos para cada doença avançam, pesquisadores intuía que a transmissão das doenças de pessoa a pessoa ocorria em função de partículas imperceptíveis, ou germes de contágio. O interesse crescente dos intelectuais em se aproximar do conhecimento da natureza, das coisas reais tinha como objetivo refutar uma concepção meramente retórica ou contemplativa do saber. Reivindicavam “um saber em que a observação dos fenômenos, a atenção às obras, a pesquisa empírica fossem mais importantes do que as evasões retóricas, as complacências verbais, as sutilezas lógicas, as construções apriorísticas” (ROSSI apud BATISTELLA, 2007).

A afirmação de um novo tipo de conhecimento se dava principalmente por meio da publicação de inúmeros tratados técnicos, favorecendo o contato entre o saber científico e o saber técnico-artesanal. Nasce daí uma intensa cooperação entre cientistas e técnicos, entre ciência e indústria. Pouco a pouco vão sendo estabelecidas as bases de um pensamento científico cujo discurso pré-moderno passa a submeter todo e qualquer conhecimento à prova da prática. No campo da saúde, passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia, e de individualização da descrição das doenças, fundada na observação clínica e epidemiológica. A experiência acumulada pelos médicos forneceu elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano (Ibidem, p 7).

A expansão comercial do mercantilismo impulsiona a indústria nascente, e a produção torna-se elemento central na atividade econômica dos países. A introdução da máquina a vapor intensifica o ritmo produtivo, as fábricas passam a demandar mais mão de obra, e as cidades crescem nas periferias. As péssimas condições de trabalho começam a chamar a atenção dos administradores. O corpo, tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente, será objeto de políticas, práticas e normas. Surgem as primeiras regulações visando à saúde nas fábricas. Dentre estas, a redução da excessiva carga horária de trabalho (BATISTELLA, 2007).

O conjunto de doutrinas políticas e econômicas do Estado Moderno vai tomar o trabalho como elemento central de preocupação dos governos, influenciando diretamente a administração da saúde pública. Da necessidade de manutenção do poder dos Estados Nacionais surgem os registros de estado, e entre eles, a estatística médica. Neste contexto, a medicina passa a considerar os aspectos econômicos, sociais e culturais envolvidos na saúde/doença da população (Ibidem).

Até meados do século XIX, a saúde pública dispunha de poucos instrumentos para o controle de doenças. Os mais utilizados eram o isolamento e a quarentena. O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e da microbiologia resultou no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação, repercutindo na criação de laboratórios de microbiologia e imunologia em diversos países. Reflexo dessa disseminação, os indicadores de mortalidade decrescem continuamente, fruto da diminuição da frequência de certas doenças. À medida que eram identificados os modos de transmissão e as formas de reprodução de vetores específicos, várias melhorias sanitárias e das condições de vida dos habitantes foram incentivadas (BATISTELLA, 2007).

O surgimento da microbiologia também denotava a própria expressão da revolução científica no campo da saúde, e como tal, representou um reducionismo do fenômeno, enfatizando seus aspectos verificáveis. A subjetividade dá lugar à objetividade na definição da doença, a abordagem qualitativa é subordinada às análises quantitativas. A fisiologia, a anatomia patológica, a imunologia e a farmacologia estruturam um novo pensamento médico científico (Ibidem).

A década de 1960 foi bastante rica em análises que criticavam o modelo da história natural da doença, propondo uma abordagem mais ampla, que considerasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade. O modelo da determinação social da saúde/doença procura articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo.

Assim, são considerados os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária.

A construção de um novo marco explicativo que supere a concepção biologicista linear de simples causa-efeito aponta o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou doença. A noção de 'causalidade' é substituída, do ponto de vista analítico, pela noção de 'determinação', com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação da saúde e doença. Está vinculada à compreensão dos 'modos e estilos de vida', derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço (BATISTELLA, 2007, p 13).

II.2 LOCALIZANDO O CONCEITO DE SAÚDE

A perspectiva de saúde enquanto ausência de doença continua largamente difundida no senso comum, não se restringindo a esta dimensão do conhecimento. Pelo contrário, essa ideia não só é afirmada pela medicina, como orienta a maior parte das pesquisas e da produção tecnológica em saúde, especialmente aquelas referentes aos avanços na área de diagnóstico. A ruptura desse sistema teórico será realizada com o advento da clínica moderna. O hospital, anteriormente concebido como lugar de exclusão dos doentes e miseráveis do meio social e de exercício de caridade, transforma-se, gradativamente, em local de cura. A substituição do poder religioso pelo dos médicos na organização do hospital, o esquadrinhamento e a divisão de seu espaço interno – permitindo a separação de doentes classificados de acordo com os sintomas – e o registro sistemático e permanente das informações do pacientes, dentre outros fatores, foram fundamentais para essa mudança (BATISTELLA, 2007).

Por envolver diferentes dimensões e aspectos constitutivos, torna-se bastante difícil uma definição de saúde. Ao contrário da doença, cuja explicação foi perseguida de modo incessante pelo homem, a saúde parece ter recebido pouca atenção de filósofos e cientistas (Ibidem). Muitas são as possibilidades de trabalho que surgem a partir de cada viés em que o conceito de saúde é abordado. Nessa pesquisa afastar-nos-emos da visão prevista pela OMS em 1948 que aborda saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Para nos aproximarmos de um conceito de saúde singularizado defendido por Canguilhem (2009).

O autor destaca a impossibilidade de se definir a saúde de forma universal, pois a saúde de um organismo não é forçosamente a saúde do outro. A saúde só pode ser definida de forma particular. Para cada organismo, algo se harmoniza no interior desse corpo e nas

relações com o meio, a saúde varia de acordo com o meio e o organismo. Essa característica conferida à saúde atribui a ela um aspecto subjetivo radical.

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (Ibidem, p 77).

O estado patológico não é apenas uma variação quantitativa (falta ou excesso) do estado fisiológico. Canguilhem (2009) alerta: “é em relação a uma norma que se pode falar de mais ou de menos, no campo das funções e das necessidades fisiológicas” (p 43). Para chegar a esse entendimento, o autor investiga as relações entre norma e saúde. A saúde, por sua vez, envolve muito mais que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo. Implica a capacidade de instituir novas normas. Canguilhem critica o reducionismo da concepção biomédica mecanicista: “é compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva. (...) A clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções” (p 33).

A doença é, ao mesmo tempo, privação e reformulação. O doente deve sempre ser julgado em relação com a situação à qual ele reage e com os instrumentos de ação que o meio próprio lhe oferece. A saúde é um guia regulador das possibilidades de reação. A vida está, habitualmente, aquém de suas possibilidades, porém, se necessário, mostra-se superior à sua capacidade presumida:

Achamos que a medicina existe como arte da vida porque o vivente humano considera, ele próprio, como patológicos — e devendo, portanto, ser evitados ou corrigidos — certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são apreendidos sob a forma de valores negativos. Achamos que, dessa forma, o vivente humano prolonga, de modo mais ou menos lúcido, um efeito espontâneo, próprio da vida, para lutar contra aquilo que constitui um obstáculo à sua manutenção e a seu desenvolvimento tomados como normas (Ibidem, p 48).

Canguilhem (2009) argumenta que o organismo sadio procura realizar sua natureza, mais do que se manter em seu estado e em seus meios atuais e isso exige que o organismo, enfrentando riscos, aceite a eventualidade de reações catastróficas. O homem sadio não foge diante dos problemas causados pelas alterações de seus hábitos, ele mede sua saúde pela capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem. O homem só se sente em boa saúde quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também, normativo, capaz de seguir novas normas de vida. “A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais” (Ibidem, p 80).

II.3 RETORNANDO À PROMOÇÃO DA SAÚDE

Realizamos até aqui uma rápida trajetória de como a cultura ocidental se relacionou e atuou com os processos de saúde e doença. Também apresentamos o conceito de saúde do qual nos aproximaremos. Nesse momento se faz necessário focalizar no movimento do pensar saúde, que de fato não abandona o viés biomédico, mas abre-se para o conceito ampliado possibilitando dessa forma, abordar o conceito de Promoção da Saúde.

O conceito ampliado de saúde foi formulado na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no ano de 1986, fruto de intensa mobilização, que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde (BRASIL, 1986). Representando uma conquista social sem precedentes ao transformar-se em texto constitucional em 1988 (BATISTELLA, 2007).

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p 4)

O texto defende como princípios e diretrizes para um novo e único sistema de saúde a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social. Postulados que procuram resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades,

contrapondo-se à concepção baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo.

Para Batistella (2007) pensar saúde como acesso à educação, trabalho, transporte, lazer, alimentação etc, implica a superação do modelo biomédico e a adoção de outros princípios norteadores capazes de auxiliar na necessária reorganização do modelo de atenção à saúde, ainda voltado às ações curativas e assistenciais. Embora a saúde tenha sido promulgada na Constituição Brasileira como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), a norma está bastante distante de sua expressão real, e a organização dos serviços de saúde não parece estar preparada política e tecnicamente a repensar suas práticas. O conceito e as práticas de Promoção da Saúde têm representado uma possibilidade concreta de ruptura desse paradigma ao proporem uma nova forma de conceber e intervir no campo da saúde.

A Carta de Ottawa, principal produto da I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, de 1986, definiu a Promoção da Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Buss, 2009). Os cinco campos centrais de ação propostos foram: Elaboração e implementação de ‘políticas públicas saudáveis’; Criação de ‘ambientes favoráveis à saúde’; Reforço da ‘ação comunitária’; Desenvolvimento de ‘habilidades pessoais’; ‘Reorientação dos serviços de saúde’ (Ibidem).

O reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre os diversos setores; a aquisição de poder técnico e consciência política para que a comunidade atue em prol de sua saúde, entre outras ações, dependem substancialmente da garantia de acesso da população à informação, às oportunidades de aprendizagem e ao planejamento das ações.

Mesmo reconhecida como uma das mais instigantes propostas para operacionalizar o conceito positivo da saúde, a Promoção da Saúde tem recebido duras críticas que incidem sobre aspecto do desenvolvimento de habilidades pessoais.

Se, por um lado, é imprescindível a divulgação de informações sobre diferentes aspectos relativos à saúde – de modo que a população tenha como orientar suas condutas –; por outro, quando essa perspectiva é adotada como o próprio conceito de promoção, opera-se um reducionismo que empobrece a potencialidade de seu alcance (BATISTELLA, 2007, p 77).

De acordo com Batistella (2007) os problemas da Promoção da Saúde ficam mais evidentes quando analisamos o desenvolvimento da autonomia: em uma vertente behaviorista, reduz-se a autonomia no nível dos indivíduos, traduzindo-a como desresponsabilização do

Estado e conseqüente fortalecimento das propostas de modelagem de comportamentos saudáveis como forma de os indivíduos tomarem conta de si mesmos. Em outra direção, para a vertente crítica, a autonomia decorre da conquista social do controle dos determinantes e condicionantes da saúde, invertendo o foco do modelo de ênfase curativa, assistencial, medicalizante para o de um modelo em que se estruturam políticas intersetoriais visando à qualidade de vida. É nessa segunda via que residem as potencialidades de operacionalização de um conceito amplo de saúde.

O fato de o conceito de saúde ser impreciso, dinâmico e abrangente não impede que seja possível tomá-lo como eixo para a reorientação das práticas de saúde. Pelo contrário: sua importância é fundamental para a superação de um modelo de atenção biologicista, medicalizante e prescritivo.

Situam-se em meados da década de setenta as discussões relativas ao cuidado da saúde que extrapolam a tradicional abordagem da atenção médica. Dentre os inúmeros propósitos com tal objetivo, destacam-se dois momentos em especial: a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior - com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1973 e 1974. Foram registradas atividades realizadas em ambiente rural e aplicadas pelos chineses desde 1965 referindo uma série de intervenções para a melhoria da saúde desenvolvidas pelos Comitês Comunais. Sob a orientação dos responsáveis pela saúde- “médicos descalços” (*barefoot doctors*), os mais distintos segmentos da população eram envolvidos em um clima de autoconfiança, a fim de se organizarem enquanto comunidade; promoverem o incentivo de indústrias caseiras; atenderem aos anciãos, mais além da assistência do Estado; cuidarem da saúde ambiental; realizarem cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais; e promoverem campanhas de saúde em todos os níveis visando substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade (BRASIL, 2002).

O segundo fato determinante foi o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses em 1974; reforçado em 1986 com o Relatório Epp - Alcançando Saúde Para Todos (Ibidem).

Segundo as Cartas de Promoção da Saúde, redigidas pelo Ministério da Saúde do Brasil (2002), em 1978 formalizou-se a Conferência de Alma-Ata, cujo objetivo era estabelecer novos paradigmas no âmbito da saúde. Numa tentativa de se aproximar da abordagem chinesa, não convencional, mas bem sucedida; e aproveitar as ideias observadas na conformação da proposta de atenção primária de saúde. Nesse encontro inicia-se o debate

sobre a participação da população individual e coletivamente na planificação, aplicação e controle das ações de saúde; a compreensão de que educação, nutrição, assistência materno infantil e saneamento básico são condicionadores de saúde; a intervenção de diversos setores sociais e econômicos na conquista do mais alto grau de saúde; e que a Promoção da Saúde é indispensável para o desenvolvimento econômico e social bem como para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

A estratégia de atenção primária de saúde (Alma-Ata) com o enfoque multisetorial, o envolvimento comunitário e os componentes de tecnologia apropriada, reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental. Em 1981 a Primeira Conferência Nacional de Saúde, no Canadá, introduziu a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante de saúde fomentando dessa forma a atenção ao “estilo de vida” dos indivíduos, afinal, a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Promoção da Saúde passa a abarcar uma atuação que se estende ao âmbito da prevenção apoiando o povo no enfrentamento de arbitrariedades, incluindo o status socioeconômico.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde é realizada em Ottawa em 1986, sendo considerada como marco de referência principal da Promoção da Saúde. Observando-se ao longo dos oito anos de discussão, o amadurecimento da proposta que contempla a abordagem intersetorial; a ampliação dos determinantes da saúde, levando em conta fatores transnacionais, a integração da economia global, os mercados financeiros e o acesso aos meios de comunicação; o empoderamento, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde; e a uma melhor qualidade de vida, com ênfase em ambientes saudáveis e equidade (BRASIL, 2002).

A partir da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde de 1990, marcos legais e normativos para a conformação do Sistema Único de Saúde SUS, ressalta-se a abrangência e a profundidade das mudanças propostas apresentadas no relatório da 8ª Conferência de Saúde que orientou os constituintes dedicados à elaboração da Carta Magna de 1988 e os militantes do movimento sanitário (CRUZ, *s/d*).

Art. 2º -A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art.196).

Todos os países signatários da Conferência Internacional de Promoção da Saúde de 1986, comprometeram-se a atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores. No Brasil faz-se presente na proposta da Vigilância à Saúde, sustenta o projeto de Cidades Saudáveis, influencia práticas de Educação à Saúde e suas diretrizes são partes estruturantes de muitos dos projetos de reorganização da rede básica, hoje vinculados ao Programa Saúde da Família (CARVALHO, 2004).

É uma das estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e de operar que, articulado às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Produzir saúde por meio da perspectiva da Promoção da Saúde significa comprometer-se com sujeitos e coletividades que expressem crescente autonomia, crescente capacidade para gerenciar satisfatoriamente os limites e os riscos impostos pela doença, pela constituição genética e pelo contexto sócio-político-econômico-cultural, enfim pela vida. (CAPONI, in BRASIL 2009).

Na perspectiva da Promoção da Saúde, a gestão sanitária envolve, fundamentalmente, o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A Promoção da Saúde coloca a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas, no campo da saúde, e, mais ainda, no campo das políticas públicas, faça-se por meio da construção e da gestão compartilhada. Promover saúde é, portanto, ampliar o entendimento do processo saúde/adoecimento, de modo que se ultrapasse a tensão que coloca indivíduo e coletivo em antagonismo, pela conjugação clínica e política, atenção e gestão (BRASIL, 2009).

De acordo com seu relatório, a 13ª Conferência Nacional de Saúde⁷ (2009) realizada em novembro de 2007, simboliza o ápice do desenvolvimento e do amadurecimento da sociedade brasileira no que diz respeito as discussões e deliberações democráticas sobre as políticas públicas de saúde do País. Dos 5.564 municípios brasileiros, 4.430 realizaram suas Conferências Municipais, 77% de todos os municípios do país.

Nesse encontro é possível perceber que há uma preocupação, ainda tímida, com relação a Promoção da Saúde. Das cerca de 500 resoluções distribuídas entre três eixos: Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI; Políticas Públicas para Saúde e Qualidade e vida; e A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde; quatro delas são voltadas essencialmente à Promoção da Saúde: 1.

⁷ Em novembro de 2011 foi realizada a 14ª Conferência Nacional de Saúde, mas o relatório oficial ainda não fora disponibilizado, a fim de se atualizar os dados mencionados.

Implantar modelo de atenção em que a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja a porta de entrada para o sistema, com a equipe multiprofissional necessária para realizar as ações de promoção e de prevenção; 2. O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem viabilizar as ações específicas referidas na Política de Promoção da Saúde, viabilizando recursos financeiros e capacitando profissionais para sua execução; 3. Ministérios e secretarias de educação e saúde devem estimular e apoiar práticas educacionais criativas para viabilizar as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde; e 4. Que na construção do Pacto pela Saúde seja incluído o componente da saúde na perspectiva da responsabilização em torno de ações intersetoriais que permitam a construção de estratégias para Promoção da Saúde e inclusão social, qualificação da gestão participativa e mobilização em defesa da saúde como espaço de concretização da cidadania e defesa da vida.

A fim de realizar um levantamento sobre como o Estado vem arquitetando e implantando políticas públicas em Promoção da Saúde, buscou-se elementos em documentos oficiais como Relatórios, Declarações e Cartilhas criadas pelo próprio Ministério de Saúde, bem como nos *web sites* do Ministério de Saúde e Secretarias de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e do Município do Rio de Janeiro.

Através deles pôde-se perceber, como já mostrado anteriormente, a preocupação em relação a Promoção da Saúde, porém o que chama atenção é que os programas que são apresentados na página principal da web site são poucos e muito pontuais. Um deles **Academia da Saúde**, criado pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, tem como principal objetivo contribuir para a Promoção da Saúde da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. O **Programa Nacional de Controle do Tabagismo** cujo objetivo é prevenir doenças e reduzir a incidência do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabaco, por meio de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. E a **Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição** (CGAN) relaciona-se, na estrutura orgânica do Ministério da Saúde, ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde . Tem como principal missão implementar ações de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) com vistas a garantia de condições de saúde adequadas à população brasileira.

8 Todos os documentos oficiais utilizados estão disponibilizados na *website* do Ministério da Saúde (<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm>).

