

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
PUC - SP**

Virginia Maria Mendes Oliveira Coronago

**“Papagaio véio não aprende a falá!?”
Um ensaio polifônico sobre os significados das vivências musicais em grupo de idosos
portadores de doença de Parkinson**

MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

**SÃO PAULO
2009**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
PUC - SP**

Virginia Maria Mendes Oliveira Coronago

“Papagaio véio não aprende a falá!?”

**Um ensaio polifônico sobre os significados das vivências musicais em grupo de idosos
portadores de doença de Parkinson**

Dissertação apresentada à Banca
Examinadora como exigência parcial para
obtenção do título de Mestre em Ciências
Sociais pela Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, sob a orientação da
Prof^a Dr^a Maria Helena Villas Boas
Concone.

**SÃO PAULO
2009**

FICHA CATALOGRÁFICA

C836p Coronago, Virginia Maria Mendes Oliveira.
“Papagaio veio não aprende a fala!?”: um ensaio polifônico sobre os significados das vivências musicais em grupos de idosos portadores da doença de Parkinson./ Virginia Maria Mendes Oliveira Coronago. - São Paulo, SP. – 2009.
132f. il.:col.
Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Departamento de Ciências Sociais - Pontifica Universidade Católica.
Orientador(a): Prof^a. Dr^a Maria Helena Villas Boas Concone.
1.Polifonia - Vivência Musical. 2.Saúde – Idosos. 3. Antropologia - Cultura. I. Título.
CDD:417

Banca Examinadora

Ao meu pai (in memoriam) e a minha mãe, meu espelho; pelo amor incondicional e apoio, em todos os momentos da minha vida, eu dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a minha força, o meu equilíbrio e sabedoria para a realização e finalização deste estudo.

Ao meu marido Ricardo, pela sua capacidade de amar e compreender cada momento de ausência. Agradeço nesta caminhada

Ao meu filho, Daniel, que me faz mais viva e sensível, a cada dia, e que aliviou meu cansaço me acompanhando ao violão enquanto eu cantava para “espantar os males” do *stress* desta jornada.

A Profa. Dra. Maria Helena Vilas Boas Concone, minha orientadora, por ter aceito prontamente o desafio de me acompanhar, apesar da distância geográfica que nos separa. Este trabalho foi uma construção coletiva, sedimentada na sua vivência acadêmica e na sua sabedoria, com todo respeito a minha individualidade. A cada etapa pude saborear momentos únicos da sua presença, especialmente como sua aluna na disciplina “Matrizes do Pensamento Antropológico”. Minha admiração e respeito pela profissional e pelo ser humano sensível, e ao mesmo tempo forte nos enfrentamentos dos desafios da vida.

A minha cunhada e amiga, Geísa, pelo apoio em cada etapa desse processo.

Aos amigos, Jaime e Mom, pelo apoio e carinho .

A Geraldo Vieira, pelos preciosos livros cedidos e presenteados, que muito contribuíram para o crescimento deste estudo.

Aos idosos e a seus familiares cuidadores, que me receberam em seus domicílios com carinho, respeito e boa vontade, possibilitando a elaboração dessa dissertação.

Aos membros da banca, por aceitarem o convite para avaliarem meu estudo e por suas valiosas contribuições.

A minha amiga, Méia, por sua extrema disponibilidade e incentivo em todos os momentos dessa caminhada.

A colega Isleide, pelo apoio prestado no fornecimento de informações úteis a esta construção.

A bolsista técnica em música Nanai, pelo seu carinho e prazer em compartilhar de cada momento vivenciado com os idosos.

As colegas e amigas: Quel e Ziza que compartilharam dos momentos de aprendizagem, pelo carinho e amizade.

A equipe de pesquisadores do projeto TAIP, pela disponibilização de cada informação solicitada.

Aos professores e funcionários da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Aos colegas do mestrado, em especial Romildo, o nosso “coordenador”.

À UESB, pelo apoio que oportunizou a realização deste sonho.

LISTAS DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BA	Bahia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DIRES	Diretoria Regional em Saúde
DP	Doença de Parkinson
DS	Departamento de Saúde
GAM	Grupo de Ajuda Mútua
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SUS	Sistema Único de Saúde
TAIP	Tecnologias Assistivas para Autonomia e Inclusão Social de Idoso Portador de DP
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
SP	São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Reunião do Grupo de Vivências Musicais/ 2007	24
Figura 02: UESB visão parcial do campus de Jequié.....	26
Figura 03: Visão parcial da cidade de Jequié/Bahia	27
Figura 04: Sr. João W. em frente a sua residência.	30
Figura 05: D. Salomé na área externa da UESB.....	32
Figura 06: Sr. Carlos M. com sua família, em sua residência.	33
Figura 07: D. Mônica no dia da entrevista em sua residência.....	34
Figura 08: Reunião com Grupo de bolsistas voluntários e	37
Figura 09: Reunião do Grupo de Vivências Musicais	38
Figura 10: Quadro de notas utilizadas para compor a polifonia da trajetória.	75
Figura 11: Sr. João W. com sua filha trabalhando na feira.	88
Figura 12: D. Mônica e seu esposo (cuidador), em frente a sua residência.	90
Figura 13: Reunião do Grupo de Vivências Musicais	92
Figura 14: D. Salomé com a neta em atividade do Grupo	98
Figura 15: D. Mônica e S. João W. na aula de flauta doce	100
Figura 16: D. Salomé com a bisneta em atividade do Grupo de Vivências Musicais	101
Figura 17: D. Salomé e Sr. João W. desenvolvendo atividades de canto	105
Figura 18: Sr. João W. e a Coord. do GAM em atividade	108

RESUMO

Coronago, V. M. M. O Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica PUC/SP para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

O presente estudo teve como objetivo compreender os sentidos da experiência das Vivências Musicais em grupo de idosos portadores da Doença de Parkinson (DP), e integrá-los em significados socialmente construídos, por meio da análise etnográfica interpretativa. Para isso, tomamos como apoio o referencial teórico da antropologia interpretativa de Clifford Geertz. É uma pesquisa com abordagem metodológica qualitativa, realizada a partir do Projeto TAIP - Tecnologias Assistivas para Autonomia e Inclusão Social de Idoso Portador de DP - desenvolvido junto a Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (Florianópolis-SC) e a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB (Campus de Jequié – Bahia), lócus da pesquisa aqui relatada. Participaram do estudo quatro informantes, idosos que freqüentaram o grupo de Vivências Musicais em períodos distintos de dois semestres durante o ano de 2007. Para a coleta das informações foram realizadas observações participantes e entrevistas semi-estruturadas no domicílio dos informantes, durante o período das atividades e após o seu término. Foram identificados os códigos que apontaram o sentido da experiência o que, posteriormente, serviu de guia para as unidades de sentidos e a construção dos núcleos de significados: “A polifonia dos significados: do adoecer por DP às vivências musicais – uma trajetória construída”; “Vivências Musicais: o lugar da música no contexto integral da pessoa idosa portadora da DP”. Partindo dos resultados obtidos desenvolvemos uma reflexão baseada nos princípios do músico e neurologista Oliver Sacks a fim de compreender o que se experimenta com a escuta e o fazer musical. Finalizamos com a consideração de que as teias tecidas entre o passado presente e expectativas de futuro por esse grupo de informantes se configuraram na busca de um viver melhor, através da participação em atividades que promovam o bem-estar e a re-inserção social. Tudo isso corrobora para a compreensão de que a música constitui-se numa alternativa viável, que possibilita minimizar os impactos causados pela DP, e o seu poder e seu espaço relacional são aliados importantes no desenvolvimento da saúde integral e bem estar do ser humano que vive/envelhece.

PALAVRAS-CHAVE: Música, Saúde, Envelhecimento, Doença de Parkinson e Antropologia.

ABSTRACT

This study aimed to understand the meanings of the experience of Musical Experiences in a group of elderly patients of Parkinson's disease (PD), and integrate them into socially constructed meanings, through the ethnographic analysis interpretative. For this, as I support the theoretical framework of interpretative anthropology of Clifford Geertz. It is a methodological approach with qualitative research, conducted from the Project TAIP - Assistive Technology for Autonomy and Social Inclusion of elderly people with PD - developed at the Federal University of Santa Catarina - UFSC (Florianópolis, SC) and the State University of Southwest Bahia, UESB (Campus Jequié - Bahia), locus of the research reported here. Four informants participated in the study, seniors who attended the group to experience music in different periods of two semesters during the year 2007. For the collection of information were conducted participant observations, semi-structured interviews in the homes of informants during the activity and after it ends. We identified the codes that indicate the meaning of the experience that, subsequently, served as a guide to the units of meaning and the construction of clusters of meanings: "The polyphony of meanings: the ill by DP to musical experiences - a career built"; "Musical experience: the place of music in the context of the entire elderly person carrying the DP." Based on the results reflect a development based on the principles of the musician and neurologist Oliver Sacks in order to understand what is experienced with listening and make music. Completed with the consideration of the webs woven between the past and present expectations of future for this group of informants is a setup in search of better living through participation in activities that promote the welfare and social reintegration. All this confirms for the understanding of that music is an alternative, which allows to minimize the impacts caused by the DP, and its power and its relational space are important allies in the development of integrated health and welfare of human beings living / ages.

KEYWORDS: Music, Health, Aging, Parkinson's disease and Anthropology

Sumário

Prelúdio	14
1. Desenho da pesquisa	Erro! Indicador não definido.
1.1 Local do estudo.....	Erro! Indicador não definido.
1.2 Participantes do estudo	Erro! Indicador não definido.
1.3 Aspectos Éticos do Estudo	Erro! Indicador não definido.
1.4 Coleta de informações	Erro! Indicador não definido.
1.5 Análise das informações	Erro! Indicador não definido.
2. Dinâmica da Vida/O processo de Viver/A Música	Erro! Indicador não definido.
2.1 Longevidade no Brasil.....	Erro! Indicador não definido.
2.2 Paradoxos da idade	Erro! Indicador não definido.
2.3 O quem vem a ser a Doença de Parkinson?	Erro! Indicador não definido.
2.4 Possibilidades de um melhor viver.....	Erro! Indicador não definido.
2.5 A Música	Erro! Indicador não definido.
2.5.1 Estranhamentos causados pela música	Erro! Indicador não definido.
2.5.2 Música e memória.....	Erro! Indicador não definido.
2.5.3 A Música em contexto terapêutico de pessoas portadoras de doença de Parkinson	Erro! Indicador não definido.
2.5.4 Música para o corpo e a mente	Erro! Indicador não definido.
3. A Polifonia dos Significados: do adoecer por DP às Vivências Musicais – Uma Trajetória Construída	Erro! Indicador não definido.
3.1 A construção da trajetória da doença: Impactos do diagnóstico.....	Erro! Indicador não definido.
3.1.2 Riscos para a exclusão social	Erro! Indicador não definido.
3.1.3 Vivência da Pessoa Idosa com as Teias do Suporte Social.....	Erro! Indicador não definido.
3.1.4 O suporte familiar	Erro! Indicador não definido.
3.1.5 O suporte do grupo.....	Erro! Indicador não definido.
3.1.6 O suporte espiritual.....	Erro! Indicador não definido.
3.2 Vivências Musicais: O lugar da música no contexto integral da pessoa idosa portadora de doença de Parkinson	Erro! Indicador não definido.
3.2.1 Trilhando nos caminhos da música.....	Erro! Indicador não definido.
3.2.2 O significado da música	Erro! Indicador não definido.
3.2.3 A música na vida social	Erro! Indicador não definido.
3.2.4 A música em conexão com o corpo físico	Erro! Indicador não definido.
3.2.5 A música em conexão com o psicológico/emocional.....	Erro! Indicador não definido.
3.2.6 A música como prática cultural	Erro! Indicador não definido.
Poslúdio / Conclusões parciais	Erro! Indicador não definido.
Referências.....	Erro! Indicador não definido.
Apêndice	Erro! Indicador não definido.
Anexos	Erro! Indicador não definido.



Prelúdio
Momento de reflexão

Prelúdio1

Inúmeras circunstâncias proporcionaram-me a oportunidade de percorrer caminhos para apresentar um estudo que, aparentemente simples, não abdica da riqueza e da profundidade das idéias aqui contidas.

Meu primeiro estímulo para estudar música foi aos cinco anos de idade. Comecei a estudar piano, e dentro da minha sabedoria infantil sentia que a música já fazia parte da minha vida. Concluí o curso técnico de piano em 1983, no Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro, quando concluía, também, os estudos de segundo grau. Em 1984 fui aprovada no curso de Licenciatura em Música pela Universidade Católica do Salvador/Bahia. Como todo pianista, passei muito tempo estudando através de métodos convencionais do ensino da música. Aprendi teoria, harmonia e morfologia numa interface com a música. Todo esse conteúdo apreendido foi potencialmente reafirmado no curso superior de música. Ao concluir o curso de graduação, me deparei com alguns desafios comuns à maioria dos recém-formados: a aplicação e a adequação das teorias às práticas.

Dentre algumas possibilidades no campo de trabalho, optei em ensinar musicalização, piano e teclado em escolas particulares. Na maior parte do tempo, trabalhava com crianças e adolescentes, e utilizava métodos pré-determinados pelas escolas, quando surgiu um aluno com outro perfil: Sr. Francisco – idoso, com 64 anos de idade, alimentava um sonho de tocar um instrumento. Ao chegar à escola, revelou o seu sonho e o seu temor com um velho ditado popular: “papagaio véio não aprende a falá!?”. Foi quando refleti e argumentei, sem muita convicção, que isso não procedia. Na verdade, os métodos utilizados nas escolas eram pensados para crianças e os repertórios oferecidos pelos métodos convencionais não despertavam interesse nos adultos. Assim, logo que Sr. Francisco fez a matrícula, comecei a imaginar um caminho que o estimulasse e que atendesse a suas expectativas.

1 De acordo com o Glossário de Música da Editora Abril (1984) Prelúdio é a introdução de uma obra musical, com o mesmo sentido de abertura, ou peça independente, de forma livre.

Conversamos então, sobre as canções da sua preferência, se gostaria de aprender a tocá-las. Fiz uma relação dessas canções, e as organizei por ordem de dificuldades. Com relação as canções que eu desconhecia, solicitei dele que as trouxesse em discos ou fitas cassete, ou que cantasse para que eu pudesse ouvir e transferir para a partitura. Começamos com as aulas de teoria musical aplicada ao instrumento. Aluno determinado, inteligente e disciplinado, as práticas musicais começaram a fazer parte do seu cotidiano.

Com aulas freqüentes, após um ano de estudo, fui convidada para o seu aniversário de sessenta e cinco anos. Ele iria tocar pela primeira vez para a sua família. Sr. Francisco tocou durante a festa por pouco mais de uma hora. Todos ficaram surpresos, e pude observar o que esse momento representou na sua vida. Na verdade, muitos desses sonhos não se realizam apenas por uma convicção que permeia essa nossa cultura do envelhecer - uma visão limitadora, preconceituosa, que vem sendo transformada lentamente mas que carece de mais reflexão e de novos investimentos.

Dentre os caminhos percorridos, fui nomeada para o cargo de músico no ano de 1998 na Universidade Estadual da Bahia, *Campus* de Jequié, localizado a 150 Km minha cidade. Foram três anos trabalhando nesse *campus*, com projetos de extensão na área musical, e posso assegurar que grande parte do meu envolvimento no presente trabalho se deve às experiências com essa realidade e as expectativas, então criadas.

No ano de 1999, fui convidada pela Prof^a Ms Edmeia Campos Meira, a participar do processo de implantação do Programa UATI (Universidade Aberta com a Terceira Idade), um projeto interdisciplinar, reconhecido e aprovado pelo Departamento de Saúde e pela Pró-Reitoria de Extensão da referida Universidade, quando mobilizamos a Universidade para a possibilidade de oferecimento de diversas oficinas voltadas para o público idoso.

Entre as ações oferecidas estava a Oficina de Cantoterapia, que obteve bastante aceitação da clientela, fixando um público de sessenta (60) pessoas. A oficina era desenvolvida numa sala de aula da Universidade. O grupo era assíduo e motivado. Além do trabalho desenvolvido em sala, aconteciam apresentações públicas em eventos da instituição, da comunidade em geral e

em outras cidades. Essa experiência foi altamente motivadora e me despertou para os estudos sobre o processo de envelhecimento, quando me integrei ao GREPE - Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Envelhecimento. Algumas das minhas ações foram desenvolvidas junto ao grupo, e apresentei o meu primeiro trabalho, no I Congresso de Geriatria e Gerontologia do Mercosul, cujo tema era: “Cantando a vida na terceira idade”. Este trabalho objetivava um redimensionamento das condições de vida do homem que vive/envelhece, através do exercício sócio/político/cultural, sendo utilizadas as práticas musicais como exercício que promove a integração, o equilíbrio emocional e a ampliação dos conhecimentos e práticas culturais que valorizem a auto-estima, na perspectiva de uma vida em plenitude.

Todas estas experiências reafirmam o meu compromisso social e apontam para a continuidade de pesquisas e ações que atendam ao público idoso. Atualmente, além da assessoria em música junto ao Projeto TAIP – Tecnologias Assistivas Para Inclusão do Idoso Portador de Parkinson – coordeno e ministro Oficinas de Cantoterapia para um grupo de pessoas com idade acima de 50 anos. Esse grupo se reúne no Centro de Cultura Camilo de Jesus Lima, em Vitória da Conquista, desde março de 2006, com atividades diversas: aulas de musicalização e cantoterapia, apresentações públicas, pesquisas e registros de músicas populares e canções folclóricas, culminando em 2008 com a gravação de um CD.

Considerando a dimensão dos trabalhos desenvolvidos nessa caminhada, optei por um estudo mais aprofundado, e compreendi que seria oportuno dar visibilidade às ações desenvolvidas, através da música, junto ao Projeto TAIP.

O projeto interinstitucional TAIP foi desenvolvido em dois contextos: junto a Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (Florianópolis-SC) e a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB (Campus de Jequié – Bahia), lócus da pesquisa aqui relatada.

Em se tratando de idoso portador de DP, as ações sociais eram praticamente inexistentes nesse município, sendo que esse público começou a receber atenção a partir do projeto TAIP; o portador de DP e a sua família cuidadora participavam de atividades multi-profissionais por meio dos

subprojetos: o Grupo de Ajuda Mútua (GAM), a Fisioterapia, a Educação Física e o Grupo de Vivências Musicais.

As Vivências Musicais se realizaram por dois semestres do ano de 2007, com frequência de duas horas semanais. Os idosos que se propuseram a fazer parte deste estudo eram adequadamente conduzidos desde a sua residência até o local planejado para a realização das atividades no *campus* da UESB.

As atividades eram desenvolvidas pela bolsista técnica em música e discentes dos cursos de fisioterapia e enfermagem, e foram idealizadas compondo um conjunto de procedimentos técnicos baseados em referenciais da área da música, incluindo: atividades rítmicas corporais; técnica vocal; prática de canto em grupo; leitura de textos e de letras de canções; prática de instrumento de sopro, sendo a flauta o instrumento utilizado. Procedimentos iniciais desenvolvidos junto aos portadores de DP, em cada atividade nominada:

a) Atividades rítmicas e corporais: Exercícios de pulsação rítmica observando as constâncias e inconstâncias dos andamentos musicais associado aos movimentos corporais. Observação das categorias de movimentos com vistas a compará-los: o ritmo do andar, do falar, do cantar e do tocar. Observação das variantes rítmicas das músicas associando-as ao ritmo dos movimentos corporais. Aplicação de exercícios rítmicos a partir de percussão corporal. Aplicação de exercícios rítmicos com instrumentos musicais de percussão.

b) Atividades de técnicas vocais: Auto conhecimento da voz: altura, intensidade, timbre e extensão vocal. Aplicação de vocalizes com as vogais, exercício com pequenas frases musicais e com notas musicais, repetição de frases musicais com o acompanhamento do instrumento, utilizando sons ascendentes e descendentes da escala musical. Exercícios de dicção e imitação vocal: utilização de trava-línguas e textos rítmicos a partir de ditados populares. Exercícios cantados utilizando a dinâmica da música: FF (forte), mF (meio forte), P (piano), mP (meio piano), pp (pianíssimo). Exercícios cantados para expansão dos limites vocais: entoação de diversas frases musicais em diferentes tonalidades. A fonação no canto: vibração

(cordas vocais: ataque e finalização), articulação (emprego ideal dos fonemas), ressonância (variedades de ressonâncias da voz), saúde vocal.

c) Atividades técnicas de respiração: Exercícios respiratórios para emissão vocal: utilizando a respiração diafragmática e intercostal. Exercícios para aumentar o controle da respiração: inspiração e retenção do ar contando mentalmente seguido de expiração gradativa. Entoação de sons e notas musicais a uma só inspiração.

d) Práticas de canto em grupo: Execução de canções simples pré-determinadas e de livre escolha do grupo. Estimulação da memória por meio de canções. Escuta de trechos musicais para identificação de variantes rítmicas e suas implicações no comportamento humano. Exercícios melódicos de concentração, sensibilidade auditiva, manutenção do volume e operacionalização da voz falada/cantada.

e) Práticas de instrumento de sopro-flauta doce: Conhecimento do instrumento e suas possibilidades. Exercícios posturais para emissão do som. Exercícios rítmicos associados a exercícios respiratórios. Aplicação de técnicas de respiração para sons curtos e longos. Conhecimento das figuras musicais: representação da nota musical.

Nas reuniões, eram distribuídos materiais educativos e mensagens de reflexão. Em cada semana que precedia a reunião eram realizadas visitas domiciliares (pelas bolsistas e voluntárias do projeto) para fortalecimento das práticas musicais, acompanhamento e avaliação junto aos idosos participantes.

Essa experiência culminou com execução de um subprojeto intitulado: **Tecnologia Assistiva em Vivências Musicais na Recuperação Vocal dos Idosos Portadores de Doença de Parkinson**, para avaliar a eficácia e efetividade dos procedimentos utilizados. Três instrumentos foram aplicados: instrumento próprio elaborado com base nos elementos musicais estruturados para verificar o desempenho da linguagem falada e cantada, a aplicação da Escala de Steglish (1976) que mede a auto-estima/auto-imagem e a de WHOQOL-Breve (OMS, 2001) que avalia a qualidade de vida. Esses dois últimos já têm confiabilidade e validade estabelecidas. Quanto ao que foi construído para a avaliação da linguagem foram incluídos itens como: a

emissão vocal considerando volume e ritmo de voz falada e cantada, a dinâmica respiratória, a performance vocal associada ao desenvolvimento postural na emissão da voz (CORONAGO, 2008).

A partir desse subprojeto surgiram novos questionamentos que serão abordados nesse estudo, e que são de natureza qualitativa, resultado de observações e anotações com o objetivo de expor, de forma acessível, a significação dessas práticas musicais na manutenção e/ou recuperação da autonomia, independência e reinserção social dos idosos portadores de doença de Parkinson, considerando as práticas culturais que evidenciam os laços sociais diversos.

Os enfoques adotados envolvem áreas distintas que se entrecruzam no universo da arte, enriquecidos pela multiplicidade de novas possibilidades. Utilizamos o termo “Movimento²” para constituição das partes mutuamente relacionadas: inicia-se com uma abordagem de cunho descritivo (o desenho da pesquisa), passando por um caráter mais filosófico (velhice/envelhecimento e as transformações, a doença de Parkinson e a música como prática cultural em saúde), chegando ao teor mais analítico a partir das experiências.

No Primeiro Movimento serão apresentados os procedimentos metodológicos ou o desenho da pesquisa: o local, contexto dos participantes, aspectos éticos do estudo e os caminhos utilizados para a coleta de informações.

No Segundo Movimento será feita uma revisão de literatura sobre o processo sócio cultural do envelhecimento, enfocando aspectos diversos, e trazendo dados valiosos à compreensão dos sistemas simbólicos partilhados coletivamente, dimensão a ser contrastada com a realidade do envelhecimento em diferentes contextos. Nessa mesma linha mostra-se-á como a reprodução de estigmas e preconceitos quanto à velhice, reforçada pelos saberes constituídos nesse campo e pelos próprios idosos, dá-se em meio às resistências e às aberturas a novas expressões caracterizando uma época de transição de valores.

2 De acordo com o Glossário de Música da Editora Abril (1984) em música o termo Movimento se refere a cada uma das partes destacadas de uma composição musical.

Temáticas contemporâneas serão tratadas com relação ao individualismo moderno e a busca de espaços de interações, incluindo as novas formas de relações que vão ocupando o lugar da família patriarcal, dando ênfase à importância da convivência social e chamando a atenção para o valor das redes de solidariedade e formação dos grupos o que reafirma nossa necessidade primária de pertencimento. Apresentaremos um pequeno histórico da Doença de Parkinson e alguns sintomas mais prevalentes dessa patologia. Utilizaremos de bases teóricas da saúde para compreensão dos fatores físicos/comportamentais comuns aos parkinsonianos. Ainda nesse movimento, inicio o diálogo sobre a música como prática cultural em saúde. Apontamos para essa possibilidade de ser socializada com a disseminação de estudos que consolidam e/ou exploram novas perspectivas de pesquisa.

Também será enfatizada a família, a espiritualidade e a importância do Grupo de Ajuda Mútua (GAM)³ como estratégia de cuidados para idosos com Doença de Parkinson (DP), na perspectiva de inclusão e ampliação da rede de suporte social.

No terceiro movimento, introduziremos o modelo “polifônico” de apresentação recorrendo a, praticamente, todos esses temas: envelhecimento, antropologia, música e saúde considerando, essencialmente, a cultura construída a partir de uma estrutura simbólica. Pretendemos colocar em foco experiências da vida cotidiana que servem como “agentes positivos na criação e manutenção da sensibilidade” (GEERTZ, 1989, p.211).

Nesta perspectiva, este modelo de construção coletiva, tem a finalidade explícita de reduzir o anonimato da identidade do grupo, da instituição, dos idosos, e profissionais, enquanto sujeitos de investigação porque é de suma importância que esta experiência, envolvendo idosos portadores de DP seja

3 O GAM constitui-se em um programa já adotado em serviços de saúde (ambulatório, unidade básica de saúde, hospital) com significativo impacto no processo de viver de seus integrantes, pois se trata de um espaço apoiado em relações de confiança que possibilita a livre expressão de sentimentos e o compartilhar de vivências, informações atualizadas sobre a doença e estratégias de cuidado, e ainda, a discussão de situações que exigem tomadas de decisão frente a necessidades físicas ou psicossociais. Enfim, o GAM promove o apoio mútuo para o enfrentamento de perdas progressivas e limitações impostas pelo problema vivenciado, favorecendo a autonomia, independência e o empoderamento das pessoas, resultando na manutenção de vínculos sociais ou na criação de novos vínculos. Em nossa vivência o GAM, além de corresponder a um novo espaço de identificação de suporte social para os portadores e seus familiares, favoreceu a constituição de uma rede ampliada útil às demandas do grupo na perspectiva da integralidade da pessoa. As atividades do GAM aconteceram paralelamente às Vivências Musicais.

vista como um importante passo na longa caminhada em busca do aprofundamento e do objetivo que desejo alcançar.

As páginas seguintes irão apontar os caminhos percorridos para realização dessa pesquisa, e as abordagens necessárias para compreensão das análises que serão realizadas ao longo deste estudo.

I MOVIMENTO



1. Desenho da Pesquisa

1.Desenho da pesquisa

Nesta pesquisa de abordagem metodológica qualitativa utilizamos o **estudo de caso** embasado em alguns pressupostos da etnografia. Nosso objetivo era identificar os aspectos culturais que norteiam a experiência dos idosos portadores de Doença de Parkinson participantes do grupo Vivências Musicais, uma ação do Projeto TAIP - Tecnologia Assistiva para Autonomia e Inclusão Social de Idoso Portador da Doença de Parkinson.

