

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA

GABRIELA LORENZO FERNANDEZ KOATZ

MUSICOTERAPIA EM UTI NEONATAL: UM ESTUDO SOBRE INTERVENÇÃO
PRECOCE COM AS MÃES SOB UMA ÓTICA PSICOCORPORAL

RIO DE JANEIRO

2013

GABRIELA LORENZO FERNANDEZ KOATZ

MUSICOTERAPIA EM UTI NEONATAL: UM ESTUDO SOBRE INTERVENÇÃO
PRECOCE COM AS MÃES SOB UMA ÓTICA PSICOCORPORAL



Monografia de finalização do Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Maria Luiza Mello de Carvalho

Coorientador: Marly Chagas Oliveira Pinto

Rio de Janeiro

Junho 2013

KOATZ, Gabriela Lorenzo Fernandez.

Musicoterapia em UTI neonatal: um estudo sobre intervenção precoce com as mães sob uma ótica psicocorporal / Gabriela Lorenzo Fernandez Koatz. – Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola, 2013.

60f.: il.; 31cm.

Orientador: Maria Luiza Mello de Carvalho

Coorientador: Marly Chagas Oliveira Pinto

Monografia (Pós-Graduação Lato Sensu) – UFRJ/Maternidade Escola/Curso de Especialização Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, 2013.

Referências bibliográficas: f.53-60.

1. Musicoterapia. 2. UTI neonatal. 3. Vínculo mãe-bebê. 4. Intervenção precoce
5. Corpo. 6. Saúde Materno Infantil. I. Carvalho, Maria Luiza Mello de. II. Pinto,
Marly Chagas Oliveira. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade
Escola. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA

Gabriela Lorenzo Fernandez Koatz

MUSICOTERAPIA EM UTI NEONATAL:

um estudo sobre intervenção precoce com as mães sob uma ótica psicocorporal

Monografia de finalização do Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria Luiza Mello de Carvalho
UFRJ – Faculdade de Terapia Ocupacional

Dra. Marly Chagas Oliveira Pinto
Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário

Ms. Martha Negreiros Sampaio Vianna
UFRJ – Maternidade Escola

Dedicatória

Dedico a Marina Helena Lorenzo Fernandez Silva. Graças a ela, eu me tornei musicoterapeuta.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Maria Luiza Mello de Carvalho, pelo incentivo ao estudo e orientação não apenas neste trabalho, mas em vários passos de minha carreira. Agradeço a Martha Negreiros Sampaio Vianna, pela inspiração e ensinamentos com seu trabalho na Maternidade Escola. Agradeço à minha co-orientadora, Marly Chagas, pelos inúmeros conselhos profissionais. Agradeço à minha família, meus amigos, meu namorado e meus ex-alunos, pela compreensão e respeito dados pela minha ausência durante meus estudos. Agradeço à minha terapeuta e também à minha homeopata, por elas acreditarem em mim e buscarem o melhor para a minha saúde física e emocional. Agradeço ao Conservatório Brasileiro de Música e aos professores da graduação de musicoterapia, pela excelente qualidade na minha formação de musicoterapeuta. Agradeço à UFRJ por abrigar pelo quarto ano consecutivo um curso multidisciplinar que visa aprimorar os atendimentos oferecidos à saúde materno-infantil de modo integral.

Sangrando – Gonzaguinha

*Quando eu soltar a minha voz
Por favor entenda
Que palavra por palavra
Eis aqui uma pessoa se entregando
Coração na boca
Peito aberto
Vou sangrando
São as lutas dessa nossa vida
Que eu estou cantando*

*Quando eu abrir minha garganta
Essa força tanta
Tudo que você ouvir
Esteja certa
Que estarei vivendo*

*Veja o brilho dos meus olhos
E o tremor nas minhas mãos
E o meu corpo tão suado
Transbordando toda a raça e emoção*

*E se eu chorar
E o sal molhar o meu sorriso
Não se espante, cante
Que o teu canto é a minha força
Pra cantar*

*Quando eu soltar a minha voz
Por favor, entenda
É apenas o meu jeito de viver
O que é amar*

RESUMO

Internar um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é angustiante para a mãe, provocando-lhe tensão física e emocional, que chamamos de *couças na maternagem*, que dificultam o estabelecimento do vínculo mãe-bebê. A mãe precisa de um acolhimento por parte da equipe de saúde que atua na UTI Neonatal para trazer um mínimo de tranquilidade ao seu filho. A música é uma das formas de alívio de estresse promovido pela musicoterapia em internação hospitalar, apesar de ainda ser incipiente sua inserção nos serviços de UTIN. O objetivo geral deste trabalho é estudar como a musicoterapia pode realizar uma intervenção precoce atuando com mães de bebês internados em UTI Neonatal, a partir do alívio da ansiedade da mãe através da música e da mobilização corporal das mães, para a promoção da saúde de mães e bebês. Desenvolvemos uma revisão teórica acerca dos temas: “maternagem”, “musicoterapia”, “corpo”, “UTI Neonatal”, “cuidado e humanização em UTIN” e “intervenção precoce”. A utilização de canções que fazem parte da “identidade sonora” das mães favorece a abertura de canais de comunicação entre o musicoterapeuta e as mães, permitindo trabalhar suas *couças* para que elas possam se dar ao cuidado de seus filhos de maneira mais integral, emocional e corporalmente. A internação do RN em UTIN pode trazer consequências para o corpo dessa mãe, manifestadas sob a forma de *couças*. *Couças* são manifestações psicocorporais em que o indivíduo se enrijece corporal e emocionalmente, a fim de se fechar para algo ruim que lhe tenha acontecido, como um escudo de proteção. A UTI Neonatal é um ambiente provocador de encorajamento nas mães dos bebês internados, prejudicando o exercício da maternagem e, por isso, é um local propício à intervenção precoce. O trabalho com as mães através da ótica psicocorporal em musicoterapia pode oferecer o suporte emocional às mães para fortalecerem seu vínculo com seus filhos, auxiliando ambos a superarem este período tão difícil de suas vidas.

Palavras-chaves: Musicoterapia. UTI neonatal. Vínculo mãe-bebê. Intervenção precoce. Corpo.

ABSTRACTS

Having a child hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is distressing for the mother, causing her physical and emotional tension, which we call “armors in parenting”, that slow efforts to the establishment of the mother-infant bond. The mother needs a host by the health team that works in the NICU so that she can bring a minimum of peace to her son or daughter. Music is a form of stress relief promoted by music therapy in hospitalization, despite still being in its infancy its insertion in NICU. The overall objective of this work is to study how music therapy can perform an early intervention working with mothers of infants admitted to NICU, by the relief of the mother’s anxiety through music and through the mother’s body mobilization, for the promotion of health of mothers and babies. We develop a theoretical review on the themes: “parenting”, “music therapy”, “body”, “NICU”, “care and humanization in NICU”, and “early intervention”. The use of songs that are part of the “identity soundtrack” of mothers find for opening channels of communication between the music therapist and the others, allowing work their armor so they enable the care of their children in a more integral way, emotionally and bodily. The hospitalization in NICU of the recently born child can bring consequences for the body of the mother, expressed in the form of Armors. Armors are psychologically and bodily events in the individual body stiffens and emotionally, in order to be close to something bad that has happened, as a shield of protection The NICU is a provocateur of armors in moms of babies hospitalized, impairing the exercise of parenting and therefore, is a place conducive to early intervention. Working with mothers by psychological and bodily optics in music therapy can offer emotional support to mother to strengthen her bond with their children, helping both to overcome this difficult period of their lives.

Keywords: Music Therapy. Neonatal ICU. Mother-baby bond. Early Intervention.

Body

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. MUSICOTERAPIA.....	9
2. 1. Musicoterapia	9
2.2. Compreensão psicocorporal do encorajamento	13
2.3. Corpo e expressão musical.....	15
3. PROMOÇÃO DE SAÚDE EM UTI NEONATAL.....	20
3.1. Compreendendo a maternagem	20
3.2. Couraças na maternagem em UTI neonatal	25
3.3. Intervenção precoce em UTI neonatal.....	27
4. MUSICOTERAPIA NA CLÍNICA HOSPITALAR EM UTI NEONATAL.....	32
4.1. Sons que demonstram cuidado	36
4.2. Musicoterapia no trabalho com a couraça na maternagem em UTI Neonatal	42
5. CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

1. INTRODUÇÃO

A internação de um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um fator angustiante para qualquer mãe, afeta o vínculo mãe-bebê pelo distanciamento provocado pela incubadora e pode vir a desenvolver o que chamamos de “courageiras na maternagem”, devido às inúmeras manifestações de tensão física e emocional que as mães manifestam em tais circunstâncias. Caso a maternagem seja prejudicada durante a internação do recém-nascido (RN), isso pode afetar o bebê, prolongando o período de sua internação e afetando o seu desenvolvimento saudável após a alta hospitalar. Nessas condições, a mãe precisa de um acolhimento por parte da equipe de saúde que atua na UTI Neonatal, para trazer um mínimo de tranquilidade perante a tensa situação de vida ou morte em que seu filho pode estar. A música é uma das formas de alívio da ansiedade pelo estresse da internação, alívio este promovido pela musicoterapia em internação hospitalar, apesar de ainda ser incipiente sua inserção nos serviços de UTIN.

Cada vez mais os governos vêm desenvolvendo políticas de humanização da assistência hospitalar, com atenção especial voltada à primeira infância e às mulheres (BRASIL, 2012), visando minimizar as tensões provocadas nesta população pela internação em UTIN. A exemplo de uma das políticas, desenvolvidas pelo Governo Federal, com foco na primeira infância, encontra-se a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS). A EBBS preconiza que políticas públicas saudáveis devem ser atravessadas pelo cuidado. Busca a aproximação entre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) “e os fatores psíquicos na produção e promoção da saúde” (PENELLO, 2013, p. 34), considerando, para tal fim, “os desafios da integralidade do cuidado e da intersetorialidade” (PENELLO, 2013, p. 34). Procura favorecer “a sinergia para ações inovadoras no campo da atenção integral à saúde da criança” (PENELLO, p. 34). Assim, a prática musicoterápica em UTIN com as mães de RNs está em completo acordo com a visão da EBBS, no sentido de apresentar uma prática inovadora e intersetorial para oferecer cuidado e promoção de saúde a essas mães.

O vínculo mãe-bebê¹ foi amplamente defendido pelo pediatra e psicanalista D. W. Winnicott (1975) como fundamental para favorecer o desenvolvimento saudável do bebê, desde o nascimento até os seis anos de idade da criança – fase conhecida como primeira infância, em que o cérebro da criança está em desenvolvimento. Por sua vez, a mãe que oferece um ambiente favorável ao desenvolvimento de seu filho é aquela que Winnicott chama de “mãe suficientemente boa” (WINNICOTT, 1975) e assim, exerce a “maternagem” (WINNICOTT, 1975).

Sendo a maternagem necessária para o desenvolvimento saudável da criança, o cuidado encontra-se inserido nessa função, considerado inclusive um dos tripés de sustentação da EBBS. Ao articular a proposta da EBBS com o Programa de Atenção à Saúde da Família, Ana Carolina Vieira e Larissa Mendes recorreram aos estudos do teólogo Leonardo Boff sobre a etiologia do cuidado. A etiologia da palavra *cuidado* vem do latim e significa cura (VIEIRA; MENDES, 2013). “Cura queria expressar a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada” (VIEIRA; MENDES, 2013, p. 231). Outro sentido etiológico para a palavra cura reside em cogitar: “cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo e até de preocupação pelo outro” (VIEIRA; MENDES, 2013, p. 231). Segundo o teólogo Leonardo Boff (BOFF, 2012 apud PENELLO, 2013), cuidado “é a vivência da relação entre a necessidade de ser cuidado e a vontade e a predisposição de cuidar, criando um conjunto de apoios e proteções (holding²)” (p. 31). O cuidado vem sustentar um dos três eixos em que se apoia a EBBS:

Maneiras de praticar o cuidado, cuidando de quem cuida: cuidando lá, cuidando cá, cuidamos e cuidamo-nos. Que nossas políticas públicas possam fundamentar-se esperançosamente na perspectiva de que saúde é viver em cuidado (PENELLO, 2013, p. 46).

¹ Devemos esclarecer que a importância do vínculo para o desenvolvimento do bebê compreende o envolvimento de toda a rede familiar do mesmo: pai e mãe, irmãos, avós, tios etc. Porém, nos referimos à mãe neste trabalho por uma questão objetiva, uma vez que a maior incidência de acompanhantes de bebês em UTI Neonatal é dada pela mãe, ainda que haja presença de outros familiares.

²*Holding Enviroment* é um termo designado por Winnicott (1975) para descrever o suporte emocional e psicológico que as mães suficientemente boas oferecem a seus bebês. Em inglês, as palavras *holdingenviroment* significam respectivamente: colo e ambiente. Poderíamos entender este conceito da psicanálise winnicottiana como um colo ambiental. O *holding* será melhor definido no capítulo 4 deste estudo.

Dessa maneira, as idealizadoras da EBBS compreendem que “aquele que porventura se encontre na posição de agente cuidador, [no caso, a mãe] necessita ser amparado, cuidado, por uma instância outra que lhe seja externa” (VIEIRA; MENDES, 2013, p. 224).

O cuidado é um tema recorrente em se tratando de assistência à saúde e humanização. Carvalho e Koatz (2009) abordam o fato de que as coraças podem ser um fator limitador do cuidado materno e paterno, bem como da rede familiar e social do bebê. Muitos profissionais capacitados para atuar em UTIN's, como a enfermeira Inês Maria Menezes dos Santos (2009), estudam maneiras de como o cuidado pode favorecer a humanização da assistência à saúde durante a internação hospitalar. Assim, cada vez mais a humanização da assistência à saúde vem suscitar propostas terapêuticas inseridas no hospital, ampliando a assistência oferecida ao paciente para incluir toda a sua rede de relações (CALDAS, 2003; CARVALHAES, 2007; CHAGAS; GAZANEO, 2005; SANTOS, 2009). A humanização do cuidado também vem sendo inserida em novas propostas de políticas públicas em prol da saúde, como vemos através da EBBS (PENNELLO; LUGARINHO, 2013) e das portarias do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) sobre atenção humanizada em UTIN. Nesses programas, mostra-se a necessidade de uma atenção especializada e multidisciplinar para este tipo de assistência, defendida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; 2012; PENELLO; LUGARINHO, 2013).

Para inserir a prática musicoterápica na concepção de cuidado e humanização hospitalar, recorreremos primeiramente à definição de musicoterapia (BARCELLOS et al, 1996). A musicoterapia designa uma prática terapêutica em grupo ou individual a partir de recursos sonoros (som, ritmo, melodia e/ou harmonia) ou da música propriamente dita, a fim de facilitar e promover a comunicação, a expressão, a relação e a mobilização dos indivíduos inseridos no processo terapêutico, buscando alcançar “necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas” de seus pacientes (BARCELLOS et al, 1996). Dessa maneira, a musicoterapia objetiva desenvolver potenciais para uma “melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento” das pessoas (BARCELLOS et al, 1996). Dentro do campo profissional da musicoterapia, nos deparamos com diversas vertentes teóricas que se aplicam a cada contexto clínico em que são inseridas. Compreendemos que o conceito que melhor se aplica ao atendimento às mães de bebês internados em UTIN é o conceito desenvolvido pelo psiquiatra e musicoterapeuta

argentino Rolando Benenzon (1988) de “identidade sonora”³, aplicado através da técnica musicoterápica da “recriação musical” (BRUSCIA, 2000). Esta técnica mais favorece o nosso objetivo terapêutico (BARCELLOS, 2004; 2007) porque permite às mães entrarem em contato com as canções que fazem parte de sua história de vida, mobilizando seus conteúdos internos.

Profissionais musicoterapeutas podem atuar no ambiente hospitalar como forma de humanização da assistência. Verificamos essa ocorrência em alguns trabalhos publicados. Martha Negreiros de Sampaio Vianna, juntamente com Albelino Carvalhaes e sua equipe (VIANNA et al,2011; VIANNA,2008) realizaram um ensaio clínico randomizado para avaliar o impacto da musicoterapia no aleitamento materno. Lia Rejane Mendes Barcellos, Paula Carvalho e Malu Lafeté supervisionaram o princípio do trabalho de Martha (BARCELLOS, 2004; 2007) – pesquisando as técnicas musicoterápicas que melhor se aplicam a esse contexto clínico. Marly Chagas publicou um trabalho sobre musicoterapia na humanização do atendimento hospitalar no Instituto Nacional do Câncer – INCA (CHAGAS; GAZANEO, 2005).

