



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Côrte, Beltrina; Lodovici Neto, Pedro
A musicoterapia na doença de Parkinson
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 6, diciembre, 2009, pp. 2295-2304
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012431036>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A musicoterapia na doença de Parkinson

Music therapy on Parkinson disease

Beltrina Côrte¹
Pedro Lodovici Neto²

Abstract This study is a result of a qualitative research, in the Gerontology and Music therapy scenario. It was analyzed the importance of alternative practices like playing an instrument (piano, violin, etc.), singing or practicing a guided musical exercise as a therapy activity for elder people with Parkinson Disease. The analysis, systematization and interpretation of the data pointed: music therapy is an excellent way to improve the life of the patient that becomes more sociable, decreasing physical and psychological symptoms ("symptomatology") and the subject change for a singular and own position in the relation with your disease and the people around.

Key words Music therapy, Parkinson disease, Gerontology

Resumo Este estudo descreve uma pesquisa qualitativa, interfazendo dois campos - gerontologia e musicoterapia -, em uma metodologia interativo-dialógica - com dez indivíduos ligados de forma íntima à questão parkinsoniana, entrevistados na Associação Brasil Parkinson (ABP) paulista. Objetiva-se verificar, a partir de narrativas pessoais, a importância de práticas alternativas fundadas em elementos sonoro-rítmico-musicais, sendo exemplares o exercício de tocar um instrumento (piano, violino, etc.), ou cantar em grupo, ou praticar um exercício musical orientado, que podem funcionar como atividade terapêutica para pessoas com a doença de Parkinson (DP), e como devem ser aplicadas com seriedade e competência pelos seus profissionais. Dados foram coletados em entrevista preestruturada e reestruturada conforme a necessidade de aplicação a cada entrevistado, envolvendo categorias variadas. Da análise, sistematização e interpretação dos dados, pôde-se, a partir das modalidades das respostas e de uma comparação qualitativa, sugerir que a musicoterapia é excelente via para o tratamento do doente, fazendo-o conviver melhor com a DP, minimizando seu sofrimento, o que implica a mudança do sujeito para uma posição singular e própria na relação com sua doença e com os demais que o cercam.

Palavras-chave Musicoterapia, Doença de Parkinson, Gerontologia

¹ Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Rua Monte Alegre 984. 05014 – 001 São Paulo SP. beltrina@uol.com.br

² Doutorando em Antropologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Introdução

Este estudo decorre de uma pesquisa de dissertação de mestrado, motivada pela nossa aposta em uma elaboração teórica diferenciada das questões do envelhecimento e da velhice e de como se pode operar a direção de um tratamento ao sofrimento do idoso por meio da música.

O objetivo foi, originalmente, estabelecer um diálogo interdisciplinar entre musicoterapia e gerontologia, ou seja, tratar das relações entre os estudos da música e os do envelhecimento, em uma pesquisa de abordagem qualitativa que, em se valendo dos aportes de ambos os campos, pudesse ressaltar o significativo aporte dos próprios sujeitos desta pesquisa.

A musicoterapia, que no decorrer dos últimos anos vem-se constituindo como um campo de pesquisa altamente promissor para a área da saúde, em suas inúmeras teorias, tem orientado práticas com resultados exitosos no tratamento de patologias que afetam a capacidade física, cognitiva ou subjetiva das pessoas. Dentre as doenças que se agudizam em uma recente geração de idosos “cada vez mais idosos”, está a doença de Parkinson (DP), em torno da qual circunscreve-se a investigação ora descrita, com foco no tratamento musicoterápico.

São objetivos específicos deste trabalho: (i) discutir e explicitar como o exercício musical pode funcionar de forma eficiente como atividade terapêutica para o sofrimento decorrente da DP, especialmente em função do isolamento em que a pessoa afetada acaba se encerrando e dos efeitos sintomáticos (de ordem motora e não-motora) trazidos pela doença; (ii) contribuir no sentido de explicitar quais as condições ou restrições suficientes e necessárias colocadas pelos sujeitos ouvidos, a caracterização enfim do exercício musical orientado como forma de tratamento, para que constitua uma possibilidade nova de a pessoa trabalhar seu interior¹ e integrar-se com o outro, tornando-a via de escape ao isolamento, de resistência à doença, enfim; (iii) reafirmar o valor do tratamento musicoterápico coadjuvante à medicação alopática e outras terapias aos acometidos pela DP.

O objeto de estudo é o fato musicoterápico, ou seja, o discurso de alguns sujeitos sobre como os problemas de saúde ligados à DP são tratados por meio da musicoterapia. A coleta do objeto de estudo se deu em situação natural de fala, em que não apenas atuamos como observadores, mas tendo participado diretamente da interação com os sujeitos de pesquisa, uma necessidade imposta

pela própria orientação teórica deste trabalho. Para evitar o “paradoxo do observador”² ou de que de nossa presença com gravador pudesse perturbar a naturalidade do evento de coleta de dados, optamos pela entrevista com cada um dos informantes, em um papel de aprendiz-interessado nos seus problemas de saúde e peculiaridades. O objetivo central era apreender tudo sobre os informantes em termos de cada um contar a sua história de vida com a DP, com o tratamento com música, deixando cada um à vontade para responder de sua própria maneira à pergunta feita.