No *web site* da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (<http://www.saude.rj.gov.br/>) encontrou-se a apresentação do SAB- Superintendência de Atenção Básica, que possui como campo de ação o desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde no Estado do Rio de Janeiro, apoiando os municípios na organização de suas redes de serviços, na escolha de modelos de atenção adequados à sua realidade. A SAB está organizada em uma Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Básica e nas Áreas Técnicas: Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Adolescente / Nutrição, Ações contra à Violência, SOS Mulher, Populações em Situação de Vulnerabilidade, Práticas Integrativas, Monitoramento e Avaliação, Saúde Bucal e Saúde.

E pela *web site* da Secretaria de Saúde do Município do Rio Janeiro nenhum conteúdo foi encontrado para os parâmetros de busca fornecidos.

Todos os outros programas e projetos apresentados nas páginas de internet do Ministério e das Secretarias estão vinculados á reabilitação e controle epidemiológico.

CAPÍTULO III

EMPODERAMENTO

Quem não tem onde cair morto precisa morrer em pé?
Rodrigo Carancho

Como acompanhamos anteriormente, no Brasil, o ideário da Promoção da Saúde tem sido objeto de interesse de inúmeros estudiosos e dirigentes do setor saúde. Dentre as estratégias priorizadas pela Promoção Saúde, merecem destaque a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias. Seus princípios e diretrizes influenciam a elaboração do arcabouço teórico do modelo de Vigilância à Saúde, sustentam a proposta de Cidades Saudáveis, subsidiam práticas de Educação à Saúde e se fazem presentes junto a projetos de reorganização da rede básica que vêm, nos últimos anos, se desenvolvendo sob o manto do Programa Saúde da Família.

Limites teóricos e práticos da abordagem behaviorista estimulam o surgimento, nos anos 80, de uma perspectiva socioambiental (CARVALHO, 2002, 2004, CARVALHO & GASTALDO, 2008).

A abordagem socioambiental, consolidada no contexto internacional nos últimos quinze anos, preconiza a centralidade das condições de vida para a saúde dos indivíduos e grupamentos humanos apontando, como pré-requisitos essenciais para a saúde, a necessidade de uma maior justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação e salários apropriados. Garantir condições dignas de vida e possibilitar que indivíduos e coletivos tenham um maior controle sobre os determinantes da saúde são alguns dos objetivos centrais da Promoção à Saúde (CARVALHO & GASTALDO, 2008 p 2030).

Segundo Carvalho (2002, 2004) esta abordagem, apresentada como um segundo momento da Promoção da Saúde, introduziu novas ideias, linguagens e conceitos sobre o que é saúde e apontou novos caminhos para a produção da saúde. Esta abordagem reconhece, igualmente, que a assistência à saúde tem papel fundamental na determinação do processo saúde-doença, recomendando a reorientação dos serviços e sistemas de saúde visando à implementação de práticas integrais e o fortalecimento de ações de Promoção da Saúde. Para isto, considera necessário, uma mudança de atitude dos profissionais de saúde através de processos educativos, treinamentos e novos formatos organizacionais. Preconiza a orientação dos serviços para a necessidade dos sujeitos como um todo, devendo se organizar respeitando

as diferenças culturais existentes. Propondo que este se dê a partir do compartilhamento de responsabilidades e da parceria entre usuários, profissionais, instituições.

Empoderamento (CARVALHO & GASTALDO, 2008) é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É uma ideia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ação social presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de autoajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90 recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico. O conceito de empoderamento

está presente, por exemplo, nas definições ‘saúde’ e ‘promoção à saúde’ e no âmbito de estratégias da PS como as de ‘participação comunitária’, ‘educação em saúde e ‘políticas públicas saudáveis’. Através do empoderamento, a Promoção à Saúde procura possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades, sugerindo que estas ações devam ser realizadas em distintos *settings*, entre os quais a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários (CARVALHO & GASTALDO, 2008, p 2031).

III.1 EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO E COMUNITÁRIO: DETERMINANTES DA PRÁTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O termo empoderamento vem sendo entendido em duas perspectivas principais: o empoderamento psicológico e o empoderamento comunitário (RISSEL, 1994; RAERBUN & ROOTMAN, 1998; CARVALHO, 2002). Ambas se fazem presentes em distintas interpretações do ideário da Promoção da Saúde. A dinâmica do empoderamento psicológico que privilegia a ação sobre o indivíduo, apresenta diferenças importantes em relação à do empoderamento comunitário que enfatiza a ação sobre coletivos. Diferenças cujas implicações mostram-se determinantes nas práticas da Promoção da Saúde.

III.1.1 EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO

Percebe-se que, desde o advento da promoção, uma das mudanças notórias na prática de saúde pública no Brasil tem sido a sutil implementação de estratégias de culpabilização (CASTIEL, 2007) das próprias vítimas da nossa crise sanitária. Além da propagação de

modelos behavioristas de trabalho no campo da prevenção e da promoção, “absolutamente avessas a qualquer pedagogia da problematização” (STOTZ & ARAÚJO, 2004).

Ser saudável, nesta concepção reformulada, é mais do que não estar doente, pois envolve uma concepção de vida com qualidade, que inclui bem-estar físico, mental e social - se não completo, pelo menos, expressos em sua máxima potência. Nesse sentido, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida compõe o conjunto de campos de ação da promoção da saúde que favorecem esta expressão da máxima potência saudável. Este componente da Carta de Ottawa trata da dimensão da educação em saúde, resgatando a ideia de empoderamento no plano individual, que significa o processo de aquisição de conhecimentos e de consciência política capazes de tornar o indivíduo apto a atuar em prol de sua saúde (FURTADO, 2010).

Conceitua-se empoderamento psicológico um processo que tem como objetivo possibilitar que os indivíduos tenham “um sentimento de maior controle sobre a própria vida” (RIGER, 1993, p 280). Indivíduo empoderado nesse contexto é sinônimo de uma pessoa “comedida, independente e autoconfiante, capaz de comportar-se de uma determinada maneira e de influenciar o seu meio e atuar de acordo com abstratos princípios de justiça e de equilíbrio” (Ibidem).

Entende-se empoderamento psicológico como um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas. Influenciando esta formulação encontramos uma perspectiva filosófica individualista que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais; uma visão que fragmenta a condição humana no momento em que desconecta, artificialmente, o comportamento dos homens do contexto sociopolítico em que eles encontram-se inseridos (CARVALHO, 2002; 2004).

Deste arcabouço deriva a formulação de estratégias de promoção que têm como objetivo fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio e o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade. Sérgio Resende Carvalho (2002; 2004) aponta para o fato de que esse sentimento cria a ilusão de sua existência efetiva de poder por parte dos indivíduos, no momento em que a maior parte da vida é controlada por políticas e práticas macrossociais. Mariama Furtado (2010) endossa esse pensamento em sua dissertação de

mestrado intitulada “Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: A ênfase no Discurso da Autonomia⁹”

De modo geral, identificamos aí um discurso que, de certa maneira, destoa da realidade brasileira - marcada por uma acentuada desigualdade sócio-econômica -, pois este discurso supõe que a população à qual se dirige é composta de pessoas providas de condições sociais, e que através do esclarecimento teria a possibilidade de escolher entre este ou aquele modo de vida mais ou menos saudável. No entanto, sabemos que não se trata tão somente de uma questão de eleger opções de viver, mas de muitas vezes estar submetido a um certo modo de vida precário resultante de uma série de fatores que compõem o cenário brasileiro e que dificultam, quando não inviabilizam, a possibilidade de escolha (p 60).

O que está em questão não é o poder real, mas sim, o senso de empoderamento levando à personalização da política que pode favorecer a manutenção do *status quo*.

Esta concepção de ‘*empowerment*’ nem sempre incide sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade e pode constituir-se em mecanismo de regulação social. Declarações de princípios contra a iniquidade social, a favor de uma sociedade saudável e socialmente justa, e que preconizam o ‘*empowerment*’ de indivíduos e coletivos podem transformar-se em discursos vazios no momento em que não se discute as raízes dos problemas nem se busca apontar alternativas ao *status quo*. Por meio destes artifícios, governos e instituições conservadoras podem legitimar suas práticas neutralizando, de passagem, proposições que questionam a ordem social (CARVALHO, 2004, p 1091).

É inegável a eficácia pontual do empoderamento psicológico para reflexão cotidiana acerca de saúde, no entanto, acredita-se que o mesmo é insuficiente para instrumentalizar práticas que incidam sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade, podendo facilmente transformar-se em um mecanismo de regulação e de controle sobre certos grupos sociais.

III.1.2 EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

No processo de resignificação e repolitização do conceito de empoderamento, esta abordagem trabalha com a noção de poder enquanto um recurso, material e não-material, distribuído de forma desigual na sociedade, como uma categoria conflitiva na qual convivem dimensões produtivas, potencialmente criativas e instituintes, com elementos de conservação

⁹ A autora analisa o discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde com o objetivo de identificar os pressupostos políticos subjacentes à ênfase que o discurso da Promoção da Saúde vem conferindo à noção de autonomia e suas possíveis consequências no âmbito das práticas em saúde por um lado, e na produção subjetiva por outro.

do que “está dado a priori”. O empoderamento social não significa a negação dos elementos que compõem o empoderamento psicológico, uma vez que reconhece a importância do agenciamento humano e, indo além, procura destacar a importância de buscarmos enfrentar as raízes e causas da iniquidade social. Teorias que dão suporte a este conceito nos ajudam, a refletir criticamente sobre o uso reducionista de estratégias e ações de empoderamento que levam muitas vezes à culpabilização das vítimas de moléstias sociais ao hiperdimensionar a responsabilidade individual sobre os problemas de saúde (CARVALHO & GASTALDO, 2008).

O ‘*empowerment*’ comunitário inclui, portanto, a experiência subjetiva do ‘*empowerment*’ psicológico e a realidade objetiva de condições estruturais que são modificadas no momento em que ocorre a redistribuição de recursos. O ‘*empowerment* comunitário’ demanda, por conseguinte, a convivência da noção de determinismo social com a de agenciamento humano e o reconhecimento da mútua relação de condicionamento e determinação entre as macroestruturas e a ação de sujeitos individuais e coletivos (CARVALHO, 2004, p 1092).

Rappaport (1981) afirma que empoderamento é uma política social sensata, mas que exige uma desconstrução da relação típica entre os profissionais e pessoas da comunidade. O empoderamento deve ser baseado em uma lógica que incentiva a diversidade através do apoio dos diferentes grupos locais, ao invés de grandes sociais organizações centralizadoras e instituições que controlam recursos, para que as próprias pessoas possam realizar escolhas para suas vidas. O autor sugere que as implicações da lógica do empoderamento nos leva a prestar atenção às estruturas mediadoras da sociedade que incluem a família, o bairro, a igreja, e organizações voluntárias. Estes são os lugares onde as pessoas vivem suas vidas, onde as pessoas podem agir com mais propriedade sobre.

Carvalho (2002; 2004) discorre que o empoderamento social pode ser entendido como um processo, e um resultado, de ações que afetam a distribuição do poder levando a um acúmulo, ou desacúmulo de poder no âmbito das esferas pessoais, intersubjetivas e políticas. Nesta categoria encontram-se inscritos elementos que caracterizam um patamar elevado de empoderamento psicológico, a participação ativa na ação política e a conquista de (ou possibilidade de) recursos materiais ou de poder por parte de sujeitos e coletivos. Sendo considerado, por conseguinte, um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais. Indica processos que procuram promover a participação social visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida.

Espera-se, como resultado, o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas através da aquisição de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade (CARVALHO & GASTALDO 2008).

Para que o empoderamento social se efetive, é necessário ter ciência de que se as macroestruturas condicionam e determinam o cotidiano dos indivíduos, estes, através de suas ações, influenciam e significam o plano macrosocial em um movimento circular e interdependente. Observamos este fato no campo da saúde quando constatamos que, se por um lado muitas investigações epidemiológicas demonstram o papel determinante da pobreza e de outros fatores sociais, econômicos e políticos para a saúde dos indivíduos, por outro os indivíduos têm sido capazes de reconfigurar o ambiente social em que vivem e, portanto, de influenciar a sua própria saúde (Ibidem, p 2032).

Se o problema é de natureza plural é necessário ter várias soluções. Se um problema pode ter muitas soluções, então ele pode ter uma diversidade de pessoas com uma diversidade de experiências que trabalham além das soluções. O empoderamento proporciona a possibilidade de uma variedade de lugares, ao invés de soluções centralizadas. O que, por sua vez, proverá soluções baseadas em suposições diferentes, em lugares diferentes. O critério muda de um único padrão de competência para o reconhecimento de que problemas sociais possuem muitas definições diferentes, bem como respostas. Não significa necessariamente fazer “o que é certo”, mas permitir que sua solução seja possível (RAPPAPORT, 1981).

Essas considerações são relevantes para lembrar de que devemos cuidar para que, em nome da luta contra a “tirania do indivíduo”, presente nos modelos teóricos biomédicos e da Promoção da Saúde behaviorista, não caiamos num outro extremo, a “tirania do coletivo”. Este alerta deve-se ao fato de que muitas leituras da Promoção à Saúde tendem a moldar uma noção de empoderamento que o reduz unicamente a ações políticas coletivas negando, portanto, o caráter multidimensional do poder. Embora o desenvolvimento crítico dos sujeitos não seja suficiente para a transformação da sociedade, ele é absolutamente necessário para que ela ocorra, uma vez que o envolvimento em processos de mudança demanda um mínimo de percepção do poder individual que sustente um processo produtivo de convivência nos espaços coletivos. Considera-se que um aspecto central do empoderamento social seja a possibilidade de que sujeitos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política (CARVALHO, 2002; 2004).

III.2 PERCEBENDO O ENTORNO: O BIOPODER

A saúde pública age, muitas vezes, ancorada no discurso das boas razões e do interesse público limitando, as liberdades individuais em ações como a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, o controle de zoonoses e a saúde do trabalhador (FORTES & ZOBOLI, 2003). Julga-se até razoável acreditar que em alguns momentos, o interesse coletivo possa ter prioridade sobre o interesse individual. Nas situações de epidemias, por exemplo, a rígida restrição das liberdades individuais pode ter um papel decisório, valendo o “princípio da proteção do ‘corpo social’ contra as ameaças de indivíduos e grupos que possam prejudicá-lo” (SCHRAMM, 2003, p 83). Mas, o que parece estar se instaurando atualmente é um dispositivo biopolítico de controle que extrapola o nível razoável de proteção dos legítimos interesses da coletividade, agindo sobre comportamentos e condutas humanas que, de fato, dizem respeito ao nível privado, sem que haja qualquer justificativa plausível para subsumir este àquele.

O biopoder é a forma pela qual o Estado passou a tratar a população como um problema, ao mesmo tempo científico e político. Para tanto, usou mecanismos globais de equilíbrio e regularidade levando em conta a vida e os processos biológicos do homem e da espécie, ou seja, uma tentativa de criação de uma homeostase social valendo-se do controle disciplinar e da normalização (FOUCAULT, ano).

As noções de progresso, racionalidade e verdade, que são próprias do ideário modernista, passam a ser vistas como parte do discurso dominante do final do século XX, um discurso possível entre outros (CARVALHO & GASTALDO, 2008). No início do século XXI, o Estado, que até então tinha a responsabilidade de reduzir as desigualdades de renda e melhorar as condições de higiene da população, se torna um coadjuvante neste processo à medida que a responsabilidade pelo cuidado com a saúde cabe a cada indivíduo que diante das informações médicas, deve ser capaz de mudar seus hábitos de vida (GAUDENZI & SCHRAMM, 2010).

É importante, estar atento para que se possa questionar e refletir sobre a verdade e o discurso que se sustenta. Ser reconhecido como pessoa sadia, reflexiva, comprometida, responsável, emocional e cognitivamente generosa é efeito do empoderamento ou de uma lógica de autogoverno?

No momento em que as pessoas são constituídas dos mesmos discursos que compõem o seu ‘exterior’, torna-se difícil distinguir interioridade de exterioridade, colocando em questão a

noção de sujeito autônomo, com um *self* independente e com possibilidade de livre escolha. A partir de uma perspectiva pós-estruturalista, ambas estratégias são baseadas no autogoverno e na produção de discursos dominantes com potencial de transformação de quem somos (CARVALHO & GASTALDO, 2008 p 2034).

O autogoverno supõe uma série de práticas reflexivas e de bioascese, que resultam na formação de identidades biologizadas. As práticas reflexivas dizem respeito, por sua vez, a toda atividade de autovigilância sobre os desejos e atitudes. Trata-se de monitorar cada passo do *self*, mas principalmente do corpo. Tais transformações se devem ao fato de que os discursos sobre a saúde são dispositivos que não se referem unicamente às dimensões da saúde. Estes discursos sugerem modos de pensar, práticas sociais, e por isso mesmo precisam de um trabalho de análise crítica que os situe historicamente para serem melhor compreendidos (FURTADO, 2010).

Neste sentido, a ‘sociedade disciplinar’ com suas fronteiras bem delimitadas entre o normal e o anormal, onde a vigilância era exercida de fora para dentro sobre os corpos, foi substituída pelo que Deleuze denominou uma nova ‘sociedade de controle’. Na sociedade de controle o poder se torna ainda mais invisível; temos uma ilusão maior de autonomia quando na verdade estamos absolutamente controlados. Na medida em que o controle escapa das instituições ele se torna menos óbvio e mais fluido, e acaba se infiltrando por inusitadas frestas (Ibidem, p 104).

A sanção normalizadora é um instrumento decisivo do mecanismo disciplinar. Ela permite uma utilização real de todos os elementos conseguidos pela vigilância, de tal forma, que incidindo sobre a esfera do individual, consiga efeitos comuns no sentido de uma normalização. Não faz com que todos sejam iguais, mas sim que todos se pareçam, ao redor de um padrão de normalidade (FONSECA, 2007).

Segundo Fonseca as tecnologias disciplinares são diferentes da escravidão na medida em que não efetuam uma apropriação dos corpos, no sentido de subjugar-los e impor-lhes algo por meio de uma força exterior à sua própria vontade. O mecanismo das tecnologias disciplinares se traduz por uma apropriação daquilo que indivíduo produz, dos saberes, sentimentos e hábitos a ele relacionados, sem retirá-lo do meio que lhe é próprio ou que se encontra. Tal apropriação incide sobre a constituição do sujeito, de forma a não necessitar subjugar ou impor, mas apenas dar os meios e instigar a sua ação. Diferentes da domesticidade porque não estabelecem uma dominação constante a partir de uma vontade singular. E realizam-se muito mais sobre as operações de trabalho e os ideais de obediência,

como na vassalagem, e visam mais a uma incitação de atitudes do que a uma renúncia por obediência, como no ascetismo.

A disciplina não quer produzir corpos sobre os quais seja preciso fazer incidir constantemente uma parcela de coerção e intimidação. Esse procedimento seria alheio a seus mecanismos por ser, inclusive, dispendioso na economia de forças empregadas. Para essa economia é muito mais interessante fabricar corpos “submissos, e exercitados, corpos dóceis” (FOUCAULT, 1979, p 127), cuja submissão não represente uma inércia de obediência conseguida por um controle ininterrupto, mas esteja associada a uma impressão de autonomia na vinculação a engrenagens postas em funcionamento por diversas instituições. O que só se torna possível por meio de um entrelaçamento de diversos procedimentos, arranjos e dispositivos sutis e detalhados (FONSECA, 2007).