O cuidado da mãe para um filho requer que haja uma relação corporal entre os dois e a internação do RN em UTIN pode trazer consequências para o corpo dessa mãe, manifestadas sob a forma de couraças. Couraças são manifestações psicocorporais em que o indivíduo se enrijece corporal e emocionalmente, a fim de se fechar para algo ruim que lhe tenha acontecido, como um escudo de proteção. No entanto, ele chega a fechar-se de tal forma que perde a mobilidade para se abrir para as coisas boas que também possam lhe acontecer, perdendo assim a mobilidade para situações mais cotidianas e prazerosas da vida (REICH, 1975; 1998). O indivíduo encoraçado manifesta tensões musculares como consequência das tensões psíquicas por ele vivenciadas. Alexander (2010) percebeu que usar de consciência corporal durante a execução de movimentos específicos – como recitar um texto ou tocar um instrumento – minimiza o surgimento de tensões musculares que beneficiam o indivíduo não apenas naquela prática específica, mas em todas as atividades cotidianas, trazendo qualidade de vida e bem-estar físico e emocional. Portanto, percebemos que desenvolver uma

³Benenzon desenvolveu este conceito a partir de uma adaptação do “Princípio de ISO”, de Ira Altshuler (ALTSHULER, 1944 apud COSTA, 2008a). Assim, Benenzon o modifica, fazendo com que este conceito deixe “de ser apenas uma correspondência entre a música e o estado mental do paciente, passando a abranger todos os aspectos do ser humano como indivíduo e como ser social.. [sic] A palavra ISO deixa de significar igual e torna-se uma sigla, significando Identidade Sonora” (COSTA, 2008, p. 4).

estimulação à consciência corporal dessas mães, a partir do que Alexander (2010) chamou de percepção do “uso de si mesmo”, durante o processo musicoterápico, pode auxiliá-las a dissolverem o que chamamos nesta monografia de as “courageiras na maternagem”.

A relação mãe-bebê é uma relação afetiva com um componente corporal intenso e que para acontecer de maneira satisfatória para ambos e – por que não? – prazerosa, é necessário haver um envolvimento corporal da mãe no cuidado com seu bebê. Por este motivo, consideramos que o investimento na promoção e no cuidado da saúde das mães representa investir na saúde dos filhos, subsequentemente. Com isso, promover a saúde das mães pode ser benéfico, a longo prazo, tanto para as famílias quanto para a sociedade como um todo. Sendo o vínculo mãe-bebê tão importante para o desenvolvimento saudável da criança, no sentido biofísico tanto quanto no sentido psicológico, como afirma Winnicott (1975), verificamos a importância deste estudo por compreendermos que a contribuição da musicoterapia na UTIN que, em geral, apresenta um ambiente desfavorável para a instauração deste vínculo, por ser um lugar estressante para ambos.

Além da importância da humanização da assistência, os órgãos de representação da saúde estão cada vez mais preocupados com a saúde mental como fator de grande influência na saúde pública. De acordo com o relatório da 2ª sessão da Comissão de Especialistas em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS),

O mais importante princípio a longo prazo para o trabalho futuro da OMS, na promoção da saúde mental, em contraste com o tratamento de distúrbios psiquiátricos, é o estímulo à incorporação no trabalho de saúde pública da responsabilidade pela promoção da saúde física e mental da comunidade (In: PENELLO; LUGARINHO, 2013, p. 18).

Apesar de cada vez mais a atuação do profissional musicoterapeuta ser vista nessas políticas de humanização preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a predominância deste profissional se dá na atuação em saúde mental. Pouco se sabe sobre a atuação do musicoterapeuta em hospitais pediátricos.

A maioria dos estudos que abordam musicoterapia em hospitais fala basicamente sobre os benefícios da musicoterapia para alívio de ansiedade e da dor nos pacientes

internados em diversos setores da assistência à saúde infantil – unidades de quimioterapia, pós-operatórios e até mesmo em UTINs. Mesmo os estudos que descrevem atendimentos de musicoterapia em UTI Neonatal são voltados exclusivamente para a assistência ao bebê e não às mães (FARIA et al, 2012). Poucos falam da relevância destes trabalhos voltados às mães das crianças como forma de gerar um benefício à saúde de seus filhos, com a minimização das ansiedades maternas, visando maior acolhimento a essas mães no ambiente hospitalar, podendo consequentemente diminuir o período de internação de seus pequenos filhos.

Nossa pesquisa vem se acrescentar a outros trabalhos já desenvolvidos por musicoterapeutas no campo da saúde materno-infantil, como a pesquisa de Martha Negreiros e Albelino Carvalhaes a respeito do impacto da musicoterapia sobre o aleitamento materno em mães submetidas a sessões de grupo de musicoterapia após o parto (VIANNA et al, 2011).

A inspiração para desenvolver este trabalho veio da minha participação na pesquisa citada de Martha Negreiros Sampaio Vianna, durante meu período de estágio curricular de musicoterapia, à época da graduação. O trabalho de Martha e Albelino na Unidade de Neonatologia da Maternidade Escola da UFRJ foi tão inspirador que o conhecimento adquirido nesta experiência me instigou a aplicá-lo em um grupo de mães de crianças internadas nas UTIs Neonatal e Pediátrica do hospital pediátrico *Prontobaby*, no Rio de Janeiro. Desenvolvi e coordenei este grupo dentro do Centro de Apoio ao Familiar (CAF) do *Prontobaby*, no período de meados de 2010 a meados de 2012. Vislumbro com esta pesquisa disseminar a prática musicoterápica em UTIN, para que cada vez mais pessoas – incluindo outros profissionais de saúde, gestores hospitalares e mães – venham a conhecer e a se apaixonar por este belo e eficiente trabalho.

O objetivo geral deste trabalho é estudar como a musicoterapia pode realizar uma intervenção precoce atuando com mães de bebês internados em UTI Neonatal, a partir da minimização do estresse da mãe através da música e da mobilização corporal das mães, para a promoção da saúde de mães e bebês.

Desenvolvemos uma revisão teórica acerca dos temas: “maternagem”, “musicoterapia”, “corpo”, “UTI Neonatal”, “cuidado e humanização em UTIN” e “intervenção precoce”, em livros especializados, em ANAIS e em artigos e pesquisas publicados em diversas bases de dados – dentre elas, Minerva e *Scielo*. Procuramos

articular os temas pesquisados às ideias defendidas por pesquisadores que já abordaram a questão da humanização hospitalar em UTIN e a assistência às mães, a fim de refletir sobre as condições que se apresentam à mãe cujo filho recém-nascido (RN) se encontra em UTI Neonatal (UTIN).

Desta maneira, no capítulo 2 fazemos uma correlação entre a musicoterapia e o corpo. Primeiro, apresentamos uma introdução à musicoterapia, sua definição e principais teorias relevantes para o nosso estudo; estudamos a relação terapeuta-paciente através do fazer musical e a importância de abrir canais de comunicação com a utilização de músicas que fazem parte do “universo sonoro” (BENENZON, 1988) do paciente para o estabelecimento do vínculo terapeuta-paciente e, assim, buscar os objetivos do processo terapêutico. Em seguida, temos uma breve compreensão de encorajamento, segundo a teoria de Reich (1975; 1998), para podermos articular a compreensão psicocorporal de um corpo emocionalmente tenso com a prática musical que é, por si só, uma prática de expressão emocional.

No capítulo 3, é apresentada a discussão sobre promoção de saúde em UTI Neonatal. Essa discussão é dividida em três linhas de raciocínio que se costuram. Tomamos de início a compreensão do conceito de “maternagem” (Winnicott, 1975), que retrata a importância do vínculo mãe-bebê para o desenvolvimento saudável física e psicologicamente do bebê. Com isso, passamos a pensar como a UTI Neonatal é um ambiente que favorece o surgimento do que aqui chamamos de *courças na maternagem*. Percebemos então a necessidade de uma intervenção precoce com as mães dos bebês internados em UTIN para aliviar as *courças na maternagem* durante a internação, a partir das novas propostas do Ministério da Saúde (MS) que vislumbram a saúde mental como um importante aliado da saúde pública para promoção de saúde de crianças e de mulheres.

No capítulo 4, apresentamos alguns trabalhos de musicoterapia desenvolvidos na clínica hospitalar em UTI Neonatal no Brasil, em especial no Rio de Janeiro, para demonstrar de que forma a atuação do profissional musicoterapeuta pode contribuir para a humanização da assistência, como parte integrante das equipes multiprofissionais de saúde. O musicoterapeuta é um profissional de saúde e, em nosso estudo, ele vem oferecer um cuidado a quem cuida: a mãe e a rede familiar e social do bebê, que também está afetada. Dessa maneira, entendemos como a música, os sons e o fazer

musical podem ser representativos desse cuidado oferecido por musicoterapeutas às mães que, por sua vez, transmitirão aos seus bebês, enquanto acompanham a internação hospitalar e esperamos, para além da alta, ao longo da vida em família, no lar. Veremos que o cuidado é importante não apenas para garantir a sobrevivência do RN, mas também para fortalecer o vínculo mãe-bebê a partir de demonstrações de afeto.

Há diversas formas de demonstrar o afeto que se sente por um ente querido, sendo muitas delas corporais. No entanto, a tensão física e emocional, manifestada pela existência de coraças na maternagem, é um fator altamente limitante para esta demonstração de afeto. Por este motivo, finalizaremos nosso trabalho apresentando propostas de como a musicoterapia pode atuar – através do trabalho de consciência corporal durante o fazer musical no *setting* musicoterápico – no trabalho com a couraça na maternagem em UTIN.

2. MUSICOTERAPIA E CORPO

2. 1. Musicoterapia

No livro “Definindo Musicoterapia”, o musicoterapeuta Kenneth Bruscia (2000) apresenta uma série de definições da musicoterapia, segundo diversos autores e associações de musicoterapia ao redor do mundo. Dentre elas, destacamos aqui a definição da Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia – WFMT – (BARCELLOS et al, 1996), que fora utilizada por muitos anos pela WFMT e é a definição adotada pela Associação de Musicoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AMTRJ) e pela União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM):

Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento (BARCELLOS et al, 1996).

No Brasil, o musicoterapeuta qualificado é aquele que possui diploma de musicoterapeuta reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) em nível de graduação ou de pós-graduação. Com isto, pode atuar em diversos setores sociais, da saúde, em educação especial e em reabilitação. No Brasil, o primeiro curso de graduação em musicoterapia foi criado na década de 1970 no Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro, por Cecília Conde, Liddy Mignone e Dóris Hoyer de Carvalho (COSTA, 2008b).

Para abarcar situações tão diversas e abrangentes, os musicoterapeutas fazem uso de teorias e técnicas que vêm fundamentar sua abordagem clínica. Um dos principais aspectos teóricos da musicoterapia é o conceito de Identidade Sonora de Benenzon (1988), embasado no *Princípio de ISO* de Altshuler (ALTSHULER, 1944, apud COSTA, 2008a). A etimologia da palavra “iso” tem origem grega e significa “igual”

(BENENZON, 1988, p. 33). O musicoterapeuta argentino Rolando Benenzon esclarece a importância do *Princípio de ISO* por ser uma técnica não-verbal, logo, que permite ao musicoterapeuta estabelecer um contato ou um canal de comunicação com outro ser (através da identificação da *identidade sonora*, ou do *universo sonoro* do paciente), pois, segundo a definição do Princípio de ISO de Altshuler, “para produzir um canal de comunicação entre um terapeuta e seu paciente é necessário que coincidam o tempo mental do paciente com o tempo sonoro-musical expresso pelo terapeuta” (BENENZON, 1988, p. 34). Ele mostra que uma das formas de abrir canais de comunicação ocorre a partir do processo de imitação do outro. Temos como exemplo deste processo tanto bebês que imitam o som da voz da mãe para desenvolver sua linguagem como a mãe que imita a voz do bebê (aguda e anasalada) para se comunicar com ele numa etapa pré-verbal do desenvolvimento da criança.

O objetivo primário do *setting* terapêutico em musicoterapia, para Barcellos (1999) e Benenzon (1988), é o estabelecimento da abertura de canais de comunicação entre terapeuta e paciente para poder intervir em prol dos outros objetivos terapêuticos. Na musicoterapia, esses canais são estabelecidos através do contato com o ISO do paciente, conforme mencionado, pois o princípio da comunicação para o estabelecimento da relação requer identificação: se ambos “falam a mesma língua”, podem se comunicar, ainda que seja uma comunicação não-verbal. Assim, uma vez reconhecida esta *identidade sonora* do paciente (BENENZON, 1988), o musicoterapeuta busca entrar em contato com ela através de canções ou apenas de recursos tímbricos de determinados instrumentos que, de alguma forma, façam parte da história sonora deste paciente. No decorrer do processo terapêutico, o musicoterapeuta pode então fazer intervenções sonoro-musicais que venham apresentar um novo “vocabulário musical”, sem perder a identidade reconhecida inicialmente. Muitas vezes, esse novo vocabulário é trazido pelos próprios pacientes, o que é analisado como uma evolução, do ponto de vista musicoterápico.

Winnicott (1975) percebeu que os bebês criam um “objeto transicional” como parte de sua “jornada de progresso no sentido da experimentação” (p. 19), da exploração deste novo e imenso mundo que o cerca e que dele conhece, por enquanto, apenas o seio da mãe. Assim, o “objeto transicional” permite ao bebê estabelecer um meio de comunicação com este mundo a ser explorado e experimentado. Benenzon (1988) compreende que no processo musicoterápico este fenômeno pode se reproduzir de

maneira semelhante, a partir da experimentação dos instrumentos no *setting*, ao que ele chamou de *objeto intermediário*. A compreensão de Benenzon (1988) sobre o conceito de *objeto intermediário*, segundo ele mesmo, aproxima-se da concepção de *objeto transicional* de Winnicott na medida em que é possível perceber a estreita relação entre o *objeto intermediário* e a abertura de canais de comunicação entre terapeuta e paciente, a saber:

O conceito de objeto intermediário está ligado intimamente ao do princípio de ISO. O objeto intermediário é um instrumento de comunicação capaz de criar canais de comunicação extrapsíquicos ou de fluidificar aqueles que se encontram rígidos ou estereotipados (BENZON, 1988, p. 47).

Benenzon explica que o *objeto transicional* estudado por Winnicott (1975) faz parte de uma relação objetal afetuosa que a criança estabelece com o mesmo, a partir de sua capacidade de reconhecer um “não-eu” no objeto e de outras identificações e reconhecimentos que a criança é capaz de fazer sobre o objeto, como sua posição – dentro, fora, no limite – e o que mais ela puder criar, imaginar, inventar, originar ou produzir num objeto (BENZON, 1988).

Na concepção de Benenzon (1988), o objeto intermediário inclui uma série de objetos transicionais, sendo também um objeto primário de comunicação. Logo, “o objeto intermediário é um instrumento de comunicação que permite atuar terapêuticamente sobre o paciente, sem desencadear estados de alarme intensos” (BENZON, 1988, p. 48). Todo músico acaba usando seu instrumento como objeto intermediário entre o mundo externo e a subjetividade intrínseca na arte, porque, segundo Sachs (1940), o instrumento é uma extensão do próprio corpo.

O instrumento musical tem a emissão sonora que o caracteriza, que lhe é própria, peculiar e independente do terapeuta. (...) um instrumento musical colocado entre o paciente e o musicoterapeuta tem uma identidade própria e uma situação vital. O instrumento, se é tocado por qualquer um dos dois, imediatamente revelará sua identidade sonora; e, ainda que não seja tocado por nenhum dos dois, entrará em vibração facilmente, a qualquer emissão sonora ou de movimento de ambos (BENZON, 1988, p. 54-55).

Verificamos, portanto, a importância dos instrumentos atuarem como objetos intermediários no processo musicoterápico, conforme afirma Benenzon:

Fica claro que um objeto intermediário, que permita reestabelecer esses sons [primitivos, arquetípicos] e sua possibilidade de produzi-los, tem grande valor vincular, sempre e quando não estiver bloqueado pelas interferências de um prejuízo musical estético (BENENZON, 1988, p. 54).

Assim como Winnicott (1975) faz um paralelo entre objetos transicionais e fenômenos transicionais, Benenzon (1988) propõe um paralelo entre objeto intermediário e objeto integrador. “Objeto integrador é o instrumento de comunicação terapêutica, que envolve a relação vincular de mais de duas pessoas entre si” (BENENZON, 1988, p. 58), por isso, seu uso num grupo terapêutico é tão importante; “(...) O objeto integrador resume com maior força as energias do ISO Grupal⁴” (BENENZON, 1988, p. 58). Por sua vez, a voz – instrumento mais democrático do mundo – acaba ocupando o papel de instrumento integrador.

Cantar em conjunto, achar os intervalos musicais que falem como linguagem, afinar as vozes significa entrar em acordo profundo e não visível sobre a intimidade da matéria, produzindo ritualmente, contra todo o ruído do mundo, um som constante (um único som musical afinado diminui o grau de incerteza no universo, porque insemina nele um princípio de ordem) (ATTALI, 1977, *apud* WISNIK, 2002, p. 27).