Para atender a tais propósitos metodológicos, foram formulados módulos de perguntas por meio um questionário-guia semi-estruturado previamente e que se reestruturava de acordo com as respostas que motivavam novo turno de perguntas. Tais módulos visavam homogeneizar os dados dos vários informantes, para sua comparação posterior, controle dos tópicos de conversação e, em especial, provocar narrativas de experiência pessoal com a DP tratada musicoterapeuticamente. Segundo Tarallo², os estudos sobre narrativas de experiência pessoal têm demonstrado que, ao relatá-las ainda que sob a forma de respostas a perguntas, o informante está tão envolvido emocionalmente com o que relata que nem presta atenção a como relata. É justamente esta a situação natural de fala pretendida neste trabalho preocupado com a questão da subjetividade. Os módulos cobriram uma série de tópicos para fins de conversação: dados pessoais do informante (sua história de vida); seus encontros com a música na infância, na escola ou como ofício; o momento de descoberta da DP; sua interação com outros membros da família e amigos, etc. A aplicação dos módulos variou até mesmo para cada indivíduo, exigindo muitas vezes que fossem adaptados continuamente. O módulo “Medo da morte”, por exemplo, mostrou-se um dos mais interessantes durante a coleta de narrativas, embora não tivesse tido similar peso ao serem aplicados aos profissionais (que diziam do medo da morte para os idosos a que atendiam). Módulo “Medo da morte”. Pergunta 1: O senhor teve medo da morte alguma vez, por exemplo, quando descobriu estar com a DP, em uma situação tal em que tenha dito a si mesmo: “Será que agora chegou a minha hora?” Diante de uma resposta muito concisa de alguns dos informantes: (1) “Eu não tenho medo”; (2) “Não, não tenho medo de morrer. Não tive medos” ou (3) “Não tenho. Eu não tive medo, toquei a vida em frente, recebi tudo naturalmente”, houve a necessidade de se introduzir novo turno de per-

gunta para levar os informantes a detalharem o tópico tratado: Pergunta 2: O que aconteceu, então, pro senhor? Numa situação dessas, muita gente pode dizer: "Bom, seja o que Deus quiser!" O que o senhor acha disso? Interessante aqui foi que um dos informantes assumiu uma postura de senso comum, ao generalizar o fato questionado: "Quem não tem? Não é pavor, mas quem não tem?". Estes fragmentos discursivos são uma espécie de mapeamento inicial da relação entre os diversos discursos coletados que foram objeto de nossa análise.

O critério básico para a seleção dos informantes foi o da amostragem aleatória, ou seja, havia a chance de qualquer dos participantes presentes no *setting* musicoterápico participar de nossa gravação. Nosso primeiro contato foi com o presidente da Associação Brasil Parkinson (ABP), localizada na capital paulistana, que nos apresentou àquela comunidade, para dali selecionarmos os informantes; ao ser anunciado o objetivo de nossa entrevista e que as fitas gravadas contendendo informações de natureza pessoal poderiam ser posteriormente inutilizadas a pedido dos entrevistados e na sua presença, várias pessoas foram se candidatando espontaneamente.

Dez sujeitos ligados à questão parkinsoniana foram gravados durante cerca de um mês: seis profissionais, sendo dois musicoterapeutas (pianista e regente de um coral), dois fonoaudiólogos e dois fisioterapeutas que orientam a terapia vocal e corporal dos doentes; quatro idosos portadores da DP, sendo três membros da ABP, e um membro, pessoa pública, cujos dados foram colhidos de entrevista e recente biografia, ambas publicadas na mídia. Julgamos adequado o número de informantes que caracterizaram o universo de nossa amostra (4 doentes de Parkinson e 6 profissionais), uma vez que teríamos só apenas um grupo com duas células a levar em conta: a variável profissional *versus*doente de Parkinson. Conforme Tarallo, numa pesquisa sociolinguística, de caráter qualitativo, a medida de cinco informantes para cada combinação de fatores pode perfeitamente garantir a representatividade de uma amostra. Houve posteriormente, por mais de dois meses, a transcrição dos dados que foram digitados e incluídos integralmente na dissertação.

A aproximação entre os campos da musicoterapia e da gerontologia, a nosso ver, seria enriquecida em suas discussões se alguns pressupostos fossem levados em consideração para nortearem nosso compromisso com a descrição da fala do idoso em tratamento musicoterápico diante

da DP: (i) o papel do outro considerado determinante e constitutivo, que se consubstancia, aqui, em uma relação de diálogo entre: - um musicoterapeuta e uma pessoa com DP; - o familiar, amigo ou cuidador e a pessoa com DP; - a pessoa com DP e outra pessoa com DP, no *setting* musicoterápico; e - um pesquisador e a pessoa com DP; (ii) a natureza interativo-dialógica dos interlocutores dessa relação.

A análise, a sistematização e a interpretação dos dados basearam-se em uma linha teórica a que denominamos de dialógico-musical, partindo de algumas concepções imprescindíveis: (i) a de entender o idoso como "o sujeito que envelhece" e não "o sujeito que adoece", não sozinho, mas em diálogo familiar, com amigos, com a sociedade; (ii) a de conceber o envelhecimento como processo dinâmico e particular a cada indivíduo³; (iii) a de ver a música não apenas em seus efeitos terapêuticos, mas também preventivos a qualquer doença e também conceber a música na sua natureza "linguajeira", a de ser uma linguagem dentre outras. Delimitamos de início o que estamos entendendo sob o termo hipótese dialógico-musical: no diálogo com o outro com orientada mediação da música, o doente pode restabelecer-se, manter ou voltar a ter contato com o mundo, numa aproximação com a realidade, estabelecer laços afetivos que o afastem da solidão, do isolamento do mundo (no sentido de Varella⁴ e Zygouris⁵), a ponto de não se centrar na doença e minimizar seus efeitos, o que pode reverter em mudanças positivas em sua subjetividade.

Justamente de nosso compromisso com a descrição da fala de idosos com DP, profissionais e familiares ligados a eles, foram estudadas questões relevantes aos objetivos propostos, de início desatrelando pares conceituais como: doença *versus* velhice; velhice *versus* má qualidade de vida; velhice *versus* isolamento subjetivo e social; velhice *versus*morte, problematizando o sentimento que as pessoas têm de seu próprio envelhecimento e de sua doença, suas opções de resiliência, por meio da música, à doença, que podem dar conta das incidências (ou efeitos motores e não-motores, a dita sintomatologia), além de refletir sobre perspectivas de um sentido produtivo à vida longeva com melhor qualidade de vida⁶ e novas possibilidades de laço social⁷.