Estudar a cultura, de acordo com o pensamento de Geertz (1989), é buscar entender a teia de significados construídos pelos homens em uma dada sociedade. Assim, a tarefa é a de buscar as interpretações dos sujeitos acerca de seu mundo social e dos modos de pensamento diretamente observáveis em suas experiências construídas sob a direção dos significados dos símbolos compartilhados. A observação de experiências compartilhadas, mais especificamente, das experiências dos idosos nas Vivências Musicais constituiu, de acordo com essa perspectiva, a base da nossa etnografia. Percebemos que esta busca permite, também, compreender a estrutura das relações que ocorrem dentro de uma determinada proposta no conjunto de um projeto maior, o que, concomitantemente, favorece as questões referentes a todos os envolvidos no processo.

De acordo com Turato (2003), os métodos qualitativos vieram a adquirir *status* científico com os trabalhos dos antropólogos. A disciplina Antropologia, com seus métodos qualitativos desenvolveu a etnografia, que revolucionou o campo. A história atribui a Malinowski o pioneirismo na metodologia científica qualitativa, considerando que os dados obtidos com a experiência de campo eram baseados em experiências humanas particulares, baseadas, também, na observação e procuradas “indutivamente” (TURATO, 2003, p.185-186). De fato, outros antropólogos trabalharam segundo essa abordagem chamada hoje qualitativa, contudo, não se pode negar que Malinowski no seu famoso texto “Argonautas do Pacífico Ocidental”, estabeleceu de modo claro e ordenado um conjunto de regras para o desenvolvimento do trabalho de campo, tendo assim estabelecido as bases do

que considerava um trabalho etnográfico bem conduzido e daquilo que ele chamou de observação participante.

O **estudo de caso** é um dos caminhos mais utilizados para realização da pesquisa qualitativa em ciências sociais aplicadas. O **caso** é uma unidade de análise, que pode ser um indivíduo, uma instituição, um pequeno grupo, uma comunidade. Todavia, casos também podem ser definidos como eventos ou fenômenos que ocorrem numa determinada localidade. Um **caso** pode ser caracterizado como um fenômeno simples ou complexo, mas para ser considerado como tal, ele precisa ser específico (DENZIN e LINCOLN, 2005).

Assim, o **estudo de caso** pode ser escolhido porque é um exemplo de uma classe ou porque é, simplesmente, algo instigante. Neste estudo o **caso** é a experiência dos idosos portadores de Parkinson integrantes do Projeto TAIP, e participantes das Vivências Musicais em grupo.



Figura 01: Reunião do Grupo de Vivências Musicais/ 2007

Fonte: Acervo do Projeto TAIP

A utilização do **estudo de caso** proporciona um maior conhecimento e envolvimento do pesquisador com uma situação real observada. O objetivo é descrever, entender, avaliar, explorar essa situação e, a partir daí, mergulhar em significados e estabelecer ações.

Para embasar este **estudo de caso**, alguns pressupostos da etnografia foram utilizados a fim de permitir a coleta de informações, de modo que fosse identificada a base cultural que fundamenta a experiência do idoso portador da Doença de Parkinson com o grupo de Vivências Musicais.

Para Geertz, compreender o que é etnografia ou a prática da etnografia é começar a entender o que representa a análise antropológica como forma de conhecimento. O autor sugere a análise a partir de escolhas entre as estruturas de significação e a determinação de sua base social e da sua importância. Geertz (1997) descreve os enfrentamentos do etnógrafo, e reflete sobre a multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas as outras que são simultaneamente estranhas, irregulares, inexplicáveis e tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar (GEERTZ, 1997 p.7).

Fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de “construir leitura de”) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escritos não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado (GEERTZ, 1997, p.9).

Desse modo, a etnografia refere-se a uma “descrição densa” dos fenômenos, e o grande desafio é dar uma “dimensão justa”; “limitar, especificar, enfocar e conter” a forma em que os conceitos científicos se desenvolvem; essa é a maior preocupação no estudo da antropologia.

Três são as características da descrição etnográfica, preconizadas por Geertz (1997, p. 15) e que nos serviram de bússola nesta pesquisa:

- ela é interpretativa;
- o que se interpreta é o fluxo do discurso social;
- a interpretação consiste em salvar o “dito” num tal discurso da sua posição de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis.

Para Geertz (1997, p.15) o problema de como retirar de uma “coleção de miniaturas etnográficas uma ampla paisagem cultural de um local, de uma época ou de uma civilização não se faz passando por cima de alusões às virtudes do concreto e da mente comum”. Os modelos metodológicos que os próprios antropólogos elaboraram tem sido de fato tão insuficientes como qualquer coisa que seus críticos foram capazes de inventar contra eles. Se os estudos localizados, “microscópicos”, fossem realmente dependentes de tais premissas para sua maior relevância eles não teriam relevância. (GEERTZ, 1997, p.15).

O problema metodológico que a etnografia apresenta é tanto real como crítico. E esse problema não será solucionado observando uma “localidade remota”, mas através da compreensão de que as ações sociais são comentários a respeito de mais do que elas mesmas; e importa que, de onde vem uma interpretação não determina para onde ela poderá ser impelida a ir. Fatos pequenos poderão se relacionar a grandes temas, porque eles são levados a isso (GEERTZ, 1997, p.17).

1.1 Local do estudo

O estudo foi realizado nos domicílios dos idosos e na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Jequié onde aconteceram as reuniões do grupo de Vivência Musical, uma ação do Projeto TAIP.

O projeto TAIP foi desenvolvido em dois contextos: Florianópolis, SC (sede-UFSC/PEN/GESPI) e Jequié, BA (UESB/DS/GREPE). O presente estudo refere-se ao realizado em Jequié, BA, na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB.



Figura 02: UESB visão parcial do *campus* de Jequié
Fonte: Internet site de busca Google, 2009

O município de Jequié localiza-se no sudoeste da Bahia, a 360 km da capital, com território de 3035 km², possuindo 148.186 habitantes. Destes, 13.178 são idosos o que representa 9,5% da população total, sendo que 7.193 estão entre as idades de 60 e 69 anos, 4.462 entre 70 a 79 anos e 2.523 com idade superior a 80 anos (IBGE, 2000). Informações mais recentes mostram

pequena variação nos dados acima, assim o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), computou para o ano de 2005, 148.724 habitantes no município enquanto Vilela et. al (2006), baseados em informações do mesmo Instituto, referentes a 2004, apontam que a população idosa jequieense representa 9,6% da total, o que se traduz em 14.224 idosos.

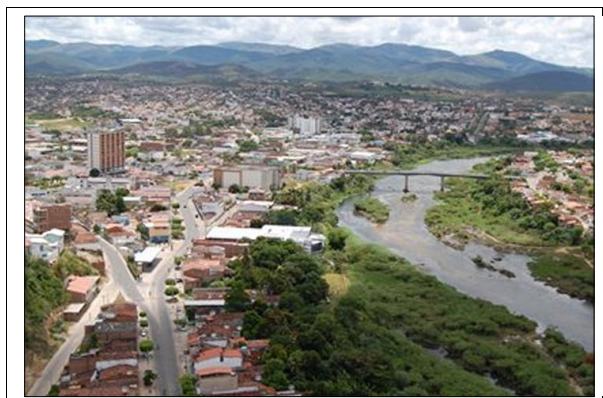


Figura 03: Visão parcial da cidade de Jequié/Bahia
Fonte: <http://zeniltonmeira.blogspot.com/2009>

Em se tratando de idoso portador de Doença de Parkinson, as ações eram praticamente inexistentes no contexto estudado. Esse público começou a integrar-se em grupo e receber atenção a partir do referido projeto interinstitucional de pesquisa, em que o portador de DP e sua família cuidadora participam de atividades multiprofissionais por meio dos subprojetos que integram o Grupo de Ajuda Mútua coordenado pela equipe de Enfermagem do projeto com Fisioterapia, Vivências musicais, sob a coordenação de uma profissional de musica, e atividades de vivências corporais, coordenado por profissionais de Educação Física.

Esta unidade foi a escolhida para o estudo pelo fato de iniciarmos estudos e pesquisas sobre o envelhecimento junto à equipe institucional que desenvolve e coordena tais ações.

Numa perspectiva etnográfica, investigar a realidade social pressupõe uma relação estabelecida e faz-se necessário que o pesquisador estabeleça uma relação de proximidade e confiança com seus informantes (TURATO, 2003).

Essa aproximação confirma a impossibilidade de uma objetividade absoluta, por isso tentamos controlar os fatores externos que nos acompanham

nesse processo de construção do conhecimento, nossas crenças, práticas e hábitos também foram objetos de investigação.

1.2 Participantes do estudo

O projeto TAIP associa ensino pesquisa e extensão. O Grupo de Ajuda Mútua - GAM foi formado por doze idosos portadores de DP e suas famílias. O referido grupo foi localizado e composto a partir de uma lista de pacientes que recebiam medicação específica para a doença, disponível na Diretoria Regional de Saúde - DIRES (13ª correspondente a Grande Jequié, BA). Localizamos também portadores entre pacientes que freqüentavam a Clínica de Fisioterapia da UESB/DS, sendo formado o *lócus* da pesquisa com a reunião de potenciais participantes do estudo.

A população alvo, após a entrada em campo, se constituiu de quatro idosos participantes das Vivências Musicais. Esses se voluntariaram a participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, observando o previsto na Resolução nº196/96, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (Apêndice A). Foram esclarecidos sobre o objetivo e a finalidade deste estudo bem como a manutenção dos seus nomes em sigilo e anonimato por meio de nomes fictícios como também o acesso a todos os dados e a liberdade de desistir do estudo, se o desejassem (BRASIL, 1996).

A decisão para escolha dos idosos foi feita junto com a equipe do projeto TAIP. Agendamos uma reunião com parte da equipe do projeto; estavam presentes, a coordenadora local e a bolsista técnica de música. A reunião aconteceu no dia seis de dezembro de dois mil e oito na residência da bolsista de música. Dialogamos sobre as possibilidades, e optamos por trabalhar com dois idosos que se mostraram assíduos nas atividades propostas, e mais dois que por motivos pessoais, não apresentaram uma constância presencial às reuniões do grupo.

As vozes representadas pelos idosos farão um contraponto com as vozes dos profissionais da saúde e autores através de citações e reflexões

caracterizando a forma polifônica de apresentação no texto. A forma polifônica é apresentada na literatura como a multiplicidade de vozes, mediadas pelos pontos de vista e modos de presença no mundo discursivo (LOPES, 2008). A palavra polifonia vem do grego, e significa várias vozes. Pesquisando sobre o significado do romance polifônico, encontramos definições como aquela em que cada personagem funciona como um ser autônomo com visão de mundo, voz e posição própria. Em linguística, polifonia é, segundo Mikhail Bakhtin, a presença de outros textos dentro de um texto, causada pela inserção do autor num contexto que já inclui previamente textos anteriores que o inspiram ou o influenciam.

A polifonia na música é a utilização das várias vozes da harmonia em linhas melódicas distintas, e que num sentido estrito, também engloba a homofonia (melodia acompanhada, com a predominância de uma voz sobre as outras); o termo polifonia deve ser utilizado somente quando todas as vozes apresentam o mesmo "peso" dentro da estrutura musical (LOPES, 2008).

Os estudos constroem-se sobre outros estudos, não no sentido de que retomam onde outros deixaram, mas no sentido de que, melhor informados e melhor conceitualizados, eles mergulham mais profundamente nas mesmas coisas [...] Fatos anteriormente descobertos são mobilizados, conceitos anteriormente desenvolvidos são usados, hipóteses formuladas anteriormente são testadas. (GEERTZ, 1997 p. 18)

Contexto dos participantes:

Todos os idosos selecionados se mostraram interessados em colaborar com a pesquisa. Dentre os colaboradores, destaca-se o Sr. João W., que demonstrou grande prazer em falar sobre a sua experiência e que se colocou à disposição de estudantes e pesquisadores que o procuraram para um aprofundamento dos estudos.

Contexto de Sr. João W.



Figura 04: Sr. João W. em frente a sua residência.
Fonte: Pesquisa de campo, 2008.
Autora: Virginia Coronago

Sr. João W. tem 60 anos, mostra-se em boa forma física, talvez pelo hábito de andar de bicicleta, diariamente. Parece ser muito paciente e determinado. Ele é casado e tem três filhos. Trabalha como feirante, vende basicamente farinha de vários tipos e biscoitos sortidos. Trabalha com ajuda da família, e relata que a sua renda familiar é de aproximadamente dois salários mínimos. Não concluiu os estudos do ensino fundamental. Vive com a esposa e a filha que é a sua cuidadora. Não tem história familiar de Doença de Parkinson, e confirma dois anos de diagnóstico da doença.

É assíduo as atividades do grupo de vivências musicais, e segundo a bolsista técnica em música que desenvolve as atividades, Sr. João W. se destaca quando toca a flauta doce. Ele mostra interesse e muita afinidade com o instrumento. De acordo com o relatório apresentado pelo grupo de pesquisa, Sr. João W. participava ativamente das reuniões, realizando com prazer e desenvoltura todas as atividades propostas. Assim, melhorou a intensidade e o ritmo da emissão vocal, que no início eram considerados lento e baixa. Nas visitas domiciliares, o mesmo apresentava bom desempenho na realização das atividades musicais.

Antes da primeira entrevista oficial houve um contato na feira livre onde Sr. João W trabalha. Fomos, eu e a coordenadora local do Projeto TAIP, num domingo, dia sete de dezembro de dois mil e oito conversamos e agendamos o próximo encontro. Sentimos a cordialidade e a receptividade do

colaborador. Ele falou da sua alegria em contribuir para a pesquisa. Apresentou-nos a sua filha caçula, e muito satisfeito nos informou que a mesma iniciou seus estudos no curso técnico em enfermagem. Sr. João W. solicitou que a filha nos passasse o número do seu celular para facilitar os próximos contatos.

Como combinado, ligamos de Vitória da Conquista no dia quinze de dezembro do referido ano para confirmar a entrevista. Não conseguimos falar com Sr. João W. e a sua filha me pediu que ligasse no dia seguinte.

Concluímos que seria mais prático irmos a Jequié, e chegando lá, num novo contato, combinarmos a data e o horário do nosso encontro. Saímos de Vitória da Conquista no dia dezesseis de dezembro de dois mil e oito, às oito e trinta. Chegamos em Jequié por volta das onze horas. Assim que chegamos, ligamos para Sr. João W. A ligação estava um pouco difícil, a voz fraca e entrecortada dificultava a comunicação, mas conseguimos captar algumas palavras e concluímos que poderíamos nos encontrar às quinze e trinta do mesmo dia.

Fomos à casa da coordenadora local do projeto para nos informar sobre a localização da residência do Sr. João W. Ela se prontificou a nos acompanhar e se mostrou feliz com a nossa chegada.

Chegamos a casa do Sr. João W. com um pequeno atraso, mas não houve nenhum constrangimento, pois informamos algumas dificuldades para a localização do endereço. Sr. João estava pronto, à espera, e demonstrou se sentiu honrado em nos receber. Nos convidou para sentar e ficamos ali mesmo na varanda. Nesse momento apresentamos o propósito do trabalho, o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi entendido e assinado. Informei que iria gravar as informações e Sr. João W. não fez objeção.

Contexto de D. Salomé

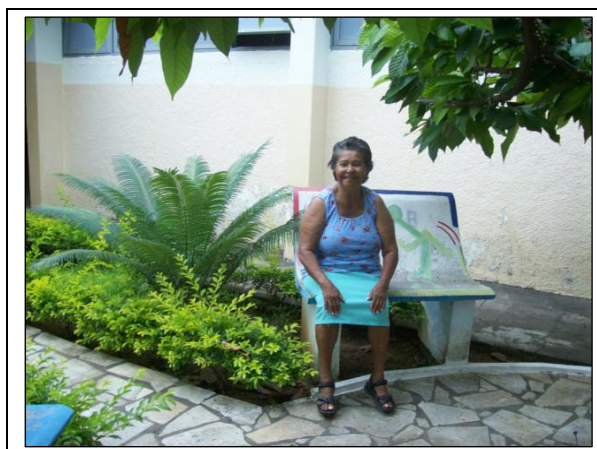


Figura 05: D. Salomé na área externa da UESB.
Fonte: Pesquisa de Campo
Autora: Virginia Coronago

O nosso primeiro encontro com D. Salomé foi na festa de encerramento do primeiro semestre do ano de dois mil e sete. Ela estava com a neta que a acompanha em grande parte das atividades oferecidas pelo Projeto TAIP.

D. Salomé apresentava-se em condição física regular. Participou ativamente de todas as ações propostas pela bolsista de música. O semblante tranqüilo e feliz. Observamos que ela desenvolvia com facilidade as atividades de corpo e movimento. Quando a interrogamos para saber se sentia alguma dificuldade para se movimentar durante as práticas associadas a movimentos corporais, ela respondeu: “Eu não sinto dificuldades, até esqueço que tenho essa doença quando estou aqui”. Já na ocasião, quando visitamos o grupo, percebemos que D. Salomé estava com a neta e a bisneta e as três participavam juntas de tudo que era proposto pela bolsista de música. Dançavam, tocavam os instrumentos de percussão e cantavam. Pareciam muito próximas.

De acordo com o relatório de Projeto TAIP, D. Salomé sempre comparece às reuniões acompanhada de um familiar. Ela é assídua. No relatório que particulariza cada caso, consta que, inicialmente, sua voz era muito fraca e o ritmo muito lento. Com o decorrer das vivências musicais, D. Salomé melhorou sensivelmente o ritmo e a intensidade da emissão vocal, falando e cantando com desenvoltura. Realizava todas as atividades propostas com entusiasmo e disposição mostrando-se sempre mais sociável e

aprimorando-se na comunicação verbal. Utilizava a flauta para exercícios que auxiliou na melhora do padrão respiratório. Nas visitas domiciliares a idosa realizava as atividades propostas com prazer e dedicação. Na aplicação do teste de qualificação vocal, D. Salomé apresentou uma efetiva melhora na emissão da voz cantada e falada.

D. Salomé tem 71 anos, sexo feminino, casada, teve nove filhos dos quais três morreram, nível de escolaridade fundamental incompleto, católica, renda familiar aproximada de um salário mínimo. Não tem história familiar de DP. Seu cuidador familiar é a neta e tem história de quatro anos com DP e vive com marido e uma neta.

A entrevista com D. Salomé foi realizada na residência da idosa, no dia dezesseis de dezembro de dois mil e oito, num clima de tranquilidade. Ficamos na sala de estar e percebemos a satisfação para falar da sua vida, das suas emoções e até das dificuldades.

Contexto de Sr. Carlos M.



Figura 06: Sr. Carlos M. com sua família, em sua residência.

Fonte: Acervo pessoal

O primeiro contato com o Sr. Carlos foi pelo telefone. Não o conhecemos nas reuniões do grupo. Como ele mesmo informa, não era muito assíduo, especialmente ao grupo de Vivências Musicais. Ligamos para a sua residência para agendar a entrevista. Ele mostrou-se receptivo embora tenha se queixado que estava com um pouco de tontura. Confirmou a entrevista para a mesma semana. Fomos eu e a coordenadora local do projeto TAIP. Ao chegarmos em sua residência percebemos que estava um pouco abatido e perguntamos se gostaria de remarcar, mas ele disse que não. Disse que sempre

sentia essa tontura, principalmente nas primeiras horas após a ingestão da medicação. Sr. Carlos apresenta uma boa forma física e disposição, apesar das tonturas. A sua casa estava em reforma, e ele nos informou que acompanhava toda a obra. Confirmamos a sua competência nessa área de construção civil ao passearmos por sua casa. Uma casa ampla, bonita e bem projetada. Iniciamos a conversa explicando sobre os objetivos da pesquisa, e perguntamos se ele estava se sentindo a vontade para participar. Ele respondeu prontamente que sim e que era um prazer colaborar. Sentimos com que satisfação ele falava da sua vida, da sua família (filhos, esposa e netos), das suas conquistas, e como enfrenta a Doença de Parkinson apesar de todas as mudanças ocorridas.

Contexto de D. Mônica



Figura 07: D. Mônica no dia da entrevista em sua residência

Fonte: Pesquisa de Campo

Autora: Virginia Coronago

Lembramos que o primeiro momento em que encontramos D. Mônica foi na festa junina do encerramento do primeiro semestre de dois mil e sete. A alegria e a descontração de D. Mônica chamou a nossa atenção. Olhando para ela era difícil identificar qualquer sinal da Doença de Parkinson. Estava sem acompanhante, e me disse que sempre chegava às reuniões sozinha. Participou ativamente de todas as atividades, mostrava entusiasmo e leveza nos movimentos. Sua voz era clara e “forte”. D. Mônica tem traços firmes, é alta, bonita e elegante. Pareceu-me muito decidida. Nos informou que tem 69 anos

no registro, mas que o seu registro está errado, pois a sua idade foi aumentada em dois anos para que ela pudesse votar.

O segundo momento foi na sua casa, para agendarmos uma entrevista formal. Primeiro tentamos falar com D. Mônica pelo telefone, mas não conseguimos. Então, decidimos ir à sua casa. Era um final de tarde, quase noite. D. Mônica estava pintando os cabelos. Ela veio até a porta da casa e disse com entusiasmo: Boa noite, que novidade é essa?! Estávamos eu e a coordenadora geral do TAIP, que explicou o motivo da nossa ida, e perguntamos se poderíamos agendar uma entrevista para o dia seguinte. D. Mônica disse que estava com visitas e que tinha que ir ao médico. Logo depois, decidiu que poderíamos ir às oito horas da manhã. Oferecemos para acompanhá-la ao médico, visto que ela estava queixando uma “câimbra no pé”, o que dificultava o seu deslocamento, mas ela disse que não havia necessidade.

Como combinado, chegamos às oito da manhã, pontualmente. D. Mônica já estava sentada na varanda da casa. A casa fica no plano, num terreno um pouco alto em relação à rua. Para chegar a varanda tem uma escada (sem corrimão), e ficamos imaginando como deve ser difícil para ela descer e subir aqueles degraus. D. Mônica nos recebeu com muita alegria. Sentada numa cadeira, fazia um movimento de vai e vem com o pé direito em cima de um cabo de vassoura cerrado ao meio. Ela disse que faz esse exercício sempre que está com câimbra o que a ajuda a melhorar. Mesmo dizendo que estava com dores, não apagava o sorriso no rosto. Seu esposo, sempre presente durante a nossa conversa, nos ofereceu uma almofada para ficar mais confortável na cadeira. Ele parecia muito carinhoso e atento às necessidades de D. Mônica. Explicamos novamente o objetivo do trabalho e apresentamos o documento de consentimento livre e esclarecido para que fosse assinado. Perguntamos se poderia fotografá-los e eles disseram que seria ótimo. Fizemos duas fotos de D. Mônica e o esposo, e solicitamos que ele fizesse uma com D. Mônica no momento da entrevista. Fizemos o compromisso de revelar e enviar uma cópia das fotos para eles.

1.3 Aspectos Éticos do Estudo

De acordo com a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (UNESP, 1997), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), obtendo parecer favorável em reunião do dia 19 de julho de 2007, ofício nº 091/2007 (ANEXO A).

Posteriormente, solicitamos a este Comitê a alteração do título, que foi autorizada em reunião do dia 19 de março de 2009, ofício nº 057/2009 (ANEXO B).

1.4 Coleta de informações

Esta etnografia foi composta de múltiplas aproximações. Esteve sempre presente o empenho de levar em conta a cultura e toda variabilidade cultural. Segundo Mynaio (2004), o trabalho de campo se constitui numa etapa essencial da pesquisa qualitativa.

Como o **estudo de caso**, segundo Denzin e Lincoln (2005), permite a análise de uma situação na qual não se possa fazer interferências no sentido de manipular comportamentos relevantes e que os dados são coletados a partir de múltiplas fontes, todas baseadas em relatos, documentos ou observações conclui-se que podem ser utilizadas, inclusive, evidências (informações) de natureza quantitativa que estejam catalogadas.

Foram, portanto, utilizados instrumentos para a coleta das informações: a observação participativa, entrevistas semi-estruturadas, leitura de documentos (relatórios e artigos, construídos pelo grupo de pesquisa), registros fotográficos e utilização de diários de campo, para realizar as anotações das observações *in loco*. De acordo com a recomendação de Franz Boas (1858-1942) para estudos de abordagem etnográfica, tudo deve ser anotado, tudo deve ser objeto de descrição meticulosa, da retranscrição mais fiel possível (LAPLANTINE, 2007).

A coleta de informações para este estudo iniciou-se em julho de 2007, estendendo-se até janeiro de 2009; as entrevistas só foram iniciadas após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

A primeira reunião com o grupo de pesquisa do Projeto TAIP aconteceu no dia 20 de julho de 2007 na UESB, Campus de Jequié. Foi o momento de apresentação da proposta de trabalho, da estrutura para o desenvolvimento do projeto TAIP e do grupo de participantes e pesquisadores assim formado: 12 idosos participantes, 12 cuidadores dos idosos, 02 bolsistas - discentes da UESB, 01 profissional técnico em música e 02 profissionais da saúde – docentes da UESB. Nessa reunião foi estabelecida a parceria definindo a nossa atuação como assessora técnica de música do projeto. Estiveram presentes na reunião a coordenadora local, duas bolsistas de enfermagem e fisioterapia e uma voluntária.



Figura 08: Reunião com Grupo de bolsistas voluntários e Coord. do Projeto TAIP
Fonte: Pesquisa de Campo

O segundo encontro aconteceu no mesmo dia, no turno vespertino, com os idosos participantes do grupo de Vivências Musicais e a bolsista de música. Esse primeiro contato com os idosos foi realizado no auditório da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. O auditório decorado com motivos juninos conferia ao encontro o formato de festa. Era o encerramento das atividades do primeiro semestre de 2007. Chegamos um pouco mais cedo, e pudemos observar o empenho dos bolsistas, voluntários e coordenadores do projeto na organização do espaço.



Figura 09: Reunião do Grupo de Vivências Musicais
Julho 2007/ Festa junina
Fonte: Acervo do Projeto TAIP, 2007.

Todos, idosos, cuidadores e visitantes que entravam mostravam-se surpresos pelo ambiente festivo e convidativo. No primeiro momento, estávamos para conhecer o grupo e aplicarmos uma técnica de integração com música, e então, todos participaram com muito entusiasmo. Na oportunidade, fizemos uma rápida abordagem sobre a pesquisa; esclarecemos que estaríamos em São Paulo para conclusão dos créditos do curso de mestrado, e por isso, acompanhariamos todas as ações do grupo (via internet), considerando a nossa participação na acessoria técnica em música, junto ao Projeto TAIP. Conversamos um pouco com todos os participantes; foi uma conversa informal que serviu de apoio para encaminhamentos futuros.

Inicialmente, para caracterização dos sujeitos, aplicamos o formulário sócio-demográfico, com o intuito de obter dados individuais como: endereço e telefone, iniciais do nome, sexo, idade, escolaridade, ocupação, período de trabalho e renda mensal. Este formulário foi aplicado no período de formação do grupo. (Apêndice B)

Foram realizados quatro encontros presenciais, pré-estabelecidos, com o grupo de pesquisa (TAIP), e vários encontros virtuais; dois encontros (presenciais) com o grupo de idosos e dois individuais totalizando o número de quatro encontros com os idosos selecionados. Encontro estes que tornaram possível o estabelecimento de uma relação de confiança com os envolvidos e pôde-se discutir as informações sobre o projeto.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia UESB e identificados os idosos que poderiam fazer parte desta pesquisa, a coordenadora local entrou em

contato e apresentou a proposta, confirmando a continuidade da mesma. Todos os encaminhamentos foram feitos de acordo com a disponibilidade de cada um.

A entrevista aberta foi conduzida no domicílio, em momentos individuais com os idosos participantes do projeto. As entrevistas foram registradas em áudio, e posteriormente transcritas na íntegra. No encontro com cada idoso/a ele/a foi discutido detalhadamente sobre o objetivo e os procedimentos do estudo; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado, e após esclarecimentos e aceite, solicitou-se a assinatura.