Há diversos conceitos de musicoterapia desenvolvidos por pesquisadores musicoterapeutas ao redor do mundo. Estes métodos, no entanto, se aplicam a determinado contexto clínico e cultural no qual estes profissionais estão inseridos. Barcellos (2004; 2007) buscou entender qual seria o recurso musicoterápico mais adequado para o nosso público alvo – mães de bebês internados em UTI Neonatal – e concluiu que a recriação de músicas populares e de acalantos auxilia este processo terapêutico na medida em que traz um conforto pela previsibilidade das canções. Decorreremos mais profundamente sobre este assunto no subcapítulo 3.2, “Musicoterapia no trabalho com a couraça na maternagem em UTI Neonatal”. Todavia, reiteramos às considerações de Barcellos (2004; 2007) a aplicação do conceito de “identidade sonora” de Benenzon (1988), por entendermos que estas mães só permitem abrir-se ao processo terapêutico na medida em que forem abertos canais de

⁴ “O ISO Grupal é a identidade sonora de um grupo humano, produto das afinidades musicais latentes, desenvolvidas em cada um dos seus membros” (BENENZON, 1988, p. 36).

comunicação, que na musicoterapia ocorrem através das canções de suas identidades sonoras. Compreendemos que as mães carecem deste conforto trazido pela previsibilidade das canções de seu universo sonoro, uma vez que o ambiente de uma UTI Neonatal é um ambiente tenso e imprevisível para os pacientes e seus acompanhantes, na medida em que a garantia de saúde e sobrevivência dos bebês internados escapa às competências da mãe, ficando principalmente à mercê da competência médica da equipe que provém a assistência a seu recém-nascido.

2.2. Compreensão psicocorporal do encouraçamento

Em suas pesquisas sobre as funções vegetativas do corpo e a psique, Reich (1998) descobriu o que ele chamou de “economia sexual”, que “tem origem na necessidade prática de restabelecer a liberdade de movimento vegetativo do paciente” (REICH, 1998, p. 313). Compreende que a saúde ou adoecimento, tanto mental quanto corporal, se dá de acordo com a maneira como cada pessoa vivencia a sua energia sexual. A dificuldade em lidar com os instintos ou frustrações sexuais (angústias) dentro da nossa sociedade devido à repressão e a tabus cria bloqueios energéticos no corpo, formando pontos ou áreas de tensão, chamados de “couraças”. Estas aparecem de duas formas mutuamente relacionadas, como “couraça emocional” ou como “couraça muscular”, e “se manifestam com atitudes musculares crônicas e fixas” (REICH, 1998, p. 313).

A compreensão reichiana se baseia na formação do caráter, fruto da interação entre a pulsão e o medo de castigo:

De acordo com o ponto de vista econômico-sexual, o ego assume uma forma definida a partir do conflito entre a pulsão (essencialmente necessidade libidinal) e o medo de castigo. Para conseguir realizar a restrição das pulsões exigida pelo mundo moderno e ser capaz de lidar com a estase de energia que resulta dessa inibição, o ego tem de passar por uma alteração. (...) O ego, isto é, a parte do indivíduo exposta ao perigo, torna-se rígido quando está continuamente sujeito ao mesmo conflito, ou a conflitos semelhantes, entre a necessidade e o mundo externo gerador de medo (REICH, 1998, p. 314).

Nesta compreensão, caráter é “a forma do indivíduo agir e reagir perante todas as situações que o mundo lhe impõe” (VOLPI, J.; VOLPI, S., 2008, p. 126).

Quando uma pessoa está constantemente exposta ao medo, seu caráter se enrijece, formando uma “concha dura”, “destinada a desviar e a enfraquecer os golpes do mundo externo” (REICH, 1998, p. 314), compreendendo a “couraça de caráter”, ou “couraça emocional”. Portanto, da mesma forma em que a couraça serve para proteger o indivíduo de ameaças externas, tornando-o “menos sensível ao desprazer”, ela o prende, o imobiliza, restringe a motilidade agressiva e libidinal, “reduzindo assim [sua] capacidade de realização e de prazer” (REICH, 1998, p. 314).

Reich compreende ainda uma relação análoga entre a couraça emocional e a inibição da agressividade inerente ao animal humano, inibição essa devido à sua inserção na cultura, gerando um aumento no tônus, uma rigidez na musculatura das extremidades e do tronco (REICH, 1998, p. 314), que por sua vez se torna “couraça muscular”. Ele ressalta que conseguir uma alteração nesse tipo de tensão muscular é uma tarefa difícil para terapeutas corporais, por notar uma “identidade funcional entre couraça do caráter e hipertonia ou rigidez muscular” (REICH, 1998, p. 315). Assim, no momento em que o paciente submetido ao processo vegetoterápico⁵ consegue liberar a energia bloqueada por suas couraças, ele se sente subitamente aliviado, alívio este muito semelhante à satisfação sexual. Por consequência, “toda recordação do conteúdo de uma idéia [sic] recalcada produz também um alívio psíquico” (mas não uma cura), “produzido por uma descarga de energia psíquica previamente ligada” (REICH, 1998, p. 315). Sendo a tensão psíquica e o relaxamento estados biofísicos, eles não podem existir sem uma representação somática. Ambos representam uma identidade real: “a unidade da função psíquica e somática” (REICH, 1998, p. 315).

Reich (1998) concluiu a partir de suas observações e do desenvolvimento de sua técnica de vegetoterapia que

hipertonia muscular crônica representa uma inibição do fluxo de toda forma de excitação (prazer, angústia, raiva) ou, pelo menos, uma redução significativa da corrente vegetativa. É como se a inibição das funções vitais (libido, angústia, agressão) fosse realizada através da formação de uma couraça muscular ao redor do núcleo biológico. Se a formação do caráter tem uma relação tão íntima com o tônus

⁵ “Vegetoterapia” foi o nome designado por Reich em 1935 para o tratamento das manifestações psíquicas nas alterações das funções vegetativas do organismo, ou seja, para o tratamento das couraças. (1998, p. 329).

muscular, podemos supor que há uma identidade funcional entre o caráter neurótico e a distonia muscular (p. 319).

Resumindo, o indivíduo encouraçado é aquele que desenvolve uma “capacidade de se fechar contra o desprazer e de evitar a angústia mediante um enrijecimento” (REICH, 1998, p. 321) corporal e / ou psíquico. Como consequência da couraça, a excitação e a capacidade de prazer são afetadas negativamente. Aquele trabalho costumeiramente prazeroso e sem esforço “passa a ser substituído por uma atividade mecânica e sem prazer” (REICH, 1998, p. 321). Se pensarmos que o cuidado materno pode ser considerado como um trabalho realizado pela mãe – ou como foi realizado por séculos pelas amas-de-leite, segundo a pesquisa de Badinter (1985) – podemos entender que pode se formar uma couraça da maternagem, caso seja um trabalho repetitivo e sem prazer e se tornar um fenômeno prejudicial à relação mãe-bebê e, conseqüentemente, ao desenvolvimento saudável da psique do recém-nascido.

2.3. Corpo e expressão musical

Música é uma forma de manifestar a emoção e os conteúdos internos daquele que faz música – compondo e/ou tocando – através dos caminhos percorridos entre as notas da melodia, da harmonia e do ritmo, ainda que a música seja instrumental, sem letra cantada para verbalizar os sentimentos expostos. Podemos entender emoção numa perspectiva biofísica, assim como Reich (1998) a entende:

Definida literalmente, a palavra “emoção” significa “movimento para fora” ou “expulsão”. (...) *devemos* usá-la no sentido literal para nos referirmos a sensações e movimentos. (...) emoção não é mais que um movimento plasmático. Estímulos agradáveis provocam uma “emoção” do protoplasma, do centro para a periferia. Por outro lado, estímulos desagradáveis provocam uma “emoção” ou, mais corretamente, “remoção” do protoplasma da periferia para o centro do organismo. Essas duas direções fundamentais da corrente plasmática biofísica correspondem aos dois afetos básicos do aparelho psíquico – prazer e angústia. (p. 330).

Portanto, nesta compreensão de Reich, o movimento físico e sua sensação correspondente são idênticos, inseparáveis e inconcebíveis (REICH, 1998, p. 330),

ainda que inconscientes. Aqui, Reich explicou sobre a importância da relação entre movimento e emoções dentro de um sistema celular, ou seja, sobre um movimento natural de todo organismo celular, presente também na expressão dos seres humanos, já que “*o organismo vivo se expressa em movimentos*” (REICH, 1998, p. 332). A música faz parte deste processo expressivo humano. O movimento do ato de tocar instrumentos musicais e de cantar em musicoterapia, durante a execução musical, pode vir a aliviar as tensões – por sua vez, limitações do movimento do fluxo energético natural – provocadas pelas couraças na maternagem, uma vez que a música passa a ser uma forma da expressão emocional das mães de bebês internados em UTIN, isto é, a linguagem musical produz subjetividade.

A utilização de sons em terapia favorece o encontro de um certo equilíbrio dessas mães para que possam exercer a maternagem com conforto emocional, pois “as vibrações sonoras nos afetam por inteiro; todo o nosso ser é um instrumento de ressonância” (FREGTMAN, 1986, p. 50). Nossa audição ocorre através do nosso corpo inteiro: “físico, o psíquico e o mental são influenciados conjuntamente pela energia transmitida pelas vibrações mecânicas das ondas sonoras e pelo conteúdo simbólico das formas musicais” (ZIPPINOTTI; PIRES, 1998, p. 9).

No entanto, precisamos considerar a vitalidade e o encorajamento que uma mãe pode estar experimentando pela internação de um filho, já que:

A expressão total do organismo encorajado é de *retenção(...): o corpo expressa que está retendo*. Ombros puxados para trás, peito para fora, queixo rígido, respiração superficial e contida, acentuação da lordose lombar, pelve retraída e 'imóvel', pernas 'sem expressão' ou rigidamente esticadas constituem as atitudes e mecanismos essenciais da contenção total (REICH, 1998, p. 336).

Reich (1998) lista uma série de fenômenos que se manifestam no corpo do indivíduo encorajado, dentre eles:

voz inexpressiva, lânguida ou muito aguda; tensão no lábio superior ao falar; expressão facial imóvel ou semelhante a uma máscara; indícios, mesmo ligeiros, da chamada “cara de bebê”; ruga imperceptível na testa; pálpebras caídas; tensões no couro cabeludo; hipersensibilidade oculta e despercebida na laringe; maneira de fala apressada, abrupta, forçada; respiração defeituosa; ruídos ou movimentos, ao falar, que parecem ser apenas acidentais; certa maneira de inclinar a cabeça, sacudi-la e baixá-la ao olhar etc. (p. 317).

Se o indivíduo estiver encoraçado, não conseguirá tocar um instrumento com uma qualidade estética mínima, devido às tensões e conseqüentes limitações de movimentos do seu corpo. Ao tocar um instrumento nestas condições, muito provavelmente o resultado será ruim: som ruim e dor ao tocar, principalmente se o instrumento tocado for de sopro / voz, pois além de boa postura, a pessoa necessita que a respiração esteja fluindo livremente para produzir o som do instrumento. No indivíduo encoraçado, os movimentos do diafragma são muito limitados (REICH, 1998, p. 337).

Stanislávski⁶ “reconheceu a tensão física como inimigo da expressão artística” (OLSEN, 2004, p. 26). Olsen (2004) afirma que a tensão pode impedir o acesso ao inconsciente, especialmente se essa expressão é dada através da voz, pois “o excesso de tensão reduz a flexibilidade e a extensão vocal” (OLSEN, 2004, p. 26).

A terapeuta corporal Carmen Renee Berry (2003) compreende que os exercícios de relaxamento favorecem a liberação de pontos de tensão existentes no corpo, permitindo que o paciente obtenha movimentos corporais e respiração mais fluidos. Ela considera, no entanto, que para a energia corporal do paciente fluir livremente, ele necessita adquirir consciência de seu próprio corpo, a fim de evitar que os padrões corporais que se desviaram ressurgam. Alexander (2010) também defende este argumento, ao desenvolver sua técnica⁷ de consciência corporal, no que ele acredita ser uma “reeducação” do “uso de si mesmo” (ALEXANDER, 2010). Ele observou que as pessoas desenvolvem padrões errados de uso do próprio corpo e que esses usos tendem a atrofiar a musculatura e os movimentos das pessoas conforme elas vão desenvolvendo reações instintivas e inconscientes aos estímulos diversos que surgem ao longo da vida. Desta maneira, Alexander afirma que o uso consciente do próprio corpo e dos movimentos minimiza as tensões pré-existentes e previne o surgimento de novas tensões e novos bloqueios.

Os sentimentos que foram rejeitados pelos outros permanecem bloqueados para nós e nossos relacionamentos. Ao prestar atenção ao seu corpo e compartilhar os sentimentos que você experimenta durante a sessão, o seu terapeuta (...) pode ajudá-lo a corrigir os danos causados na infância, na primeira infância⁸ e em outras fases da vida. (...) Exercícios de respiração ajudam um pouco, mas [isolados] não fazem nada para reduzir a tensão e restaurar o padrão respiratório natural. É preciso entender esses padrões de respiração natural e saber por que eles se desorganizam; é

⁶ Considerado o “pai” do teatro ocidental contemporâneo.

⁷ A Técnica de Alexander é amplamente conhecida e utilizada por profissionais das áreas de música, dança e teatro no mundo inteiro.

⁸ Compreende-se como primeira infância o período de 0 a 6 anos de idade.

preciso aprender como liberar tensões que desviaram o padrão respiratório do seu natural (BERRY, 2003, p. 225).

A consciência corporal durante ato de tocar um instrumento e / ou cantar, facilita portanto o alívio da manifestação dos fenômenos que ocorrem no indivíduo encoraçado, por prevenir o desenvolvimento de tensões já conhecidas daquele que toca ou canta. Logo, é preciso estar relaxado para poder produzir um som minimamente agradável. Alexander (2010) dá exemplos muito claros de como a laringe tensa pode tornar o timbre vocal “esganiçado” e provocar dor no cantor que tentar cantar assim. Da mesma forma, ao relaxar a postura de maneira consciente, o som da voz transforma-se quase que por “milagre”, de modo que qualquer pessoa que aprenda um pouco de técnica pode cantar bem.

O corpo está intimamente conectado ao ato de tocar um instrumento. Quando se trata da voz, ainda mais, por ser o som produzido internamente no corpo, e não através de um objeto para ressoar. Em muitos atendimentos de grupo de musicoterapia é possível testemunhar um certo acanhamento dos participantes em manipular os instrumentos musicais, por julgarem “não saber” ou “não conseguir” tocar. O canto, porém, ainda que não seja assumido como domínio do paciente, surge quase que espontânea e inconscientemente.

O cantar implica mover, de uma só vez, a garganta, a nuca e o diafragma. A experiência energética do cantar facilita a integração entre o fluxo da cabeça, dos órgãos internos do corpo e da coluna, braços e pernas. Cantar ajuda a juntar a ação, emoção e pensamento, facilitando o contato direto com as sensações físicas, com os sentidos e com a mais profunda sensação de ser o que se é (CHAGAS, 1997, p. 23, 24).

Como podemos ver, o movimento cantar não é um movimento exclusivo da garganta, como muitos podem pensar, mas se trata de um movimento do corpo inteiro. Se portanto, ao cantar, a pessoa tiver consciência das partes do corpo que são envolvidas para a realização deste movimento (desde a posição dos pés até a nuca), ela passará a ter uma percepção de si mesma que a permitirá evitar a formação de pontos de tensão (KOATZ, 2007). Essa consciência atrelada à liberação de pontos de tensão no corpo permite que

a energia vibratória oriunda do som das cordas vocais circule pelo corpo inteiro,

transformando-o numa caixa de ressonância que promoverá uma facilitação da expressão vocal. Essa facilitação se dá tanto pela ausência de tensão quanto pelo crescimento do volume advindo dessa caixa de ressonância. Na realidade, esta prática pode ser exercida durante a execução de qualquer instrumento musical, mas é favorecida durante o ato de cantar e de tocar instrumentos de sopro por permitirem que o corpo seja parte integrante dessa caixa de ressonância, diferente do que acontece, por exemplo, com instrumentos de cordas. O musicoterapeuta deve saber guiar essa orientação corporal a fim de promover a expressão de suas pacientes (KOATZ, 2007, p. 31-32).

Para Reich (1998), “o inconsciente é o reservatório de excitações vegetativas recalçadas, isto é, de excitações que não podem ser descarregadas e fluir livremente” (p. 323); se liberá-las através da musicoterapia, portanto, o recalque pode ser desfeito pelo caráter lúdico de se tocar um instrumento. Reich considera que o paciente em terapia corporal não precisa compreender a terminologia fisiológica do processo, pois isso apenas “faria sentido para o intelecto do paciente, mas não lhe permitiria efetuar nenhuma alteração em seu estado” (REICH, 1998, p. 335). Também para F. M. Alexander (2010), falar sobre o estado corporal de uma pessoa que não sabe o que fazer com o próprio corpo não a ajuda a resolver seu problema. Alexander parte do princípio que a sucessão de exercícios de relaxamento, orientados por um profissional que tenha este olhar sobre o corpo, permite que a pessoa construa gradativamente a percepção de seu próprio corpo, a fim de não precisar mais das orientações do profissional no futuro, seja este um professor de música ou, no caso de nosso estudo, um terapeuta corporal.