As referências teóricas de ambos os campos aqui interfaciados advêm de vários discursos – antropológico, médico, musical, terapêutico, da área da linguagem – e de teóricos consagrados, dentre outros, do envelhecimento como Ângela

Mucida⁷, Simone de Beauvoir⁸; Jack Messy⁹; da musicoterapia como Kenneth Bruscia¹⁰, Even Ruud¹¹ e Rolando Benenzon¹².

Sobre a doença de Parkinson

A prevalência da DP na população brasileira é de 150-200 casos por cem mil habitantes, sendo que, anualmente, vinte novos casos são atestados. Da população total projetada para 07/2006, de cerca de 186.770.562 habitantes, entre 280.156 e 373.540 habitantes são os acometidos pela DP¹³.

Em se tratando de idoso, via de regra evocam-se as doenças chamadas degenerativas, como numa relação causal em que as segundas seriam inevitavelmente obra da idade cronológica. É preciso logo pontuar que não apenas na velhice se manifestam a Parkinson, Alzheimer, complicações cardiocirculatórias, arteriosclerose, etc. O que não se nega é que, apesar de essas doenças poderem acometer pessoas das mais variadas idades, na verdade elas são altamente incidentes naquelas mais longevas. E também não restam dúvidas que mais preocupantes, assustadoras até, para idosos e familiares, são as duas primeiras: a DP e a de Alzheimer.

Para além de tais indicações, contudo, o essencial deve ser tirar o foco da doença em si ou de sua sintomatologia; deve ser deslocado para o sujeito, na relação que ele deve estabelecer com sua doença e na relação com o outro (o familiar, cuidador, amigo). A nosso ver, esta é a via fundamental para decidir a modalidade e a direção de qualquer tratamento.

Por sinal, vem sendo esta a preocupação dos estudiosos do campo do envelhecimento: trabalhar a relação do idoso com familiares e outras pessoas, tendo algo que os aproxime. É preciso levar em conta que somos membros de uma sociedade que se articula por meio de grupos comunitários: em uma família, clubes, associações, ligados por determinadas crenças, movidos por determinados interesses econômicos; assim como novos “arranjos familiares” caracterizam-se na modernidade, em que casamentos são dissolvidos, cônjuges em novo casamento e nova geração de filhos. Nesse contexto, “arranjos sociais” novos precisam ser idealizados como, por exemplo, a criação de espaços, públicos e privados, para o grande contingente de idosos em que predomina o feminino³.

Nas relações, ou laços sociais, tecidos num *setting* musicoterápico, está o ponto em que se

centra este trabalho, trazendo relatos de pessoas que enfrentam, de uma forma renovada e bastante exitosa, uma das duas mais temidas doenças, a DP - uma das afecções neurológicas mais comuns do sistema nervoso central. Acomete principalmente o sistema motor de aproximadamente 1% da população acima dos 65 anos; 10% dos casos ocorrem antes dos 50 anos; 5%, antes dos 40; casos mais esparsos de afetados com até 30, enquanto a DP em crianças é a forma menos incidente. Dentre os efeitos de ordem motora (“sintomatologia corporal”) que afetam o doente de Parkinson, verificam-se: enrijecimento corporal e do rosto, tremor de repouso (o mais visível e assustador para a própria pessoa e que retém o olhar do outro), o estacar em meio a uma ação; festinação (ou tendência contrária de aceleração do passo, da fala e da escrita); dificuldade de equilíbrio, acinesia (ou incapacidade de mover-se, talvez o sintoma mais incapacitante da DP) e bradicinesia (maior lentificação dos movimentos voluntários, com perda da agilidade, mesmo em tarefas simples, automáticas), dentre outros. Como efeitos de ordem não-motora (“sintomatologia não-corporal”) registram-se: perda de memória; sensação de emperramento da mente; alterações emocionais; distúrbios do sono, cognitivos, da fala e da escrita; dores, depressão/ansiedade, dentre outros. Apesar dos avanços científicos na área cada vez mais promissores, inclusive com as pesquisas médicas recentes utilizando células-tronco, a DP é considerada uma doença crônica, sendo que a progressão de seus sintomas se dá, via de regra, de forma lenta e variável em cada caso. É consolador pelo menos saber da não-evidência de que ela seja hereditária ou contagiosa, mas preocupante é a forma quase imperceptível com que ela vai afetando uma pessoa, com muitas vezes nem mesmo a própria conseguir identificar o início preciso das primeiras manifestações. Há muitos casos de pessoas conhecidas no mundo que padecem com a DP e que representam testemunhos de luta contra ela. Pessoas que, em vez de se abaterem pelas más condições físicas e mentais e se precipitarem num estado de autodestruição, revertem esse caminho: passam a produzir mais ainda saberes sobre seu sofrimento, pensando, antes que em si, nos outros também afetados.

No tratamento da DP, é modelar aquele realizado na ABP paulistana – *locus* de aplicação dos questionários do presente estudo -, onde atuam com processo multidisciplinar, utilizando terapias coadjuvantes ao tratamento médico.

Sobre a musicoterapia no caso da DP

A música é usada como meio terapêutico desde a Antiguidade¹. Registros em papiro no Egito, de 1550 a.C., e na Grécia Antiga, revelam a influência dos sons melódicos ou ritmicos sobre a fertilidade feminina; lá surgiu o embrião da música ocidental; a música era concebida dentro de um contexto situado muito mais próximo daquilo que poderíamos chamar de ciência e cosmologia do que na prática musical como a entendemos hoje¹⁴. Pitágoras, o mestre matemático, tratava de dementes com sessões musicais.