Corroborando as idéias de Mynaio (2004), a entrevista, ao lado da observação participante, é, no seu sentido mais amplo, de comunicação verbal, e como colheita de informações no sentido mais restrito, a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. Através da entrevista o pesquisador pode adquirir informações objetivas, “concretas” e informações que se referem diretamente ao indivíduo, como suas atitudes, valores e opiniões. Esses valores são chamados pelos cientistas de “subjetivos”. Desta forma, a entrevista fornece informações primárias e secundárias. Portanto, a maneira de pensar, as crenças, os hábitos, opiniões, formas de sentir e de expressar, as “condutas ou comportamento presente ou futuro”, as razões conscientes e inconscientes de determinadas crenças foram percebidas e interpretadas.

1.5 Análise das informações

Considerando as informações das abordagens conceituais informadas pelos sujeitos foi construída a análise, observando o que é genérico a essas abordagens, o que pertence a elas e porque são o que são e o que se destacam contra outros determinantes do comportamento humano. A inferência começa com um conjunto de significantes e tenta enquadrá-las, de forma inteligível, como sugere Geertz (1997). Em etnografia, o dever da teoria é fornecer um vocabulário no qual possa ser expresso que, o ato simbólico tem a dizer sobre

ele mesmo – isto é, sobre o papel da cultura na vida humana. (GEERTZ, 1997, p. 19).

No estudo etnográfico, a análise das informações é um processo cíclico feito concomitante à coleta. Na medida em as informações são coletadas, inicia-se uma pré-análise, com o objetivo de identificar os aspectos comuns-incomuns, o que gera a reflexão de questões relativas ao fenômeno; faz-se necessário, muitas vezes, o retorno ao campo da pesquisa para tentar respondê-las, o que caracteriza a descrição densa das experiências apreendidas.

As entrevistas foram submetidas a análise interpretativa compreendida por quatro etapas, a saber:

a) Organização das informações: Processo de familiarização e organização das informações. A organização ou ordenação das informações, segundo Minayo (2004) envolve a transcrição dos dados das entrevistas, das observações e das notas de campo, e a montagem de um mapa horizontal das descobertas do pesquisador ou um texto. Para Geertz (1989), a hermenêutica dialética considera o texto como a cultura dos informantes. No caso em estudo, os significados da experiência do idoso portador da Doença de Parkinson participante das vivências musicais em grupo, precisava ser interpretado para derivar o conhecimento científico.

b) Codificação das informações: Este foi o momento de leitura exaustiva dos textos produzidos. Após a leitura horizontal de cada um, delineou-se as seções do texto e feito os comentários à margem esquerda da transcrição, buscou-se identificar a coerência das informações, ou seja, aquilo que era comum/incomum nos discursos dos informantes. Esses comentários incluíram impressões pessoais e aspectos de interesse e planos de trabalho. Foram identificadas palavras, frases, assuntos ou conceitos. Minayo (2007) denomina esse momento de “leitura flutuante”, na qual busca-se apreender as estruturas de relevância para os atores sociais, o que as suas idéias transmitem e os momentos e posturas frente ao tema investigado.

Assim, a codificação das informações teve como base o tema de pesquisa, os objetivos e os pressupostos teóricos. As seções grifadas no texto

foram recortadas e agrupadas sob formas de arquivos separados, de modo que todos os dados fossem incluídos de maneira significativa.

c) Identificação das unidades de significação: A análise é, portanto, escolher as estruturas de significação e determinar sua base social e sua importância. Essa etapa considerada intermediária no processo de análise sugeriu a leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade, como fim de identificar ou classificar as categorias empíricas, – as unidades de sentido, que são as unidades de significação segmentadas pelo discurso - com o agrupamento dos códigos comuns e os incomuns, porém, tendo sempre à mão todos os textos apoiados em conceitos teóricos da etnografia (crenças, condutas, sentimentos). (GEERTZ, 1997 p.7)

d) Os núcleos de significados: Concluídas as etapas de ordenação e classificação dos dados teve início a interpretação da lógica interna do grupo sobre a experiência das vivências musicais.

Nessa etapa, realizou-se uma releitura das unidades de significado considerando as seguintes questões:

- os objetivos da pesquisa
- os pressupostos teóricos adotados
- o contexto de cada participante

A interpretação dos resultados partiu das narrativas dos informantes, do referencial da antropologia interpretativa e de reflexões baseadas nos princípios utilizados pelo músico e neurologista Oliver Sacks, que compreende a interpretação como um ato em que o pesquisador busca compreender e explicar o sentido da ação individual ou coletiva frente a uma experiência. Nesse sentido, o significado da experiência de idosos portadores de DP com as vivências musicais congrega ações humanas apreendidas culturalmente, que dependem também dos aspectos estabelecidos pelo senso comum (ALVES, 1993).

No próximo “Movimento” serão apresentados conceitos e referenciais teóricos, baseado nos conhecimentos que nos auxiliaram nas análises, interpretações e considerações parciais desse estudo.

II MOVIMENTO



2. Dinâmica da Vida/O processo de Viver/
A Música

2. Dinâmica da Vida/O processo de Viver/A Música

2.1 Longevidade no Brasil

O crescimento da longevidade da população Brasileira é um dado revelado, ano após ano, nas pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Confirmamos essa tendência quando comparamos o número de brasileiros acima de 60 anos com o número de crianças com menos de 5 anos. Em 1981, para cada idoso havia duas crianças na faixa de idade acima citada. A partir de 2002, os dados se inverteram e, atualmente, o Brasil conta com 120 idosos para cada 100 crianças.

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, em números absolutos, há 17,6 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos o que corresponde a 9,7% da população brasileira.

A explicação predominante para esse fenômeno é a queda da taxa de mortalidade infantil e de fecundidade da mulher brasileira. Outras razões também são apontadas, como: o desenvolvimento de políticas de saneamento básico, a eficácia ao combate às moléstias infecciosas e doenças degenerativas comuns à velhice, e ainda, a exposição e divulgação de hábitos saudáveis de vida que poderão colaborar para o aumento da expectativa de vida da população, de forma geral.

2.2 Paradoxos da idade

Para fins de proteção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que a velhice se inicia aos 60 anos de idade para países em desenvolvimento e 65 anos para países considerados desenvolvidos.

Entretanto, é sabido que a velhice não começa em uma idade cronológica, nem ocorre da mesma forma para todas as pessoas. A velhice é fruto de uma concepção cultural que difere de pessoa para pessoa, de lugar

para lugar, de época para época. À exemplo: no início dos anos 40, era nomeada velha uma pessoa de pouco mais de 50 anos de idade, considerando a expectativa de vida da população brasileira que era de 45,5 anos de idade. Em face a uma nova realidade, podemos perceber novos valores e novas concepções a respeito da velhice.

Concone (2005) pontua um aspecto importante em relação ao envelhecimento e a velhice: o envelhecimento é fisiologicamente comum a todos os seres vivos, mas a velhice é um fenômeno de natureza diferenciada. Embora constatemos definições da velhice como um fenômeno unicamente biológico, como um processo natural, apontado como gerador de declínio irreversível, e vale ressaltar, aqui, a análise “médico-geriátrica”, há de se questionar sobre a visão generalizada da velhice quando se verifica situações individuais sociais/culturais, vividas por indivíduos e sociedades diversas.

Pensar a velhice é refletir sobre a própria experiência de vida. Uma abordagem antropológica das questões relativas à compreensão da velhice nos obriga a ampliar nosso campo de estudo para incluir uma apreensão da experiência subjetiva e de sua interação com diversos elementos do contexto social e cultural.

A Antropologia nos fornece elementos fundamentais para redimensionar as análises das estruturas de significado socialmente estabelecidas, alargando o universo do discurso usualmente adotado em estudos sobre o envelhecimento. O envelhecimento, compreendido a partir de sua dimensão biológica, foi associado à deterioração do corpo e, em consequência, tratado como uma etapa da vida caracterizada pelo declínio (CORIN, 1985; DEBERT, 1999). Cristalizou-se, assim, uma visão orgânica do envelhecimento.

Partindo das próprias experiências, localizamos algumas percepções acerca da construção sócio/cultural da velhice através de textos verbais e não verbais, leituras do social, leituras de imagens que confirmam a estigmatização conferida à velhice, seja em razão da finitude, do envelhecimento físico e, sobretudo, de uma visão preconceituosa e excludente.

O que ainda se observa, com raras exceções, é um modelo social de velho que se contrapõe ao de jovem, ideológico e culturalmente construído,

tornando-se difícil escapar desse estigma. Muitas concepções acadêmicas e sócio-culturais apontam para um generalizante modelo social de velho, e que tem sido refutado por muito desses indivíduos, nas suas falas e ações, numa tentativa de escapar de tais generalizações. Se a velhice é vista como perdas, como não temer e tentar afastá-la? Nesse sentido, uma postura antropológica poderá “desnaturalizar a velhice” para analisá-la a partir de uma construção sócio-cultural e histórica, recorrendo à concepções culturais de diferentes grupos sociais, investigando e conhecendo os seus valores, para confirmar a construção cultural que alicerça os “mitos” da modernidade com relação a essa temática “[...] a cultura é sempre uma ação de construção do mundo, do mundo dos homens, do mundo da cultura [...] há, enfim, um jogo contínuo que tece os processos sócio-culturais” (CONCONE, 2007, p.29-30).

As sociedades ditas modernas valorizam as mudanças, o novo, em contraposição às sociedades tradicionais que valorizam a permanência, a tradição. Enfim, a modernização é, em si, a força para a mudança. Assim, os aspectos universais que confirmam o envelhecimento é, ao mesmo tempo, biológico/psico/sócio/cultural.

Nessa perspectiva, interessa-nos aqui, analisar a velhice não somente como sendo uma questão biológica, o que seria uma forma superficial de compreensão; é necessário localizá-la em uma história inserida num sistema de relações socioculturais. Essas variáveis próprias de cada sociedade fazem parte da composição e explicação da variável velhice biológica. (CORTE, 2005).

Mercadante (2005) reflete sobre as noções de identidade social do idoso, propondo uma análise ampla e profunda da velhice como um fenômeno multifacetado. A autora considera fatores biológicos e as diversas situações socioculturais e históricas constitutivas do mesmo fenômeno; evidencia a complexidade presente nos estudos realizados pela antropologia, chamando a atenção para a compreensão de outras lógicas culturais e outros significados que orientam as classificações dos vários períodos da vida, afirmando que existem muitas formas de representação dos indivíduos na diversidade cultural.

Morin (2005), nas suas reflexões sobre o processo biológico de envelhecimento, considera que o tempo que muda o corpo e o espírito, a identidade do EU através das idades, impede a percepção de profundas descontinuidades que operam em cada indivíduo no decorrer dos anos e das décadas. O autor chama a atenção para a questão do corpo físico que se transforma, o que se constata visivelmente, e que não é mais o mesmo em várias fases da mesma vida; transforma-se fisiológica e morfologicamente. Morin (2005) constata que haveria quase uma mudança de pessoa quando observamos que os adultos e velhos, esquecendo de que foram jovens, consideram a juventude como uma espécie particular; igualmente é percebido nos jovens, como aponta o autor, que mesmo sabendo que estão em processo de envelhecimento, consideram os velhos como membros de uma espécie senil por natureza.

Ainda refletindo sobre o processo de envelhecimento, Morin (2005) considera que através da multiplicidade sucessiva das idades que, cada um, sem perceber, carrega presente em todas as idades, todas as idades. Para o autor, a infância e a adolescência não desaparecem na idade adulta, mas são recessivas. Carregamos essa multiplicidade de “seres que sobrevivem”, e que estão incluídos em nossa identidade; nosso comportamento diante de determinadas situações confirmam os evidentes paradoxos da idade.

Cada reflexão constata uma dimensão da concepção sobre a velhice humana. Em interpretações como essas é que a Antropologia tem tentado encontrar respostas mais viáveis, nas quais a cultura e a variabilidade cultural possam ser levadas em conta. Assumir esse passo longe da perspectiva uniforme, no que se refere ao estudo do homem que vive e envelhece, é alimentar a idéia de que a diversidade de costumes no tempo e no espaço não são apenas aspectos superficiais, como indumentária e aparência, cenários e máscaras de comediantes; é, também, alimentar que a variabilidade do ser humano tanto em sua essência como em suas expressões (GEERTZ, 1997).

E, nessa linha de reflexão, continuamos alargando as fronteiras do pensamento: afastamo-nos da noção estereotipada da velhice para construirmos uma nova perspectiva, sem perder por completo alguns aspectos que são inegáveis no processo de envelhecer, mas que também são variáveis.

Sabe-se que os fatores psicológicos adquiridos culturalmente têm uma grande influência no modo de como as pessoas envelhecem. A auto-eficiência (a crença na capacidade de exercer controle sobre sua própria vida) está relacionada às escolhas pessoais de comportamento durante o processo de envelhecimento. Saber superar adversidades determina o nível de adaptação às mudanças advindas do processo natural e diversificado de envelhecer. A capacidade de adaptação, frente às mudanças, fazem parte do ser humano - “Jovens” e “velhos” não são diferentes no que se refere à capacidade de solucionar problemas.

Diante de tais considerações acerca da representação sócio-cultural da velhice, com descompassos marcados, ora por uma visão decadente, ora por uma visão própria otimizada, relatamos aqui, experiências vividas que atestam desconstrução e construção, e a possibilidade de novos olhares em torno do tema; e nessa intenção, o relato abaixo poderá contribuir para novas reflexões:

- Foi quando eu refletia sobre as questões do envelhecimento e tentava escrever este capítulo que a minha sobrinha, de sete anos, que me aguardava para ajudá-la numa tarefa da escola, me pediu para ficar mais um pouco e quis saber sobre o meu trabalho. Eu tentei explicar, e passamos a conversar um pouco mais sobre o processo de envelhecimento. Pedi que ela me dissesse o que é ser velho e anotei a sua fala e todas as suas colocações partiram da descrição de si mesma:

- “Eu tenho sete anos, meu nome é Isabela. Eu sou estudiosa e quero ser escritora e médica. Quero cuidar de crianças, adultos e idosos também. Só não quero cuidar de coisas do coração, deve ser muito nojento, posso até gritar, ou fazer exame errado. Velho é tipo tia Rosália (falando de uma tia avó que tem 93 anos). Não consegue falar direito; não consegue levantar da cama para tomar banho só; precisa de ajuda para comer; tipo assim: - quero ir no banheiro e não consigo, preciso de ajuda. Precisa de ajuda para chegar no sofá, para assistir televisão. Não entende nada que as pessoas falam, pergunta vinte vezes a mesma coisa, depois que vai entender. Não pode sair de casa. Meu avô não é velho, mas os dentes dele estão todos caídos e tortos. Minha avó também não é velha. Uma pessoa velha pra mim, é mais ou menos uma

idade de noventa anos ou mais de noventa. A pessoa velha é normal, não é feia; normal, uma pessoa velha. A pessoa mais velha que eu conheço é Tia Rosália mesmo. Eu não sei se gosto de visitar ela, porque a casa é legal, mas é chato ficar lá quietinha. Eu não sou estripulenta, mas não gosto de ficar tão quieta. Para os velhos viverem melhor tem que ir no médico, tomar muita conta, não deixar sozinho, quando for sair deixar alguém tomando conta, lembrar sempre isso. Se for de cadeira de rodas, pode até levar pra passear, para a pessoa não ficar cansada, tropeçando. Eu já vi nos jornais pessoas que matam os idosos, e os adultos. Eu acho isso muito ruim. Ah! Vou falar os que o idosos comem. Comem salada, feijão, (come...), arroz (come...) salada. Como tudo que a gente come? Ovo, milho, chá, café, as crianças também tomam chá, mas já eu não gosto. Café também não gosto. A comida dos velhos é igual a todo mundo, porque não seria? O que tem de diferente é que o cabelo fica cinza; a pele é “engrujida”, você vai colocar essa palavra? Não coloca não. O velho tem a mão frouxa, não consegue levantar e bater a mão (levantou a mão e bateu no sofá). Quando eu ficar velha quero ser bem cuidada. Quero ter paz, amor e carinho, quero que todo mundo que estiver vivo, que eu conheço, venha me visitar. Os idosos que foram mais carinhosos com as pessoas recebem mais carinho. Eu acho que minha vó é carinhosa com Tia Rosália, porque Tia Rosália tratava bem ela. Queria ver como eles tomam banho, vamos ver na internet? Ah! Tem que tomar banho de banheira”!

Quando eu era criança pensava o envelhecimento de forma diferente do que penso nessa fase da vida; para mim uma pessoa com idade acima de 40 anos já era considerada velha. Hoje, já passando dos 40 não me reconheço como velha, talvez porque a percepção construída sobre velhice provoca uma ausência de identificação e negação do próprio envelhecimento e também porque essa é uma visão de certa forma, construída coletivamente. Ao ouvir Isabela, minha sobrinha de sete anos, pude concluir que a representação da velhice para ela é diferente da que eu tinha quando criança. Ela associa o envelhecimento às limitações do corpo e considera o avanço da velhice com toda a correspondência de perda de autonomia e independência. Assim, a idade de referência que ela utiliza está vinculada a uma pessoa de 93 anos,

ficando claro o reconhecimento da dependência de que o “velho é aquele que não pode fazer nada sozinho”.

Diversas concepções reforçam a percepção das limitações, das perdas, das incapacidades e das doenças como aspectos salientes das representações da velhice. Contudo, a perspectiva Gerontológica Social e várias outras áreas que estudam a condição humana propõem alguns modelos teóricos multidimensionais que analisam a relação entre as perdas e os ganhos. Os modelos expõem que, apesar do envelhecimento continuar sendo representado na base de perdas, as pessoas idosas têm muitas capacidades de reserva inexploradas, quer dizer, ganhos que passam despercebidos e, em consequência, não são valorizados. Cita-se aqui o "modelo de envelhecimento bem sucedido" assinalado por Baltes & Baltes:

[...] o envelhecimento bem sucedido precisa de uma avaliação sustentada em uma perspectiva multidimensional, na qual fatores objetivos e subjetivos sejam considerados dentro de um contexto cultural, que contém demandas específicas (1990, p. 4).

As diferenciações estabelecidas entre envelhecimento e velhice deverão nortear os princípios de um envelhecimento bem sucedido. A partir do entendimento de que, existem velhos que são jovens e jovens que são velhos, podemos vislumbrar um conceito de pessoa idosa. Então, é impossível traçar uma linha entre o “velho” e o “jovem”; traçar essa linha é interpretar a velhice como algo individualizado e preconceituoso.

2.3 O quem vem a ser a Doença de Parkinson?

Pode-se concluir que o envelhecimento é um tempo biológico e sócio-cultural e, é certo que os índices de longevidade variam de pessoa para pessoa, de sociedade para sociedade. As doenças incidem diferentemente sobre os diversos estratos da população existindo doenças típicas de determinadas classes, de determinadas idades e de determinadas sociedades. É possível que todas as culturas reconheçam como patológicas algumas mesmas manifestações. Mas, não somente as doenças podem variar de cultura para

cultura, como, também, as formas de tratamento, as atitudes dos “pacientes” e a relação da comunidade. Portanto “doente” e “doença” são categorias sociais com representações próprias de cada cultura.

A exemplo, Rodrigues (2006) chama atenção para determinadas correspondências em diferentes grupos, buscando explicações próprias para a doença. Os indígenas do sudoeste da América do Norte compreendem a doença como resultados de uma perturbação da ordem de relacionamento dos homens com os animais e vegetais: revoltado contra os homens, os animais os atacaram com doenças, enquanto os vegetais aos homens se aliaram, dando-lhes os remédios. Para eles, cada espécie de doença se deve a um animal particular e requer um tratamento de uma planta específica – o mesmo acontecendo com os *pima*, do Arizona (STRAUSS, 1970). Para os *nuer*, as doenças são conseqüências das quebras das normas sociais, cada uma associada a uma patologia: o incesto produz afecções na pele, o adultério provoca dores na região lombar. Para os *Ponapê*, violar tabus alimentares acarreta distúrbios fisiológicos semelhantes às reações alérgicas (STRAUSS, 1970).

Segundo Rodrigues (2006) diferentes culturas lançam mão distintamente da variadas formas de banhos, fumigações, desinfecções, massagens, purgantes, vomitórios, práticas sanitárias e preventivas, técnicas de cirurgia, de curativos, de anestesia, de ritos mágicos, entre outras, como forma a enfrentar as alterações provocadas pelas “doenças”. Os *navalho* utilizam em torno de 60 cantos aplicáveis, em ritos de cura, a partir de fórmulas prescritas, considerando algumas “doenças” físicas e mentais, associando essas alterações a determinados personagens de seu universo cosmológico (GEERTZ, 1979).

Ainda Rodrigues (2006) compreende que:

“[...] as doenças, suas causas, as práticas curativas e os diagnósticos, portanto, constituem partes integrantes dos universos sociais e, por isso, são indissociáveis das concepções mágicas, das cosmologias e das religiões” (p.85).

Não é o nosso interesse determo-nos “nas avaliações dos substratos químicos e biológicos” que estão presentes na desorganização de comportamentos que caracterizam a “Doença de Parkinson”. Evidenciaremos

algumas considerações comuns no que se refere aos sintomas e características da doença, contudo, o nosso interesse primordial é conhecer o caráter variavelmente expressivo dessas manifestações, evidenciando alguns aspectos somáticos capazes de levar, por meios simbólicos, os seus portadores a sentirem-se deprimidos ou não, marginalizando-se socialmente ou não, privando-se de alguns pontos afetivos e intelectuais ou não e como se realiza individualmente a concepção da doença e as formas de enfrentamento.

Rodrigues (2006) acredita que pela natureza do seu espírito, o homem não pode lidar com o caos. O autor ressalta que o maior medo do homem é o de defrontar-se com aquilo que não pode controlar, seja por meios técnicos ou simbólicos. A possibilidade de que qualquer categoria em que ele venha a perder o controle que exerce, ou pareça exercer, repercute como verdadeiro pânico em sua consciência e o autor complementa dizendo que o extra-estrutural foi considerado “marginal”, “disfuncional” ou “patológico”.

Para Douglas (1970), Leach (1969a) e Turner (1970,1974) onde o sistema reconhece posições explícitas e definidas reconhece também poderes controlados, conscientes e aprovados; onde o sistema é ambíguo e hesitante, poderes incontrolados e inconscientes, desaprovados e perigosos. Tudo que representa o insólito, o estranho o anormal, o que está a margem das normas, tudo que é intersticial e ambíguo, tudo que é anômalo, tudo que é desestruturado, pré-estruturado e anti estruturado, tudo que está a meio do caminho entre o próximo e ‘predizível’ e o que está longínquo e fora das nossas preocupações, tudo que está simultaneamente em nossa proximidade imediata e fora do nosso controle é germe de insegurança, inquietação e terror: converte-se imediatamente em fonte de perigo (RODRIGUES, 2006, p.22).

A consciência de um diagnóstico sobre determinada doença pode se transformar em algo catastrófico para a maioria das pessoas. Fato que, do ponto de vista simbólico, aparece como inquietantes e ameaçadores porque muitas vezes se desenvolvem fora do nosso universo de controle. Esses eventos anunciam a *precariedade da condição humana, na sua insegurança estruturadora*.

Buscar um diagnóstico para certas coisas anômalas, incertas e ambíguas (que rompem com as categorias estabelecidas) é de certa forma uma tentativa de controlar algo que nos parece ameaçador e por isso precisamos combater.

Assim, faz-se necessário apresentar a “Doença de Parkinson” como uma patologia concreta, e a partir daí, entender os processos construídos culturalmente confirmando ou não o que cientificamente conhecemos.

James Parkinson nasceu em Hoxton, na região leste de Londres, em 11 de abril de 1755. Recebeu sua formação na área médica como aprendiz do seu pai John Parkinson. Em 1817, Parkinson publicou a monografia denominada “*Na Essay on Shaking Palsy*”, que veio constituir-se na primeira descrição bem definida da moléstia que hoje tem o seu nome. O ensaio descreve com base em seis casos tomados a exemplo, as principais características da “doença”, avançando com uma discussão a respeito de “diagnóstico diferencial”, da etiologia e do tratamento. Dos seis casos relatados no artigo construído por James Parkinson (1817) todos são do sexo masculino, com idades entre 50 a 72 anos, três foram pessoalmente examinados, dois encontrados na rua e examinados posteriormente e um observado à distância.

A enfermidade denominada por Parkinson como paralisia gigante foi caracterizada por movimentos tremulantes involuntários, diminuição da força muscular, tendência à inclinação do tronco para frente e alteração da marcha (festinação), sendo que “os sentidos do intelecto estavam preservados” (TEIVE, 2002 p. 23).

De acordo com Teive (2002), depois da descrição de Parkinson, surgem as contribuições de Jean-Martin Charcot. Esse neurologista francês destacou o tremor como uma manifestação cardinal e inicial da doença e ressaltou a sua presença no repouso unilateral afetando o membro superior. Charcot descreveu ainda o espectro clínico da doença, apresentando duas formas polares: a “tremulante” e a “rígido acinética” e relatou com detalhes a disautonomia e as alterações do quadro neurológico, tais como dor e anormalidades articulares, além da presença de demência em determinados casos. Charcot propôs a denominação Doença de Parkinson (DP), em homenagem a James Parkinson.

A literatura médica indica que a DP é uma enfermidade neurodegenerativa, com grande prevalência na população considerada idosa.

1 Doença hereditária que envolve o sistema nervoso, caracterizada pela instabilidade emocional, incoordenação motora, vômitos, infecções frequentes e convulsões.

Estima-se, em média, uma prevalência de 100 a 150 casos para cada 100 mil pessoas.

Para Teive (2002), a DP ocorre geralmente em pessoas com mais de 60 anos de idade. Provoca alterações na capacidade funcional o que acaba por exigir modificações profundas na estrutura familiar e social destes indivíduos para possibilitar uma melhor convivência e maior bem-estar. Com isso, acaba trazendo consigo fatores emocionais e psíquicos que afetam seriamente as pessoas idosas como insegurança, angústia, preocupações, medos e alterações na auto-estima e auto-imagem, podendo propiciar isolamento social associado ao aumento da depressão (DIAS et al, 2003).

Estes fatores ocasionam o aumento dos níveis de ansiedade associados às outras situações estressoras causando sofrimentos psicológicos. Esta ansiedade geralmente é decorrente de dificuldades na comunicação por alterações na fala, deambulação, instabilidade postural, além da falta de expressão do indivíduo portador de DP dentro da sociedade em que está inserido. Tal situação é causada em parte pelo estigma do envelhecimento e reforçada, neste caso, pelo processo patológico que dificulta a manutenção de uma auto-estima satisfatória no convívio em grupo, interferindo na qualidade de vida deste idoso (DIAS et al, 2003).

Pacientes com DP apresentam uma incidência significativa de alteração de voz e fala, estimando-se que 89% dos indivíduos com DP experimentarão alterações vocais com a progressão da doença (AZEVEDO et al, 2003).

A etiologia da DP é descrita em três categorias que correspondem: parkinsonismo primário, sendo a forma mais comum de ocorrência em pessoas de meia-idade ou idosa; parkinsonismo secundário, no qual se reconhece a causa específica como drogas, intoxicações exógenas,² encefalites,³ processos expansivos do Sistema Nervoso Central (SNC), multienfarto, dentre outros; parkinsonismo-plus, caracterizado por um grupo de doenças degenerativas que se apresenta como síndrome acinético-rígida⁴ associadas com outras

2 Pode ser definida como a consequência clínica e/ou bioquímicas da exposição a substâncias químicas encontradas no ambiente ou isoladas.

3 São inflamações agudas do cérebro, comumente causadas por uma infecção viral.

4 O parkinsonismo ou síndrome acinético-rígida caracteriza-se por rigidez, tremor em repouso e instabilidade postural.

manifestações neurológicas que na maioria das vezes não são encontradas na DP (COSTA et al, 2003).

As manifestações clínicas características do idoso com DP foram citadas e confirmadas em alguns estudos, como: alterações na postura, no padrão de marcha, no padrão respiratório e na qualidade da voz (O'SULLIVAN, 2006).

