



Universidade de Brasília

Repositório Institucional da Universidade de Brasília

repositorio.unb.br



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, prover um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso

Não Comercial — Você não pode usar o material para **fins comerciais**.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou **medidas de caráter tecnológico** que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

NonCommercial — You may not use the material for **commercial purposes**.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Esta licença está disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

**“Mais música, menos Haldol”: uma experiência entre música,
Phármakon e loucura**

Valeska Zanello

Psicóloga e Bacharel em Filosofia pela Universidade de Brasília; Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília; professora do curso de Psicologia do Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB)

<valeskazanello@uol.com.br>

Gustavo Sousa

Graduado em Psicologia

Resumo

O fenômeno da loucura mobiliza a sociedade desde os primórdios da civilização. Entretanto, a definição do que vem a ser este fenômeno, sua compreensão e a forma de tratamento modificam-se histórica e culturalmente. O modo como se compreende a loucura elege uma propedêutica e quem está habilitado para empregá-la. Em muitas instituições a loucura é hoje compreendida como “doença mental”, ocupando os medicamentos um lugar privilegiado, às vezes exclusivo, como forma de intervenção terapêutica. Enquanto isso, práticas alternativas de cuidado são vistas com descaso no auxílio ao restabelecimento do paciente. Este estudo visou pesquisar resultados do uso de oficinas de música e dança na ala de internação de um hospital psiquiátrico público.

Palavras-chave:

Saúde mental; gênero e saúde; psicologia; doença mental; prevenção.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de loucura sofre transformações, dependendo do momento histórico e da sociedade. O conceito adotado, ainda que de maneira não reflexiva, leva a certos diagnósticos e à prescrição de determinadas formas de tratamento (PESSOTTI, 1994).

Por exemplo, entre os gregos a loucura foi compreendida como resultado da ultrapassagem de *métron*, a boa medida imposta pelos deuses ao homem. Ao ultrapassá-la, o homem era punido com *hybris*, loucura e desvario, por desejar igualar-se aos deuses. A loucura não deveria ser banida, mas poderia ser abrandada através de oferendas e abluções.

Há também nessa época a teoria hipocrática. Para Hipócrates, a loucura era o resultado do desarranjo humoral, ou seja, tinha causas claramente orgânicas. Seu tratamento se dava à base de dietas e reequilíbrio dos líquidos internos.

Na Idade Média, a principal forma de compreensão da loucura deu-se através da Teoria Demonista, cuja obra central foi o *Malleus Malleficarum* (KRAMER; SPRENGER, 1991). Sua principal doutrina tratava do poder da possessão diabólica e da necessidade de livrar-se dela. Em outras palavras, a loucura era compreendida como obra do demônio, e cabia ao padre exorcista o poder de curá-la.

No século XVIII temos a criação da clínica psiquiátrica. Esta se deu com as contribuições de Pinel para a compreensão e o tratamento da loucura. No seu *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, Pinel entendia a alienação como lesão das funções mentais, mais especificamente como desarranjo das funções intelectuais, e sua causa era de ordem moral (PESSOTTI, 1994). O método constituía-se numa atitude clínica de observação sistemática e prolongada do comportamento do alienado. Para tanto, esse deveria ser isolado da sociedade e do convívio familiar. O tratamento ocorria através da reeducação moral do paciente.

Por deixar a visão organicista em segundo plano, as ideias do *Tratado* não foram bem aceitas numa época de apogeu da ciência. Após Pinel, alguns teóricos, como Esquirol e Beaugrand, tentaram associar a alienação a alguma disfunção orgânica. O cenário do fim do século XIX era o de conflito entre o modelo organicista clássico e a incipiente doutrina psicodinâmica.

No entanto, até meados do século XX não havia medicamento específico para o tratamento da loucura e os recursos terapêuticos comuns eram o eletrochoque, o coma insulínico e a lobotomia (MASIERO, 2003; BEZERRA JR., 2009). Todos os procedimentos visavam a normatização do comportamento do alienado, mas de qualquer forma deixavam o louco excluído, submetido às técnicas experimentais da medicina.

Em 1950, um fato marcou a história do pensamento psiquiátrico: a descoberta do primeiro neuroléptico, a clorpromazina. A chamada “revolução psicofarmacológica” (RODRIGUES, 2003) possibilitou o controle de sintomas de determinadas síndromes e, conseqüentemente, a saída de muitos pacientes dos asilos. Por outro lado, fortaleceu paulatinamente o discurso científico da loucura e a crença numa “cura” medicamentosa. Isso incentivou o desenvolvimento progressivo da indústria farmacêutica e uma forma prevalecente de compreensão da loucura: a “doença mental”.