É esse efeito da generalização que permite a formação da sociedade disciplinar: ao lado da prisão, as escolas, os hospitais, as indústrias e as outras instituições são investidas pelas técnicas disciplinares. O que as diferencia é a gradação de poder e investimento disciplinar que realizam sobre os diferentes aspectos da existência daqueles a que elas se vinculam. O que possuem em comum é a utilização da disciplina que permite a concretização da “grande economia do poder, cuja fórmula o século XVIII procurou, quando veio à tona o problema da acumulação e da gestão útil dos homens” (FOUCAULT, 1979, p 310).

A disciplinarização da sociedade, conseguida pela generalização dos mecanismos disciplinares dispersos pelo carcerário, tem como produto essencial o indivíduo moderno. Esse é o seu maior efeito: produzir uma individualidade que corresponda às expectativas de uma acumulação e uma gestão útil dos homens; produzir um indivíduo que permita a extração de algo de todas as suas atividades e de seus momentos; produzir, enfim, indivíduos dóceis e úteis (FONSECA, 2007, p 79).

A individualidade celular, orgânica, genética e combinatória é o resultado de um processo de constituição empreendido por relações de poder e saber para as quais a “diferença individual é pertinente”. Contrariamente à ideia de massificação, que concebe uma uniformização da sociedade e faz desaparecer as diferenças individuais, o poder disciplinar distingue individualidades. Os mecanismos da disciplina produzem cada indivíduo, elaboram sua história e arquivam-na, distribuem-na no espaço de forma particularizada, elaboram suas atividades, controlam e relacionam seu tempo e cominam com outros indivíduos. O indivíduo moderno, produto da disciplina, não é um elemento anônimo de uma massa amorfa, mas possui uma identidade da qual dependem as suas marcas mais profundas de utilidade e docilidade. Tais marcas são concretizadas a partir da particularização de cada indivíduo,

realizada pela disciplina. É essa particularização que garante a docilidade e que permite a utilização do homem moderno. Isso porque a particularização é de todos e não exclusiva de alguns mais importantes e especiais. Para a época da disciplina, todo indivíduo é singularizado. Esse é seu status: ser possuidor de uma identidade. E essa identidade é sua importância: tal identidade traz a marca da utilidade e da docilidade (Ibidem).

A biopolítica lida, portanto, com a população. E mais ainda, com a população como um problema político, biológico, sanitário e de poder. Leva em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e busca assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação. A análise destes fenômenos põe a medicina como encarregada da higiene pública, auxiliada por organismos de coordenação dos tratamentos médicos, centralização da informação e normalização do saber, introduzindo na população o aprendizado da higiene e da medicalização. Instaura-se o 'poder médico' (FURTADO, 2010).

O que se quer salientar é que o entendimento de processos de produção de subjetividade e governabilidade não garante que a Promoção da Saúde, e nela a estratégia de empoderamento social, seja necessariamente uma solução para as questões sobre a exclusão social e sobre a responsabilidade dos indivíduos com a saúde. Reconhece-se, por outro lado, a dificuldade e limitação que esta perspectiva apresenta, no momento em que coloca em questão todo sistema ideal de práticas em saúde por considerá-las, em potencial, como práticas que tendem a disciplinar e governar os indivíduos e coletivos (CARVALHO & GASTALDO, 2008).

De acordo com Hoepers, Andrade e Parpinelli (2010) a pós-modernidade caracteriza-se por uma supervalorização do indivíduo. Uma vez que o sujeito não mais possui as bases que o determinavam no período anterior a modernidade, faz-se necessário que o mesmo busque sua própria determinação, ou seja, sua própria razão, o que gera um retorno acentuado ao si mesmo, possibilitando o investimento no individualismo.

Nessa perspectiva, Michel Foucault (1995) apresentou contribuições teóricas que possibilitam pensar o período da pós-modernidade como um momento de novas possibilidades. Nesse momento histórico o poder é pulverizado entre os indivíduos, caracterizando-se num movimento de gestão da vida e dos corpos, e aqueles passam a não mais precisarem de determináveis exteriores para saber como agir e pensar.

Pode-se pensar na questão do individualismo, pois uma vez que se reforça autonomia e liberdade dentro de um contexto pré-formatado, o indivíduo está inserido numa lógica de liberdade deliberada a priori e de desejos pré-supostos, o que acentua as tendências ao

individualismo exacerbado, já que o mesmo se sente onipotente (HOEPERS, ANDRADE & PARPINELLI, 2010).

Depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas massificante, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anatomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anatomopolítica do corpo humano, mas que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana (FOUCAULT, 1999, p 289).

Foucault (1977b) afirma, diante do caráter repressivo do poder, seu caráter produtivo e emancipador, um paradoxo que permite pensar a dinâmica do poder em uma perceptiva libertária, definindo como uma característica marcante das relações sociais o fato de que os sujeitos têm a possibilidade de reagir ao poder e, igualmente, de alterar estas relações.

Para Foucault, onde houver poder haverá também resistência, em função da dissonância encontrável entre os arranjos centralizadores sobre a gestão de coletivos e a experiência cotidiana dos sujeitos, e também entre racionalidades distintas que procuram consolidar-se como discursos dominantes para constituir verdades de um determinado tempo e lugar. Relações de poder produzem condições de resistência uma vez que, as “tentativas de governabilidade externa não podem simplesmente se impor sobre os sujeitos” (Ibidem) porque sempre existirá a possibilidade de que esta seja quebrada uma vez que “cada ator social, cada local, é um ponto de intersecção entre forças e, portanto um ponto de resistência em potencial a qualquer modo de pensar e agir” (Ibidem) e lugar de afirmação e de organização de um programa diferente e (ou) de oposição. Ou seja, os sujeitos sempre terão a possibilidade de reagir às relações de poder e de alterá-las, refutando a lógica determinista que discursos e práticas dominantes de um dado período histórico tomam como positivas e vantajosas.

III.2.1 MÚSICA COMO FORMA DE RESISTÊNCIA?

Se o controle social sobre o corpo das pessoas sobre o direito de viver e como viver, sobre o direito de estar doente, de se curar e morrer como quiser e a medicalização da cultura se impõe aos sujeitos, por outro lado são muitas as formas de resistência – formas de sobrevivência, de preservação da autonomia ameaçada pelos outros e por si mesmo, pela subjetividade reinante.

Promover resistências que não são calculadas ou previstas estrategicamente, mas

reações simplesmente defensivas, reatividades, mecanismos defensivos, podendo constituir outras formas de crença, outras cristalizações. Pode-se, no entanto, como profissionais da saúde ou como pessoas, buscar formas criativas de expressão, abrindo brechas em meio aos padrões e práticas reinantes, recriando outras formas de vida micropoliticamente.

É imprescindível contudo que possamos dar um passo além, contribuindo para novas práticas e novos valores, novos modos de fazer, de agir, de afetarmos-nos, de conceber e vivenciar o que seja a saúde, a potência de vida e o próprio viver. As resistências lutam pela autonomia a partir do lugar de quem não a tem. É importante passarmos para criações singulares, tanto individuais quanto coletivas, que valorizem a autonomia e abram novos caminhos (MARTINS, 2004, p 31).

A arte refletiu ou mesmo antecipou mudanças sociais, políticas e ideológicas, entre essas últimas, as formas de se compreender e situar o homem social e culturalmente. A expressão da musicalidade parece estar atrelada a fatos concretos. Nesse sentido, entende-se que a música vivenciada no dia-a-dia contribui com a constituição da subjetividade das pessoas. Dessa maneira, essas sonoridades podem ser consideradas como elementos psicossociais e terapêuticos uma vez que possibilitam a expressão e interpretação da realidade interna de pessoas individuais e coletivas (CUNHA, ARRUDA & SILVA, 2010 p 11).

Ansdell (2004) aponta a música como um processo, um evento ocorrido no cotidiano, um evento cultural e social. Música não é encontrada, mas produzida nas interações humanas, sociais e políticas. “A música não acontece simplesmente, ela é o que fazemos dela, e o que levamos dela. As pessoas pensam através da música, decidem quem são através dela, se expressam através dela¹⁰” (COOK in ANSDELL, 2004, p 68).

Guéron (2008) discorre sobre um grande exemplo de resistência criativa e uma reinvenção, diante da intenção de sujeição e até mesmo de extermínio do higienismo do bota-abaixo carioca nas décadas do século XIX: O samba!¹¹ Segundo o autor o samba já nasce, portanto como uma linha de fuga. Ou, talvez, mais que isso: o samba já nasce como uma convergência, um encontro de linhas de fuga, sobretudo das imigrações para a cidade, e que

10 Tradução do autor para: *Music doesn't just happen, it is what we make it, and what we take of it. People think through music, decide who they are through it, express themselves through it.*

11 É importante lembrar que o samba aparece na cidade onde houvera, não muito tempo antes, a revolta da vacina: como a dos milhares de pobres cariocas que tentaram se recusar a tomar a vacina. Mesmo que embalada eventualmente por algum discurso moralista de certa imprensa, a resistência à vacina era, sobretudo, a resistência aos agentes do Estado, que no higienismo do qual a vacina era símbolo, eram os agentes do “bota-abaixo”. E, de fato, era uma multidão de negros e mestiços o “alvo” deste “bota abaixo”. Eram eles que deveriam ser expulsos do centro do Rio, e os cortiços onde viviam devidamente derrubados para que pudessem ser abertas as avenidas que dariam um ar parisiense e “civilizado” à capital da recém proclamada república brasileira (GUÉRON, 2008, p 158).

formavam a cidade. O samba é negro, mas não exatamente identitário, posto que se constitui das misturas e do encontro dos diferentes fluxos de povos (e mesmo os negros eram muitos povos).

Na verdade, eis aí uma das características mais importantes do samba, a saber, o samba é antes de tudo uma filosofia: uma filosofia de vida. Ele entende, explica, narra, processa plástica e afetivamente, as dores da vida. Sua dimensão política está antes no ato mesmo do encontrar-se para cantar samba: cantar alto, cantar forte, dançar a dança que só alguns sabem dançar, usar o corpo como só alguns sabem usar, e fazer ressoar os tambores pela noite da cidade (GUÉRON, 2008, p 158).

Segundo Ansdell (2004) a Musicologia propõe um movimento que repensa o papel da música e que ilustra e endossa a perspectiva da música enquanto um processo:

- Música não é um objeto autônomo, está embutido no processo sócio-cultural;
- Música não é um fenômeno universal (ou natural), é um fenômeno cultural e vivo localizado através de contextos definidos;
- Significados da música raramente são inatos, eles são social e culturalmente construídos;
- *Musicing* não é um fenômeno mental, acontece dentro e entre os corpos;
- Música não apenas expressa emoções ou significados, ela os cria, os constrói;
- As formas expressivas da música são tão cruciais como as estruturas;
- Música raramente é apenas um prazer particular, é sempre uma participação social;
- *Musicing* pode reproduzir tanto a herança do outro, quanto a execução do próprio *self*.

O homem vivencia e produz a música presente na dinâmica do seu dia a dia, como um elemento capaz de agregar significado e sentido aos fatos vividos (CUNHA, ARRUDA & SILVA, 2010 p 12). A partir dos exemplos apresentados é possível perceber que música, pode ter o poder de questionar o que é dado e desnaturalizar o cotidiano. DeNora (in ANSDELL, 2004) afirma que a música tem poder. Que está implicada em cada dimensão da agenda social. Música é um recurso e provê recursos para mudanças sociais. No entanto, ela não tem poder por si mesma, ele lhe é oferecido somente em virtude de como é tomada e usada.

Seguindo o ponto de vista de que a música acontece em um processo no qual sujeitos estão envolvidos e então a significam ou ressignificam Madeiros (1998) aponta:

Se atribuirmos esta função à música, ela mesma, teríamos um universo de compositores e músicos em estado de graça, imunes à miséria neurótica ou

sofrimentos comuns, imunes também aos infernos psicóticos, enfim, a miséria da condição humana (p 28).

A música é o principal instrumento e ferramenta da Musicoterapia, baseada nessa premissa propõe-se pensar qual o papel do musicoterapeuta enquanto possível agente facilitador de resistência? É possível? Musicoterapia como dispositivo de Promoção da Saúde?

CAPÍTULO IV

APRESENTANDO O CAMPO

*Quem deu o nome das cores?
Rodrigo Carancho*

VI.1 MÉTODO

A fim de compreender como o tema Promoção da Saúde e Musicoterapia está se apresentando, foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados nacionais mais relevantes para as disciplinas de Ciências Sociais, Psicologia Social e Musicoterapia; que contemplam a produção de pesquisa em Musicoterapia entre os anos de 2008 a 2012.

Para Canoletti (2008) as pesquisas de revisão bibliográficas, tem o objetivo de reunir pesquisas de outros autores, que podem ser localizadas em bancos de dados, sejam estes impressos ou eletrônicos, na intenção de embasar teoricamente determinado assunto. Permitem que o conhecimento seja aprofundado, aperfeiçoando teorias e subsidiando mudanças no cotidiano que permeiam a realidade do objeto de estudo, assim como permitem a divulgação do conhecimento conceitual relacionado ao tema.

A revisão integrativa sumariza as pesquisas já concluídas e permite obter conclusões a partir de uma gama de estudos em um tema de interesse. As pesquisas que se propõem a realizar um levantamento bibliográfico têm três caminhos metodológicos a seguir: a revisão integrativa, a revisão narrativa e revisão sistemática. (CANOLETTI, 2008; SILVEIRA, 2005; PEREIRA, 2011).

A revisão narrativa é análise de uma ampla gama de artigos, com o objetivo de descrever e discutir o desenvolvimento de determinado assunto ou do objeto de estudo, seja de maneira teórica ou conceitual. Segundo Canoletti (2008) sua particularidade em relação aos demais tipos de revisão bibliográfica é ausência de informações relativas as fontes de informação, a metodologia de busca ou os critérios de seleção e análise. Propondo uma revisão planejada, objetivando atender as questões específicas, determinadas no início da pesquisa e denominadas como as questões de investigação, a partir de uma metodologia explicativa e sistemática de identificação, seleção e análise crítica do material.

A revisão integrativa propõe-se a sintetizar os resultados de pesquisas científicas finalizadas, elaborando conclusões globais acerca do objeto. Exige os mesmo padrões de

rigor, clareza e replicação que são utilizados nos estudos que analisa. Nesta modalidade de revisão deve-se: declarar o assunto ou tema estudado, incluir todos os estudos encontrados, e do contrário justificar os métodos de amostragem e critérios de inclusão utilizados (SILVEIRA, 2005; PEREIRA, 2011). Essa modalidade foi escolhida e adaptada de forma a contemplar, além de pesquisas científicas, artigos sobre as práticas musicoterápicas publicados em periódicos ou anais de eventos.

E finalmente, a revisão sistemática da literatura, trazida por Rother (2007) que se propõe a uma revisão planejada, tendo como objetivo atender as questões específicas, determinadas no início da pesquisa e denominada como as questões de investigação, a partir de uma metodologia explicativa e sistemática de identificação, seleção e análise crítica do material.

IV.1.1. QUESTÕES E HIPÓTESES

Para o delineamento do estudo, foi definida como pergunta norteadora: como a Musicoterapia pode atuar enquanto um dispositivo de Promoção da Saúde?

Como acompanhamos a Promoção da Saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, cujo objetivo é reforçar o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, setor privado e não governamental e a sociedade. As estratégias para a atuação em saúde se apresentam no sentido de construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, propiciar e fazer a efetiva participação e empoderamento comunitário, desenvolver habilidades pessoais e empoderamento individual, e reorientar os serviços enfatizando a Promoção da Saúde.

A música foi e é, por vezes, utilizada como forma de resistência, como linha de fuga ao que está supostamente dado. E assim chegamos à Musicoterapia enquanto especialidade já inserida na saúde, sendo a música, juntamente com os elementos que a compõem, o principal instrumento utilizado pela Musicoterapia, com potência de deslocamento, de reinvenção e criatividade. Possibilitando o fortalecimento de ações que questionam e desnaturalizam o cotidiano. Baseando-se nessa premissa surgiram alguns questionamentos que impulsionaram este trabalho, que desdobram a questão inicial: Como a Musicoterapia está entendendo a clínica? Como a Musicoterapia atua no fortalecimento do empoderamento social?

IV. 1.2 CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Frente ao objetivo do estudo sobre a aproximação entre as práticas da Musicoterapia e da Promoção da Saúde, o levantamento bibliográfico foi realizado em bases disponibilizadas na internet. A escolha se deu por serem documentos mais acessíveis aos profissionais de saúde, tendo em vista que são bases de referência e de acesso gratuitos. Serão utilizadas as seguintes bases de dados:

- 1) Bases voltadas à Psicologia Social: Scielo¹², Lilacs¹³ e Idexpsi¹⁴;
- 2) Bases direcionadas à Musicoterapia: Revista Brasileira de Musicoterapia¹⁵ (RBMT) e Revista do Núcleo de Ensino e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia¹⁶ (NEPIM);
- 3) Banco de Teses e Dissertações da Capes¹⁷ (BTDC);
- 4) Anais do 13º¹⁸ e 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia¹⁹ (SBMT).

O projeto de pesquisa considerava analisar publicações em anais de eventos de Musicoterapia promovidos no estado do Rio de Janeiro na mesma época. Em função de esse estado ter sido, juntamente com o Paraná, pioneiro no curso de formação profissional em Musicoterapia. Mas, isso não aconteceu. A justificativa é que os eventos escolhidos (13º e 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia), por abarcarem um bom número de produções, proporcionariam um panorama plausível acerca da prática musicoterápica no Brasil e não apenas em um dos estados do território nacional²⁰.

Com base na Fundamentação Teórica, foram selecionados os seguintes descritores que orientarão as buscas nas bases de dados:

12 <http://www.scielo.org/php/index.php>

13 <http://lilacs.bvsalud.org/>

14 <http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=INDEXPSI>

15 <http://revistadeMusicoterapia.mus.br/>

16 <http://www.fap.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=179>

17 <http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses>

18 <http://pt.scribd.com/doc/39104783/ANAIS-13%C2%BA-Simposio-Brasileiro-de-Musicoterapia-p247-60>

19 <http://14simposiomt.wordpress.com/anais-2/>

20 Inicialmente o projeto de pesquisa previa como descritores: Musicoterapia, Musicoterapia e Saúde, Musicoterapia e Promoção da Saúde, Musicoterapia e Biopolítica, Musicoterapia e Clínica. Como se pôde observar, alguns dos descritores foram descartados: “Musicoterapia” porque abarcaria toda a produção existente e o recorte desse trabalho é bem específico, não querendo dar conta dessa demanda. E “Musicoterapia e Biopolítica”: na qualificação do projeto fora sugerido que a ênfase da pesquisa não fosse Biopoder, mas autonomia, que acabou se construindo pela via do Empoderamento.