As alterações posturais correspondem ao desenvolvimento de uma fixação postural anormal, tipicamente numa postura flexionada ou encurvada. Os reflexos posturais para endireitamento, equilíbrio e extensão protetora ficam diminuídos e com a perda do equilíbrio os ajustes compensatórios imediatos para o retorno do mesmo, ficam reduzidos. Desta forma, as respostas posturais automáticas ficam prejudicadas, principalmente se a rigidez do tronco for grave (O'SULLIVAN, 2006).

O padrão de marcha da pessoa com DP já lhe é peculiar, caracterizado por um empobrecimento dos movimentos no qual se vê o posicionamento da cabeça e tronco para frente deslocando o centro da gravidade para adiante, resultando num padrão de marcha apressado. Isso ocorre por consequência da redução dos movimentos, generalizado em extensão em todas as articulações de membro inferior, assim como, a diminuição dos movimentos do tronco e da pélvis (O'SULLIVAN, 2006).

As disfunções respiratórias ocorrem na maioria dos pacientes com DP, sendo a principal causa de morte nestes indivíduos (PARREIRA et al, 2003). Tais distúrbios podem ser entendidos por meio de diversos mecanismos como perda da flexibilidade da musculatura respiratória, alterações posturais, alteração na ativação e coordenação muscular e envolvimento das vias aéreas superiores no nível de estruturas glóticas e supra glóticas.

Analisando a avaliação funcional respiratória, concluiu-se que a diminuição da amplitude torácica é o fator determinante das alterações respiratórias restritivas dos parkinsonianos, limitando a elevação das estruturas do tórax e a expansibilidade pulmonar (CARDOSO et al, 2002).

A voz e a fala também têm sofrido distúrbios na DP, constituindo em conjunto, o que se denomina disartria hipocinética ou disartrofonía,

caracterizada por monotonia, redução da intensidade da voz, articulação imprecisa e distúrbio de ritmo (DIAS et al, 2003).

As alterações vocais mais comumente encontradas são rouquidão e sopro, com evidente diminuição da intensidade, imprecisão articulatória e gama tonal diminuída (SILVEIRA et al, 2005). Estas alterações podem estar presentes nas fases iniciais da doença, aumentando sua intensidade e frequência com a evolução da mesma, podendo interferir na efetividade da comunicação oral e conseqüentemente no bem estar social, econômico e psicológico dos portadores de DP (AZEVEDO, 2003).

Estas modificações decorrem de três fatores principais: restrições da frequência e intensidade, redução da intensidade e alteração de qualidade. Os distúrbios da articulação resultam em imprecisão na emissão de consoantes e decorrem da redução de movimento do lábio e da língua em seus diversos pontos e modo de articulação. Porém, o fator decisivo para a redução de inteligibilidade de comunicação oral na DP é redução da intensidade.

A redução da intensidade vocal observada na DP está associada a dois mecanismos: limitação do suporte respiratório e da adução das pregas vocais (DIAS et al, 2003). O aumento da intensidade vocal pode ser obtido através da elevação da pressão aérea subglótica e da melhora da adução das pregas vocais.

Apesar das formas de tratamento darem ênfase ao sistema respiratório tentando melhorar a atitude inspiratória e expiratória para aumento da intensidade vocal em virtude da incompetência glótica na DP, o tratamento visando maior competência na adução das pregas vocais constitui o fator mais importante para maiores resultados da intensidade vocal.

Estudos na área da fonoaudiologia através da aplicação do tratamento Lee Silverman⁵ nos pacientes parkinsonianos, constatou melhora na qualidade vocal e, sobretudo na intensidade vocal favorecendo na qualidade da comunicação oral reduzindo os sintomas negativos e adequando a qualidade vocal as necessidades pessoais e sociais dos indivíduos (DIAS et al, 2003).

Então, faz-se necessário, uma intervenção interdisciplinar, preventiva, reabilitadora da musculatura da laringe e das pregas vocais, para que não

5 Método de tratamento intensivo e dirigido especificamente para o tratamento da voz na DP.

ocorra uma perda total da comunicação oral – afasia. Esta interferiria no convívio social da pessoa portadora de DP, uma vez que o mesmo, devido à deficiência na fala sentir-se-ia frustrado, desvalorizado, com a potencialização da baixa estima, fatores facilitadores do estado depressivo.

2.4 Possibilidades de um melhor viver

Não pergunte que doença a pessoa tem, mas que pessoa a doença tem. (atribuído a) William Osler

A promoção do bem-estar na velhice deve ser vista como um empreendimento de carácter sociocultural. Envelhecer bem significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro.

O envelhecer bem depende da existência de um equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, que o possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento. Assim, um processo complexo que envolve perdas e aquisições individuais e coletivas, pode ser administrado a fim de promover melhor qualidade de vida ao idoso.

O envelhecimento saudável com qualidade de vida tem apresentado interações multidimensionais entre saúde física e mental, autonomia, integração social, suporte familiar, independência económica e o ambiente físico em que o idoso está inserido. Quanto mais ativo o idoso maior a sua satisfação com a vida, sendo assim menos susceptível ao isolamento e à depressão.

Compreendendo que a qualidade de vida na velhice tem como características primordiais a autonomia e a independência do idoso, conclui-se que esse deve se sentir útil no meio em que vive.

Para compreender o significado da qualidade de vida na velhice é necessário manter uma interseção entre a visão cultural, social, psicológica e fisiológica favorecida pela perspectiva de vida. Essa perspectiva deverá

possibilitar a análise da abordagem pessoal de cada indivíduo, considerando os laços sociais diversos.

A definição global para a expressão “qualidade de vida” apresentada por Sousa (1985) incorpora idéias de satisfação/insatisfação, felicidade/infelicidade. Vários autores são apresentados pelo autor e corroboram as suas idéias:

Abrams (1973) atribui a qualidade de vida aos níveis de satisfação e insatisfação com os vários aspectos da vida. Andrews (1974) aponta que o prazer e a satisfação caracterizam a existência humana e influenciam na percepção da qualidade de vida. Dalkey e Rourke (1973) descrevem a percepção de bem-estar pessoal, sua satisfação e insatisfação com a vida, ou sua felicidade ou infelicidade. Campbell et al (1996) dizem que a felicidade e a satisfação são conceitualmente diferentes; afirmam que a satisfação implica em julgamento ou experiência cognitiva, e felicidade sugere experiência de sentimento ou afeto. Mendola e Pelegrini (1979) definem como empreendimento individual de uma situação social satisfatória dentro dos limites de capacidades físicas percebidas. Homes e Dikerson (1987) afirmam que a qualidade de vida está na dependência de experiências anteriores.

Como componentes de definição de um segundo tipo encontramos:

George e Bearons (1980) em quatro dimensões: duas objetivas que incluem saúde e estado funcional, e duas subjetivas, ou de julgamento individual, incluindo a satisfação da vida e a auto-estima. Patterson (1975) entende que a qualidade de vida está contida nas dimensões que se referem a saúde, atividade, conforto, condição emocional e econômica. Edwards (1985) considera que o conceito de qualidade de vida é mais amplo e suas conseqüências políticas mais claras dentro de ambientes institucionais.

Netto (1994) caracteriza por qualidade de vida aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas viver, sentir, amar, trabalhar, produzir bens e serviços, fazer ciências ou artes.

Nesse sentido, a qualidade de vida depende da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e está intimamente relacionada a percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida (PEREIRA et al, 2006).

Como viver mais e melhor? Quais as alternativas possíveis para enfrentarmos os desafios da vida frente às mudanças confirmadas pelo tempo?

Como já foi dito, a doença de Parkinson é uma enfermidade neurológica que afeta os movimentos da pessoa. Ela causa rigidez muscular, alterações na fala, desequilíbrio, lentidão de movimentos e tremores. Os sintomas aumentam gradativamente, e como atualmente não existe uma definição de cura para a doença, atividades que possam retardar essa evolução são recomendadas. A prática musical visando a melhora da qualidade de vida pode estar funcionando como atividade prazerosa, e ao mesmo tempo, poderá auxiliar no tratamento da doença de Parkinson. Trata-se de uma intervenção que utiliza elementos musicais na busca de minimizar quadros de sofrimento decorrentes de situações estressoras que poderá permitir uma vida com melhor qualidade. É nesta perspectiva que apresentamos, nas próximas páginas a “narrativa dos “pensamentos e sentimentos” que a música, pelo seu poder relacional pode nos evocar”. Utilizaremos a *priori*, as bases teóricas apresentadas por Oliver Sacks para a compreensão da música neste contexto.

Abre-te!

Abre-te, ouvido, para os sons do mundo,
abre-te ouvido, para os sons existentes,
desaparecidos, imaginados, sonhados, fruídos!

Abre-te para os sons originais, da criação do mundo,
do início de todas as eras...

Para os sons rituais, para os sons míticos, místicos, mágicos.
Encantados...

Para os sons de hoje e de amanhã.
Para os sons da terra, do ar e da água...

Para os sons cósmicos, microcósmicos e macrocósmicos...

Mas abra-te também para os sons daqui e de agora,
para os sons do cotidiano, da cidade dos campos,
das máquinas, dos animais, do corpo, da voz...

Abre-te, ouvido, para os sons da vida...

Marisa Fonterrada



A Música

2.5 A Música

2.5.1 Estranhamentos causados pela música

No livro *Alucinações Musicais*, o neurologista e escritor Oliver Sacks inicia o prefácio com uma reflexão, partindo de uma obra de ficção científica: “O fim da Infância”, de Arthur C. Clarke. Sacks (2007) descreve um episódio em que os Senhores Supremos, extraterrestres descem á Terra curiosos para assistirem a um concerto; ouvem atentamente, compreendendo o “grande engenho” do compositor, mas não encontram uma explicação que justifique o que ocorre com os seres humanos quando fazem ou ouvem música. Para essas espécies é uma coisa estranha ver quase toda uma espécie, bilhões de pessoas ouvindo “padrões tonais” sem sentido, brincando com eles, absortas, arrebatadas durante muito tempo pelo que chamam de “música”. O autor imagina como os Senhores Supremos, de volta as suas espaçonaves poderiam admitir essa tal de “música” e a sua eficácia na vida humana. Sem conceitos, sem proposições, carecem de imagens, de símbolos, essências da linguagem. Não possui poder de representação. Não tem relação necessária com o mundo (SACKS, 2007).

Para Sacks (2007), existem alguns raros humanos próximos aos Senhores Supremos. Humanos que se apresentam desprovidos do “equipamento neural para apreciar tons e melodias”. Corroborando Sacks, acreditamos que para a maioria de nós, humanos, a música exerce um grande poder, mesmo que não a busquemos e que não sejamos considerados pessoas “particularmente musicais”. O autor refere à iniciação musical como uma característica da primeira infância; a música é uma manifestação essencial em todas as culturas e provavelmente remonta aos primórdios da nossa espécie. Sacks (2007) utiliza o termo “musicofilia” como um dado da natureza humana, e que pode ser moldada pela cultura, pelas circunstâncias da vida,

pelos talentos ou deficiências que temos como indivíduos. A própria música dá a impressão de que é um ser vivo (SACKS, 2007).

Todos os humanos (com raríssimas exceções) são capazes de perceber música, tons, timbres, intervalos de notas, contornos melódicos, harmonia e, talvez no nível mais fundamental, ritmo. Integramos isso tudo e “construímos” a música na mente usando muitas partes de cérebro. E a essa apreciação estrutural, em grande medida inconsciente, adiciona-se uma reação muitas vezes intensa e profundamente emocional (SACKS, 2007).

Nas suas reflexões, Sacks se refere a Schopenhauer quando confirma a “inexprimível profundidade da música”; a música:

[...] tão fácil de entender e, no entanto tão inexplicável, deve-se ao fato de que ela reproduz as emoções do mais íntimo do nosso ser, mas sem a realidade e distante da dor [...] A música expressa a quintessência da vida dos eventos da vida e dos eventos, nunca a vida e os eventos em si (SACKS, 2007 p. 10,11).

Quando ouvimos música trabalhamos não só o auditivo, mas também o físico e o emocional. “Ouvimos música com nossos músculos”. Fortalecidos pela idéia apresentada por Sacks (2007), que cita Nietzsche para confirmar as suas observações sobre o aspecto motor que é observado quando se ouve música, concordamos que, mesmo involuntariamente e inconscientemente, acompanhamos o ritmo da música, a nossa expressão fisionômica e a nossa postura “espelham a narrativa da melodia e os pensamentos” provocados pela música.

2.5.2 Música e memória

No que se refere à memória musical, percebe-se que boa parte do que ouvimos nos primeiros anos de vida pode ficar registrado em nossa “mente” ao longo de toda uma existência. Confirmamos essa experiência a partir de nós mesmos. Somos capazes de lembrar músicas que ouvimos na infância, mesmo estando distante em tempo e espaço da experiência vivida.

Sacks (2007) descreve uma experiência com, Jimmie, um dos seus pacientes. “Isolado em um único momento da existência, como um fosso ou

lacuna de esquecimento em toda sua volta [...] é um homem sem passado (ou futuro), preso em um momento que não tem sentido e muda constantemente”. Essa história, “O marinheiro perdido” foi publicada em “O homem que confundiu sua mulher com um chapéu” e serviu de inspiração para Deborah esposa de Clive Wearing, escrever seu relato bibliográfico *Forever today* (Eternamente hoje). Clive, eminentemente músico e musicologista francês foi acometido por uma devastadora infecção no cérebro relacionada à memória ficando em situação muito mais comprometedora do que a descrita na história acima citada. Jimmie tinha uma duração de memória de aproximadamente meio minuto, enquanto Clive era de poucos segundos. Sua esposa descreve a situação vivida por Clive:

[...] sua capacidade de perceber o que via e ouvia estava intacta. Mas ele parecia incapaz de reter qualquer impressão sobre qualquer coisa por tempo maior que um piscar de olhos. De fato, quando ele piscava seus olhos se abriam para revelar uma nova cena. O que ele via antes de ter piscado era totalmente esquecido. [...] algo parecido com um filme de má continuidade, o copo quase vazio, em seguida cheio (SACKS, 2007, p.186)

Sacks (2007) observa que além dessa incapacidade de preservar novas memórias, Clive sofria de uma devastadora amnésia retrógrada que apagava praticamente o seu passado.

Apesar de todos os comprometimentos, o grande milagre foi a descoberta de sua esposa Deborah, quando Clive estava no hospital, “desesperadamente confuso e desorientado”, as capacidades musicais que ele possuía, ainda estavam intactas. Déborah descreve o que descobriu ao apresentar-lhe algumas partituras:

[...] eu as segurei para Clive ver. Comecei a cantar um dos versos. Ele ouviu o tenor e cantou comigo. Tínhamos cantado mais um menos um compasso quando de repente me dei conta do que estava acontecendo. Ele era ainda capaz de ler música. Ele estava cantando. Sua conversa podia ser uma confusão que ninguém conseguia entender, mas seu cérebro tinha capacidade para música. [...] fiquei ansiosa para dar a notícia ao pessoal médico. Quando ele chegou ao fim do verso eu o abracei e cobri seu rosto de beijo. [...] Clive podia sentar-se ao órgão e tocar com as duas mãos no teclado, mudar registros, e isso com os pés no pedal, como se fosse mais fácil que andar de bicicleta. Subitamente, tínhamos um lugar para estar juntos, onde podíamos criar nosso mundo fora

daquele hospital. Nossos amigos vinham para cantar. Deixei uma pilha de partituras perto da cama, e os visitantes traziam outras músicas (SACKS, 2007, p. 200).

Sacks (2007) compreende a preservação praticamente perfeita das capacidades e memória musical de Clive. O autor constata que, ao ver as imagens filmadas no período de mais ou menos um ano em seguida à doença de Clive, se fez evidente a revelação intacta do pensamento musical e, também, das habilidades especiais da regência. O autor afirma que Clive não conseguia reter a maioria das memórias de eventos e experiências anteriores à sua encefalite, e questiona como ele retém seus notáveis conhecimentos musicais, sua capacidade de leitura a primeira vista, de tocar piano e órgão, cantar e de reger um coro com a mesma excelência do período anterior a doença.

Sacks (2007) se refere a descrição de Deborah sobre o “ímpeto” da música em sua própria estrutura.

Uma composição musical não é mera seqüência de notas: é um todo orgânico e coeso. Cada compasso cada frase emerge organicamente do que veio antes e indica o que virá a seguir. O dinamismo está embutido na natureza da melodia. E acima de tudo isso estão a intencionalidade de compositor, o estilo, a ordem lógica que o compositor criou para expressar suas idéias e sentimentos musicais. Estes também estão presentes em cada compasso e em cada frase(SACKS, 2007 p. 205-206).

Seguindo a linha de pensamento de Sacks, consideramos que a música nos fornece estruturas e segredos e mesmo ouvindo-a de modo inconsciente, admitimos não ser, a música, é um processo passivo, mas intensamente ativo. Ouvir música envolve uma série de “inferências, hipóteses, expectativas e antevisões”. Quando uma melodia revive em nossa mente, ocorrem processos de “evocação, imaginação, recategorização, recriação”. Sacks (2007) lembra que o processo de lembrarmos uma nota por vez e as seqüências de notas que formam o todo, é semelhante ao que ocorre quando andamos, corremos ou nadamos: damos um passo ou uma braçada, e percebemos que cada um desses movimentos é parte indissociável do todo, da melodia cinética de correr ou nadar. É notável que quando tentamos nos conscientizar sobre cada

movimento, seja referente ao passo ou a braçada podemos perder o encadeamento, “a melodia motora”.

Pensando em Clive, concluímos que, para ele cantar, reger, tocar, não é uma atitude inteiramente racional e pensada. “Lembrar-se de uma música, ouvi-la ou tocá-la é algo que ocorre inteiramente presente”. (Sacks, 2007 p.208)

De acordo com Sacks (2007) Clive, desde a encefalite, nada avançou considerando a sua amnésia retrógrada. Em alguns aspectos ele não está em lugar algum, muitas vezes está fora do tempo e do espaço. Não tem nenhuma narrativa interna, não leva uma vida comum como a maioria de todos nós.

Entretanto, só precisamos vê-lo ao teclado com Deborah para sentir que, nesses momentos, ele volta a ser ele mesmo e está plenamente vivo. Não pela lembrança das coisas que passaram de outrora. [...] É a posse, o preenchimento do presente, do agora, e isso só é possível quando ele está totalmente imerso nos sucessivos momentos de um ato. É o agora que faz a ponte sobre o abismo (SACKS, 2007 p. 209).

Um relato interessante que Deborah escreve:

É na familiaridade de Clive com a música e com seu amor por mim que ele transcende sua amnésia e encontra continuidade – não a fusão linear do momento após momento, mas uma continuidade baseada em alguma estrutura ou informação autobiográfica, mas é onde Clive como qualquer um de nós está finalmente, onde ele é quem é (SACKS, 2007 p. 209).

2.5.3 A Música em contexto terapêutico de pessoas portadoras de doença de Parkinson

Desde a antiguidade, a música e a medicina estiveram estreitamente vinculadas, permeando diferentes culturas e gerações. A utilização da música para combater enfermidades vem de épocas longínquas.

Os primeiros relatos escritos foram encontrados nos papiros médicos egípcios pelo antropólogo inglês Flandres Petrie, em Kahun, por volta de 1899, papiros esses datados de cerca de 1550 a.C e que atribuíam à música influência sobre a fertilidade da mulher (MOÇO, 2006). Há também registros sobre a terapêutica musical, realizada por Davi, com sua harpa, para aliviar o

rei Saul da depressão (Segundo a Bíblia: I Samuel CAP VI versículo 23). (LEINIG, 1997)

Associada ainda à medicina, a música sempre foi uma das alternativas de tratamento durante os rituais de cura. Durante a I e II Guerra Mundial, ela foi utilizada como promotora de efeito sedativo e relaxante para os feridos, o que motivou a área médica a investir em pesquisas, na intenção de compreender a música como um recurso terapêutico. Esta iniciativa transportou a música do domínio exclusivo da estética filosófica, cujo núcleo era a teoria especulativa, para uma experiência que inclui a psicologia, a sociologia, a etnologia e aspectos vinculados.

Em pesquisa realizada na Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Javariana da Colômbia, observou-se que os pacientes se referiam a atenuação do quadro algico, além de sentirem-se mais animados e confiantes quando escutavam melodias relaxantes após procedimentos cirúrgicos. Segundo a médica Maria Soledad, isto se dá devido à produção de substâncias que inibem a sensação dolorosa, pelo sistema nervoso central (SNC) (MOÇO, 2006).

No capítulo 20 do referido livro “Alucinações Musicais”, Sacks (2007), descreve a Doença de Parkinson e sua experiência de encontrar a música em um contexto clínico. O autor relata que ao começar trabalhar no Beth Abraham (um hospital para doentes crônicos no Bronx), no ano de 1996, foi atraído por um grupo de pacientes estranhamente imóveis, que às vezes pareciam estar em transe. Dessa experiência surgiu o livro “Tempo de Despertar”, que narra a história de alguns pacientes, vítimas da “encefalite letárgica”,⁶ a epidemia de doença do sono que assolou o mundo logo após a Primeira Guerra Mundial. Sacks (2007) descreve cada aspecto observado dos pacientes.

Eu os via no saguão, nos corredores nas enfermarias, às vezes em posturas esquisitas, absolutamente imóveis, congelados

6 Encefalites são inflamações agudas do cérebro, comumente causadas por uma infecção viral. A encefalite letárgica é uma forma atípica de encefalite que causou uma epidemia de 1917 a 1928. Desde então, houve só um número pequeno de casos isolados, entretanto nos últimos anos alguns pacientes mostraram sintomas bem parecidos. Pensa-se agora que a causa é agente bacteriano ou uma resposta autoimune.

em um estado semelhante ao transe. Alguns desses pacientes, ao invés de paralisados, estavam no estado oposto: uma atividade impulsiva quase contínua, todos os movimentos acelerados, excessivos e explosivos (SACKS, 2007).

No ano de 1966 não havia uma medicação que pudesse ajudar aquelas pessoas, como Sacks (2007, p. 242) afirma: “nenhuma medicação, para sua paralisia, sua imobilidade parkinsoniana”. Entretanto, as enfermeiras e o pessoal do hospital sabiam que aqueles pacientes podiam mover-se ocasionalmente, com uma facilidade e graça que pareciam negar o seu parkinsonismo - e que o mais potente gerador daqueles movimentos era a música.

Sacks (2007) constata que a maioria daqueles pacientes “pós-encefalíticos”, com características comuns a Doença de Parkinson, mostravam-se frágeis para iniciar movimentos simples. Alguns mal podiam proferir uma sílaba; quando falavam suas vozes pareciam carente de tom e força, e tinham tom “espectral”. Mas esses mesmos pacientes quando iam cantar conseguiam fazer com clareza e volume regular, com plena força vocal e com expressividade. Alguns eram incapacitados de dar um passo, mas podiam ser levados a dançar e faziam com desenvoltura. Outros podiam falar e andar, mas de modo espasmódico, entrecortado, sem um ritmo contínuo, e às vezes com “acelerações incontinentes”. Sacks (2007) considera que a música para esses podia modular o fluxo do movimento ou da fala, e dar-lhes a estabilidade e controle que precisavam.

A “musicoterapia” não era uma carreira reconhecida na década de 1960, muito embora o referido Hospital Beth Abraham destacava-se por ter uma profissional de música, Kitty Stiles, que mesmo sem certificar um treinamento formal ou licença para desenvolver um trabalho com música, possuía um imenso talento intuitivo, talvez, para adivinhar o que podia fazer por seus pacientes em movimento, por maior que parecesse sua regressão ou invalidez (SACKS, 2007, p. 243).

Os estudos experimentais para averiguar o poder de evocação afetiva da música são recentes como também os estudos que se referem a emoção e cognição. A emoção, aspecto irracional do comportamento humano permaneceu por muito tempo uma área inexplorável. A tese vigente é de que a

emoção envolve mecanismos incontrolláveis, regidos pelo sistema nervoso central (VIEILLARD, 2009).

A música tem efeitos fisiológicos, agindo em determinadas áreas do cérebro, a exemplo do sistema límbico, localizado na superfície medial do cérebro dos mamíferos; o sistema límbico é a unidade responsável pelas emoções. É uma região constituída de neurônios. A música pode atenuar a ativação de emoções negativas. Este sistema atua preferencialmente no controle das atividades emocionais e comportamentais. Ele desencadeia sensações de prazer como também sensações desagradáveis. Nestas, o sistema límbico, ativa o sistema amigdalóide (refere-se às massas de neurônios situadas em sua superfície, localizada em sua parte inferior e interior, funcionando como importante centro regulador do comportamento sexual e da agressividade) que prepara o corpo para a autodefesa por meio da ativação do hipotálamo que ordena a hipófise a liberação do hormônio ACHT (acetilcolina) que chega às glândulas supra-renais que, então, liberam cortisol (BIGAND, 2005).

Neste momento, as funções de defesa do organismo contra a agressão são estimuladas. Com o fim do fator estressante, os níveis elevados de cortisol tendem a cair progressivamente, este retorno à normalidade pode ser mais precoce quando associado à música, pois a mesma ativa estruturas cerebrais (complexo amigdalóide e córtex orbito - frontal) que intervêm na percepção das emoções, e interage com o hipotálamo bloqueando o *feedback* para a liberação do cortisol (BIGAND, 2005).

Porém, nem toda música apresenta os mesmos efeitos. Em estudos comprovou-se que músicas com disparidade de ritmo e dissonâncias seriam mais estressantes e promoveriam o efeito contrário, devido à capacidade do córtex auditivo em reconhecer diversas sonoridades (BIGAND, 2005).

Assim, a música vai além de um conjunto de sons que unidos formam uma melodia, pois além de caracterizar-se como uma linguagem universal, ela tem importância terapêutica e estimula a saúde mental do indivíduo, desviando a sua atenção da problemática em que se encontra (SCHALLER, 2005).

2.5.4 Música para o corpo e a mente

Estados de afetividade e comportamento são então elucidados e expressões de sentimentos profundos traduzem a auto-expressividade da música a partir do qual o indivíduo comunica-se com o seu corpo, emoções e intelecto (PINHEIRO, 2003; MAZZEI, 2005).

Por meio de atividades musicais é possível evitar e/ou reduzir fatores estressores, visto a eficiência da música não apenas no alívio da dor como também no tratamento de distúrbios psicossomáticos, físicos e espirituais, graças à liberação de substâncias químicas cerebrais que podem atuar na regulação do humor, redução da agressividade, depressão e melhora do sono, além de proporcionar sensação de paz, tranquilidade, alegria, descontração e bem-estar (FONSECA et al, 2007).

Graças ao sistema límbico que coordena o comportamento emocional, o indivíduo por meio da música consegue liberar as suas emoções a partir do ato de cantar e dos movimentos corporais. No entanto, portadores de DP apresentam alterações a nível deste sistema, e a partir de mudanças quanto ao corpo e a fala, percebem que estão perdendo o controle sobre os seus movimentos e que apresentam disfunções no equilíbrio, na expressão e comunicação.

A utilização da música como forma terapêutica visa ajudar estas pessoas por meio do controle dos sintomas, uma vez que o ritmo excita as respostas imediatas e automáticas, melhorando o grau de atenção. À medida que se utiliza os mais variados sons e ritmos, a música poderá atuar tanto no controle de movimentos incoordenados quanto na facilitação do movimento, por meio do relaxamento muscular, buscando restabelecer as funções ora perdidas devido ao processo patológico, e conseqüente qualidade de vida.

Tendo em vista toda a problemática vivenciada pela pessoa idosa portadora de DP, e por ser a música um recurso que acompanha o homem desde a fase gestacional e por toda a sua vida, a mesma pode ser aplicada como forma terapêutica, utilizando-a como expressão individual e coletiva, e tendo como base a biografia musical do indivíduo estabelecida pelas suas

escutas, promovendo assim, o resgate à sua memória das lembranças, restaurando a sua integridade individual (TOURINHO, 2001).