3. PROMOÇÃO DE SAÚDE EM UTI NEONATAL

O objetivo deste capítulo é articular as ideias de Wilhelm Reich sobre as couraças com as vivências traumáticas das mães de recém-nascidos (RNs) em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs). Para compreendermos melhor o que estamos chamando de “couraça da maternagem”, passamos a discutir a maternidade e a experiência materna dentro de uma UTI Neonatal, ressaltando a importância da maternagem no desenvolvimento do bebê e como ela ocorre no decorrer da internação do(a) filho(a).

Para abarcar a promoção de saúde, devemos primeiramente esclarecer o conceito de “cuidado” que compete ao nosso estudo. Ao implantar a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) ao Programa de Atenção à Saúde da Família, Ana Carolina Vieira e Larissa Mendes (VIEIRA; MENDES, 2013, p. 231) recorreram aos estudos do teólogo Leonardo Boff sobre a etiologia do cuidado, do latim “cura”: Cura queria expressar a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada” (VIEIRA; MENDES, 2013, p. 231). Outro sentido etiológico para a palavra cura reside em cogitar: “cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo e até de preocupação pelo outro” (VIEIRA; MENDES, 2013, p. 231). Segundo o teólogo Leonardo Boff (BOFF, 2012 apud PENELLO, 2013), cuidado “é a vivência da relação entre a necessidade de ser cuidado e a vontade e a predisposição de cuidar, criando um conjunto de apoios e proteções (holding)” (BOFF, 2012 apud PENELLO, 2013, p. 31).

Tendo esclarecido nossa compreensão de cuidado, veremos como o cuidado está diretamente relacionado à maternagem, às couraças e à intervenção precoce.

3.1. Compreendendo a maternagem

A sociedade brasileira atual veio moldando desde os últimos séculos a concepção de que a mulher é um ser mais dotado de sensibilidade e, por isso, é predestinada a ser mãe, por ter a sensibilidade inata para cuidar dos filhos. A história da visão de papel feminino no Brasil colônia mostra claramente esta crença, como descreve a autora Mary Del Priore (2007):

Na tentativa de isolar os fins aos quais a natureza feminina deveria obedecer, os médicos reforçavam tão-somente a ideia de que o estatuto biológico da mulher (parir e procriar) estaria ligado a um outro, moral e metafísico: ser mãe, frágil e submissa, ter bons sentimentos etc. Convém notar que a valorização da *madre*[útero] como órgão reprodutor levava a uma valorização da sexualidade feminina, mas não no sentido da sua realização e sim no de sua disciplina. Pensava-se que, ao contrariar sua função reprodutiva, a *madre* lançava a mulher numa cadeia de enfermidades, que iam da melancolia e da loucura até a ninfomania (p. 82-83).

Esta citação aponta para alguns dos diversos papéis associados ao feminino, que já existiam desde o período colonial: ser mãe, frágil, submissa e ter bons sentimentos.

Por outro lado, Elisabeth Badinter (1985) nos mostra, a partir de uma pesquisa com dados históricos sobre a densidade demográfica na França ao longo dos séculos XVII a XIX, que o amor materno não é uma característica inata à condição de mulher. Esta ideologia veio sendo construída ao longo do desenvolvimento da sociedade moderna, de forma a garantir uma maior sobrevivência aos recém-nascidos a partir dos cuidados oferecidos pelas mães, cuidados estes cujas responsabilidades eram frequentemente transferidas a amas-de-leite ao longo da história da sociedade ocidental. Mesmo após ter conquistado o “status” de mãe, atualmente esta concepção vem sendo confrontada pela jornada diária da mulher, que passou a acumular diversos papéis e a ter de se dividir entre eles para manter-se tanto ativa no mercado de trabalho, quanto feminina, dona-de-casa e boa mãe. Apesar de poderem “dar conta do recado” de um modo geral, não raro estes conflitos vêm flagelar emocionalmente aquelas mulheres que se deparam com a internação de um filho em UTI.

Como ser frágil e submissa e ao mesmo tempo trabalhar fora e ser responsável por suas próprias finanças? Como ser mãe e boa cuidadora se é preciso estar fora de casa longe do filho para trabalhar? São esses os paradoxos que constituem a mulher brasileira contemporânea, a atual mãe e cuidadora, provedora de saúde dos nossos futuros cidadãos (ROCHA-COUTINHO, 1998; 2003). No entanto, apesar dos avanços feministas pela conquista do trabalho assalariado pelas mulheres, isso não representou independência financeira nem estabilidade. Muitas mulheres de diferentes países também passaram a viver a maternidade como um prejuízo à vida profissional (GERSON, 2002).

As mulheres tinham seu valor como “rainhas do lar”, mas ao buscar independência financeira, a maternidade passou a competir com o trabalho remunerado

(CARVALHO, 2007). “Cuidar dos filhos continuou sendo uma atividade da vida privada e mais ainda desvalorizada, pois passou a significar um impedimento para o crescimento pessoal no mercado de trabalho” (CARVALHO; KOATZ, 2009, p.3).

A psicanalista Maria Rita Kehl (1996), após análise de alguns casos clínicos que acompanhou, obteve “a impressão de uma espécie de incompatibilidade entre o espaço doméstico e a feminilidade, entre a maternidade e a sexualidade, pelo menos no sentido estrito do que Freud considera a sexualidade da mulher adulta: heterossexual e vaginal” (p. 64).

Kehl nos faz refletir sobre o espaço doméstico e o cuidado dos filhos, utilizando estritamente o termo “doméstico” como sendo “casa com filhos”,

já que são os filhos que ‘atam’ a mulher ao lar e determinam algumas exigências (práticas mas também libidinais), algumas limitações (idem, idem), alguns papéis sem os quais nos parece impossível pensar ‘o’ feminino (KEHL, 1996, p.55).

Se a libertação feminina significa uma libertação do espaço doméstico, em se tratando da conquista do mercado de trabalho, devemos refletir sobre o cuidado dos filhos numa compreensão de que isso também é um trabalho doméstico. Nos diversos estudos que envolvem a diversidade de gênero, o trabalho doméstico é compreendido como uma divisão social do trabalho, onde o cuidado dos filhos se insere como um trabalho reprodutivo (CARVALHO, 2007).

Compreendemos que o “trabalho de cuidado pode ser um fator encorajador de mulheres angustiadas, sentindo-se aprisionadas ao cuidar de seus filhos” (CARVALHO; KOATZ, 2009, p. 7) e podemos constatar este fator encorajador nos relatos mencionados por Maria Rita Kehl (1996) a respeito dos casos clínicos de quatro mulheres diferentes que viviam para seus filhos sem a necessidade de um homem ao lado. “O trabalho de cuidado dos filhos tem uma representação desvalorizada comparada ao trabalho remunerado dos homens, que remonta às origens do capitalismo na história da Europa”(CARVALHO; KOATZ, 2009, p. 3). Engels (ENGELS, s/d, apud CARVALHO, 2007) acredita que a desvalorização do trabalho doméstico – e por sua vez do cuidado, ao nosso entender – é um fenômeno consequente ao capitalismo, uma vez que o interesse maior circula na acumulação de bens, sendo esta uma responsabilidade do homem, que cumpre seu papel social de provedor, reduzindo a mulher e os filhos à sua subordinação.

Se, portanto, o cuidado dos filhos é considerado um trabalho doméstico, podemos entender o significado da palavra “maternidade” tratando apenas da condição de se ter filhos, não necessariamente da forma de criá-los, que vai depender do entorno sociocultural de cada mãe e do afeto depositado neles na construção do vínculo mãe-bebê, ou seja, na constituição do exercício da maternagem.

Na compreensão de Winnicott (1975), a mãe suficientemente boa é aquela que oferece o carinho, atenção e cuidados básicos de que o bebê necessita na medida em que necessita e pelo tempo que necessita, exercendo assim a maternagem. Para este pediatra e psicanalista, o excesso ou desprovimento dessas necessidades pode vir a causar um desequilíbrio no desenvolvimento do bebê, tal como atraso psicomotor ou até mesmo transtornos emocionais a longo prazo, que podem marcar por toda a vida desta criança. Para ele, uma das funções da mãe suficientemente boa é apresentar o objeto transicional para seu bebê, como uma maneira de auxiliar com que ele se sinta tranquilo durante a ausência da mãe. Gradativamente, também é função da mãe suficientemente boa desiludir seu bebê, permitindo uma transição entre o objeto transicional e o mundo externo. Winnicott (1975) ressalta que para que a maternagem seja “suficientemente boa”, mãe e bebê precisam se adaptar ao momento de se “abrir mão” do objeto transicional e que “essa adaptação ativa exige uma preocupação fácil e sem ressentimentos (...) o êxito no cuidado infantil depende da devoção e não de ‘jeito’ ou esclarecimento intelectual” (WINNICOTT, 1975, p. 25). Esta declaração nos esclarece que nenhuma mãe é perfeita, por isso ele usa o termo “suficientemente boa”. Não há receita para acertar em todas as condições da criação dos filhos, mas independente dessas condições, a mãe que oferecer carinho e atenção a seus filhos terá mais probabilidade de sucesso em sua maternagem do que aquela que oferecer apenas o básico em cuidados de saúde e alimentação. No entanto, esse “investimento”, por assim dizer, de atenção e de carinho não se restringe ao período da primeira infância, mas perdura por todo o desenvolvimento dos filhos. Winnicott destaca ainda que “para um bebê ou criança pequena, uma família pobre pode ser mais segura e ‘melhor’ como meio ambiente facilitante do que uma família numa casa encantadora, onde haja ausência das perseguições comuns” (WINNICOTT, 1975, p. 192), como pestes e outras doenças.

Ampliando a concepção de maternagem de Winnicott, já foi discutido na monografia de graduação “Música, energia e maternagem: utilização da consciência corporal no trabalho com as couraças na maternagem” (KOATZ, 2007) que a

maternagem está para além da relação mãe-bebê na fase primitiva do desenvolvimento do filho, isto é, até os primeiros seis meses de idade da criança. Considerando o acúmulo de papéis associados ao feminino, descritos anteriormente, podemos entender amaternagem como mais um papel que a mulher passa a adquirir após ter filhos. Em nossa sociedade patriarcal, ao tornar-se mãe, a mulher muitas vezes assume este papel quase definitivamente, chegando até a abandonar outros papéis do feminino; “logo, comprometendo o nosso conceito de maternagem” (KOATZ, 2007, p. 7-8); ou seja, ela acaba se dedicando exclusivamente ao papel de mãe, atuando possivelmente com superproteção, e abdicando de sua feminilidade, de sua atuação como esposa, de seu trabalho etc.

Porém, eventualmente é necessário cumprir mais de um papel do feminino ao mesmo tempo – mãe, esposa, dona de casa, trabalhadora assalariada etc. – o que representa o acúmulo de funções que é tão frequente às mulheres de nossa sociedade. Esse acúmulo de funções exige da mulher uma flexibilidade, uma mobilidade para saber o momento certo de assumir cada papel. Sendo mobilidade um fator de saúde (ZIPPINOTTI; PIRES, 1998), a relação mãe-bebê ocorrerá de maneira satisfatória se a mãe estiver saudável no exercício da maternagem. “É preciso uma mãe feliz, plena, para uma relação feliz e um filho feliz” (KOATZ, 2007, p. 9).

Logo, para que a maternagem seja bem sucedida, entendemos que a mulher não precisa sentir-se aprisionada à “obrigação” de ser mãe nem precisa necessariamente abrir mão de outros aspectos do feminino por se tornar mãe.

A mulher que se torna mãe não deixa (ou não deveria deixar) de ser mulher. Nem a mãe que se permite ter prazer como mulher deixa de ser mãe ou se torna uma má mãe por isso. A mãe pode se sentir impedida de sentir prazer durante a amamentação ou durante o cuidado com o filho, para não perder o contato com suas obrigações, embora muitas mulheres reduzam todo seu prazer a ser mãe (KOATZ, 2007, p. 10).

Entendendo a maternagem em nossa sociedade como um fator amplamente presente na vida de toda mulher que se torna mãe, em suas relações tanto com seus filhos quanto com os outros familiares e com o ambiente que a circunda, veremos a seguir o que pode acarretar à maternagem quando o bebê precisa ser internado em uma UTI Neonatal.

3.2. Couraças na maternagem em UTI neonatal

Winnicott (1975) explica que o bebê se desenvolve de maneira saudável psiquicamente quando ele se identifica com sua mãe, uma vez que nos primeiros meses de vida só existe a mãe para o bebê e ele não a compreende como “outro”, mas como ele próprio. Portanto, o bebê só pode criar essa identificação com sua mãe se ela lhe permitir isto e promover espaço de afeto para tal. Este espaço de afeto não ocorre se a mãe não se entrega ao cuidado do bebê enquanto ela está com ele. Unindo esta perspectiva à compreensão psicocorporal baseada em Reich, podemos entender que pode se formar uma couraça na maternagem que prejudica a entrega da mãe ao cuidado do seu bebê. Isso porque “(...) a couraça muscular prejudica todas as formas de entrega e provoca todas as formas de restrição biopática da função vital (...). Só se pode atingir o objetivo da entrega pela eliminação da rigidez muscular” (REICH, 1998, p. 340).

Entendendo que as couraças são tensões físicas que manifestam tensões psíquicas, podemos inserir claramente esse conceito no contexto de uma mãe cujo bebê esteja internado em uma UTIN. Quando uma mulher engravida, ainda que a gravidez não tenha sido planejada, ela imagina que terá nove meses com o feto dentro da barriga. Este período, biologicamente falando, serve para permitir o processo de maturação embrionária até que o bebê esteja pronto para nascer após aproximadamente quarenta semanas. Psicologicamente, este período serve para adaptar a gestante e sua família para receber o novo ser que está por vir (CALDAS, 2003).

Em muitos casos, por diversos fatores que não cabem em nosso trabalho, o bebê pode nascer antes deste prazo previsto, o que pode causar sérios riscos à sua vida e, em caso de sobrevivência, deixar sequelas graves, de modo que sua internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) se torna necessária. A mãe também sofre nestas circunstâncias, pois, além das consequências diretas para o bebê, ela sente a angústia do risco iminente de morte do bebê e possivelmente carregará uma culpa inconsciente pela fantasia de ser responsável pela condição clínica do filho. Essa culpa é observada por diversos profissionais de saúde que tratam da assistência aos RN's prematuros, principalmente por psicólogos e enfermeiros, como é possível identificar na tese de Inês Maria Menezes dos Santos (2009), enfermeira que pesquisou sobre o cuidado de enfermagem na humanização hospitalar.

As angústias vividas por uma mãe que acompanha a internação de seu bebê em uma UTIN provocam grande instabilidade emocional às mães. Estes abalos emocionais têm sido foco de estudo de diversos pesquisadores, em especial, na área da psicanálise. Num estudo de caso, a psicanalista Mariana Pinheiro (2004) relata:

O ambiente da U.T.I. é particularmente pesado; apesar da tranqüilidade [sic] aparente, há sempre uma atmosfera de grande urgência. Não se pode perder tempo no resgate ao funcionamento orgânico dos bebês. Portanto, não há espaço para troca de palavras entre os profissionais e os pais. A equipe médica luta incessantemente contra a morte física de um bebê, contra os riscos de baixa vigilância, contra sua própria angústia e, às vezes, contra os pais que possam incomodar ou dificultar o serviço. A equipe assume funções importantes para a vida de cada bebê e sua família. Seu papel principal é trabalhar como terceiro e ocupar um lugar primordial na elaboração que a mãe deve fazer da maternidade (p. 46).

Assim, vemos que a mãe de um bebê internado busca algo que faça sentido no imaginário da lógica da vida, pois o bebê que ela gestou não ficou dentro de seu ventre por nove meses como deveria e, mesmo que tenha ficado, não pôde ser levado para casa, para o desfrute do lar e da família, como a mãe esperava. Ela busca, então, na equipe que cuida de seu bebê, uma orientação sobre o que esperar e como proceder perante às necessidades de seu filho.

Todo bebê carrega um potencial de decepção e há uma idealização frustrada por parte dos pais. O bebê imaginário (perfeito) nunca corresponde ao bebê real. Este é incapaz de estar à altura das fantasias infantis de seus pais: quando o bebê é prematuro ou apresenta um defeito real, as diferenças entre o bebê imaginário e o real tornam-se ainda maiores (PINHEIRO, 2004, p. 49).

Esse rompimento do imaginário face ao real – um bebê doente, talvez com deformações, ligado a aparelhos, muitas vezes sem possibilidade de ser segurado no colo e de ser amamentado – dificulta a identificação a mãe com seu bebê. Isso ocorre em parte pela limitação do contato físico e, por outro lado, por uma fantasia que remete à culpa inconsciente da mãe: “como eu fui responsável por gerar ‘isso?’”, pensamento que surge quando a mãe percebe que seu filho não representa um “bebê *Johnson*”, o bebê imaginado. Em termos psicanalíticos, Pinheiro (2004) entende que a “enfermidade de um filho atinge a mãe num plano narcísico [pois] há uma perda brusca de toda referência de identificação” (PINHEIRO, 2004, p. 49).