No século XVIII, apareceram os primeiros artigos sobre os efeitos da música em diferentes doenças. Em "Music Physically Considered", artigo publicado em 1789 na revista *Columbia Magazine*, um autor anônimo fala dos efeitos exercidos pela música na mente humana. Em 1796, o artigo "Remarks by the Cure of a Fever by Music", escrito por autor também anônimo, narra a história de um professor de música atormentado por febre alta durante semanas e que foi curado por um concerto de música. A anonimidade justifica-se: por vezes, descrições mais antigas dos efeitos terapêuticos da música recebem um sentido anedótico.

A primeira menção à "terapia pela música", pelo médico O'Neil Kane (1914), da *American Medical Association* (AMA), relata o uso do fonógrafo para "acalmar e distrair pacientes" durante as cirurgias. Eva Vescelius, fundadora da *National Therapeutic Society* de Nova York City, previu que todo o hospital, presídio e asilo teriam, no futuro, um departamento de música, ficando célebre o vaticinado por ela: "Quando o valor terapêutico da música for compreendido e reconhecido, ela será considerada tão necessária no tratamento de doenças quanto a água, o ar e os alimentos"¹⁵. De fato, em 1918, a Universidade de Colúmbia, Estados Unidos, ofereceu o primeiro curso de musicoterapia. Em 1929, o Hospital da Dulce University ofereceu música aos doentes, por meio de rádios e auto-falantes. Nas décadas de trinta e quarenta, o uso da música e dos sons para mascarar ou reduzir a dor em procedimentos cirúrgicos e odontológicos proliferou nos Estados Unidos. A Universidade de Chicago financiou pesquisas de larga escala, incluindo o uso da música como anestésico às cirurgias de úlceras pépticas, doença que não reagia bem à medicação convencional. A moderna musicoterapia, desenvolvida nos finais dos anos quarenta, avançou a partir do uso da música para o tratamento da fadiga de combate entre soldados

na Segunda Guerra Mundial. Ao lado da penicilina, quinina ou radiação, a música teve seu lugar no leque de medicamentos do Exército. O primeiro centro norte-americano de treinamento em musicoterapia foi na Universidade do Kansas e na Clínica Menninger de Topeka. No pós-guerra, hospitais, clínicas e asilos para idosos convidavam músicos locais para audições¹⁵.

O primeiro plano de estudos em musicoterapia foi elaborado em 1944, em Michigan. Em 1950, foi fundada a Associação Nacional para a Terapia Musical, quando a música se tornou oficialmente um instrumento terapêutico nos Estados Unidos e em alguns lugares do mundo. Na Argentina, em 1968, aconteceu a Primeira Jornada Latino-Americana de Musicoterapia. Em 1971, iniciaram-se cursos no Rio de Janeiro e Paraná. Em 1980, a UFRJ deu início à prática clínica da musicoterapia, carreira de nível superior reconhecida pelo Conselho Federal da Educação desde 1978.

Atualmente, realizam-se investigações qualitativas e quantitativas, pela Associação de Musicoterapia Americana (AMTA), cuja finalidade é explicar os diferentes efeitos que a música exerce em pessoas doentes, de diferentes idades, ficando a ser questionado o poder terapêutico da música especificamente em cada doença¹⁶.

Bruscia¹⁰ lembra dos problemas de ordem conceitual que surgem frequentemente dentro dessa área do conhecimento: caso se tente definir precisamente o que é musicoterapia, dada a diversidade de definições existentes, fica complicada a resposta. A escolha de uma definição, dentre as 61 por ele propostas, vai depender, evidentemente, dos objetivos de um trabalho, dos critérios que o pautarão, das exigências teórico-metodológicas do objeto a ser estudado. Isso significa, a nosso ver, que o ponto de vista que se deseja aplicar a um determinado objeto de estudo é fator decisivo para a adoção de uma ou outra definição de musicoterapia.

Enquanto domínio científico, a musicoterapia se organizou como tal apenas no final do século XX, mas está em plena expansão no presente século e, como já dito, estuda os efeitos terapêuticos e preventivos da música nos seres humanos.

Qualquer doente, se bem orientado por um musicoterapeuta, pode valer-se de uma das mais importantes qualidades da música - a de oferecer flexibilidade em quaisquer de suas modalidades: (i) a simples escuta de uma música; (ii) a interpretação em um instrumento musical (piano, violino, flauta, etc.); (iii) a composição ou arranjo de canções e/ou a interpretação de um

instrumento e (iv) apenas a rememoração interna de uma música pelo doente. Pode a música ser trabalhada em grupo (em um coral ou um conjunto musical), como forma de promover a socialização, ou de forma individual, explorando a criatividade e a manifestação subjetiva. O processo utilizado para um tratamento sustentado pela musicoterapia é variável de indivíduo a indivíduo, de acordo com as características de cada história de vida, que é única, pessoal e original.