Szasz (1980) aponta a ideologia desse conceito ao mostrar o quanto o suposto diagnóstico biológico se dá a partir de julgamentos morais. Segundo ele, o que se percebe é a falta de distinção entre o que é da mente e o que é do cérebro/físico/corporal. Ou seja, a explicação sobre a doença mental é feita por meio de comparações com as doenças corporais. Isso porque os médicos psiquiatras, bem como a sociedade, depositam sua confiança num saber científico que tem como principal respaldo o entendimento acerca da doença mental como uma doença física. O autor ainda sugere que a ideia de “doença mental” obscurece as dificuldades existenciais do “paciente”, inerentes às relações sociais. O conceito funcionaria, assim, como um disfarce, “em vez de chamar atenção para necessidades, aspirações e valores humanos conflitantes, o conceito de doença mental produz uma ‘coisa’ moral e impessoal – uma ‘doença’ – como uma explicação para problemas existenciais” (SZASZ, 1980, p. 27).

Para Lefèvre (1991, p. 21), a saúde mental tomou, na história ocidental, “a forma hegemônica de uma coisa concreta, deixando eclipsada a sua dimensão de relação”, seja com o social ou com a

existência do indivíduo. O medicamento emerge, então, com um papel de destaque (quando não de exclusividade) dentre as terapêuticas recomendadas pelos médicos. Para uma “doença” palpável: um tratamento físico a Medicina criou um símbolo físico, que carregava em si a ideia de ligação com a saúde: o medicamento (LEFÈVRE,1991; BERTOLDI *et al.*, 2004).

Segundo Lefèvre (1991), o medicamento, além do princípio ativo, é constituído por uma função simbólica, isto é, pelo mito de que ele é a solução para todo e qualquer tipo de problema. Ao tomar um medicamento, parte da cura se deve ao princípio ativo, químico, a outra parte, aos efeitos simbólicos presentes na relação com o prescritor (relação de saber-poder com o médico), na relação com as promessas dos medicamentos (presentes nas propagandas feitas como *marketing* pelos grandes laboratórios farmacêuticos) e no efeito placebo.

O que se nota na rotina da prática médica é a concessão de uma posição privilegiada aos medicamentos como terapêutica, levando à exclusão de outras formas de terapias que poderiam agir como auxiliares. A afirmação da loucura como “doença mental” levou à afirmação do poder do medicamento como forma privilegiada de tratá-la.

2. OUTROS POSSÍVEIS *PHÁRMAKONS*

Com a luta antimanicomial, cujo marco referencial no Brasil se deu na década de 1980, abriu-se a possibilidade de pensar em terapêuticas alternativas, diferentes daquelas tradicionais vigentes nos manicômios. Essa abertura só foi possível graças a importantes nomes para a Psiquiatria, como Szasz, Goffman, Basaglia e outros que tiveram grande influência na reforma psiquiátrica, cujas críticas apontavam aquelas adotadas pelas instituições nas quais vigorava o modelo asilar (OLIVEIRA; ALESSI, 2005). Isso acabou trazendo para as discussões acerca da luta antimanicomial as modificações que deveriam ocorrer a favor do paciente, como aponta diversos estudos exploratórios sobre esse tema (ANDRADE; PEDRÃO, 2005; LEMES, 2007; SILVA; COSTA, 2008).

A reforma psiquiátrica no Brasil surge com o intuito de realizar mudanças nos dispositivos psiquiátricos institucionais e, também, de desmontar estes espaços, sugerindo assim a criação de modelos substitutivos de tratamento que defendam a desinstitucionalização, a cidadania e a humanização da pessoa que se encontra em sofrimento psíquico (LEMES, 2007, p. 9).

Essa modificação implica olhar o usuário do serviço não como uma doença apenas, mas como um indivíduo em sua subjetividade, que deve estar em primeiro plano no processo terapêutico. Daí a importância de construir um espaço para a “problematização e discussão do trabalho em Saúde Mental, criando novos dispositivos de atenção psicossocial ao atendimento do usuário” (SILVA; COSTA, 2008, p. 103). Para isso, é necessária a implementação de alternativas que possibilitem um encontro entre o profissional da saúde e o paciente.

No Brasil, já na década de 1940, um trabalho pioneiro no campo da saúde mental foi implementado pela psiquiatra Nise da Silveira, no Rio de Janeiro. As atividades de arteterapia propostas pela médica tinham como objetivo promover a expressão dos sentimentos do paciente por meio de oficinas de música, pintura, dança e trabalhos manuais, além de jogos e atividades recreativas (MENDONÇA, 2005). Percebe-se, já nesse momento, um ensaio para o movimento que caminhava para um novo paradigma no campo da saúde mental, mas que apenas despontaria na década de 1980, com a reforma psiquiátrica.

Nesse contexto, surgem as terapias alternativas, ou oficinas terapêuticas, em oposição ao modelo clássico de atendimento como única forma de cuidado. Entende-se por oficinas terapêuticas as atividades desenvolvidas com um grupo de pessoas, sob a orientação de profissionais da saúde, considerando a demanda dos usuários do serviço, bem como a capacitação técnica do facilitador das oficinas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Lima (2004) aponta que é possível pensar, a partir da implementação dessas práticas, em uma clínica inovadora na sua forma de atuação, isto é, onde é possível abrir espaço para as questões subjetivas do paciente, de forma a qualificar as potencialidades do indivíduo, para que ele possa enfrentar suas dificuldades e modificar seu cotidiano de modo a favorecer a si próprio.