1. Musicoterapia e Saúde
2. Musicoterapia e Clínica
3. Musicoterapia e Promoção da Saúde

A pesquisa pode ser dividida em duas etapas:

1ª - Busca em cada base de dados, a partir dos descritores. Para essa busca foram considerados os seguintes critérios para a seleção da amostra, seguidos rigorosamente em cada base de dados:

- ✓ Documentos que abordem a temática Musicoterapia e Clínica, Saúde e Promoção da Saúde, sem delimitar uma área ou prática específica;
- ✓ Documentos publicados no período de 2008 a 2012. O conjunto de artigos lido foi tratado como uma amostra do universo de publicações nessas bases, com a visão de como se distribui a prática em Musicoterapia;
- ✓ Em todos os documentos que foram selecionados não se considerou como critério de exclusão o método de pesquisa utilizado;
- ✓ Os resumos publicados muitas vezes não refletem o real conteúdo da pesquisa, apresentando dessa forma várias lacunas. Em função disso, as publicações foram lidas na íntegra. No caso das dissertações e teses, foi lido o resumo, a introdução, metodologia e a conclusão do trabalho;
- ✓ Serão excluídos os artigos fora do período estabelecido e também aqueles em duplicata. Além disso, serão excluídos os registros que não apresentarem o resumo.

2ª - Análise dos dados coletados e Discussão dos resultados.

Segundo Canoletti (2008) a dificuldade em se replicar um estudo bibliográfico está exatamente na ausência de regras que uniformizem os descritores e as palavras-chaves dos diversos bancos de dados. Nesta pesquisa observaram-se diferenças importantes entre os bancos de dados. Bancos como Scielo, Lilacs, Indexpsi e Banco de Teses e Dissertações da CAPES são mais fáceis de pesquisar, o site foi formulado didaticamente o que faz com que se perca menos tempo na busca e potencialize a pesquisa. Enquanto nas bases de dados como Revista Brasileira de Musicoterapia, Revista do Núcleo de Ensino e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia e Anais do 13º e 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia a pesquisa, por não possuírem um programa de busca virtual, a escolha do

material se deu “manualmente”. Nessas bases de dados foram selecionados apenas os artigos nos quais as palavras dos descritores apareciam no resumo ou palavras-chave.

IV.1.3 AMOSTRA DO ESTUDO

Na busca geral foram encontrados 115 documentos. Embora o número de artigos encontrados seja grande, na aplicação dos critérios de seleção esse número cai para 97. Na Tabela 1 apresenta-se a Distribuição de cada Descritor pelas Bases de Dados. A lista com a relação de todos os descritores, títulos, autores e bases de dados encontra-se no Apêndice 1.

Tabela 1

Total Material Coletado

Descritor	Total N= 115 (100%)
Musicoterapia e Saúde	41 (36%)
Musicoterapia e Clínica	23 (20%)
Musicoterapia e Promoção da Saúde	12 (10,5%)
Material Inesperado	21 (18,5%)
Excluídos	18 (15%)

De acordo com a Tabela 1 o número de artigos que trabalham com a temática de Promoção da Saúde representa a terça parte do material referente ao descritor “Musicoterapia e Saúde”. Um dado interessante é que devido a quantidade de artigos encontrados na busca manual que não continham o termo “Promoção da Saúde” nem outro descritor pesquisado, mas que através da literatura pode-se perceber que poderia se tratar de trabalhos com essa abordagem; houve a necessidade de criar uma nova categoria denominado Material Inesperado.

IV.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Essa pesquisa baseou-se em uma questão norteadora: Como a Musicoterapia pode atuar como dispositivo de Promoção da Saúde? Como isso se buscou, a partir de três descritores centrais: Musicoterapia e Saúde, Musicoterapia e Clínica e Musicoterapia e Promoção da Saúde, publicações que pudessem elucidar se a Musicoterapia pode atuar como dispositivo de Promoção da Saúde e de que forma isso se apresenta. A discussão dar-se-á articulando os dados analisados e a fundamentação teórica, e apresentando alguns trechos dos

artigos trabalhados que poderão ilustrar o debate.

Inicialmente delimita-se para esse estudo como uma possível atuação da Musicoterapia nas práticas de Promoção da Saúde o Empoderamento Social. No entanto, o campo dessa pesquisa ensinou que a Musicoterapia opera também dentre as demais estratégias priorizadas pela Política de Promoção da Saúde. Lançando mão dos dados suscitados pelo próprio campo da pesquisa apresentar-se-ão, igualmente, os dados referentes às estratégias de Empoderamento Comunitário (reforço da ação comunitária); Empoderamento Individual (desenvolvimento de habilidades pessoais); Criação de ambientes favoráveis à saúde; Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis e Reorientação do Sistema de Saúde. Lembrando que essa fragmentação se dá apenas a título de organização do trabalho, uma vez que os fenômenos sociais são complexos e que há uma grande ressonância entre todos, não sendo possível isolá-los.

IV. 2. 1 MUSICOTERAPIA E SAÚDE

Na Tabela 2 observa-se a distribuição do total do material encontrado no descritor Musicoterapia e Saúde por bases de dados.

Tabela 2

Distribuição Descritor Musicoterapia e Saúde por Base de Dados

Bases	Mt e Saúde N= 41 (100%)
Banco de Teses e Dissertações da CAPES	9 (22%)
Scielo	4 (10%)
Lilac	7 (18%)
Indexpsi	1 (3%)
RBMT	6 (15%)
NEPIM	2 (5 %)
Anais 13° e 14° Simpósio Brasileiro de Musicoterapia	17 (42 %)

Os Anais dos Simpósios correspondem ao maior número de publicações desse descritor, no entanto é importante destacar que o segundo maior quantitativo é o Banco de Teses e Dissertações da CAPES, o que revela que a Musicoterapia está cada vez mais preocupada em avançar nas discussões acadêmicas acerca do tema Saúde em Musicoterapia.

Desse total percebeu-se que quatorze artigos atendiam a demanda da prática de Promoção da Saúde como se observa na Tabela 3.

Tabela 3
Promoção da Saúde em Descritor Musicoterapia e Saúde por Bases de Dados

Base	Total N=
Banco de Teses e Dissertações da CAPES	4 (N= 29%)
Scielo	1 (N= 7%)
Lilac	1 (N= 7%)
Indexpsi	0 (N= 0%)
RBMT	1 (N= 7%)
NEPIM	0 (N= 0%)
Anais 13º e 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia	7 (N= 50%)

A Tabela 4 apresenta a relação dos artigos por estratégia de atuação da Política de Promoção da Saúde com seus respectivos títulos, autores e bases de dados.

Tabela 4
Relação Autor/Título/Bases por Estratégia de Promoção da Saúde

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO		
TÍTULO	AUTOR	BASE
A Musicoterapia na Sala de Espera de uma Unidade Básica de Saúde: Os Usuários Rompem o Silêncio	Adriana de Freitas Pimentel	BTDC
Coletivo Carnavalesco "Tá Pirando, Pirado, Pirou!": Criação Musical e Artística na Interface entre Cultura e Saúde Mental	Pollyanna de Azevedo Ferrari e Marcela Weck de La Cerda	SBMT
Da pesquisa clínica à institucionalização: novas perspectivas da musicoterapia em saúde mental.	Ana Sheila Tangarife e Elisabeth M. Petersen	SBMT
EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO		
TÍTULO	AUTOR	BASE
Sobre os Efeitos da Musicoterapia Numa Instituição de Saúde Mental de Longa Permanência: Acolhendo as Dissonâncias	Grazielly Braga de Aquino	BTDC
Desafios da musicoterapia na velhice	Vera B. Wrobel, Eneida S. Ribeiro e Elisabeth M. Petersen	SBMT
A inserção da Musicoterapia na comunidade Albergada da Casa dos Pobres São João Batista em Curitiba.	Carolina Batista	SBMT
Musicoterapia e políticas públicas: sua inserção na estratégia de saúde da família da secretaria municipal de saúde	Thamile F. Vidiz; et all	SBMT
O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus	Natalie Hidemi Seki e Sandra Maria Galheigo	Lilacs
CRIAÇÃO DE AMBIENTES FAVORÁVEIS À SAÚDE		
TÍTULO	AUTOR	BASE
Música e Saúde na Escola	Joana Haar Karam	BTDC
Percepção da Humanização das condições de trabalho por trabalhadores de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto	Vanessa Cecília de Azevedo Michelin	BTDC
Musicoterapia institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções	Laize Guazina e Jaqueline Tittoni	Scielo
Cuidado de enfermagem por meio de acordes musicais: significados e sentimentos vivenciados	Dirce S. Backes; Jane S. Sasso e Simone B. Pereira	RBMT

ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

TÍTULO	AUTOR	BASE
Musicoterapia e Reforma Psiquiátrica: ópticas profissionais e intervenções sociais.	Maria Carolina dos Santos Cruz	SBMT

REORIENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

TÍTULO	AUTOR	BASE
NENHUM		

A pesquisa revela estes sentimentos. Mas há uma diferença muito importante: nos grupos sem musicoterapia – grupos A e B as pessoas falam de forma sofrida, relatam o que estão sentindo, enquanto nos grupos com musicoterapia as pessoas revelam os sentimentos que iriam sentir se não houvesse tido a vivência. Ou seja, falam com segurança, com determinação e clareza sobre sua insatisfação remetendo a impaciência, a angústia, o cansaço, o sentimento desagradável de esperar, o mal estar físico, o estresse.

[...] A oportunidade de expressão dos sentimentos, de percebê-los e de pensar sobre eles através da musicoterapia, aponta para a identificação de certo protagonismo por parte dos usuários – eles tiveram a oportunidade de falar, cantar, tocar e de serem escutados. Também parece despontar certa autonomia, através das escolhas de músicas e instrumentos. A conversação entre os próprios usuários e a valorização de sua performance na atividade pelos demais também apontam para autonomia e protagonismo (Apêndice 1 n° 1).

Em nenhum dos trabalhos a Promoção da Saúde estava atrelada enquanto fundamentação teórica, no entanto, no corpo do texto de alguns artigos se apresentava enquanto objetivo possível daquela prática. Objetivos como Bem-Estar, Autonomia, Empoderamento e Qualidade de Vida estavam muito mais vinculados aos resultados alcançados pelos trabalhos descritos.

Os significados atribuídos à música no hospital foram os mais diversos. Enquanto que para os pacientes ela representou distração, conforto e milagre, para os familiares a significou descontração e bem-estar; e, ainda, para os profissionais, tranquilidade e serenidade. Percebeu-se que a música oferece a possibilidade de transcender as ações pontuais de cuidado e a oportunidade de abrir-se para o novo e o diferente, isto é, a possibilidade de “distrair-se” e sair de um ambiente hospitalar frio e inseguro, para um ambiente mais aconchegante e humano.

[...] Quanto ao resultado das sessões de música, é perceptível que há uma mudança no ambiente, a qual também é demonstrada através da subjetividade, pelos gestos de carinho durante os encontros, como agradecimentos ao grupo, abraços, o cantarolar simultâneo do repertório de músicas, do qual todos participam ativamente da escolha, nas despedidas ao solicitarem sobre quando seria o próximo retorno. Tais percepções instigaram o grupo a prosseguir na jornada, na busca de novas tecnologias de cuidado em saúde (Apêndice 1 n° 22).

A música também era tomada como oposta a um ambiente em que há a presença da morte e em um local associado à Saúde e à Ciência – em oposição à Arte. Leveza ou fruição não seriam possibilidades razoáveis para a moral do trabalho dessa UTI.

[...] Nem a música por si só poderia produzir a ‘libertação’ do trabalhador ou produzir saúde ‘naturalmente’, nem o relaxamento por si só seria uma alternativa ‘transformadora’ no trabalho, nem à Musicoterapia cabe ocupar apenas os espaços

que são atribuídos a ela pelo senso comum. A música, assim, pode ser pensada como produtora de efeitos nos modos de subjetivação, de modo a potencializar invenções ou a manutenção das regularidades legitimadas (Apêndice 1 n° 11).

Como agente de saúde, o musicoterapeuta contribui para o aprofundamento da consciência eco-sócio-político-cultural da comunidade. Por meio da participação, as pessoas se apropriam dos recursos disponíveis, deixam a passividade ou a agressividade para construir um projeto coletivo; descobrem o poder de decisão, inicialmente sobre sua própria vida, e daí para outros níveis do sistema: bairro, cidade, estado e país²¹ (PELLIZZARI & RODRIGUEZ, 2005).

O processo musical que acontecia nos encontros e que a comunidade acompanhava cantando era entremeado por manifestações de expressões afetivas e emocionais dos participantes. Emoções associadas a eventos tristes ou alegres relativos às lembranças de suas vidas suscitavam a voz embargada, risos e algumas vezes o choro. A voz embargada foi emitida em momentos nos quais os participantes relatavam a situação de saúde na qual se encontravam. Também foram observadas manifestações de carinho e afago das mães em relação aos seus filhos. Relatos de saudade surgiram nos momentos em que as pessoas falavam sobre seus lares, sua família e amigos que se encontravam nas suas cidades de origem. A expressão musical que se concretizou nos encontros de Musicoterapia foi marcada pela oferta de canções por parte dos estagiários para a comunidade e pela solicitação músicas por parte da comunidade aos estagiários (Apêndice 1 n° 33).

No entanto, boa parte dos trabalhos encontrados com o descritor “Musicoterapia e Saúde” apresenta Saúde como um conceito *a priori*. Chega-se a essa conclusão, uma vez em que na maioria dos textos esse termo aparece, mas não há uma discussão sobre ele, não se expõe de que lugar teórico se fala. Pelo contrário, parece que o conceito é tratado como algo

²¹ Não poderia deixar de mencionar o exemplo do Coletivo Carnavalesco “Tá Pirando, Pirado, Pirou!” (Apêndice 1 n° 28)

Foi criado em finais de 2004, realizando o seu primeiro desfile no Carnaval de 2005, no bairro da Urca, município do Rio de Janeiro. Seu nome foi sugerido por um usuário do Instituto Municipal Phillippe Pinel, que argumentou: ‘Temos que ser audaciosos. Não vamos fazer um carnaval apenas pra quem já pirou, vamos pra rua brincar com quem tá pirando!’. Desde o seu surgimento, o ‘Tá Pirando’ se articulou à associação de moradores das adjacências, marcando sua inserção na comunidade.

[...] Os participantes do bloco atuam como agentes culturais, debatendo todas as etapas de construção dos eventos realizados. Entendemos o desfile na Av. Pasteur como o ápice do projeto, momento emblemático de inclusão. Contudo, temos percebido a importância de sustentar as atividades do bloco durante todo o ano. A partir desta experiência, obtivemos um retorno significativo tendo em vista a mudança no comportamento daqueles que participam regularmente das atividades, através da apropriação do processo em que estão envolvidos: um empoderar-se que tem sido possível através da participação ativa em todas as etapas.

pré-estabelecido, calcado em uma ótica biomédica, onde Saúde encontra-se atrelada à doença e à falta. Cabendo ao médico

decidir com segurança entre vários métodos de tratamento que oferecem vantagens e inconvenientes; escolher aquele cuja aplicação parece permitir mais rapidez, mais concordância, mais certeza no sucesso; aproveitar a experiência; perceber as ocasiões; combinar todas as possibilidades, calcular todos os casos; tornar-se senhor dos doentes e de suas afecções; aliviar suas penas; acalmar suas inquietudes; adivinhar suas necessidades; suportar seus caprichos; atuar sobre seu caráter e dirigir sua vontade, não como um tirano cruel que reina sobre escravos, mas como um pai terno que vela pelo destino de seus filhos (Foucault, 1977, p 99).

Através das vozes desses textos apresentados, se nota que mesmo sob uma perspectiva de saúde atrelada a falta de doença - realidade experimentada pelas mais diversas categorias e disciplinas da área da Saúde - a Musicoterapia vem atuando em prol da Promoção da Saúde, mesmo sem se legitimar nesse lugar.

IV.2.2 MUSICOTERAPIA E CLÍNICA

Na Tabela 5 observa-se a distribuição do total do material encontrado no descritor Musicoterapia e Clínica por bases de dados.

Tabela 5

Descritor “Musicoterapia e Clínica” por Base de Dados

Bases	Mt e Clínica N= 29 (100%)
Scielo	0 (0%)
Lilac	1 (3,5%)
Indexpsi	0 (0%)
RBMT	2 (7%)
NEPIM	0 (0%)
Banco de Teses e Dissertações da CAPES	7 (24%)
Anais 13º e 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia	19 (65,5%)

Através desse quadro novamente observa-se a preocupação da Musicoterapia de levar o que está sendo produzido para sua própria comunidade, mas também de problematizar sua atuação no âmbito acadêmico.

O que chama atenção pelos dados coletados com descritor Musicoterapia e Clínica, é que vinte e cinco das publicações são relatos de experiências, ou seja, em sua maioria são apresentações de casos e com isso a reiteração da importância da atuação musicoterápica para aquela área. Apenas três delas são referentes a uma problematização teórica acerca de como a clínica em Musicoterapia se constitui são eles: *(Re) Pensando e pondo em questão uma discussão epistemológica na Musicoterapia – será que ela já foi composta?* de autoria de Patrícia Wazlawick e Kátia Maheirie;; *Musicalidade, Cognição e Estética: Realidades da Clínica Musicoterápica* de Clara Márcia Piazzetta e *Preparo e Acaso na Clínica Musicoterapêutica* de Renato T. Sampaio.

A Musicoterapia acompanhou o movimento do surgimento da instituição clínica que estava estabelecida que conduziu e organizou uma determinada forma do discurso. Mesmo convidada a adentrar em novos mares e mostrando-se com grande potência para tal, a Musicoterapia esbarra em algumas heranças.

Percebe-se que pensar a prática Clínica em Musicoterapia se concentra principalmente em áreas pontuais, em sua maioria no campo da Reabilitação e Tratamento. Nessa pesquisa trabalhou-se com dados que endossam essa afirmação no cenário brasileiro:

Tal terapia complementar mostrou-se positiva quanto à alteração na percepção do tempo, proporcionando sensações de bem-estar, alegria, felicidade, relaxamento, entretenimento, mudança na rotina, ausência de sintomas, recordações positivas e companhia. Conclui-se que a apresentação musical durante a hemodiálise teve efeito terapêutico satisfatório, evidenciado pelos relatos (Apêndice 1 nº 48).

A Musicoterapia utilizada como processo reabilitador tem cada vez mais alcançando espaço nas equipes multidisciplinares de intervenção neurológica, promovendo ganhos neuropsíquicos e motores para portadores de diversas patologias do sistema nervoso central (Apêndice 1 nº 52).

Conclusão: A intervenção musical, ao reduzir o nível de ansiedade pré-operatória, mostrou-se um instrumento bom e de baixo custo para tal finalidade (Apêndice 1 nº 14).