A importância da música em diferentes problemas neurológicos vem sendo destacada por vários autores na atualidade. É exemplar nesse sentido o trabalho de Oliver Sacks: ele já afirmara, em 1999, no *National Satellite Broadcast* de musicoterapia que, no tratamento de pessoas com DP, usava a música por esta ser algo que afeta todo o cérebro, característica importante da qual se poderia tirar muito proveito: *Fiz alguns eletrocardiogramas e videotapes conjuntos que fornecem uma demonstração maravilhosa da capacidade da arte para despertar o doente de Parkinson. Tenho um fascinante registro desse tipo de um de meus doentes, que sofre de acinesia de um lado do corpo, e de frenesi no outro (qualquer medicação benéfica para um lado agrava o outro), e cujo EEG é correspondentemente assimétrico. Esse homem é um exímio pianista e organista; no momento em que ele começa a tocar, seu lado esquerdo deixa de manifestar acinesia, o lado direito pára com os tiques, a coreia, e ambos passam a funcionar em perfeita união. Simultaneamente, a gritante dicotomia, os padrões patológicos do EEG desaparecem, observando-se em seu lugar apenas a simetria e a normalidade. No momento que ele pára de tocar, ou que sua música interior cessa, descompõem-se tanto o estudo clínico quanto o EEG¹⁷.*

O *Institute for Music and Neurologic Function*, do *Beth Abraham Hospital*, no Bronx (Estados Unidos), é local de um dos mais inovadores programas de musicoterapia, onde milagres acontecem diariamente, conforme relato de Campbell: *Em 1991, Dr. Sacks depôs perante o Comitê Especial para o Envelhecimento do Senado dos Estados Unidos sobre o poder terapêutico da música no tratamento de problemas neurológicos. Em seu testemunho, descreveu o caso de Rosalie, uma doente do Beth Abraham com Doença de Parkinson, que permanecia paralisada, completamente imóvel, a maior parte do dia, normalmente com um dedo sobre os óculos. "Mas ela toca piano muito bem e durante horas, quando toca, os sintomas da doença desaparecem e ela tem fluência, facilidade, liberdade e normalidade", declarou Sacks ao comitê⁵.*

Revelou ainda Sacks: “A música a liberta da doença por algum tempo - e não só a música, mas a imaginação da música. Rosalie conhece de cor toda a obra de Chopin e basta alguém dizer: Opus 49!, para que todo o seu corpo, sua postura e sua expressão mudem¹⁵”.

Sacks, em seu citado depoimento, descreve como o eletroencefalograma – que na DP em geral registra uma imobilidade semelhante à do coma - e a atividade motora de sua paciente tornam-se completamente normais, à medida que uma música passa a ser apenas relembrada por sua doente. Histórias como essa são, reiteradamente, narradas no *Beth Abraham*, hospital afiliado ao *Albert Einstein College of Medicine* de Nova York. Concetta Tomaino, diretora de musicoterapia, complementa: “A música é a chave para o acesso ao sistema de recuperação da memória¹⁵”.

A música em geral pode manter, com seus sistemas rítmicos e melódicos, “o sistema nervoso humano sincronizado como uma orquestra sinfônica, com diferentes ritmos, melodias e instrumentações”. Tal afirmação, do professor-musicista Don Campbell é, por ele, complementada com os seguintes dizeres: *Quando qualquer parte do cérebro é danificada, os ritmos naturais deste e do corpo são perturbados e os neurônios podem ser estimulados no momento errado ou simplesmente não reagir. Com frequência, música, movimentos ou imagens externas ajudam a trazer de volta ao tom a música “neurológica”. A música atinge, misteriosamente, as profundezas de nosso cérebro e nosso corpo, despertando muitos sistemas inconscientes¹⁵.*

Dizem as pesquisas que a musicoterapia auxilia a pessoa com DP em vários sentidos: (i) a orientar-se, ainda que aspectos como tempo e espaço se lhe alterem; (ii) a relaxar e recompor-se, no caso de insegurança ou ansiedade em função da DP; (iii) a expressar-se melhor, no caso de problemas na oralidade ou escrita; (iv) a potencializar as funções físicas e mentais afetadas; (v) a reforçar a autonomia pessoal; (vi) por meio da música, a dar-se um reconhecimento, tornando-se sujeito de seu sofrimento ao dar-se conta de como lidar com ele, integrando, assim, corpo, mente, espírito. A música configura-se como o tratamento adequado, especialmente no caso de pessoas idosas, seja em termos de promover sua sociabilidade, seja para fazer emergir sua criatividade musical, quando elas “saem de si”, voltando-se “para fora”, para além de seus problemas. É dita também a musicoterapia como uma terapia auto-expressiva e de atuação precisa nas funções cognitivas. Verifica-se que a pessoa em

tratamento musicoterápico é particularmente sensibilizada, “tocada” em sua instância psíquica a partir do meio sonoro-musical, resultado que talvez não fosse obtido rápido e decisivamente com palavras apenas; propicia-se, pois, a abertura de vias outras que possam minimizar dificuldades de várias ordens.

Sob o ponto de vista da musicoterapia, embora o tratamento em grupo, como em um coral terapêutico, seja altamente exitoso, a pessoa doente deve ser tratada, avaliada, em sua individualidade, levando-se em conta as particularidades de cada integrante do grupo e o estágio em que se encontra a DP em cada um.

A música pode ter efeitos benéficos nos mais variados casos patológicos, a partir de resultados comprovados nas experiências com parkinsonianos, conforme foram levadas a efeito por Oliver Sacks¹⁷: *De longe o melhor tratamento para suas crises, era a música, cujos efeitos eram quase sobrenaturais. Num instante, a Sra. D. estava comprimida, travada e bloqueada, ou em convulsões espasmódicas, cheia de tiques, matraqueando como uma espécie de bomba humana; no instante seguinte, com o som de música vindo de um rádio ou gramofone, desapareciam por completo todos esses fenômenos obstrutivo-explosivos, substituídos por uma feliz descontração e fluxo de movimentos, enquanto a Sra. D., repentinamente livre de seus automatismos, “regia” sorridente a música ou se levantava e dançava a seu som*¹⁷.