O manual de Saúde Mental do SUS regulamenta a utilização dessas oficinas, que, de modo geral, podem ser classificadas em três segmentos: I – expressivas, tendo em vista a construção de espaços

que viabilizam a expressão corporal, musical, verbal e por meio das artes; II – geradoras de renda, que são aquelas que dão condição ao paciente de aprender atividades que podem lhes ser útil como fonte de renda ao sair do hospital; e III – de alfabetização, que vislumbra o ensinamento da leitura e escrita aos que não foram alfabetizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Muitos são os trabalhos que sublinham a importância da utilização de oficinas e práticas alternativas nas instituições de saúde mental (GALLETTI, 2004; LIMA 2004; MENDONÇA, 2005), valorizando essas atividades como forma de interação e atenção ao paciente, para além do uso de psicotrópicos.

Dentre as práticas alternativas apontadas pela literatura neste estudo priorizou-se a utilização de oficinas consideradas expressivas, mais especificamente para o uso da música e da dança no contexto hospitalar.

A musicoterapia pode ser vista como uma opção relevante dentro do processo de restabelecimento da saúde do paciente, pois além de interferir positivamente nos mecanismos bioquímicos (BORCHGREVINK, 1991; FONSECA *et al.*, 2006) pode auxiliar na melhora do bem-estar subjetivo do paciente, da sintomatologia e de seu nível funcional geral, por exemplo reduzir a ansiedade, trabalhar a sensibilidade, a expressão e a fantasia (FROHNE, 1991).

Para Cunha (2007), parte da melhora do paciente se deve ao caráter agregador, social, que a música promove, pois reúne inúmeras pessoas em torno de um aparelho sonoro, compartilhando um mesmo fenômeno musical. Para Ruud (1990), este seria um elemento reforçador da música.

Com base nisso, Fonseca *et al.* (2006) afirmam que a intervenção feita com o uso da música nos hospitais pode ter efeitos positivos em diversos sentidos. Sendo assim, seu uso poderia modificar o ambiente terapêutico, tornando-o mais acolhedor, assim como na relação entre os profissionais da instituição com os pacientes, propiciando uma forma mais humanizada de atendimento. Isso modificaria a atitude do próprio paciente perante seu processo de reestruturação, de modo a estabelecer um vínculo de confiança com a equipe, para que então possa ocorrer uma relação diferente da clássica.

Assim, a música aparece também como um instrumento muito relevante para a atuação dos profissionais de atenção à saúde do indivíduo, tendo em vista que o seu uso proporciona a abertura e o contato com os pacientes.

Além da música, as oficinas de dança são um recurso expressivo, encontrando-se entre as práticas auxiliares aos tratamentos tradicionais.

Para Andrade e Santana (2007) e Júnior (2008), a dança traz, em seus objetivos, ações como promover na pessoa a capacidade de se movimentar, de tomar conhecimento de seu próprio corpo e ocasiona o aparecimento de emoções, sentimentos e desejos mais profundos.

Para Fux (1988), “os potenciais adormecidos no corpo se transformam quando ele, ao mover-se, se expressa numa linguagem não-verbal, que vai produzindo, ostensivamente, mudanças positivas, não apenas corporais, mas também psíquicas” (p. 10).

Segundo Castro (1992), a dança seria uma forma de emancipação, de descoberta, de resgate do sujeito. Para a autora, a dança, quando integrada às práticas de saúde, pode ter um caráter inovador, servindo como um instrumento de integração psíquica e social do paciente.

Com base nessas ideias, realizamos no primeiro semestre de 2009 uma primeira oficina de música/dança, na ala feminina do setor de internação de um grande hospital psiquiátrico público. Nessa oficina, que serviu como um projeto de pesquisa inicial, foi possível observar que algumas músicas fizeram mais sucesso que outras. Dentre essas músicas, destacaram-se aquelas cujo conteúdo das canções tinha um caráter de “vingança” de um abandono ou o encontro de um novo amor. As pacientes gritavam o refrão, faziam gesticulações e caretas, e pareciam se deliciar com a cena cantada e imaginada. Este aspecto chamou nossa atenção, pois uma das queixas mais comuns nas conversas informais com as pacientes era a traição, o abandono e a falta de respeito, de consideração e de amor por parte de um parceiro. Em outras palavras, as dores relacionadas à vida amorosa faziam-se frequentes no sofrimento dessas mulheres, o que raramente acontecia nas queixas dos homens, na ala masculina. Neste caso, a música e a dança proporcionavam outra via de expressão para os seus conflitos. Esse aspecto foi um ponto importante deste trabalho, pois a

música, como *phármakon*, não pode ser universalizada; há de se pensar o tipo de *phármakon* para que público e em que dose! Constatou-se que ao final da atividade as pacientes pareciam estar menos agitadas.