Ainda quando o planejamento estratégico é incluído no campo organizacional, seus objetivos são preferencialmente voltados para perceber a vontade dos diferentes atores, a fim de controlá-los e dominá-los, do que para chamar à participação efetiva conforme mostra a crítica muito bem elaborada por Uribe (apud MINAYO, 2001), mostrando a prática autoritária de organização da saúde coletiva. A prática do setor tende a ser outorgada de participação mais que de promotora, mesmo quando o documento chave da Promoção da Saúde “A Carta

de Ottawa” (BRASIL, 2002) considere fundamental o papel dos indivíduos para a construção da sociedade saudável.

Sendo assim, em termos gerais podemos inferir que o conhecimento médico e da saúde pública têm sido sistematicamente marcados pelo apagamento do sujeito. Seu viés positivista que considera o social como **objeto** ou **fato** quando se trata das concepções biomédicas de saúde-doença. A hegemonia do conhecimento médico sempre tendeu a transformar sujeitos doentes em leis biológicas e químicas (MINAYO, 2001, p 14).

Essa reflexão não esquece em nenhum momento que o “sujeito coletivo da saúde”, a sociedade, está inteiramente perpassado por conflitos de interesses (de classes, corporativos, grupais, de gênero, de etnias) sociais e políticos, assim como também encontra núcleos de consenso e de identificação. A elevação dos níveis de qualidade de vida, conquistados pela sociedade contemporânea por meio das intervenções de políticas públicas e sociais e melhorias salariais, promoveu mais a saúde da população que o desenvolvimento da ciência e as intervenções médicas (Ibidem).

Estão claros, pelo menos teoricamente, desde Lalonde, da Conferência de Ottawa e de todos os outros eventos que se sucederam organizados pela Organização Mundial de Saúde, alguns pressupostos para o setor, no contexto atual. Segundo tais pressupostos, os estilos de vida, o ambiente, as novas descobertas da biologia têm muito mais influência sobre a saúde que o sistema médico. Apesar de aceita a proposição teórica, a produção e a prática da saúde coletiva continuam a se pautar nos marcos da atuação médica, fundada na doença e na evitação da doença e não na ideia de promoção que privilegia o conceito positivo de saúde.

No entanto, lançando mão dos dados localizados no descritor Musicoterapia e Clínica, que reafirma o pressuposto acima, veja o que foi entrado:

{a Musicoterapia enquanto} práticas integrativas e complementares promoveram resultados satisfatórios, provocando alívio dos sintomas físicos e psíquicos. Esse fator muito contribui para sua utilização como forma de suporte na assistência obstétrica voltada para a humanização (Apêndice 1 n° 15).

Observou-se, após reavaliação da qualidade de vida dos Idosos Institucionalizados, que a intervenção da Musicoterapia e dos Exercícios Terapêuticos contribuíram de forma positiva na qualidade de vida, segundo domínios analisados pelo questionário SF36: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais, elementos importantes que, trabalhados, resgatam o lúdico, as emoções, a espiritualidade e colabora com a humanização das instituições de longa permanência (ILPI) incluídas no estudo (Apêndice 1 n° 19).

Finalizando, sugere-se que estes trabalhadores possam usufruir de medidas preventivas na preservação da saúde auditiva e conclui-se que o olhar do musicoterapeuta pode oferecer contribuições referentes ao cuidado a saúde (Apêndice 1 n° 43).

Nas últimas sessões, para nossa surpresa, ele “desceu da torre” e começou a demonstrar afetividade com as terapeutas por meio de abraços e sorrisos. Este comportamento se estendeu aos familiares e colegas, aos quais, espontaneamente, passou a procurar. Outra mudança observada foi em relação à linguagem, uma vez que começou a chamar a professora pelo nome, o que não ocorria anteriormente. Acreditamos que a Musicoterapia foi o meio facilitador e potencializador da reelaboração de sua verdadeira identidade, bem como de sua comunicação verbal. Os resultados mostraram, ainda, significativa melhora no que diz respeito a: contato físico, contato visual, reações positivas e reações negativas, conforme demonstram as tabelas 1, 2,3 e 4 (Apêndice 1 n° 49).

Tão ou mais importante do que ouvir música, o ato de “fazer” música é amplamente reconhecido como um dos principais mecanismos de efetividade da musicoterapia e era na segunda fase da sessão que essas mães podiam experimentar um pouco (algumas pela primeira vez) da manipulação dos instrumentos musicais e da capacidade de participar do “fazer” música e dos seus efeitos benéficos tão especiais. No terceiro movimento, a utilização de canções de ninar e acalantos, estimulava a ligação mãe-bebê e a consolidação desses vínculos afetivos, possibilitando maior chance de sucesso na amamentação (Apêndice 1 n° 47).

A Musicoterapia acompanhou o movimento histórico do surgimento da Clínica, no entanto o que se vê é uma disciplina que mesmo tentando seguir um fluxo, acaba por furá-lo na maior parte do tempo. Como não perceber Promoção da Saúde quando um adolescente portador de Síndrome de Asperger passa a conseguir expressar sentimentos que são tão escondidos, até mesmo pra ele? Como não ver uma atuação em Promoção da Saúde no fortalecimento de um vínculo primordial como o de uma mãe com seu bebê?

IV.2.3 MUSICOTERAPIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Na Tabela 6 observa-se a distribuição do total do material encontrado no descritor Musicoterapia e Promoção da Saúde por bases de dados.

Tabela 6

Descritor “Musicoterapia e Promoção da Saúde” por Base de Dados

Bases	Mt e Promoção da Saúde N= 12 (100%)
Scielo	0 (0%)
Lilac	2 (17%)
Indexpsi	0 (0%)
RBMT	3 (25%)
NEPIM	1 (8%)
Banco de Teses e Dissertações da CAPES	3 (25%)
Anais 13° e 14° Simpósio Brasileiro de Musicoterapia	3 (25%)

Dos doze artigos encontrados, três artigos apresentaram uma definição teórica para Promoção da Saúde e a problematizam no âmbito da Musicoterapia: *Musicoterapia Comunitária em um Bairro de Goiânia: uma contribuição para a política nacional de saúde integral da população negra* com autoria de Maria da Conceição de Matos Peixoto; *Promoción de la salud integral: el caso de dos programas de orquestas juveniles de la Ciudad de Buenos Aires* de Gabriela Wald; e *Musicoterapia Comunitaria, Contextos e Investigación* da autora argentina Patricia Pellizzari.

O artigo *Musicoterapia na Promoção da Saúde: Contribuindo para o Controle do Estresse Acadêmico* de Graziela França Alves Panacioni e Claudia Regina de Oliveira Zanini, inicia com a apresentação do conceito, mas não segue com a discussão do mesmo no decorrer do trabalho.

Na Tabela 7 observamos a distribuição desse material de acordo com as cinco estratégias propostas pela Política de Promoção da Saúde.

Tabela 7

Relação Autor/Título/Bases por Estratégia de Promoção da Saúde

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO		
TÍTULO	AUTOR	BASE
Logomúsica: a criação de um novo approach musicoterápico como veículo na promoção da saúde mental	Juliana Leonardi	BTDC
Musicoterapia Comunitária em um Bairro de Goiânia: uma contribuição para a política nacional de saúde integral da população negra	Maria da Conceição de Matos Peixoto	BTDC
Musicoterapia Comunitária, Contextos e Investigación	Patricia Pellizzari	RBMT
Promoción de la salud integral: el caso de dos programas de orquestas juveniles de la Ciudad de Buenos Aires	Gabriela Wald	Lilacs
EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO		
TÍTULO	AUTOR	BASE
Intervenções Lúdico- Musicais Frente ao Estresse de Crianças Acolhidas Vítimas de Violência Doméstica	Christianne Kamimura Polo	BTDC
Escuela comunitaria para modificación de conocimientos en pacientes con hipertensión arterial Valle Llagostera	Guillermo Del Juan; Carolina Asorey e Nancy Valle García.	Lilacs
Perspectivas da Abordagem Musicoterápica no Contexto da Assistência Domiciliar	Elisabeth Martins Petersen	SBMT
Musicoterapia na Promoção da Saúde: Contribuindo para o Controle do Estresse Acadêmico	Graziela F. A. Panacioni e Claudia R. O. Zanini	SBMT
A Educação Musical no Desenvolvimento da Criança: Trilhas da Musicoterapia Preventiva	Luisiana B. França Passarini; et all	SBMT
CRIAÇÃO DE AMBIENTES FAVORÁVEIS À SAÚDE		
TÍTULO	AUTOR	BASE
Musicoterapia com Trabalhadores: Uma Visão Fenomenológica das Publicações Brasileiras	Natalia Farias Baleroni e Lydio Roberto Silva	NEPI M
Musicoterapia e o Cuidado ao Cuidador: Uma experiência Junto aos Agentes Comunitários de Saúde na Favela Monte Azul	Mariana C. C. de Araújo Pinho e Belkis Vinhas Trench	RBMT
ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS		

TÍTULO	AUTOR	BASE
NENHUM		
REORIENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE		
TÍTULO	AUTOR	BASE
NENHUM		

O conceito de empoderamento, um dos campos centrais de ação da Promoção da Saúde, encontra similaridades com esta qualidade autogestionária (BATISTELLA, 2007). A conformação de sujeitos históricos, capazes de reconhecer o nível de determinação das estruturas, capacitando-se técnica e politicamente para atuar na sua transformação, é chave para construção de novas relações sociais e novas possibilidades de ação em saúde. Mesmo que tímidas diante de uma tradição, respeitáveis e poéticas são as atuações da Musicoterapia no fortalecimento do empoderamento social, como demonstram trechos de trabalhos selecionados abaixo:

El Equipo ICMus Comunitario se inserta en el Municipio de Morón en el año 2006 a través del Programa Musicoterapia para la Comunidad, en el área programática de Atención Primaria en los Centros de atención primaria de la salud y diversas organizaciones barriales. El Programa tiene como objetivo central la intervención psicosocial en y con la comunidad, enfocada a la promoción y prevención de la salud integral. Las intervenciones pueden ser coordinadas por Musicoterapeutas (en adelante Mt. o Mts.) exclusivamente o incluir tanto en su planeamiento como en la concreción de las prácticas a distintos miembros del equipo de salud y actores sociales de los barrios. Dado que las estrategias se orientan al fortalecimiento de la inclusión eno forn la diversidad, en modos y estilos de vida saludables, y partiendo de la complejidad de los contextos socioambientales, el programa contempla el trabajo con colectivos amplios: niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores y abordajes intergeneracionales (Apêndice 1 n° 71).

À medida que as participantes percebiam que o repertório que estrutura o seu cotidiano era valorizado, mais canções eram trazidas pela memória coletiva. O repertório delas exerceu funções sociais muito importantes, ajudando-as a expressarem melhor o contexto sócio-afetivo em que estão inseridas, feito de desejos, necessidades, crenças, lutos e celebrações. Estes aspectos foram trazidos em seus depoimentos, apresentados a seguir:

“A músicas de reis, dos devotos do divino, quando cantou aquela, eu me lembrei da minha cultura, eu me encontrei ali... comecei a voltar lá atrás, parece que motivou mais”. (Sueli)

[...] “Aquela dinâmica que a gente cantava uma música para outra... Qual é a música? Cada uma cantou a música da sua área. E a música vinha na hora. E dava certo e combinava com as pessoas!” (Catarina)

[...] “Pra mim significa união, bondade, não tá vivendo o passado que faz mal, que fizeram mal. A gente aprende a ficar mais forte, porque quando a gente vê o sofrimento do outro, eu fico com mais categoria pra enfrentar os problemas, quando eu chego perto de você, o seu [problema] está o dobro do meu, Eu acho que é porque eu sou muito sozinha, sou fechada, falo muito mais não falo o que desabafa. Eu converso sozinha, minha conversa é só com Deus, choro... é a pior coisa da vida é a solidão, é bom você poder ter um ombro amigo. Devido a minha restauração todos os dias de participação eu sentia que podia confiar, era um grupo de

confiança. Só a gente na hora que chegava ali, só de cumprimentar se sentia mais feliz. Na igreja a gente vai pra ouvir, pra conversar com Deus. Lá não é o lugar de conversar, aliás é a regra. A gente estava ali numa comunhão de um fortalecer o outro, não de rebaixar o outro. O que foi falado ali foi coisa de original, de crescimento, não de derrota.”(Margarida). (Apêndice 1 n° 67).

Maria da Conceição de Matos Peixoto observou que a maioria das pessoas desconhece quais ambientes sonoros beneficiam sua própria saúde; quais os aspectos de sua identidade étnico-cultural necessitam de fortalecimento, e de que modo a desintegração sócio-afetiva fragiliza seus projetos de vida. Por meio dos recursos expressivos da música, a Musicoterapia contribui para as pessoas reconhecerem que o direito ao pertencimento assegurado lhes tornam capazes de descobrir os fatores positivos que fortalecem sua saúde.

Los entrevistados de los dos estudios realizados identificaron cambios en dimensiones individuales y colectivas de salud como consecuencia de la participación de los jóvenes en los proyectos orquestales. Aparecieron entre los discursos analizados indicadores de una mejora en los siguientes aspectos: autoestima y autovaloración, orgullo por ser parte de un grupo que logra hacer una actividad socialmente valorada, placer y disfrute de tocar música con otros, relaciones de amistad entre los jóvenes, conciencia del trabajo en equipo, percepción de un nuevo posicionamiento ante la sociedad, entre otros. Los cambios en dimensiones individuales y colectivas de salud integral no pueden interpretarse por separado sino en conjunto (¿es individual o colectivo el orgullo de hacer una actividad socialmente valorada? ¿o el hacer amigos?) y, asimismo, en el caso de poder identificar un indicador individual de salud integral (por ejemplo la autoestima) o un indicador colectivo (por ejemplo construir una imagen positiva de los grupos estigmatizados), ambos ocurren en un proceso en espiral en el que dimensiones individuales y colectivas se refuerzan unas a otras, como veremos más adelante.

[...] Las presentaciones y conciertos de ambas orquestas en teatros, centros culturales y otros escenarios del circuito cultural porteño ha sido definida por casi todos los jóvenes y padres como una actividad central, altamente valorada. Todos los jóvenes afirmaron que sienten orgullo del trabajo realizado y el mismo se multiplica al momento de hacer alguna presentación importante. Esto es así porque las presentaciones en público les permiten desafiar la mayoría de discursos y representaciones que circulan sobre ellos, las cuales los describen como “jóvenes pobres” que se “salvan de la calle” o la deserción escolar tocando música. Muchos mencionaron sentir orgullo al verse actuar pues consideran que han logrado conquistar, a través de la música, espacios que tradicionalmente pertenecen a otros sectores sociales. Así, la mayoría de los jóvenes dijo que el hecho de ser reconocidos por otros potencia sus sensaciones de bienestar y autoconfianza, evidenciando nuevamente la doble naturaleza individual y social de las sensaciones de bienestar asociadas a proyectos de estas características (Apêndice 1 n° 68).

Também percebe-se o efeito da Musicoterapia atuando no empoderamento social em um trabalho realizado na Argentina em Programas de Orquestras Juvenis. Cujo objetivo era analizar las potencialidades da arte comunitária para promover saúde e bem-estar entre jovens que vivem em contextos de vulnerabilidade social e pobreza de Buenos Aires.

Através da busca realizada nesse descritor, novamente nos deparamos com os dados que emergiram do próprio campo dessa pesquisa. Observa-se que a Musicoterapia está ocupando mais espaço além do Empoderamento Comunitário, percebe-se a atuação da mesma na estratégia de criação de ambientes favoráveis à saúde fortalecendo a conquista de ambientes que facilitam e favorecem à saúde, como exemplo utiliza-se o trabalho de Caribé e Trench que apostaram no cuidado ao cuidador junto a Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de um Programa da Saúde da Família de São Paulo.

Ao estudar este grupo, percebi o quanto, nesta função, os indivíduos são confrontados com necessidades de diversas ordens e o grande esforço pessoal que fazem para supri-las. Em cada casa, a todo instante, surgem questões materiais e emocionais difíceis, desafiadoras e, às vezes, dolorosas e, pelo fato de serem ao mesmo tempo, moradoras da comunidade e ACS, os conflitos são maiores por não ser possível um distanciamento entre estes dois papéis. Viu-se que a maioria delas se queixa de angústia, ansiedade, sentimentos de impotência, confessando-se “estressada” e pedindo ajuda. E, neste contexto, foi introduzida e aceita como uma nova possibilidade para se cuidar da saúde mental das cuidadoras, a Musicoterapia que se insere, assim, no campo da Saúde Coletiva que integra áreas distintas do conhecimento e que, segundo Paim e Almeida Filho (2000), se consolida como campo científico aberto à incorporação de propostas inovadoras. (Apêndice 1 nº 72).

Segundo as autoras os ACS do Programa de Saúde da Família (PSF) da Favela Monte Azul/SP são pessoas que cuidam profissionalmente de sua comunidade. Os laços criados com as famílias configuram uma intrincada relação de cuidados que vão além da dimensão profissional. Por um lado, existe uma enorme satisfação em atuar como ACS, mas, por outro, eles se sentem sobrecarregados diante de tantas demandas, sendo o estresse uma queixa recorrente. Este estudo teve como objetivo conhecer a realidade de trabalho dos ACS e compreender as razões que os levam a manifestar o que chamam de estresse. Como objetivo específico, pensar como a Musicoterapia poderia contribuir como instrumento terapêutico e de intervenção nesta realidade. Em relação à Musicoterapia, as ACS foram unânimes em reconhecer o quanto foram ajudadas e o desejo de que o trabalho tivesse continuidade, o que aponta para uma questão muito importante: o cuidador precisa ser cuidado e a Musicoterapia pode atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde das coletividades.

Na Musicoterapia Organizacional foi possível observar o trabalho dos musicoterapeutas no desenvolvimento das relações interpessoais e intrapessoais, qualidade de vida, motivação interna, comunicação, recuperação do bem-estar do funcionário, integração, desempenho no trabalho em equipe, ansiedade, estresse ocupacional, prevenção de doenças psicossomáticas e no processo de seleção e recrutamento. Na Musicoterapia Institucional foi possível observar o trabalho dos musicoterapeutas na busca pela descristalização dos lugares através de

intervenções nas relações de poder, intervenções micropolíticas, na busca por novas práticas de liberdade, autonomia e ampliação do lado saudável do trabalhador. Já na Abordagem Esquizoanalítica foi possível observar o trabalho do autor no desenvolvimento de modos de subjetivação, sensibilidade, relação com o outro, produção e criatividade. (Apêndice 1 n° 70)

Ou no trabalho de Natalia Farias Baleroni e Lydio Roberto Silva cujo objetivo foi refletir, a partir das obras publicadas por musicoterapeutas brasileiros, sobre o trabalho e os enfoques da Musicoterapia com trabalhadores nos mais diversos contextos laborais.