Esse neurologista verificou que a música adequada ao doente e ouvida com prazer produz um efeito bastante produtivo nas pessoas com DP, fazendo desaparecer, por um certo tempo, os sintomas característicos da doença. Segundo Sacks, muitas vezes só de pensar numa música já se pode minimizar a sintomatologia parkinsoniana: [a doente] *era capaz de “tocar” composições inteiras de Chopin, em vívidas imagens mentais. Logo que ela começava, seu eletroencefalograma (suas ondas cerebrais), altamente anormal, volta-via bruscamente ao normal, enquanto seus sintomas de Parkinson sumiam. De forma igualmente abrupta, todos os sintomas voltavam logo que ela interrompia seu concerto clandestino [...] é fácil ver como a música repõe momentaneamente no lugar os espatifados motores dos pacientes com Parkinson. Obviamente, a música não conserta os neurônios defeituosos que causam a doença. Em vez disso, ela vence os sintomas da Parkinson, ao transportar o cérebro para um nível de integração acima do normal. A música estabelece fluxo no cérebro, enquanto ao mesmo tempo estimula e coordena as atividades do cérebro*¹⁷.

Tais resultados tão bem destacados na musicoterapia norte-americana nos levam a acreditar, com muita esperança, em um investimento em pesquisa e na formação de musicoterapeutas, nessa área no Brasil, e a acreditar cada vez mais no trabalho clínico, a partir da música, com idosos afetados pela DP.

Resultados e discussão

A caracterização da amostra sistematizada neste trabalho nos permitiu verificar que a escuta que um pesquisador deve ter às falas dos sujeitos – no presente caso, idosos e profissionais envolvidos com a DP – é considerada fundamental por duas razões: (i) elas explicitam de que forma as atividades musicoterápicas trabalham em favor daqueles que sofrem dessa doença; e (ii) também favoravelmente àqueles familiares e amigos que, por conviver próximos aos doentes, também compartilham de sua mudança subjetiva.

Assim, essas falas, neste trabalho, revelaram como é viver dentro do “universo da Parkinson” e de como cada um dos doentes é levado a fazer, do vínculo afetivo com a música, sua terapia para uma melhor qualidade de vida. Os próprios idosos correlacionaram, continuamente, a cadeia de efeitos motores sintomáticos da DP, com as práticas musicoterápicas, o que pode ser subsumido desta forma - problema *versus* busca de uma solução multidisciplinar -, em que vários procedimentos em paralelo se fizeram conhecer:

(i) problemas de voz e de fixidez da face: intensivos exercícios vocais e faciais sob orientação de fonoaudiólogo, antecedem o canto no coral ou outra atividade musical, para “soltar a voz” do doente de Parkinson e liberar os movimentos da cabeça e pescoço;

(ii) enrijecimento do corpo com comprometimento dos movimentos dos membros superiores e inferiores: os doentes que tiveram alguma formação musical vêm, em seus exercícios com algum instrumento musical, o procedimento que os faz soltar-se, levando vantagem sobre os demais doentes que nunca estudaram música; estes últimos procuram vencer o problema de enrijecimento exercitando-se diariamente – corpo, membros – sob orientação de fisioterapeuta, antecedendo o canto no coral;

(iii) depressão/ansiedade/tensão: geralmente esses sintomas vêm como decorrência da descoberta da doença ou, posteriormente, como efeito colateral da medicação, e podem ser superadas em análise terapêutica com psicólogo ou psica-

nalista e ainda reforçadas com o canto no coral, o que faz dessas pessoas seres felizes;

(iv) problemas de ordem neurológica, que se traduzem na fala como lapsos, “brancos” de memória e “emperramento” da reflexão, decorrentes de tensão, ansiedade, depressão ou medo, podendo ocorrer ou se intensificar com a DP: segundo relato dos próprios doentes, minimizar esses problemas é possível, a partir de alguns procedimentos imprescindíveis: rigor na administração dos remédios destinados a minimizar a sintomatologia particular de cada doente; poupar energias ou a atenção deslocando-as para coisas essenciais da vida; ter seletividade, ou seja, aplicar a concentração em uma determinada coisa, priorizando-a, não se preocupando com as demais à volta; ouvir música, ou cantar no coral; ou simplesmente assistir às apresentações dos amigos no coral;

(v) tremores nas mãos, nos pés, no corpo: os sujeitos analisados intervêm na sua parte motora corporal, afastando os “sintomas clássicos” da DP ao, por exemplo, recriarem, no instrumento que tocam, peças musicais de seu conhecimento ou ainda ao criarem algo novo, utilizando técnicas ou estilos adquiridos previamente, variando, assim, o modo como eles próprios se relacionam com a música. Para muitos, o fato de cantar no coral favorece-lhes a superação desses sintomas da Parkinson. Outros que não lidam concretamente com a música acabam sensibilizados pelos amigos do coral a assistir aos ensaios e apresentações, a ouvir música em suas residências, além das terapias corporais que minimizam tais tremores;

(vi) medos: para vencê-los, a dependência a um esforço coletivo. Um dos sujeitos analisados venceu seus medos, contando com sua força pessoal, mas principalmente – e é preciso que se frise – com o auxílio e incentivo de muitas pessoas: da psicanalista, da esposa-cineasta, do professor de música, do de ginástica, dos amigos, dos diretores de filmes e peças teatrais, de uma filha-atriz, etc. Os outros sujeitos dizem do próprio enfrentamento à sua problemática, auxiliados pela esposa, pelos profissionais da ABP, etc.