O que essa experiência evidenciou foi o papel que a catarse poderia exercer no tratamento dessas pessoas. Nesse dia, uma paciente que participou da oficina fez o seguinte comentário: “Eu tenho certeza que o hospital ia economizar muito mais se em vez de gastar dinheiro com remédio colocasse mais oficinas pra gente,(...) Não seria muito melhor se tivesse MAIS MÚSICA E MENOS HALDOL?” .

A partir dessa experiência deu-se início à implementação do projeto de oficinas de música e dança como possível prática terapêutica, para complementar o tratamento ao qual as pacientes estavam sendo submetidas. Esse tratamento limitava-se ao uso de medicamentos. O presente estudo tem como escopo descrever esta experiência da implementação de oficinas terapêuticas realizadas com música e dança na ala feminina do setor de internação deste hospital psiquiátrico, bem como refletir acerca de sua possível eficácia.

3. MÉTODO

A pesquisa, realizada no segundo semestre de 2009, possui um caráter quali-quantitativo. Foram realizadas sete oficinas de música/dança na ala feminina, com duração média de 45 minutos, uma vez por semana. Os números de contenções foram anotados diariamente. Foram anotados também dados referentes às atividades realizadas pelas pacientes, por exemplo, as que eram desenvolvidas pela equipe de enfermagem e as oficinas da Terapia Ocupacional (TO). Esses dados receberam um tratamento estatístico, isto é, procedeu-se a um cálculo diário do percentual de contenções pelo número de pacientes internadas e sua comparação entre os dias nos quais se realizou a oficina e as demais atividades.

Além disso, foram registradas falas das pacientes e dos profissionais de saúde (aspecto qualitativo) que participaram das oficinas, ou que a elas reagiram de uma maneira ou outra (resistência, por exemplo). Para tanto, foram utilizados um diário de campo e a hermenêutica na análise desses dados (MINAYO, 1992).

Em média, havia 50 mulheres internadas por dia, nessa ala, e às vezes este número podia chegar a 57. A participação nas oficinas era voluntária e espontânea. As músicas foram escolhidas a partir da observação do comportamento das pacientes ao ouvirem músicas que tocavam aleatoriamente no rádio. No final, foram utilizadas diversas músicas, de estilos diferentes, por exemplo, MPB (música popular brasileira), funk, sertanejo, forró e gospel.

Foram tomados todos os cuidados éticos necessários, o que implica manter o sigilo e o anonimato das participantes e do hospital, bem como obteve-se a autorização da instituição responsável pelas participantes para a realização da pesquisa. As intervenções estudadas foram consideradas como prática de Estágio Supervisionado exigido como prerrequisito para a formação como psicólogo¹.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A começar pela análise dos dados quantitativos, foi possível observar aspectos relevantes acerca do uso da música no ambiente de internação psiquiátrica. Como pode ser constatado na Tabela 1, na maior parte do tempo as pacientes ficavam ociosas e sem nenhuma atividade dentro da ala.

Várias pacientes faziam tentativas de fuga, mas normalmente eram recapturadas, e em alguns casos levadas para a contenção. Esse procedimento era adotado pela equipe de enfermagem em momentos distintos. Por exemplo, para evitar novas fugas as pacientes que demonstravam risco de hétero e autoagressividade eram observadas, e também como forma de punição por comportamentos tidos como “indesejáveis”.

¹ Neste sentido, não foi realizada nenhuma intervenção fora da própria prática do estágio, sendo os resultados dessa prática o objeto deste estudo. Por não haver nenhuma intervenção fora as já pertencentes ao próprio estágio supervisionado, a presente pesquisa não foi submetida a um conselho de ética.

Tabela 1 – Atividades desenvolvidas durante a execução do projeto

Ala Feminina		Atividades				
		S	T	Q	Q	S
Semanas	1ª	-	-	Música e dança	-	Humanamente
	2ª	Jogo de queimada no campo	Festa de aniversário	-	-	Música e dança humanamente
	3ª	-	-	Música e dança	-	Maquiagem
	4ª	-	-	-	-	Música e dança
	5ª	-	-	-	Auto cuidado (equipe T.O.)	Música e dança
	6ª	Música e dança/maquiagem	-	-	-	-
	7ª	Música e dança/maquiagem	-	-	-	-

Um aspecto que pode ser apontado na Tabela 2 é o fato de que na maior parte dos dias em que houve a realização de atividades na ala notou-se a diminuição do número de contenções das pacientes, havendo dias em que esta ocorrência não foi observada.