É inegável a eficácia pontual do empoderamento psicológico para reflexão cotidiana acerca de saúde, reconhecendo a importância do agenciamento humano e, indo além, procurando destacar a importância de se buscar enfrentar as raízes e causas da iniquidade social. No entanto, acredita-se que o mesmo é insuficiente para instrumentalizar práticas que incidam sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade, podendo facilmente transformar-se em um mecanismo de regulação e de controle do social sobre certos grupos sociais. Teorias que dão suporte a este conceito nos ajudam, a refletir criticamente sobre o uso reducionista de estratégias e ações de empoderamento que levam muitas vezes à culpabilização das vítimas de moléstias sociais ao hiperdimensionar a responsabilidade individual sobre os problemas de saúde (CARVALHO & GASTALDO, 2008). Veremos com a Musicoterapia atua no Empoderamento Psicológico:

É nesse atual contexto, onde a música é colocada, oficialmente, como possibilidade para o desenvolvimento humano e onde temos a pluralidade das necessidades das crianças na escola e outros espaços de convívio social, que nasce a demanda por um profissional diferenciado, que possa ensinar, mas também acolher e atender às necessidades específicas de cada criança. Desse lugar surge, então, a figura do ‘professor (musico) terapeuta’.

[...] O musicoterapeuta deve estar apto e disponível para tocar, recriar, compor, dançar, escutar ou ficar em silêncio, entre outras tantas possibilidades, junto com seu paciente, com intuito de possibilitar a ele o desenvolvimento de sua autonomia, expressividade, criatividade e espontaneidade.

[...] Onde o ‘ensino/aprendizado musical’ dá-se pela experiência no corpo e no movimento, pela escuta, pelo respeito ao tempo e espaço do outro, pela espontaneidade e capacidade criativa na relação com esse outro; promove mudanças e traz o desenvolvimento pessoal, possibilita as expressões sonoro-musicais-não-verbais e o desenvolvimento das habilidades musicais, todos em um mesmo nível de importância (Apêndice 1 n° 79).

A música do paciente torna-se um veículo para a narrativa de suas histórias, propiciando processo terapêutico de reminiscências e de revisão de vida. Ainda nessa perspectiva ecológica, é possível envolver os que compartilham esse ambiente, proporcionando uma escuta desse Sujeito (o paciente) como alguém que – apesar das dificuldades/sequelas acarretadas pelo adoecimento – torna-se produtivo, participativo, valorizado nos mínimos movimentos que fazem vibrar um instrumento/corpo nas propostas musicoterápicas, numa clínica dos pequenos gestos e dos mínimos sons-ritmos (Apêndice 1 n° 80).

Houve ampliação da auto-expressão e liberdade para os participantes verbalizarem suas dificuldades pessoais e angústias relacionadas à vida acadêmica. O “entrar em contato” com os agentes estressores fez parte de todo o processo musicoterapêutico e levou aos participantes a descoberta e consciência de seus próprios mecanismos de enfrentamento ao estresse, favorecendo o desenvolvimento da resiliência individual

[...] A construção de paródias das canções, na quinta sessão, favoreceram o autoconhecimento (lembranças do passado e criação de expectativas para o futuro), a criatividade e o bom-humor. A paródia de E-8 demonstra a ressignificação do fator estressor:

*‘Viver e não ter a vergonha de ser estudante.
Estudar, estudar e estudar, é a beleza de ser um eterno aprendiz
Ah meu Deus eu sei, que um dia eu vou ter que trabalhar eu vou,
mas isso não impede que eu reflita,
como é difícil a vida de um estudante.
Mas a bolsa, ela um dia vai acabar meu irmão,
e aí não vai ter como escapular não
e vou ter q arrumar um emprego’ (Apêndice 1 n° 81).*

Observa-se que o trabalho musicoterápico no âmbito do Empoderamento Psicológico parece atuar na contramão da crítica acima, uma vez que favorece ações de espontaneidade, autonomia, criatividade, resiliência e expressividade. O fato de um estudante poder criar sobre a preocupação com sua realidade entrando em contato com a mesma, demonstra o quanto a Musicoterapia pode atuar nos agenciamentos cotidianos. *“Um Ser-com-potenciais-saudáveis que busca caminhos para se reinventar, renascer, se redescobrir em toda a sua plenitude”* (Apêndice 1 n° 80).

IV. 2.4 MATERIAL INESPERADO

No decorrer busca de publicações nas bases de dados voltadas à Musicoterapia - realizadas manualmente - foram encontrados artigos que não continham o termo “Promoção da Saúde”, ou outro descritor proposto por este estudo, mas que através da literatura pode-se perceber que poderia se tratar de trabalhos com a abordagem de Promoção da Saúde. Em virtude do número de material encontrado e da pertinência para essa pesquisa, decidiu-se analisar também esses dados, denominados Material Inesperado (Tabela 8).

Distribuição Dados Encontrados Fora dos Descritores

	Mt e Promoção da Saúde N= 21 (100%)
Bases	
NEPIM	2 (9%)
RBMT	5 (24%)
Anais 13º e 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia	14 (67%)

Esse material atende a demanda de quatro, das cinco, categorias de atuação propostas pela política da Promoção da Saúde, observadas pela Tabela 9.

Tabela 9

Relação Autor/Título/Bases por Estratégia de Promoção da Saúde.

EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO		
TÍTULO	AUTOR	BASE
Musicoterapeutas para la paz: sonidos para el siglo XXI.	Maria Elena Lopez Vinader	SBMT
A musicoterapia acolhendo as diferenças na inclusão: (RE) estabelecendo relações positivas entre o professor e o aluno com necessidades educacionais especiais	Carolina G. Gomes	SBMT
Um coral Chamado Musicalidade Brincante.	Raquel Siqueira da Silva	SBMT
“OS VELHOS GURIS”: Relato de experiência com musicoterapia em instituição de longa permanência para idosos.	Claudimara Zanchetta e Patrick A. Wachholz	SBMT
Musicoterapia e políticas públicas: sua inserção na estratégia de saúde da família da secretaria municipal de saúde – Goiânia / Goiás.	Thamile F. Vidiz; et all	SBMT
Trocas Afetivas e Psicossociais em Musicoterapia: Grupos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	Leonardo N. Cardoso e Rosemyriam Cunha	NEPIM
A Música como Prática Inclusiva na Educação	Cristina Lemos e Lydio Roberto Silva	NEPIM
EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO		
TÍTULO	AUTOR	BASE
A Jornada de Encontrar a Própria Voz como Caminho para o Self: Desafios de um Trabalho Musicoterapêutico	Thereza Christina A.de Salles e Sheila Volpi	SBMT
A Composição Musical e Resolução de Problemas no Contexto Musicoterapêutico	Nilza Merlim Perentel Silva Backes	SBMT
A Canção de Ninar em Musicoterapia como Facilitadora da Construção e Fortalecimento do Vínculo Mãe-Bebê	Gláucia Tomaz Marques Pereira	SBMT
Possíveis Aplicações Musicoterápicas em Atletas de Alto Nível	Fernando Dantas Castel e Cristiane Amorosino	RBMT
“Comigo Não, Violão!”: Musicoterapia com Mulheres em Situação de Violência Doméstica	Daniéli B. Krob e Laura F. Schmidt da Silva	RBMT
Desafios e possibilidades na musicoterapia com idosos.	Ana Maria L. de Souza Delabary	SBMT
Musicoterapia auxiliando na elaboração das perdas decorrentes do envelhecimento.	Priscila de Sales Campos; et all	SBMT
Contribuição da musicoterapia na construção da identidade de adolescentes participantes de um projeto social.	Hermes S. dos Santos e Célia Maria F. S. Teixeira	SBMT
Musicoterapia e educação social: em busca da construção de corpos sonoros e subjetividades	Fernanda Valetin	SBMT
A Utilização da Música na Humanização do Ambiente Hospitalar: Interfaces da Musicoterapia e Enfermagem	Leila Brito Bergold; et all Marina Reis Toffolo e Mara Reis Toffolo	RBMT
Improvisação no Setting Musicoterápico: Uma experiência com Pacientes Adultos Cegos	Reis Toffolo	RBMT
CRIAÇÃO DE AMBIENTES FAVORÁVEIS À SAÚDE		
TÍTULO	AUTOR	BASE
Musicoterapia e Formação Docente – Reconstruindo discursos na Educação.	Sandra Rocha do Nascimento e Leomara Craveiro de Sá	SBMT
Contribuições da Musicoterapia no desenvolvimento das Relações Intra e Interpessoais dos profissionais de uma Equipe de Vendas.	Alexandre A. G. de Castro; et all	SBMT
ELABORAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS		

TÍTULO	AUTOR	BASE
A Musicoterapia e sua inserção nas políticas públicas – análise de uma experiência	Sofia Cristina Dreher	RBMT
REORIENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE		
TÍTULO	AUTOR	BASE
NENHUM		

Percebe-se que as estratégias de maior atuação da Musicoterapia foram Empoderamento Psicológico com onze publicações e Empoderamento Comunitário com sete publicações. Mas, como já detectou-se nos demais descritores, a Musicoterapia vem atuando também em estratégias como Criação de Ambientes Favoráveis a Saúde e nesse momento na Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis. Veremos através das vozes dos atores dessa pesquisa um pouco sobre essa atuação:

Empoderamento Comunitário:

Trata-se de um coral cênico de gestão coletiva, no qual as decisões são tomadas pelo coletivo, como premissa básica. Atualmente o grupo tem feito passeios em vários locais da cidade, os laços afetivos parecem estar mais consistentes. O coral se mantém pelo interesse dos participantes, não havendo qualquer forma de controle de presença. O afeto contagiante faz emergir o sentimento de pertencimento ao grupo. Pertencendo ao discurso da inserção social e mais do que isto, o coral vem se tornando um ponto de encontro de pessoas que gostam de cantar e estar ali (Apêndice 1 n° 91).

O coral Chamado Musicalidade Brincante foi criado em 2005 e é coordenado pela Musicoterapeuta Raquel Siqueira da Silva se formou e ensaia no Instituto Municipal Nise da Silveira, antigo hospital Pedro II. É composto por usuários de serviços de saúde mental, seus familiares, pessoas das comunidades circunvizinhas que não fazem tratamento psiquiátrico e funcionários do instituto.

Depois de três meses de trabalho, um dos idosos sugeriu a formação de grupo específico, apenas com idosos que já possuíam alguma noção musical. O grupo passou a ser conhecido como “Os Velhos Guris”, nome escolhido pelos próprios integrantes. O trabalho resultou na gravação de um CD, com onze canções da música popular brasileira e uma composição do grupo. Com o amadurecimento do grupo, agora os idosos fazem apresentações para diversos lugares, incluindo outras ILP. Alguns eventos são remunerados, o que valoriza os idosos e sua produção. A melhora na auto-estima e QV [qualidade de vida] é significativa, evidente inclusive na forma de se vestir e nas expressões faciais dos idosos integrantes e dos que convivem com eles na ILP. A reconstrução da história de vida através do cantar permitiu emergir uma alegria previamente abandonada. A experiência da musicoterapia com o grupo permitiu evidenciar que a oportunidade de atividades ocupacionais específicas em ILP podem dar a velhice melhor qualidade e dignidade (Apêndice 1 n° 95).

“Os Velhos Guris” é um grupo nascido de uma experiência com musicoterapia em instituição de longa permanência (ILP) para idosos de sexo masculino na cidade de Curitiba (PR).

Uno de los primeros proyectos puesto en marcha en New York es S.A.V.E. (Students Against Violence Everywhere) Estudiantes en contra de la violencia en todas partes. Se realizo un proyecto piloto en una escuela secundaria de New York con alumnos com problemas de conducta y se pudo ver una disminución de la violencia en los Estudiantes que participaban en grupos de Musicoterapia. La autora de este trabajo también há trabajado en una escuela en el Bronx en el año 2001 con niños de bajos recursos donde conductas agresivas y violentas ya se podían observar a la temprana edad de 4 y 5 años. En esta escuela Family Life Academy School se introdujo la Musicoterapia para los niños tanto en prevención como para el tratamiento arrojando un buen resultado. El trabajo incluyo tratamiento en conjunto con las madres de los niños tratados y también con las maestras. El poder tener contacto directo con las clases permitía un mejor conocimiento de los niños y se realizaban experiencias en el aula tanto de “empoderamiento” como de relajación, utilizando el cuenco tibetano, música de la naturaleza y canciones. En una oportunidad creamos en la sala de Musicoterapia una canción acerca del “respeto” com un alumno que tenia muchos problemas de conducta y la compartimos con sus compañeros de clase. Luego del ataque a las torres gemelas en el 2001, los musicoterapeutas y estudiantes de la Universidad de New York encontraron refugio en la casa de una de las fundadoras la Prof. Edith Boxill. Allí encontraron apoyo y se implementaron actividades como una manifestación musical en el Central Park en contra del terrorismo y a favor de la paz. [...] Un VALOR, una ACTITUD y una CONDUCTA: LA PAZ DEL SIGLO XXI esta es nuestra tarea como musicoterapeutas para la paz, buscar incansablemente estos tres sonidos en y para todos los rincones de la tierra - la solidaridad, el diálogo y La prosperidad (Apêndice 1 n° 87).

Em 1988 teve início em Nova Iorque: “Music Therapists for Peace, Inc.”, com o objetivo de colaborar através da Musicoterapia, fomentar relações saudáveis, tanto em nível familiar, escolar e comunitário. No intuito de realizar uma contribuição vital a paz e a melhorar a qualidade de vida através da aplicação de técnicas e artes únicas da Musicoterapia.

Com relação ao Empoderamento Psicológico:

O processo terapêutico, demonstrou que as músicas suscitavam lembranças; e que no início da sessão havia pouco comprometimento, mas no decorrer das mesmas elas se envolviam; na finalização da sessão, apresentaram mudança de atitude: algumas expressando bastante verbalmente, enquanto outras permaneciam caladas. Durante a “paródia musical” (atividade realizada na 2° e 3° sessão), demonstraram grande interesse: oferecendo frases para compor a música, observando e cuidando do aspecto estético. A partir da terceira sessão, os níveis de interação e concentração aumentaram, havendo melhoras no contato físico e visual (Apêndice 1 n° 93).

Essa evolução foi percebida musicalmente através do canto, por exemplo. Nas primeiras sessões, as participantes apresentaram um cantar tímido, com intensidade

fraca e geralmente abaixo do tom sugerido pelas musicoterapeutas. Elas não apresentavam autonomia no canto, ou seja, só cantavam se pelo menos uma das musicoterapeutas cantasse junto. Entretanto, no decorrer dos encontros, este cantar passou a ser melhor projetado, numa intensidade mais adequada, o tom começava a acompanhar o proposto pelas musicoterapeutas e já havia momentos de autonomia vocal (Apêndice 1 n° 83).

Após a experiência de improvisar, os pacientes conseguiram descrever verbalmente como se sentiam e a resposta veio de forma direta e surpreendente: - “Gostei muito disso, achei que não iria dar conta, mas não é tão difícil assim” – disse MM; - “Me senti leve” – disse ML; - “Que coisa boa! Me senti livre e sem barreiras, podemos fazer isso mais vezes!” – disse JM.

[...] A improvisação aproximou os pacientes de seus sentimentos internalizados, muitas vezes difíceis de serem expressos verbalmente e os libertou de suas condições físicas e emocionais para vivenciarem uma experiência de liberdade e autonomia, capazes de acrescentar significativamente na formação de cada paciente, trazendo o aumento da autoconfiança e da auto-estima pessoal. A utilização da técnica de improvisação, nas sessões de musicoterapia com esses pacientes adultos cegos resultou na melhoria da comunicação e vínculo entre pacientes- terapeutas; promoveu a coesão do grupo; trabalhou a livre expressão; colocou os mesmos como parte de um processo musical; aumentou a espontaneidade, criatividade do grupo, trouxe melhorias na auto-estima e autoconfiança desses pacientes (Apêndice 1 n° 80).

Como se apresentou nessa experiência específica descrita por Marina e Mara Toffolo com portadores de deficiência visual, a técnica de improvisação musical trouxe aos pacientes, o sentimento de fazer parte de um todo e os encorajou a experimentar o potencial da expressão não verbal. Possibilitou sensações importantes como: autonomia, autoconfiança, autoestima e sensação de realização e capacidade pessoal. Bruscia (2000) destaca a possibilidade de ações criadas e desenvolvidas durante um encontro de Musicoterapia se estenderem para o cotidiano. Num dos exemplos acima os pacientes oferecem “*frases para compor a música*” e no outro mostram quem o “*cantar passou a ser melhor projetado, numa intensidade mais adequada, o tom começava a acompanhar o proposto pelas musicoterapeutas e já havia momentos de autonomia vocal*” Conquanto o desenvolvimento crítico dos sujeitos, ponderado por Carvalho (2002; 2004) não seja suficiente para a transformação uma social, ele é categoricamente necessário para que ela ocorra. Entende-se que o empoderamento social seja a possibilidade de que sujeitos e coletivos possam ampliar competências para participar da vida em sociedade, incluindo habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política.

Sobre a ação no fortalecimento de ambientes favoráveis à saúde:

Expor toda a riqueza expressa durante a vivência não seria possível neste artigo,

visto ser limitado em sua extensão. Porém, é possível enfatizar os resultados percebidos nos discursos dos próprios professores. No momento do processamento/feedback, 'escutamos': 'Esse momento foi um festival de emoções: me senti feliz por poder falar da minha vida e ser ouvida com atenção (voz e vez); me senti triste ao lembrar da adolescência sofrida que tive; senti muita saudade da infância; amei ouvir as histórias dos colegas'; 'Foi muito bom refletir sobre a minha vida e a música que marcou cada período. Isso me faz compreender o porque que faço música e o porque das minhas escolhas musicais hoje' (Apêndice 1 n° 90).

Os sujeitos são os profissionais de uma equipe de vendas de uma empresa que comercializa produtos e serviços de segurança eletrônica patrimonial. Após aprovação pelo Comitê de Ética, iniciou-se a pesquisa de campo com a citada equipe. Esta pesquisa utiliza o método qualitativo e tem como instrumentos entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Serão identificadas, no início da pesquisa, as principais dificuldades relacionais da equipe, observando-se, ao final, transformações ocorridas após as intervenções da musicoterapia. No tratamento dos dados será utilizada análise de conteúdo. Espera-se que, na conclusão da pesquisa, encontrem-se elementos que indiquem mudanças na forma de comunicação e expressão dos profissionais de vendas, promovendo melhor qualidade de vida do trabalho (Apêndice 1 n° 96).

Merece destaque um ponto que decorre dessa estratégia em especial: o lugar ético do profissional de saúde. Quais os interesses por detrás do nosso trabalho? Um musicoterapeuta que trabalha em uma empresa atende aos interesses do empregador e dos empregados? Como um musicoterapeuta contratado para trabalhar com a equipe docente não vai acolher as demandas surgidas de conflitos internos daquela instituição? O que fazer com essa demanda? Muitas vezes o profissional é chamado para desenvolver e aprimorar a cidadania, a tomada de iniciativa, a autonomia; no entanto como esse mesmo profissional se coloca quando o efeito dessa atuação gera uma mobilização daquele ambiente?