Tantas circunstâncias angustiantes podem afetar a mãe, “levando-a a se fechar em torno do cuidado de seus filhos e favorecendo o aparecimento das couraças na maternagem” (CARVALHO; KOATZ, 2009, p. 6).

A distância entre mãe e bebê provocada pela impossibilidade da amamentação, pela incubadora e/ou pelos fios do monitor, somada à culpa inconsciente pela internação do(a) filho(a) e à falta de conforto pelo afastamento do lar são fatores fortes para o desencadeamento de tensões emocionais e físicas que podem ser transformadas em couraças.

Voltemos a falar sobre as considerações de Winnicott (1975), em que o desenvolvimento saudável do bebê depende fundamentalmente de como se dá seu relacionamento com sua mãe, primeiramente, para em seguida ele se adaptar a todo o ambiente que o circunda. Para a relação mãe-bebê ocorrer bem, é preciso que a mãe tenha prazer nesta relação que ela está construindo. Porém, se a mãe estiver encouraçada, não basta sua vontade de se relacionar com seu bebê; ela precisa liberar seu fluxo de energia corporal para poder se conectar com seu bebê e oferecer-lhe seu leite, seu olhar, seu calor, seu colo, seu toque etc.

“Os contatos visual, olfativo e de pele, presentes no processo de vinculação entre os seres humanos, são reivindicados pelo bebê ávido de amor, mas para a mãe ter prazer nesse contato precisa se sentir bem com o próprio corpo” (CARVALHO; KOATZ, 2009, p. 6), o que justifica um olhar psicocorporal na compreensão das vivências da maternagem em UTI Neonatal.

3.3. Intervenção precoce em UTI neonatal

Conforme já vimos, as mulheres acumulam inúmeros papéis do feminino que a levam a uma sobrecarga de trabalhos, podendo gerar sofrimento psíquico e couraças, tanto emocionais quanto musculares. Se investirmos na promoção e no cuidado da saúde das mães, estaremos investindo na saúde de seus filhos, subsequentemente.

Falar em promoção de saúde está intimamente relacionado a falar de intervenção precoce. Desta forma, precisamos esclarecer o conceito de intervenção precoce para abordar sua aplicação na UTIN. Antes, a intervenção precoce era um mecanismo de estimulação oferecido a crianças com deficiências, transtornos do desenvolvimento ou

que tenham sofrido maus-tratos. A intervenção se dava no âmbito da estimulação precoce de “competências motoras e sensoriais [das crianças], de forma a obter maior qualidade nesses domínios” (FRANCO, 2007, p.115). Atualmente, a Intervenção Precoce é um conceito mais amplo, definido pelo conjunto de intervenções dirigidas à primeira infância, para as crianças com problemas de desenvolvimento ou em risco de os virem a apresentar, para as famílias destas crianças e para os contextos onde estão inseridas, “tendo por objetivo responder, o mais cedo possível, às necessidades, transitórias ou permanentes que apresentam” (FRANCO, 2007, p.115). Entende-se por crianças com problemas de desenvolvimento “todas as que apresentam qualquer alteração no curso normal de desenvolvimento” (FRANCO, 2007, p.115) e as crianças em situação de risco são aquelas em que “se detecta a probabilidade de ocorrer uma alteração desse tipo” (FRANCO, 2007, p.115). Dentre os fatores de risco, Franco (2007) destaca: privação ambiental – que pode “limitar a capacidade da criança tirar o máximo de partido de experiências de aprendizagem fundamentais” (FRANCO, 2007, p.115) – risco biológico, como no caso de prematuridade, e sequelas de condições médicas ou de síndromes. “Torna-se assim parte essencial dos sistemas educativos, de saúde e de proteção social à infância nos diferentes países” (FRANCO, 2007, p.115).

Atualmente, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo projetos em prol da humanização dos cuidados e da assistência nas UTINs. A Portaria MS/GM Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012 define “as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave” (BRASIL, 2012, p.1). Entendemos que o serviço mais humanizado no atendimento aos pacientes das UTINs, bem como de toda a rede social que o circunda (em especial, a família), é um exemplo claro de intervenção precoce na assistência de UTIN.

“A atitude ‘cuidadora’ precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde” (AYRES, 2001 apud CHAGAS; GAZANEO, 2005, p.1311). Ou seja, ela não pode ficar exclusiva à monitoração da pressão sanguínea, da saturação e da temperatura dos recém-nascidos nas incubadoras, assistidas apenas pelos médicos e enfermeiros. Em uma UTIN, há uma equipe mínima de profissionais de diversas áreas da saúde para oferecer o tratamento e a assistência de que esses RNs necessitam. Dentre as diretrizes do MS à atenção integral e humanizada do RN grave e potencialmente grave, encontramos: “III - integralidade da assistência; IV - atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; V - atenção humanizada; e

VI - estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido” (BRASIL, 2012, p. 2).

Além disso, o MS também cita como objetivos da assistência integral e humanizada ao RN grave e potencialmente grave: “II - priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade; (...) IV - induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS” (BRASIL, 2012, p. 3).

É importante esclarecer que sendo os recém-nascidos os pacientes internados em UTIN, suas mães não estão doentes, mas de certa forma também estão “internadas”, na medida em que são as principais acompanhantes destes pacientes, muitas vezes abrindo mão do retorno ao lar por temerem que algo grave aconteça a seus filhos durante sua ausência. Portanto, pensar em intervenção precoce para os bebês inclui, a nosso ver, uma assistência e promoção de saúde mental e emocional de suas mães. A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS)⁹ considera a saúde mental como fundamental no desenvolvimento saudável das crianças e busca incluir esta concepção em suas ações na busca por “fortalecer as políticas públicas de proteção à primeira infância brasileira” (PENELLO; LUGARINHO, 2013, p. 9), pois trata-se de um período determinante para o desenvolvimento saudável do ser humano, tanto no ponto de vista físico, quanto no mental e no emocional (PENELLO; LUGARINHO, 2013, p. 9).

A EBBS considera que para a atenção perinatal “não basta mais cuidarmos apenas da sobrevivência de nossas crianças, mas também de todos os fatores biopsicossociais necessários ao desenvolvimento integral da criança” (PENELLO; LUGARINHO, 2013, p. 11). Para contribuir com o desenvolvimento psíquico infantil saudável, o Ministério da Saúde (MS)¹⁰ defende a oferta de cuidados tanto com a mãe, quanto com o pai, com a criança, com os familiares e com os demais cuidadores, em diversas etapas da assistência à criança, incluindo o puerpério humanizado (PENELLO; LUGARINHO, 2013). Esta estratégia baseia-se fundamentalmente na recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que “não há saúde sem saúde mental”

⁹ Projeto de parceria entre o Instituto Fernandes Figueira (IFF) e o Ministério da Saúde para construir uma política de atenção integral à saúde da criança (PENELLO; LUGARINHO, 2013).

¹⁰ Publicado na Portaria MS/GM nº 2395 de 07/10/2009 (PENELLO; LUGARINHO, 2013).

(PENELLO; LUGARINHO, 2013, p. 18). O Relatório da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, de 2008, nos mostra que:

investir nos primeiros anos de vida é uma das medidas que permitirá com maior probabilidade a redução das desigualdades em saúde no espaço de uma geração [...] O desenvolvimento da primeira infância, em particular o desenvolvimento físico, socioemocional e linguístico-cognitivo, determina de forma decisiva as oportunidades na vida de uma pessoa e a possibilidade de gozar de boa saúde, já que afeta a aquisição de competências, a educação e as oportunidades de trabalho (in PENELLO; LUGARINHO, 2013, p. 19).

Podemos imaginar o quanto estes fatores determinantes do desenvolvimento infantil já não são limitados numa UTIN...

A EBBS utiliza para fundamentar suas propostas principalmente os conceitos de “ambiente facilitador” de Winnicott e de “apego seguro” de John Bowlby. Ao articular esses dois conceitos para elaboração de sua estratégia, verifica-se que “os fatores determinantes de saúde, vulnerabilidades e riscos, impactam não apenas o cuidador, mas também aquele que está (ou não) sendo cuidado” (PENELLO, 2013, p. 33). Esta declaração vai ao encontro do nosso trabalho na busca da promoção de saúde mental e emocional das mães dos recém-nascidos internados em UTIN como uma forma de intervenção precoce para estes bebês.

A proposta da EBBS começou a ser elaborada a partir da experiência da organizadora Liliane Penello no trabalho em psiquiatria. A autora percebeu que a assistência psiquiátrica a pacientes com transtornos mentais é uma tentativa de recuperar um caminho desviado geralmente na infância destes pacientes, levando-a a crer que ao atuar na intervenção precoce, tais transtornos podem ser evitados na vida adulta. O acúmulo de sua experiência profissional evidenciou falhas graves no ambiente de suporte inicial daquele que vive um transtorno mental, “especialmente na primeira infância, em geral com sérios transtornos do cuidador” (PENELLO, 2013, p. 40). Ela reconhece nessas falhas um “longo caminho de construção da doença, a ausência de fatores protetores como a preocupação com a nutrição, escolaridade e saúde mental da mulher que se tornou mãe” (PENELLO, 2013, p. 40-41). Penello destaca ainda uma relação intrínseca entre o desenvolvimento saudável do indivíduo e o desenvolvimento de uma sociedade mais sustentável e reafirma

a importância da produção de ‘políticas públicas suficientemente boas’ que favoreçam o ambiente facilitador à vida desde seus primórdios, garantindo, por meio

do cuidado, a potência vitalizante dos lares comuns das brasileiras e brasileiros. (PENELLO, 2013, p. 42).

Tendo em vista que um recém-nascido internado em UTIN não representa apenas o cuidado médico necessário à sua saúde e sobrevivência, mas todo um entorno de um ambiente cuidador promovido pela equipe multidisciplinar e, principalmente, pela mãe e seu círculo familiar, veremos a seguir como se dá a participação do profissional musicoterapeuta nesta equipe para a promoção de saúde da mulher e da criança.

4. MUSICOTERAPIA NA CLÍNICA HOSPITALAR EM UTI NEONATAL

A musicoterapia vem se desenvolvendo no Brasil há mais de quarenta anos, em diversas áreas de assistência à saúde: saúde mental, geriatria, reabilitação etc.. A existência de um espaço essencialmente musical em hospitais está de acordo com as orientações do Ministério da Saúde que visam promover um atendimento mais humanizado nos hospitais, conforme vimos anteriormente.

Os estudos teóricos a partir da atuação clínica possibilitam que haja um crescimento maior desta especialidade [musicoterapia] e ampliação de uma visão humanizada em relação a assistência à saúde. Pensar sobre a canção em Musicoterapia é relacioná-la ao processo de acolhimento, subjetividade, auto-expressão [sic] e interação grupal, entre outros (FERREIRA; PEREIRA, 2006, p.595).

A musicoterapia se insere na clínica hospitalar como uma forma de trazer um apoio àqueles sujeitos envolvidos na internação em UTI Neonatal – tanto os pacientes propriamente ditos quanto seus familiares e acolhedores – de uma maneira que não compete ao alívio oferecido pelos procedimentos medicamentosos. Este apoio é o acalento que a música oferece àqueles que a ouvem, àqueles que a tocam, é o *holding environment* (WINNICOTT, 1975), que será abordado adiante.

Como não existem pálpebras auditivas, todos aqueles que estiverem presentes durante uma sessão de musicoterapia de alguma maneira serão tocados pela música que ali é tocada.

A humanização da assistência hospitalar é um grande desafio, demandando o entendimento das relações contemporâneas entre o ser humano, seu adoecimento e as circunstâncias em que se oferecem os cuidados aos enfermos e a seus cuidadores. Essas questões interessam a muitos dos que se debruçam para entender a dinâmica e complexidade da atenção oferecida ao paciente internado. A musicoterapia, dada ao trabalho com a música e suas características de inserção na cultura e no cotidiano dos seres, pode ser importante aliada aos programas que pretendem um atendimento mais humano aos que passam por estressantes situações hospitalares tanto enfermos quanto funcionários (CHAGAS; GAZANEO, 2005, p.1306).

Esta declaração indica a importância da prática da musicoterapia em UTINs como forma de intervenção precoce, favorecendo a promoção de saúde mental às crianças internadas a partir do suporte emocional oferecido às mães e outros familiares que fazem parte do círculo socioafetivo destas crianças. Como dizem as musicoterapeutas Ferreira e Pereira (2006): “A interrogação provocada em suas vidas com a doença do filho tira-lhes a perspectiva de criar, de improvisar: elas pedem estabilidade, segurança. E isso nós [musicoterapeutas] lhes proporcionávamos” (FERREIRA; PEREIRA, 2006, p.595). Essa estabilidade é oferecida também às crianças e a suas mães através da previsibilidade melódica e harmônica das canções utilizadas no *setting* musicoterapêutico, devido a sua familiaridade por serem canções que fazem parte de seu “universo sonoro”, bem como devido à própria estruturação da maioria das músicas populares que surgem neste cenário clínico (BARCELLOS, 2004; 2007) Esta previsibilidade musical será aprofundada no subcapítulo 3.2, “Musicoterapia no trabalho com a couraça na maternagem em UTI Neonatal”.

Profissionais de diversas áreas que atuam dentro de UTINs observam que o bebê chora menos se nos momentos de medo os pais estiverem calmos. A musicoterapia desenvolvida com grupos de mães e / ou familiares de RNs internados em UTINs oferece espaço para o familiar/acompanhante extravasar suas tensões, chorar, xingar, distrair-se da problemática principal da doença da criança e ter um momento/espaço para cuidar de si. Assim, sentir-se-á mais leve para estar ao lado dos filhos (KOATZ, 2012a).

No campo da saúde materno-infantil, a musicoterapeuta Martha Negreiros Sampaio Vianna tornou-se uma pioneira no país, instituindo os atendimentos de musicoterapia na ME-UFRJ há mais de dez anos. Além de pioneira neste tipo de atuação, ela tem sido uma mentora para outros musicoterapeutas que também se interessam por esta prática, supervisionando-os em estágios na instituição. A partir de seu trabalho com as mães dos bebês internados na UTIN da ME-UFRJ, Martha desenvolveu uma pesquisa quantitativa / qualitativa sobre a influência da musicoterapia no aleitamento materno exclusivo – o projeto MAME, que resultou em sua dissertação (VIANNA, 2008) – e constatou a importância da musicoterapia para a instituição da função materna, que neste texto chamamos de *maternagem*.

Alguns estudos, citados por Vianna, têm demonstrado que a musicoterapia pode reduzir a ansiedade materna, ajudando as mães a lidar com a internação dos seus recém-

nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), e também influenciar no comportamento do bebê prematuro, proporcionando períodos mais longos de sono tranquilo, menos choro e aumento no ganho de peso (VIANNA et al, 2011). Outros estudos mostram que esses benefícios vêm inclusive a diminuir o tempo de internação dos bebês (FARIA et al, 2012).

O trabalho de Vianna vem repercutindo na prática de outros musicoterapeutas, como é o caso do trabalho realizado no hospital pediátrico *Prontobaby*. Neste hospital, a musicoterapeuta atua em todos os setores de internação, atendendo diretamente as crianças e oferecendo um “*holding environment*” às mães dos bebês e crianças internados nas UTIN e UTI Pediátrica. O *holding environment* é um conceito definido por Winnicott que

se refere a um espaço físico ou psíquico entre a mãe e o bebê e que permite uma transição da criança para ser mais autônoma, [favorecendo tanto seu desenvolvimento físico quanto psicológico]. Para o autor, o terapeuta também tem como tarefa dar um *holding environment* para seu paciente (BARCELLOS, 2004),

ou seja, oferecendo o suporte emocional necessário para o momento terapêutico em que se encontra.

Inspirado no grupo desenvolvido por Martha na Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ), foi desenvolvido um grupo de musicoterapia no hospital *Prontobaby*, voltado às mães e a outros familiares que estivessem acompanhando as crianças internadas. O perfil do grupo é semiaberto, com encontros de uma hora por semana. A dinâmica das sessões gira em torno da técnica musicoterápica de “recriação musical” (BRUSCIA, 2000). Ao supervisionar a implantação do trabalho de Martha Negreiros na ME-UFRJ, Barcellos (2004) percebeu que a técnica de recriação musical é a mais utilizada pelas pacientes atendidas na ME-UFRJ. Podemos compreender tal fato, pois a recriação musical permite às mães acessarem memórias e emoções relacionadas às canções de seu universo sonoro, enquanto que outras técnicas musicoterápicas, como o improviso ou a composição podem trazer incerteza e insegurança a essas mães. O principal objetivo deste grupo, como já fora mencionado, é oferecer um *holding* às mães para que elas possam acolher – dar colo – a seus filhos que já estão fragilizados pela doença e pela internação. Barcellos (2004), a partir de um estudo *winnicottiano* sobre a

construção do vínculo na relação terapeuta-cliente, compreende que este processo desenvolve-se de maneira semelhante à construção do vínculo mãe-bebê, no que compete à mãe promover um ambiente saudável – ou seja, um *holding* – para o desenvolvimento tanto físico quanto psicológico de seu filho, assim como o terapeuta deve promover tal ambiente em seu *setting*.