Tabela 2 – Porcentagem de contenções ocorridas durante a execução do projeto

Ala Feminina		Dias da Semana				
		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Semanas	1ª	10,42%	8,51%	3,92%	2,13%	4,35%
	2ª	5,88%	3,57%	7,02%	5,36%	5,17%
	3ª	6,35%	4,76%	0,00%	4,41%	0,00%
	4ª	4,62%	3,08%	5,17%	0,00%	0,00%
	5ª	9,52%	4,65%	8,89%	2,08%	4,26%
	6ª	1,64%	3,23%	1,69%	1,67%	9,52%
	7ª	0,00%	1,52%	3,33%	5,17%	3,23%

Outro dado é a média de percentuais de pacientes contidas (4%) ao dia², que apesar de parecer pequena em relação ao total de sujeitos é uma vivência traumática experienciada pelas pacientes. Destaca-se que nenhuma paciente que participou das oficinas foi contida no decorrer das sete semanas em que as atividades foram realizadas.

No entanto, este fato não pode ser um dado conclusivo para afirmar um efeito preventivo no uso de música e dança, pois não se pode alegar uma causalidade linear entre esses fatos. Ou seja, participar das oficinas já era um sinal de melhora das pacientes (participavam as que estavam bem?), ou as oficinas proporcionavam uma melhora? É interessante apontar, nesse sentido, que mesmo as pacientes que aparentemente estavam em estado catatônico algumas vezes começavam a balançar o corpo, a interagir minimamente. Estas situações foram raras, mas ocorreram. O que se pode sugerir é que as oficinas de música e dança tiveram o papel de trabalhar a resiliência das pacientes. Segundo Cavalcante e Bonvini (2002), a resiliência é considerada como: “(...) a capacidade que os indivíduos possuem para transformar situações adversas em situações positivas de superação, resgatando sua auto-estima e promovendo o fortalecimento da identidade e do valor pessoal” (disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/arquivo_02.htm>).

Provavelmente, um dos fatores relacionados ao efeito promotor de saúde nas oficinas tenha sido a catarse. Segundo o dicionário Houaiss (2001), catarse é a “libertação, expulsão ou purgação daquilo que é estranho à essência ou à natureza de um ser e que, por esta razão, o corrompe” (p. 651), ou seja, a catarse teria um “efeito liberador produzido pela encenação de certas ações, especialmente, as que fazem apelo ao medo e à raiva.” (p. 651). Para Ruud (1990), através da catarse a música propicia a resolução de conflitos danosos, além de propiciar a sublimação dos impulsos para canais socialmente aceitáveis (como, por exemplo, a própria dança):

² Soma de todos os percentuais diários, dividida pelo número de dias.

O paciente que se esquivava de conflitos inconscientes e emoções dolorosas tem agora permissão para expressar esses conflitos e emoções, e, com a ajuda do terapeuta, ele utiliza a música como um canal expressivo através do qual pode descarregar a pressão dessas emoções sufocantes e dolorosas (p. 43).

A escolha das músicas, no que tange tanto ao ritmo quanto às letras, mostrou-se essencial. A vivência de bem-estar subjetivo durante as oficinas de música pode ser observada nos seguintes exemplos de fala:

apesar de estar aqui, hoje eu tô me sentindo muito bem, parece que eu tô flutuando de tão leve, parece que tirei um peso de cima de mim; Ah não... você já vai embora? Fica mais! A gente se sente tão bem quando você faz essas atividades com a gente. O dia até parece que fica mais leve nesse lugar horrroso; É, o tempo passa bem mais rápido, a gente se distrai e diverte tanto, que nem vê o tempo passar.

Considerando as particularidades da percepção das pessoas envolvidas, no que diz respeito ao uso das oficinas, a análise qualitativa dos dados foi fundamental para complementar os resultados encontrados na análise quantitativa. Buscou-se assim verificar como essas pacientes vivenciaram a participação nas oficinas terapêuticas com música e dança, e de que forma as oficinas estão entre os aspectos que auxiliam na recuperação das pacientes.

Foram identificados dois pontos importantes na utilização e no desenrolar das oficinas de música/dança: o favorecimento da sintonia na relação terapeuta-paciente e a música e a dança como *phármakons* possíveis.

Quanto ao favorecimento da sintonia, faz-se mister destacar que uma questão presente em qualquer relação terapêutica diz respeito à empatia e à confiança depositadas na figura do terapeuta pelo paciente. Nas oficinas, música e dança fortaleceram este vínculo.

Exemplo disso pôde ser observado pela relação estabelecida com uma paciente da internação. Numa das primeiras visitas ao hospital, ao encontrar essa paciente no momento da medicação, ela estava muito agitada e relatou ser compositora de músicas para o enfermeiro que a medicava. O enfermeiro acabou o procedimento e não deu atenção ao que ela disse. O terapeuta se aproximou da paciente e comentou o fato de ela ser compositora. Avisou também que haveria uma oficina de música e dança, convidando-a para participar. Essa paciente estava com um diário e dizia que não deixava ninguém ler, e apesar de não demonstrar muito interesse no momento em que foi convidada foi participar da atividade. Solicitou diversas vezes que o pesquisador dançasse com ela, mas também colaborou muito durante a oficina, trazendo outras pacientes para participar. Na segunda oficina, a paciente foi uma das primeiras a perguntar se teria música novamente. Depois de dançar com o pesquisador e se divertir bastante, a paciente se aproximou e falou: “eu quero que você leia o que eu escrevi aqui no caderno, nesses dias que eu tô internada aqui”. Podemos perceber uma mudança qualitativa no vínculo e o desenvolvimento de confiança no pesquisador.