Isto se deve a significativa influência que a música exerce no comportamento do ser humano, seja proveniente dos elementos inatos a este ou adquiridos durante a sua trajetória, mas que de certa forma são expressos mediante uma percepção musical (TOURINHO, 2001).

Ao analisar a percepção dos profissionais musicoterapeutas sobre a credibilidade e aceitação das atividades com música por seus clientes, em estudo desenvolvido em hospitais da rede pública em Goiânia, os mesmos afirmaram que a terapêutica por meio da música promove efeitos interessantes, aliviando ou amenizando problemas de saúde (FONSECA et al, 2007).

[...] A música lhe dá a capacidade de desenvolver o pensamento, contribui na memorização... além de trabalhar com a criatividade e expressão. [...] é capaz de aflorar a sensibilidade, de transmitir a paz interior, e principalmente de se sentir útil [...] (FONSECA et al., 2007, p.401).

Fonseca et al (2007) afirma que pesquisas desenvolvidas por profissionais de saúde atestam que a música proporciona sensações de conforto, alívio, tranquilidade, confiança e afeto para com os profissionais de saúde, além de atenuar o nervosismo, devido o internamento (FONSECA et al, 2007).

Trata-se de uma terapêutica que utiliza elementos musicais na busca de minimizar quadros de sofrimento decorrentes de situações estressoras, além de trabalhar com a audição e com a mecânica corporal.

E, para manter uma auto-estima positiva, é necessário que o idoso Portador de DP resgate por meio das vivências musicais a valorização da vida e desenvolva capacidades na realização de atividades, mostrando que apesar das limitações impostas são capazes de conhecer seus aspectos internos, passando a ter acesso à própria vida emocional, melhorando sua qualidade de vida (JESUS, 1998; MOSQUERA, 2005).

Desta forma, desenvolvem atitudes de observação, imaginação, acreditando no seu potencial criativo, comunicando-se de forma efetiva a partir de interações com o meio social (JESUS, 1998; MOSQUERA, 2005).

Esta qualidade de vida na velhice também vai estar diretamente relacionada à maneira de pensar de cada pessoa idosa, sua visão de mundo, marcadas pelas suas próprias idéias sobre o que é ser idoso baseado no estoque de experiências, vivências e conhecimentos que adquirem significado em um determinado momento do curso da vida (LÓPEZ-DÍAZ, 1999).

Para entender a qualidade de vida é necessário manter uma interseção entre a visão cultural, social, psicológica e fisiológica, favorecida pela perspectiva da vida. Perspectiva esta que possibilita a análise da abordagem pessoal do indivíduo, família e sociedade ao interior de um sistema social continuamente exposto a transformações.

Observa-se então, que a música atua como recurso resgatador da identidade deste idoso, ou seja, promotora da ressocialização, uma vez que potencializa a força criativa do mesmo, a partir do prazer de cantar, tocar, improvisar, criar, movimentar-se ao som das canções, além do compartilhar de experiências que estabelece um elo com outras pessoas.

O idoso portador de DP apodera-se então, de sua bagagem musical criando estratégias de intervenções específicas que atuarão na promoção da saúde, revitalizando a auto-estima frente às suas potencialidades, promovendo assim o equilíbrio das funções ora perdidas devido às debilidades a ele impostas.

É interessante abordarmos a visão do neurofisiologista americano Roger Sperry. Na década de 50 ele pesquisou e descobriu que os dois hemisférios do cérebro têm funções diferentes no comando das emoções e do conhecimento. Desde então, novos achados nos permitem, ter hoje, uma idéia bastante aproximada do verdadeiro funcionamento cerebral.

Apesar de aparentemente separados e de terem funções diferentes, os dois hemisférios são ligados por um número de fibras nervosas. Existe cerca de 200 milhões de fibras nervosas e em todos há um tráfego incessante de impulsos nervosos. Esse mesmo tráfego faz com que os dois hemisférios apesar de anatomicamente separados, funcionem de forma integral, como se fossem um só. O hemisfério esquerdo é o centro da linguagem. É analítico e seqüencial. É a sede do pensamento lógico, objetivo. Sua visão é fragmentada. Nele está o domínio da ciência, o individualismo e a

competitividade. O hemisfério direito é a sede do pensamento intuitivo, sintético, subjetivo. Tem uma visão do todo, do contexto, dos padrões. O espírito grupal aí reside, bem como a melodia, as imagens, a criatividade, o temperamento artístico e a emoção. Apesar de não dominar a linguagem do hemisfério direito domina a inflexão, o colorido, o tom emocional da fala. Embora usemos o hemisfério esquerdo para dizer “eu te amo”, é com o direito que emprestamos emoção e veracidade a esta afirmação (TAVARES, 1993).

Não existe um hemisfério mais importante do que o outro. Na verdade os dois formam um todo. E esse é o motivo pelo qual nos sentimos bem quando desenvolvemos uma atividade que une os dois hemisférios. Quando cantamos, por exemplo, o fazemos com o cérebro total, já que as palavras estão no domínio do hemisfério esquerdo e a melodia, a emoção, no direito.

Pacientes com DP apresentam uma incidência significativa de alteração de voz e fala, estimando-se que 89% dos indivíduos com DP experimentarão alterações vocais com a progressão da doença. (AZEVEDO et al, 2003).

Sacks (2007) faz uma análise sobre lesões no cérebro que comprometem a fala. A voz também sofre com os distúrbios na DP. A impossibilidade de comunicar-se verbalmente, pode gerar um sentimento de incapacidade e frustração e isolamento decorrentes. Sacks (2007) relata uma experiência de um paciente com afasia total. Embora fosse incapaz de recuperar palavra alguma, foi visto cantando muito afinado, com grande sentimento, mas dizendo duas ou três palavras da letra. Sacks (2007) considera as referências de alguns neurologistas em que existe a “área da fala” na zona pré-motora do lobo frontal predominante no cérebro (hemisfério esquerdo); uma lesão numa parte específica dessa área, que foi identificada pelo neurologista Paul Broca (1862), seja ela causada por doença degenerativa ou não, pode causar afasia de expressão, a perda da linguagem falada.

Descobrir que portadores de afasia são capazes de cantar, não só melodias, mas também letras de canções é reconhecer que as suas habilidades de linguagem não estão irrecuperavelmente perdidas, “que as palavras estão neles, em algum lugar, embora seja preciso música para fazê-las aflorar” (SACKS, 2007 p. 211).

Salientamos que existem vários tipos de afasia. No caso do parkinsonismo, por exemplo, o sistema motor poderá ser ativado pela música, quase automaticamente. Nesse caso Sacks (2007) chama a atenção de que a utilização de um simples recurso de áudio poderá obter resultados positivos no estímulo desinibindo as áreas da linguagem, mesmo que seja apenas uma linguagem do tipo automática, embutida na música.

Em uma pesquisa com abordagem qualitativa, na interface da Gerontologia e Musicoterapia, ao analisar o exercício de tocar um instrumento, ou cantar, ou praticar um exercício musical orientado, o autor afirma que essas atividades funcionam de forma terapêutica para as pessoas portadoras da Doença de Parkinson a medida que ato de cantar ou o tocar instrumentos musicais são um meio para a auto-expressão e a auto-realização, e que as canções revelam a subjetividade/existencialidade. “A autoconfiança do idoso participante faz com que ele ganhe expectativas positivas quanto a seu presente e esperança em relação ao futuro” (LODOVISCI, 2006).

Todas essas experiências e constatações serviram de base para novas observações. Assim, dedicaremos o próximo “Movimento” a descrição das análises desenvolvidas a partir das estruturas significativas das experiências, conforme foram apreendidas pelos membros representativos do Grupo de Vivências Musicais, retornando aos casos concretos desses indivíduos que compartilharam as suas vidas e que nos entregaram em profundidade as suas emoções.

III MOVIMENTO



3. A Polifonia dos Significados: do adoecer por DP
às Vivências Musicais – Uma Trajetória Construída

3. A Polifonia dos Significados: do adoecer por DP às Vivências Musicais – Uma Trajetória Construída

O que pretendemos aqui é tornar a experiência dos idosos Portadores de Parkinson participantes do grupo de Vivências Musicais, mais inteligível, olhando-a de uma forma diversificada, como informada por um “conjunto de concepções”, para conferir, uma certa concreção às suas visões mentais. Como Geertz, acreditamos que a cultura se faz pelas estruturas de significado, através das quais os homens dão forma a suas experiências a partir de temas múltiplos que envolvem questões de definição, verificação, causalidade, representatividade, mediação e comunicação. Tentamos assim, aplicar uma análise do significado – essas estruturas conceptuais que os indivíduos utilizam para construir a experiência – que sejam ao mesmo tempo “suficientemente circunstancial para ter convicção e suficientemente abstrata para se construir uma teoria” (GEERTZ, 1997, p.136).

Percebe-se, ao longo do trabalho, que quanto mais se invoca os detalhes mais ficamos ligados às peculiaridades do caso, e quanto mais omitimos os detalhes mais perdemos o contato com a superfície onde se encontram os nossos argumentos. Portanto, para encontrar um equilíbrio tentamos seguir o proposto por Geertz (1997): retirar amplas generalizações, a partir de exemplos especiais, para penetrar nos detalhes de forma suficientemente profunda a fim de se descobrir algo mais do que o simples detalhe. As estratégias adotadas para conseguir essa análise são variadas, sendo que o principal esforço é a percepção de que as estruturas conceptuais, adquiridas pelas informações, falem mais do que elas mesmas.

A nossa compreensão é de que os dados são as multiplicidades de estruturas conceptuais complexas que estão sobrepostas e amarradas umas as outras (como teias). Portanto, estamos considerando que para apreendermos o significado das Vivências Musicais para idosos portadores de DP é necessário traçar a trajetória da Doença, seus impactos (físicos, emocionais, sociais e culturais) na vida dos portadores, a importância das redes sociais (família, grupo) e numa perspectiva transdisciplinar, perceber as linhas que delimitem o lugar da música nesse contexto.

Perceber as dimensões simbólicas da ação da música não é “afastar-se dos dilemas existenciais” da vida humana em favor de um único domínio, mas, “mergulhar no meio deles”. Considero que para compreender e pesquisar um fenômeno de qualquer natureza que envolva seres humanos é preciso romper com as fronteiras que determinam muitas vezes uma visão estratificada - orgânico, psicológico, social e cultural - da existência humana.

[...] a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições e processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível – isto é, descritos com densidade (GEERTZ, 1997, p.38).

Nessa perspectiva, identificamos os códigos que apontaram o sentido dessa experiência para os idosos. Os códigos contribuíram para a construção das unidades de sentidos e os núcleos de significados: “Vivências da Pessoa Idosa com a Trajetória da Doença de Parkinson”; “Vivência da Pessoa Idosa com as Teias do Suporte Social” e a “A experiência das Vivências Musicais”. No primeiro núcleo, abordo os sentidos atribuídos a trajetória para o diagnóstico da DP e o seu sentido impactante, o sentimento de vergonha e isolamento do convívio social que são fatores de risco para a exclusão social e a incorporação da identidade do idoso portador de DP; o segundo tema versa sobre o apoio das redes sociais, como a família, os amigos, a fé e a entrada dos informantes no mundo do grupo, fatores extremamente importantes; no terceiro tema, abordei o tecer da teia quando os informantes organizaram novas rotas para a vida, identificando o lugar da música nessa experiência.

O quadro abaixo contém de forma sucinta as notas utilizadas para compor a polifonia da trajetória.

NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE SIGNIFICADOS
Vivências da Pessoa Idosa com a Trajetória da Doença de Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> •Impactos do diagnóstico •Riscos para a exclusão social •Incorporação da identidade
Vivência da Pessoa Idosa com as Teias do Suporte Social	<ul style="list-style-type: none"> •O suporte familiar •O suporte do grupo •O suporte espiritual
Vivências Musicais: O Lugar da Música no Contexto Integral da Pessoa Idosa Portadora da Doença	<ul style="list-style-type: none"> •Trilhando nos caminhos da música •O significado da música

de Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> •Música na vida social •A música em conexão com o corpo físico •A música em conexão com o psicológico/emocional •Música como prática cultural
--------------	--

Figura 10: Quadro de notas utilizadas para compor a polifonia da trajetória.

Fonte: Pesquisa de Campo/2008

Org. Virginia Coronago

3.1 A construção da trajetória da doença: Impactos do diagnóstico

“Oxente! Eu não estou nervosa porque estou tremendo assim?” (D. Mônica, 69).

Para Geertz (1997) a concepção é o “significado” do símbolo. Na DP a desarmonia do corpo é manifestada primeiramente através do tremor, da bradicinesia (lentidão e pobreza dos movimentos) e da rigidez (enrijecimento dos músculos, sobretudo no nível das articulações) (O’SULLIVAN, 2006). As alterações externas (o que era confirmado visualmente) e alterações internas (o que era sentido) formam símbolos, ou mesmo elementos simbólicos, que são construídos a partir de incorporações concretas de idéias e formulações tangíveis de noções e abstrações de uma experiência fixada em formas perceptíveis, atitudes, julgamentos e crenças. Algumas enfermidades podem ser traduzidas pelo tremor, mas essa é a manifestação mais freqüente que faz pensar na doença do Parkinson. Nos relatos a seguir atestamos essa “interpretação a primeira mão” como diria Geertz, ou seja, ouvir dos próprios entrevistados:

Eu tomava uns “goró” (cachaça), e as pessoas achavam que eu estava tremendo por causa da bebida. Falavam para parar de beber, que eu melhoraria. Mas eu achava que não era a bebida, porque eu só tremia de um lado do corpo. Os amigos me aconselharam ir ao médico, pedir um remédio para parar de tremer (Sr. João W., 60).

Se eu ficar conversando, só se eu tomar um susto, qualquer surpresa eu fico tremendo, no dia que esse menino morreu (referindo-se ao filho) [...] Eu acho que o mal de Parkinson que eu estou sentindo é coisa dos nervos, pois eu tomei muito susto, ainda teve o meu menino que mora no Rio que adoeceu

(D. Salomé, 71).

Eu descobri quando estava no jogo de buraco, estava jogando buraco com as cartas na mão e comecei (como tremia) e a turma dizia: Ele está para bater, o jogo dele, olha como está bom, como está bom. No início foi assim... (Sr. Carlos M, 74).

O que eu sei é esse problema de ficar tremendo os braços, sentindo agonia, porque tem dia que estou com as pernas duras, sem poder andar, aí precisa andar e aqueles passos presos, logo que começou foi assim. Eu fui para o trabalho e quando cheguei à estrada prendeu o andar. Aí perguntei: O que é isso? Aí fui ao médico, mas o médico não descobriu o que era. Eu precisei fazer um exame em Salvador para descobrir no braço, disse que era um problema nos nervos (D. Mônica, 69).

A dificuldade era o problema da tremura porque você não está sentindo nada e começar tremendo longe assim, e ali vou crescendo, eu chegava do serviço, ó, meu Deus, mas por que eu não estou nervosa, sentia o meu corpo está tremendo? A mão tremendo (D. Mônica, 69).

Ao constatar sinais ou sintomas que provocam qualquer desarmonia no nosso corpo, identificamos o que foge ao nosso universo de controle e o que coloca em risco toda essa ordem estabelecida. Como primeira reação, a busca pela solução recai na tentativa de controlar o que nos parece controlável. Procuramos soluções, inicialmente, tentando entender o que está acontecendo - Porque isso? Com o fracasso das nossas suposições e das tentativas de um autocontrole concluímos que há necessidade da busca por solução exterior a nós, isto é, que não dependam do “auto-controle” ou das nossas próprias suposições. Em seguida aparecem então as explicações médicas, re-traduzidas ou re-significadas (mal de Parkinson como “doença dos nervos”), e o próprio nome do mal faz sua aparição nos discursos.

Nessas buscas, percebe-se atitudes diferentes de pessoa para pessoa, variando através do tempo e do espaço, o que permitiria dizer que tais experiências podem ser entendidas como processos subjetivos, construídos a partir de conhecimentos, percepções e práticas historicamente produzidas e culturalmente aprendidas nos contextos socioculturais. Ora, estamos então diante de esforços que são a um só tempo pessoais, individuais e coletivos.

[...] Eu acho que o mal de Parkinson que eu estou sentindo é

coisa dos nervos, pois eu tomei muito susto, ainda teve o meu menino que mora no Rio que adoeceu (D. Salomé 71).

A expressão mal de... já encaminha representações. Doença ou “Mal” de Parkinson? Mal é o antônimo de Bem. Mal é tudo aquilo que se opõe ao bem, “tudo que prejudica fere ou incomoda”⁷; característica negativa que implica numa certa depreciação de alguma coisa em relação ao seu “estado normal”. A idéia de mal, culturalmente relativa, encarna tudo aquilo que não é desejável ou que é destruidor. O mal está no vício, em oposição à virtude. Figuras míticas como o diabo são formas culturais de personificação do mal.

Acreditamos que a expressão (Mal de Parkinson) utilizada para definição da doença, é compreendida num mundo de concepções sobrenaturais, em que suas crenças sobre as enfermidades mostram-se pautadas por questões espirituais. Nas curas pela fé, empregam-se todas as forças internas e externas para combater o “Mal”, a enfermidade o sofrimento e a música entrava nesse contexto, para conectar com esse mundo invisível (subjetivo) por considerar o seu poder divino, mágico (LEINING, 1977). A música pode ser considerada, entre essas forças, por ser capaz de afastar, mesmo que transitoriamente, a dor e a ansiedade minimizando o sofrimento.

Na história da medicina, costuma-se apontar uma passagem (lenta e sofrida) de uma fase de explicações místicas e/ou religiosas das enfermidades, para outra de explicações científicas (vale dizer, objetivas, calcadas em investigação, etc..). Não obstante a pobreza dessa visão tão esquemática, não podemos esquecer que nas sociedades contemporâneas modernas, a forma hegemônica (legalmente estabelecida) de compreensão e de tratamento se apóia na ciência bio-médica (de fato bio-genética), e afins. Em outras palavras, a enfermidade (ou o sofrimento) é encarada como um estado patológico (uma ruptura do estado hígido) e buscam-se formas racionais de compreensão, exploram-se métodos e instrumentos que visam a cura do corpo, corpo este, rudimentarmente entendido como máquina que deve ser compreendida para ser “ajustada” e cabe aos estudiosos da área entender como ela funciona para intervir no momento em que aparece a doença ou um mal funcionamento dos mecanismos biológicos.

7 Conceito retirado do Novo Dicionário Brasileiro - NDB, ilustrado, org. Alberto Prado e Silva. Ed. Melhoramentos, São Paulo, 1963

Como se verá, nossa intenção neste trabalho foi de alargar essa perspectiva, mostrando a natureza complexa, seja do corpo, seja da doença destacando como estão interligados os processos físicos, sócio-culturais e psíquicos na experiência e na vivência do adoecimento, no caso, relacionado também ao envelhecimento. Tomando a perspectiva de idosos portadores de DP vamos destacar o impacto do surgimento de sintomas e sinais físicos na vida dessas pessoas, a importância da família, dos grupos de convivência e finalmente das vivências musicais, para a qualidade de vida. Tudo isso em diálogo, e com as contribuições de estudiosos.

Constatamos assim que, para os idosos entrevistados, a observação de que os sinais e sintomas se acentuaram, alterando inicialmente as funções físicas repercutiu no seu processo de viver. Foi então que eles identificaram a situação de enfermidade ou “doença”, o que requeria uma solução; e buscaram, então, os conhecimentos médicos, acreditando que seria um meio que levaria a uma cura. Assim, inicia-se a trajetória da doença propriamente dita (isto é, reconhecida como tal por um especialista e pelo portador) e da busca por uma solução. Como já foi dito, as soluções ou explicações anteriores, dadas pelo portador (“eu bebia”, “tomei susto”...) não eram mais suficientes e se somam à explicação especializada; convivem com o diagnóstico do médico o qual dá um novo sentido ao discurso anterior e, especialmente, dá um nome para o seu padecimento. Cada um deles deixa de ter um tremor “inespecífico”, gerador de caos, e passa ser um portador de DP.

Quando adoecemos e procuramos um médico queremos a primeira vista, ser tranquilizados, compreendidos e curados no mais breve espaço de tempo. O médico, por sua vez, é aquele que usa o discurso que o coloca numa posição de dominação absoluta diante do problema e tende a ver aquele que o procura como um “paciente”, como um corpo no qual vai atuar e que deve proceder de forma a atingir a cura, ou a minimização do sofrimento.

No conjunto dos discursos dos idosos, observamos que a construção de um diagnóstico se deu após a realização de práticas, muitas vezes consideradas estressantes e desgastantes, como revela Sr. João W.: “Entre o tremor e a confirmação da doença passou mais de um ano. Nessa época eu bebia, me aborrecia”.

Eu comecei assim tremer, eu ficava assim tremendo. Aí eu fui no médico e ele me passou levedopa, tomava uma banda, aí eu fui melhorando, melhorando. Tinha que tomar de quatro em quatro horas. Aí agora ele me passou dois comprimidos. Eu estou bem graças a Deus. Espera aí que vou pegar os remédios (pausa). – traz o remédio. Tem que tomar na hora certa senão não adianta. Agora vou lá pra ver o que médico faz com essa tontice, pra ver se continuo com a mesma dose (Sr. Carlos M. 74).

Quanto à medicação teve um tempo, minha filha, que eu fiquei ruim, sem ter dinheiro, mas o pessoal me ajudou a comprar o remédio, pois custa caro, aí eu falando muito foi aí que eu consegui na Dires o remédio. Mas sofria porque era quinhentos e tanto reais para comprar e eu não tinha todo mês para comprar, aí eu sofria um pouco (D. Mônica, 69).

As reações frente à constatação da DP foram expressas com emoção, como apontam as narrativas a seguir:

Tem dois anos e começou com o tremor e eu nem sabia o que significava tremor, e era só de um lado, quando ainda é só de um lado até hoje, não é? De vez em quando treme o corpo todo, o pesadelo mesmo é do lado direito. Eu não fazia mais movimento no braço, não mexia mais a comida com a mão direita, para pegar uma coisa, vamos supor, uma concha de farinha, por exemplo, tinha que pegar de quatro ou cinco vezes aos pouquinhos na concha. Eu não agüentava suspender de uma vez e tinha que pegar aos poucos. Foi uma fase complicada e muito difícil [...] (Sr. João W, 60).

Se eu ficar conversando, só se eu tomar um susto, qualquer surpresa eu fico tremendo, no dia que esse menino morreu (falando do filho) [...] Eu acho que o mal de Parkinson que eu estou sentindo é coisa dos nervos, pois eu tomei muito susto [...] (D. Salomé, 71).

A doença de Parkinson não é boa, você sabe que não é boa [...] Eu sinto tremer e incomoda. [...] O que mais me incomoda no Parkinson é a tontura, se eu não tivesse a cabeça zonga, eu era bom de cabeça, ontem eu passei o dia ruim. Ontem tava ruim o dia todo (Sr. Carlos M, 74.).

Em todos os casos, constatamos a necessidade de compreensão do significado da doença, a partir das reações. Estão presentes em todos os relatos as transformações causadas, (tremor, tonturas), com registros de fatos que afetam os entrevistados sob vários aspectos, tanto de ordem física como também psíquica e social. O tremor incomoda, causa constrangimento. A

tontura dá uma sensação de instabilidade, de desequilíbrio. Para dois dos entrevistados o tremor despertou um sentimento de vergonha.

3.1.2 Riscos para a exclusão social

“eu não votei, eu fiquei com vergonha de ir”... (Sr. João W. 60)

O mais difícil enfrentar foi antes de descobrir a doença, né? Porque antes de descobrir, eu não fazia mais nada com a mão direita, até para assinar o nome, não assinava mais, na época da eleição para o desarmamento (plebiscito), eu não votei, eu fiquei com vergonha de ir... Sim... (pausa longa – os olhos ficaram cheios de lágrimas), respirou fundo e continuou: era a primeira vez que eu ia (pausa) votar e não ia assinar, né? (Sr. João W, 60).

Eu sinto vergonha assim quando estou conversando que começa tremer a perna, mas todo mundo já sabe, né? (D. Salomé, 71).

Vergonha é uma condição psicológica e uma forma de controle religioso, político, judicial e social, consistindo de idéias, estados emocionais estados fisiológicos e um conjunto de comportamentos induzidos pelo conhecimento ou consciência de desonra, desgraça ou condenação. O terapeuta John Bradshaw (2009) conceitua a vergonha como a "emoção que nos deixa saber que somos finitos". A vergonha de si mesmo pode ser internalizada como identidade após um ultraje. Uma pessoa pode sentir que sua dignidade foi permanentemente perdida, seja por fazer parte de um grupo que é socialmente estigmatizado ou por vivenciar ultraje ou ridículo. A antropóloga Ruth Benedict (1946) descreve a vergonha como uma violação de valores culturais e sociais.

No idoso portador de doença crônico-progressiva, como a DP, a comunicação apresenta momentos de instabilidade que podem ser decorrentes de ajuste ao medicamento, frustração, ansiedade, depressão, cansaço e situações estressantes.

Compreendemos, portanto, que diante da incapacidade de controlar as coisas consideradas estranhas (em relação a capacidade de locomoção ou a

capacidade de se comunicar) ergue-se o escudo da vergonha e esse sentimento associado a outras dificuldades poderá legitimar as estruturas de pensamentos capazes de justificar ou abrir espaço para o isolamento e solidão. Nas próximas falas poderemos confirmar as mudanças ocorridas em relação a convivência social.

“Eu passo o dia todo sozinha em casa.” (D. Mônica, 69).

Eu não estou indo para a igreja, nem para o grupo porque eu não agüento com a câimbra nas pernas... Aí não posso ir porque sozinha o carro pode me atropelar na estrada, não é? Como é que posso ir? Eu não tenho carro, não tenho quem vai me levar, só eu e meu esposo (enfático), meu esposo trabalha. Eu passo o dia todo sozinha em casa. [...] o que está me incomodando agora é o andar, pois eu gostava muito de passear, de viajar e com a câimbra no pé eu não posso fazer isso. Eu ia à igreja, viajava para Salvador, Retirolândia, para esse mundo todo, para Itabuna, para tudo que é canto eu ia sozinha Eu gosto muito de passear, eu gosto de andar... Eu fico triste, pois sinto falta das viagens demais, um pouco triste, pois eu viajava sozinha, pegava minha sacola, viajava e a pessoa me esperava lá onde ia chegar, mas agora não posso ir mais, também por causa da câimbra no pé, se não fosse isso eu viajava, só por causa da câimbra que pode dar e como é que posso andar? E ninguém me conhece fica todo mundo sem saber o que está acontecendo comigo, aí é chato, não pode. Com relação à participação da igreja e do grupo não dá para ir sozinha, eu nunca mais fui ao grupo por que como é que eu venho? Às vezes a gente acha alguém que vem trazer e para ir, como é que vai sozinha? Complica [...] (D. Mônica, 69).

Antes do Parkinson era bom, eu ia para todos os cantos, eu ia para rua, fazia feira [...] Eu participava da Igreja e tinha força para tudo até as vizinhas ficavam admiradas: Oh! Como Salomé tem tanta energia, faz tudo e tem força para tudo e ainda ir para a igreja. Hoje não vou mais nas atividades da igreja (D. Salomé, 71).

Eu fico triste no domingo, fico sozinha pensando: Oh! Meu Deus aqui tinha tanta gente antes, agora me vejo sozinha! Aí às vezes saio ou vou para a televisão e esqueço (D. Salomé, 71).

Como se pode perceber, as limitações ocasionadas pela DP se somam ao sentimento de perda (eu gostava; eu iria, eu não posso...), de insegurança e medo (ninguém me conhece), de dependência (preciso de companhia), de vergonha (não faço direito). De fato, as diferentes áreas do conhecimento apontam a interação entre fatores diversos, físicos e não físicos (como

modificações na estrutura familiar, nas condições de vida, na sociabilidade e na qualidade de vida), a serem considerados nas condições gerais de pessoas acometidas de doenças mais ou menos incapacitantes.