Os depoimentos dos idosos com DP, neste estudo, vão além daqueles dados resultantes de um simples questionário de entrevista, porque revelam aqui verdadeiras histórias de vida: eles revelam como a DP e seu tratamento por meio da música os fazem também refletir sobre suas mudanças de posição na vida:

(i) lições são aprendidas com a doença, como aquela de que sempre há um caminho – como o da música – para se superarem os problemas:

“Uma janela se fecha, outra se abre”; (ii) “qualidades inéditas desenvolvem-se em nós”: é exemplar nesse sentido a fala de um dos idosos com DP, antes ator de cinema e teatro, agora dedicado à direção de filmes, revelando-se dramaturgo e escritor; (iii) passa-se a escutar a música interna, a música da própria natureza, conforme diz outro dos entrevistados; (iv) reconhece-se que a DP é doença como outra qualquer, que pode acometer qualquer indivíduo, em qualquer momento; ela não é empecilho para a música; (v) possíveis perdas na vida ou na doença não são propriamente perdas, mas ganhos - de sabedoria, de expectativas positivas quanto ao presente e esperança em relação ao futuro. Fundamental é a pessoa enfrentar qualquer doença, inclusive a DP, com força, decisão e compreensão, sendo-lhe indiferente o fato de ter sido afetada por uma doença ou por ter que “tourear” a própria vida; (vi) finalmente, um dos entrevistados, com sua alma de artista, traduz o real de sua doença da forma mais bem humorada possível: “Tem gente que bebe demais, eu tenho Parkinson”.

Algumas outras ressonâncias

Do não-dito da fala das pessoas com DP analisadas neste estudo, pode-se depreender a capacidade que elas sempre tiveram de resistir a adversidades de várias ordens que lhes ocorreram durante a vida. Que resistência, que força é essa, de onde surge e o que ocasiona na vida desses sujeitos analisados? É a questão que se coloca para nós. Na infância, na juventude e mesmo na idade adulta, grande parte das pessoas manifesta resistência ao enfrentar tudo aquilo que vai ocorrendo nas décadas que têm pela frente na vida. Se pensarmos em como caracterizar essa resistência, veremos que se trata da assunção de uma posição subjetiva e cada pessoa tem a sua, na sua própria medida. A condição, porém, é que ela tem que ser necessariamente atrelada a uma causa que a pessoa julgue valiosa, com a qual estabelece um laço, um vínculo afetivo.

O que demonstrou a fala de nossos entrevistados? Manifesta-se neles, com evidência maior, tal capacidade de resistir a problemas de várias ordens, passando a conviver, e de forma exemplar, com a DP. Todos eles se revelam como pessoas que muito lutaram pela vida, cada um na sua especialidade e, alguns, antes que abandonar seu métier, apenas o transformaram: de caráter profissional (como o músico de orquestra ou com um trabalho-de-autor) para um caráter mais amadorístico (tocando informalmente junto

aos amigos ou mesmo participando de um coral terapêutico).

A partir da reflexão sobre os dizeres marcatos das pessoas com a DP, implicadas que estão com os sintomas aos quais enfrentam, entende-se o que tem sido fundante para eles: a música. A música revela-se, assim, como o vínculo essencial a que estão ligados os entrevistados neste trabalho, “um caminho de esperança” para minimizar os incômodos efeitos decorrentes da DP. Os doentes de Parkinson usam as músicas e os sons que geram para se tornarem mais sensíveis a seus próprios ritmos e ciclos. Para se sentirem mais integrados, lúcidos, responsáveis por aquilo que desejam. As vivências musicais são a oportunidade de eles se posicionarem diante de sua doença e levarem a vida com mais sentido e otimismo.

Considerações finais

Os depoimentos de médicos esperançosos como Oliver Sacks, de profissionais aqui entrevistados, soam-nos em uníssono como uma sinfonia, compondo com o que os próprios parkinsonianos são unâimes em afirmar: o quanto é fundamental um programa de tratamento extensivo, multidisciplinar, nos casos da DP. Um conjunto integrado de conhecimentos e práticas tem auxiliado as pessoas afetadas pela DP, em muitos pontos: (i) a minimizar, de alguma forma, os sintomas mais notórios da DP que, de início, as amedrontam e aos familiares e amigos, por trazerem uma situação nova (como se o doente perdesse, de repente, o próprio controle de suas ações, quando sente que mãos, pés, face, movimentam-se nos tremores, nos tiques, nos impulsos); (ii) a desmistificar o valor dado a esses sintomas como característicos ou específicos da DP: eles podem, por um lado, nem se evidenciar em todas as pessoas com DP (muitas delas nunca tiveram tremores!); por outro lado, podem aparecer em muitas outras situações da vida e mesmo em outras doenças que não a DP; (iii) a desmistificar e a encarar por outro ângulo o temido conceito “doença de Parkinson” e mesmo o de “velhice”. Ambos, longe de representar “um passo para a morte”, fazem parte do processo de envelhecimento. Ninguém se furt a ele; portanto, quando um idoso tem DP, deve encará-la como qualquer outro acontecimento patológico na vida: tentar retardá-lo e aprender a viver com ele, para passar esse saber a outras pessoas; talvez isso possa constituir-se seu projeto de vida no mundo, o meio de concretizar sua “resiliência”; (iv) a sintonizar os doentes de Parkinson consigo mesmos e a inte-

grá-los no seu meio social, familiar, de amigos, enfim, em sua comunidade. É essa concepção do sujeito na relação com a sua própria doença e com o mundo, que leva os pesquisadores atuais, da ABP, e de outros centros que se pautam por esse paradigma ao cuidar de problemas de saúde das pessoas, a investir e acreditar no convívio social dos doentes e no compartilhamento de suas experiências, por meio da música.

Do presente estudo, fica em nós o sentimento de que é preciso criar uma nova cultura em torno das doenças degenerativas; que as pessoas rejejam seus paradigmas acerca da vida, da saúde, do sujeito na relação com sua vida, com as outras pessoas; que assumam o esforço “resiliente” que é preciso empreender nesse campo de doenças, especialmente as de tipo idiopático como a DP; e que políticas públicas de apoio se criem com o envolvimento da sociedade civil, no sentido de mudanças de conceitos, de paradigmas, de quebra de tabus e preconceitos acerca das doenças; que lutemos por um grande investimento no campo da prevenção, tanto quanto aos tratamentos médicos, quanto aos tratamentos alternativos/complementares; na relação com outros profissionais e com amigos, o doente se esquece de sua doença, solta-se de dentro dela; a própria doença, deixada de ser o centro de atenção, torna-se um fato mais fácil de ser suportado.