O vínculo estabelecido entre o terapeuta e o paciente é de extrema importância para o engajamento na atividade, e as oficinas proporcionaram outro tipo de contato, que não aquele marcado por perguntas e nem por um fazer “sobre” o paciente (mas “com” ele). As pacientes demonstraram intenso afeto, numa transferência bastante positiva: (comentário de paciente depois da oficina), “Voltem sempre. A gente gosta muito de vocês!”; “Parabéns! Olha ali a equipe nota dez. Vocês são nota dez! Aqueles ali, nem entram aqui. Uuuu... Equipe nota zero”, (apontando para a outra equipe de estagiários, que estavam do lado de fora da grade e faziam anotações como em um estudo no zoológico); “Essa daqui sim trabalha direito, eles trazem música, dançam e conversam com a gente, não ficam só olhando pra gente como se fosse um nada”. Outra paciente falou para o pesquisador: “Hoje, você vai ser o príncipe herdeiro do castelo da rainha Laxime (...) Toda vez que eu danço eu me sinto muito otimamente melhorada na galáxia bélica do rei Brad Pitt Bush III.” .

Em outras situações, o vínculo demorava um tempo maior para se estabelecer, mas ao ser estabelecido abria possibilidade para um diálogo com pacientes que, inicialmente, se mostravam afastadas. Este fato foi claramente identificado com uma paciente que estava sendo contida todos os dias, antes das oficinas. Nos primeiros contatos, ela conversava de forma agressiva e até ameaçadora, como forma de testar a confiança do terapeuta. Gritos, ameaças e palavrões eram comuns nas

conversas em que o terapeuta tentava se aproximar. No entanto, ao final das oficinas essa paciente se mostrou diferente em seu relacionamento com o pesquisador, como se observa em sua fala: “Eu sei que já devo ter te tratado muito mal, gritado com você, dito coisas que não deveria ter falado. (...) Eu quero te pedir desculpas (...), pois, se tinha alguém que eu não podia tratar mal aqui era você, que sempre me deu atenção”. Em seguida completa: “Eu só tenho que te agradecer, pois se aconteceu alguma coisa de bom na minha vida, enquanto estive internada nesse lugar, foi ter conhecido você, e participar das atividades que você trazia pra gente”.

Percebe-se na fala dessa paciente uma mudança na relação, marcada pela confiança estabelecida no processo de transferência que se deu de forma positiva, tanto pelo fato de participar das oficinas, como também pela posterior abertura para falar e ser escutada em sua subjetividade.

Parte do vínculo estabelecido entre as pacientes e o terapeuta mostrou-se evidente na expectativa da realização das oficinas. Após a realização da primeira Oficina de Música e Dança, verificou-se, pelos relatos das pacientes, que elas esperavam ansiosamente que acontecesse a realização de outras. Em visita ao hospital nos dias decorrentes à primeira oficina, várias pacientes abordaram o pesquisador pelas grades da internação, antes mesmo de ele entrar na área verde, para perguntar sobre a atividade. Partes das falas de pacientes exemplificam esse dado:

Além disso, as próprias pacientes passaram a sugerir e a solicitar as músicas:

Traz funk, e música do DeJavú; pode trazer as mesmas de hoje, que a gente dança. Foi muito divertido, quase esqueci que eu estava aqui (internada no hospital); Volta mesmo, hein! É disso que a gente tá precisando aqui, pra melhorar a vida nesse inferno!

O segundo aspecto observado foi o potencial de utilizar música e dança como *phármakons* possíveis. *Phármakon* é uma palavra grega que aponta para uma substância que tanto pode ser remédio ou veneno, dependendo do conhecimento de quem a ministra, da dose e das condições em que isso é feito. A música e a dança podem ser compreendidas como *phármakons*. Isso se dá não apenas pelo ritmo, mas também pela letra da música, como já apontamos. As músicas não apenas retratavam queixas amorosas, mas antes davam uma “solução” para elas. Eram estas as preferidas, como podemos ver em um trecho a seguir: “Quase que acabo com a minha vida, você me pôs num beco sem saída, porque fez isso comigo? (...), você não sabe o que é amar (...). Pode chorar que eu não volto pra você, pode chorar, você não vai me convencer!” (trecho da música “Pode chorar”, de Jorge e Mateus, 2008).

Podemos destacar os seguintes temas mobilizadores nas canções: traição vingada; amor superado; retorno arrependido do objeto amoroso (e desprezo por ele em algumas vezes); e “descoberta” do amor por parte do objeto amado.