As doenças crônico-degenerativas por provocarem alterações na capacidade funcional dos idosos, acabam por exigir modificações profundas na estrutura familiar e social desses indivíduos (DIAS et al, 2003).

Quando se faz uma abordagem psico-social, observa-se que doenças crônico-degenerativas como a DP relacionam-se as condições de vida, trabalho e consumo da população, gerando tensões psicossociais e, conseqüentemente, o desgaste e a deterioração orgânico-funcional, podendo levar a uma drástica alteração no estilo de vida.

Alguns portadores deixam de se relacionar socialmente com outras pessoas, isolando-se do convívio, afetando desta forma o seu processo de interação, o que poderá contribuir para o surgimento de um sentimento de desesperança e solidão que interfere no seu bem-estar físico e emocional (MARTINS et al, 1999).

Assim, outro aspecto bastante mencionado na literatura é a interferência da doença crônica na manutenção e potencialização da auto-estima. A convivência com a DP poderá favorecer a sensação de inutilidade, insegurança, desmotivação e insatisfação com a auto-imagem. Toda esta problemática propicia um isolamento social, podendo desencadear um processo de depressão. Associados a todos esses sentimentos, observamos o medo da incapacidade, e como esse medo pode gerar ansiedade pela possibilidade do indivíduo tornar-se dependente do outro para realização das atividades de vida diária.

Neste contexto, apresentamos uma discussão sobre as dificuldades dos sistemas de saúde, das instituições sociais e dos grupos profissionais frente ao atendimento da demanda para lidar com as questões que envolvem os aspectos integrais do ser humano. Há que se pensar em estratégias para o preenchimento das lacunas existentes, considerando que o viver em estado de saúde variado está na dependência de intervenções que promovam um viver saudável, com maior autonomia e independência possível, que aliviem o sofrimento, que minimizem os riscos individuais e coletivos ou que, muitas

vezes, confortem; que promovam o bem estar físico, psicológico e social; que estimulem a manutenção e/ou a reconquista do senso de dignidade humana, o de um cidadão inserido em sua comunidade.

A interdisciplinaridade, em gerontologia, é admitida como uma condição da área de conhecimento emergente que visa estudar o conjunto total do processo de envelhecimento humano e suas implicações do modo de viver. A partir da análise das doenças crônico-degenerativas a exemplo da DP, evidenciamos o lugar da música como um recurso que contribui para a geração de atributos e para a obtenção de uma auto-estima satisfatória. A música desperta sentimentos de competência, confiança e de adequação à vida, promove o desenvolvimento de uma melhor capacidade de compreensão, estimulando a auto-aceitação nesse processo natural do envelhecimento associado à DP.

Tinha dificuldade para tomar banho, vestia a roupa com muita dificuldade também, e esfregava o corpo com a mão esquerda, que a mão direita, não conseguia fazer o movimento, mas para mexer o prato não mexia mais, a barba não tirava, quem tirava era minha filha (Sr. João W., 60).

A doença de Parkinson atrapalha muito, pois eu não faço mais nada, é só sentindo coisa, uma coisa e outra (com voz enfática)... E a memória às vezes lembra, às vezes não... (D. Salomé, 71).

Eu sinto saudade de tudo demais, eu sinto falta de andar cinco horas da manhã eu não posso mais andar. Eu fazia caminhada direto. Eu não posso mais andar. Eu ando aqui pertinho, mas com medo. Para a gente andar com medo não adianta, não é? Eu gostava de dançar, eu gostava de ir para a igreja, gostava de cantar, de tudo, tudo... Cantava assim de cantar mais as meninas, qualquer coisa assim... (D. Mônica, 69).

A cada perda ou aumento das incapacidades (dificuldades para andar, falar, afastamento do trabalho, entre outras), há um período de lamentações, até que seja feito um ajustamento às novas limitações. Tendo em vista a evidência de todas essas mudanças, a música poderá funcionar como promotora de bem-estar e qualidade de vida considerando o seu poder, tanto sobre os aspectos de ordem mental como física. Pesquisas recentes comprovam que as emoções provocadas pela música evocam lembranças, mas também provocam manifestações físicas (arrepios, aceleração do ritmo

cardíaco) e o prazer que ela suscita regula os comportamentos afetivos. (VIEILLARD, 2005)

“A principal mudança foi no setor de trabalho.” (Sr. Carlos M., 74)

A partir do diagnóstico da cronicidade de uma doença como a Doença de Parkinson, os indivíduos passam a ter novas incumbências como: lidar com incômodos físicos, perdas nas relações sociais, perdas financeiras, perda nas atividades como locomoção, trabalho, lazer, ameaças a aparência individual, à vida e a preservação da esperança (SILBERMAN et al, 2004 e MARTINS et al, 1996).

O envelhecimento saudável com qualidade de vida tem apresentado interações multidimensionais entre saúde física e mental, autonomia, integração social, suporte familiar, independência econômica e o ambiente físico em que o idoso está inserido. Quanto mais ativo o idoso maior a sua satisfação com a vida, sendo assim menos susceptível ao isolamento e à depressão.

A promoção do bem-estar na velhice deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural. Envelhecer bem significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro.

Cada depoimento revela que as dificuldades enfrentadas apresentam relações multidimensionais; a importância do trabalho foi evidenciada como uma das principais perdas durante o processo de adaptação:

A principal mudança foi no setor de trabalho, mesmo, mudou um pouco, ultimamente tem mudado mais, mas no início mudou um pouco, sobre o movimento de pegar coisa, e pegar... Como é que diz? Agilidade de pegar a concha e tal, um peso, eu não agüento pegar mais 10 quilos e nem 15 quilos. Não tenho firmeza, o braço esquerdo que é operado, ainda pega um pouquinho mais, mas o braço direito quando eu pego tem que procurar posição para poder segurar senão eu deixo cair, e aí sempre vem mudando um pouquinho. [...] Como eu falei, a dificuldade maior foi essa, chegou a ponto de não conseguir tirar a barba, a roupa para vestir dava trabalho, o sapato para calçar dava trabalho (Sr. João W., 60).

Depois do Parkinson para cá. Quanto ao trabalho não faço mais quase nada, quando eu tomo o remédio eu sinto assim... Umas fraquezas nas pernas, aquele desânimo, só querendo deitar e a perna fica tremendo. Aí eu acho que mudou, pois eu

não era assim... Trabalhava bem, cuidava da minha casa, tinha um filho doente, paraplégico, levou catorze anos na cama e quem cuidava dele era eu (D. Salomé, 71).

A mudança que houve foi eu deixar de trabalhar, eu comecei a tremer assim um pouco, aí já parei de trabalhar, eu tremia assim antes, eu tremia que ficava na frente da televisão, assistindo jogo e ficava assim... (Sr. Carlos M. 74).

O que mais me incomoda é não poder trabalhar, pois eu gostava muito de trabalhar e com isso eu não posso trabalhar, com esse braço tremendo como é que vou trabalhar? Como é que vou pegar as coisas? Pode quebrar, não é?(D. Mônica, 69).

Autonomia, grau de dependência, capacidade funcional e presença de alguma patologia são os fatores que podem interferir no estado de bem-estar de um indivíduo e na realização ou não de atividades que o agradam, no exercício de uma profissão ou de tarefas referentes ao auto-cuidado, influenciando decisivamente na qualidade de vida desse indivíduo.

Embora não seja fácil de estabelecer o conceito de qualidade de vida, se faz necessário criar perspectivas mais abrangentes de saúde. Em reunião com especialistas que compõem o Grupo de Qualidade de Vida da OMS, qualidade de vida foi definida como:

A percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al, 2000, p. 179).

Este conceito é amplamente aceito e se faz presente na generalidade das publicações científicas que abordam esta temática.

Esta definição evidencia duas características essenciais do termo: a subjetividade e a multi-dimensionalidade. A primeira refere-se ao fato de que a análise da qualidade de vida é algo pessoal, ou seja, cada indivíduo deve ser o avaliador de sua própria qualidade de vida e não um observador externo. Pereira et al (2006) referem que a “qualidade de vida reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização”.

Portanto, ainda que existam paradoxos em relação ao que chamamos qualidade de vida, todos dentro dos seus padrões buscam alternativas que possibilitem uma maior satisfação; uma qualidade de vida que está atrelada ao grau de satisfação, felicidade e bem-estar com relação a sua própria existência.

Entende-se, assim, que qualidade de vida é um conceito que está na dependência de especificidades pessoais e culturais, e que apontam quais padrões um indivíduo deve seguir, quais expectativas e objetivos deve almejar e com o quê ele deve se preocupar.

O tratamento da DP visa o controle dos sintomas e a manutenção da qualidade de vida do portador pelo maior tempo possível. Isso inclui um viver com autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico.

A terapêutica medicamentosa atual define os seguintes grupos: L-Dopa, agonistas dopaminérgicos, inibidores enzimáticos, anticolinérgicos. Essa terapêutica medicamentosa, contudo, não é suficiente para manter o portador da DP em condições ideais para o seu bem-estar. Por isto, a inclusão de práticas multidisciplinares, associadas ao tratamento medicamentoso assume uma significativa importância como recursos alternativos à disposição, no caso do idoso parkinsoniano uma vez que favorece a manutenção ou recuperação da autonomia e independência possível nas atividades da vida diária. A Música neste contexto, contribui de forma significativa, ao produzir efeitos fisiológicos e psicológicos, agindo em determinadas áreas do cérebro, a exemplo do sistema límbico, podendo atenuar a ativação de emoções negativas. A Música atua preferencialmente no controle das atividades emocionais e comportamentais. Ela desencadeia sensações de prazer e satisfação (BIGAND, 2005).

Por meio de atividades musicais é possível evitar e/ou reduzir fatores estressores, visto a eficiência da música não apenas no alívio da dor como também no tratamento de distúrbios psicossomáticos, físicos e espirituais, graças à liberação de substâncias químicas cerebrais que podem atuar na regulação do humor, redução da agressividade, depressão e melhora do sono, além de proporcionar sensação de paz, tranquilidade, alegria, descontração e bem-estar (FONSECA et al, 2007).

3.1.3 Vivência da Pessoa Idosa com as Teias do Suporte Social

Minha família é ouro, graças a Deus. (Sr. Carlos M, 74)

3.1.4 O suporte familiar

Segundo TEIVE (2002) a família constitui uma valiosa aliada no êxito do tratamento e pode ser considerada como o fator ambiental de maior importância para a pessoa portadora de DP; sentimentos como solidão, carência afetiva, depressão, dependência e as diversas limitações que impedem os indivíduos de desenvolverem as atividades cotidianas podem ser amenizadas com a presença da família. Nas falas dos idosos compreendemos e avaliamos a interferência e o valor da família nessa trajetória da DP.

Todas cuidam bem, mas a mais chegada é Marta (A filha que cuida dele). Eu penso que é praticamente uma obrigação dela porque cuidei muito dela também, né? Se ela tivesse uma condição disponível, se ela não trabalhasse, eu creio que ela cuidava mais, todo mundo aqui trabalha. Mas mesmo assim, fazem o que podem comigo. Se for para ir ao médico eu não vou sozinho, sempre tem um acompanhante[...] Enfim para todos os efeitos eu estou... Bem. Quando Ana está aqui que eu acho difícil tirar a barba, às vezes eu estou com preguiça, não é difícil, é mais preguiça, eu peço para ela tirar a barba, ela tira, Marta não sabe tirar barba não, Ana tira e quando Ana não está eu faço sozinho (Sr. João W. 60).



Figura 11: Sr. João W. com sua filha trabalhando na feira.
Fonte: Trabalho de campo, dez/2008.
Autor: Virginia Coronago

E minha neta incentivava muito. Às vezes eu estou ruim e minha neta cuida de um jeito e de outro e fala: Vamos, mãe, (a neta chama-a de mãe) a Senhora vai. Eu vou lhe dar isso para a Senhora comer ou beber, me dá um remédio, e incentivava larga tudo para ir mais eu. [...] Minha bisneta vai comigo para o grupo. Nós somos muito próximas. A bisneta vive muito comigo, ela nasceu aqui. Quando ela sai parece que saiu todo mundo. Ela chega aqui, daí eu falo bom dia! Aí ela chegava e me dá um beijo (D.Salomé, 71).

Minha família é ouro, graças a Deus. Quem cuida de mim nos aspectos médicos é minha esposa e os cuidados são ótimos e eu gosto muito dela. Amanhã mesmo ela vai comigo lá (II simpósio sobre a DP na UESB). Ela vai deixar de trabalhar aqui [...] A minha relação com meus filhos é ótima, excelente, boa demais [...] Minha vida é um livro aberto, e é um mar de rosas, graças a Deus tenho uma família boa, tudo bom, minha esposa é gente boa, a menina que trabalha aqui é gente fina, meus filhos, meus netos... Tudo bom tem sempre alguém aqui. Se houver necessidade eu tenho o telefone, ligo a qualquer hora e eles vêm (Sr. Carlos M. 74).

O cuidado familiar é beleza na vida, beleza... É uma benção de Deus. Eu também cuidei muito dele, eu cuidava de todo mundo. É uma troca e eu estou recebendo agora. Porque diz que a gente tem que preparar para velhice, e é verdade. E mais tarde eu estou mais velhinha, (risos em gargalhadas) e ele vai chegando à velhice já tem os filhos que cuidam. Graças a Deus a mim não falta nada, não me falta nada (D. Mônica, 69).

Quem cuida de mim é meu esposo. [...] Na relação com a família todo mundo quer cuidar de mim, mas aquelas horas que tem tempo, quando não tem, não podem cuidar, não é? Eles fazem tudo, eles não me deixam lavar uma roupa, não deixam eu fazer comida. Eu só tenho meu marido que cuida de mim, ele faz tudo, ele faz comida, varre casa, arruma a casa toda, só não faz lavar a minha roupa, porque minhas meninas que lavam a roupa. [...] A gente conversa e a gente vive bem graças a Deus (fala com relação ao esposo), é uma beleza. [...] Eles (filhos) é que vêm e ajudam, fazem tudo. [...] Na minha família os cuidados estão bons para comigo, graças a Deus. Até brigam comigo, porque eu faço as coisas, eu quero fazer e eles não deixam fazer, só falam: Não faça não! Você é teimosa não é para fazer isso. Deixa eu fazer e eles: Vá ficar quieta lá no canto (D. Mônica, 69).



Figura 12: D. Mônica e seu esposo (cuidador), em frente a sua residência.

Fonte: Trabalho de campo, Dez/2009.

Autor: Virginia Coronago

Observamos que os idosos se referem sempre a importância da família quando relacionam os cuidados. O cuidado, normalmente, é atribuído a um dos membros da família, o qual é denominado cuidador principal por ser o responsável pelas necessidades do idoso. Outros membros da família podem auxiliar em atividades complementares, daí serem chamados de cuidadores secundários (YUASO, 2002; WANDERBROOCKE, 2002). Diversos motivos contribuem para que uma pessoa se torne cuidadora principal, destacando-se: a obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos e na condição de conjugalidade (CALDAS, 2002; GIACOMIN, 2005). Novos aspectos são identificados nos discursos quando os idosos afirmam por exemplo: “Todas cuidam bem, mas a mais chegada é Marta. Eu penso que é praticamente uma obrigação dela porque cuidei muito dela também, né?” (Sr. João W.), “Eu também cuidei muito dele, eu cuidava de todo mundo. É uma troca e eu estou recebendo agora”. (D. Mônica). Sr. João se refere a filha e D. Mônica se refere ao esposo. O último depoimento deste bloco levanta mais uma questão a ser considerada quando se fala em qualidade de vida: D. Mônica louva o cuidado que recebe da família (especialmente dos filhos), mas não deixa de incluir um certo lamento: “eu quero fazer e eles não deixam ...”

Segundo GONÇALVES (2006), o cuidador se expõe a riscos de adoecer quando se sente sobrecarregado no tarefa do cuidado.

A presença dos familiares cuidadores nas reuniões do Grupo de Vivências Musicais e o envolvimento com todas as questões, foi constatada. Havia interesse em participar de todas as atividades propostas pela

coordenadora de música, e vale salientar que alguns cuidadores freqüentavam o grupo independente da presença do portador. De acordo com estas observações notamos que os cuidadores sentiam a necessidade de buscar a força, talvez a animação e o conhecimento que precisavam para incentivar a utilização das práticas musicais, por acreditarem nos resultados dessa experiência, na sua eficácia.

3.1.5 O suporte do grupo

“Quanto ao grupo, lá foi beleza, tenho saudade.” (D. Mônica, 69)

Observa-se, constantemente, nas falas desses indivíduos, a busca por uma melhoria da condição de vida através da participação social. E quando mencionam a participação no Grupo do Projeto TAIP, fica mais evidente, o significado dessa experiência.

Quando cheguei no grupo não fazia o movimento com o braço, não mexia mais a comida com a mão direita. O grupo foi muito bom, porque não conseguia nem andar, andava arrastando a perna (forte emoção acompanhada do choro), esse trabalho da UESB me deu um novo ritmo (Sr. João W., 60).

Eu me sinto bem no grupo, parece que eu não tenho nem mais casa, fico muito feliz de participar do grupo do Parkinson, muito orgulhosa de estar lá. E meu marido também não fala nada que quando eu participava da igreja ele brigava comigo, uma vez ele falou assim: ou eu ou a igreja?(D. Salomé, 71).

O Grupo foi bom, foi de lá que consegui o remédio, foi Hosana (uma senhora) do grupo ela mora aqui no bairro também quem me falou do remédio (referindo-se a medicação de alto custo que a DIRES distribui). Eu ainda hoje passei lá, um mexe com uma coisa, outro explica outra. Eu gosto da reunião do grupo, mas para bater papo. Falar com um, falar com outro. Tem hora que não dá pra ir. O que ficou na memória foi só o bate papo (Sr. Carlos M. 74).

Quanto ao grupo (Grupo de Ajuda Mútua do Parkinson) lá foi beleza, lá foi beleza, tenho saudade, eu estando melhor eu vou, volto, volto, melhorando essa câimbra, eu vou. Meu esposo não pode me levar porque ele trabalha no CSU, funcionário do Estado, ele não pode estar levando porque é à

tarde que ele vai, ele trabalha à tarde, aí não pode me levar. [...] Oh! Rapaz! Demais. Eu gostava mesmo de ir, gostava da farra no grupo, eu gostava de ir... [...] O grupo é importante porque a gente vê a nossa condição e como a gente precisa se cuidar, porque tem gente pior do que eu. E tem as amizades também (D.Mônica, 69).



Figura 13: Reunião do Grupo de Vivências Musicais
Fonte: Acervo do PROJETO TAIP

De acordo Schons&Palma (2000) a sociedade discrimina quando isola, segrega, pré-conceitua. Todas as nossas experiências com grupos de convivência para idosos apontam para a importância desses espaços como uma prática que favorece a integração de grupos sociais, permitindo o desenvolvimento de uma rede de sociabilidade e intercâmbio afetivo, investimento físico e intelectual, cultural, artístico e de uma educação para cidadania. A conquista dos direitos sociais se dá no cotidiano, e influencia a vida de cada um de nós e de cada grupo social.

Conforme Chacra (2002) as pesquisas dos últimos anos vem dando destaque ao papel fundamental da família e das redes sociais de apoio na promoção da saúde. O fortalecimento das relações produz saúde e incrementam a capacidade de enfrentar eventos críticos e mobilizar recursos adequados. O autor ressalta a importância da manutenção e promoção das relações de suporte social no associacionismo de ajuda mútua. Os grupos facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na auto-estima e, até mesmo, na melhoria do senso de humor, aspecto essencial para ampliar a resiliência e diminuir a

vulnerabilidade. No convívio entre pessoas, criam-se vínculos que possibilitam o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social. (CHACRA, 2002)

No contexto dessa pesquisa, o grupo de Vivências Musicais e o Grupo de Ajuda Mútua desenvolveram lado a lado. Nesta proposta interdisciplinar o trabalho foi fortalecido tornando nítido o valor das relações construídas, entre os idosos, a partir dessas vivências. A música fortalece a integração e a socialização. Segundo Moura (2007), a música, indiscutivelmente, exerce diversas funções na sociedade, a exemplo da comunicação, da retratação das próprias condições de vida. A autora faz uma observação sobre o papel da música na continuidade da cultura e da função de integração que a música exerce na sociedade. A análise é feita, também, sobre a música como forma de identificação dos grupos, e pode ser entendida a partir das nossas experiências quando observamos o seu poder na formação de identidades. Conforme Roederer (1998) a música pode estimular a coerência comportamental, fenômeno decorrente de um processo de “equalização dos estados emocionais de um grupo”.

3.1.6 O suporte espiritual

“Mas nada para Deus é difícil.” (Sr. João W., 60)

Sobre a doença de Parkinson eu conheço bem pouco, mas pelo pouco que eu conheço, já dá para entender que é meio complicado, né? Mas, (pausa pesarosa) a gente vai levando de acordo que Deus quer (Sr. João W., 60).

Mas graças a Deus, uma parte da dificuldade pesada eu já passei, e peço a Deus que não repita, né?(Pausa) Porque com a tendência do tempo, é como diz o médico, a tendência é piorar, até que não venha a cura, mas nada para Deus é difícil. E a gente vai levando como Deus quer... (Sr. João W., 60).

É Deus que me dá e dá força para tudo [...] Eu era legionária, era não, eu sou ainda, pois eu rezo meu terço, faço as minhas orações, peço a Deus pelos meus filhos. [...] converso com meu marido, só fica eu e ele. Graças a Deus ele é gente boa (D. Salomé, 71).

Hoje eu estou até bom, graças a Deus. [...] graças a Deus tenho uma família boa, tudo bom, minha esposa é gente boa, a menina que trabalha aqui é gente fina, meus filhos, meus netos... (Sr. Carlos M., 74).

Mas mesmo assim, é difícil, a gente vai lutando, vai passando por cima de tudo e vence se Deus quiser [...] graças a Deus, sou feliz, sou feliz [...] O cuidado familiar é beleza na vida, beleza... É uma benção de Deus. [...] Eu ganhava muito dinheiro, minha filha. Graças a Deus ganhava. Criei meus netinhos (filhos) muito gordos, ninguém passava falta de nada, graças a Deus (D. Mônica, 69).

Sommerhalder e Goldstein (2006) citam Frankl para afirmar que homem possui uma dimensão noética e espiritual, que pode manifestar-se através da religião ou não. Sua premissa é de que na espiritualidade inconsciente do homem está inconstitida uma religiosidade inconsciente. Isso se dá no sentido de um relacionamento inconsciente com Deus, em uma relação com o transcendente. A religiosidade é uma decisão e não tem caráter inato. Ela é construída no ambiente religioso-cultural em que o ser humano nasce, cresce e se desenvolve, o que influencia no seu conjunto de crenças. Assim, de acordo com as falas dos idosos percebe-se que o aspecto religioso/espiritual tem sido descrito como uma variável associada à esperança, ao conforto, a gratidão e a fé é representada na mediação que facilita o lidar com situações de estresse e problemas da vida. Observamos que durante os processos de adoecimento os indivíduos buscam apoio na fé, tanto para encontrar um significado para a enfermidade como pela tentativa de cura (SOMMERHALDER, C. GOLDSTEIN, L.L, 2006).

Existem linhas de pensamento que admitem que a religiosidade e a espiritualidade sejam recursos de enfrentamento, o que significa que as pessoas buscam através dos recursos cognitivos, emocionais e sociais proporcionados pela crença em um poder transcendente ou em um ser supremo, forças para enfrentarem as situações inusitadas.

Muitos estudos têm investigado a correlação da religiosidade e da espiritualidade com o enfrentamento de crises. Em revisão de literatura, Sommerhalder e Goldstein remetem a Koenig (1994) e concluem que pessoas idosas tendem a buscar o suporte religioso para o enfrentamento de situações difíceis. Na nossa experiência comprovamos que, entre os indivíduos

estudados, independente da cultura ou de credo religioso nota-se a importância da espiritualidade para o resgate à motivação ao bem-estar dessas pessoas. Para a maioria dos informantes, a busca por um Ser Superior e Supremo instiga a confiança, confere significado à vida e motiva a existência de forma positiva e favorável.

3.2 Vivências Musicais: O lugar da música no contexto integral da pessoa idosa portadora de doença de Parkinson

3.2.1 Trilhando nos caminhos da música

Não lembro de ninguém que cantava e nem tocava na família. Quando eu era criança eu gostava de ouvir cantigas de roda, mas não lembro de nenhuma. Só me lembro do povo cantando apanhando o café, as mulheres cantavam cantigas de roda. Não tenho lembranças da minha mãe cantando músicas para mim. Ela não gostava de cantar. Meu pai gostava de cantar algumas músicas, mas não me lembro não. Acho que era samba que ele cantava (Sr. João W., 60).

Não lembro de canções. A não ser assim, roda, de cantigas de roda, porque eu era da roça, o povo apanhava café cantando. Outro dia teve um São João, eu acho, teve uma festa lá no grupo, agente falava versos. (tentou lembrar) Eu lembro de alguma (pausa), esqueci. Ah! eu lembro de uma que falava assim: 7 e 7 são 14, 3 x 7 21, tive sete namorados, só me casei com um (D. Salomé, 71).

Não gosto de cantar, gosto de ouvir. Nunca tive vontade de tocar nada. Não toco nada, nada, nada. E tem mais, não sei nem cantar nenhuma música inteira, não gravei. Eu não gosto de música. Pra música não dou. Eu não aprendo música (Sr. Carlos M., 74).

Minha avó era cantora de igreja em Amargosa (Bahia). Na minha família, tenho uma filha que canta. Ela cantava numa banda, agora deixou, ficou cristã, canta só na igreja (D. Mônica, 69).

Halbwachs (2006), no seu livro “A Memória Coletiva”, dedica o seu último capítulo a memória coletiva dos músicos. Ele inicia falando que a

memória de uma palavra se distingue da lembrança de um som qualquer, natural ou musical. O autor afirma que a palavra se refere a um modelo de esquema exterior, fixado nos hábitos fonéticos do grupo (em sua base orgânica) ou sob forma impressa (tendo uma base em superfície material), enquanto para a maioria das pessoas, os sons que não são palavras não seguem modelos puramente auditivos porque estes lhes faltam.

Considerando os sons musicais, concluímos que para fixá-los em nossa memória precisamos armazenar o maior número de notas. Mesmo desconhecendo a transcrição musical, podemos reconhecer e recordar qualquer seqüência de notas. A memória musical é especialmente preservada mesmo quando existem comprometimentos sérios, como é o caso de um processo de demência.

A música atinge as emoções, as faculdades cognitivas, os pensamentos e as memórias, o “self” do indivíduo para fazer aflorar experiências ora perdidas. “A intenção é enriquecer e ampliar a existência, dar liberdade, estabilidade, organização e foco. A percepção, a sensibilidade, a emoção e a memória para a música pode sobreviver até muito mais tempo depois de todas as outras formas de memória terem desaparecido” (SACKS, 2007).

Atestam esta constatação os idosos participantes dess grupo de cantoterapia; basta um estímulo, para que se lembrem de canções que ouviram e cantaram na infância.

Quando da coleta de informações, perguntei a D. Salomé se ela lembrava de alguma canção que ouvira na infância. D. Salomé pensou, e depois de algum tempo repetiu a letra e de uma parte da melodia de uma canção folclórica: - “7 e 7 são 14, 3 x 7 21, tive sete namorados, só me casei com um”. Logo após, lembrou-se de outra canção que cantava para os filhos dormirem: “Eu cantava pra eles dormirem, cantava assim: Boi, boi. boi do currá vem pega menino que não quer chora, não, não, não coitadim tanto que ele chora mais é bonitim. Aí quando vê tá dormindo”. De acordo com Halbwachs (2006), distinguimos duas maneiras de recordar um motivo musical em pessoas que não sabem ler música nem tocar algum instrumento - umas recordam porque conseguem reproduzi-las cantando e outras porque já ouviram e reconhecem algum trecho.