Assim, a música é vista, neste trabalho, como uma terapia “resiliente” e coadjuvante à DP. Posso dizer que a musicoterapia é tomada, aqui, como um processo de minimização ou superação dos problemas advindos de certas doenças e, concomitantemente, de mudança de posição do sujeito na relação com sua doença e com os demais que o cercam. Dizemos “coadjuvante”, porque o tratamento musicoterápico deve estar inserido, insistimos, em um programa multidisciplinar que envolva necessariamente vários tratamentos que atuam integradamente para a melhoria de qualidade de vida do doente: medicação alopatia, fisioterápica, acompanhamento fonoaudiológico, terapia ocupacional ou artística, etc. “Resiliente” diz, conforme sentido adotado por pesquisadores do campo da gerontologia^{4,18}, da “posição de resistência” de uma pessoa diante de circunstâncias adversas da vida, como certas doenças, que a fazem mudar, ou seja, valer-se da experiência para dar outra direção, outro sentido à vida, a sua própria e à das pessoas próximas, uma posição “resiliente” diante de sua doença, de viver melhor alguns momentos da vida, de “esquecer” ou minimizar, nem que o seja por algum tempo, os efeitos da DP ou superá-la em definitivo. E o essencial: de forma compar-

tilhada, seja por meio de um diálogo com o próprio instrumento musical, que leva o doente para “outros mundos”, seja por meio da interação com outras pessoas, no caso dos integrantes do coral da ABP, que leva os doentes a compartilhar suas emoções e desejos. Corpo, som e palavra devem imbricar-se no mesmo processo terapêutico, contribuindo para que o doente transfira para o seu cotidiano com familiares e comunidade, o vivenciado no *setting* terapêutico, de forma equilibrada e harmoniosa. Outro fator essencial, especialmente diante de uma pessoa portadora da DP, é a “escuta”. Esse sentimento que deveria ser mais exercitado, tanto da parte dos que lhe estão próximos, quanto do próprio doente que também se deve escutar. Escutar sua música interna, resgatar, enfim, o que se poderia chamar de sua “identidade sonora”. O “fazer musical” propicia a escuta musical, no canto, especialmente em grupo, como em um coral Terapêutico, na execução de instrumentos, na movimentação corporal e em outras atividades que envolvem elementos como som, música, movimento.

Encerramos este trabalho com um interlúdio muito significativo de Oliver Sacks¹⁷: “O poder

da música para integrar e curar [...] é fundamental. Ela é o mais profundo medicamento não-químico [...], ao qual acrescentamos nosso pos-lúdio: a musicoterapia é o mais essencial dos processos terapêuticos, levando a pessoa afetada por uma doença, como a DP, a manter uma posição “resiliente” diante da vida, ao minimizar a sintomatologia motora e não-motora, a transformar-se, a si mesma, diante da doença, sobrepondo-se a seus efeitos, ganhando força até para estancá-la em sua progressão, além de conseguir mudanças significativas até em outros companheiros. Tudo isso porque a musicoterapia possibilita que a pessoa orquestre mente, corpo e coração, resgatando sua identidade sonoro-musical. Em suma, a musicoterapia faz o indivíduo colocar-se na posição de maestro de sua própria vida e da vida de muitas outras pessoas.

Colaboradores

B Côrte e P Lodovici Neto participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. von Baranow ALVM. *Musicoterapia: uma visão geral*. Rio de Janeiro: Enelivros; 1999.
2. Tarallo F. *A pesquisa sociolinguística*. São Paulo: Ática; 2003.
3. Mercadante EF. Comunidade como um novo arranjo social. *Rev Kairós Educ* 2002; 5 (2):17-34.
4. Varella AMRS. *Envelhecer com desenvolvimento pessoal*. São Paulo: Escuta; 2003.
5. Zygouris R. *O vínculo inédito*. São Paulo: Escuta; 2002.
6. Côrte B. Biotecnologia e longevidade: o envelhecimento como um problema solucionável? In: Côrte B, Mercadante EF, Arcuri IG, organizadoras. *Velhice, Envelhecimento, Complex(idade)*. São Paulo: Vector; 2005.
7. Mucida A. *O sujeito não envelhece - Psicanálise e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica; 2004.
8. Beavoir S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
9. Messy J. *A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice*. 2^a ed. São Paulo: Aleph; 1999.
10. Bruscia KE. *Definindo musicoterapia*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Enelivros; 2000.
11. Ruud E. *Caminhos da musicoterapia*. São Paulo: Summus; 1990.
12. Benenzon R. *Teoria da musicoterapia*. São Paulo: Summus; 1988.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [site da Internet]. [acessado 2006 mai 12]. Disponível em: <http://www.serasa.com.br/guiaidoso/18.htm>
14. Iazzetta, F. Representação e Referencialidade na Linguagem Musical. In: Lima SA, organizadora. *Faculdade de Música Carlos Gomes: retrospectiva acadêmica*. São Paulo: Musa Editora; 2005. p. 46.
15. Campbell D. *O efeito Mozart: explorando o poder da música para curar o corpo, fortalecer a mente e liberar a criatividade*. Rio de Janeiro: Rocco; 2001.
16. McClellan R. *O poder terapêutico da música*. São Paulo: Siciliano; 1994.
17. Sacks O. *Tempo de despertar*. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.
18. Chamochumbi W. La Resiliencia en el Desarrollo Sostenible. [site da Internet]. Disponível em: <http://www.portaldelmedioambiente.com/index.asp>

Artigo apresentado em 08/11/2006

Aprovado em 25/06/2007

Versão final apresentada em 03/02/2008