Vale ressaltar que o uso da música como *phármakon* sugere os mesmos efeitos encontrados em qualquer tipo de método curativo. Ou seja, podem-se obter efeitos positivos, inócuos, e, inclusive, negativos. Há assim muitos aspectos subjetivos envolvidos nesse tipo de atividade, uma vez que não sabemos que tipo de sentimentos as músicas podem despertar em cada um. Vários motivos podem ser relacionados ao efeito da música, como o fato de que nem todas as pacientes gostavam do mesmo estilo de música. Algumas se sentiram incomodadas com as músicas que estavam sendo tocadas, como podemos ver na seguinte fala: “música é coisa do demônio, isso é uma pouca vergonha! Por isso essas mulheres estão tudo doidas! Por que você não coloca uma música de Deus? Só as músicas de Deus têm a salvação (...).”

Para atender à solicitação de todas as pacientes que estavam participando da oficina, foi colocada a música gospel “Faz um milagre em mim”, chamada pelas internas de “Como Zaquel”, de Danese (2009). Essa música estava entre as destinadas a serem tocadas ao final da oficina, por ter um ritmo mais calmo, portanto o propósito era que ela fosse usada para restabelecer a tranquilidade na ala. No entanto, para surpresa dos pesquisadores a música teve um efeito contrário: além das pacientes que já participavam da oficina, pacientes que estavam nos leitos ou dentro da ala começaram a sair e se encaminharam para o local onde estava acontecendo a oficina. As pacientes começaram a cantar, e a cada verso se empolgavam mais: deram-se as mãos e formaram uma grande roda, onde todas

cantavam com muito fervor. Novamente, nota-se o valor do significado que a letra da música pode representar para as pessoas.

Em um outro momento, ao tocar uma música cuja letra remetia à expectativa de um encontro entre um casal de namorados, algumas pacientes reclamaram, demonstrando não estarem dispostas a relembrar situações românticas com seus companheiros, que por vezes tinham sido “o responsável” pela internação. Isso ficou evidenciado na fala de algumas pacientes, ao pedirem para trocar a música, como o seguinte exemplo: “essas músicas é pra namoradinho, num quero ficar aqui lembrando do meu marido, ele não me internou aqui?! Agora eu quero mais é que ele morra, ele e as vadias que ele tá pegando (...), coloca um funk aí pra eu dançar (uhuuu)” .

Essa atitude evidencia mais uma vez a importância que a letra exerce na escolha da música como forma de expressão dos sentimentos das pacientes.

A análise dos dados nos mostra que a música e a dança podem sim trazer benefícios às pacientes, podendo ser utilizadas como prática auxiliar aos tratamentos médicos oferecidos nessa instituição. A escolha das músicas faz parte das dificuldades e dos desafios na execução das oficinas e de seu sucesso terapêutico. Além dessa dificuldade, encontramos outros empecilhos, como a resistência por parte da equipe de enfermeiros e a descrença nos próprios efeitos das oficinas. O primeiro pôde ser observado em exemplos de fala das próprias pacientes: “tem enfermeiro que só liga o som se ele quiser, quando ele não quer nem adianta. E continua:

Eu tenho certeza que se tivesse com a música ligada esse povo ia se acalmar. Por que daí a gente senta ali perto da caixa de som e fica ouvindo as músicas da rádio; Nós já pedimos para os enfermeiros ligar o som, mas ele disse que não ia ligar a porcaria do rádio não, porque a gente tava agitadas demais, e dando muito trabalho, daí ele entrou pra enfermagem e ficamos sem música.

O segundo empecilho apareceu na fala dos próprios profissionais:

Deixa quieto, o estagiário falou que elas iam participar de uma atividadezinha com música que eles vão fazer, quero ver até quando ele vai aguentar ficar aqui”; E aí a psicologia explica isso aí? Duvido! Eu já te falei o que eu acho: Pra mim a psicologia não serve pra nada; Você tá pesquisando sobre o que mesmo? Música. Então tá, vai lá e vê se você consegue dar um jeito nessas doidas aí! (risos) .

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Oficinas Terapêuticas de música e dança têm tido cada vez mais presença entre as novas práticas adotadas pelos profissionais de saúde, preocupados com a reforma psiquiátrica. Ainda que haja um desfavorecimento na implementação dessas ações, devido ao privilégio concedido ao uso de medicamentos, essas práticas alternativas vêm conquistando, aos poucos, seu lugar no campo da saúde mental.