Na discussão sobre a capacidade de armazenarmos músicas, Sacks (2007) chama a atenção para a extraordinária tenacidade da memória musical, graças à qual boa parte do que ouvimos nos primeiros anos de vida pode ficar registrado no cérebro pelo resto da nossa existência.

Sr. Carlos M. afirma não se lembrar de nenhuma música para cantar; percebemos que o fato de afirmar não se lembrar das canções poderia estar relacionado com o fenômeno gerado pela ansiedade do fazer música. Na nossa caminhada como profissional de música, observamos que algumas pessoas têm dificuldade de cantarem sozinhas. Quando realizamos testes para classificação vocal, solicitamos que a pessoa entoe uma canção de livre escolha. Na maioria das vezes percebemos uma situação de ansiedade, e grande parte dessas pessoas precisa de um estímulo pra lembrar e cantar a música; o medo de errar ou “desafinar” provoca ansiedade e apreensão e em alguns casos falha na memória musical. Miller (2002) chama a atenção para o fato de que a ansiedade por uma performance em música não difere da ansiedade em geral, implicando em sentimentos de medo e apreensão.

Sr. João W. diz: “Quando eu chegava pra cantar tinha uns colegas que cantava melhor do que eu”. “A minha voz pega um pouco”. “Sou praticamente desafinado”.

Na fala de Sr. João W. foi identificada a preocupação com a qualidade da emissão da voz cantada; ele compara a sua condição com a do colega. Admite que a sua voz tem comprometimentos. Então, mesmo sabendo que existe um mecanismo diferenciado para as performances vocais no que se refere a fala e ao canto, os bloqueios emocionais para a emissão da voz poderão afetar não só a expressão da voz cantada como da voz falada. Talvez o “desafinar” para Sr. João W. esteja relacionado a uma condição muito mais de natureza psicológica/ emocional do que propriamente a sua performance técnica musical. Entende-se assim, que existem paradoxos que permeiam as leituras das atividades ligadas às expressões artísticas e culturais desenvolvidas com idosos. Dependendo dos encaminhamentos, das formas de atuação, poderão emergir limites e/ou potencialidades. Podem tanto possibilitar vivências libertadoras e de estímulo à criatividade quanto desencadear um caráter excludente. Portanto, toda a estruturação e a

aplicação das abordagens artísticas, junto aos idosos requerem posturas políticas aprofundadas daqueles que conduzem os programas voltados para esse segmento. Faz-se necessário que as vivências e processos possam auxiliar no reforço da identidade, favorecer a criação de vínculos e propiciar o estímulo para a manifestação e desenvolvimento do potencial criativo de cada um.

3.2.2 O significado da música

A música é uma parte da vida, constrói uma parte da felicidade na vida humana e ajuda muito o ser humano (Sr. João W., 60).

Como é mesmo o nome da professora de música? Eu não gosto de música. Não gosto de cantar, gosto de ouvir. Eu não aprendo música. Eu gosto de dançar (Sr. Carlos M., 74).

A música significa muita coisa, mas principalmente alegria. Se você está triste e ouve uma música bonita, fica alegre, né? E aí dá vontade de cantar e cantar faz a gente alegrar (D. Mônica, 71).



Figura 14: D. Salomé com a neta em atividade do Grupo de Vivências Musicais

Fonte: Pesquisa de Campo Set/2008

Autora: Virginia Coronago

O que deve ser entendido pela expressão “significado da música”? Qual seria o significado de um tal significado? De acordo com Santos (1997) a grande maioria dos pesquisadores envolvidos numa investigação na questão do significado no universo da linguagem musical consentem na

impossibilidade de uma compreensão formalmente precisa. Todos os autores optam por uma abordagem simultaneamente referencial e subjetiva, considerando que o significado pode estar relacionado ao conjunto de reações emocionais que uma experiência musical pode provocar no ouvinte. Dentro dessa vertente, devemos incluir que outros autores associam as reações emocionais ao conjunto de conteúdos cognitivos (idéias, pensamentos, imagens, alucinações etc.) que uma experiência musical é capaz de desencadear no ouvinte em questão.

É interessante notar que, tal como acontece no caso das habilidades lingüístico-discursivas, a capacidade de produzir e compreender música exibida pelos seres humanos, parece ser uma função cognitiva e fundamentalmente inata. Contudo, assim como acontece com a linguagem verbal, o pleno desenvolvimento das capacidades musicais pressupõe necessariamente a intervenção de um processo de aprendizagem complexo que só é possível através da integração, essencialmente criativa, do ser humano a um ambiente sócio-cultural específico (SANTOS, 1997).

Sacks (2007) pontua que a música, dentre todas as artes, é a única que pode ser ao mesmo tempo completamente abstrata e profundamente emocional. Não tem o poder de representar nada que seja específico ou externo, mas tem o poder de expressar estados íntimos ou sentimentos. A música não precisa de mediação para penetrar nas emoções humanas. Para o Sr. João W. a música “constrói uma parte da felicidade humana”. Para D. Mônica música significa “alegria”. Sr. Carlos M. afirma não gostar de música, mas ao mesmo tempo gosta de dançar e de ouvir. Sacks (2007) defende que, para a maioria dos seres humanos a música exerce um grande poder, mesmo para aqueles que não se consideram particularmente musicais. O autor usa o termo “musicofilia” como um dado da natureza humana e considera que as capacidades musicais dos indivíduos podem ser modeladas pela cultura em que vivem, pelas circunstâncias da vida e pelos talentos ou deficiências que possuem.

Além de despertar e expressar sentimentos, a música pode também evocar estados afetivos e comportamentais, lembranças, e trazer para o presente algo que se perdeu ou que esteja esquecido.

3.2.3 A música na vida social

“De vez em quando eu pego a flauta”. Eu tiro um sonzinho com todo mundo. Com todo mundo eu toco”.(D. Salomé,71)



Figura 15: D. Mônica e S. João W. na aula de flauta doce
 Fonte: Pesquisa de Campo Set/2008
 Autora: Virginia Coronago

O fazer musical fortalece as relações sociais. Todas as atividades musicais desenvolvidas possibilitavam a integração social, assim, pudemos conferir a aproximação efetiva dos portadores com seus colegas do grupo, cônjuges, filhos, netas (os), bisnetas (os) e cuidadores. Durante as práticas coletivas do fazer musical seja tocando, dançando ou cantando, constatamos o poder da música de aproximar e fortalecer os elos das relações. Vejamos como isto se faz presente nos relatos dos participantes:

Quando lembro da reunião o que fica na memória é a música, por exemplo [...] Quando entrei no grupo, não sabia cantar, não sabia dançar, não sabia fazer nada, mas sabia que a música podia ajudar. Eu gostava de tudo que se fazia no grupo. Eu cantava acompanhando a professora. Eu gostava de todas as músicas que cantava no grupo (Sr. João W., 60).

(Forte emoção) Quando cheguei pra lá (choro), comecei a frequentar o grupo foi muito bom, porque, não conseguia nem andar, andava arrastando a perna (choro). A parte da animação foi mais a reunião do grupo. Porque o grupo ajuda a gente na parte emocional e muscular também. (Choro). Sinto saudade do grupo que interrompeu (Sr. João W., 60).

Minha bisneta vai comigo para o grupo. Nós somos muito próximas. Quando ela vai pra o grupo, ela pega um pega

outro, pra dançar. Quando ela não vai, todo mundo pergunta, cadê ela? (...) De vez em quando eu pego a flauta. Eu tiro um sonzinho com todo mundo. Com todo mundo eu toco (D. Salomé, 71).



Figura 16: D. Salomé com a bisneta em atividade do Grupo de Vivências Musicais
Fonte: Pesquisa de Campo Set/2008
Autor: Virginia Coronago

Eu gosto da reunião do grupo, mas para bater papo. Falar com um falar com outro. Tem hora que não dá pra ir. O que ficou na memória foi só o bate papo (Sr. Carlos M. 74).

Lá na música eu gostava de tudo que fazia. Mas não lembro de nenhuma. (lembramos algumas canções e D. Maria cantou). Senti saudade do grupo, porque eu nunca mais fui. Depois disso morreram dois (sentimento de tristeza). Morreu um que só ficou indo a mulher dele. Mas eu não lembro o nome dele. Eu sempre ia sozinha. Aí começou a câimbra no pé, o pé vai entortando aí eu não agüento (mostrou o pé contraído) (D. Mônica, 69).

Tenho uma gaita (flauta) aqui, aquela que ganhei lá no grupo, pego e ficou tocando, e canto com minha netinha. Ela vem aqui ela tem três anos e fala: - “vamos cantar vovó, vamos correr vovó”. Ela tem três anos, é sabida, sabida, sabida (D. Mônica, 69).

Nesses relatos observamos o lugar da música como facilitadora da identificação do homem com o outro, além de auxiliá-lo a transcender seus limites. O exercício da criatividade e a vivência da intuição através de atividades musicais apresentam-se como experiências significativas, pois despertam potências e forças latentes nos idosos e nos que os acompanham.

Se as vivências musicais foram e continuam sendo importantes para reunir os idosos e integrá-los oferecendo a estes oportunidades de reinserção social, também, exercem um papel legítimo e relevante na vida cotidiana. Entendemos o poder da música como uma *mediação vigorosa*, e possível de utilização em iniciativas que valorizem a humanização das relações, almejando a adaptação e a melhoria da qualidade de vida (SOUZA, 2005).

Desta maneira, percebe-se que a aplicação da música junto aos idosos pode desenvolver suas potencialidades criadoras e favorecer tanto a valorização de suas experiências, quanto a promoção de seu bem estar de forma profunda e integrada.

Essa aplicação dos benefícios da música se revela como um meio de favorecer a promoção social do idoso portador de D.P. Compreende-se que a noção de promoção social não esteja restrita tão somente a aspectos econômicos e políticos, sendo associada também às perspectivas que humanizem as relações e estimulem a capacidade crítica e criativa das pessoas (SOUZA, 2005).

Assim sendo, a música se apresenta como um relevante elemento coadjuvante na busca pela *desfragmentação* do ser humano e pode ainda ter um papel significativo na conscientização desses sujeitos a respeito das suas condições e também de suas potencialidades de criação e recriação; recriação essa, tanto de seus valores e percepções, quanto das relações perpetuadas diariamente no contexto social.

Por meio da atuação com música é possível criar condições para que os sujeitos alcancem a consciência, tanto individual quanto coletiva, do sentido de *totalidade e integração* (FISCHER, 1981).

Ainda nessa perspectiva, constatamos que a música detém características que possibilitam uma interação em níveis profundos da convivência humana, seja em sua experiência social ou na experiência subjetiva e simbólica (SOUZA, 2005).

3.2.4 A música em conexão com o corpo físico

A música que diz o embalo que a gente anda (Sr. João W., 60).

Eu não sentia dificuldades de fazer as atividades musicais do grupo, dava pra fazer normal. O ritmo ajuda no movimento. Agente tem um compasso. A música tem um compasso, né? A música que diz o embalo que a gente anda, se tiver dançando, por exemplo, um samba, é um ritmo, o samba canção é outro, o bolero parte pra outro a valsa é outro. A dança, o samba, a palma o sapateado, cantar, ouvir palestra tudo isso é importante. Não pode parar de sambar (Sr. João W., 60).

Quando estou aqui na música, nem lembro que tenho essa doença (D. Salomé, 71).

Sacks (2007) relata a experiência de uma paciente, ex-professora de música, que declara ter perdido a naturalidade e a musicalidade com a doença de Parkinson. Ela afirma que fora “desmusicada” dos movimentos. Quando se via paralisada, até mesmo imaginar a música podia restaurar-lhe a capacidade de ação. Através da música ela “podia sair dançando da moldura”, da paisagem monótona e congelada na qual ficava presa, e mover-se com liberdade e graça.

Os movimentos de portadores de Parkinson são demasiadamente rápidos ou lentos. Os que estão em volta nem sempre percebem, a não ser que estabeleçam uma comparação desta com uma outra pessoa, ou utilize uma pulsação rítmica como parâmetro para medir os movimentos. Mas se a música estiver presente, seu andamento, seu tempo, prevalece sobre o parkinsonismo e, enquanto a música permanecer é possível que o portador se mantenha no ritmo natural que antecedia o adoecer. A música resiste a todas as tentativas de aceleração ou desaceleração: ela impõe seu próprio andamento (SAKCS, 2007).

“Ouvimos música com nossos músculos”. Nietzsche interessou-se pela pesquisa entre a música e a fisiologia. A partir da sua própria experiência como depressivo, discorreu sobre o “efeito tônico da arte”, o poder que a arte tem de estimular o sistema nervoso, especialmente durante os estados de depressão que comprometam o psicológico e o fisiológico. Sacks (2007)

fortalece essas idéias quando cita Nietzsche para confirmar as suas observações sobre o aspecto motor que é observado quando ouvimos música. Mesmo involuntariamente, inconscientemente, acompanhamos o ritmo da música, a nossa expressão fisionômica e a nossa postura “espelham a narrativa da melodia e os pensamentos” provocados pela música.

Por meio de atividades musicais é possível evitar e/ou reduzir fatores estressores, visto a eficiência da música não apenas no alívio da dor como também no tratamento de distúrbios psicossomáticos, físicos e espirituais, graças à liberação de substâncias químicas cerebrais que podem atuar na regulação do humor, redução da agressividade, depressão e melhora do sono. Além de tudo isso, proporciona sensação de paz, tranquilidade, alegria, descontração e bem-estar (FONSECA et al, 2007).

D. Salomé diz esquecer da doença quando está no grupo de vivências musicais. As práticas musicais contribuem para o desvio da tensão em relação a DP, e o foco da tarefa é a expressão natural da música, afastando padrões e normas pré-determinadas de comunicação. Constatamos que D. Salomé realmente se distancia dos sintomas que a impedem de movimentar-se e dança livremente ao som de uma canção.

Através da fala de Sr. João W. – “a musica ajuda no movimento” – Há confirmação de que a utilização da música ajuda no controle dos sintomas da DP, uma vez que o ritmo excita as respostas imediatas e automáticas, melhorando o grau de atenção. À medida que se utiliza os mais variados sons e ritmos, a música poderá atuar tanto no controle de movimentos incoordenados quanto na facilitação do movimento. O ritmo articula um trajeto como se fossem passos (SCHAFER, 1967). Ainda se percebe que por meio do relaxamento muscular, restabelece-se algumas funções ora perdidas devido ao processo patológico. Durante o período de observação das atividades musicais em grupo percebemos que D. Salomé demonstrava algumas dificuldades para iniciar espontaneamente os movimentos (para se levantar da cadeira e andar), mas quando recebia o estímulo da música podia responder e realizar qualquer movimento por conta própria. Em vista disso, perguntamos se ela sentia dificuldade para a realização das atividades

musicais propostas. Ela respondeu: – “Quando estou aqui na música, nem lembro que tenho essa doença”.



Figura 17: D. Salomé e Sr. João W. desenvolvendo atividades de canto
Fonte: Acervo do Projeto TAIP

“O parkinsoniano está, por assim dizer, preso a uma caixa subcortical, da qual só pode sair (como salientou Luria) com ajuda de um estímulo externo. Assim, às vezes um paciente parkinsoniano pode ser posto em ação por algo tão simples como jogar uma bola (mas tão logo pega a bola ou a joga de volta, ele congela novamente). Para desfrutar de alguma sensação de liberdade genuína, uma libertação mais prolongada, o paciente precisa de algo capaz de durar mais tempo, e a chave mais preciosa pra destrancá-lo é a música.” (SACKS, 2007, p. 250).

Sacks (2007), ao relatar a sua experiência no Beth Abraham (hospital), relembra seus estudos e leituras sobre fisiologia e evidencia as idéias formuladas por Nietzsche em “Vontade de poder”. Sacks (2007) convence-se sobre os poderes extraordinários da música, defendidos por Nietzsche, como propulsores “dinâmicos” para evocar, impulsionar e regular o movimento. Nietzsche achava que o ritmo podia impelir e articular o fluxo de movimentos (e o das emoções e pensamentos, o qual para ele, era tão dinâmico ou motor como o fluxo puramente muscular). A vitalidade e a exuberância rítmica, a seu ver, expressavam-se com a máxima naturalidade na dança.

Vi os extraordinários poderes da música nos pacientes pós-encefalíticos, seu poder de despertá-los, em todos os níveis: torna-los alertas quando estavam letárgicos, dar-lhes movimentos regulares quando estavam congelados e, incrivelmente proporcionar-lhes vividas emoções e memórias, fantasias, identidades completas – coisas que, em grande medida, eram inacessíveis para eles. A música fazia tudo que

a levedopa, futuramente viria a fazer (SACKS, 2007, p.242).

3.2.5 A música em conexão com o psicológico/emocional

Se você está triste e ouve uma música bonita, fica alegre, né? E aí dá vontade de cantar e cantar faz a gente alegrar (D. Mônica, 69).

Sentia uma diferença quando eu ia pra música e quando não tinha aula de música eu sentia aquela falta. Na aula de música eu ficava mais animado (Sr. João W., 60).

A música significa muita coisa, mas principalmente alegria. Se você está triste e ouve uma música bonita, fica alegre, né? E aí dá vontade de cantar e cantar faz a gente alegrar. Quando eu ia para o grupo não estava sentindo nada. Eu tava forte e participava de tudo (D. Mônica, 69).

Tem que arrumar um jeito pra distrair senão entra em depressão. Tenho uma gaita (flauta) aqui, aquela que ganhei lá no grupo, pego e ficou tocando, e canto com minha netinha (D. Mônica, 69).

Lá no grupo eu gostava de Mariquinha, era uma música animada e alegre. Nanai cantava. É o dia que sinto mais saúde, é o dia que vou pra lá. Não sinto nada, não sinto triste, sinto alegre. Eu fico ansiosa no dia de ir (D. Salomé, 71).

O poder da música, para trazer alegria ou catarse, tem de insinuar-se na pessoa sem ser percebido, chegar espontaneamente como uma benção, uma graça (SACKS, 2007). Para três dos entrevistados a música traz alegria. Talvez a música traga um conforto, um certo consolo e um despertar para algo que tenha sido deixado ou perdido. A alegria de viver, porque não? “Um jeito” de enfrentar e driblar a depressão, como disse D. Mônica, ou um jeito de ficar mais animado como disse Sr. João W. D. Salomé gostava das músicas alegres, sendo o dia da vivência musical, o dia esperado, dia em que se sentia melhor, com mais saúde e mais alegre.

Entretanto, Sr. Carlos M. afirma não se identificar com a música. Ele diz que ia para o grupo de vivências musicais apenas para encontrar as pessoas – “Eu gosto da reunião do grupo, mas para bater papo. Falar com um, falar com outro”. - Sr. Carlos M. diz: “Nunca tive vontade de tocar nada. Não

toco nada, nada, nada. E tem mais, não sei nem cantar nenhuma música inteira não gravei. Agora minha cabeça é boa pra número, pra jogo.” Para Sacks (2007) o potencial musical, como qualquer outro, precisa de estimulação para desenvolver-se plenamente. Na ausência de incentivo, possivelmente, talentos musicais jamais irão desabrochar. O autor relata a experiência de seu amigo Geery Marks, que cresceu com pouquíssima exposição à música. Seus pais não tinham o hábito de ir a concertos e ouvir música. Sacks recorda que ele dizia não ser capaz de cantar uma música, de perceber tons e de distinguir uma nota da outra. Interessante que Gerry era apaixonado por matemática e astronomia, e queria ser cientista, sem música. No entanto, algum tempo depois ele se viu fascinado pela acústica e começou a sentir necessidade de se aproximar de algum instrumento de cordas, e após aprender a tocar violão, começou a se apaixonar pela música.

Segundo Sacks (2007) o talento musical é claramente variável, mas existem indícios de que praticamente toda pessoa é dotada de alguma musicalidade inata. O caso de Sr. Carlos M. é próximo do caso de Geery Marks, embora percebamos que teríamos que explorar mais o que determinou a distância de Sr. Carlos M. da música. Ele mesmo admite que gosta de dançar – “Eu gosto de dançar, dançava a noite inteira, mas agora não danço mais, estou com a perna muito dura. Eu gostava de dançar samba e valsa. Naquele tempo eu dançava”[...]Eu não gosto de música. Mas eu gostava daquele que morreu, aquele Nelson Gonçalves”. Nas falas de Sr. Carlos M. a constatação de que, em algum momento a música fez parte da sua vida, mas não localizamos em que momento a música se perdeu. E, nas nossas conversas, ele procurava fugir do tema (música) constantemente. Sr. Carlos M. falou muito como se sente, enfatizou a importância do trabalho de fisioterapia, da medicação, do envolvimento com o grupo de ajuda mútua, mas parece não reconhecer o espaço da música no contexto proposto pelo projeto TAIP. Não se lembrou do nome da Professora de música, e não demonstrou interesse para falar das atividades que fazia. Quando perguntei sobre que conselhos poderia dar a outros portadores de DP ele disse:

O conselho que eu dou é tomar o remédio que o médico mandar. Tomar na hora certa; tomar a medicação certa na hora

que o médico orienta. Cuidar da alimentação, que ajuda muito. Tem que participar da vida. Eu também viajo pra praia, pra arejar a mente. Só não tomo banho (de mar) sozinho. (Sr. Carlos M., 74)

A nossa atenção se voltou para o Sr. Carlos M. porque ele não reconheceu o espaço da música como uma prática cultural que pode melhorar a qualidade de vida. Os demais reconhecem a música e aconselham a todos que a utilizem como uma prática que estimula o viver, a alegria e os movimentos do corpo.

3.2.6 A música como prática cultural

“Não pode parar de sambar” (Sr. João W., 60).

O projeto faz falta. Eu aconselho a todos que tem essa doença (choro), que não desista. Acompanhe o grupo, a música, os movimentos do dia a dia, não pare de trabalhar, continue trabalhando [...] a reunião não pode parar. A dança, o samba, a palma, o sapateado, cantar, ouvir palestra tudo isso é importante. Não pode parar de sambar (Sr. João W., 60).



Figura 18: Sr. João W. e a Coord. do GAM em atividade de corpo e movimento
Fonte: Acervo do Projeto TAIP

Eu aconselho não ficar triste, se animar, ficar alegre, fazer exercício levantar a cabeça e seguir viagem, continuar vivo porque a vida continua. Mas pra mim está tudo bom, dançar curtir. Digo que está tudo bem, digo não estou doente, estou bem, estou boa, deixa estar, que a saúde vem. (D. Mônica, 69)

O samba é um gênero musical e um tipo de dança de raízes africanas, surgido no Brasil, e é considerado o ritmo nacional por excelência. Revelado como uma das principais manifestações culturais populares brasileiras, o samba se transformou em símbolo de identidade nacional.

Dentre suas características originais, está uma forma de dançar acompanhada por pequenas frases melódicas e refrões de criação anônima, alicerces do samba de roda, nascido no Recôncavo Baiano e levado, na segunda metade do século XIX, para a cidade do Rio de Janeiro pelos negros que migraram da Bahia e se instalaram na então capital do Império. O samba de roda baiano, em 2005, se tornou um Patrimônio da Humanidade da Unesco.

“Quem não gosta de samba, bom sujeito não é, é ruim da cabeça, ou doente do pé. Eu nasci com o samba, com o samba me criei, e do danado do samba nunca me separei” (Dorival Caymmi)

No prender das teias das relações da fala de Sr. João W. com o samba, é interessante olhar e percebê-lo a partir de um complexo de representações sociais. O samba faz parte da vida de grande parte dos brasileiros, e se configura como um resgate da alegria e diversão. Dorival Caymmi na canção - “O samba da minha terra” - define o samba como uma manifestação quase que inata. O apelo do Sr. João: - “Não pode parar de sambar”; o “samba” é uma expressão que remete a alegria, a vontade, o ânimo, a sensação de estar vivo. Tal relato revela, no íntimo, a vontade de fazer música associado a busca contínua da alegria de viver.

Refletindo mais profundamente sobre o tema deste estudo, não podemos ser ingênuos ao ponto de não identificar que no ditado popular - “Papagaio véio não aprende a falá!?” – há um preconceito que está arraigado na nossa cultura. Precisamos dizer não aos mitos da improdutividade, da incapacidade, da doença que exclui e isola, e sim para a capacidade de ser cidadão - sujeito que reivindica a efetiva participação - e abrir espaços para as práticas que promovam não só a melhoria das condições de saúde mas também que proporcione aos idosos reconhecerem que tem voz, e que são sujeitos de aprendizagem e vida.

O fazer musical é parte do homem, como diz Sacks: “não existe cultura na qual esse fazer não seja observado”. Pode-se fazer música (cantar, solfejar,

tocar um instrumento, etc...), em qualquer momento, em qualquer idade, e os depoimentos comprovam que esta experiência de Vivências Musicais em Grupo de Idosos portadores de DP, é possível e interferem não somente no corpo físico e nas emoções mas também possibilita novas conexões e um redimensionamento das condições de vida



Poslúdio / Conclusões parciais

Como já foi explicitado, a nossa intenção, neste estudo, foi a de alargar as fronteiras do nosso conhecimento, mostrando a natureza complexa, seja do corpo, seja da doença, destacando como estão interligados os processos físico-culturais e psíquicos na experiência e na vivência do adoecimento, no caso relacionado ao envelhecimento, tomando a perspectiva dos idosos portadores de DP. Destacamos o impacto do surgimento de sintomas e sinais físicos na vida dessas pessoas, a importância da família, dos grupos de convivência e, finalmente, das vivências musicais e sua influência na qualidade de vida.

Foi buscando essa compreensão, e, tendo como interlocutores portadores de DP, partimos para uma reflexão mais aprofundada sobre o real significado da vida, questão fundamental para a compreensão do indivíduo que vive/envelhece. Como dissemos, após o diagnóstico da doença o idoso passa a conviver com uma nova identidade, ou seja, ele passa a ser **um portador de DP**. Os sintomas que eram “inespecíficos” passam a ser associados a uma patologia, cientificamente delimitada, que aponta aspectos comuns as pessoas que a vivenciam.

As manifestações clínicas características do idoso com DP foram citadas e confirmadas: alterações na postura, no padrão de marcha, no padrão respiratório e na qualidade da voz. Estas alterações presentes tem conseqüências sobre e estão relacionadas às questões de bem estar social, econômico e psicológico dos portadores. Sentimentos de vergonha, de desvalorização, com potencialização da baixa estima, que são fatores facilitadores do estado depressivo fizeram-se presente nos discursos. Percebemos que o aumento dos níveis de ansiedade, causada em parte pelo estigma do envelhecimento e reforçada, neste caso, pelo processo patológico, dificultam a manutenção de uma auto-estima satisfatória interferindo na qualidade de vida dessas pessoas.

Há de fato uma pluralidade de interpretações, tanto do portador da doença, dada as particularidades de cada um, como dos envolvidos com o diagnóstico, tratamento e pesquisas sobre o tema. Assumimos que as análises

não são de todo objetivas; as observações, entrevistas, questionários elaborados e as interpretações são permeadas não só pelo corpo teórico da ciência, mas também pelas nossas próprias construções e representações. Nesse sentido, ouvir um portador nos pareceu equivalente a alargar o nosso olhar, escapar do olhar apenas sobre a doença para incluir o ser doente na sua variedade de respostas e expectativas. Evidentemente, também o portador de DP soma às suas representações de envelhecimento e da doença a re-tradução da perspectiva erudita à qual foi apresentada pelo diagnóstico. Pode-se dizer, entretanto, que este diálogo, ou melhor, esta polifonia adensa a nossa compreensão dos fatos vividos por eles, nos dá nova perspectiva das teorias e idéias que abraçamos; permite-nos desenvolver um olhar mais atento e crítico.

Quanto às Vivência Musicais propriamente ditas, que deram tom a este mestrado, queremos acrescentar algumas considerações. As evidências apontam para uma compreensão do poder unicamente benéfico das vivências musicais com idosos portadores de DP, contudo, tentamos ao longo deste estudo nos desvencilhar dessa visão pré-concebida para percebermos as particularidades e assim, confirmarmos ou não a nossa hipótese inicial.