“Se o mundo fosse sinusoidal¹¹, um grande conjunto de ondas pulsando na mesma frequência, não haveria música” (WISNIK, 2002, p. 23). Da mesma forma, é possível pensar a dinâmica da vida, que não acontece apenas de sons puros, sintetizados eletronicamente, e, portanto, é nos momentos de impureza e de tensão que a música vem buscar acalantar os corações tensos e fazer brotar dessas tensões algo que pode ser considerado belo, artístico, ainda que este não seja o objetivo final da musicoterapia.

Neste tipo de desenvolvimento de grupo musicoterápico, com mães e outros familiares dos bebês internados na UTIN, é possível observar a participação da voz cantada como objeto integrador, como mencionamos. Apesar da timidez relatada entre os participantes do grupo para tocar algum instrumento, nota-se com frequência nas sessões de musicoterapia que até aqueles pais e mães que declararam estarem presentes no grupo apenas para *ouvir* acabavam por se contagiar pelas músicas de seu universo sonoro – pedidas por outros membros do grupo, ou ainda oferecidas pela musicoterapeuta – e cantavam junto, ainda que em volume baixo¹².

Percebemos que a voz cantada se caracteriza como objeto integrador – no contexto da musicoterapia hospitalar em UTI Neonatal porque se enquadra em algumas características listadas por Benenzon (1988) para considerar um instrumento como objeto integrador. Dentre esta lista, há algumas características genéricas, como a “existência real e concreta” (BENENZON, 1988, p. 48), mas podemos destacar ainda outras quatro, a saber:

- assimilabilidade que permite uma relação tão íntima que a pessoa possa identificá-lo consigo mesma;
 - adaptabilidade que se ajuste às necessidades do indivíduo;
 - instrumentabilidade que possa ser utilizada como prolongamento do indivíduo;
 - identificabilidade para que possa ser reconhecido imediatamente.
- (BENENZON, 1988, p. 48).

¹¹Onda Sinusoidal é um som produzido a partir de uma ondulação pura e simples, que praticamente só existe em condições laboratoriais, a partir de sintetizadores eletrônicos. (WISNIK, 2002, p. 23).

¹²“Piano”, na linguagem musical.

Todas essas características estão presentes na voz cantada, por ela vir de dentro do corpo de quem canta, não se tratando, portanto, de um objeto externo, que depende do tamanho para ser segurado, da desenvoltura da pessoa com aquele objeto ou até mesmo da supervisão de terceiros para se orientar sobre como manipulá-lo. Ainda que não se tenha muita prática, qualquer pessoa pode cantar, pode ter acesso e desenvolver intimidade com a própria voz, permitindo uma identificação e adaptação da pessoa ao instrumento durante o ato de cantar. No hospital, tudo o que a mãe vivencia é inesperado, o cuidado do filho é transferido momentaneamente à equipe de saúde. Dessa maneira, utilizar a voz cantada permite à mãe se empoderar de algo que ela tem acesso e pode usar para produzir alguma coisa boa: o canto.

4.1. Sons que demonstram cuidado

Abrimos este subcapítulo definindo o termo cuidado, a partir da visão do teólogo Leonardo Boff (2012), porque compreendemos que a relação terapeuta-paciente, antes de mais nada, é uma relação de cuidado. Boff (2012) compreende que o cuidado faz parte da relação de “estar-com-os-outros”, em que o cuidado é tido como um gesto de acolhida, atenção e envolvimento, semelhante ao afeto da mãe depositado no bebê recém-nascido, de que trata Winnicott (1975). “É cuidado também no sentido de que nos preocupamos e sofremos com a vida e com o destino daqueles com os quais afetivamente estamos vinculados e que amamos” (BOFF, 2012, p. 61).

Assim, o vínculo mãe-bebê é uma demonstração de cuidado da mesma forma que o vínculo terapeuta-paciente. Mas para que este vínculo seja estabelecido, é necessário primeiramente estabelecer um canal de comunicação entre terapeuta e paciente. Isso porque a terapia, antes de mais nada, se dá a partir de um relacionamento que se constrói entre ambos os sujeitos do processo. Um relacionamento em que não há comunicação está fadado ao fracasso.

O relacionamento mãe-bebê é de extrema importância para a construção saudável da psique da criança, pois é a partir deste relacionamento saudável que a criança desenvolve canais de comunicação com o mundo, que favorecerão o seu

desenvolvimento (WINNICOTT, 1975). Podemos considerar, então, que para o estabelecimento de um relacionamento saudável entre mãe-bebê, esta mãe há de se identificar com o próprio filho a fim de que ele também possa se identificar com ela. Para tal, é preciso estabelecer a maternagem.

Sendo assim, uma vez que mãe e bebê se identificam um com o outro, a mãe pode introduzir novas informações para o universo do filho, onde, primeiramente, ele só conhecia o peito da mãe (WINNICOTT, 1975). Tudo que é novo nos causa estranheza e medo. Porém, se a novidade nos é apresentada por alguém de nossa confiança, nos sentimos mais à vontade para experimentar a novidade que esta pessoa nos apresenta. Logo, para que o processo terapêutico flua e os objetivos terapêuticos sejam conquistados, é necessário, primeiramente, estabelecer os canais de comunicação entre os sujeitos para permitir uma identificação entre ambos e, posteriormente, o terapeuta oferecer uma variação – considerada intervenção – a fim de estimular o paciente que se submete ao processo terapêutico a desvendar novos universos que lhe são apresentados. Isso pode ser um caminho utilizado seja no tratamento de psicoses, autismos ou apenas na estimulação precoce da criança.

No âmbito musical, entende-se a relevância das utilizações de canções folclóricas e/ou infantis para o estabelecimento da comunicação entre terapeuta e paciente no contexto clínico de um hospital pediátrico. A letra não é o mais importante, por mais “chocante” ou antiética que pareça: “Atirei o pau no gato”, “A cuca vai pegar” etc. Nesse estágio inicial, as estruturações melódicas, harmônicas e rítmicas de baixa complexidade permitem essa identificação (espelhamento) e uma previsibilidade que gera um conforto (BARCELLOS, 2004; 2007), conforme já foi visto.

Para esclarecer um pouco mais sobre o que estamos falando, entendemos como baixa complexidade melódica os desenhos e frases melódicas constituídos de poucas notas, geralmente sequenciais – os chamados graus conjuntos – ou com poucos saltos entre as notas – intervalos de terças – limitando a melodia a menos de uma oitava de extensão. Além disso, essas frases melódicas geralmente são repetidas ao longo de duas ou três estrofes de letra, com um refrão que facilita a memorização da música pelo ouvinte.

Remetemo-nos à baixa complexidade harmônica quando uma música é composta de dois ou três acordes que se repetem ao longo da música, geralmente

demarcando um sentido tonal. Nestes casos, os principais acordes utilizados remetem a três funções harmônicas: tônica, subdominante e dominante, onde ocorrem respectivamente os fenômenos musicais de repouso, movimento e tensão. Esta tensão provocada pela dominante não chega a provocar um incômodo emocional, ela apenas cria um clima de suspense e expectativa na música para concluir finalmente na tônica e, assim, o ouvinte poder relaxar. Se uma harmonia não possui dominante, a música é sentida como “monótona”, sentimento semelhante a passar um dia inteiro de sol dentro de casa, deitado no sofá, o que leva o ouvinte a perceber que o que acontece de interessante está no movimento, fora de casa, e na expectativa do que vai acontecer em consequência deste movimento. Por mais interessante que o movimento e a expectativa sejam, há sempre um desejo de voltar para casa no final do dia e repousar...

Assim como a baixa complexidade melódica e harmônica são constituídas de poucos padrões que se repetem, podemos pensar da mesma forma em se tratando de complexidade rítmica. Um padrão rítmico simples é feito a partir de células rítmicas pequenas, sem subdivisão rítmica ou com pouca subdivisão, sendo esta padronizada e repetida ao longo da música.

Os padrões repetidos na melodia, harmonia e ritmo da música criam o que Barcellos (2004; 2007) chama de previsibilidade da canção, que gera conforto ao ouvinte. A partir desta previsibilidade e deste conforto gerados é que se estabelece a comunicação entre o musicoterapeuta e o paciente – no caso de nosso estudo, a mãe. No entanto, comunicação tem por definição a troca de informação. Essa troca ocorre a partir de um espelhamento, que permite o estabelecimento inicial da comunicação. É a premissa de que para comunicar é preciso haver uma interlocução entre aquele que comunica e aquele que recebe a informação transmitida. Se esse espelhamento inicial que permitiu o estabelecimento dessa comunicação for mantido a médio e longo prazo, a comunicação propriamente dita se perde, como se o que fosse transmitido fosse sempre repetido, perdendo assim seu conteúdo. Portanto, o terapeuta precisa ter a percepção do momento adequado de intervir, oferecendo uma variação desse espelhamento. Aqui, podemos entender essa intervenção do musicoterapeuta a partir de uma alteração em pelo menos um dos padrões repetidos da música – melódico, harmônico ou rítmico – ou à uma alteração de andamento, a uma alteração de instrumentação utilizada ou até mesmo a partir de uma alteração no próprio padrão de repertório, introduzindo músicas novas e/ou novos compositores à sessão

(BARCELLOS, 1992). Se a variação ocorrer muito precocemente, porém, o musicoterapeuta pode assustar a criança e perder a oportunidade de comunicação pela perda da confiança.

Falando de estimulação terapêutica num contexto mais amplo, a previsibilidade das canções folclóricas remete a um resgate da infância dos pais. Observa-se no atendimento musicoterápico no hospital *Prontobaby* que, muitas vezes, só a mãe canta. No momento em que a mãe lembra canções que ficaram adormecidas na sua história pessoal, ela percebe que também tem uma identificação com seu bebê, pois ela mesma já foi um bebê. A partir disso, mesmo achando que seu bebê é muito novo para entender o que ela canta – discurso frequente das mães de RNs – ela entende que tem algo a oferecer a essa criança, ainda que o acesso esteja limitado pelas incubadoras da UTIN. Essa identificação auxilia na promoção do vínculo mãe-bebê e, por sua vez, na instauração da maternagem.

Após essa descoberta, observa-se que a mãe passa a ter um espaço de identificação com o próprio filho para, posteriormente, levar a ele suas canções do seu universo sonoro (BENZON, 1988), aumentando a complexidade musical que envolve e embala este bebê. Essas novas canções trazidas pela mãe (ambiente – WINNICOTT, 1975) podem ser temas infantis contemporâneos (Galinha Pintadinha), louvores (Régis Danese), *hits* da mídia (“Metoro”, “Ai, se eu te pego”, “Eu quero tchu”, “Minha avó tá maluca”, “Dança kuduru” etc.), rock, canções de Chico Buarque e de Roberto Carlos ou que fizer parte do “universo sonoro” daquela família, como testemunhamos nos grupos de musicoterapia realizados no hospital *Prontobaby*.

O ‘discurso’ musical se desdobra no tempo e compreende repetições, retornos, preparações, expectativas e resoluções. (...) Se este método pode ser aplicado à música – principalmente pelo seu princípio de repetição – há que se ter em mente que, por causa da natureza cinética da música, as unidades paradigmáticas significativas não podem ser projetadas sobre uma única lista de motivos, mas, sim, sobre uma pluralidade de listas (BARCELLOS, 2008, p. 35).

Como já dissemos, muitas mães não têm hábito de cantar para seus filhos porque acreditam que eles sejam muito pequenos para entender o que elas cantam ou falam. Porém, estudos cada vez mais comprovam que a partir do sexto mês de gestação o feto

já tem seus órgãos auditivos totalmente desenvolvidos (CARVALHAES, 2007), sendo capaz de ouvir tudo que acontece fora da barriga da mãe, ainda que não tenha a mesma clareza de som do que quem está “do lado de fora”.

Meses antes do nascimento, a capacidade dos bebês de ouvir já é aguda e bem desenvolvida. Eles podem distinguir entre tipos de som (por exemplo, uma campainha ou uma sineta), intensidade e altura, vozes diferentes, sons familiares e estranhos, e podem até determinar a direção de onde o som está vindo (KLAUS; KLAUS, 1989, apud CARVALHAES, 2007, p.12).

Esta definição não apenas justifica a prática musicoterápica desde a gestação, mas também fundamenta uma concepção que nem toda mãe possui: de que seu bebê entende a fala e a música desde a barriga. Winnicott (1975) fala da necessidade da “mãe suficientemente boa” para um bom desenvolvimento psíquico dos filhos. O ato de cantar para eles desde a barriga ajuda a estabelecer essa relação. Este fato é frequentemente testemunhado nos atendimentos realizados na UTIN.

Se o bebê já ouve e identifica sons desde a barriga e a voz mais presente em sua vida nessa etapa é a da mãe, é natural que ele também se identifique com essa voz.

A voz humana causa nele efeitos diferentes de outros sons, e já em torno da segunda semana de vida, a voz da mãe ou mesmo de outra mulher, modulada por tonalidades afetivas [agudas e anasaladas], é capaz de desencadear sorrisos mais facilmente que qualquer outro som (BRASIL, 2002, p. 83).

Vemos aqui a importância de a mãe cantar para seu bebê desde cedo, como uma atividade fundamental para o estabelecimento do vínculo e estímulo para o futuro desenvolvimento da comunicação, da linguagem e da psique do bebê.

Quando a criança ainda não aprendeu a falar, mas já percebeu que a linguagem significa, a voz da mãe, com suas melodias e seus toques, é pura música, ou é aquilo que depois continuaremos para sempre a ouvir na música: uma linguagem onde se percebe o horizonte de um sentido que no entanto não se discrimina em signos isolados, mas que só se intui como uma globalidade em perpétuo recuo, não-verbal,

intraduzível, mas, à sua maneira, transparente. A música vivida enquanto hábitat, tenda que queremos armar ou redoma em que precisamos ficar, canta em surdina ou com estridência a voz da mãe, envelope sonoro que foi uma vez (por todas) imprescindível para a criança que se constitui como algo para si, como “*self*” (WISNIK, 2002, p. 30).

As canções têm função de relatar alguma história, seja ela mítica ou algum acontecimento que tenha ocorrido na história daquelas pessoas que cantam. A canção, portanto, traz em seu texto uma letra que relata, que narra o sentimento daquele que canta sobre o fato acontecido. É através das canções que “o paciente poderá atualizar aspectos que precisam ser revistos para terem a possibilidade de serem ressignificados na interação/relação com o terapeuta” (BARCELLOS, 2008, p. 28). Dessa forma, utilizar não apenas canções populares, mas também temas tradicionais infantis permite que as mães de bebês internados em UTIN possam organizar seus sentimentos – que permeiam a alegria de ter um filho com o medo e a culpa da internação – para narrar suas experiências através das canções de seu “universo sonoro”.

Ao abordar as mães que estão acompanhando seus bebês recém-nascidos nas UTINs, é de praxe a musicoterapeuta perguntar se elas costumam cantar para seus filhos. Algumas dizem que não, pois não houve tempo de levá-los para casa, pois tiveram de ser internados assim que saíram da maternidade. Nesses casos, pergunta-se sobre o tempo em que os bebês ainda estavam em suas barrigas, se não costumavam cantar nessa época. O cantar da mãe para o filho, desde a barriga, já cria laços entre os dois com os quais se identificam¹³. Além disso, muitas vezes as canções infantis as fazem remeter à própria infância, quando seus pais/avós cantavam para esta que agora é mãe. Isso faz aproximar os laços familiares e ajuda a instituir a função materna de que Vianna (2008) fala e que Koatz (2007) entende como maternagem. Em seus atendimentos com mães de bebês internados na UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ (ME-UFRJ) Vianna também comenta que a “primeira balada dos bebês é aqui”, na sessão de musicoterapia. Portanto, não apenas as mães vêm a se identificar com os filhos a partir das canções infantis como seus filhos passam a se identificar com suas mães a partir das canções de seu “universo sonoro” (BENENZON, 1988).

¹³ Percebemos na prática hospitalar que essa identificação traz muita emoção para às mães, pois refletem: “Esta música é a do meu filho!”.