Utilizar a música e a dança como ferramentas terapêuticas aponta para uma forma de cuidado mais humanizado, que possibilita uma atenção mais voltada para os aspectos psicossociais, e não somente aos físicos/orgânicos, como acontece no modelo biomédico. É importante ressaltar que a intenção deste estudo não é colocar em xeque a utilização de medicamentos no tratamento de pacientes psiquiátricos, mas mostrar que há dispositivos complementares ao uso da medicação que podem auxiliar no tratamento desses pacientes. A utilização exclusiva de medicamentos constitui uma prática de amordaçamento químico, porém o processo de cuidado deveria ser justamente o inverso, ou seja, dar voz ao paciente, qualificando sua subjetividade através da linguagem, seja ela falada, cantada e, por que não, dançada.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Rubia; PEDRÃO, Luiz. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n. 13, v. 5, p. 737-742, 2005.
- ANDRADE, Silene Paes; SANTANA, Josimari Melo. Dançaterapia no domínio corporal do paciente cadeirante portador de lesão medular cervical baixa. *Revista FAFIBE Online*, v. 3, p. 1.063, 2007.
- BERTOLDI, Andréa *et al.* Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Revista de Saúde Pública*, n. 38, v. 2, p. 228-238, 2004.
- BEZERRA JR. Benilton. *Pirando no século XXI - Os processos de subjetivação atuais e as novas formas de sofrimento*. [Vídeo]. Disponível em: <<http://www.cpflcultura.com.br/video/pirando-no-seculo-xxi-benilton-bezerra-jr-processos-da-subjetivacao-atuais-e-novas-formas-de>>. Disponível em: 24 Set. 2009
- BORCHGREVINK, Hans. O cérebro por trás do potencial terapêutico da música. In: RUUD, Even. (Org). *Música e saúde*. São Paulo: Summus, 1991. p. 57-86.
- CASTRO, Eliane Dias de. *A apropriação de si mesmo através da dança*. 1992. 187 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.
- CAVALCANTE, Antônio Mourão; BONVINI, Rino. Reflexões teóricas de um modelo de intervenção. *Psychiatry on-line Brazil*, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/arquivo_02.htm>. Acesso em: 23 Nov. 2009.
- CUNHA, Rosemyriam. A vivência social da música. In: *Anais do III Simpósio de Pesquisa em Música da FAP: Prática de Conjunto*. Curitiba, 2007 (CDROM).
- DANESE, Regis. *Faz um milagre em mim. Promessas*. Rio de Janeiro: Som Livre, 2009. (CDROM).
- FONSECA, Karyne Cristne *et al.* Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, n. 8, v. 3, p. 398-403, 2006.
- FROHNE, Isabelle. Musicoterapia na Educação Social e na Psiquiatria. In: RUUD, Even (Org.). *Música e Saúde*. São Paulo: Summus, 1991. p. 35-56.
- FUX, Maria. *Dança terapia*. São Paulo: Summus, 1988.
- GALLETTI, Maria Cecília. *Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: Editora da UCG, 2004.
- HOUAISS, Antônio. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- JORGE e MATEUS. *Pode chorar. Álbum ao vivo em Goiânia*. São Paulo: Universal, 2008 (CDROM).
- JUNIOR, José Davison. *A utilização da música com objetivos terapêuticos: interfaces com a bioética*. 2008. 140 f. Dissertação (Mestrado em Música *Stricto Sensu*) - Escola de Música e Artes Cênicas, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.
- KRAMER, Heinrich; SPRENGRE, James. *Malleus maleficarum – O martelo das feiticeiras*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

- LEFÈVRE, Fernando. *Medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.
- LEMES, Cristiane Vanessa. *Os fatores que conduzem a reincidência da crise nos usuários do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) do município da Palhoça, a partir da compreensão dos mesmos*. In: Trabalho de conclusão de curso. Departamento de Psicologia. Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2007.
- LIMA, Elizabeth Araújo. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, Clarice Moura e FIGUEIREDO, Ana Cristina (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental – sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 59-81.
- MASIERO, André Luís. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, Ciência, Saúde*, Manguinhos, n. 10, v. 2, p. 549-572, 2003.
- MENDONÇA, Tereza. Cristina. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, n. 25, v. 4, p. 626-635, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Departamento de Ações Programáticas Estratégicas). *Série F. Comunicação e Educação em Saúde*, Brasília-DF, 2004.
- OLIVEIRA, Alice Guimarães; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 10, v. 1, p. 191-203, 2005.
- PESSOTTI, Isaías. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.
- RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 1, p. 13-22, 2003.
- RUUD, Even. *Caminhos da musicoterapia*. São Paulo: Summus, 1990.
- SILVA, Elisa; COSTA, Ileno Izídio. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicologia em Revista*, n. 14, v. 1, p. 83-106, 2008.
- SZASZ, Tomas. *Ideologia e doença mental – Ensaio sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

“More music, less Haldol”: an experience among music, *phármakon* and madness

Abstract:

The madness phenomenon mobilizes the society since the beginning of civilization. However, the definition of this phenomenon, its understanding and form of treatment are changed historical and culturally. The way as madness is understood elects a propaedeutic and who is able to employ it. In many institutions, madness is taken as a “mental illness”, and medication has a privileged, sometimes exclusive place as a therapeutic intervention way. Meanwhile, alternative healthcare practices are viewed with disregard in helping the patients’ recovery. This study aimed to find the results of using music workshops and dances in the inpatient ward of a public psychiatric hospital.

Keywords:

Mental health; gender and health; psychology; mental illness; prevention.