Fez-se necessário observar, identificar e conhecer o contexto dos idosos portadores de Parkinson para entendermos que o cuidar integral e harmonizado para o idoso e a família compreende aspectos biológicos, sociais, culturais, psicológicos e ambientais.

O tratamento da doença de Parkinson visa o controle dos sintomas. O objetivo é manter a pessoa idosa o maior tempo possível com autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico. É, nesta perspectiva, que apontamos para a música, como alternativa, por seu poder de minimizar os comprometimentos causados, nesse caso pela DP, para aqueles que a buscam. As observações, indagações e experiências, resultam no grande desafio que ora se apresenta - ultrapassar as situações de limites gradativos vividas com a doença, devido aos seus efeitos e permitir que esses idosos tenham oportunidade de manter/recuperar o seu papel na sociedade, com possibilidades de se perceberem como pessoas inseridas e ativas, apesar de conviverem com uma “doença crônico-degenerativa”, como a Doença de Parkinson.

Os resultados expressos nos testes aplicados ao longo da pesquisa apontam para uma melhoria na qualidade da emissão vocal, falada ou cantada, devido a prática das vivências musicais. Além dos ganhos no que se refere aos aspectos físicos, pôde-se inferir que os idosos participantes do grupo de vivências musicais se beneficiaram por se manterem incluídos socialmente e em convivência com seus familiares acompanhantes, ao se descobrirem com capacidades e possibilidades dentro dos limites que a doença impõe (CORONAGO et al, 2009).

Compreendemos portanto, que mesmo com formas próximas e distantes de perceber cada experiência com a DP e com as vivências musicais em grupo, as teias tecidas entre o passado, presente e expectativas de futuro se configuraram na busca de viver melhor a vida, através da participação em atividades que promovam o bem-estar e a re-inserção social. Tudo isso concorre para a compreensão de que a música constitui-se numa alternativa viável, e o seu poder e seu espaço relacional são aliados importantes no desenvolvimento da saúde integral e bem estar do ser humano.

A esse respeito, Sacks, já citado, é bastante explícito.[...] “é de música que o parkinsoniano precisa, pois só a música, que é rigorosa e espaçosa, sinuosa e viva, pode evocar respostas com essas mesmas características”(SACKS, 2007, p.251). Corroborando Sacks, acreditamos que a estrutura rítmica e os movimentos livres da melodia, seus contornos e trajetórias, crescentes e decrescentes, tensos e descontraídos permitem “vívidas emoções”, memórias, fantasias, identidades completas funcionando como um “tônico” capaz de proporcionar a melhoria da qualidade de vida do idoso portador de DP.

Antes de seguir adiante, não poderia deixar de lembrar agora duas questões que impressionam qualquer observador: falar de música enquanto tal (nos ritmos,no rigor, na liberdade melódica, nas suas trajetórias, nas emoções e lembranças que aciona) é ainda pouco: há que destacar a questão da convivência como um fator de recuperação do bem estar: também, ao pensar no papel da música na vida das pessoas, pode-se extrapolar o campo da doença em si e lembrar da cuidadora que buscava as vivências, independente do doente que lhe abrisse esta possibilidade.

Há, de fato, muitas lacunas que ainda precisam ser preenchidas; ações que envolvem música/saúde enfrentam obstáculos, e muitas outras restrições ainda são percebidas. Relacionamos algumas das dificuldades provocadas pela escassez de recursos financeiros com vistas à continuidade das ações apresentadas:

- Foi encaminhado, pelos profissionais da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia um projeto contínuo de extensão com ações para Grupos de Ajuda Mútua e do Grupo de Vivências Musicais. Conforme o edital de extensão da UESB, o projeto foi redimensionado, configurando-se em ações continuadas para atender cuidadores e idosos portadores de DP e, os recursos financeiros solicitados para o projeto não foram aprovados. Houve uma nova adaptação para a manutenção das atividades no ano de 2008: A bolsista, técnica em música, passou a atuar como voluntária e as atividades que eram semanais passaram a ser quinzenais. De acordo com os depoimentos, essas alterações prejudicaram o andamento dos trabalhos
- Foi encaminhada a solicitação de ajuda de custo para o III Simpósio sobre a Doença de Parkinson (2009). O projeto foi aprovado sem ônus pela instituição, o que significa que possivelmente não acontecerá.

Uma outra questão que envolveu diretamente o andamento da pesquisa realizada, precisa ser citada: com vistas a um apoio financeiro para desenvolvimento da pesquisa, encaminhamos o Projeto para a FAPESB – Fundação de Apoio a Pesquisa da Bahia. O projeto foi aprovado na íntegra. A aprovação dos recursos cobriria as despesas da pesquisa por um ano e poderia ser prorrogado por mais um. Esse órgão, entretanto, interrompeu o pagamento da bolsa de pesquisa no quinto mês, medida arbitrária que exigiu um redimensionamento das ações, visto que o *lôcus* da pesquisa ficava a 150 Km (cento e cinquenta quilômetros) do nosso município. Mesmo assumindo todas as despesas de deslocamento, hospedagem, alimentação e material de apoio, conseguimos prosseguir, com dificuldades, buscando a continuidade dos encaminhamentos previstos no projeto.

Este é o lugar para elaboração crítica e contínua dos diferentes pontos observados e para reconhecer o espaço de cada profissional responsável em harmonizar conhecimentos universais de cada área e investir em

possibilidades, descortinando novas perspectivas. Aspectos de ordem técnica também foram observados na avaliação dos resultados e dificuldades foram encontradas. Na área de música, a experiência mostra que a problemática relativa à formação superior, no Brasil, é complexa e abrangente. Em particular, a música tem sido relegada a planos menos relevantes, o que está diretamente relacionado ao descaso com a qualificação profissional na área. Não existe, no campo da Música, um “lugar” institucionalizado na nossa região, por isso, nesta pesquisa, grande parte das atividades de música foram desenvolvidas por discentes e voluntários das áreas de saúde que se identificaram com esta proposta. Mesmo com toda a dedicação e envolvimento percebemos que para um trabalho integrado e multidisciplinar seria necessária uma participação mais efetiva de profissionais/estudantes de música com vistas à garantia de resultados mais significativos.

Este estudo também buscou responder a um chamado urgente dos responsáveis pela educação para que o país tenha, de fato, grupos preparados para melhorar as condições das instituições de ensino, nesse caso da música, em todo território nacional. Nesse contexto, vale ressaltar a iniciativa tomada em maio de 2008 com avanço da aprovação do Projeto de Lei n. 2.732 que reafirma o compromisso da obrigatoriedade do ensino de música, já que nesses doze anos passados da implantação da Lei n.9.394/96 constata-se que são raras as escolas que incluem a disciplina Música no seu Projeto Pedagógico (MENEZES, COSTA, BASTIÃO, 2007).

Contudo, em estudos como estes, descobrimos que os campos de trabalho com música expandiram-se em várias direções alcançando outras faixas etárias, espaços de atuação, modalidades e metodologias. Se até pouco tempo entendia-se o ensino de música voltado para as crianças, hoje, contempla todas as idades; surgiram novos espaços e outros ganharam reconhecimento. Além do ensino específico de música (cursos de extensão universitária, conservatórios, cursos técnicos e de graduação) , entraram em cena os projetos sociais e de atenção integral a saúde.

Diante de constatações como essas, propusemos ao Departamento de Letras e Artes – DELL, a elaboração do projeto de implantação do Curso de

Licenciatura em Música na UESB. A proposta foi aceita e os encaminhamentos estão sendo feitos.

Todas essas informações atestam o nosso comprometimento com esta causa, música/saúde. Entretanto, há que se salientar que a garantia dos espaços para estes projetos não tem se concretizado efetivamente, pois as implementações acontecem de forma lenta, gradativa e sem continuidade. Cabe aos idosos, às suas famílias, aos profissionais das diversas áreas, aos gestores da saúde e educação e a sociedade em geral, aos poderes públicos, a conscientização e participação política na busca de espaços que garantam os direitos conquistados, mas que ainda não estão assegurados.

Em suma, esta pesquisa inicial pretendeu mostrar que as experiências dos idosos Portadores de Parkinson como participantes do grupo de Vivências Musicais, constitui-se numa alternativa viável, que depende de iniciativas, como a apresentada pelo Projeto TAIP, em programas adequados, e direcionados ao atendimento integral da saúde de idosos portadores de DP. Sabemos da nossa responsabilidade em ampliar o debate sobre o tema, avaliando alternativas que possibilitem minimizar o impacto da doença sobre a qualidade de vida, para propor a implementação de políticas públicas direcionadas à manutenção da saúde integral da população idosa portadora de DP. Fica, para nós, um trecho sublinhado por Morin (2005): “Que significa viver para viver? Viver para gozar a plenitude da vida. Viver para realizar-se. A felicidade constitui, certamente, a plenitude da vida”.

Nesta diversidade de interpretações, concluímos que cada um tem um olhar diferenciado para as coisas da vida mas, o que de fato move o homem e produz resultados é a busca contínua e interessada das respostas que se deseja conseguir.

Referências

Bibliográficas

AZEVEDO, L.L; CARDOSO, F; REIS, C. **Análise Acústica da Prosódia em mulheres com doença de Parkinson: comparação com controles normais.** Arq. Neuro-Psiquiatr, São Paulo, v. 61, n.4, dez. 2003.

BALTES, P.B. & BALTES, M.M. **Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences.** Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BIGAND, E. Ouvido Afinado. **Revista Viver Mente e Cérebro**, São Paulo, n.149, jun. 2005 (2008).

CHACRA, F.C. **Empatia e comunicação na relação médico-paciente: uma semiologia autopoietica do vínculo.**2002. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). UNICAMP, Campinas.

CONCONE, M. H. V. B. Medo de ser ou de parecer? **Revista Kairós**, São Paulo, v.10, n.2, dez. 2007.

CONCONE, M. H. V. B. O corpo: Cultura e Natureza. Pensando a Velhice. In CORTE, B., MERCADANTE, E.F., ACURI, G. I. (Org.) **Velhice, Envelhecimento Complexidade.** São Paulo: Vetor, 2005.

CORONAGO, V. M.M.O. et al. Tecnologia Assistiva de Vivências Musicais na Recuperação Vocal de Idosos Portadores de Doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, dez. 2008.

CORTE, B. Velhice Envelhecimento Complexidade. In CORTE, B., MERCADANTE, E.F., ACURI, G. I. (org.) **Velhice Envelhecimento Complexidade.** São Paulo: Vetor, 2005.

COSTA, M.D.L. GONÇALVES, L.R. BARBOSA, E.R. BACHESCHI, L.A. **Alterações de Neuroimagem no Parkinsonismo**. Arq. Neuropsiquiatr. São Paulo, v.61, n.2, jan. 2003

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: FAPESP, 1999.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications 2000.

DIAS, A.E; JOÃO, C.P.L. **Tratamento dos Distúrbios da Voz na Doença de Parkinson: O Método Lee Silverman**. Arq. Neuro-Psiquiatr. São Paulo, v. 61 n.1, mar.2003.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, M. X.; CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L. & PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.2, 2002.

FONSECA, C. A. M. **Ansiedade e Performance em Música: Causas, sintomas e estratégias de enfrentamento**. Salvador: EDUFBA, 2007.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

_____. **O saber local: Novos ensaios em antropologia interpretativa**. Trad. Vera Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 1997.

GIACOMIN, K.C; UCHOA, E; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, 2005.

GONÇALVES, L.H.T. et al. **Tecnologias Assistivas para Autonomia e Inclusão Social ao Idoso Portador de Doença de Parkinson – TAIP** (projeto de pesquisa interinstitucional aprovado pela FINEP/ MCT) 2005/2008.

HALBWALCHS, M. **A Memória Coletiva**. São Paulo: Centauro, 2006.

HARNONCOURT, N. **O Discurso dos Sons: Caminhos para uma nova Compreensão Musical**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

JESUS, M. C. P. de and CUNHA, M. H. F. **Utilização dos conhecimentos sobre comunicação por alunos de graduação em enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.6, n.1, jan. 1998.

KHAN, I. S. **Música.** Nova Delhi – Índia: Sufi Publishing Company, 1973.

LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia.** São Paulo: Brasiliense. 1998 (2007).

LEINIG, C. E. **Tratado de Musicoterapia.** São Paulo: Sobral Editora, 1977.

LEMOS, C. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de col. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 72-77.

LIMONGI, J.C.P. – **Conhecendo Melhor a Doença de Parkinson.** São Paulo: Plexus, 2001.

LÓPEZ-DÍAZ, A.L. **Comparando e interpretando a longa caminhada: maneira dos idosos qualificar a vida.** 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARTINS, L.M; FRANÇA, A.P.D; KIMURA, N. **Qualidade de vida de pessoas com doença crônica.** Ver. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.4, n.3, 1996.

MAZZEI, M. C. **Encontros sonoros – uma experiência de Musicoterapia na Favela.** Monte Azul / SP. Salvador In: Associação dos Professores de Educação Musical da Bahia – XV Encontro de Vivências Musicais. 2005.

MERCADANTE, E.F. Velhice: uma questão complexa. In CORTE, B., MERCADANTE, E.F., ACURI, G. I. (org.) **Velhice Envelhecimento Complexidade.** São Paulo: Vetor, 2005.

MOÇO, A. **Música também é remédio.** In: Medicina Alternativa: Saúde é Vital, v. 3, n 5, junho, 2006.

MORIN, E. **O Método 5: A Humanidade da Humanidade**. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MOSQUERA, J.J. M; STOBBAUS, C. D. Auto-imagem, auto-estima e auto realização na universidade. **Iberpsicología: Revista Eletrônica de la Federación española de Asociaciones de Psicología**, v. 10, n. 3, 2005.

MYNAIO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

NATTIEZ, J. **O Combate entre Cronos e Orfeu: Ensaios de Semiologia Musical Aplicada**. São Paulo: Via Lettera, 2005.

NERI, A. L. **Qualidade de Vida na Idade Madura**. Campinas: Papirus, 1993.

NETTO, A.F. **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia**. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994.

O' SULLIVAN, S.B. O; SCHIMITZ, T.J. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento**. São Paulo: Manole, 2006.

PAIXÃO, C.M. J; HECKMANN, M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V. de col. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 624-634.

PEREIRA, R.J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 28, n.1, 2006.

PINHEIRO, J.E.S. Distúrbios do movimento: Doença de Parkinson e não Parkinson. In: FREITAS, E. V. de col. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 196-200.

PINHEIRO, M. C. D. et al. Música e saúde mental: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Tec. Cient. Enferm**, Curitiba, v.1, n.1, jan/fev.2003.

REIS, T. **Doença de Parkinson: Pacientes, familiares e cuidadores**. Santa Maria: Pallotti, 2004.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do Corpo**. 7. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ROEDERER, J. G. **Introdução à Física e Psicofísica da Música**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 2002.

SACKS, O. **Alucinações Musicais**. São Paulo: Companhia da Letras, 2007.

_____ **O Homem que Confundiu a Mulher com um Chapéu**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

_____ **Um Antropólogo em Marte**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

SANTOS, C. L.N.G. Cérebro, Música e Cognição: variações sobre um tema inesgotável. **Revista Viver Psicologia**, São Paulo, v.1, n. 4, dez. 2003.

SANTOS, C.A.C. De, do texto de FARQUAR, Morag. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Jornal of Advanced Nursing**. n.22, 1985.

SCHAFER, M. **O Ouvido Pensante**. São Paulo: UNESP, 1991.

SEINCMAN, E. **Do Tempo Musical**. São Paulo: Via Lettera, 2001.

SCHALLER, K. Acordes Curativos. **Revista Viver Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 149, jun.2005

SHONS, C. R. PALMA, L. S. **Conversando com Nara Costa Rodrigues: sobre uma gerontologia social**. Passo Fundo: UPF, 2000.

SILBERMAN,C.D; LAKS,J; RODRIGUES,C.S; ENGELHARDT,E. Uma revisão sobre a depressão como fator de risco na Doença de Parkinson e seu impacto na cognição. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v.26, n.01, 2004.

SILVEIRA, D.N; BRASOLLOTO, A.G. Reabilitação Vocal em Pacientes com Doença de Parkinson: fatores interferentes. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v.17 n. 2, maio/ago. 2005.

SILVERMAN, P. R. **Mutual Helps Groups Organization and Development**. Bervely Hills: Sage, 1984.

SOMMERHALDER, C. GOLDSTEIN, L.L. O papel da religiosidade e da espiritualidade na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E. V. de col. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, T. P. **Música e idoso: uma proposta de intervenção do serviço social com arte**.2005. Dissertação (Mestrado em Serviço social)- Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.

STRAUSS, L. **Antropologia Estrutural**. Rio Janeiro: Tempo Brasileiro 1970.

TAVARES, C. **Iniciação a Visão Holística**. Rio de Janeiro: Ática, 1993.

TEIVE, H. A.G. **Doença de Parkinson: Um guia prático para pacientes e familiares**. 2. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

TOURINHO, L.M.C. **O Idoso e a Musicoterapia: promoção de saúde**. In: Tema livre no X Simpósio Brasileiro de Musicoterapia. Porto Alegre:2001.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico – Qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

VERAS, R. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1994.

VIEILLARD, S. Emoções Musicais. **Revista Viver Mente e Cérebro**, São Paulo, n. 149, jun.2005.

VILELA, A.B.A. et al. Perfil do Familiar Cuidador de Idoso Doente e/ou Fragilizado do Contexto Sociocultural de Jequié-Ba. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, jan./abr. 2006.

WANDERBROOKE, A.C.M.S. Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 33, n.2, jul./dez. 2002.

WISNIK, J. M. **O som e o sentido**. São Paulo: Companhia das letras, 1989.

YUASO, D. L. **Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio**. In: NERI, A.L. et al. (Orgs.). Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2002. p. 165-201

Eletrônicas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. .Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-in/wxislind.exe/iah/online>. Acesso em: set. 2008.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br> Acesso em: set. 2008

_____. 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br> Acesso em: set.2008.

_____. Lei n. 10.741, de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras Providências**. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br> .Acesso em: julho. 2008.

CALDAS, C.P. **Contribuindo para a construção da rede de cuidados trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial**, Rio de Janeiro, v.4, n.8, dez. 2002. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse>. Acesso em: set.2008.

COIMBRA, C. E. A. Jr. Minaio e Maria Cecília. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Disponível em: www.scielo.org. Acesso em: jul. 2008.

FISCHER, L. **Objeto de estudo: Categoria do Idoso**. Disponível em: <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br>. Acesso em: Jan. 2009

FONSECA, K.C de et al. **Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde**. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/revista. Acesso em: ago. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: abr. 2007.

JEQUIÉ. **Imagens de Jequié**. Disponível em: <http://imagens.google.com>. Acesso em: jan.2009.

LIMA, S. A.; Rüger, A. C. L. **O trabalho corporal nos processos de sensibilização musical**. Disponível em: www.anppom.com.br. Acesso em: Ago. 2008.

LOPES, A. **Polifonia**. Disponível em: www2.fcsh.unl.pt/edtl/verbetes/P/polifonia.htm. Acesso em: Set. 2008.

MENDES, M.M; LORO, F.C.C. **Comunicação na Velhice – Subsídios da Literatura (Estudo Piloto)**. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: Ago. 2007.

MOURA, A.S. **Música e construção de identidade**. Disponível em: www.anppom.com.br/anais/. Acesso em: Jan. 2009.

OMS. **Plano de Ação Internacional Sobre o Envelhecimento**. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: Jan.2009.

SACKS, O. **I Think of Us as a Musical Species**. Disponível em: www.spiegel.de/international/word. Acesso em: Jan. 2008.

Apêndice

APÊNDICE A : Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Acordo a Resolução N° 196/96 Do Conselho Nacional de Saúde (CNS)



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Campus de Jequié

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 do CNS

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada: “Tecnologia Assistiva por meio de Atividades Musicais : um estudo fundamentado em práticas musicais coletivas, considerando o processo saúde/doença do idoso portador de Doença de Parkinson”, sob responsabilidade da mestranda **Virginia Maria Mendes Oliveira Coronago**, do curso de Pós-graduação em Ciências Sociais **Minter UESB/PUC** e orientação da **Professora Drª Maria Helena Concone Villas Boas**, do Departamento de Ciências Sociais da PUC, os seguintes aspectos:

✓Objetivos:

✓Investigar, numa perspectiva dialética, a significação de práticas musicais como tecnologias assistivas/cuidativas para manutenção e/ou recuperação da autonomia e independência dos idosos portadores de doença de Parkinson.

✓Analisar o significado teórico-prático das práticas musicais desenvolvidas no Projeto Interinstitucional TAIP(Tecnologias Assistivas para Autonomia e Inclusão Social do Idoso portador de Doença de Parkinson) – UFSC/PEN e UESB/DS

✓Considerar as práticas culturais que evidenciam os laços sociais diversos.

✓**Propósito de estudo:** Pesquisar a influência da tecnologia assistiva através de atividades musicais com vistas a melhoria da qualidade de vida do paciente portador da Doença de Parkinson se constitui o mais forte argumento para construção dessa proposta.

✓**Participação:** ao concordar com a participação na pesquisa, deverei estar a disposição para responder uma entrevista semi-estruturada constando de questões referentes à minha vida pessoal e profissional.

✓**Riscos:** este estudo não trará riscos para minha integridade física, mental ou moral. Todos os dados que obtivermos serão utilizados somente para fins científicos com garantia de anonimato.

✓**Confidencialidade do Estudo:** os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Serão guardados esses registros e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a essas informações. Se alguma publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada e os resultados serão relatados de forma sumariada preservando o anonimato da pessoa.

✓**Benefícios:** a importância desta pesquisa reside na perspectiva de compreender de que forma a música como atividade terapêutica vem contribuindo na melhoria da qualidade de vida do idoso portador da Doença de Parkinson, para tanto, serão adotadas medidas de aferição de variáveis como: dicção e expressão oral, coordenação motora, habilidade rítmica, percepção auditiva e dinâmica respiratória. Observação de comportamento e depoimentos subjetivos oriundos dos próprios idosos submetidos a essa experiência, serão considerados na avaliação integral da presente proposta.

✓**Dano advindo da pesquisa:** se houver algum dano decorrente desse estudo, tratamento será oferecido sem ônus e será providenciado pelos pesquisadores responsáveis.

✓**Participação voluntária:** toda participação é voluntária, não há penalidades para aqueles que decidam não participar desse estudo. Ninguém será penalizado se decidir desistir de participar do estudo em qualquer época. Podendo retirar-se da participação da pesquisa, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, declaro que estou devidamente informado e esclarecido quanto aos itens acima citados, referentes à pesquisa. Além disso, os pesquisadores responsáveis pela

pesquisa me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso desta, por isso estou de acordo com a minha participação voluntária no referido estudo.

Jequié Bahia, ____/____/____

Assinatura

a.

b.

c. COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, **VIRGINIA MARIA MENDES OLIVEIRA CORONAGO**, discuti as questões acima representadas com este participante deste estudo e estou consciente que o mesmo compreendeu todos os itens supracitados.

Jequié Bahia, 28 de Junho de 2007

Virginia Maria Mendes Oliveira Coronago

Assinatura



Virginia Maria Mendes Oliveira Coronago

(77) 3424 – 8246 / 8804 - 8246

Rua Cláudia Botelho nº 115 Candeias

Vitória da Conquista Bahia

APÊNDICE B: Formulário sócio-demográfico

 UESB	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA	
	CENTRO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDO E PESQUISA DO ENVELHECIMENTO – CIEPEN	
	PROJETO: TECNOLOGIAS ASSISTIVAS A PESSOA IDOSA PORTADORA DE PARKINSON – TAIP	

FORMULÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – VIVÊNCIAS SONORO MUSICAIS

Coordenadora:

EQUIPE EXECUTORA:

Data da visita: / /

IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO
✓Nome –
✓Idade –
•Endereço –
•Telefone –
•Tempo de diagnóstico da doença –
•Cuidador –
•Medicamentos em uso –
Problemas de saúde associados –

2.Objetivos da Assistência

Promover:

- 1.melhoria da respiração
- 2.melhor controle vocal (volume da voz)
- 3.fonação mais fluida
- 4.maior sustentação da voz
- 5.diminuição da fadiga nas diversas atividades cotidianas
- 6.auto-estima

1.Atividades desenvolvidas:

Exercícios de coordenação motora associados a percepção rítmica
Exercícios rítmicos associados a marcha

Exercícios respiratórios associados a vocalizes
Exercícios posturais associados a emissão da voz cantada
Exercícios vocais para aumento do volume da voz cantada/falada
Exercícios com canções para melhor controle vocal, fonação mais fluida e maior sustentação do som.
Exercícios vocais para melhoria da dicção na emissão cantada/falada (trava-língua, vocalizes)
Execução de canções com linhas melódicas simples e fluente, sem notas em stacatto.
Execução de canções que envolvam movimento corporal – laterais, bilaterais e transversais.
Execução de instrumentos de sopro (flauta)

6. Avaliação do idoso(a) durante o desenvolvimento do cuidado indicadores: participação, performance musical, capacidade de vocalização, animação, aprendizagem, integração da família).

Referências musicais dos pais (canções da infância, adolescência)
Reação dos pacientes aos sons e ruídos
Observação dos sons típicos da casa (porta, tv, gritos, ruídos)
Educação musical do paciente
Os primeiros contatos do paciente com um instrumento musical
Desejos sonoros musicais (como gostaria que fosse as práticas musicais)

7. Avaliação da evolução do idoso portador de Parkinson (condição vocal do paciente)

RESPONSÁVEIS:

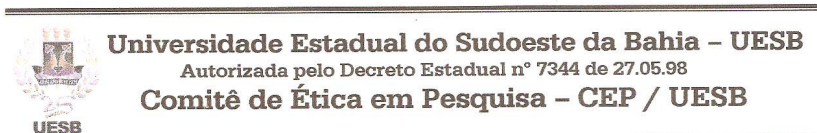
Data:

//

Assinatura do Coordenador/Supervisor:

Anexos

ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO /COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP/UESB



Jequié, 20 de julho de 2007

Of. CEP 125/2007

Ilma. Sra.
Profa. Virgínia Maria Mendes Oliveira Coronago
PROEX – UESB, Campus de Vitória da Conquista

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **091/2007**

Projeto: **TECNOLOGIA ASSISTIVA POR MEIO DE ATIVIDADES MUSICAIS: UM ESTUDO FUNDAMENTADO EM PRÁTICAS MUSICAIS COLETIVAS, CONSIDERANDO O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA DO IDOSO PORTADOR DE DOENÇA DE PARKINSON**

Pesquisador: **Profa. Virgínia Maria Mendes Oliveira Coronago (mestranda)**
Profa. Dra. Maria Helena Concone Villas Boas (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B – DOCUMENTO DE ALTERAÇÃO DO TÍTULO/COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA – CEP/UESB



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 17 de março de 2009

Of. CEP/UESB 057/2009

Ilma. Sra.

Virginia Maria Mendes Oliveira Coronago

PROEX – UESB / Vitória da Conquista

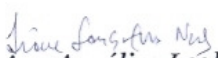
A/C Professora Dr^a Maria Helena Concone Villas Boas

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que aprovamos a alteração do título do projeto de pesquisa *“Tecnologia Assistiva por Meio de Atividades Musicais: Um Estudo Fundamentado em Práticas Musicais Coletivas, Considerando o Processo Saúde/Doença do Idoso Portador de Doença de Parkinson”*, **protocolo 091/2007**, aprovado por este CEP, para **“PAPAGAIO VÉIO NÃO APRENDE A FALÁ!?”UM ENSAIO POLIFÔNICO SOBRE OS SIGNIFICADOS DAS VIVÊNCIAS MUSICAIS EM GRUPO DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇA DE PARKINSON”**.

Lembramos que, em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no site do CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Profª. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB


Profª. Ivone Gasparino Nery
Vice-Presidente do Comitê de Ética/UESB