4.2. Musicoterapia no trabalho com a couraça na maternagem em UTI Neonatal

As mães de bebês internados em UTIN estão tão fragilizadas pelas circunstâncias que não se dispõem a desafios como “tentar tocar um instrumento”. Ao contrário das crianças, que não têm pré-julgamentos estéticos, os adultos têm uma expectativa do que é certo ou errado e, para muitos, tocar um instrumento que não conhece significa tocar errado (KOATZ, 2012b). Nestes casos, cabe ao musicoterapeuta realizar uma intervenção que permita a participação dos pais neste ato de tocar, ainda que seja uma participação modesta. Assim, o musicoterapeuta pode induzir ao familiar à escolha de um instrumento. Aqui, sugerimos o ovinho – chocalho em formato de ovo colorido – por este ser mais semelhante a um brinquedo do que a um instrumento, permitindo assim que os adultos acessem seu lado lúdico para manusear este objeto sonoro, fato este que constitui o instrumento como objeto intermediário na clínica de musicoterapia hospitalar.

Em meio à internação de um filho que acabou de surgir neste mundo ruidoso e caótico, estar na UTIN já provoca muitos ruídos – literais e emocionais – e instabilidade na vida de ambos e, portanto, cantar neste contexto vem oferecer um pouco de ordem e de previsibilidade a quem canta e a quem escuta, ainda que a afinação não seja o ponto forte de quem estiver cantando. Não é pré-requisito saber cantar para participar do grupo de musicoterapia. Esse chão que a afinação vocal vem a estabelecer é oferecido pela competência musical do musicoterapeuta que venha a atuar em hospitais. Portanto, a voz do musicoterapeuta acaba se tornando o *objeto integrador* (BENENZON, 1988) neste contexto terapêutico.

Sabemos que as vibrações sonoras nos afetam, entrando em ressonância com nosso corpo (FREGTMAN, 1986), ou seja, que ouvimos e somos afetados pelo que ouvimos com o corpo inteiro, físico, psíquico e mental (ZIPPINOTTI; PIRES, 1998). Logo, entendemos que o ato de cantar coletivamente em um grupo de musicoterapia vem a favorecer tanto o estabelecimento de canais de comunicação com sentimentos profundos das mães e pais dos bebês internados na UTIN quanto favorece a liberação de suas couraças, o que é ratificado por Wisnik (2002), quando afirma que um som vocal em uníssono pode colocar nos ruídos do mundo um princípio ordenador.

Reich (1975) entende que as couraças surgem a partir de bloqueios no fluxo de energia do nosso sistema, do nosso corpo. Como diz o ditado, “quem canta, seus males espanta”, ou seja, cantar libera energia. Thérèse Bertherat e Carol Bernstein (1986) falam sobre a importância de se “morar no próprio corpo”. Portanto, para que a liberação de energia seja intensificada no ato de cantar, é preciso estar consciente do próprio corpo.

Se para cantar é necessário que o indivíduo mova o corpo inteiro, para tal, a pessoa deve estar ciente de seu corpo como um todo, não apenas de sua voz. Quer dizer, considerar todas as partes do corpo, desde os pés, joelhos e bacia até às costas, pulmão, nuca e pescoço (KOATZ, 2007). Assim, a pessoa deposita uma percepção sobre si mesma que lhe permite evitar a formação de pontos de tensão, devido ao correto “uso de si mesmo”, como recomenda Alexander (2010). A reestruturação da postura da pessoa que canta, mantendo-se uma consciência corporal, permite a circulação da energia vibratória do som pelo corpo inteiro, conforme já vimos, facilitando a expressão vocal pela ausência de tensão (KOATZ, 2007).

Emitir sons vocais e/ou guturais, na compreensão dos musicoterapeutas Zippinotti e Pires (1998), permite ao paciente uma experiência de autoconhecimento, que é favorecida pela consciência corporal durante o ato de cantar e pode também diminuir tanto o estresse quanto a dor.

No atendimento musicoterápico sob uma ótica psicocorporal, “procuramos mostrar-lhe [à mãe] que sua voz está diretamente relacionada com suas emoções. Pedimos que perceba o seu próprio timbre e que experimente outros relacionados a outras emoções” (ZIPPINOTTI; PIRES, 1998, p. 19). Este processo de autoconhecimento permite às mães mudarem os sons que elas produzem, estimulando a criatividade perante um momento de dúvidas quanto à recuperação do bebê internado.

Podemos notar claramente as transformações corporais que ocorrem quando alguém é observado ao cantar. Quando a pessoa canta, deve deixar a música fluir pelo corpo sem medo de errar: quando o som sair é mais fácil ir ao lugar certo e, mesmo que erre a nota, o corpo não terá necessidade de ficar tenso. Quando se canta com vergonha ou com medo de errar, “engolindo” a voz, mesmo que se chegue à nota desejada, a dificuldade para ela soar será tão grande que não terá valido à pena, pois só haverá duas opções: cantar apesar da dor provocada pelo estrangulamento da voz ao “espremer” a garganta, ou não ser ouvida.

O musicoterapeuta que tiver um olhar psicocorporal sobre seus pacientes deverá observar os movimentos realizados por eles e poderá facilitar os movimentos dos pacientes através da apreensão gradativa de uma maior autoconsciência corporal, permitindo a facilitação de sua expressão através do toque de um instrumento ou do canto.

Conhecer os limites e potencialidades do próprio corpo, a partir dessa experiência de autoconhecimento aplicada à prática musical, envolve um prazer enorme naquele que toca ou canta. O prazer é o que nos motiva a ir adiante para superar os obstáculos perpassados (LOWEN, 1970). O prazer também se manifesta na superação dos obstáculos encontrados, como nos relata Quincas Borba, no conto de Machado de Assis, ao descalçar botas apertadas. A música representa um princípio ordenador, organizador, que é buscado por muitos ao longo da vida, principalmente quando a vida sofre uma violência de sua ordem, se manifesta caótica, como no caso da internação em UTIN.

As sociedades existem na medida em que possam fazer música, ou seja, travar um acordo mínimo sobre a constituição de uma ordem entre as violências que possam atingi-las do exterior e as violências que as dividem a partir do seu interior. Assim, a música se oferece tradicionalmente como o mais intenso modelo utópico da sociedade harmonizada e/ou, ao mesmo tempo, a mais bem acabada representação ideológica (simulação interessada) de que ela não tem conflitos. (...) Assim como o sacrifício de uma vítima (o bode expiatório, que os gregos chamavam *pharmakós*) quer canalizar a violência destruidora, ritualizada, para sua superação simbólica, o som é o bode expiatório que a música sacrifica, convertendo o ruído mortífero em pulso ordenado e harmônico (WISNIK, 2002, p. 33-34).

Reiteramos assim que a presença da música em UTIN vem oferecer um princípio de ordem às mães dos bebês internados, como uma forma de dar expressão à frustração de precisar distanciar-se do filho nos primeiros momentos da vida, de ritualizar, de realizar uma superação simbólica de um ruído mortífero – como o apitar dos monitores da UTIN – para um pulso ordenado e harmônico: a música.

Para Reich, o trabalho terapêutico tem como objetivo mor “a mobilização das correntes plasmáticas do paciente” (1998, p. 331). Se música é movimento, a “musicoterapia interativa” (BARCELLOS, 1992) – abordagem mais recomendada para o atendimento com mães de bebês internados em UTIN (BARCELLOS, 2004)– favorece a mobilização das correntes plasmáticas do paciente, em sincronia com as

propostas de Reich, como ele mesmo relata: “A música (...) dá expressão ao movimento interno do organismo vivo, e escutá-la provoca a 'sensação' de um 'arrebato interno” (1998, p. 333). Barcellos (2011) completaria que este arrebato se torna ainda mais intensificado quando a música é tocada ao vivo, em vez de reproduzida de maneira mecânica – via CD, MP3 ou outra forma de mídia de áudio – principalmente se aquele que a produz é o paciente, junto com o musicoterapeuta.

A internação de um filho recém-nascido em uma UTIN é uma situação de grande fragilidade para a mãe, podendo provocar nela respiração superficial ou até estase¹⁴. Tais alterações na respiração comprometem o ato de cantar e de falar – seja nas sessões, seja com os filhos – e podem até dificultar o choro, devido à impossibilidade de respirar profunda e espontaneamente. Como foi explicado, o processo musicoterápico visa oferecer um espaço para as mães expressarem suas aflições – de tantas formas quanto possíveis – para elaborar essas aflições e poder ganhar força para apoiar seus filhos em sua recuperação. Assim, acreditamos que cantar, falar, tocar um instrumento serve para auxiliar este processo de expressão e para minimizar o sofrimento dessas mães, pois pelo menos elas poderão respirar melhor.

Como já fora abordado, determinadas situações do cotidiano e emoções levam qualquer pessoa a alterar padrões naturais de comportamento, não apenas no que diz respeito à respiração, mas à tensão de músculos que são fundamentais para que os movimentos sejam executados de forma saudável. Se os movimentos não puderem ser realizados ou somente forem realizados com esforço além do necessário e conseqüentemente com dor, qualquer expressão dessa pessoa será prejudicada, limitada ou até mesmo impedida. Artistas como Stanislávski e Mark Olsen compreendem essa tensão muscular como limitadora não apenas dos movimentos, mas também da expressão artística (OLSEN, 2004), e por sua vez na relação com o mundo.

Uma possibilidade de atuação do musicoterapeuta voltada para a liberação de tensões tanto musculares quanto do ritmo respiratório é a execução de exercícios de relaxamento corporal, alongamento, respiratórios etc. no início da sessão – assim como

¹⁴“S.f. Medicina Parada da circulação de um líquido orgânico (sangue, humores etc.). / Fig. Paralisação, entorpecimento”. Extraído de: <http://www.dicionariodoaurelio.com/Estase.html>

costuma ser feito em aulas de canto e de instrumentos de sopro. Uma vez que o corpo das mães dos bebês internados esteja liberado das tensões que porventura estejam sentindo, elas passam a entrar em contato com seu próprio corpo, se concentrarem e terem consciência dele. O objetivo desta prática é facilitar suas expressões de dores, de medos, de carinhos etc., através das músicas cantadas e tocadas por elas. Dessa forma, a utilização de sons em terapia favorece o encontro de um certo equilíbrio dessas mães para que possam exercer a maternagem com conforto emocional.

Se o objetivo de Reich, ao desenvolver a técnica vegetoterápica de análise do caráter, era restabelecer a “motilidade biopsíquica através da anulação da rigidez (encouraçamento) do caráter e da musculatura” (REICH, 1975, p. 17), este restabelecimento da motilidade do corpo permite ao indivíduo atingir a “graça”, “fundindo-a com a autopercepção para atingir um alto grau de autoconhecimento. A marca da vivacidade e da graça da pessoa é seu autoconhecimento” (LOWEN, A.; LOWEN, L., 1985, p. 19).

Portanto, o trabalho de expressão musical associado ao trabalho de consciência corporal pode permitir à mulher reativar a vitalidade de seu corpo, favorecendo o reencontro da mãe com sua expressão corporal e musical e, conseqüentemente, o exercício da sua maternagem em UTI Neonatal.

5. CONCLUSÃO

A musicoterapia com mães de bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pode facilitar a maternagem bem sucedida, fundamental para o desenvolvimento saudável dos bebês, através do tocar e cantar em grupo, permitindo a libertação das couraças da maternagem e o contato destas mulheres com suas emoções, seu corpo e suas histórias. Uma vez que as mães se sintam mais leves com suas emoções, aliviadas de suas couraças, elas podem oferecer esse bem-estar aos seus filhos, como uma força a mais na recuperação deles, em busca de um período de internação menor, ou, no mínimo, menos sofrido para ambos.

Essas mães vivenciam uma tensa situação perante a internação do filho recém-nascido (RN) em UTIN. A internação é um fator estressante para ambos, bebê e sua mãe (KOATZ, 2012a; 2007; SANTOS, 2009). Ao bebê, cabe o cuidado médico e toda a assistência oferecida pela equipe da UTIN. Enquanto isso, sua mãe permanece acompanhando a internação do filho, como se estivesse internada junto, mas muitas vezes sem assistência e sem acolhimento. Ela vivencia as angústias e medos decorrentes da condição clínica do filho (SANTOS, 2009). Apesar de permanecer a maior parte do dia no hospital, aguardando por boas notícias quanto à recuperação do bebê, a incubadora e os fios a ele conectados criam uma distância entre ele e sua mãe, dificultando o contato pele a pele, o colo, a amamentação... Essa distância pode afetar o vínculo mãe-bebê, assim como outros vínculos familiares, como o vínculo com o pai (CALDAS, 2003; VIANNA et al, 2011; VIANNA, 2008), comprometendo assim, o desenvolvimento da maternagem (WINNICOTT, 1975). A associação da maternagem comprometida ao estresse e preocupação que fazem parte do acompanhamento da internação do filho em UTIN cria o que chamamos de *courças na maternagem*. O acolhimento a essas mães faz parte de um atendimento humanizado, preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Nosso estudo vem reafirmar a importância da presença do profissional musicoterapeuta numa equipe multidisciplinar de saúde em UTIN, atendendo às recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) sobre a existência dessas equipes no cuidado e assistência integral humanizada ao recém-nascido grave e

potencialmente grave. Uma intervenção precoce a partir de um trabalho musicoterápico voltado para as mães dos bebês internados em UTIN facilita a instalação da função materna, aumentando o vínculo mãe-bebê e favorecendo uma maior qualidade de vida para este RN (VIANNA et al, 2011; VIANNA, 2008), a partir de diversos benefícios, desde o aumento do aleitamento materno (idem) até um menor período de internação na UTIN (FARIA et al, 2012), prevenindo assim possíveis reinternações.

A definição de Musicoterapia, como foi citada anteriormente, é

a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento (BARCELLOS et al, 1996).

Podemos articular as competências do musicoterapeuta à assistência oferecida em UTIN. Dessa maneira, o musicoterapeuta recorre à música e/ou a seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) em um grupo com mães de bebês internados, a fim de facilitar e promover a comunicação e a relação – entre elas e a equipe, elas e seus bebês, elas e suas famílias ou elas entre si. Através desses recursos, o musicoterapeuta visa mobilizar e propiciar a expressão de sentimentos, buscando desenvolver os potenciais de saúde, bem-estar e cuidado dessas mães para consigo mesmas e para com seus filhos. Assim, a musicoterapia pode favorecer o exercício da maternagem e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para mãe e filho, pela intervenção precoce.

Tocar instrumentos e cantar faz parte de um processo de comunicação entre terapeuta e paciente, fundamental para o estabelecimento do vínculo entre eles (BARCELLOS, 2008; 1999). Este vínculo é intensificado e favorece a conquista dos objetivos terapêuticos quando o paciente se identifica com o musicoterapeuta através de canções que fazem parte da “identidade sonora” deste paciente (BENENZON, 1988) – aspecto teórico da musicoterapia que melhor se aplica ao nosso contexto clínico. Essa identidade é derivada do Princípio de ISO (ALTSHULER, 1944, apud COSTA, 2008a),

que determina que “para produzir um canal de comunicação entre um terapeuta e seu paciente é necessário que coincidam o tempo mental do paciente com o tempo sonoro-musical expresso pelo terapeuta” (BENZON, 1988, p. 34). O ambiente de uma UTI Neonatal é tenso e imprevisível para os pacientes e seus acompanhantes, na medida em que a garantia de saúde e sobrevivência escapa às competências da mãe, ficando principalmente à mercê da competência médica da equipe que provém a assistência a seu recém-nascido. Dessa maneira, o musicoterapeuta pode minimizar as tensões vividas em UTIN, dada a previsibilidade das canções utilizadas no *setting* musicoterápico (BARCELLOS, 2004; 2007).

Porém, a expressão/comunicação que ocorre no *setting* musicoterápico se torna limitada quando a pessoa que estiver tocando/cantando sentir-se tensa por algum motivo. Seja esta tensão física ou emocional, Reich (1975, 1998) a conceitua como couraça, fator limitador tanto para a expressividade artística quanto emocional do ser humano. Se as mães presenciam a internação de seus filhos como um momento tenso, esta tensão lhes provocará couraças que limitarão seus movimentos e seu conforto ao movimentarem-se. Encouraçadas, as mães terão dificuldades de tocar e se expressar musicalmente, porque há um limite corporal no movimento dessa expressão, conseqüentemente, limitando também a expressão de sua afetividade para com seus bebês. O indivíduo encouraçado desenvolve uma “capacidade de se fechar contra o desprazer e de evitar a angústia mediante um enrijecimento” (REICH, 1998, p. 321) corporal e / ou psíquico. Por consequência da couraça, a excitação e a capacidade de prazer também são afetadas negativamente. Alexander (2010) defende o uso consciente do próprio corpo e dos movimentos para minimizar as tensões pré-existentes e prevenir o surgimento de novas tensões e novos bloqueios corporais. A consciência corporal, durante ato de tocar um instrumento e / ou cantar, alivia as tensões musculares que ocorrem no indivíduo encouraçado, por prevenir o desenvolvimento das mesmas.