Sobre sua inserção em Políticas Públicas:

*1. O povo da colina gosta de viver bem
Com a sua família e seus amigos também
Vieram atrás da casa própria
E de uma boa comunidade*

*2. Mas falta segurança e tem muita violência
Também tem muita sujeira espalhada pelas ruas
É a droga rola solta
Ameaçando a população*

*3. Aqui na colina temos um bom acesso à saúde
Também tem um bom transporte que nos
aproxima das coisas
Temos um bom espaço
Pras crianças poderem brincar*

4. Mas falta segurança aqui na nossa escola

*Temos insegurança com os roubos e as brigas
das crianças
Falta de paz e sossego
Que atrapalham os trabalhadores*

*5. Queremos melhorias para a nossa comunidade
Temos ruas esburacadas e falta saneamento
Nossas crianças precisam
De um bom campo de futebol*

*6. Não podemos deixar de lembrar dos amigos verdadeiros
Também temos na escola muitas amizades
O importante é termos união
Entre todas as famílias*

No final, além dos aplausos, o Prefeito se aproximou de uma das integrantes e solicitou uma cópia da canção, dizendo que queria trabalhar em cima dela. Fui para casa pensando que a oficina de Musicoterapia havia acabado! Após alguns diálogos e esclarecimentos da assistente social, demos tranquilamente continuidade ao nosso projeto. O interessante foi a reflexão que fizemos com o grupo após a apresentação. O grupo ficou muito feliz com a atitude do Prefeito de ficar com a canção e da promessa que fez em trabalhar sobre o relatado. O grupo ainda relatou que já estavam trabalhando nas ruas com as patrôlas da prefeitura e que o policiamento na escola havia aumentado.

[...] Passado algum tempo, a assistente social nos trouxe a informação de que o Prefeito havia levado nossa canção para Brasília para solicitar mais recursos para atender a demanda da comunidade. É a partir dessa perspectiva que o trabalho da Musicoterapia passa a ter novas concepções de atuação. Passamos a entender que os indivíduos também devem ser chamados para a responsabilidade de promoverem saúde em seus locais de moradia. Isso inclui hábitos básicos de higiene, de convívio social, de re-estabelecimento da paz, entre outros (Apêndice 1 n° 81).

Essa publicação aponta para a importância da prática da Musicoterapia enquanto agente facilitador de mudanças sociais. O desafio está em sair da passividade, em que em muitos momentos os clientes se encontram, para promover a participação comunitária. É dentro dessa perspectiva que precisamos elaborar ações para um maior envolvimento, para a criação de um espaço de participação. O que está em jogo aqui é a retomada da autonomia e empoderamento dos sujeitos.

Para dialogar com a perspectiva de Promoção da Saúde a prática da Musicoterapia requer como modo de intervenção a ação de problematizar - no sentido de desafiar as falas explicativas para o fenômeno saúde-doença a fim de superar a percepção fragmentada da realidade. De um lado as experiências musicais terapêuticas podem ter valor emocional, e de outro lado podem proporcionar coletivamente experiências criativas, apreciativas, avaliativas e críticas.

As sociedades atuais ainda que tenham aumentado enormemente sua capacidade técnica de lidar individualmente com problemas de saúde, não têm conseguido de fato promover os cuidados básicos da saúde da população: em muitos países ainda é enorme a

quantidade de pessoas que não dispõem de acesso à saúde, de saneamento em suas residências, e constatamos o retorno de algumas enfermidades que pareciam já terem sido erradicadas. Contudo, a ideia da saúde como um processo realiza um avanço. A saúde passa a ser vista não mais como um estado, mas como um processo definido por cada pessoa ou grupo de acordo com suas possibilidades econômicas, técnicas, políticas e culturais. Compreender esse processo significa, por assim dizer, lançar luzes sobre a origem das nossas instituições, identificar seus problemas e contradições e quais são os fatores que provocam o bloqueio do exercício da autonomia.

Assim, estamos observando que os programas de Promoção da Saúde devem fazer parte da totalidade constituída pela sociedade porque trazem propostas relevantes para a religação dos valores coletivos. Diante da vida e das circunstâncias, elaboramos e executamos nossas práticas de saúde. Nós profissionais de saúde precisamos desenvolver a percepção de como a população compreende suas práticas de saúde. É nesse encontro de sujeitos que se faz a construção conjunta. Espera-se, como resultado, o aumento da capacidade dos sujeitos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas através da aquisição de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade.

A visão de saúde enquanto ausência de doença ainda é amplamente difundida no senso comum, não se restringindo a esta dimensão do conhecimento. Pelo contrário, essa ideia não só é reforçada pela medicina, como orienta a maior parte das pesquisas e da produção tecnológica em saúde. Canguilhem (2009), no entanto nos apresenta que o estado patológico não sendo apenas uma variação de falta ou excesso do estado fisiológico. E sim que implica na capacidade dos sujeitos de instituírem novas normas. O objetivo da Promoção da Saúde é desenvolver a autonomia dos sujeitos e coletividades para estabelecer possibilidades de criação de normas para suas vidas, formas de lidar com questões, que sejam mais criativas, solidárias e produtoras de movimento. A Musicoterapia, com toda potência criativa que apresenta, reconhece que o processo saúde-doença não é apenas um fenômeno individual. Acredita-se que a Musicoterapia ancorada na ótica da Promoção da Saúde possa trabalhar para que os sujeitos consigam realizar sua natureza, enquanto organismos sadios (Ibidem). Mais do que os mantendo em seu estado e em seus meios atuais, mas atuando de forma que o enfrente riscos e aceite a eventualidade de reações catastróficas. Não fugindo diante dos problemas causados pelas alterações de seus hábitos, mas atuando na capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem.

Produzir o novo é também inventar novos desejos e novas crenças, novas associações

e novas formas de cooperação. Todos criam, no dia-a-dia, novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. A invenção não é prerrogativa dos grandes gênios, nem monopólio da indústria ou da ciência, ela é a potência do homem comum. Cada variação, por minúscula que seja, ao propagar-se e ser imitada torna-se quantidade social, e assim pode ensejar outras invenções e novas imitações, novas associações e novas formas de cooperação.

Investigar a inserção da Musicoterapia nos programas de Promoção da Saúde tornou-se particularmente relevante pelo fato de que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal responsável, no Brasil, pela organização e funcionamento dos serviços correspondentes à integralidade em saúde pública. É com esta proposição que a Política Nacional de Saúde de Promoção da Saúde defende a consolidação da equidade em saúde. Sendo uma política de ação afirmativa, ela está ligada a outras políticas sociais, mantendo a interdependência com outros programas voltados para o trabalho, assistência social, a cultura, o lazer e a educação.

A Musicoterapia não pretende resolver os problemas que as pessoas precisam enfrentar, mas disponibiliza recursos com os quais a comunidade consiga revelar as dificuldades sociais ou particulares, enfrentadas e como desejam sair da situação que as coloca em condição vulnerável. A prática da Musicoterapia no âmbito da Promoção da Saúde acontece como parte de um todo; ela não classifica os problemas nem indica soluções, mas proporciona recursos para a comunidade se organizar e permanecer em crescimento. A escuta ativa para estas relações é essencial para a comunidade fortalecer a identidade; estabelecer laços de confiança mútua; definir o que deseja solucionar e como pode ser essa transformação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Que cigarro a cobra fuma quando fuma?
Rodrigo Carancho*

Esta pesquisa teve por finalidade investigar como a Musicoterapia pode atuar enquanto dispositivo de Promoção da Saúde. Após a leitura de 97 artigos e resumos distribuídos nas bases dados: Scielo, Lilacs, Idexpsi, Banco de Teses e Dissertações da Capes, Revista Brasileira de Musicoterapia, Revista do Núcleo de Ensino e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia e Anais do 13º e 14º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia; com os descritores Musicoterapia e Saúde, Musicoterapia e Clínica e Musicoterapia e Promoção da Saúde pode ser observado as seguintes questões sobre os três eixos centrais da pesquisa: Musicoterapia, Promoção da Saúde e Empoderamento.

No âmbito da Musicoterapia percebeu-se que a fundamentação teórica da maioria das práticas apresentadas no material coletado se organizou ao redor da ideia de saúde/doença, muito embora a Promoção da Saúde tente ultrapassar essa dicotomia. A Musicoterapia acompanhou o fluxo teórico das ciências da saúde. Contudo nota-se que a prática musicoterápica tem potencial para ser transgressora, pois vai além do padrão saúde/doença agindo como fonte de Promoção da Saúde em áreas mais tradicionais como a de Tratamento e Reabilitação, por exemplo.

As práticas da Musicoterapia apresentadas nesse trabalho mostraram que é possível promover saúde quando usuários de uma Unidade de Atenção Básica tem a possibilidade de expressar na “sala de espera” sua indignação com o atraso dos médicos e demora nos atendimentos. Quando vínculos como o de uma mãe com seu bebê e professor- aluno são fortalecidos. Quando usuários de um serviço de saúde mental “colocam seu bloco na rua”. Ou quando em uma festa junina, depois da apresentação de uma paródia instigadora feita pelos próprios moradores, um prefeito mobiliza ações em prol de uma comunidade.

É importante salientar o cuidado que devemos tomar para que as palavras-chave presentes nas publicações realmente expressem o conteúdo das discussões dos artigos publicados.

Com relação à Promoção da Saúde observou-se que falar a partir dessa ótica é inverter a lógica atual: 1. É partir do princípio que a população é protagonista da ação, é o trabalho em conjunto- sociedade civil e Estado- que determinariam as atuações em saúde; 2. É pensar a sociedade a longo prazo e não só através de programas emergenciais e assistencialistas; 3. É

entender que a rede não é fragmentada. Ministérios de Saúde, Meio Ambiente, Educação e Desenvolvimento, Setor Privado e Não Governamental, estão diretamente relacionados. Mas isso também é ir contra todo um sistema de crenças e ações que ao longo desses 500 anos de colônia foram enalacrados.

A Promoção da Saúde é incipiente em sua produção teórica e prática. Sua prática ainda se confunde um pouco com ações de prevenção de doenças. Em função disso, várias críticas são tecidas, inclusive a fomentar principalmente a atuação negativa da biopolítica. Reconhece-se a dificuldade e limitação que esta perspectiva apresenta, no momento em que coloca em questão todo sistema ideal de práticas em saúde por considerá-las, em potencial, como práticas que tendem a disciplinar e governar os indivíduos e coletivos.

O que se quer salientar, e agora já adentrando para o campo do empoderamento, é que o entendimento de processos de produção de subjetividade e governabilidade não garante que a Promoção da Saúde, e nela a estratégia de empoderamento social, seja necessariamente uma solução para as questões sobre a exclusão social e sobre a responsabilidade dos indivíduos com a saúde. Contudo a partir da construção realizada nessa pesquisa, pode-se observar que a Promoção da Saúde, através de um trabalho comprometido e ético acerca do Emporamento, pode sim ser um importante dispositivo de resistência.

Os trabalhos apresentados nessa pesquisa demonstraram que a prática musicoterápica ressoa ações cheias de criatividade, autonomia e principalmente de Empoderamento (psicológico e social). Ações que promoveram a oportunidade dos atores se deslocarem do lugar de coadjuvante para o de protagonistas.

Para muito além do que se havia pensando enquanto hipótese para o estudo, o campo dessa pesquisa trouxe dados impensados e que foram mesmo “achados de pesquisa” como: a ampliação da atuação da Musicoterapia em outras estratégias de Promoção da Saúde que apenas o Empoderamento Social e o próprio item de análise denominado Material Inesperado, ou seja, trabalhos que não objetivaram atuar enquanto Promoção da Saúde, mas que o fizeram.

É bonito perceber a riqueza de material produzido, é bonito poder realizar, mesmo que com uma quantidade reduzida de publicações aos olhos de tantas outras disciplinas existentes, uma pesquisa cujo campo se dá com uma pesquisa bibliográfica. É emocionante acompanhar esse caminhar, diversificar e amadurecer da Musicoterapia enquanto campo de conhecimento. A escrita dessa dissertação foi guiada pelo distanciamento necessário à pesquisa, mas também guiada pela implicação da pesquisadora com a Musicoterapia. Que certamente emocionou - se

com a leitura das publicações. A Musicoterapia não é uma entidade abstrata, distanciada daqueles que a fazem, a Musicoterapia como ciência é produzida pelos profissionais que com ela trabalham. Ela é também o que os profissionais musicoterapeutas fazem dela e com ela, situados em momentos históricos definidos.

É, sem conseguir aqui encontrar outra expressão, belíssimo, perceber nas descrições acerca das práticas o poder que a Musicoterapia possui de extrair o que há de mais saudável dos sujeitos: a memória, a história, o lúdico... Mesmo contemplando a atuação na esfera das habilidades individuais dos sujeitos, a Musicoterapia apresenta um grande e lindo potencial em mãos: fazer despertar, desabrochar, “derreter”.

Reitera-se que essa pesquisa é um processo inicial e inacabado, como diz Marcello Santos (2011) agora que a afirmação se tornou uma experiência, ela precisa ser partilhada e reexecutada, referenciada e reafirmada, ensinada a novos aliados dispostos a multiplicar o que vai se configurando como campo de conhecimento, como disciplina. Com isso reitera-se a importância da continuidade de pesquisas que aproximam as práticas de Musicoterapia às de Promoção da Saúde. A partir dessa análise esse trabalho é acometido por mais uma onda de questões: A partir de que lugar teórico a Musicoterapia entende conceitos como Saúde, Doença e Promoção da Saúde? É a partir de uma ordem biopolítica ou como um dispositivo de resistência? A Musicoterapia vem para “romper” com o *status quo* ou está se colocando em um lugar de poder sobre o processo de saúde dos sujeitos? O musicoterapeuta se vê como agente de Promoção da Saúde?

A Musicoterapia enfrenta um tempo de compromisso social: esse século nos coloca diante de um grande desafio. Um desafio ao narcisismo, ao individualismo que reflete atitudes transformadoras a respeito dos saberes que mantém a intelectualidade ou a burocracia sem advertir uma práxis ao serviço de saúde coletiva. O objetivo não é que a partir de agora todas as práticas da Musicoterapia passem a pensar da mesma forma, que “tenha” que pensar Promoção da Saúde, no entanto a Promoção da Saúde acompanha a Musicoterapia, mesmo sem querer, quando possibilita esse resgate de potência de vida.

Está claro que a Musicoterapia no contexto tradicional de reabilitação e tratamento é de absoluta necessidade e importância social. No entanto é de suma importância a necessidade de que os musicoterapeutas e cursos de formação se apropriem de saberes da saúde coletiva, prevenção e Promoção da Saúde. O grande desafio da Musicoterapia é refletir sobre paradigmas de saúde e doença e encontrar as lacunas na entrada de sistemas instituídos que esmagam a intersubjetividade criativa. Um desafio que atinge os critérios de acessibilidade da

Musicoterapia não como uma prestação elitista e que a grande população tenha acesso a dispositivos criativos que ajudem a fortalecer a comunidade e empoderá-la para sua própria tomada de decisão sobre a saúde.

REFERÊNCIAS

Ansdell, G. *Community Music Therapy and The Winds of Change: a Discussion Paper*. In: Kenney, C; Stige, B. (Coord). *Contemporary Voices in Music Therapy: Communication*. Oslo. Unipub Forlag. 2002.

_____. *Rethinking Music and Community: Theoretical Perspectives in Support of Community Music Therapy*. In: Pavlicevic, M & Ansdell, G. *Community music therapy*. London and Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers. 2004.

Barcellos, C. & Monken M. *O território na promoção e vigilância em saúde*. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Barros, R.B., Campos, G. W. & Castro, A. M.. *Avaliação de política nacional de promoção da saúde*. *Ciência saúde coletiva*, 2004, 9, 3. Rio de Janeiro: July/Sept.

Batistella C. *Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica*. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Batistella C. *Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde*. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. *VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)

_____. *Constituição Federal da República*. Brasília: Governo Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Buss, P. M. *Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde*. In Czeresnia, D. & FREITAS, C. M. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Bruscia, K. E. *Definindo Musicoterapia*. (M. V. F. Conde Trad.) 2 ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. Trad Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

Canoletti, B. *Trabalho em equipe de saúde e de enfermagem: análise sistemática da Literatura*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

Caponi, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, 1997. IV(2): 287-307, jul.-out.

Carvalho, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2004. 20(4):1088-1095, jul-ago.

_____. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004. vol.9 no.3. Rio de Janeiro July/Sept.

_____. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005

Carvalho, S. R. & Gastaldo, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva*, Dez 2008, vol.13, supl.2, p.2029-2040.

Chagas, M. As Perspectivas da Musicoterapia. IX Fórum Estadual de Musicoterapia do Rio de Janeiro, 2003.

_____. Processos de subjetivação na música e na musicoterapia. Tese de Doutorado apresentado ao curso de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

Chagas, M. & Pedro, R. *Musicoterapia: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade – como sofrem os híbridos e como se divertem*. RJ. Editora Mauad X Bapera. 2008.

Conde, C. & Ferrari, P. *Criação do Curso de Musicoterapia no Rio de Janeiro e suas reverberações*. In Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos rumos. Org. Moura Costa, C. Rio de Janeiro, Editora CBM, 2008.

Cruz, M. M. *Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde*. s/d. Acessado em 05/01/2012 de <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/pos-graduacao/site/material-de-apoio/detalhes/?site=1&id=12543>

Cunha, R. Arruda, M. & Silva, S. M. Homem, Música e Musicoterapia. *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*. 2010. Curitiba v.1, p.1-14.

Curtis, S.L. & Mercado, C.S. Community Music Therapy for Citizens with Developmental Disabilities. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. 2004, 4, 3.

Da Rocha, et al. *Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local*. s/d. Retirado em 05/01/2012 de http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_909630973.pdf

Ferreira. R. M. *O sujeito da psicanálise: um obstáculo à naturalização do mal-estar*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicanálise – UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

- Fonseca, M. A. Michel Foucault e a Constituição do Sujeito. São Paulo: Educ, 2007.
- Fortes P.A.C.; Zoboli, E.L.C.P. *Bioética e saúde pública: entre o individual e o coletivo*. In: Fortes P.A.C.; Zoboli, E.L.C.P (Orgs.). *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2003.
- Foucault, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes; 1977b.
- _____. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitaria, 1977a
- _____. *Microfísica do Poder*. Org. Machado, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a.
- _____. *O nascimento da medicina social*. In: *Microfísica do Poder*. Org. Machado, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b.
- _____. *As palavras e as coisas: Uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- _____. *Aula de 17 de março de 1976*. In: *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Furtado, M. A. *Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia*. Dissertação de Mestrado apresentada ao programa EICOS de Pós-Graduação em Psicossociologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.
- Gaston, T. E. (Org). *Tratado de Musicoterapia*. Paidós, Buenos Aires, 1968.
- Gaudenzi, P. & Schramm, F.R. The paradigmatic transition of healthcare as a citizen's duty: a look at bioethics in public health. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2010. v.14, n.33, p.243-55, abr./jun.
- Guéron, R. Potências do samba, clichês do samba: linhas de fuga e capturas na cidade do Rio de Janeiro. *Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia*. Rio de Janeiro. Nº25-26, pp. 157-169. mai-dez 2008
- Hoepers, Andrade & Parpinelli. *Reflexões acerca da supervalorização do eu na sociedade pós-moderna*. 2010. Disponível em http://www.unifil.br/portal/hotsites2010/anais_IIIcongresso/apresentacao/arq05.pdf acesso em 01 agosto 2012.
- Huizinga, J. *Homo Ludens: o jogo como elemento de cultura*. 5ª ed. Trad. João Paulo Monteiro. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- Jourdin, R. *Música, cérebro e êxtase*. Trad. Sonia Coutinho. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.
- Leining, C. E. *Tratado de Musicoterapia*. São Paulo: Sobral Editora, 1977.
- Kenney, C; Stige, B. (Org). *Contemporary Voices in Music Therapy: Communication*. Oslo. Unipub Forlag. 2002.
- Martins, A. *Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção*

de saúde. *Interface -Comunic., Saúde, Educ.* set.2003-fev.2004, v.8, n.14, p.21-32.

Minayo M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001. 6(1):7-19.

Oselame, M. & Carvalho, F. *A Pesquisa em Musicoterapia no Cenário Social Brasileiro*. Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011.

Pavlicevic, M & Ansdell, G. *Community music therapy*. London and Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers. 2004.

Peixoto M. C. M. *Musicoterapia Comunitária em um Bairro de Goiânia: Uma contribuição para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Música da Escola de Música e Artes Cênicas- pela Universidade Federal de Goiânia. Goiânia, 2011.

Pelbart, P. P. Poder sobre a vida, potência da vida. *Lugar Comum*. 2002. No17, pp. 33-43. set 2001-abril.

Pellizari,P & Rodríguez,R. *Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial*. Buenos Aires. EUS. 2005.

Pereira, A. M. *Problematizando a interdisciplinaridade nos serviços de saúde: um levantamento bibliográfico para construir um mapa analítico das tendências sobre o tema*. Dissertação de mestrado apresentado ao programa de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – EICOS- – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

Polo, C. K. *Intervenções Lúdico-musicais frente ao estresse de crianças acolhidas vítimas de violência doméstica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2010.

Raerburn J & Rootman I *People-centred health promotion*. Toronto: John Wiley & Sons, 1998.

Rappaport, J. In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention. *American Journal of Community Psychology*, 1981. 9:1 p.1

Riger S. What's wrong with empowerment. *Am J Community Psychol* 1981. 21:279-92.

Rissel C. Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International* 1994; 9(1):39-47.

Rosen, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.

Santos, M. S. *Contemporaneidades e Produção de Conhecimento: A Invenção da Profissão de Musicoterapeuta*. Tese de Doutorado em Psicossociologia e Ecologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa EICOS, 2011.

- Scharamm, F. R.. *Bioética da proteção em Saúde Pública*. In: Fortes, P.A.C. & Zoboli, E.L.C.P. (Orgs.). *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Loyola, 2003.
- Silveira, C. S. *Pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: Uma revisão integrativa*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- Stige, B. *Culture-centered music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2002.
- _____. *Community Music Therapy: Culture, Care and Welfare*. In: Pavlicevic, M & Ansdell, G. *Community music therapy*. London and Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers. 2004.
- Stotz E. N. & Araujo ,J. W. G. Promoção da Saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. In: *Saúde e Sociedade*. maio/ago 2004. São Paulo, v.13. n.2.
- Vasconcelos, E. M. *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: Epistemologia e Metodologia Operativa*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- Tame, D. *O poder da música*. Trad. Octavio Mendes Cajado. São Paulo: Cultrix, 1984.
- Wheeler, B. *Research in Music Therapy*. Barcelona: Barcelona Publishers, 2005.

APÊNDICE 1: RELAÇÃO DE TODOS OS TEXTOS ANALISADOS ORGANIZADOS POR DESCRITOR E BASE DE DADOS.

MUSICOTERAPIA E SAÚDE (N= 41)			
Nº	TÍTULO	AUTOR	TOTAL
Banco de Teses e Dissertações da CAPES			N= 9
1	A Musicoterapia na Sala de Espera de uma Unidade Básica de Saúde: Os Usuários Rompem o Silêncio	Adriana de Freitas Pimentel	
2	O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso	Cláudia Regina de Oliveira Zanini	
3	Efeitos da Musicoterapia na Qualidade de Vida Visual de Portadores de Neurite Óptica Demielizante	Cybelle Maria Veiga Loureiro	
4	Sobre os Efeitos da Musicoterapia Numa Instituição de Saúde Mental de Longa Permanência: Acolhendo as Dissonâncias	Grazielly Braga de Aquino	
5	Música e Saúde na Escola	Joana Haar Karam	
6	A utilização da Música com Objetivos Terapêuticos: Interfaces com a Bioética	Jose Davison da Silva Junior	
7	A prática da musicoterapia: uma reflexão a partir de um estudo etnográfico-musical	Laryane Carvalho Lourenço da Silva	
8	Recursos musicais aplicáveis à saúde da criança e do adolescente	Maria Eugenia Castelo Branco Albinati	
9	Percepção da Humanização das condições de trabalho por trabalhadores de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto	Vanessa Cecília de Azevedo Michelan	
Scielo			N= 4
10	Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido	Camila Sotilo Tabarro, et al	
11	Musicoterapia institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções	Laize Guazina e Jaqueline Tittoni	
12	A música na terminalidade humana: concepções dos familiares	Catarina Sales; et all	
13	A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem	Leila Brito Bergold e Neide Aparecida Titonelli Alvim.	
Lilacs			N= 2
14	Programa de higiene oral para niños y jóvenes con discapacidad cognitiva, psicomotora y del lenguaje	L. Alfaro	
15	Música: abrindo novas fronteiras na prática assistencial de enfermagem em saúde mental	Nataniele de Lima Campos e Luciane Prado Kantorskil	
Indexpsi			N= 1
16	Musicoterapia e exercícios terapêuticos na qualidade de vida de idosos institucionalizados	Neuza M.Mozer; Sheila G. Oliveira e Marilene R. Portella	
NEPIM			N= 2
17	Encontros Sonoros: O Corpo e a Voz num Processo Musicoterapêutico Grupal	Mariana C. C. Araújo e Pinho B. V. Trench	

18	Análise Musical de uma Estratégia de Cuidado Grupal: Funções Terapêuticas da Música para Sistemas Familiares durante Quimioterapia	Leila Brito Bergold e Roseane Vargas Rohr Neide	
	RBMT		N= 6
19	Ressonâncias entre a Teoria Ator-Rede e a Musicoterapia	Raquel Siqueira da Silva	
20	Acalanto: Um Embalo para a Vida	Priscilla Winandy	
21	“Escutando musicalmente entre muitos” uma música para mudar a minha vida	Benita Michahelles	
22	Cuidado de enfermagem por meio de acordes musicais: significados e sentimentos vivenciados	Dirce S. Backes; Jane S. Sasso e Simone B. Pereira	
23	A Canção e a Construção de Sentidos em Musicoterapia: História de Mulheres em Sofrimento Psíquico	Andressa Arndt e Sheila Volpi	
24	Musicoterapia e Cuidados Paliativos: Uma Revisão Teórica	Cláudia F. Laham e Cristiane Amorosino	
	13° e 14° Simpósios Brasileiros de Musicoterapia		N= 17
25	A Canção no Processo de Resgate de Identidade durante Episódio Maníaco com Sintomas Psicóticos	Andressa Arndt e Sheila Volpi	
26	A Música e a Musicoterapia no Contexto Hospitalar: Uma Revisão Integrativa de Literatura.	Ludmila C. Silva; et all	
27	Naquela Mesa... A Canção no Processo de Elaboração de Luto e Despedida	Sheila Volpi e Andressa Arndt Pollyanna de Azevedo Ferrari e Marcela Weck de La Cerda	
28	Coletivo Carnavalesco "Tá Pirando, Pirado, Pirou!": Criação Musical e Artística na Interface entre Cultura e Saúde Mental		
29	Experiências Musicais Facilitando o Processo Educativo Dialógico com Grupo de Sujeitos com Diabetes Mellitus Tipo 2	Roseane V. Rohr; Leila B. Bergold e Neide A.T. Alvim José D. da Silva Jr, Leomara C. de Sá e Maria M. Bachion	
30	Erro musicoterápico: um constructo em desenvolvimento com base na bioética	Vera B. Wrobel, Eneida S. Ribeiro e Elisabeth M. Petersen	
31	Desafios da musicoterapia na velhice		
32	Grupos musicais em saúde mental: o estético, o ético e o político em questão	Raquel Siqueira da Silva	
33	A inserção da Musicoterapia na comunidade Albergada da Casa dos Pobres São João Batista em Curitiba.	Carolina Batista	
34	Da pesquisa clínica à institucionalização: novas perspectivas da musicoterapia em saúde mental.	Ana Sheila Tangarife e Elisabeth M. Petersen	
35	Musicoterapia e Reforma Psiquiátrica: ópticas profissionais e intervenções sociais.	Maria Carolina dos Santos Cruz	
36	Musicoterapia e políticas públicas: sua inserção na estratégia de saúde da família da secretaria municipal de saúde	Thamile F. Vidiz; et all	
37	Efeitos da Reabilitação interprofissional em grupo sobre as habilidades cognitivas em idosos com demência.	Ana Carolina Rodrigues de Camargo Domingos; et all	
38	“Um pouco de possível senão eu sufoco...”: A escuta da Desrazão no fazer musicoterápico.	Mariana Cardoso Puchivailo Chiara Lorenzetti Herrera e Jesús Alberto Herrera Becerra	
39	Inserção da Musicoterapia na Rede de Saúde Mental de Caxias do Sul.		
40	Contribuições do olhar do musicoterapeuta sobre a saúde auditiva de músicos de banda.	Eliamar A. de B. Fleury e Ferreira e Anselmo G. Almeida	
41	Musicoterapia na Gestaçao: Uma Composição em Três Movimentos.	Ana Maria Delabary	

MUSICOTERAPIA E CLÍNICA (N= 23)

N°	TÍTULO	AUTOR	N= 3
Banco de Teses e Dissertações da CAPES			N= 3
42	A Educação Musical Especial: Aspectos Históricos, Legais e Metodológicos	Claudia Eboli Corrêa dos Santos	
43	A experiência musical como narrativa na clínica da musicoterapia: uma possibilidade de criação e reinvenção de sentidos e de memórias	Cristiane Celano Cordeiro	
44	Musicoterapia e Aleitamento Materno	Martha Negreiros de Sampaio Vianna	N= 0
Scielo			N= 0
NENHUM MATERIAL ENCONTRADO			
Lilacs			N= 1
45	Efeito terapêutico da música em portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise	Simone Albino da Silva; et all.	N= 0
Indexpsi			N= 0
NENHUM MATERIAL ENCONTRADO			
NEPIM			N= 0
NENHUM MATERIAL ENCONTRADO			
RBMT			N= 2
46	Musicoterapia e Síndrome de Asperger: Relato de Experiência	Rosalina Gonçalves Abadia; et all	
47	Musicalidade, Cognição e Estética: Realidades da Clínica Musicoterápica	Clara Márcia Piazzetta	
13° e 14° Simpósios Brasileiros de Musicoterapia			N= 17
48	Protocolo de Avaliação em Musicoterapia do Idoso em uma Instituição de Longa Permanência: Uma abordagem Interdepartamental	Cybelle M. V. Loureiro; et all	
49	Evidências sobre Epilepsia Musicogênica para uso em Musicoterapia: Revisão Sistemática	Andrea Lara e Simone Tibúrcio	
50	Projeto de Extensão Clínica em Musicoterapia da UFMG	Lilian Coimbra Faria e Renato Tocantins Sampaio	
51	Preparo e Acaso na Clínica Musicoterapêutica	Renato T. Sampaio	
52	A Utilização da Partitura Colorida no Processo de Avaliação em Musicoterapia	Igor Ortega Celso Wilmer e Gustavo Gattino	
53	Estudo sobre a importância da observação no contexto da prática clínica nos cursos de graduação em musicoterapia e medicina.	Mayara K. A. Ribeiro; et all.	
54	Análise de Canções compostas na clínica musicoterapêutica.	Renato Tocantins Sampaio	

55	Re-encantando: um toque entre tons e sons	Helida M. Valgas; Natália G. Dornelas e Sandra Rocha N.
56	A interação instrumental em musicoterapia e seus desafios.	Clara Márcia de F. Piazzetta
57	Adaptação de instrumentos musicais para pessoas com necessidades especiais no contexto musicoterapêutico.	Noemi Nascimento Ansay; et all
58	A canção e o ajustamento criativo na clínica musicoterapêutica.	Renato T. Sampaio; Talita Rodrigues e Tais P. Ferezin
59	(Re) Pensando e pondo em questão uma discussão epistemológica na Musicoterapia – será que ela já foi composta?	Patrícia Wazlawick e Kátia Maheirie
60	O uso da LIBRAS (língua brasileira de sinais) na clínica musicoterápica.	Noemi Nascimento Ansay
61	Música eletroacústica em Musicoterapia: possíveis reações emocionais.	Mayara Kelly A. Ribeiro e Fernanda O. Silva
62	Aplicações tecnológicas em musicoterapia: o setting vibroacústico.	Roger Carrer
63	Caracterização dos Profissionais da Saúde que Utilizam a Música com Objetivos Terapêuticos	José D. da Silva Jr, Leomara C. de Sá e Maria M. Bachion
64	Uso da musicoterapia em paciente com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH e transtorno de comportamento – relato de experiência.	Ivany Medeiros; Rosalina Abadia; Tereza Alcântara-Silva

MUSICOTERAPIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE (N= 12)		
Nº	TÍTULO	AUTOR
Banco de Teses e Dissertações da CAPES		N= 3
65	Intervenções Lúdico- Musicais Frente ao Estresse de Crianças Acolhidas Vítimas de Violência Doméstica	Christianne Kamimura Polo
66	Logomúsica: a criação de um novo approach musicoterápico como veículo na promoção da saúde mental	Juliana Leonardi
67	Musicoterapia Comunitária em um Bairro de Goiânia: uma contribuição para a política nacional de saúde integral da população negra	Maria da Conceição de Matos Peixoto
Scielo		N= 0
NENHUM MATERIAL ENCONTRADO		
Lilacs		N= 2
68	Promoción de la salud integral: el caso de dos programas de orquestas juveniles de la Ciudad de Buenos Aires	Gabriela Wald
69	Escuela comunitaria para modificación de conocimientos en pacientes con hipertensión arterial Valle Llagostera	Guillermo Del Juan; Carolina Asorey e Nancy Valle García.
Indexpsi		N= 0
NENHUM MATERIAL ENCONTRADO		
NEPIM		N= 1
70	Musicoterapia com Trabalhadores: Uma Visão Fenomenológica das Publicações Brasileiras	Natalia Farias Baleroni e Lydio Roberto Silva
RBMT		N= 2
71	Musicoterapia Comunitária, Contextos e Investigación	Patricia Pellizzari
72	Musicoterapia e o Cuidado ao Cuidador: Uma experiência Junto aos Agentes Comunitários de Saúde na Favela Monte Azul	Mariana C. C. de Araújo Pinho e Belkis Vinhas Trench
13º e 14º Simpósios Brasileiros de Musicoterapia		N= 4
73	A Educação Musical no Desenvolvimento da Criança: Trilhas da Musicoterapia Preventiva	Luisiana B. França Passarini; et all
74	Perspectivas da Abordagem Musicoterápica no Contexto da Assistência Domiciliar	Elisabeth Martins Petersen
75	Musicoterapia na Promoção da Saúde: Contribuindo para o Controle do Estresse Acadêmico	Graziela F. A. Panacioni e Claudia R. O. Zanini
76	Especificidade da musicoterapia e identidade do musicoterapeuta	Clarice Moura Costa

MATERIAL INESPERADO (N= 21)

Nº	TÍTULO	AUTOR	TOTAL
NEPIM			N=2
77	Trocas Afetivas e Psicossociais em Musicoterapia: Grupos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	Leonardo N. Cardoso e Rosemyriam Cunha	
78	A Música como Prática Inclusiva na Educação	Cristina Lemos e Lydio Roberto Silva	
RBMT			N=5
79	A Utilização da Música na Humanização do Ambiente Hospitalar: Interfaces da Musicoterapia e Enfermagem	Leila Brito Bergold; et all	
80	Improvisação no Setting Musicoterápico: Uma experiência com Pacientes Adultos Cegos	Marina Reis Toffolo e Mara Reis Toffolo	
81	A Musicoterapia e sua inserção nas políticas públicas – análise de uma experiência	Sofia Cristina Dreher	
82	Possíveis Aplicações Musicoterápicas em Atletas de Alto Nível	Fernando Dantas Castel e Cristiane Amorosino	
83	“Comigo Não, Violão!”: Musicoterapia com Mulheres em Situação de Violência Doméstica	Daniéli B. Krob e Laura F. Schmidt da Silva	
13º e 14º Simpósios Brasileiros de Musicoterapia			
84	A Jornada de Encontrar a Própria Voz como Caminho para o Self: Desafios de um Trabalho Musicoterapêutico	Thereza Christina A.de Salles e Sheila Volpi	N=14
85	A Composição Musical e Resolução de Problemas no Contexto Musicoterapêutico	Nilza Merlim Perentel Silva Backes	
86	A Canção de Ninar em Musicoterapia como Facilitadora da Construção e Fortalecimento do Vínculo Mãe-Bebê	Gláucia Tomaz Marques Pereira	
87	Musicoterapeutas para la paz: sonidos para el siglo XXI.	Maria Elena Lopez Vinader	
88	A musicoterapia acolhendo as diferenças na inclusão: (RE) estabelecendo relações positivas entre o professor e o aluno com necessidades educacionais especiais	Carolina G. Gomes	
89	Musicoterapia e educação social: em busca da construção de corpos sonoros e subjetividades	Fernanda Valetin	
90	Musicoterapia e Formação Docente – Reconstruindo discursos na Educação.	Sandra Rocha do Nascimento e Leomara Craveiro de Sá	
91	Um coral Chamado Musicalidade Brincante.	Raquel Siqueira da Silva	
92	Desafios e possibilidades na musicoterapia com idosos.	Ana Maria L. de Souza Delabary	
93	Musicoterapia auxiliando na elaboração das perdas decorrentes do envelhecimento.	Priscila de Sales Campos; et all	
94	Contribuição da musicoterapia na construção da identidade de adolescentes participantes de um projeto social.	Hermes S. dos Santos e Célia Maria F. S. Teixeira	
95	“OS VELHOS GURIS”: Relato de experiência com musicoterapia em instituição de longa permanência para idosos.	Claudimara Zanchetta e Patrick A. Wachholz	
96	Contribuições da Musicoterapia no desenvolvimento das Relações Intra e Interpessoais dos profissionais de uma Equipe de Vendas.	Alexandre A. G. de Castro; et all	
97	Musicoterapia e políticas públicas: sua inserção na estratégia de saúde da família da secretaria municipal de saúde – Goiânia / Goiás.	Thamile F. Vidiz; et all	