Por falar em limitação, verificamos que o desenvolvimento saudável das crianças pode ser extremamente limitado se elas não puderem estabelecer uma relação “suficientemente boa” (WINNICOTT, 1975) com suas mães. Para que isso ocorra, Winnicott defende ser necessário que a mãe suficientemente boa ofereça um ambiente propício para o desenvolvimento de seu bebê, o que implica dizer que a mãe precisa exercer a “maternagem”. Porém, como exercer a maternagem, oferecer um ambiente facilitador para o desenvolvimento saudável do filho, se este precisa ser submetido, logo

nos primeiros momentos de vida, a uma internação hospitalar em UTI Neonatal? Quando isso acontece, a responsabilidade do cuidado passa a ser transferida da mãe para a equipe de saúde que atua na UTIN. Logo, a mãe precisa afastar-se de seu filho e conviver com sentimentos de angústia, medo e culpa pela internação do bebê, desenvolvendo assim o que chamamos “courageiras na maternagem”.

Compreendemos que a relação mãe-bebê é uma relação afetiva com um componente corporal intenso. Para ser realizada de maneira satisfatória para ambos e – por que não? – prazerosa, é necessário um envolvimento corporal da mãe no cuidado com seu bebê. Por este motivo, defendemos que investir na promoção e no cuidado da saúde das mães representa investir na saúde dos filhos, subsequentemente. Com isso, o investimento em promoção de saúde das mães pode ser benéfico a longo prazo tanto para as famílias quanto para a sociedade como um todo, reduzindo no futuro a quantidade de leitos hospitalares para internação de crianças com doenças crônicas.

Durante a internação, o objetivo da equipe de saúde que atua na UTIN é de que o bebê se recupere o mais rapidamente, minimizando os efeitos e possíveis sequelas de sua condição clínica – reduzindo então a necessidade de possíveis reinternações. Acreditamos ser fundamental para a recuperação do bebê que a equipe de saúde também invista na promoção de saúde das mães através de uma intervenção precoce voltada para o cuidado delas enquanto acompanham a internação de seus filhos na UTIN.

O Ministério da Saúde (MS) desenvolve políticas públicas voltadas à saúde da mulher e da criança, com objetivos de uma atenção integral e humanizada, através de uma equipe multiprofissional para desenvolver a promoção de saúde e a prevenção de agravamentos da saúde (BRASIL, 2012). A presença de musicoterapeutas atuando em equipes multiprofissionais em UTI Neonatal é de grande contribuição às iniciativas preconizadas pelo MS. Através da humanização do ambiente hospitalar vimos minimizar o sofrimento das crianças internadas e de suas mães, em busca de um futuro mais saudável, longe do hospital.

É recomendável que a musicoterapia, bem como o profissional musicoterapeuta qualificado, seja inserida nessa equipe de saúde que atua em UTIN, numa proposta humanizada do cuidado e da assistência que esses bebês e suas mães vêm a receber. Compreendemos a importância deste trabalho a fim de propor uma nova perspectiva, um novo olhar acerca dos serviços de assistência à saúde de recém-nascidos internados

em UTI Neonatal, com a inclusão de serviços de musicoterapia. Um olhar que vise o futuro destas crianças com uma melhor qualidade de vida a partir de um vínculo mais fortalecido entre elas e suas mães, principais responsáveis por seu desenvolvimento no princípio da vida. Isso porque a musicoterapia traz uma abordagem mais próxima da vida dessas famílias, de seus cotidianos fora do ambiente hospitalar, através das canções que fazem parte da “identidade sonora”, da cultura de cada mãe, de cada família...

A maternagem pode ser fortalecida através de canções da “identidade sonora” das mães, utilizadas no *setting* musicoterápico, que facilitam o vínculo entre o musicoterapeuta e as mães por ele atendidas, permitindo com isso a expressão de conteúdos internos e a manifestação – corporal ou musical – de suas emoções. Apesar do cuidado do bebê ser momentaneamente transferido a terceiros durante a internação em UTIN, no grupo de musicoterapia as mães podem perceber que também tem algo a oferecer a seus filhos, através das músicas: seus afetos, suas histórias, suas identificações com aquele ser que elas geraram. Entendemos, portanto, que é preciso cuidar de quem cuida (PENELLO; LUGARINHO, 2013). A assistência da equipe só ocorre no período de internação, mas o vínculo mãe-bebê, uma vez instituído, espera-se que dure por toda a vida desta mãe e desta criança. Dessa maneira, vemos que a mãe que canta expressa suas emoções, liberta-se de suas couraças, transmite ao seu filho uma demonstração de afeto. Este afeto é transmitido ao bebê não só através do canto quanto também através de um toque e de um olhar mais acolhedor, conquistados pela liberação das couraças na maternagem.

É necessário fortalecer os vínculos na relação mãe-bebê para instituir a maternagem e favorecer o cuidado, a cura do RN de forma mais precoce, com a musicoterapia. É preciso chamar a atenção dos gestores de unidades hospitalares que acolhem RNs graves para o acolhimento das mães também, oferecendo um atendimento humanizado através de uma equipe multiprofissional que inclua a participação de musicoterapeutas.

Além disso, é pertinente compreender de que maneira as emoções se manifestam no corpo das pessoas, positiva e negativamente, para pensar os efeitos que a musicoterapia pode provocar no corpo de uma pessoa que esteja tocando e/ou cantando. Portanto, além da assistência humanizada, ressaltamos em nosso trabalho a indicação de que o musicoterapeuta que atue em UTIN tenha uma visão psicocorporal em seu

atendimento, favorecendo assim a assistência por ele oferecida. Isso porque cantar e tocar são movimentos tanto musicais quanto corporais. Recomendamos, então, que os musicoterapeutas leiam não apenas a musicalidade trazida por seus pacientes, mas também o corpo que produz tal musicalidade, uma vez que o fazer musical mobiliza o corpo inteiro. A partir desta mobilização corporal, as mães submetidas ao processo musicoterápico ao longo do período de internação de seus filhos em UTIN podem vir a liberar suas corações, facilitando suas ofertas de cuidado e de afeição para com seus filhos.

Enfim, buscamos apresentar ao longo deste trabalho que, sendo a maternagem bem sucedida fundamental para o desenvolvimento saudável dos bebês, é possível trabalhar com a musicoterapia no alívio das corações na maternagem para o bem-estar das mães na recuperação de recém-nascidos internados em UTINs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, F. M. **O uso de si mesmo**: a direção consciente em relação com o diagnóstico, o funcionamento e o controle da reação. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

BADINTER, E. Um novo valor: o amor materno. In: BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, p. 145-236.

BARCELLOS, L. R. M. Desafios da contemporaneidade: a musicoterapia na sala de diálise no tempo dos IPods. Pode? **Pesquisa e Música**. Revista do Conservatório Brasileiro de Música. v.10/11, n.1, 2010/2011.

BARCELLOS, L. R. M. **A música como metáfora em musicoterapia**. 2009. Tese (Doutorado em Música) – Faculdade de Música, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BARCELLOS, L. R. M. Musicoterapia e atribuição de sentidos: o paciente como narrador musical de sua[s] história[s]. In: OLIVEIRA, H.; CHAGAS, M. (Org.). **Corpo expressivo e construção de sentidos**. Rio de Janeiro: Mauad: Bapera, 2008. p. 23-54.

BARCELLOS, L. R. M. Familiaridade, confortabilidade e previsibilidade da canção popular como “holding” às mães de bebês prematuros. In: BARCELLOS, L. R. M. (Org.). **Vozes da musicoterapia brasileira**. São Paulo: Apontamentos, 2007. p. 81-91.

BARCELLOS, L. R. M. A previsibilidade da canção popular como ‘Holding’ às mães de bebês prematuros. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE MUSICOTERAPIA, 2, 2004, Montevideo. **Anais...** Montevideo, jul. 2004.

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de Musicoterapia**. v. 4. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999. (Etapas do processo musicoterápico ou para uma metodologia de musicoterapia).

BARCELLOS, L. R. M. et al. Definição de musicoterapia. [Editorial]. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.1, n.2, p.4, 1996.

BARCELLOS, L. R. M. **Cadernos de Musicoterapia. v. 1.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BENENZON, R. **Teoria da musicoterapia:** contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. Tradução de Ana Sheila M. de Uricoechea. São Paulo: Summus, 1988.

BERRY, C. R. **Memória corporal:** o que significa a dor e como massagens e terapias podem ajudar na recuperação. Rio de Janeiro: Nova Era, 2003.

BERTHERAT, T.; BERNSTEIN, C. **O corpo tem suas razões:** antiginástica e consciência de si. Tradução de Estela dos Santos Abreu. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

BOFF, L. **O cuidado necessário:** na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. Petrópolis: Vozes, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. **Humaniza SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> Acesso em: 15 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Das diretrizes e objetivos da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. **Portaria MS/GM nº 930, de 10 de maio de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 15 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 2); (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRUSCIA, K. E. **Definindo musicoterapia**. Tradução de Mariza Velloso Fernandez Conde. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CALDAS, A. M. Quando o bebê chega mais cedo: reflexões sobre a atuação do psicólogo em uti neonatal. **TRIEB: Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro**, v. 2, 2003.

CARVALHAES, A. S. **Utilização de canções em sessões de musicoterapia na área materno-infantil**, 2007. Monografia (Especialização em Atenção Integral a Saúde Materno Infantil) - Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CARVALHO, M. L. M. de; KOATZ, G. L. F. Cuidado, coraça e autorregulação na maternidade e na paternidade. In: ENCONTRO PARANAENSE, 14, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 9, 2009, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Centro Reichiano, 2009.

CARVALHO, M. L. M. de. **Cuidado, sociedade e gênero: um estudo com pais cuidadores**, 2007. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CHAGAS, M.; GAZANEO, L. Musicoterapia na humanização: uma proposta de trabalho em Hospital Oncológico. In: CONGRESSO ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA, 15, 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPPOM, 2005. Disponível em: <http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2005/sessao22/marlypinto_laragazaneo.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2012.

CHAGAS, M. Musicoterapia e psicoterapia corporal: aspectos de uma relação possível. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.2, n.3, p.17-25, 1997.

COSTA, C. M. A. Constituição do sujeito, a música, a musicoterapia. In: ENCONTRO DE MUSICOTERAPIA RIO DE JANEIRO, 1, ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 8, JORNADA CIENTÍFICA DO RIO DE JANEIRO, 8, 2008, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: AMTRJ, 2008a. Disponível em: <<http://biblioteca-da-musicoterapia.com/biblioteca/arquivos/artigo/2008%20Clarice%20Moura%20Costa%20constituicao%20do%20sujeito.pdf>> Acesso em: 19 maio 2013.

COSTA, Clarice Moura (Org.). **Musicoterapia no Rio de Janeiro: Novos Rumos**. Rio de Janeiro: CBM, 2008b.

DEL PRIORE, M. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres do Brasil**. 9. ed. São Paulo: Contexto, 2007. p. 78-114.

FARIA, G. A. et al. Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: musicoterapia e dor. **Revista Brasileira de Medicina**, v.69, n.esp. pediatria1, p.21-25, 2012.

FERREIRA, E. A. de B. F. e; PEREIRA, G. T. M. Investigação sobre o uso da canção no atendimento grupal em Musicoterapia em um contexto de quimioterapia ambulatorial: contribuições para o corpo teórico da musicoterapia. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA, 16, 2006, Brasília. **Anais...** Brasília: ANPPOM, 2006. Disponível em: <[http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2006/CDROM/COM/05_Co m_Musterap/sessao01/05COM_Musterap_0102-112.pdf](http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2006/CDROM/COM/05_Co_m_Musterap/sessao01/05COM_Musterap_0102-112.pdf)>. Acesso em: 19 maio 2013.

FRANCO, V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. **Interação em Psicologia**, v.11, n.1, p.113-121, 2007.

FREGTMAN, C. D. O. **Tao da música**. São Paulo: Pensamento, 1986.

GELB, M. **O aprendizado do corpo**: introdução à Técnica de Alexander. Tradução de Jefferson Luiz Camargo São Paulo: Martins Fontes, 1987.

GERSON, K. Moral dilemmas, moral strategies, and the transformation of gender: lessons from two generations of work and family change. **Gender Society**, v. 156, n. 8, p. 8-28, 2002. Disponível em: <<http://gas.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/1/8>>. Acesso em: 1 abril 2007.

KEHL, M. R. O espaço doméstico e a sexualidade da mulher. In: KEHL, M. R. **A mínima diferença**: masculino e feminino na cultura. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.69.

KOATZ, G. L. F. Grupos de musicoterapia no contexto hospitalar. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 14, ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 12, 2012a, Olinda. **Anais...** Olinda: AMTNE: FACHO, 2012a. Disponível em: <http://14simposiomt.files.wordpress.com/2012/02/final_xiv_simpc3b3sio.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2012.

KOATZ, G. L. F. Grupo terapêutico “Vila Leucócitos”. In: FÓRUM ESTADUAL DE MUSICOTERAPIA, 18, 2012b, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: AMTRJ, 2012b. Disponível em: <<http://www.vibroacustica.com.ar/2012/wp-content/uploads/Anais-XVIII-Fo%C3%83%C3%85rum-de-Musicoterapia-AMT-RJ-2012.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2012.

KOATZ, G. L. F. **Música, energia e maternagem**: utilização da consciência corporal em musicoterapia no trabalho com as couraças na maternagem, 2007. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Centro Universitário, Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro.

LOWEN, A.; LOWEN, L. **Exercícios de bioenergética**: o caminho para uma saúde vibrante. Tradução de Vera Lúcia Marinho, Suzana Domingues de Castro. 2. ed. São Paulo: Agora, 1985.

LOWEN, A. **Prazer**: uma abordagem criativa da vida. São Paulo: Círculo do livro, 1970.

MILLECCO FILHO, L. A.; BRANDÃO, M. R. E.; MILLECCO, R. P. (Org.). **É preciso cantar**: musicoterapia, cantos e canções. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

OLSEN, M. **As máscaras mutáveis do buda dourado**: a dimensão espiritual da interpretação teatral. Tradução de Nanci Fernandes. São Paulo: Perspectiva, 2004. (Coleção Estudos, Teatro).

PENELLO, L. M. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). **Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis**: a contribuição da estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013. p. 27-48.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). **Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis**: a contribuição da estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013.

PINHEIRO, M. L. de S. Intervenção precoce na relação mãe-bebê em uma unidade de terapia intensiva neonatal sob a perspectiva psicanalítica: um relato de caso. **Revista de Psicanálise**, v.17, n.179, p. 43-50, 2004.

ROCHA-COUTINHO, M. L. Divididas e multiplicadas: a maternidade para mulheres executivas cariocas. In: D'ÁVILA NETO, M. I.; PEDRO, R. M. L. R. (Org.). **Tecendo o desenvolvimento**: saberes, gênero, ecologia social. Rio de Janeiro: Mauad: Bapera, 2003.

ROCHA-COUTINHO, M. L. De cinderela a mulher maravilha: maternidade em tempos de mudança. **Documenta**, n. 9, 1998.

REICH, W. Contato psíquico e corrente vegetativa: uma contribuição à teoria dos afetos e à técnica caracteranalítica. In: REICH, W. **Análise do caráter**. Tradução de Ricardo Amaral do Rego. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 267-325.

REICH, W. A linguagem expressiva da vida. In: REICH, W. **Análise do caráter**. Tradução de Ricardo Amaral do Rego. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 329-366.

REICH, W. **A função do orgasmo**: problemas econômico, sexuais da energia biológica. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 1975.

SACHS, C. **The history of musical instruments**. New York: W. W. Norton & Company, 1940. (Drover Books on Music).

SANTOS, I. M. M. dos. **A maternagem de mulheres com filho pré-termo**: bases para assistência enfermagem neonatal, 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVA, F. O.; SÁ, L. C. de. A emergência das emoções e sentimentos de pacientes adolescentes portadores de câncer, através da canção. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA, 16, 2006, Brasília. **Anais...** Brasília: ANPPOM, 2006. Disponível em: <http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2006/CDROM/COM/05_Co_m_Musterap/sessao01/05COM_Musterap_0103-183.pdf>. Acesso em: 13 maio 2013.

SOUZA, N. L. de et al. Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. **Revista Saúde Pública**, v.41, n.5, p.704-710, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5965.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2012.

VIANNA, M. N. de S. et al. Music therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: a randomized controlled trial. **Jornal de Pediatria**. v.87, n.3, p.206-212, 2011.

VIANNA, M. N. de S. **Musicoterapia e Aleitamento Materno**, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências em Clínica Médica e Saúde da Criança e do Adolescente) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

VIEIRA, A. C.; MENDES, L. Entre a clínica e a política: o encontro da Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis com a estratégia de saúde da família. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). **Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis**: a contribuição da estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013. p. 221-234.

VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M. **Crescer é uma aventura!** Desenvolvimento emocional segundo a psicologia corporal. 2. ed. Curitiba: Centro Reichiano, 2008.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu, Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago editora, 1975.

WISNIK, J. M. **O som e o sentido**: uma outra história das músicas. 2. ed. São Paulo: Ed. Schwarcz, 2002.

ZIPPINOTTI, L.; PIRES, J. C. **Propostas musicoterápicas para desbloqueio do primeiro segmento**, 1998. Monografia (Graduação de Musicoterapia) - Centro Universitário, Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro.