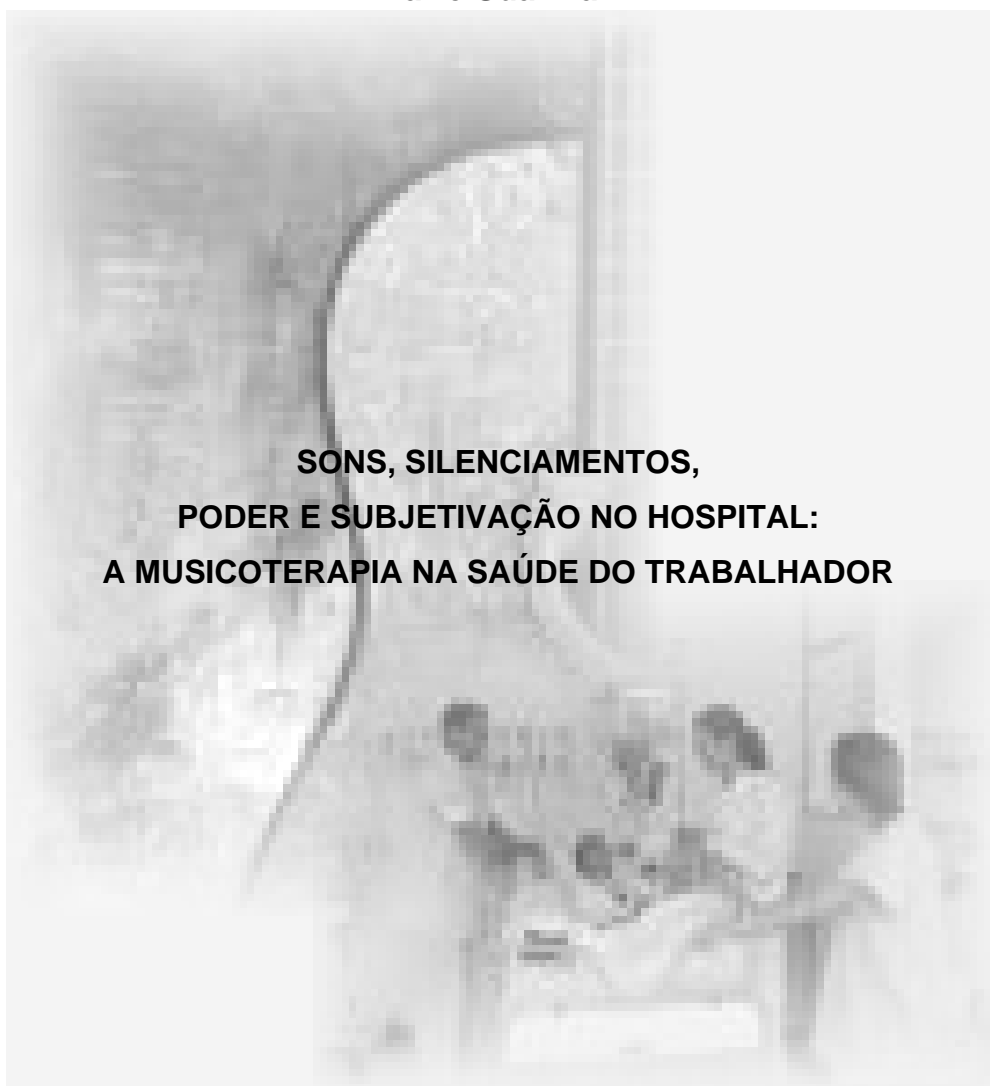


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

Laize Guazina



SONS, SILENCIAMENTOS,
PODER E SUBJETIVAÇÃO NO HOSPITAL:
A MUSICOTERAPIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Porto Alegre

2006

Laize Guazina

**SONS, SILENCIAMENTOS,
PODER E SUBJETIVAÇÃO NO HOSPITAL:
a musicoterapia na saúde do trabalhador**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador(a): Profa. Dra. Jaqueline TITTONI

Porto Alegre

2006

AGRADECIMENTOS

Ao Daniel, precioso companheiro de vida e compartilhador do gosto e das vivências e experiências com música (regados com chimarrão). Por tantas vezes ausentei-me de corpo presente e fui trazida de volta por seus acordes e seus vívidos olhos azuis.

Aos meus pais, Bruno e Jacira, dos quais herdei o gosto pelo trabalho e a inquietação da curiosidade. São inspiração e apoio em muitos momentos da minha vida. Aos meus irmãos, Liziane e Bruno, pelo companheirismo e carinho desfrutados, ainda que à distância.

À professora Jaqueline Tittoni, que me levou por alguns dos importantes descaminhos foucaultianos, pelo compartilhamento da coragem, da competência e da capacidade de fluir junto, numa 'viagem' interdisciplinar. Muitas vezes fui jogada ao mar pelas grandes ondas das minhas inquietações, e tantas vezes resgatou-me e instigou-me a novos mares.

Ao professor Marco Antonio Carvalho Santos pela ajuda sempre prestimosa e competente, sobretudo durante a produção do projeto que originou esta pesquisa. Também aos colegas musicoterapeutas que colaboraram para a coleta de dados deste trabalho.

Aos professores do pós, em especial a Henrique Nardi e Rosane Neves, pelo prazer de acompanhá-los e ser acompanhada em vários momentos. Motivaram-me a pensar e me influenciaram sobremaneira a desenvolver alguns interesses. Alguns deles acabaram habitando esta pesquisa.

À professora Sílvia Balestreri, pela autoria da associação da temática da pesquisa com 'A Flor e a Náusea', colocada na ocasião da banca de qualificação do projeto. Esta poesia acompanhou-me e instigou-me incessantemente durante a pesquisa de campo.

À professora Maria da Graça Jacques, pela acolhida inicial neste pós e pelo caminho de descobertas que possibilitou.

Às minhas queridas colegas de mestrado Ticiane, Vanise, Daniela, Desirée, Rita e Rafaela, e de trabalho, Luciana, Fabiana e Neise. Compartilharam comigo muitos bons momentos, e também aqueles difíceis, ajudando-me inúmeras vezes.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à equipe de enfermagem da unidade e ao hospital em que foi desenvolvida esta pesquisa, em especial às técnicas em enfermagem participantes. Acolheram-me, permitindo e produzindo corajosamente os tantos movimentos desta pesquisa.

Sempre me disseram que a escrita de uma dissertação é uma tarefa solitária. Felizmente, esta foi a tarefa solitária mais acompanhada que já tive.

Uma flor nasceu na rua!
Passem de longe, bondes, ônibus,
rio de aço do tráfego.
Uma flor ainda desbotada
Ilude a polícia, rompe o asfalto.
Façam completo silêncio,
paralisem os negócios,
Garanto que uma flor nasceu.
É feia. Mas é uma flor.
Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.

A Flor e a Náusea (1945)
Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Este trabalho propõe e analisa a Musicoterapia como estratégia de produção de saúde do trabalhador, em pesquisa desenvolvida com técnicas de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva infantil de um hospital geral público de Porto Alegre. A atenção à saúde dos trabalhadores produz novas questões teórico-conceituais, práticas, éticas e políticas no campo da Musicoterapia, que estão ligadas ao território do trabalho e suas configurações contemporâneas, ao "ser" trabalhador e à saúde, e que têm implicações sobre a Musicoterapia e o musicoterapeuta na contemporaneidade. À luz das contribuições de Foucault, este trabalho centraliza-se na discussão do hospital como território de produção de subjetividades, a partir do desenvolvimento do conceito de 'Panáudio', mapeando e analisando efeitos deste dispositivo, que se efetivam pelos contextos sonoros. Aponta controles e resistências possíveis e propõe a produção de novas subjetividades pelo uso da música em Musicoterapia. Esta é uma pesquisa exploratória, baseada na pesquisa-intervenção e inspirada nos modos de ação da cartografia. Este trabalho é parte da construção de uma perspectiva de Musicoterapia Institucional.

Palavras-chave:

Musicoterapia – Modos de Subjetivação – Saúde do Trabalhador – Panáudio – Música – Musicoterapia Institucional

ABSTRACT

This paper proposes and analyzes Music therapy as a production strategy towards workers' health in a research developed with nurse techniques from a children Intensive Care Center of a public general hospital in Porto Alegre. Concerning with workers' health brings about new theoretical, conceptual, ethical and political queries in the field of Music Therapy, such queries are related with the working field and its contemporary features, with the working being and with health; these queries produce consequences on Music Therapy and Music therapists contemporarily. Based on Foucault's contributions, this paper focuses on the discussion of hospitals being a field for subjectivities production, from the development of the 'Panaudio' concept, mapping and analyzing the effects, which are effective by sound contexts. This paper also points out possible controls and resistances and proposes the production of new subjectivities by using music in Music Therapy. This is an exploratory research, based on interventionist research and inspired on cartography *modus operandi*. This paper is part of the construction of a perspective for Institutional Music Therapy.

Key words:

Music Therapy — Ways of Subjectivisation — Workers' Health — Panaudio — Music — Institutional Music Therapy

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. PERCURSO TEÓRICO	13
1.1 Musicoterapia: Perspectivas de um ‘Sujeito Social’	13
1.2 Configurações Contemporâneas do Trabalho	20
1.3 Saúde do Trabalhador e Produção de Saúde	24
1.4 Subjetivação e Música	29
2. CAMINHOS DA PESQUISA	43
2.1 Paisagens de uma UTI: o trabalho	49
2.2 Caminhos e Rupturas: as intervenções	59
2.2.1 Observações Participantes e Estratégicas	59
2.2.1.1 Lugares e Deslugares da Música na UTI	61
2.2.2 Grupos de Musicoterapia	66
2.2.2.1 Tecnologias Específicas	68
2.2.2.2 Sobre os Efeitos da Intervenção	68
2.2.2.3 Comparecimento aos Grupos	72
2.2.3 Gravação da Paisagem Sonora da Unidade e Grupo de Discussão	75
2.2.3.1 Gravação da Paisagem Sonora	76
2.2.3.2 Grupo de Discussão	78
2.2.4 Audições	84
2.2.4.1 Escolha do Repertório e Dinâmica das Intervenções	85
3. PANÁUDIO	92
3.1 Audibilizando o Panáudio	100
3.1.1 Sala e Som: deslugares e controles	100
3.1.2 Violão e Festa: potência marginal	101
3.1.3 A Voz que Não Pode Sair, a Memória que Falha e o Não Saber	103
3.1.4 A Floresta, a Vida e a Morte: riso e dor na música da vida de ‘dentro’ e da vida de ‘fora’ do trabalho	109
3.1.5 Ruído, Música e Sujeito Moral	115
3.2 Desestabilizando o Panáudio: práticas de liberdade... ou nasceu uma flor no asfalto	123

Cena 1: O efeito 'Amor I Love You' e o efeito 'Vanerão'	124
Cena 2: O efeito 'Danúbio Azul'	132
Cena 3: Audibilizando impedimentos... e florescimentos.....	134
Cena 4: O efeito 'Saravá!'	135
Cena 5: Redução de custos e outros efeitos da pesquisa	137
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
ANEXO 1 - Repertório das Audições.....	152
ANEXO 2 - CD: Músicas e Fragmentos Sonoros	158

INTRODUÇÃO

Este estudo é fruto de um percurso de vida onde algumas procuras, descobertas e construções encontraram suas raízes numa conversa entre três campos: Música¹, Musicoterapia e Psicologia Social. Nestas conversas, caminhos se cruzaram e se implicaram em inquietações, desnaturalizações, análises e produções, as quais tiveram Michel Foucault como um de seus principais interlocutores. Estes campos e as experiências vividas neles produziram esta pesquisa como um de seus efeitos mais importantes.

Uma dessas experiências foi um estágio voluntário de Musicoterapia desenvolvido entre 2002 e 2003, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, direcionado ao atendimento de crianças e jovens. Neste estágio, tomou-se contato com o difícil cotidiano de trabalho da equipe de Enfermagem, sobretudo técnicas e auxiliares, tendo sido o disparador de uma busca que começou com a idéia de utilizar a Musicoterapia no atendimento daquelas profissionais. Tudo indicava que esta seria uma boa alternativa para o cuidado ao cuidador - lugar de onde esta idéia foi pensada inicialmente, e que gerou sua articulação no espaço do mestrado.

Os caminhos teóricos experimentados no mestrado proporcionaram muitas descobertas e deslugares. A partir desses deslocamentos, chegou-se ao primeiro campo teórico acolhido: a Saúde Mental e Trabalho, sendo a Saúde do Trabalhador a primeira base político-conceitual deste estudo.

Entretanto, foi a descoberta dos estudos de Foucault que determinaram fundamentalmente os rumos deste trabalho. Novas percepções e construções foram

produzidas através de suas leituras, colocando em xeque vários aspectos do que havia sido produzido, e do caminho trilhado até então. A noção de subjetivação: um sujeito que se constrói na trama do social (parafraseando Henrique Nardi) e na indissolubilidade entre o indivíduo e a coletividade, foi um aspecto fundamental na indicação de outros rumos a seguir. Estes movimentos re-escreveram a história do próprio estudo, que há muito havia se distanciado do campo específico da Saúde Mental e Trabalho e adentrado os estudos em Subjetividade e Trabalho.

Os questionamentos que originaram esta pesquisa também estão contextualizados nas ampliações das áreas de atuação e de campo teórico-conceitual dos musicoterapeutas, segundo as necessidades, oportunidades e vicissitudes da vida contemporânea. Uma dessas visíveis ampliações diz respeito à crescente atuação dos musicoterapeutas nos ambientes de trabalho, na função de atender os trabalhadores desses locais, dentro dos mais diversos ramos de atividades. O estudo da atenção à saúde dos trabalhadores pelo musicoterapeuta levou a novas questões teórico-conceituais, práticas, éticas e políticas no campo da Musicoterapia. Tornaram-se necessárias problematizações que considerassem tanto o território do trabalho, do "ser" trabalhador, das implicações sobre a Musicoterapia e o musicoterapeuta, quanto sobre as concepções e implicações sobre a saúde na contemporaneidade.

Estas inquietações e movimentos, assim, produziram este estudo e os modos como está organizado. No primeiro capítulo, serão descritos os contextos teóricos que fundamentam esta pesquisa, enfocando os aspectos contemporâneos da Musicoterapia, dos contextos de trabalho e da produção de saúde, assim como as perspectivas de concepção da música nesta dissertação.

¹ Como materialidade sonora e como objeto de estudo em diferentes campos de práticas e saberes.

No segundo capítulo, estão descritos os caminhos metodológicos que foram produzidos ao longo da pesquisa de campo e as tecnologias de intervenção utilizadas. Tais caminhos tiveram como base a pesquisa-intervenção.

No terceiro capítulo, desenvolve-se o conceito de Panáudio, com base no estudo do Panóptico de Bentham e das análises de Foucault acerca deste dispositivo. Analisa-se e embasa-se a proposição deste dispositivo de controle e produção de subjetividade a partir dos contextos sonoros institucionais do hospital. Visibilizam-se e audibilizam-se os fluxos das relações de poder que se efetivam a partir dos contextos sonoros, as discursividades dominantes, os efeitos de controle produzidos e as práticas de liberdade.

Nas considerações finais, constrói-se a argumentação a respeito dos efeitos produzidos pelas intervenções na dinâmica institucional do hospital e da unidade onde foi desenvolvido o estudo, tendo em vista os modos de subjetivação que compõem os modos de trabalhar no hospital. Tais argumentações articulam-se com as proposições a respeito da Musicoterapia e seu caráter institucional, e à problematização das intervenções que tomam a produção de modos de subjetivação como objeto.

Ora nutrindo-se mais em um dos campos de conhecimento que aqui se inter-relacionam, ora noutra, faz-se necessário citar que as contribuições da Psicologia Social, enquanto área e programa de pós-graduação que acolheu as idéias que geraram este estudo, foram imprescindíveis. A parceria com profissionais e com o campo de conhecimento da Psicologia Social foi fundamental tanto para a reflexão e desnaturalização de idéias, quando para a construção de outros caminhos a partir destas desconstruções. Num esforço interdisciplinar, propiciou descobertas e

continências que se traduziram principalmente na perspectiva institucional que situa este estudo. E, para além disso, a re-descoberta da música com potencial de vida.

Este texto é acompanhado por um CD que contém fragmentos de música, fragmentos da paisagem sonora da Unidade de Terapia Intensiva infantil do hospital geral que foi desenvolvida esta pesquisa, e músicas completas. Os fragmentos de música foram assim colocados quando, no campo de pesquisa, apareceram de maneira fragmentada, ou quando diziam respeito a situações importantes, mas que não se tornaram fundamentais. Também devido a restrições quando ao tempo de duração do próprio CD e em relação ao grande número de músicas utilizadas no campo. Os fragmentos da paisagem sonora da UTI² são gravações dos sons do cotidiano de trabalho desta unidade que, apesar de apresentarem perdas da qualidade sonora devido à gravação, podem ilustrar o cotidiano sonoro da UTI. As músicas que se encontram completas dizem respeito à última parte do trabalho e são operadores para as análises propostas. Também estão completas as músicas colocadas entre as partes do texto, as quais são leituras sonoras propostas acerca dos acontecimentos que anunciam.

² Devido a questões de edição e manutenção de sigilo, os fragmentos são, em geral, de pouca duração.

1. PERCURSO TEÓRICO

1.1 Musicoterapia: perspectivas de um 'sujeito social'

A configuração da Musicoterapia como disciplina parece estar marcada por enlaces com o discurso médico. As evidências desses enlaces podem ser encontradas em diversos estudos que contemplam a construção da Musicoterapia, pela análise das práticas e saberes sobre a música na saúde e sua associação com as práticas médicas, especialmente no campo da psiquiatria (LAPOUJADE & LECOURT, 1986; COSTA, 1989; PAILLES & CALADOU *apud* CHAGAS, 2001; entre outros). Esta associação pode indicar que o campo da Musicoterapia possivelmente configurou-se ligado às demandas de adaptabilidade dos pacientes e à normatização da loucura, baseadas no discurso médico, pelo menos até antes de seu surgimento como disciplina, ocorrido no séc. XX.

Tanto o entrelaçamento com o discurso médico, quanto o surgimento dos cursos de formação durante o período de repressão militar no país, podem ter contribuído para o entendimento de que os modelos experimental positivista e essencialista seriam as mais importantes referências nas pesquisas e práticas em Musicoterapia.

Santos (2004a, p. 01) problematiza o tema do surgimento dos primeiros cursos na década de 70:

Talvez não possa ser considerada obra do acaso o surgimento dos primeiros cursos de Musicoterapia num período de intensa repressão política. Depois de uma sucessão de experiências de frustração de expectativas políticas (...), as possibilidades de ação transformadora, mesmo no campo da cultura, se viram fortemente limitadas. A repressão política e cultural acabou, indiretamente, provocando a emergência de temas como a interioridade, o sentimento e a desconfiança nas possibilidades da razão. (...) O fechamento político cria, no entanto,

condições favoráveis ao individualismo e à perda do sentido do coletivo.
(SANTOS, 2004a, p.02)

No Brasil ainda são poucos os estudos que buscam uma construção teórico-conceitual em Musicoterapia, tomando como base a noção de sujeito construído na trama social e histórica. Atualmente, observa-se uma maior preocupação dos profissionais em intervir no campo social, ainda que as teorias de cunho essencialista, que privilegiam a compreensão do indivíduo como um sujeito praticamente destituído de um contexto social, cultural e histórico, sejam preponderantes. Da mesma forma, destacam-se as noções de sujeito destituído da posição de portador e produtor de perspectivas e demandas muito mais amplas do que a idéia de 'subjetividade' como 'interioridade' poderia contemplar.

Há pouco mais de uma década Ruud (1990) apontava que os modelos ou sistemas musicoterápicos podiam ser criticados pelo descaso quanto ao contexto social no qual atuam. Segundo o autor, na Musicoterapia há uma acentuada ênfase nas possibilidades de mudanças terapêuticas através de procedimentos individualistas, para o crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Denota-se a ênfase na adaptação do indivíduo em detrimento das possibilidades de transformação da sociedade às necessidades das pessoas. Para o autor, as conseqüências filosóficas-sociais implícitas em várias teorias são pouco questionadas. O que, do ponto de vista da ética foucaultiana, pode ser tomado como a responsabilidade sobre aquilo que é produzido.

Tanto Ruud (1990), quanto Santos (2004a) ou este estudo, não minimizam a importância do campo teórico desenvolvido na Musicoterapia até o momento, mas buscam reflexão sobre esta temática. As problematizações propostas pelos autores podem ser ilustradas por diversas definições de Musicoterapia, sejam elas

representativas de instituições, ou de profissionais considerados representativos da área:

Do ponto de vista científico, Musicoterapia é um ramo da ciência que lida com o estudo e a investigação do complexo som-homem, onde o som pode ser musical ou não, bem como os métodos terapêuticos e dos elementos diagnósticos que lhe são inerentes. Do ponto de vista terapêutico, a Musicoterapia é uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para produzir efeitos regressivos e para abrir canais de comunicação que nos permitirão iniciar um processo de treinamento e recuperação do paciente (BENZON, 1981, *apud* Bruscia, 2000, p. 274 e 275).

Musicoterapia pode ser definida como aplicação sistemática da música dirigida por um musicoterapeuta para promover mudanças na saúde física e/ou emocional da pessoa. Como tal, seus aspectos funcionais, e não os estéticos e de entretenimento são enfatizados (BONNY, 1986 *apud* Bruscia, 2000, p. 274).

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

Além de ser mais recente e completa, a definição da Federação Mundial de Musicoterapia reflete o esforço de musicoterapeutas de várias partes do mundo, na tentativa de delimitar esta área, de modo que contemple o maior número possível de suas práticas e embasamentos teóricos e conceituais. Note-se que, apesar da influência essencialista, positivista e clínica, é possível vislumbrar a perspectiva da prevenção, a preocupação com as 'necessidades sociais' e uma preocupação com o desenvolvimento de perspectivas teórico-práticas para trabalhar nesses campos.

Estas preocupações têm se tornado foco de pensares contemporâneos, e podem ser visibilizadas nas vertentes mais atuais, autodenominadas 'Musicoterapia

Comunitária', 'Musicoterapia Preventiva', 'Musicoterapia Preventiva Psicossocial', as quais têm semelhanças e diferenças que necessitam de sistematização mais específica, mas que já se constroem no cenário desta área. Estas vertentes têm sido desenvolvidas através de territórios conceituais múltiplos, ora diferentes, ora semelhantes. Dentre suas semelhanças, pelo menos no contexto latino-americano, há uma preocupação com a atuação 'no social e no comunitário' e embasamento em perspectivas de promoção e prevenção em saúde (PELLIZARI & RODRÍGUEZ, 2005; MENDOZA, 2005; ISLA, 2005). Tais perspectivas estão ligadas, de alguma maneira, às necessidades de lidar com os contextos de dominação característicos das populações latinas. Essas produções mostram-se fundamentais no desenvolvimento de movimentos de auto-reflexão, questionamento e novas proposições de caminhos teórico-conceituais e práticos sobre o campo de conhecimento e profissional da Musicoterapia. O 'Resumen del Taller de Musicoterapia Comunitaria'³ cita alguns 'conceitos de trabalho' de autoria da musicoterapeuta argentina Claudia Mendoza, identificada na vertente 'Musicoterapia Preventiva e Comunitária', que ilustram esses movimentos.

Musicoterapeuta preventivo y comunitario: Este modelo de actuación profesional estaría centrado en el concepto de salud positiva: "La salud se percibe no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana" (carta de Ottawa, 1986) (...) la COMUNIDAD como sujeto y objeto de intervención...

Esta nueva dimensión que adquiere la profesión cuando el objeto de intervención deja de ser un paciente, con determinada historia y aparece un nuevo "**sujeto social**" que demanda una respuesta por parte de todos sus miembros, hace que Mta. [musicoterapeuta] adopte entonces una posición diferente a su rol clínico tradicional para asumir una nueva dimensión en su actividad, ya que como Sujeto de la cultura, se verá implicado de modo directo con la realidad que desea transformar, y en la cual el mismo se encuentra inmerso ... (p. 03)

O mesmo documento cita, dentre suas conclusões,

³ Pré-jornada de Musicoterapia Preventiva, Universidad Del salvador (Usal), Buenos Aires, Argentina, 2004. Coordenação e transcrição: Maria Gabriela Siccardi. Este documento é o resumo de uma das VII Jornadas de Musicoterapia Preventiva, que teve como tema: "Musicoterapeutas em Abordajes

Así como hace 15 años nos encontrábamos los musicoterapeutas proponiéndonos miradas, concepciones y metodologías para el ámbito clínico terapéutico... (...) hoy, lo nuevo es mirar lo social, y sentirnos parte de la gran comunidad o pueblo y de la pequeña comunidad (...) nos da la pauta de un nuevo período de la profesión. Escuchando esto que nos pasa y tomando personalmente determinada posición. También implica encontrarnos con lo que tenemos y con las ausencias, la falta de producción o reflexión teórica, o el desconocimiento de lo producido por el de al lado y no lo sabíamos... El objetivo es este: Encontrarnos para fortalecer el desarrollo de un nuevo campo profesional. Generar un ámbito de investigación, metodologías participativas de investigación-acción. Porque así como la musicoterapia clínica se nutrió de la psicología, esta nueva práctica, este nuevo enfoque nos liga con las ciencias sociales, (antropología, sociología ...), afin al sujeto comunitario. Desde lo que cada quien se lleva... encontrar los objetivos comunitarios, y escucharlos como mas nítidos, para poder reconocerse allí. Lo comunitario es toda una filosofía y una opción de vida. (p. 04)

No campo específico da Musicoterapia ‘no’ trabalho, o contexto atual foi descrito através de revisão⁴ da literatura, onde se buscou localizar as perspectivas teóricas utilizadas nos estudos sobre Musicoterapia no cuidado a trabalhadores e os efeitos das configurações contemporâneas do trabalho nesses estudos. Foram incluídos na consulta os estudos que englobassem o atendimento musicoterápico a trabalhadores de quaisquer ramos, sendo elegíveis aqueles que tratassem de Musicoterapia tendo como população-alvo alguma categoria de trabalhadores e que tivessem uma versão acadêmica. Foram encontrados artigos⁵ e monografias⁶ (de

Preventivos Comunitários”. As citações estão transcritas literalmente como no documento em termos de sua organização e sinalizações no texto.

⁴ O levantamento bibliográfico da produção brasileira sobre o assunto incluiu consulta a bases de dados virtuais, consulta a materiais impressos e consulta a musicoterapeutas via telefone e e-mail, além da utilização da ‘lista pública de musicoterapia’, um grupo de discussão virtual que congrega profissionais de todo o Brasil e é mantido pela União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM). A visita a *sítes* de bibliotecas de universidades brasileiras priorizou aquelas em que há presença de cursos de graduação ou especialização em musicoterapia, sendo consultados os bancos de dados monográficos e de teses, além do Banco de Teses da CAPES e de *sítes* de busca gerais. O levantamento de dados concentrou-se nas publicações produzidas até o primeiro semestre de 2004. Provavelmente, se fôssemos realizar esta revisão neste momento, haveria um número maior de estudos.

⁵ Musicoterapia aplicada no tratamento e prevenção do stress (BRABO, 2001); Aplicação de técnicas musicoterápicas na capacitação de equipes multiprofissionais do CEMASI (MILLECCO e CHAGAS, 2004); Aplicação de técnicas musicoterápicas na capacitação de equipes multiprofissionais (MILLECCO, 2001); Musicoterapia em recursos humanos – mudando com a mudança: uma possibilidade (CRAVEIRO DE SÁ e MATTOS, 2003); Musicoterapia em recursos humanos (CRAVEIRO DE SÁ e MATTOS, 2003); Implantação da musicoterapia no hospital de urgências de Goiânia: contribuindo para a humanização na saúde pública (CRAVEIRO DE SÁ, 2004).

⁶ Musicoterapia para o tratamento e prevenção de doenças ocupacionais em empregados de estabelecimentos bancários (CAMPOS, 2001); A Musicoterapia como instrumento de redução de estresse nas organizações (SANTOS e TEIXEIRA, 1998); Trabalho e subjetividade: a musicoterapia como instrumento de inclusão social (VIGGIANO, 2003).

graduação e/ou de especialização em musicoterapia), e constatada a inexistência de livros e dissertações tratando do assunto. Ainda que a produção intelectual dos musicoterapeutas brasileiros seja plural, no campo da Saúde do Trabalhador ainda é muito pequena e restrita a publicações que, em geral, não se tornam de uso corrente, como monografias de graduação e especialização. Além disso, evidenciou-se um campo de práticas muito maior e mais freqüente que o esforço de desenvolver o campo teórico.

Uma breve análise visibilizou que os estudos traziam atravessamentos da Medicina do Trabalho, da Saúde do Trabalhador e das configurações contemporâneas do trabalho, em abordagens sobre o estresse, ou subjetividade. Traziam também atravessamentos do discurso dos Recursos Humanos, associados a um viés de 'Musicoterapia organizacional', e dos estudos sobre subjetividade e trabalho. Comumente consideravam as possibilidades de relaxamento e a 'melhora na qualidade de vida para maior produtividade'. Estes estudos não mostravam um posicionamento crítico aparente sobre as implicações para o trabalhador, sobre quais perspectivas de trabalho e saúde se assentam e, portanto, sobre quais efeitos são produzidos pelas práticas em Musicoterapia. Dessa forma, evidenciava-se que, mesmo sendo a Musicoterapia uma área que pode ser considerada nova, não foge das formações discursivas que regem o trabalho e a saúde.

Desses movimentos, resultaram a desconstrução da idéia de produzir outro estudo para reafirmar (porque muitos outros já dizem) que a música e a Musicoterapia serviriam apenas para 'relaxar' e produzir 'bem-estar' no trabalho. Desde uma perspectiva 'acrítica' quanto às implicações dessas práticas, passa despercebido que seus efeitos podem partir de um movimento tal qual um 'espremedor de laranja': deixar o trabalhador em boas condições para que seja,

depois, espremido pelo trabalho. Isso era concretamente político porque funcionava mais para a 'saúde' da empresa do que para a Saúde do Trabalhador, visto que havia uma predominância de práticas individualizantes, mesmo que em atividades grupais. As intervenções centravam-se nos indivíduos e não em intervenções institucionais, capazes de produzir mudança nos contextos de trabalho. Estas práticas individualizantes tinham ancoragem profunda nos efeitos 'relaxantes', que, apesar de importantes e úteis, situam-se potencialmente alinhados com a manutenção das dinâmicas dos contextos de trabalho e adaptação do trabalhador, como no caso do fluxo tensionado que, notoriamente, produz um ritmo de trabalho acelerado e cansativo. O 'relaxamento' produzido pela música em Musicoterapia muitas vezes situava-se como um dos principais produtos vendidos pelas ofertas de serviço dos musicoterapeutas.

Estas práticas exercem efeitos sobre a Musicoterapia enquanto campo de produção de conhecimento e de práticas profissionais, na medida em que expressam e fazem circular discursos sobre verdades que legitimam relações de poder. A prática pouco crítica acaba por voltar-se contra a própria Musicoterapia na produção de suas 'verdades' enquanto espaço de produção de conhecimento e espaço político. O mesmo ocorre com o 'atendimento' que é oferecido e recebido, uma vez que as relações de poder que se produzem nos contextos de trabalho, em geral, produzem a normatização do trabalhador para a produção e a produtividade, tornando-se estes últimos, os principais focos da intervenção. Una-se a isto, o agravamento de que o musicoterapeuta e a Musicoterapia podem servir como fachada da boa-vontade patronal em relação aos trabalhadores e ao trabalho do musicoterapeuta, que não estará livre das relações de poder produzidas no trabalho. Assim, cabe perguntar sobre quais as possibilidades e implicações da música, da

Musicoterapia e do próprio musicoterapeuta na Saúde do Trabalhador. Da mesma forma, cabe questionar como pensar subjetivação na clínica musicoterápica, como pensá-la fora da hegemonia essencialista e privada, e como construir ferramentas para lidar com a clara percepção de é possível intervir institucionalmente.

As contribuições da Saúde do Trabalhador problematizaram as perspectivas encontradas e trouxeram a dimensão política presente na Musicoterapia que se produz nas configurações contemporâneas do trabalho.

1.2 Configurações Contemporâneas do Trabalho

A análise das configurações do trabalho contemporâneo necessita levar em consideração os modos tayloristas-fordistas que caracterizam o trabalho capitalista, bem como as transformações importantes que tem passado nas últimas décadas. Assim, parte de uma análise das mudanças e das regularidades, do que se transforma e do que se mantém nos modos de trabalhar .

A partir da década de 60, o regime de acumulação taylorista/fordista⁷ passou a enfrentar um progressivo declínio social e técnico, caracterizado pela diminuição

⁷ Segundo Cattani (1997), o taylorismo é um sistema de organização do trabalho baseado na separação entre concepção e execução das tarefas, fragmentação (parcelamento) e especialização das mesmas, no controle dos movimentos para sua execução e na remuneração por desempenho. É uma estratégia patronal para gestão e organização do processo de trabalho que, junto ao fordismo, integra a Organização Científica do Trabalho. Caracteriza-se pela estrutura hierarquizada, ênfase na eliminação da autonomia dos produtores diretos, aumento da produtividade, pelo aumento do ritmo de trabalho e diminuição dos tempos não dedicados às tarefas produtivas. Tais estratégias foram direcionadas à produção em massa para mercados em expansão, como parte do Liberalismo. No taylorismo o trabalho passou a se caracterizar pelas atividades fragmentadas, repetitivas, monótonas, desprovidas de sentido, sem autonomia e sem criatividade. Apesar disso, somente a vida pós (fora) do trabalho e o consumo foram considerados relevantes. O fordismo, para Larangeira (1997) é uma prática de gestão que costuma estar junto ao taylorismo e que se caracteriza pelo trabalho também fragmentado e simplificado, com ciclos operatórios curtos, pouco investimento na formação dos trabalhadores e fundamentado na linha de montagem com esteira rolante, que evita deslocamentos dos trabalhadores, mantendo um fluxo contínuo de produção, o que sempre envolve mecanização e

da lucratividade das empresas. Na década de 70, embalado pela crise do petróleo, pelas altas taxas de juros e pela intensificação da concorrência (sobretudo a japonesa), esse panorama levou à diminuição dos investimentos e a problemas ligados ao emprego e à renda. Para lidar com este cenário, o capital produziu várias transformações no processo produtivo com a finalidade de recuperar sua produtividade e lucratividade. Nessas transformações estavam presentes a intensificação tecnológica de base microeletrônica e a competição em nível global e novas formas de controle social (BAUMGARTEN, 1997; ANTUNES, 1999).

As estratégias implantadas nos novos processos produtivos levaram em consideração o mercado instável e competitivo, que produziu a 'flexibilização' imposta ao processo de produção e ao próprio trabalhador, que passou necessariamente a adaptar-se para manter-se empregado. Segundo Antunes (1999), o capital deflagrou as formas de acumulação flexível, as formas de gestão organizacional, o avanço tecnológico e modelos alternativos como o 'toyotismo' (modelo japonês). Esse panorama tornou-se uma multiplicidade de processos produtivos em que convivem, até hoje, setores altamente especializados, com setores artesanais, paternalistas e patriarcais, que envolvem diferentes mecanismos de controle de trabalho (HARVEY, 1996), inclusive aos moldes escravagistas. Nessa conjuntura estavam intrincados o modelo da competência e o fluxo tensionado (DURAND, 2003), assim como a perda de proteções sociais a acesso aos direitos dos trabalhadores (CASTEL, 1998).

A reestruturação do trabalho configurou outras formas de se relacionar, viver e trabalhar caracterizadas por vínculos fugazes no trabalho e nas relações pessoais (BAUMAN, 2001), mediados e marcados pela aceleração do tempo-espço. Como

analisa Harvey (1996, p. 189), “cada modo distinto de produção ou formação social incorpora um agregado particular de práticas e conceitos do tempo e do espaço”. Estas formas fugazes atingiram as formas de viver e de trabalhar e, da mesma maneira, a saúde.

Para Castel (1998, p.24), “o trabalho não é apenas uma relação técnica de produção, mas um suporte privilegiado de inscrição na estrutura social”, no qual verifica-se, a longo prazo, que há uma “forte correlação entre o lugar ocupado na divisão social do trabalho e a participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção que ‘cobrem’ um indivíduo diante dos casos de existência”. O autor argumenta que o trabalho estável caracteriza uma área de integração. Ao contrário, a não participação em uma atividade produtiva e o isolamento produzem a ‘desfiliação’, uma zona de precariedade do trabalho e de vínculos de proteção social.

Entretanto, a precarização do trabalho, a partir da perda das proteções sociais e direitos dos trabalhadores não é uma exceção, e sim a nova regra. O contrato temporário de trabalho vem a ser a nova caracterização desse contexto. Precarização do trabalho e desemprego não são exceções, portanto, mas fatores construídos na dinâmica atual. Ainda segundo Castel (1998, p.527 a 529)

Considerados sob o ângulo do trabalho, três pontos de cristalização dessa questão podem ser distinguidos. Em primeiro lugar, essa *desestabilização dos estáveis*. Uma parte da classe operária integrada e dos assalariados da pequena classe média está ameaçada de oscilação. (...) [A] segunda especificidade da situação atual, [é] a *instalação na precariedade*. O trabalho aleatório representa uma nebulosa de contornos incertos, mas que tende a se autonomizar. [...] Uma terceira ordem de fenômenos, a mais inquietante, parece emergir na atual conjuntura. A precarização do emprego e o aumento do desemprego são, sem dúvida, a manifestação de um *déficit de lugares* ocupáveis na estrutura social, entendendo-se por lugares posições às quais estão associados uma utilidade social e um reconhecimento público.

Nas novas configurações do trabalho influenciadas pelo toyotismo⁸ encontra-se o modelo da competência, no qual se expressa o fluxo tensionado (DURAND, 2003). O fluxo tensionado é a tensão que mediatiza o fluxo produtivo, nascida na contradição entre tensão do fluxo da produção e redução da mão de obra. Esta tensão encontrou no modelo da competência, a mobilização necessária da subjetividade dos trabalhadores, assim como a classificação e valorização do 'saber ser' dos trabalhadores em detrimento dos saberes 'tradicionais' sobre o trabalho utilizados como forma de seleção, manutenção e controle do trabalhador. O efeito temporal do fluxo tensionado é a organização da disciplina e, portanto, dos modos de trabalhar, num fluxo contínuo de todas as atividades. Outra característica do fluxo tensionado é a de mobilizar todos os empregados pela "naturalização dos constrangimentos". Tais constrangimentos parecem 'neutros' ao homem, os quais são, portanto, passíveis de 'respeito'.

O controle não é mais apenas sobre o trabalho, mas sobre a lealdade do empregados, assegurando que os mesmos dirijam suas capacidades e mobilizem suas potencialidades para os objetivos da empresa, que são raramente negociáveis. Este é também o motivo de somente a empresa poder avaliar as competências. Avaliar a lealdade, no modelo da competência, é medir a conformidade à norma social, construída pelo grupo de trabalho e exigida pelo próprio grupo e pela direção,

⁸ O toyotismo (ou 'ohnismo', de Ohno, engenheiro da Toyota que o criou, ou ainda 'modelo japonês'), segundo Antunes (1999, p. 54), é uma "via japonesa de expansão e consolidação do capitalismo monopolista industrial [e] é uma forma de organização do trabalho que nasce na Toyota no pós-45". Para Antunes (1999), o toyotismo caracteriza-se pela produção vinculada a demandas individualizadas e variadas do mercado consumidor, pelo trabalho em equipe que exige multifuncionalidade do trabalhador (que agora pode operar várias máquinas ao mesmo tempo), pelo *just-in-time* (melhor aproveitamento possível do tempo de produção), pelo *Kanban* (sistema de placas ou senhas que comanda a demanda de reposição de estoque), pelos Círculos de Controle de Qualidade (grupos de trabalhadores – *team work* - que são instigados a discutir seu trabalho e desempenho, constituindo-se como importante meio de controle sobre os trabalhadores), dentre outras características. O *team work* do toyotismo intensificou a exploração do trabalho, mesmo que dentro de um mesmo tempo de trabalho, ou mesmo quando este se reduzia. A estratégia, portanto, era a produzir intensamente com um número cada vez menor de trabalhadores, que tinham todo seu tempo dedicado à produção.

para manter tensionado o fluxo. Neste modelo constata-se o deslocamento das possibilidades de resistência e apropriação dos espaços da autonomia e dos jogos sociais, que tornam aceitáveis até as condições mais difíceis de trabalho. Entretanto, segundo Durand (2003), o que leva os indivíduos a adotar comportamentos leais com as direções é o que ele chama de implicação constrangida - conceito elaborado a partir da experiência japonesa, onde os empregados não têm escolha, devendo engajar-se nos objetivos empresariais para permanecer na empresa.

1.3 Saúde do Trabalhador e Produção de Saúde

A Saúde do Trabalhador é um campo de conhecimento que envolve diferentes disciplinas e que propõe intervenções nos locais de trabalho, orientadas para a vigilância e a transformação das condições e contextos de trabalho considerados nocivos à saúde dos trabalhadores (NARDI, 1999).

Este campo emergiu no Brasil em um processo de luta pela abertura política, durante a década de 80, tendo sido resultado de um movimento de oposição à medicina do trabalho (DIAS, 1994). Caracteriza-se por conceber o trabalhador como sujeito conhecedor de seu trabalho e ativo no processo saúde-doença, entendido como multicausal.

A Saúde do Trabalhador foi impulsionada no Brasil quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1986), de forma que seu discurso se consolidou na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990 (8080/90), estando, ainda, em processo de implantação. Preconiza os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)

brasileiro, quais sejam: integralidade, a universalidade, a equidade na atenção à saúde e o controle social dos serviços. É no contexto do SUS que se produzirá a discussão sobre a saúde do trabalhador.

O campo da Saúde do Trabalhador na década do 80, no Brasil, foi produzido através de um percurso onde a construção das práticas e saberes sobre as implicações do trabalho na saúde dos trabalhadores foi marcada pela diversidade de concepções de saúde e de trabalho.

Os primeiros estudos e pesquisas sobre saúde e trabalho focalizaram a patologia mental (ênfase na doença), sendo típico do modelo médico preponderante. Este modelo se expressava por meio da Medicina do Trabalho, a qual assegurava a assistência controlada aos pobres, garantindo sua saúde e, por sua vez, a sua força de trabalho. Deste modo, ao garantir a saúde física "dos pobres" também assegurava a "saúde" financeira e política das classes ricas (FOUCAULT, 2003a). A assistência ao trabalhador consolidou-se através da ênfase na doença produzida como unicausal e desvinculada do processo social e histórico, destacando a perspectiva classificatória, a culpabilização moral do trabalhador pelo seu adoecimento e sua visão como sujeito 'passivo' diante do trabalho, da saúde e da doença. A Medicina do Trabalho, historicamente alinhada aos interesses do capital, tornou a figura do médico central, pois este passou a ser fundamental para a seleção e adaptação das pessoas ao trabalho. Garantindo a produtividade, buscou tornar viável a sobrevivência dos trabalhadores, frente ao processo desumano de produção a que foram submetidos desde a consolidação do capitalismo (MENDES; DIAS, 1991), entretanto sem conseguí-lo. A estreita ligação com a industrialização foi marcada pelo estabelecimento do médico dentro dos locais de trabalho também como estratégia de controle da força de trabalho. Um exemplo desta ligação é o

estímulo que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) repassa aos Estados membros para que formem médicos do trabalho, já em 1953 (MENDES; DIAS, 1991).

No processo de construção deste espaço da saúde no contexto de trabalho, coloca-se, também, a noção de Saúde Ocupacional, a qual, utiliza-se da intervenção ambiental na concepção de controle de risco e avaliação dos 'limites de tolerância' às pressões, riscos e situações de trabalho. A partir da colaboração de outras disciplinas, busca a resolução dos problemas de saúde dos trabalhadores e dos custos gerados por esses problemas. A equipe de saúde é tomada como multi e interdisciplinar, entretanto a intervenção profissional permanece nas mesmas bases da medicina do trabalho, fundamentada na saber científico e na técnica, em detrimento da experiência dos trabalhadores.

A perspectiva da Saúde do Trabalhador surge através de movimentos em nível mundial por melhores condições de trabalho, direitos dos trabalhadores, novas políticas sociais e reivindicação de participação popular nas definições sociais sobre saúde e segurança. Esta perspectiva parte da concepção histórico-social do processo saúde-doença, integrando as experiências dos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho. Também toma estas experiências como estratégia para problematização das possibilidades de saúde-adoecimento no trabalho, objetivando produzir diferentes práticas de atenção à saúde dos trabalhadores (NARDI, 1999).

Dentre os novos pensares da Saúde do Trabalhador, destacam-se aqueles fundamentados nas contribuições de Canguilhem (2002, p. 149), a partir da problematização dos conceitos de normal/anormal e saúde/doença, para além da idéia de saúde como ausência de patologia. O autor define que a "doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida" e ser

normal é a possibilidade de ser normativo em diferentes situações. Assim, ser saudável é ser capaz de sobrepor-se à norma que define a normalidade em um momento, instituindo novas normas para novas situações.

A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. [...] Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história. A vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação com um meio em que há fugaz, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas (CANGUILHEM, 2002, p.159-160).

Essa re-significação de saúde e as novas concepções a partir dela passaram a ter expressão nos mais diferentes âmbitos, inclusive nas concepções sobre saúde/doença mental e suas relações com o trabalho.

A discussão sobre saúde mental e trabalho, segundo Tittoni (2002), desenvolve-se com diferentes perspectivas, implicando desde as políticas de gestão, até a saúde do trabalhador propriamente dita. As primeiras ligam-se aos estudos sobre motivação e satisfação no trabalho e fazem referência ao trabalho como fator desencadeante dos distúrbios psíquicos. Para Selligman (in TITTONI, 2002), a concepção dos distúrbios psíquicos, ainda que leve o trabalho em consideração, permanece associada, principalmente, aos fatores genéticos e/ou relacionais, tendo o âmbito da família como o lócus privilegiado de análise. Para Tittoni, a abordagem sobre a saúde mental ligada ao trabalho propõe, diferentemente, a compreensão do trabalho na produção do adoecimento e da saúde mental dos trabalhadores. Assim, saúde é uma “possibilidade de vida, do uso do corpo e da autonomia para se refletir, problematizar e decidir sobre o trabalho e a vida” (TITTONI, 2004, p.67) e os estudos sobre saúde mental e trabalho, partindo desta concepção, envolvem a discussão sobre a produção da subjetividade. Desta forma, ampliam as análises

vinculadas ao diagnóstico dos sintomas de origem 'psi' ligados às situações de trabalho, para compreender as situações de adoecimento, as representações dos trabalhadores e suas experiências no cotidiano de trabalho (TITTONI, 2002).

Nos estudos voltados à subjetividade e trabalho, a “relação entre subjetividade e trabalho remete à análise da maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho” (NARDI, TITTONI, BERNARDES, 2002). Neste contexto, a subjetividade é abordada como “um conceito operativo, uma categoria analítica que permite a compreensão da dinâmica e da estrutura social a partir da indissociabilidade do individual e do coletivo” (NARDI, 2003, p.21), que remete à idéia de sujeito. O autor aponta o sujeito como um “substantivo que dá suporte aos aspectos observáveis da existência, ou seja, refere-se àquilo que está por trás das aparências fenomenológicas e que caracteriza o ser humano” (id., ibid., ibid.).

Para Nardi, Tittoni e Bernardes (2002, p. 304), pensar a subjetividade e o trabalho implica em pensar como os modos de trabalhar e as experiências no trabalho “conformam modos de agir, pensar, sentir e trabalhar amarrados em dados momentos - mais ou menos duráveis - que evocam a conexão entre diferentes elementos, valores, necessidades e projetos”. Estes caminhos levam à conformação, também, de diferentes possibilidades de invenção e criação de múltiplos modos de trabalhar, “na forma de transgressões ou mesmo de resistências e potências na conexão dos diversos elementos e dos modos de produzir e trabalhar” (ibid., ibid, p. 304). A análise do cotidiano, como tema dos estudos sobre subjetividade e trabalho mostra que no trabalho estão interseccionadas dimensões da cultura e da vida “fora” do âmbito do trabalho e elementos da organização do trabalho. Nesta concepção, a saúde é concebida como

Um processo em que a determinação e a insubordinação jogam jogos de poder, produzindo agenciamentos que ora indicam possibilidades de invenção, ora podem amarrar, coagir, interditar. Os modos de se viverem esses jogos, de se agenciarem modos de vida nesses processos de luta, nos indicarão os modos de subjetivação, que definem, neste momento, uma importante questão para a produção em saúde mental e trabalho. (...) A análise dos modos de subjetivação informa-nos sobre os modos de como se faz a experiência do ser trabalhador nos jogos de verdade. Neste caso, sobretudo, naqueles jogos que definem o que são a saúde e a doença relacionadas ao trabalho. (...) A saúde mental, pode, então, ser definida como a possibilidade de se criarem modos de trabalhar que transgridam as situações causadoras de sofrimento, reinventando-se, assim, o próprio trabalho. (TITTONI, p. 76, 2004)

Neste contexto, o reconhecimento dos trabalhadores como sujeitos capazes de produzir novas alternativas de vida frente às situações potencialmente nocivas de trabalho é fundamental para compreender a idéia de produção de saúde. É a reinvenção da vida como objeto da saúde.

1.4 Subjetivação e Música

Foucault (1995a, p. 231) afirma que o sujeito constituiu o tema geral de seus estudos. Seu objetivo “foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos”. Tais modos implicam três modos de objetivação: o sujeito como objeto do conhecimento; as práticas divisoras; e o modo pelo qual o ser humano se reconhece como sujeito. Daí que a palavra ‘sujeito’ para Foucault tem dois significados: sujeito a alguém pelo controle e pela dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Efeitos de poder que produzem um sujeito ‘a’.

Foucault (1999a, p.364) define os modos de subjetivação como os modos que determinam “o que deve ser o sujeito, a que condições está submetido, que estatuto deve ter, que posição há de ocupar no real e no imaginário, para chegar a ser sujeito

legítimo de tal ou qual tipo de conhecimento”. Da mesma forma, determina-se, ao mesmo tempo, as condições em que algo se torna objeto para um conhecimento possível, como foi possível ser problematizado, como foi submetido e quais de suas partes fora consideradas pertinentes. A subjetividade (FOUCAULT, 1999a, p.365), portanto, é definida como “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade em que tem relação consigo”, enquanto os jogos de verdade podem ser compreendidos como as regras que definem o que será considerado verdadeiro ou falso. Isto é o que o autor define como ‘regime de verdade’, ou ‘política de verdade’ de cada sociedade, ou seja,

os tipos de discurso que ela [sociedade] acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 2003b, p.12).

Nestes regimes, alguns discursos se legitimam e se consolidam, ordenando os modos de ser e viver, nos seus diversos âmbitos. Estas regras se estabelecem pelos efeitos de poder produzidos pelos jogos entre discursos, onde “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 2003c, p. 10) Os discursos, para o autor, são acontecimentos⁹ discursivos, os quais são homogêneos, entretanto descontínuos. Resumidamente, pode-se compreender os discursos como séries regulares e distintas de acontecimentos, que “são ditos, permanecem ditos e estão ainda por dizer” (FOUCAULT, 2003c, p. 22), e estão estreitamente ligados à verdade e, assim como ela, são produção.

⁹ Acontecimento entendido como algo no campo da materialidade, onde ele se efetiva e produz efeito; “possui seu lugar e consiste na relação, coexistência, dispersão, recorte, acumulação, seleção de

Para estar no território daquilo que é verdadeiro é necessário dizer aquilo que é tomado com verdade em um dado momento e contexto. Esta é uma relação explícita de saber/poder, onde somente é possível ser agente de um discurso ‘verdadeiro’ se o indivíduo ocupa um lugar reconhecido como válido e, enquanto dentro das regras da política de verdade, ou seja, encontra-se no domínio de uma disciplina. Para Foucault (2003c p. 36), “a disciplina é um princípio de controle da produção do discurso”.

O poder¹⁰ é compreendido na forma das relações de poder, que são um modo de ação sobre a ação de outros, numa relação entre indivíduos ou grupos, onde uns exercem poder sobre outros. As relações de poder somente podem ser exercidas quando entre ‘sujeitos livres’ e ativos - “sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer” (FOUCAULT, 1995a, p.244) - capazes de exercer resistência. A liberdade é

condição de existência do poder (ao mesmo tempo sua precondição, uma vez que é necessário que haja liberdade para que o poder se exerça, e também seu suporte permanente, uma vez que se ela se abstraísse inteiramente do poder que sobre ela se exerce, por isso mesmo desapareceria (...). A relação de poder e a insubmissão da liberdade não podem ser separadas. (...) no centro da relação de poder, ‘provocando-a’ incessantemente, encontra-se a recalcitrância do querer e a intransigência da liberdade” (id., ibid., p. 244)

Pois, se é verdade que no centro das relações de poder e como condição permanente de sua existência, há uma ‘insubmissão’ e liberdades essencialmente renitentes, não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga, sem inversão eventual; toda relação de poder implica, então, pelo menos de modo virtual, uma estratégia de luta, sem que para

elementos materiais; não é o ato nem a propriedade de um corpo; produz-se como efeito de e em uma dispersão material” (FOUCAULT, 2003b, p. 58).

¹⁰ “O exercício do poder não é simplesmente uma relação entre ‘parceiros’ individuais ou coletivos; é um modo de ação de alguns sobre outros. O que quer dizer, certamente, que não há algo como o ‘poder’ ou ‘do poder’ que existiria globalmente, maciçamente em estado difuso, concentrado ou distribuído: só há poder exercido por ‘uns’ sobre os ‘outros’; o poder só existe enquanto em ato, mesmo que, é claro, se inscreva num campo de possibilidade esparsa que se apóia sobre estruturas permanentes” (FOUCAULT, 1995a, p.242).

tanto venham a se superpor, a perder sua especificidade e finalmente a se confundir (ibid., ibid, p. 248).

A liberdade tem função importante no pensamento foucaultiano e está estreitamente ligada à ética. A ética em Foucault é compreendida como a prática reflexiva da liberdade, e a liberdade, a condição ontológica da ética (FOUCAULT, 2004a). A ética é “(...) o tipo de relação que se deve ter consigo mesmo, *rappor à soi*, (...) e que determina a maneira pela qual o indivíduo deve se constituir a si mesmo como um sujeito moral de suas próprias ações” (FOUCAULT, 1995b, p.263). A moral, “é o comportamento efetivo das pessoas” (FOUCAULT, 1995b, p. 265). É na relação consigo, denominada ética, que as grandes mudanças da subjetivação ocorrem.

Dado que a liberdade é exercida por meio das práticas de liberdade¹¹, novas possibilidades de existência são buscadas, podendo constituir-se em uma nova relação consigo e, em última instância, uma nova forma de viver (NARDI, 2003). Essas possibilidades frente à existência estão diretamente relacionadas às práticas de si – exercício de si sobre si -, as quais, por sua vez, são executadas a partir das tecnologias de si. As tecnologias de si são

os procedimentos, existentes sem dúvida em qualquer civilização, que são propostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transforma-la em função de certo número de fins, e todo isto graças às relações de domínio de si sobre si mesmo ou do conhecimento de si por si mesmo. (FOUCAULT, 1999b, p.255)

As tecnologias de si, ao exercerem efeitos sobre a “(...) reflexão sobre os modos de vida, sobre as eleições de existência, sobre o modo de regular a própria

¹¹ Exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura elaborar, transformar e atingir formas aceitáveis e satisfatórias da existência ou da sociedade política definida pelo próprio povo, sociedade ou indivíduos (FOUCAULT, 2004a, p. 265) -

conduta” (id., ibid., p. 257), estão ligadas ao cuidado de si, entendido como experiência e também como a técnica que elabora e transforma esta experiência. Esta é experiência da subjetividade, visto que se refere às relações consigo, sua armação técnica, seus efeitos de saber, frente às relações com outros; “trata-se da formação de si através das técnicas de vida, e não da inibição mediante o proibido e da lei” (FOUCAULT, 1999b, p.257).

A possibilidade de construção de si mesmo e da própria vida, uma vez que não são dadas, têm, para Foucault, uma consequência prática: “temos que nos criar a nós mesmos como uma obra de arte” (FOUCAULT, 1995b, p. 262), inspirando-se na crença de que a ética pode ser suporte de existência e nas construções renascentistas de Burkhardt sobre uma estética da existência - o herói como sua própria obra de arte.

o que me surpreende é o fato que, em nossa sociedade, a arte tenha se transformado em algo relacionado apenas a objetos e não a indivíduos ou à vida; que a arte seja algo especializado ou feita por especialistas que são artistas. Entretanto, não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Por que deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, e não a nossa vida? (...) [entre os gregos] Era uma questão de fazer da vida um objeto para uma espécie de saber, uma técnica, uma arte. Temos apenas uma vaga lembrança da idéia em que nossa sociedade, do princípio da obra de arte, como ponto principal ao qual devemos aplicar os valores estéticos, é o si, a própria vida, a própria existência (Id., Ibid., p. 261-270).

A partir dessas construções foucaultianas, pode-se pensar música como uma produção social e histórica, que carrega marcas espaço-temporais, sendo um contexto, território ou produto sonoro estruturado, organizado, operado, situado e validado a partir de certas discursividades. Tais discursividades definem suas características estéticas e estão ligadas a efeitos – vivências e experiências - nos diferentes âmbitos da vida.

As discursividades que produzem a música possibilitam que diferentes jogos de verdade possam operar na agonística da vida cotidiana, para a produção de diferentes efeitos de poder. Efeitos estes, que podem produzir criação, libertação, mas também normatização, delimitação, entre outros, em possibilidades que vão muito além dos binarismos. As relações de poder e seus efeitos são fluxos de força nos modos de subjetivação, e a música integra-se nesses fluxos. Da mesma forma, liga-se às maneiras pela quais os sujeitos se relacionam consigo, se reconhecem como objeto de um saber possível e reforçam, transgridem ou modificam as práticas divisórias. Portanto, participa ativamente de como, em nossas sociedades, o sujeito se torna sujeito, numa perspectiva que rompe com a concepção naturalizante que separa indivíduo e coletividade.

Na música, como enfatiza Napolitano (2002, p. 32), estão presentes posições sociológicas, contradições políticas, econômicas, ideológicas e culturais que perpassam uma sociedade. Para o autor, o “documento artístico-cultural é (...) histórico (...), na medida em que é produto de uma mediação da experiência histórica subjetiva com as estruturas objetivas da esfera socioeconômica”. Esta posição não nega o nível da experiência estética subjetiva da música, entretanto a problematiza. Segundo Chanan (1999, *apud* NAPOLITANO, 2002, p.94), “‘subjetividade’ e ‘esfera pública’ não se auto-excluem e, na experiência musical, se construíram mutuamente”. Para Wisnik (2001, p.13):

a música fala ao mesmo tempo ao horizonte da sociedade e ao vértice subjetivo de cada um, sem se deixar reduzir às outras linguagens. (...) A música ensaia e antecipa aquelas transformações que estão se dando, que vão se dar, ou que deveriam se dar, na sociedade.

Como exemplo desse complexo engendramento de fatores que produzem a música e, portanto, fazem parte da experiência musical, podemos citar o trabalho de

Villa-Lobos durante os anos 30 (a partir de 32, incluindo o Estado Novo). Marcado pelo canto orfeônico de caráter ufanista nacionalista, o trabalho do compositor foi plenamente apoiado pelo governo de Getúlio Vargas. Segundo Squeff e Wisnik (1983, p.178), Villa-lobos arregimentava corais de professores e alunos em contextos cívicos que passaram a ter respaldo institucional progressivo, “integrados à estrutura escolar como prática cotidiana de civismo e ao aparato comemorativo das grandes datas nacionais, através de mobilização das massas”, vista a partir da óptica do povo “bom-rústico-ingênuo” (nas palavras dos autores) do nacionalismo musical.

Agitadora (...) e apaziguadora (...), a música é percebida como lugar estratégico na relação do Estado com as maiorias iletradas do país, *lugar a ser ocupado*¹² pelas concentrações corais, pela prática disciplinadora cívico-artística do orfeão escolar, pelo “samba da legitimidade” (que, desmentindo toda a sua tradição, exalta as virtudes do trabalho e não as da malandragem) (SQUEFF; WISNIK, 1983, p.135).

O ‘samba da legitimidade’ estava associado à apologia de uma moral ufanista-nacionalista-trabalhista do getulismo. Opunha-se à malandragem da música popular carioca (PEDRO, 1980 *apud* SQUEFF; WISNIK, 1983).

Outro exemplo foi a criação de uma espécie de frente musical ampla constituída pelos partidários do tropicalismo e da MPB após o AI-5 como parte do “complexo e contraditório clima de resistência cultural à ditadura”, já que a censura e a repressão eram inimigos comuns no movimento de repressão política que recaiu sobre eles (NAPOLITANO, 2002, p.69). “O alvo tanto podia ser as letras políticas e socialmente engajadas de Chico e Vandrê quanto as atitudes iconoclastas e a crítica comportamental de Caetano e Gil” (idem, *ibidem*, p.70), em um momento de reestruturação do mercado fonográfico brasileiro, onde havia um aprofundamento de sua segmentação, a qual definia, entre outras coisas, o lugar do artista no mercado.

A produção musical brasileira moderna, fruto da cultura popular urbana, tem suas origens no encontro de classes e grupos culturais heterogêneos. Os pensamentos em torno dela se constituíram em uma esfera pública própria, com valores e expectativas, traduzindo processos permeados de tensões sociais, lutas culturais e clivagens históricas (NAPOLITANO, 2002), como denota a produção musical popular no Brasil, sobretudo pela canção: “termômetro, caleidoscópio e espelho não só das mudanças sociais, mas, sobretudo, das nossas sociabilidades e sensibilidades coletivas mais profundas” (id., *ibid.*, p.77).

Cantar [uma canção] é uma gestualidade oral, ao mesmo tempo contínua, articulada, tensa e natural, que exige permanente equilíbrio entre os elementos melódicos, lingüísticos, os parâmetros musicais e a entoação coloquial. O cancionista é um gesticulador com uma perícia intuitiva (...) um gesticulador que manobra sua oralidade, e cativa, melodicamente, a confiança do ouvinte (TATIT, 1996, p.09).

A canção brasileira, aqui compreendida como uma forma musical caracterizada pela presença inseparável entre letra e estrutura musical, na tradição do cancionista (compositor ou intérprete) popular, como a conhecemos hoje, é fruto do século XX. A música, sobretudo pela canção, é produzida pelos modos de ser e viver e também dos modos de trabalhar na sociedade.

Os modos de trabalhar podem ser visibilizados, por exemplo, nos cantos de trabalho. Para Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001, p.34), quando da passagem do nomadismo para a fixação na terra e a modificação dos processos econômico-sociais de trabalho, como reflexo da regularidade rítmica do trabalho, surgem “canções mais ou menos articuladas e entoadas em conjunto, aumentando a força coletiva e produtiva do homem”. Eles seguem afirmando que “a melodia rítmica e o ritmo socializado, seriam, então, intensificadores do trabalho, sustentando a

¹² Grifo dos autores.

igualdade e regularidade dos gestos, funcionando como incitador tornando assim o trabalho mais leve e mais ativo¹³”. Os autores exemplificam com o costume dos Gujads, um povo do Himalaia, onde as camponesas, enquanto carregam pesados fardos de trigo, cantam em seu dialeto “...o trabalho não é tão pesado assim...” (idem, p.34), o que pode ser visibilizado como efeitos dos modos de subjetivação produzidos nesse contexto. Além disso, a ênfase nos efeitos motores da música ligada ao trabalho pode ser associado a uma concepção utilitarista da música, o que pode se tornar um reducionismo temeroso, dada a riqueza dos cantos de trabalho e das possibilidades da própria música.

A vida contemporânea é prolífica nos usos utilitaristas da música e das artes em geral, que, mais do que representarem possibilidades, representam, na contemporaneidade, uma acentuada inclinação para o funcionalismo reducionista, como ‘música para relaxar’, ‘música para acalmar’ ou os conhecidos usos de música na educação, como exemplifica Fuks (1991 *apud* SANTOSb, 2004, p. 130). Em pesquisa realizada em seis escolas de formação de magistério de ensino fundamental (escola normal) no Rio de Janeiro, descreveu três manifestações musicais que globalizam o fazer musical da escola normal: aulas de música, datas comemorativas e *musiquinhas de comando*¹⁴. Para a autora, as aulas de música eram raras, sendo ministradas por professores especializados; nas datas comemorativas, a música torna-se recurso para as festas; e as ‘musiquinhas de comando’ são entendidas como tendo a finalidade de “disfarçar o poder da instituição, já que cantando ela [a professora] não se sente mandando” (id., *ibid.*, *ibid.*). Outro exemplo de utilitarismo é a utilização das artes em geral, tanto nas

¹³ Os autores referem que estes são “dados colhido de um documentário sobre a cultura africana (TVE)” (p.34).

¹⁴ Grifo da autora.

escolas quanto no trabalho, como meio de alcançar competências frente à criatividade, já que este é um atributo valorizado no perfil do trabalhador. Estratégias muito conhecidas nos territórios onde há hegemonia do modelo da competência e das novas formas de gestão. Dessa maneira redescobriu-se nas artes seu potencial criativo, mas de maneira utilitária (FARACO, 2002, *apud* SANTOS, 2004b), redefinindo o papel transgressor da criatividade, ou, de outro modo, capturando a criatividade como uma estratégia a favor do Capital. Este parece ser um panorama comum dentro das novas técnicas de gerenciamento.

Entretanto, bem mais do que utilitarismos, a música¹⁵ faz parte da própria construção da subjetividade, como visibiliza sua análise a partir das pesquisas levadas a cabo por Foucault, a respeito do cuidado de si na Antigüidade Clássica – experiência e técnica que elabora e transforma a existência. O cuidado de si (*epimelesthai sauton*), tomado pela máxima délfica do conhece-te a ti mesmo (*gnothi sauton*) tem significado próprio, desvinculado das práticas cristãs (uma vez que esta concepção é anterior ao cristianismo), e refere-se às práticas exercidas pelo sujeito para sua própria constituição, as quais eram regulamentadas pelas regras de conduta social, pessoal e, por fim, para os gregos, para a arte da vida (FOUCAULT, 1990).

Foucault vincula a preocupação consigo mesmo com as atividades políticas, já que esta idéia está ligada à própria concepção de identidade; também porque no cuidado de si estava implicado o cuidado consigo e o cuidado com a cidade, o que transparece no *Alcebíades* de Platão. Só seria possível governar a *polis*, se antes fosse possível governar a si mesmo. Para os gregos, havia vários regramentos a serem seguidos na saúde, na educação, no trabalho, enfim, nas mais diversas

¹⁵ Tomada não apenas em seus recursos técnico-estruturais, mas nas suas potencialidades de vivências e experiências do cotidiano, do trabalho e da vida.

instâncias da vida. Foucault (1995b) afirma não procurar nos gregos uma alternativa para solucionar o cuidado de si, mas sim buscar uma genealogia destas problematizações. Nesta perspectiva, o cuidado de si da contemporaneidade é tomado como, *a priori*, uma produção, diferente daquela entre os gregos.

As reflexões de Platão sobre a música¹⁶ e o seu papel na educação dos gregos, apresentadas no Livro II de A República, falam de ginástica para o corpo e música para a alma, (elemento que têm se constituído como referência para as análises em educação musical, conforme SANTOS, 2004b). Elas já denotavam a música na construção da subjetividade. Santos versa sobre as especificidades platônicas da utilização da música entre os gregos, que discorriam largamente sobre como deveria ser a música, para que fosse adequada à ‘purificação’ da cidade e à educação. Platão busca nos poetas e artistas as possibilidades políticas da arte, daí que cabe estar atento quanto às influências dos artistas: “nunca se abalam os gêneros musicais sem abalar as mais altas leis da cidade” (PLATÃO, 1986 *apud* SANTOS, 2004b, p. 112).

Os controles, as práticas divisórias, o sujeito moral, os modos de sujeição e mesmo os modos de subjetivação são produções sempre interligadas aos regramentos postos a funcionar pelos regimes de verdade, os quais são feitos circular pelas discursividades. Todo esse conjunto de efeitos de poder podem ser encontrados na música, nas vivências e experiências com música e nos efeitos advindos dessas práticas e saberes. Não há maniqueísmo, uma vez que os efeitos de poder não são ruins ou bons em si, mas sempre produzem efeitos e são feitos funcionar para diferentes fins no bojo dos jogos de verdade e poder. Da mesma

¹⁶ Entre os gregos a música estava associada à poesia.

forma, as experiências e vivências com música, assim como a produção de sujeitos, já que ambas se constroem na trama social.

As vivências e experiências com música respondem às regras da moral, e outras regras, conectadas entre si (tal como as regras técnicas de estilo). Os sujeitos produzem música, mantendo, da mesma maneira, a negociação com essas regras, que são produzidas, reproduzidas, transgredidas, enfim, tratando dos diferentes âmbitos da vida. Daí tantas possibilidades com a música, como a própria produção de efeitos de transgressão, de liberdade, de criação, tomados nas práticas de construção do sujeito. Para Santos (2004b), a música é elemento cultural e constitutivo de identidade pessoal e social. Dentre as práticas possíveis estão aquelas que possibilitam a “construção de uma perspectiva mais solidária e menos individualista, a partir da própria experiência, sem necessidade de recorrer a longos discursos sobre o valor e a importância de tal ou qual atitude” (id., *ibid.*, p. 116). Estas práticas, apesar de veicularem discursos de outra maneira, veiculam o discurso musical, intrincado com suas próprias características. Também podem fazer surgir efeitos de poder não esperados, em movimentos disruptivos e libertários, ou mesmo mascarar a manutenção na forma de liberdades aparentes.

A música é ação sobre ação – à própria e à de outrem – e, ao final, ação sobre a existência, a vida, à capacidade de, fazendo (ouvir, tocar, cantar, ou mesmo enquanto imaginar-se fazendo) música, poder viver o desejado, desejar outro viver e acabar por ser diferente daquilo que se era. É produzir diferença, produzir outras experiências e vivências e mesmo promessa de ser, numa perspectiva que, indo ao vértice de cada coração, vai ao vértice das sociedades. Também aponta para uma refletividade constante, como uma prática ético-estético-política, que não se reduz às inspirações de um pensamento mágico e, no entanto, se alimenta das práticas e

saberes da margem. Na margem estão os prazeres, os encontros, os ritmos, os sons, as danças e os cantos do cotidiano e suas agonísticas, assim como a potência do prosaico que move o mundo. Prática ético-estético-política na concepção de Guattari (1992 *apud* ROCHA, AGUIAR, 2003, p. 67)

a Ética está referida ao exercício do pensamento que avalia situações e acontecimentos como potencializadores ou não de vida; a Estética traz a dimensão de criação, articulando os diferentes campos do pensamento, da ação e da sensibilidade; a política implica a responsabilização frente aos efeitos produzidos, ou seja, sobre os sentidos que vão ganhando forma através das ações individuais e coletivas.

Said (1992, p. 98), tratando das tensões presentes no preenchimento de um espaço social pela música, afirma que as relações entre música e sociedade não reduzem a música ao papel de reprodutora passiva e subordinada, mas como possibilidade de transgressão. Tal palavra é tomada na acepção de um “movimento de um domínio para o outro, o teste e o desafio dos limites, a mistura das heterogeneidades, ultrapassando as expectativas, proporcionando inimagináveis prazeres, descobertas, experiências”. Bayer (1999 *apud* SANTOS, 2004b), afirma que a música é elemento indispensável em uma proposta educacional voltada à formação estética dos cidadãos livres (o que nos remete ao cuidado de si e aos modos de subjetivação), seres humanos capazes de se apropriar do conhecimento acumulado na nossa época, dando prosseguimento criativo à autotransformação histórica da humanidade. Essa relação apontada pela autora frente à educação, pode ser pensada do ponto de vista da saúde, considerando a perspectiva da produção da saúde ligada à autonomia e à invenção da própria existência.

O percurso teórico traçado até o momento tem como referência as noções de trabalho, música e subjetividade analisados desde a perspectiva da saúde como possibilidade de produção e invenção da vida e dos modos de existir. Desta forma,

parte-se da ruptura com uma concepção da saúde como dicotomia saúde-doença. Nele também estão presentes rupturas com compreensões acerca da Musicoterapia desde perspectivas funcionalistas, essencialistas, privatistas e 'apolíticas', buscando-se desnaturalizá-la e analisá-la desde a noção de um sujeito que se constrói na trama social. Estas construções, conjugadas com as discussões propostas por Foucault sobre o poder, os jogos de verdade e os modos de subjetivação serão o esteio das proposições feitas nos caminhos de pesquisa.

*Quem é essa mulher
Que canta sempre esse estribilho?
Só queria embalar meu filho
Que mora na escuridão do mar*

*Quem é essa mulher
Que canta sempre esse lamento?
Só queria lembrar o tormento
Que fez meu filho suspirar*

*Quem é essa mulher
Que canta sempre o mesmo arranjo?
Só queria agasalhar meu anjo
E deixar seu corpo descansar*

*Quem é essa mulher
Que canta como dobra um sino?
Queria cantar por meu menino
Que ele já não pode mais cantar.¹⁷*

2. CAMINHOS DA PESQUISA

¹⁷ 'Angélica', de Chico Buarque e Miltoninho [Faixa 1 do CD]

Este estudo foi delineado como uma pesquisa-intervenção (AGUIAR; ROCHA, 2003), tendo também caráter exploratório-descritivo ao analisar as relações entre Musicoterapia e produção de saúde entre os trabalhadores. Este estudo foi realizado com um grupo de técnicos em enfermagem, de uma unidade fechada de um hospital geral público, na cidade de Porto Alegre.

Os caminhos produzidos foram modificados pela pluralidade metodológica desenvolvida a partir da perspectiva da pesquisa-intervenção. Esta pluralidade possibilitou o mapeamento dos tensionamentos encontrados no campo e desenvolvimento de estratégias de intervenção a partir deles.

Na perspectiva da pesquisa-intervenção (AGUIAR, ROCHA, 2003), a subjetividade, o campo e a própria pesquisa são constituídos sócio-histórico-politicamente, assim como são complexos e heterogêneos. Segundo esta perspectiva, o pesquisador, por estar incluído no processo investigativo dentro do próprio campo, tem implicações que devem ser analisadas e que modificam o objeto estudado. Não tem referência, portanto, nos pressupostos de neutralidade e objetividade e acentua “o vínculo entre gênese teórica e social, assim como a produção concomitante do sujeito e do objeto” (idem, ibidem, p. 67), em uma prática que desnaturaliza os acontecimentos e os analisa com base em analisadores¹⁸.

a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa, sendo uma produção do grupo envolvido. Pesquisa é, assim, ação, construção, transformação coletiva (...). Não há, portanto, o que ser revelado, descoberto ou interpretado, mas criado (AGUIAR, ROCHA, 2003, p. 72) .

A pesquisa-intervenção pauta-se na relativização da perspectiva da verdade como uma, objetiva, neutra, totalitária. Esta perspectiva reconhece o ato político que

toda investigação constitui, reconhecendo-se, também, o vínculo entre gênese teórica e social dos conceitos. Suas profundas raízes no institucionalismo francês e latino-americano, serão constituídas e afirmadas a partir de uma prática ético-estético-política, que propõe uma atuação transformadora da realidade sócio-política. Também propõe intervenções micropolíticas na experiência social e toma como pressuposto a fórmula ‘transformar para conhecer’ (COIMBRA, 1995 *apud* ROCHA, AGUIAR, 2003), ao invés do tradicional ‘conhecer para transformar’. Dessa maneira, opõe-se às idéias de que há algo a ser revelado, descoberto ou interpretado, mas sim, criado. A postura científica é o que poderíamos chamar de ideológica, sendo concebida como parte do problema, ao invés de sua solução.

A pesquisa-intervenção toma como condição da produção da pesquisa e da produção de conhecimento, a interferência na relação sujeito/objeto. Para tanto, a análise de implicação do pesquisador é objeto de estudo na pesquisa.

Ele inclui uma análise do sistema de lugares ocupados ou que se busca ocupar ou ainda do que lhe é designado, pelo coletivo, a ocupar e os riscos decorrentes do caminho de construção. (...) afirma a recusa da neutralidade (...) procurando romper com as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido. A intervenção evidencia que pesquisador/pesquisado, ou seja, sujeito/objeto fazem parte do mesmo processo (id., *ibid.*, p.72).

Seu embasamento teórico encontra-se na perspectiva da subjetividade como efeito de múltiplas determinações em tensão, dessa forma, os discursos não são falsos ou verdadeiros, nem representam a realidade. Eles constituem as realidades, as condições concretas dos sujeitos e seu cotidiano. Os grupo, nesta abordagem, são considerados como “dispositivos de afirmação de outros modos de subjetivação, realidades abordadas micro e macropoliticamente” (id., *ibid.*, p. 68).

¹⁸ Para Barembliitt (1992), analisador é um dispositivo que propicia a explicitação dos conflitos e sua resolução, pela manifestação do jogo de forças, desejos, fantasmas e interesses dos segmentos

A pesquisa-intervenção propõe a “produção de utopias ativas, onde a constituição da autonomia se dá pela sempre limitada mas infinita questão relativa à potencialidade da vida” (ROCHA, AGUIAR, 2003, p. 69). Aí estão o devir, o imprevisível, a virtualidade, a criação, o cotidiano e as metodologias coletivas como estratégia de fragilização das hierarquias e especialismos. Da mesma forma, propõe-se o deslocamento das análises de um patamar psicologizante, para outro, micropolítico. Por fim, a pesquisa-intervenção,

Como prática desnaturalizadora, o que inclui a própria instituição da análise e da pesquisa, as estratégias de intervenção terão como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas (idem, p.71).

O campo de pesquisa delineou-se como uma opção política: trabalhar com uma das categorias mais desfavorecidas nos jogos de poder da hierarquia de um hospital geral público. Assim partiu-se da escolha da população-alvo, a saber, as auxiliares de enfermagem.

O hospital em que foi realizada esta pesquisa tornou-se a opção dessa empreitada devido aos contatos do grupo de pesquisa, que oportunizaram conhecer uma das unidades de terapia intensiva (UTI) infantil como possibilidade de campo de pesquisa. Nesta unidade havia um histórico de interesse em experiências com diferentes atividades expressivas, tal como biodança e artesanato.

O primeiro passo no campo foi através do contato com a chefia da unidade em questão, a fim de propor o desenvolvimento desta pesquisa na unidade. As chefias contatadas foram receptivas à proposta de pesquisa. Visto que a equipe de

enfermagem desta unidade fechada¹⁹ é composta pelas enfermeiras e técnicas em enfermagem²⁰, esta última tornou-se a população proposta no estudo. Entre o período de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital e as combinações referentes à operacionalidade da pesquisa com a chefia da unidade houve um processo de trocas de chefia na instituição, que acarretaram um novo panorama nos objetivos de gestão e na dinâmica da unidade.

No contato com a nova chefia houve a exposição da proposta de pesquisa. Neste contato, a chefia expôs alguns de seus objetivos de trabalho naquele momento, os quais envolviam a preocupação de impedir que os trabalhadores vendessem produtos na unidade (entre eles) e parassem de se afastar do trabalho, uma vez que muitos ‘gostavam de se afastar’. A chefia considerava que a unidade estava passando por um momento difícil, onde havia muitos afastamentos de trabalhadores por adoecimento. Portanto, impunha que uma das condições para a execução da pesquisa era a de que a pesquisadora não conversasse com os trabalhadores e propunha que as observações fossem feitas a partir de um local determinado. Apesar dos impedimentos que propunha, a chefia afirmava ver na pesquisa uma possibilidade de modificar o quadro de adoecimentos e afastamentos atual.

A imposição da não comunicação com os trabalhadores visibilizava um contexto de pressões produzidas, possivelmente, pela entrada de uma nova chefia e a potencialidade da pesquisa trazer à tona questões que interligassem o sofrimento e o grande número de afastamentos por adoecimento na unidade aos modos de gestão do trabalho. Entretanto, o potencial de busca e aposta em possibilidades de

¹⁹ Este é uma unidade fechada por ser considerada área crítica pelo potencial de gravidade dos pacientes. Dessa maneira, não tem em seu quadro auxiliares de enfermagem, carreira em extinção atualmente.

saúde para esses trabalhadores relatados por essas chefias conscientes de que o trabalho no hospital provoca sofrimento, pareceram ter vencido as ameaças. O interesse das chefias na pesquisa expressava a vontade de diminuir o sofrimento ligado ao trabalho, que era reconhecido por todos, e também, entorno de uma expectativa e de um lugar de onde era tomada a pesquisa: como uma possibilidade de diminuição das tensões e de relaxamento. As demandas referiam-se às preocupações e ao reconhecimento de que havia fatores importantes que estavam gerando adoecimento, sofrimento e afastamento dos trabalhadores, apesar destes fatores serem incógnitas. Esta é uma das unidades conhecidas como 'Carandirú' neste hospital, em razão das condições sócio-econômicas das pessoas atendidas, conforme um profissional não pertencente à unidade.

A impossibilidade de conversar com os trabalhadores durante as observações fez com que fossem produzidas diferentes estratégias para obter esse contato, produzindo 'desvios' e flexibilizações dos muitos movimentos feitos pela chefia no sentido de normatizar e controlar esse contato. Cabe ressaltar que a dinâmica hospitalar é comumente caracterizada pelo controle. Foi proposta uma articulação de diferentes lugares e horários para conversar com os trabalhadores, o que não foi produtivo devido à rígida organização de horários dos turnos de trabalho e o controle sobre a entrada e a saída, inclusive para impedimento de horas extras. Outra estratégia frente ao impedimento foi conversar com a própria chefia. De qualquer modo, a estratégia mais eficaz foi estar dentro da unidade convivendo com os trabalhadores e com as chefias. O cotidiano produziu o objetivo: tomar contato com o cotidiano da unidade, especificamente com as trabalhadoras técnicas em

²⁰ Como nesta unidade há apenas um homem técnico em enfermagem, a categoria será referida no feminino: 'as técnicas' em enfermagem.

enfermagem, conversar com essas pessoas sobre seu trabalho, conhecer sobre suas atividades e convidar as técnicas em enfermagem a participarem da pesquisa.

As observações foram estratégicas para o delineamento das linhas de força nas relações de poder estabelecidas na unidade e no próprio hospital e os lugares de cristalização dessas relações de poder.

2.1 Paisagens de uma UTI: o trabalho

A Unidade de Terapia Intensiva infantil em questão é composta por duas grandes salas, denominadas Área 1 e Área 2. A Área 1 é um complexo formado por um conjunto de boxes individuais, dispostos em cada lado de um curto e largo corredor. Este corredor bifurca-se, tendo a uma direção, o posto de enfermagem, a recepção, o expurgo, o acesso à Área 2 e uma via de acesso à unidade que deve ser usada apenas pelo pessoal do hospital. Na outra direção do corredor estão a sala de materiais, o 'round'²¹, a sala dos médicos, a sala de lanches, o banheiro, e a via de acesso dos familiares à unidade. A Área 2 é uma sala única que abriga oito leitos, sendo cada quatro leitos colocados nas extremidades laterais da sala e voltados ao posto de enfermagem, localizado no centro da sala. Esta sala pode ser observada da Área 1.

A sala de lanches é a única sala de descanso para a equipe de enfermagem, apesar de ser composta por dois ambientes diminutos, onde as trabalhadoras ficam sentadas em poucas cadeiras dispostas lado-a-lado. Esta é também a única sala em que é possível encontrar silêncio ou, pelo menos, pouco ruído, em relação ao nível

²¹ Nome da sala em que costumam ser discutidos os casos atendidos e que parece ser utilizada como sala de descanso e convivência para os médicos. 'Round' também denomina a própria discussão.

de ruído encontrado nas demais salas. O ambiente sonoro das duas salas é bastante diferente, visto que a Área 2 é uma grande sala que concentra todos os equipamentos e pessoas (o que gera apenas um contexto sonoro), enquanto a Área 1 tem diferentes sonoridades por possuir diferentes ambientes.

A paisagem sonora²² da unidade é caracterizada por um conjunto de sons composto por conversas, choros, sons decorrentes do movimento de pessoas, televisão, equipamentos e pela presença marcante dos sons das máquinas, os quais são constantemente denominados pelos trabalhadores como 'barulho'. Este grande conjunto de sons forma um ruído constante, onde ora se distinguem um ou outro dos elementos, entre os muitos 'barulhos' da aparelhagem. O ruído dentro desta unidade é um elemento importante do cotidiano. Parte da aparelhagem produz sons de altura determinada (sons com frequência determinada, que são compreendidos como não ruído, como uma nota musical) e sons de altura não determinada (que são compreendidos, normalmente, como ruído ou barulho).

O ruído, por si só, não é um elemento negativo ou positivo. A vida é repleta de ruídos, que são costumeiramente limitados pela audição dada sua característica seletiva. Por este motivo, não são lembrados ou localizados. O ruído será algo mais, ou menos, audível somente quando dentro de um determinado contexto espaço-temporal, daí que para Schafer (1991, p.68), 'ruído é o som indesejável', mais do que um som de altura não determinada. A música é rica na mistura de sons

²² Paisagem Sonora [Faixas: 2 a 11 do CD]: conceito cunhado pelo compositor canadense Murray Schafer (anos 60), como parte do *Word Soudscape Project*, movimento que se propunha analisar o ambiente acústico como um todo. *Soudscape* é um neologismo palavra *landscape* (paisagem) e significa o ambiente sonoro, ou seja, "tecnicamente, qualquer porção do ambiente sonoro vista como um campo de estudos" (SCHAFER *apud* TOFFOLO *et all*, 2003). Segundo Toffolo *et all* (2003, p. 3), "inicialmente o *Word Soundscape Project* (WSP) tinha como preocupação analisar o ambiente acústico à sua volta e realizar um mapa sonoro das regiões estudadas (geralmente o próprio Canadá) criando um catálogo dos sons característicos de cada região. Decorrência direta desse estudo foi a preocupação com as mudanças que estavam acontecendo nos ambientes acústicos gerados pela industrialização das sociedades, e a correspondente inserção do som contínuo ou repetitivo (sons

‘musicais’ com ruídos e silêncios, sem que estes últimos sejam, na maioria das vezes, tomados como desagradáveis.

A paisagem sonora da UTI é caracterizada pela existência do ruído, que, normalmente é referido como ‘barulho’, dado que são os sons das máquinas que costumam ser audibilizados²³ na dinâmica da unidade. O ‘barulho’ é constantemente referido pelas técnicas como desagradável, irritante e cansativo, apesar de necessário ao trabalho. A maior parte do ‘barulho’ é proveniente dos aparelhos dispostos na cabeceira dos pacientes, responsáveis pelo controle e/ou manutenção das funções vitais.

Tão contínua quanto os sons, é a movimentação das técnicas em enfermagem. A execução das tarefas é quase um *moto continuo* - um movimento perpétuo, marcadamente taylorista-fordista, na separação rígida entre concepção e execução das tarefas, no controle sobre as tarefas, entre outros, como analisa Osório da Silva (2002), acrescidos aos requintes do fluxo tensionado e do modelo da competência.

As atividades relacionadas ao cuidado, tal como a da enfermagem, são atividades que demandam, além do cuidado (alimentação, higiene, administração de medicamentos aos pacientes, vigilância sobre o estado dos pacientes, entre outras atividades) a ocupação com as necessidades emocionais dos doentes e seus familiares (PITTA, 1999). Isto cobra esforços físicos e emocionais por parte do trabalhador, que precisa investir afetivamente no cuidado. Além do desgaste emocional advindo da tarefa de cuidar, a enfermagem hospitalar enfrenta reconhecidos agressores ligados à vida laboral como o trabalho em turnos, a hierarquia rígida, a presença de agentes patogênicos no espaço laboral, a

com características tipo-morfológicas estáveis) na paisagem sonora desses ambientes, sons produzidos pelos maquinários da era industrial, e que não são encontrados na natureza”.

convivência com a morte dos doentes e a desqualificação social comumente atribuída às tarefas de cuidar, alimentar e limpar. Estas tarefas estão, notoriamente, associadas ao feminino, numa carreira que concentra um grande número de mulheres. A articulação entre cuidado e gênero feminino traduzem, segundo Lopes e Leal (2005), as ligações que existem entre gênero, classe e poder, numa dupla conjunção entre sexo e classe. Estas ligações associam a enfermagem às ‘qualidades’ femininas, empíricas, portanto, menos ‘científicas’. Estes aspectos visibilizam a ‘invisibilidade’ de gênero que, além das demais contingências, atinge a enfermagem sobretudo nas categorias subalternas na hierarquia como, no caso, as técnicas em enfermagem. Neste caso, produz-se contextos de trabalho que se caracterizam pelos baixos salários e pela afirmação dessas categorias como lugares de ‘não saber’. Nesse contexto Lopes e Leal (2005, p. 109-110) afirmam que

retomando aspectos sociohistóricos, a enfermagem nasce como um serviço organizado pela instituição das ordens sacras. Coexiste com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher. É a condenação desses saberes, especialmente para o controle social e religioso da sexualidade e da reprodução, que impõe questionamentos a sua legitimidade e mudanças no seu livre exercício. A marca das ordens religiosas impõe à enfermagem, por longo período, seu exercício institucional exclusivo e ou majoritariamente feminino e caritativo.

Esses elementos remontam à formação do hospital durante a idade clássica. Segundo Foucault (1987, p. 125), na idade clássica descobriu-se o corpo como “objeto e alvo do poder”: é esquadrihado, medido, analisado, submetido, útil, feito funcionar, explicado, treinado, acelerado, transformado e tornado hábil a ponto de seus gestos e comportamentos serem detalhadamente controlados e serem multiplicadas as suas forças. Eis o corpo docilizado, produto de um processo que,

²³ Em analogia a ‘visibilizados’.

através das mais finas e sutis tecnologias de adestramento, realiza o objetivo de controlar minuciosamente as operações do corpo, “que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação docilidade-utilidade” (p. 126). Foi o que Foucault (1987, p.127) denominou “anatomia política” e “mecânica do poder”, pois fez com que não apenas o controle sobre o corpo do outro fosse exercido, mas que suas operações, técnicas, rapidez e eficácia fossem controladas. As táticas para a produção destes corpos docilizados encontram-se numa “anatomia política dos detalhes” (idem, p.128), que fazem funcionar coerções eficazes sem grandeza, mas com um grande poder de difusão, de controle moral e político.

Para fazer funcionar a disciplina, a idade clássica desenvolveu estratégias de distribuição espacial dos indivíduos, que possibilitaram a localização imediata do indivíduo e sua vigilância constante. Era necessário encontrar cada indivíduo; comunicar-se ou impedir comunicações quando útil; vigiar, apreciar, sancionar, medir e qualificar os comportamentos: conhecer-se, dominar-se e utilizar-se dos corpos. A regulação e conformação do tempo apurou sobremaneira o controle: tempo dos corpos, das atividades, da produção. Procurou-se garantir a utilização e qualidade do tempo por meio de controle ininterrupto, fiscalização, anulação de toda possibilidade de distração ou perturbação.

No tempo disciplinar, o tempo deve ser medido e utilizado perfeitamente, sobretudo por ser um tempo pago. O corpo deve executar a tarefa com regularidade, com aplicação e exatidão. A cada tarefa caberá seu tempo de execução medido e cada ação será parcelada; a relação do corpo com o objeto, e portanto, com o próprio aparelho de produção econômica, deverá ser feito de maneira coercitiva, no estabelecimento de um ‘continuum’ temporal.

O tempo regula as tarefas (repetitivas, diferentes, graduadas e cumulativas) e sua execução. Regula também o pensamento, regula e qualifica o comportamento, regula as prescrições e seqüências sobre o aprendizado, sobre o trabalho, sobre o conhecimento, onde se estabelece o reinado do exercício. Produz-se um tempo linear, estável e evolutivo que perpassa todas as instâncias da vida. A re-invenção do tempo é também a invenção da história como uma história linear e evolutiva. O tempo deverá ainda ser objeto de ajustamento entre corpos, na forma de combinações de gestos e forças, necessários à produção.

nova maneira de gerir o tempo e torná-lo útil, por recorte segmentar, por seriação, por síntese e totalização. (...) Integração de uma dimensão temporal, unitária, cumulativa no exercício dos controles e na prática das dominações (FOUCAULT, 1987, p.145).

Para fazer funcionar a máquina disciplinar, foi necessário adestrar os indivíduos, para produzi-los de acordo com a conformação necessária. Isto foi garantido pelos instrumentos do poder disciplinar: o olhar e vigilância hierárquicos, a sanção normalizadora e sua combinação, o exame.

O olhar vigilante tornou-se o meio de garantir os efeitos de poder nos jogos de visibilização e invisibilização (pelo lugar que ocupa, pela roupa que veste, entre outros). A vigilância estrutural e hierarquizada regula os comportamentos, a produção e a convergência de todos os olhares, onde cada um tornou-se um fiscal. É uma máquina de controle de um poder constante, discreto e silencioso, que a tudo vê, sem ser visto. Àqueles que não estiverem condizentes com os preceitos, sempre haverá sanções - estratégias necessárias à redução dos desvios e manutenção da ordem - e que tem seu correlato meritório na recompensa. Pelo estabelecimento da norma e do jogo entre permitido/proibido, certo/errado, foi que também se estabeleceu o normal e o anormal. Para garantir a norma, tornava-se necessário o

exame, numa vigilância útil à qualificação, classificação e punição, de maneira que o lugar do indivíduo e seu estatuto fossem determinados. Todas essas tecnologias de circulação do poder produziram também novas verdades. Verdades essas, que se estabeleceram na forma do conhecimento e, mais especificamente, do conhecimento sobre o indivíduo.

Para a execução dessas tecnologias, produziu-se um espaço analítico, o qual tomou forma numa organização arquitetural que possibilitou a execução de todas esses princípios de utilidade. Essa arquitetura, marcada pelo Panóptico de Bentham, foi desenvolvida a partir da concepção de casa de inspeção.

O Panóptico de Bentham (2000) é uma longa e detalhada narrativa de um princípio de construção que, segundo o autor, é direcionado aos estabelecimentos nos quais pessoas devem ser mantidas sob inspeção, como penitenciárias, casas de trabalho, casas de indústrias, hospitais, casas para pobres, hospícios, escolas, entre outros. É uma estrutura arquitetônica delineada estrategicamente para possibilitar o controle, vigilância e inspeção de um grande número de pessoas, executada por um pequeno número de pessoas, onde todos são continuamente vigiados, mesmo que a hierarquia seja uma das estratégias coercitivas. Tal estrutura, caracterizada por um edifício circular com uma torre no meio, permite que da torre tudo seja inspecionado ou que, quando não houver inspetor, que os indivíduos ainda assim sintam-se inspecionados. Não é possível saber se há inspetor ou não como efeito da própria arquitetura. A estrutura permite também que o tempo utilizado na inspeção seja muito menor, que a comunicação seja controlada, que cada homem permaneça sob controle, assim como seu comportamento e produtividade. A casa de inspeção é um local direcionado ao trabalho em seu potencial máximo. Já que o indivíduo está

confinado e o produto de seu trabalho não pertence a ele. Acrescido a isso, há um regime baseado em pequenas recompensas e grandes punições.

Sua aplicabilidade aos hospitais é explicitada pelo autor com ênfase no controle exercido através da hierarquia, a qual detém e organiza as possibilidades de inspeção, de maneira que todas as ordens sejam seguidas. Torna-se mais estrito o controle sobre os corpos, sobre as condutas e, portanto, sobre a moral. Bentham propõe a utilização de ‘tubos-falantes’, artefato útil para impedir perturbações sonoras. Corpos são separados e inspecionados e as doenças também, devendo ser controladas, já que significam um risco a todos e à produção. Neste momento, o hospital já se configurava como dispositivo terapêutico.

Não é coincidência que o tempo do disciplinamento e o tempo taylorista tenham tanto em comum, pois foram conjunções dos movimentos da formação de um novo cenário de espaços-tempos, e portanto, de uma nova conjugação de forças na produção de sujeitos. Como explicita Harvey (1996, p.190),

Sob a superfície de idéias do senso comum e aparentemente “naturais” acerca do tempo e do espaço, ocultam-se territórios de ambigüidade, de contradição e de luta. Os conflitos surgem não apenas de apreciações subjetivas admitidamente diversas, mas porque diferentes qualidades materiais objetivas do tempo e do espaço são consideradas relevantes para a vida social em diferentes situações. Importantes batalhas também ocorrem nos domínios da teoria, bem como da prática, científica, social e estética. O modo como representamos o espaço e o tempo na teoria importa, visto afetar a maneira como nós e os outros interpretamos e depois agimos com relação ao mundo.

Segundo o autor, com o capitalismo houve uma nova significação do espaço-tempo, caracterizado pelo domínio do tempo de trabalho do trabalhador como parte da apropriação dos lucros. Esse domínio temporal foi marcado pela intensificação e aceleração do trabalho, as quais ainda fazem parte de uma pós-modernidade situada na aceleração, volatilidade, excesso de estímulos, dessensibilização e

descartabilidade. Esse é um contexto que se traduz em lutas constantes no território do trabalho.

Como já analisado por Osório da Silva (2002), Pitta (1999) entre outros, a maioria das atividades de uma unidade hospitalar estão centralizadas na categoria mais baixa na hierarquia da enfermagem, neste caso, as técnicas em enfermagem. Cada trabalhadora executa uma grande quantidade de tarefas a cada turno de trabalho, com uma pausa de descanso quando possível. Por vezes, as técnicas em enfermagem trabalham de forma ininterrupta no turno, ou ainda 'emendando' turnos de trabalho em locais diferentes. Necessitam manter a atenção constante sobre o paciente e muitas vezes referem-se ao seu corpo que também dói e adocece. Isto acrescido da possibilidade de morte de pacientes e do risco de agressão de familiares quando ocorre um falecimento.

Há disputas intra e inter categorias e um rígido controle hierárquico baseado, sobretudo, nas relações de saber/poder, as quais são visibilizadas, como aponta Osório da Silva (2002), pelas diferenças de uniforme. As relações de poder também se expressam pela invisibilidade das categorias não legitimadas como detentoras do saber, como é o caso das técnicas em enfermagem, apesar de sua atividade ser constante e importante no cuidado dos pacientes. Há também, uma diferença de ritmos e andamentos²⁴ demarcadas pela hierarquia: quanto mais legitimado e superior na hierarquia, mais lento será o ritmo dos profissionais e vice-versa. Da mesma forma, há diferenças de volume: quanto mais alto na hierarquia, mais se pode falar, falar alto ou fazer barulho²⁵. 'Estresse', mesmo que com diferentes sentidos, é uma das expressões mais correntes dentro da unidade.

²⁴ Andamento: refere-se à velocidade de execução de uma música.

²⁵ Um exemplo apontado pelas trabalhadoras da enfermagem é o uso de sapatos de saltos altos por profissionais situadas em lugares mais altos da hierarquia. Os saltos produzem um 'barulho'

O trabalho neste hospital é dividido em cinco turnos, com equipes diferentes: Manhã, Tarde, Noite I, Noite II e Noite III. Os turnos têm características diferentes quanto ao volume de trabalho, circulação de pessoas, relações estabelecidas entre profissionais e contextos sonoros. Há disputas entre os turnos e, dentre eles, o turno da noite (três equipes) é considerado o de regras mais 'flexíveis', o que não é comumente bem visto. Trabalhar à noite é considerado 'um prêmio', daí ser tão disputada. Ganha-se mais, tem-se uma jornada de trabalho em que se trabalha uma noite e folga-se duas, além de maior tranquilidade na unidade, pela diminuição do movimento e relações de trabalho serem tomadas por mais 'tranqüilas'. Os tensionamentos são, pelo menos, menos aparentes.

Os contextos da Área 1 e da Área 2 são bastante diferentes. A Área 2 propicia situações mais coletivas, pois a organização espacial sem anteparos mantém a proximidade das pessoas. A Área 1 por ser um complexo de pequenas salas, faz com que as trabalhadoras fiquem mais individualizadas. Também ocorre que o principal posto de enfermagem fica nesta grande área, o que acarreta uma permanência maior da chefia no local e uma visibilização maior dos comportamentos dos trabalhadores, assim como um maior controle. O fato de uma técnica em enfermagem conversar ou mesmo sentar muitas vezes opera como um desleixo, um 'não querer trabalhar', uma falta de cuidado com o paciente. Sentar-se não é uma situação muito comum para estas profissionais. Em geral, movimentam-se sem poderem sentar, tanto pela quantidade de tarefas a realizar, quanto pelas discursividades morais operantes que tomam o sentar como um comportamento desqualificante, por estar associado ao não trabalho (à vagabundagem). Também pelos poucos lugares disponíveis para sentar - uma característica propícia ao fluxo

característico dentro da unidade. As exigências da atividade da enfermagem não permitem o uso de sapatos de salto alto.

tensionado. Ao contrário dos sentidos explicitados, é perceptível a permanente vigilância ao cuidado dos pacientes, mesmo quando essas profissionais interagem com outras pessoas²⁶. As próprias interações são permeadas pela execução das tarefas.

2.2 Caminhos e Rupturas: as Intervenções

A pluralidade de intervenções descritas aqui narra sobre os fluxos de poder e controle e as estratégias desenvolvidas frente a estes fluxos. Por ordem de aparecimento e de rupturas, serão descritas as intervenções, as tecnologias utilizadas, os acontecimentos que as produziram e os principais efeitos decorrentes delas.

2.2.1. Observações Participantes e Estratégicas

As observações foram iniciadas no final de Junho de 2005, tendo sido executadas durante uma semana: segunda-feira (turno manhã), terça-feira da (final da manhã e início da tarde, objetivando incluir a troca de turno), quinta-feira (turno da tarde) e sexta-feira (turno da noite, do início do turno até às 23:30). Estes diferentes períodos foram escolhidos de maneira a abranger diferentes momentos de uma mesma semana, onde fosse possível tomar contato com os trabalhadores e seu cotidiano da melhor maneira. Nesse período observou-se que era possível

²⁶ Uma técnica refere-se à sensação de ser 'sugada' e ter sua cabeça puxada em direção ao paciente, devido à grande demanda de acompanhamento de seu paciente naquele dia.

estabelecer contatos mais produtivos com as técnicas de enfermagem se a pesquisadora permanecesse durante um período de duas ou mais horas consecutivas na unidade, tanto pelos jogos de invisibilidade, quanto pela atribuição gerada pelo grande número de tarefas executadas por estas profissionais. Havia como que 'etapas' a serem cumpridas: chegar, circular, ser notada depois de algum tempo, produzir o contato, apresentar-se e, segundo a possibilidade, conversar com as técnicas sobre assuntos surgidos na dinâmica do contato e sobre a pesquisa propriamente. Estes assuntos costumavam contemplar elementos do cotidiano de trabalho, significado de certas cifragens e gestos, atividades em geral, além da explicação do contexto e objetivos da pesquisa. Este contato também tinha o objetivo de convidar as técnicas em enfermagem para participarem do grupo de musicoterapia.

Os contatos com as técnicas em enfermagem, durante as observações foram dificultados pelo controle da chefia sobre a pesquisadora, bem como pelo fato de que as técnicas em enfermagem não haviam sido informadas a respeito da presença e função da pesquisadora na unidade, contrariando um acordo anterior feito entre a pesquisadora e a chefe da unidade. Ao longo da semana o estranhamento e, até mesmo a ameaça, foram muito abrandados, melhorando perceptivelmente as possibilidades de contato com as trabalhadoras.

O primeiro turno de observações foi feito 'à paisana', ou seja, sem jaleco e sem crachá. Também ao contrário do combinado, o jaleco que seria destinado à pesquisadora não estava disponível. Quanto ao crachá, este só foi obtido após muitas informações desconexas e depois de dois meses de campo. Sem jaleco e sem crachá a pesquisadora não podia ser identificada como pertencente ao corpo

de profissionais do hospital, sendo apenas uma possível familiar que circulava ‘estranhamente’ pela unidade.

No segundo turno de observações logo foi possível descobrir que o jaleco funciona como um passe ou, melhor, como uma ‘varinha de condão’, que abre portas, sem necessidade de identificação. Jaleco e um rosto confiante era toda permissão necessária para movimentar-se como alguém que pode circular no hospital. Alguém que ocupa um lugar visibilizado como sendo do corpo técnico do hospital e que, pelo jaleco branco, revestia-se da legitimação do poder sobre a vida e a morte associado ao lugar do médico no hospital.

O interesse e os comentários do grupo de técnicas sobre a possibilidade de participação no grupo da pesquisa começaram a ser mais freqüentes a partir da observação. Trabalhadoras que pareciam arredias inicialmente, passaram a perguntar sobre a pesquisa e conversavam entre si sobre a possibilidade de participar do grupo de Musicoterapia. Para a operacionalização do grupo foram discutidos o horário e o dia da semana entre as técnicas e delas com a pesquisadora, a fim de determinar dias e horários preferenciais. Ao término do período de observações foi proposta a inscrição das participantes.

2.2.1.1 Lugares e Deslugares da Música na UTI

Em geral, todos os depoimentos das técnicas em enfermagem tinham referências à música como algo bom, ou algo que ‘faz bem’. A música foi, por diversas vezes, referenciada como uma necessidade, ou uma alternativa frente ao contexto de trabalho na UTI. O trabalho na unidade era referido e marcadamente identificado pelas trabalhadoras pelos sons produzidos pelas aparelhagens. A

música foi também disparador para muitas conversas que relatavam as experiências e vivências com música. Referiam experiências pessoais e familiares: filhos que tocam instrumento ou aprendem música, lembranças infantis, vivências domésticas, ouvir música em casa e/ou no carro, vivências amorosas, desejo de tocar um instrumento e/ou cantar, estilos musicais preferidos e/ou recusados, juízos de valor quanto a repertórios, gostar de dançar, ser 'movidá' a música, experiência de cantar em um coral, poder relaxar com música. Também algumas experiências que puderam ser observadas: cantar para algum paciente, cantarolar.... enfim, diferentes referências à vida cotidiana, à vida 'fora' do hospital, à vida que 'não é' trabalho, assim, como à vida que 'é' trabalho. Algo que 'faz bem', que poderia ser aproveitado no trabalho ou ainda que faz falta no trabalho, para torná-lo 'melhor', 'mais fácil' e 'menos estressante'.

Nas falas das pessoas, essa alternativa ou necessidade costumava estar desvinculada da existência de dois aparelhos de som existentes na unidade. Um que permanece na Área 2, na cabeceira de Beatriz²⁷, uma paciente que está hospitalizada há alguns anos (onde estão também uma televisão e brinquedos), e outro na Área 1, que costumava permanecer no posto de enfermagem.

Esse é um assunto 'espinhoso' na unidade. Oficialmente não há empecilhos para o uso da música na unidade, assim como dos aparelhos de som. Um deles é utilizado, porém direcionado apenas à Beatriz, que está alguns anos internada e que é uma criança muito cuidada na unidade. A música, no caso de Beatriz, é parte desses cuidados, marcados pelo tempo de permanência da menina, pelos vínculos construídos, pelas trocas afetivas e interação com a equipe e, possivelmente, pela

²⁷ Beatriz: nome fictício. Do latim, aquela que faz os outros felizes. Criança internada na unidade há muito tempo porque necessita manter-se ligada aos aparelhos para sobreviver. Todos os nomes utilizados na pesquisa são fictícios.

possibilidade comunicacional da criança. Beatriz demanda e recebe certas coisas que outras crianças não podem por serem muito pequenas, ou porque muitas crianças permanecem sedadas, ou ainda porque permanecem pouco tempo na unidade. Dentre essas coisas, música no aparelho de som, televisão (que também é direcionada a ela) e maior personalização no atendimento, inclusive por uma necessidade de maternagem mais constante da menina.

O outro aparelho de som parece ser pouco utilizado, permanecendo a maior parte do tempo desligado no período de observações. As falas de muitas técnicas em enfermagem eram subliminares, ou evasivas com relação a este assunto, quando dentro da unidade. Isso se tornou um questionamento que passou a tomar importância: como se lida com a música nesta unidade? Por que o aparelho de som não é ou é muito pouco utilizado?

Um dos depoimentos ouvidos na sala de lanches forneceu uma 'pista': havia uma enfermeira 'conhecida' por desligar o aparelho de som na unidade. No mesmo depoimento a técnica relatou que, 'antigamente', a chefia compreendia que a música atrapalhava o serviço pois seria uma distração das tarefas. Outra técnica em enfermagem fazia referências quanto a impedimentos no hospital em âmbitos hierárquicos 'mais altos' que não permitiam o uso de música e contava sobre pedidos de colocação de caixas de som na unidade há bastante tempo, que não haviam sido atendidos.

Esse contexto está certamente associado ao que Osório da Silva (2002) denomina como silêncios e segredos da dinâmica hospitalar – produções intimamente ligadas às produções de verdade, hierárquicas e de poder na instituição hospitalar. Segundo a autora,

no Hospital todos sabem, sabem muito, quase todos (todos os que parecem ter alguma importância) são especialistas, e ninguém entra na *serra alheia*. Mas também não sabem, segredos são ciosamente guardados e todo o tempo sentia que não permitiam aos pesquisadores, estrangeiros que éramos, ir além de limites que, ao menos para mim, estavam pouco claros. Vivi a angústia de esbarrar muitas vezes em muros defensivos, em portas fechadas que talvez escondessem algo que poderia ser esclarecedor das muitas naturalizações que ia percebendo. Redescobri Foucault: *O segredo é talvez mais difícil de levantar que o inconsciente* (Deleuze & Foucault, 1974: 145). O discurso de luta contra o poder que cala, diz Foucault a Deleuze, não se opõe ao inconsciente, mas ao segredo (OSÓRIO DA SILVA, 2000, p. 46).

Fora dos movimentos do pessoal técnico, foram observadas duas situações específicas em que pais levaram música ou sons até seus filhos, internados na unidade. A primeira diz respeito a um pai que colocava junto ao ouvido de sua filha sedada um celular onde, pelo tempo de duração e pela ausência de diálogos estabelecidos através do equipamento, sugere que fosse com a finalidade de que a menina ouvisse música. A outra situação foi a de uma jovem mãe que levou seu *walkman* com uma fita para sua filha. No momento da observação a menina ouvia Funk, um tipo de repertório musical absolutamente deslegitimado para as discursividades dominantes encontradas na UTI.

Este episódio, como outros, evidenciou as discursividades dominantes sobre a música, que são enunciadas nesta unidade, tanto porque privilegiam o silenciamento e naturalização do ruído (deve-se ‘falar baixo’ e fazer pouco barulho’, num ambiente ruidoso), em detrimento do uso de música, quanto porque determinam como e o que deve soar a unidade, assim como onde e quando deve soar.

O primeiro elemento a ser considerado nas discursividades dominantes é a idéia de que a música é algo que retirará a atenção das técnicas do trabalho (uma distração), ou impedirá a audição dos ‘barulhos’ dos equipamentos, além de ser incompatível com o sofrimento e a morte. Estas são, sem dúvida, algumas das mais

potentes discursividades operantes e traduzem, também, os fatores mais impeditivos para o uso da música.

Quando a música é vista como um elemento possível, as discursividades dominantes operam determinando e naturalizando a idéia de que a música para a UTI deve ser 'clássica – instrumental – lenta – calma – relaxante - ambiental'. 'Clássica' (no sentido de 'erudito') em oposição à 'popular' e lenta e calma porque tem bases nos binarismos 'música lenta-acalma', 'música rápida-agita'. Estas associações naturalizadas levam a que seja possível na UTI apenas a primeira possibilidade. A 'agitação', nas discursividades da UTI, nunca se traduz em algo positivo porque está sempre associada às situações 'estressantes'.

Tanto 'clássica – instrumental – lenta – calma – relaxante - ambiental' são tomados como características naturalmente intrínsecas (em alguns momentos parecem ser sinônimos, ou até a mesma coisa, em outros, não) e como a única alternativa possível frente às necessidades produzidas pelo trabalho, nas falas da chefia, portanto, eram ratificadas pelas relações de poder ligadas à hierarquia. Nas falas das técnicas em enfermagem apareciam mais comumente referências ao repertório 'popular'.

Em geral as associações eram delimitadas por discursividades marcadamente morais, e enunciadas, normalmente, na forma de estilos ou gêneros musicais: 'Música clássica', 'bossa nova', 'pagode', 'MPB', 'música gauchesca'; ou na forma de idéias associadas à sonoridade, como 'instrumental', ou mesmo, 'calma' e 'lenta'. Estes costumavam ser os critérios de seleção e elegibilidade referidos com relação ao repertório 'ideal' para a unidade. Tais referências pareciam estar mais ligadas a certas necessidades e um campo de efeitos, do que propriamente certos tipos de repertório.

2.2.2 Grupos de Musicoterapia

A adesão das técnicas em enfermagem ao grupo foi feita através de um caderno onde havia espaços específicos para a inscrição de cada técnica e sua sugestão de dia da semana e hora para os encontros. Este caderno, junto à uma caneta, foi colocado na sala de lanches ao final do período de observações, como solicitado pelas técnicas em enfermagem. Havia também dois cartazes, um que foi colocado na própria sala de lanches, outro no mural geral da unidade. O caderno permaneceu disponível para as inscrições durante uma semana.

No ato do recolhimento do caderno foram encontradas nove inscrições, o que foi considerada uma boa adesão à proposta. Entretanto, durante a coleta do caderno, feita à tarde, uma das técnicas pergunta qual turno havia 'ganho'. Referia-se ao turno com maior número de inscritos, que seria, portanto, o turno que participaria do grupo de Musicoterapia. Como havia uma negativa de resposta sobre seu turno, a técnica solicitou o caderno e o levou, correndo, até as demais colegas, a fim de coletar adesões para 'ganhar'. Inicialmente previa-se apenas um grupo, o que foi informado às trabalhadoras. Seu gesto, angariando participantes, produziu a inserção de mais um grupo de Musicoterapia, envolvendo trabalhadoras da tarde, que teria funcionamento no turno da manhã.

Os dois grupos foram formados segundo as sugestões de dia e horário das técnicas, que foram equacionados segundo os horários de trabalho e almoço das trabalhadoras e os horários da pesquisadora. As técnicas do turno da manhã teriam encontro durante uma hora, semanalmente, à tarde, e as da tarde teriam encontro durante uma hora, semanalmente, no turno da tarde, já que não houve liberação das trabalhadoras no período de trabalho. Pelas inscrições, poderiam participar cinco

trabalhadoras do turno da manhã (grupo da tarde) e oito trabalhadoras no turno da tarde (grupo da manhã). Como algumas trabalhadoras do turno da tarde tinham se inscrito devido ao movimento de disputa com o turno 'vencedor', considerou-se uma possível fragilidade na formação desse grupo.

Os encontros propostos ocorreram entre Julho e Agosto de 2005. A chefia exigiu, inicialmente, que houvesse voluntariedade absoluta para a participação das técnicas em enfermagem na pesquisa. Entretanto, como tornou-se claro com o andamento dos grupos, esta 'voluntariedade' estava relacionada ao banco de horas para as trabalhadoras e tinha como função não aumentar este banco de horas.

Dos dez encontros propostos inicialmente, houve sete, os quais ocorreram da seguinte maneira: das onze técnicas da unidade inscritas inicialmente, participou apenas uma técnica no grupo da manhã e em apenas um encontro. Isto produziu a extinção deste grupo (referente às trabalhadoras da tarde). Quanto ao grupo da tarde (referente à equipe da manhã), participaram duas trabalhadoras, sendo estas duas no primeiro encontro, uma no segundo encontro, nenhuma no terceiro e quarto e a mesma trabalhadora no quinto encontro, onde foi finalizada esta intervenção.

Este foi um panorama surpreendente frente aos contatos estabelecidos entre a pesquisadora e as técnicas em enfermagem, assim como quanto ao número de pessoas que haviam se inscrito para a proposta dos grupos. Apesar da proposta não ter se configurado como um trabalho em grupo, realmente, manter-se-á a denominação desta etapa do campo como 'grupo de Musicoterapia'.

2.2.2.1 Tecnologias Específicas

O grupo de Musicoterapia foi proposto às técnicas em enfermagem na forma de um encontro semanal, onde seriam vivenciadas práticas musicais-musicoterápicas, a partir da utilização do canto, de instrumentos musicais, da dança, audições musicais, ou qualquer outro tipo de atividade que fosse demandado pelas técnicas, com o uso da música. Este grupo foi proposto, inicialmente, numa composição de até cinco técnicas participantes, mais a presença da pesquisadora e de uma observadora.

Os principais recursos utilizados durante os encontros foram perguntas sobre o que as participantes gostariam de fazer no momento, ou quais músicas poderiam ser cantadas, tocadas ou criadas naquele momento. Também se considerava associar música a situações narradas ou, ainda, para expressar experiências do cotidiano a partir de uma canção ou outra possibilidade sonora, tal como a improvisação instrumental e/ou vocal, escolhida pelas participantes.

2.2.2.2 Sobre os Efeitos da Intervenção

Os encontros com as trabalhadoras levaram a experiências importantes por visibilizarem códigos e dispositivos que faziam (e fazem) funcionar relações de poder neste contexto. A partir das experiências musicais em diferentes âmbitos, tempos e realidades, neste processo, tornaram-se som as vivências da indissolubilidade entre vida 'fora' e 'dentro' do trabalho, assim como escamotearam entre som e silêncio as redes de poder do hospital, que atravessam e constituem a

todos que nele estão implicados, assim como às constantes tensões entre vida e morte.

Uma situação relevante desta fase de campo foi a definição da sala a ser utilizada pelos grupos. O que parecia um elemento fácil de ser obtido, logo mostrou-se como parte de um longo e tortuoso labirinto.

Inicialmente, uma chefia da enfermagem ofereceu uma sala pequena e com uma grande mesa central que ocupava boa parte do espaço, além de ter uma bancada em uma das laterais, com o comprimento de toda a sala. Isto motivou a procura de uma outra possibilidade de sala com mais espaço. Houve a indicação, por uma das chefias da enfermagem, de uma sala de aula gerenciada pela secretária de um professor. Esta afirmou não poder cedê-la, já que se tratava de uma pesquisa. Foi procurado o setor de eventos do hospital, responsável pelo gerenciamento de algumas salas, mas que naquele momento não possuía sala disponível. Com esta situação, retornou-se à primeira sala oferecida que, na realidade, exigiu negociações com diferentes chefias do Grupo de Enfermagem para poder ser utilizada. Esta sala localizava-se no mesmo andar da unidade, ou mais especificamente, no espaço construído entre dois corredores, como são muitas das salas no hospital²⁸. Pela sua dimensão, impediria maiores movimentações, como dançar, por exemplo. No primeiro encontro da pesquisa percebeu-se que a sala possuía uma sala contígua. Ou seja, os grupos haviam recebido uma sala que era a única passagem para outra, a qual deu-se a saber, era a sala dos residentes. Pela sua estrutura e por encontrar-se entre dois corredores, toda produção de som externo era ouvida dentro da sala e o som interno, ouvido fora da sala. Somando-se

²⁸ A estrutura do hospital caracteriza-se por ser um longo retângulo que tem, ao centro, dois longos corredores, ocupados pelos elevadores e escadaria e salas. Nas laterais desse retângulo existem salas também. Há variações nas disposições internas, contudo, estas são básicas.

à sala contígua, produzia um contexto em que não havia mínimas condições que possibilitassem sigilo para as participantes. Nas semanas seguintes repetiu-se a busca por salas. As salas ocupadas pelos encontros variavam constantemente, e acabaram por ser obtidas através do setor de eventos. Todas estas salas tinham a mesma característica estrutural da primeira, à exceção da sala contígua.

Durante os encontros houve inúmeras situações em que algum profissional disputava a obtenção da sala mesmo que ela estivesse ocupada, de maneira que, na posição de pesquisadora e tendo feito reservas para ocupação, foi possível estar mais distanciada dos efeitos hierárquicos que estes movimentos poderiam acarretar. Em nenhuma das salas foi possível obter um contexto de sigilo, pois tudo poderia ser ouvido dadas as características arquitetônicas e acústicas.

Começavam a se tornar audíveis as relações de poder que proporcionavam que o controle sobre o território sonoro fosse constantemente exercido nos modos de subjetivação do trabalho hospitalar. Isto pode estar acoplado a outra característica do trabalho hospitalar já referida por Osório da Silva (2000), que é a linguagem cifrada utilizada no hospital. As situações²⁹ a seguir ilustram estes efeitos:

Proponho que façamos música. Ela aceita e diz que estava ali para isso. Pergunto o que ela gostaria de fazer, se gostaria de cantar... Só consegue lembrar de uma canção cantada para Beatriz, pelas colegas: 'Cinco patinhos'³⁰ Pergunto se gostaria de cantá-la e ela diz que sim.

*Cinco patinhos foram passear³¹
Além das montanhas para brincar
A mamãe cantou quá, quá, quá, quá
E só quatro patinhos voltaram de lá...*

Ao final da canção, uma residente sai da sala contígua e comenta em tom de brincadeira "já pode ir para o Fama"³².

²⁹ Todas as citações são de transcrições de gravações ou diário de campo.

³⁰ De Xuxa [Faixa: 12 do CD].

³¹ Todas as frases em itálico utilizadas nesse trabalho indicam partes cantadas.

³² Programa televisivo.

Chegamos à Sala 03³³ (pesquisadora e técnica), mas esta se encontrava fechada, mesmo após o contato telefônico com o setor responsável para sua abertura, como exige a norma do hospital. Novo contato com o setor para abertura da sala. O funcionário avisava que a porta já fora aberta. Busco conferir o número da sala, que é confirmado por ele. A porta está fechada e ele afirma insistentemente estar aberta. Cria-se um impasse. Como última alternativa, peço que um funcionário seja enviado para resolvermos a situação. Enquanto aguardamos, a técnica fala sobre paciência. (...) Chega a funcionária para rever a porta, posta-se em frente à sala 03"A" e confere a porta, que já se encontrava aberta. Como cada sala tem um número, ou um número e uma letra, paramos frente à 03, como havia sido avisado. Entretanto, os trabalhadores do setor consideravam que 03 (com porta azul) é a 03"A" (com porta verde), já que esta é realmente a mesma sala, desde que sendo vista pela parte de dentro. Aí estava a razão do desentendimento, que em nenhum momento foi levantada pelos funcionários do setor, que interminavelmente repetiam, como a uma ladainha, que a porta já estava aberta.

Outro fato importante desse momento foi o estranhamento gerado pela presença e circulação da pesquisadora portando instrumentos musicais dentro do hospital. Todos os movimentos eram caracterizados por muitos olhares surpresos, curiosos e, até mesmo, desconfiados. Desde o primeiro dia de encontros a pesquisadora circulava com um grande violão e uma sacola sonora, carregada de instrumentos de percussão que, de alguma maneira, contrastavam com o jaleco branco.

A este estranhamento estavam constantemente associações com o relaxamento e o prazer que a música e a própria pesquisa poderiam oferecer aos pacientes (não aos trabalhadores) e que delimitava o campo de ação associado ao uso da música no hospital.

Outro aspecto relevante foram as constantes referências das trabalhadoras ao fato da voz não 'pode sair', da memória que falha e do não saber ou não saber 'mais' as letras das músicas, ou ainda de tê-las esquecido, ou de ter dificuldade de lembrá-las, mesmo quando as canções eram lembradas e cantadas. Esses foram elementos que comumente vieram acompanhados de comentários sobre impotência,

³³ A numeração das salas e os nomes utilizados são fictícios.

incômodo ou falibilidade com relação a saber as músicas, mas também acompanhados por outros efeitos, como descobertas e reinvenções do cotidiano a partir das experiências com a música.

As vivências e experiências com música no grupo de Musicoterapia trouxeram à tona inúmeras tensões vividas no trabalho: o riso e dor, a morte e vida, silêncio e som, que se mostraram para além das fronteiras do que é tido como uma separação entre a vida 'fora' e a vida 'dentro' do trabalho.

2.2.2.3 Comparecimento aos Grupos

A julgar pelo interesse e adesão aparente das técnicas em enfermagem à proposta da pesquisa e, sobretudo, à proposta dos grupos de Musicoterapia, o não comparecimento da maioria das pessoas ao grupo tornou-se uma incógnita. Esta incógnita pressionou para novos delineamentos da intervenção, no sentido de compreender as ambigüidades que caracterizavam os movimentos de presença e ausência das trabalhadoras nos grupos.

A primeira referência de uma técnica em enfermagem à ausência das demais deu-se no primeiro encontro da manhã, onde ela referiu a possibilidade das demais terem esquecido do encontro, dadas as exigências de um cotidiano de muitas tarefas. Relatou que ela havia lembrado dos encontros porque tinha visto a pesquisadora circulando pela unidade na mesma semana.

Em diversas outras oportunidades muitas trabalhadoras vieram ao encontro da pesquisadora comunicar-lhe a impossibilidade de comparecimento ao grupo devido a uma série de diferentes motivos: carro, médico, doença... Muitos desses

motivos estavam constantemente ligado à alguma situação de adoecimento e consulta médica.

A extinção do grupo da manhã já no segundo encontro foi uma situação que não trouxe surpresa, visto que havia uma ampla possibilidade de não comparecimento das participantes inscritas devido à motivação para a criação do grupo estar ligada às disputas entre turnos. Parecia não haver comprometimento com a proposta, apesar de muitas técnicas em enfermagem terem demonstrado interesse anteriormente.

Uma terceira situação diz respeito ao interesse da chefia da enfermagem na participação das técnicas nos grupos e sua preocupação com a pouca adesão das técnicas. Isto poder sugerir que a não participação possa ter sido fruto de um contexto de resistência das técnicas em enfermagem frente à chefia.

No terceiro encontro, surgiu a discussão de que a não participação das técnica poderia estar ligada à não liberação do banco de horas pelo hospital. O banco de horas é visto como o reconhecimento institucional do investimento do trabalhador – já que este investimento reverte diretamente para a instituição – e significa contar como hora de trabalho o tempo que a trabalhadora está na atividade proposta. Esta hora de trabalho traduz-se em folga, não em remuneração extra. A partir disso foi decidido por um re-contato telefônico com as participantes inicialmente inscritas e um novo contato com a chefia para solicitar banco de horas para a pesquisa. Em conversa com a chefia de enfermagem superior à da unidade foi confirmado que o banco de horas foi permitido apenas para os dois primeiros encontros da pesquisa, o que havia sido informado às trabalhadoras, mas não à pesquisadora. Entretanto, da mesma forma, colocava-se a incógnita entre a adesão

nas inscrições e pouca participação nos grupos. Esta situação gerou preocupação na chefia, que esperava boa adesão à proposta.

A autorização do banco de horas não encontrava ressonância nas decisões do hospital. O banco de horas significava problemas para dar conta das horas liberadas, podendo acarretar a necessidade de convocação de outro funcionário para o serviço. Também havia menção ao fato das pessoas 'estarem acostumadas' a receber para participar de pesquisas, o que era associado, portanto, à condição a voluntariedade total. Somente mais tarde clarificou-se como uma referência ao banco de horas.

Esta é uma questão importante a ser discutida em um hospital que serve como campo de pesquisa constantemente. Sobretudo, se analisada à luz das referências a um sentimento que parece ser de invasão e roubo feitas pelos trabalhadores, que fazem parte de muitos estudos e não recebem devoluções dos pesquisadores.

A situação poderia, então, ser vista desde a óptica de que havia interesse das chefias na participação das trabalhadoras, mas não havia contrapartida institucional para essa participação. Isso poderia traduzir mais uma situação de exigência e não reconhecimento das técnicas em enfermagem.

De qualquer maneira, três dias antes do próximo encontro foi feito contato com as pessoas inscritas para o grupo da tarde, a fim de convidá-las novamente. Apesar de três pessoas terem confirmado presença para o próximo encontro, este não teve participantes.

2.2.3. Gravação da Paisagem Sonora da UTI e Grupo de Discussão

Frente aos questionamentos produzidos até esta etapa, o retorno à UTI foi considerado a alternativa mais plausível. Para tanto, contou-se com o auxílio de uma técnica da unidade que propôs que se fizesse um encontro aproveitando o momento seguinte a uma reunião das técnicas em enfermagem com a chefia da unidade. Isso poderia facilitar a formação de um grupo de discussão. Porém, como voltar?

A possibilidade de voltar e perguntar objetivamente por que cada técnica não havia comparecido seria operar da mesma maneira que a dinâmica hospitalar opera: cobrando, exigindo. E toda a possibilidade de práticas de liberdade, prazer, ou qualquer outra possibilidade de potência de vida que essas mulheres produziam quando falavam de música, poderia tornar-se ameaçadora.

Sendo assim, o retorno à UTI foi feito a partir da gravação do contexto sonoro da unidade, baseado no conceito de paisagem sonora, que concebe o ambiente sonoro como um grande conjunto e propõe o mapa sonoro característico da região estudada. Este conceito, que é parte de todo um movimento estético musical a partir da década de 60, está intimamente ligado à preocupação e reconhecimento das mudanças acústicas produzidas pela industrialização, geradas, sobretudo, pela introdução dos sons contínuos ou repetitivos dos maquinários, que são morfologicamente diferentes dos da natureza.

A gravação foi pensada após discussões produzidas nos grupos, onde a UTI foi comparada a uma floresta pelos 'perigos' desconhecidos e 'barulhos'. Estas associações motivaram esta nova estratégia. Esta estratégia foi importante na

medida identificou os sons característicos da unidade estudada e permitiu construir um certo mapeamento dos contextos sonoros e indicar sobre as formas ‘acústicas’ que as relações de poder adquirem nesse contexto. A gravação da paisagem sonora da UTI possibilitaria a audibilização de elementos dos modos de trabalhar e existir na UTI.

A gravação foi utilizada porque poderia funcionar como dispositivo para uma diversidade de efeitos. Dentre eles, possibilitar a visibilização e audibilização de elementos trazidos pelas técnicas em enfermagem nos encontros, assim como aprofundar as discussões iniciadas naquele momento, tais como: a) os ‘barulhos’ eram constantemente citados pelas técnicas quando se referiam ao seu trabalho, normalmente como algo incômodo, desagradável, ‘estressante’, apesar de constantes e necessários; b) a impossibilidade ou dificuldade de ‘deixar a voz sair’, ou de ter que falar com conteúdo, volume e entonação controladas; c) a música como uma alternativa positiva frente à ‘dureza’ do trabalho da UTI; d) à possibilidade de utilizar o aparelho de som da unidade, porém, de maneira ambígua; e) referiam-se, assim como outros profissionais da unidade, a músicas que poderiam e músicas que não poderiam ser colocadas na UTI.

Tomando o grupo como produção coletiva e estratégia política para romper com a individualização e culpabilização, optou-se por esta estratégia: fazer a gravação do ambiente sonoro da UTI e propor um grupo de discussão a partir dessa gravação.

2.2.3.1 Gravação da Paisagem Sonora

Após o contato com a chefia da unidade que permitiu a gravação e ficou ciente do grupo à tarde, a estratégia foi montada: gravação pela manhã e audição e discussão à tarde, após a reunião com a chefia. Para efetivar o grupo de discussão à tarde, as técnicas foram convidadas a participarem da discussão sobre a gravação após a reunião com a chefia. Na mesma manhã soube-se que o assunto a ser tratado na reunião da tarde era a organização dos períodos de férias, o que produzia ânimos acirrados já pela manhã.

A gravação foi feita no mês de Agosto de 2005 e tinha o objetivo de registrar todos os ambientes que compõe a unidade, transitando entre os diferentes lugares e permanecendo em alguns, onde a convivência era mais intensa. Os momentos de captação foram escolhidos a partir da seleção do local. Algumas vezes foram gravados sons que eram sugeridos pelas técnicas em enfermagem, que antecipavam o surgimento de algum som em procedimentos que iriam fazer.

Foram utilizados dois meios de gravação: um gravador analógico (fita K7) e um Mini MP3 (digital). Esses equipamentos foram usados porque, havia a perspectiva do encontro à tarde, sem que houvesse possibilidade da transmissão dos dados digitais para CD³⁴ ou outro meio de amplificação A alternativa, portanto, foi gravar nos dois aparelhos os mesmos acontecimentos sonoros. A gravação digital permitiu armazenamento dos dados e melhor transmissão para posterior seleção e gravação em um CD. A gravação analógica foi utilizada para a audição do material pelas trabalhadoras no grupo, feita a partir de um aparelho de som portátil. Os trechos para escuta foram escolhidos aleatoriamente, uma vez que o material não foi previamente selecionado pelas restrições de tempo e condições.

³⁴ Sigla em inglês para 'disco compacto'.

Algumas vezes durante a gravação do ambiente sonoro da UTI, algumas técnicas não falavam e isso denotou três contingências, nesse momento: a primeira foi o fato de que algumas pessoas inicialmente ficavam inibidas com a presença do gravador, o que já era esperado. A segunda, é que as técnicas em enfermagem compreendiam que, uma vez que a pesquisadora estaria interessada nos sons do ambiente, ou ainda nos sons do cotidiano³⁵, não estaria interessada nos sons das pessoas. As pessoas não estariam incluídas nos sons do cotidiano, ou naquele ambiente sonoro, segundo esta perspectiva. A terceira, poderia indicar que era necessário cuidar o que era dito, ou mesmo não falar. Devido a esta última, a estratégia de gravação incluía a visibilização dos gravadores e seu manuseio pela pesquisadora, o pedido de permissão pela pesquisadora às técnicas em enfermagem e as pessoas em geral para executar a gravação e, ainda, o aviso de quando a gravação efetivamente começava.

2.2.3.2 Grupo de Discussão

O grupo de discussão começou após 2 horas e 20 minutos de reunião com a chefia. Permaneceu um grupo de sete técnicas, com as quais foi combinada uma discussão de 45 minutos. Em primeiro lugar propôs-se que primeiro fossem ouvidos trechos da gravação feita durante a manhã e que depois se iniciasse a discussão no grupo.

Foram ouvidas conversas, monitores, televisão, expurgo, trabalhadora cantando... Cada trecho era identificado pelas trabalhadoras, que logo definiam o local de gravação de cada trecho e procuravam identificar sons e pessoas nas

³⁵ Duas formas com que foram apresentados os objetivo de gravação para as pessoas na unidade, as quais tinham o propósito de englobar todos os sons presentes.

gravações. Surpreenderam-se com o conjunto do ruído captado na gravação, com o 'barulho', a agitação da unidade e as vozes de maior volume. As trabalhadoras comentavam que algumas gravações não permitiam a identificação do que estava sendo falado. Comentavam que conseguiam identificar mais os ruídos que o conteúdo do que era falado, ao mesmo tempo em que tentavam identificar-se nas gravações. Não identificavam que a resultante dos muitos 'barulhos' e sons diferentes na paisagem sonora desse ambiente é uma grande massa de ruído.

Em realidade, os meios empregados para a gravação e sua amplificação propiciavam uma certa perda de qualidade sonora (fato ocorrido nos dois equipamentos utilizados, incluindo as gravações da unidade que foram utilizadas no CD). Apesar disso, essa contingência produziu um deslocamento interessante no foco de audição das participantes que, dentro da unidade, caracterizava-se, sobretudo, pela audição das máquinas e, a partir da escuta da gravação, passou a caracterizar-se pelo foco nas conversas. De qualquer forma, o foco de escuta permanecia unidirecional.

Quando os sons das pessoas eram referidos na unidade, apareciam, normalmente, como algo negativo, que 'extrapolou' (a pessoa falou muito alto). Este fato foi muito marcado no encontro, gerando um movimento de 'mea culpa' que não era partilhado por todas, mas que era enunciado com o maior volume de fala. Junto a esta 'mea culpa' encontrava-se a proposta de um maior autocontrole e auto-regulação das condutas das próprias trabalhadoras, em detrimento de alternativas que se referissem aos contextos de trabalho.

Mas não é isso, extrapola, entendeu. Inconscientemente, quando a gente vai passando dos limites. Até eu já cansei de fazer com a Beatriz, e se tu ta com teu filho ali doente, tu não gosta, realmente. (...) Eu acho que se dá para controlar. Eu acho que a gente realmente se passa. Eu acho que dá pra controlar. Às vezes tem um paciente lá na ponta, morrendo assim, às vezes a pessoa não se toca que o som ta ligado. Desliga o som. É menos um barulho. É pai chorando, é som ligado, quer dizer, chega uma hora que

tu não agüenta. Eu digo pras gurias, 'gurias', mas não é que a gente faça de ... é porque a gente ta tão acostumado, que quando a gente vai ver, ta ligado e ta acontecendo e... a gente não se toca. Precisa alguém de fora chegar como você e ver o horror que ta aquilo.

Todas as trabalhadoras identificaram o som do secador de materiais do expurgo, que é a fonte sonora do maior ruído gravado, e se surpreenderam com a sala de lanches, que é a sala com menos ruídos na unidade. Também com a gravação num box, que audibiliza o ruído do respirador em oposição ao diálogo presente. A sala de lanches tem elementos da sonoridade da rua, amenizadamente, o que torna essa sala muito confortável auditivamente, pelo menos em relação às demais salas da unidade. Ela não possui o ruído das aparelhagens e a janela pode ficar aberta.

Trab.: muito barulho...

Trab.1: essa coisa passa tão despercebido pra gente, né... como é que pode?

Trab.2: quando a gente consegue ter a noção do que que é...

Trab.: lá tem bastante sons diferentes, né...

Audição do trecho do box, onde há a presença constante do respirador ligado à criança em oposição ao depoimento da técnica em enfermagem.

Trab.: como é que a gente consegue, dentro de todo esse barulho, escutar o que interessa? Porque às vezes, desconectou um troço lá, e é de tal coisa esse barulho.

Trab.1: e a gente já sabe.

Trab. 2: mas é o ouvido né, que já 'tá habituado.

As participantes apontaram, também, o 'barulho' excessivo como causa de 'estresse' e ponderaram sobre a música como possibilidade de melhorar seu cotidiano de trabalho. Apontaram as rádios Continental e Antena 1 como possibilidades para a 'música relaxante' para a UTI e relataram experiências de trabalho em hospitais que colocam 'música ambiental' utilizando essas rádios, tomando-as como experiências muito positivas. Algumas participantes apontaram

também o fato de que a música deveria funcionar como uma grande central de colocação de música, onde não fosse possível fazer escolhas de músicas ou rádios, uma vez que a questão da escolha de repertório é conflituada. A negociação de possibilidades, gostos e necessidades é complexificada pelo excessivo ruído, que pode fazer da música também um estressor, assim como pelo efeito das relações hierárquicas nos processos de escolha e decisão. Ou seja, a música, apontada como uma possibilidade de melhorar o cotidiano e o ambiente de trabalho poderia se tornar um estressor, na medida em que pode adicionar-se ao ruído (sobretudo em momentos de grande movimento ou tensão, apesar desta 'equação' não funcionar necessariamente sempre assim), e está sujeita às dominações e sujeições hierárquicas. Essa 'música' reproduz, em geral, as discursividades dominantes, que trazem a música 'clássica', 'música relaxante' e 'ambiental', como uma alternativa delimitada por certas características normatizadas e naturalizadas.

Trab.5: é que eu acho que é tanto barulho como tu falou, não é ... música. Música é uma coisa, barulho na tua cabeça é outra coisa.

Pesq.: e como é que.... que se poderia criar, se se poderia criar, uma alternativa?

Trab: Uma coisa que eu acho errado ali é aquelas bombas alarmando de hora em hora. Imagina quem 'ta internado ali um (ênfase) dia. Um dia com aquelas bombas de hora em hora...

Trab. 5: Todos os pacientes dá umas quatro, né.

Trab.: Ali no salão (Área 2), oito leitos. Cada leito com duas bombas já são dezesseis...

Tra.3: geralmente tem com bem mais, né (bombas)... cinco, seis bombas cada um. É bomba!

Trab: Exatamente.... e vinte quatro horas aquilo trabalhando: ta-tã-tã-tã....

Fora lá o Dr. Y é um que adora botar alguém no monitor...

Tra.3: e ele não fica ali, né.

Trab: e ele não fica ali pra escutar, mas ele põe.

Trab. 5: Até porque assim, oh, as nossas bombas quando alarma, a gente não tem, ai, alarmou já estamos com o dedo, não é assim. Às vezes tu ta atendendo um paciente, tu ta trocando, tu ta pegando medicação, a colega às vezes fica alarmando, alarmando, alarmando no ouvido, tu e não dá conta de tu ir, chegar lá pra zerar.

Trab. 3: Imagina fazendo o papel da criança. Deve ser horrível aqueles barulhos. Imagina tu ficar com aquela luz acesa nos teus olhos, né, vinte e quatro horas, tu com aqueles barulhos, com aquele pessoal, que é os pacientes, os funcionário, é os pais, os médico, é os outros profissionais que têm ...

Trab. 6: aqueles asmáticos de uma ano que berram, berram, berram...

Trab. 5: e eles desafinam cinco vezes.

Trab. 6: daí tu diz assim: dormiu, calado! Quem acordar vem nanar.

Pesq.: ao longo das minha observações, e das minhas conversas e coisa e tal, muitas vezes eu ouvi assim: 'ah, se tivesse música seria melhor'. Como é que é isso?

Trab. 6: se fosse uma música ambiental ...

Trab. 5: lá no Santo Antônio tinha, né. Aonde eu trabalhei no Santo Antônio era... não era aquela coisa de botar rádio, de tu escolher a música, era uma coisa Continental, Antena 1, uma coisa suave, que era do lado de fora, na sala da enfermagem, que a gente tava, ninguém mudava, porque era sempre sintonizado ali, né, e tinha as caixas de som, duas na área dois, vamos supor, como se fosse ali, e em cada box tinha xxx e ficava aquele som ambiental, aquela coisa. Que eu acho que descarrega isso daí, aquela coisa do estresse, sabe.

Trab. 7: duas vezes a gente... quando foi a reforma da UTI, a gente pediu e o B ficou de ver isso pra nós e instalar as caixas de som. Mas até hoje...

Trab. 2: No Belém Velho eu trabalhei, há vinte e cinco anos atrás, que é um hospital com bem menos recursos e coisa, eles têm um hospital inteiro eles com essa... (música).

Trab. 5: precisa ver como melhorou, a gente depois que botou esse som lá...

Trab. 6: Bem gostoso, suave...

Trab. 5: porque aquilo muda. Fica aquilo ali dia e noite, aquelas músicas ali, de noite é melhor ainda, eu trabalhava de noite. À noite eram as músicas maravilhosas e que assim, oh, tu fazia teu serviço, às vezes quando tu ia ver, 'bah, essa música', quer dizer, tu relaxa, tu não fica com aquele barulho do monitor, da bomba. De vez em quando tu vê aquele som gostoso, sabe.

Trab. 3: Um som assim, bem, bem ambiental.

Trab. 5: até pra gente é relaxante, né. Agora li não, são dois sons tipo esse teu, né (pesquisadora – um aparelho de som portátil). Um põe o som do lado, aí vem outra põe outra música do outro. Tu chega no balcão pra fazer a medicação é outro som. Então quer dizer, ...

Trab. 7: Tem uns assim, oh, tem os, os ...a...os gosto mais variado.

Trab. 5: Mas não é só a música, né. Eu tava falando pra ela. É TV...

Pesq.: Então tem um aparelho de som, e poderia ser feito uso, né. O que será que acontece?

Trab. 5: como assim... lá no balcão da medicação?

Trab.6: depende da enfermeira que vai trabalhar no computador, ela não gosta.

Trab.: 5: ela desliga, ela não gosta.

Há um limiar que define a agregação e a não agregação da música ao ruído, e esse limiar parece estar mais ligado às experiências e vivências em cada espaço-tempo na UTI do que a uma definição aritmética do volume. Portanto, as experiências, vivências e saberes dos trabalhadores são elementos importantes na definição das estratégias do uso da música – tal como a definição do volume, do

repertório e dos momentos de colocação da música, além da compreensão dos tensionamentos institucionais.

Eu já penso assim sabe: eu quero chegar no meu cantinho e ter meu sossego, assim sabe. Eu não tenho, eu não tenho, mais a estrutura que eu tinha com vinte anos assim, de barulho, de coisa. Eu chego na minha casa eu quero sossego, silêncio... sabe. Eu ... tenho som, mas som de música, não som de barulho como a gente...assim, trabalha: barulho de bomba, carro passando direto, que aqui é ambulância, é respirador é.... [uma trabalhadora começa a tocar o pandeiro] Chego em casa eu quero silêncio, quero uma música, quero um fundinho musical. Assistir uma fitinha com o meu filho... eu quero sossego, sabe. Eu acho que cada vez que passa a gente vai procurando mais isso sabe. É muito estressante o trabalho da gente.

O uso do aparelho de som na unidade (fora o uso feito direcionado à Beatriz) e a possibilidade de participar das escolhas de música parecem ficar bastante fragilizados frente à indisposição, de pelo menos parte da chefia, quanto ao uso do aparelho de som. Também frente ao ruído excessivo dentro da unidade, que gera a necessidade de um volume mais alto das conversas para poder estar equacionado com a quantidade de ruído do local. Do mesmo modo, frente às disputas internas, sobretudo no que diz respeito à cobrança de aspectos morais do trabalho e frente à grande quantidade de tarefas a serem executadas pelas técnicas, o que dificulta ou impede o descanso. Por fim, frente à uma necessária dessensibilização aos sons menos necessários ao trabalho; e ao que parece ser uma necessária adequação à uma certa moral que perpetua e naturaliza o sofrimento, impedindo ou dificultando condutas diferentes dessas na UTI.

A 'dessensibilização' dessas profissionais quanto à quantidade de ruído é uma necessidade, pois a constância faz com que acostumem com esse contingente sonoro relatado como excessivo, que tanto pode funcionar como uma estratégia sensorial (audição seletiva que permite ouvir apenas o que é tomado como necessário) contra o excesso de estimulação, quanto por uma estratégia de defesa contra a angústia e o incômodo. O que não as exime de sofrerem com os efeitos

desses ruídos. O choro é um elemento singular nessa dinâmica e parece ter dois efeitos opostos como os lados de uma moeda: ou é ansiogênico, e se torna disruptivo; ou quase se apaga como parte da paisagem sonora.

A gente já sabe qual é (o parêntese), a gente já tem, já conhece o aparelho pelo barulho...

A perpetuação e naturalização do sofrimento referida aqui diz respeito ao que parece fazer parte das discursividades de uma UTI, a saber, a recusa à possibilidade de sentir prazer, alegria ou leveza num ambiente marcado pelo sofrimento e morte. É necessário sofrer para estar em conformidade, como o fato de que os pacientes e trabalhadores podem ter inúmeras bombas ruidosas em sua companhia, mas têm certos impeditivos com relação à possibilidade de fruição e acesso à música. O ruído está naturalizado pelas relações de poder, sobretudo pelos saberes envolvidos nas relações hierárquicas, assim como o sofrimento. Morte e música estão virtualmente separados. Para aquele que pode estar à beira da morte não há direito à música³⁶.

2.2.4. Audições

Com a gravação do 'som do ambiente' e posterior discussão com o grupo foi possível identificar dois pontos importantes nos movimentos das trabalhadoras, no sentido de produzir mudanças nos contextos sonoros da UTI: a necessidade de diminuição do ruído e o desejo de ter música, nas condições colocadas pelas trabalhadoras. A partir disso foi decidido um novo retorno à UTI, com o objetivo de

³⁶ No campo da Musicoterapia há estudos que relatam e analisam sua utilização com crianças, jovens e adultos no final da vida, inclusive em UTI, como em Gallicchio (2001) e Martin (1996).

realizar audições (colocação de música) na unidade. Tais audições foram executadas durante uma semana do mês de Setembro de 2005, no turno da manhã e tiveram o consentimento da chefia de enfermagem da unidade.

Esta intervenção foi calcada na técnica de audição, descrita como uma das quatro principais técnicas de base da Musicoterapia (BRUSCIA, 2000, onde é referida como 'escuta'; CHAGAS, 2001, entre outros). A utilização da audição pelo musicoterapeuta diferencia-se de outras, segundo Chagas (2001, p. 56), porque o musicoterapeuta, "de uma maneira especial, observa a reação do cliente à música, e propõe um caminho clínico a seguir à escuta musical". A leitura dos acontecimentos sonoros (em diferentes perspectivas, tais como as leituras que envolvem a estrutura do material sonoro: escalas, ritmos, etc) e seus contextos são feitos pelo musicoterapeuta como base para propor intervenções sonoras que têm objetivos e concepções terapêuticas.

No caso deste estudo, utilizam-se os modos de trabalhar descritos acima, propondo-se um direcionamento a partir das contribuições teóricas que embasam a pesquisa. Para tanto, foram levados CDs para a unidade com o intuito de que as trabalhadoras pudessem utilizar as músicas escolhidas como meio de intervenção nos seus modos de trabalhar e, portanto, no contexto de trabalho.

2.2.4.1 Escolha do Repertório³⁷ e Dinâmica das Intervenções

O repertório foi escolhido com base nos relatos e intervenções anteriores, sobretudo com relação a referências estilísticas ou de efeitos produzidos (p.ex.: 'instrumental', 'bossa nova', 'música brasileira', 'música clássica', 'música gaúcha',

³⁷ Em anexo encontram-se as listas de todo o material sonoro levado para a unidade e as listas referentes às escolhas executadas nas intervenções.

'ópera', 'música relaxante', 'música calma', 'música ambiental', entre outras), acrescido de CDs de repertórios esteticamente aproximados e de músicas propostas pela pesquisadora a partir de suas observações, vivências e experiências na UTI. Buscou-se agrupar um repertório que potencialmente atende a essas referências. Inicialmente foram levados vinte e dois CDs. À medida que surgiram novas demandas de repertório, foram agregados outros seis CDs.

Dado de que boa parte do tempo destas trabalhadoras é utilizado no preenchimento de evoluções, levou-se, junto aos CDs, uma pasta de papelão em que estavam afixadas a lista dos CDs trazidos, uma folha onde as técnicas podiam escrever seus pedidos de música e uma caneta. Nesta folha também estava colocado o convite para que as trabalhadoras trouxessem algum CD para que fosse colocado na UTI, ao longo da semana. Cada dia da semana recebeu uma folha diferente, de maneira que as escolhas de cada dia ficassem especificadas. A colocação das músicas foi feita por ordem de aparecimento na lista. Como seria difícil e mesmo improvável que as técnicas pudessem efetuar a colocação das músicas devido a suas tarefas, a pesquisadora efetuava a colocação segundo a ordem de aparecimento dos pedidos. No caso da escolha ser verbalizada, a pesquisadora escrevia imediatamente o pedido para que este fosse adicionado na lista na ordem de aparecimento. Estas ações estavam permeadas pelas intervenções da pesquisadora no sentido de estimular a escolha de músicas pelas técnicas e também sobre a utilização ou regulagem do volume do aparelho de som pelas mesmas, no sentido de construir uma maior autonomia das técnicas no uso dos materiais.

Nos momentos em que não havia nenhum movimento das técnicas em enfermagem no sentido de escolher músicas, a pesquisadora efetuava intervenções

diretivas, escolhendo e colocando música, a fim de utilizar o espaço proposto à audição. No caso de pedidos de sugestão das técnicas à pesquisadora, o procedimento era de sugerir alguma audição (colocava-se a música) e perguntava-se se estava de acordo com a demanda da técnica. No caso de negativa, era trocada a música ou estimulado novamente que a profissional escolhesse a música diretamente. A ausência de escolhas por parte das técnicas em enfermagem estava, em geral, associadas a situações que envolviam um grande número de tarefas, ou risco do paciente.

As escolhas, quando executadas pela pesquisadora tinham como referência a escolha de repertórios com estruturas musicais que pudessem contemplar as demandas já conhecidas pela pesquisadora, em conjunção com as leituras das dinâmicas dos contextos, sobretudo com relação ao ritmo geral do contexto e níveis de tensão. Da mesma forma, levou-se em consideração os repertórios enunciados pelas técnicas em outros momentos do campo. Algumas escolhas, como as efetivadas na primeira manhã, tinham como base, também, o conhecimento prévio de efeitos gerais de algumas músicas em experiências anteriores de trabalho da pesquisadora. Nos demais casos, valeram os primeiros critérios, agregados à repetição de músicas que já tinham sido escolhidas pelas técnicas. Cabe ressaltar que o objetivo de minimizar ao máximo as intervenções da pesquisadora sempre esteve presente.

Em cada sala os materiais foram dispostos em locais que não atrapalhassem a movimentação e as tarefas das técnicas em enfermagem, mas que, também, fossem posições de fácil acesso para elas. Na Área 1 os materiais foram colocados numa mesa utilizada para evolução, localizada próxima aos boxes. Na Área 2 foi colocada na mesa do posto de enfermagem.

Antes de iniciar a colocação de música em cada ambiente, oferecia-se a possibilidade de colocação de música naquele momento e combinava-se com os presentes a regulação do aparelho de som, enfatizando que havia liberdade para a regulação do volume ou outra necessidade, como no caso de desconforto. A combinação incluía o cuidado referente às reações das crianças internadas.

A questão do desconforto é ambígua, pois estas intervenções poderiam agregar outros elementos ao cotidiano, inclusive desafiando a norma. Por outro lado, havia o fato de que o contexto de trabalho dessas profissionais foi narrado inúmeras vezes como angustiante, doloroso, sofrido, ruidoso e mesmo penoso, e a calma e o relaxamento eram apontados como necessidade. Assim, poderia trazer desconforto tanto manter o ambiente como estava, quanto produzir algum estranhamento. O objeto dessas intervenções seria, portanto, 'instigar' o 'desconforto', de modo a potencializar o prazer, a fruição e o movimento, no sentido de produzir alguma diferença. Junto a isso, estava o fato de que as intervenções das trabalhadoras já continham em si um grande movimento: possibilitar a música, o canto e a escolha a quem está deslegitimado e silenciado.

A colocação de música em um ambiente tão complexo como o de uma UTI infantil logo colocou a necessidade de vários cuidados. Na Área 2, onde os leitos eram dispostos sem separação e as tomadas ficavam todas na bancada acima dos leitos, (onde estavam dispostos os aparelhos conectados a cada criança), o aparelho de som estaria necessariamente próximo à cabeça de uma das crianças.

Como todos os leitos estavam ocupados no primeiro turno de audições, foi necessária uma estratégia de mudança de localização do aparelho de som entre as bancadas dos leitos para que se diminuísse a possibilidade de saturação auditiva de

alguma das crianças, sobretudo das que estivessem mais próximas à fonte sonora, onde o volume de som recebido é maior.

Isto colocou em evidência outro aspecto da audição na UTI, que é o fato de ser uma intervenção que gera efeitos em todo o contexto e, portanto, em todas as pessoas presentes no lugar. Isso significava a necessidade de uma vigilância sobre os efeitos de cada música no contexto em geral, e sobretudo, nas reações das crianças.

Um terceiro aspecto dizia respeito ao volume de som utilizado, na medida em que a via auditiva é primordial na transmissão de informações sobre o paciente para a equipe e entre a equipe (devido ao som da aparelhagem e/ou comunicação entre pessoas). Também porque o ambiente sonoro da unidade é muito ruidoso (ou 'barulhento'). O volume poderia fazer com que a música fosse um elemento agregado ao ruído (significando um aumento de ruído e potencialmente mais incômodo para as pessoas) ou diferenciado do ruído (significando soar como 'música', ao invés de 'barulho'). Apesar de o volume não ser o único item definidor dessa situação, que certamente é afetada pelo nível de tensão encontrado em cada contexto, o volume tem audibilidade e é passível de controle.

Um quarto aspecto incorria na possibilidade de alguma música escolhida mostrar-se 'inadequada' em algum momento ou contexto. Essa inadequação poderia referir-se à música gerar efeitos considerados incômodos ou 'estressantes' pelas pessoas presentes, sobretudo pelo aumento de tensão em determinado momento. Também, pelo efeito da música sobre o humor das pessoas, ou ainda sua relação com o gosto musical, o qual estava constantemente associado a julgamentos de valor a respeito dos gêneros musicais. O incômodo era um limiar necessário à não

agregação ao ruído e só poderia ser definido mais estritamente com a ajuda das participantes.

O 'Bolero' de Ravel³⁸, foi uma das músicas retiradas durante sua audição. Os motivos, apesar de não poderem ser delimitados estritamente, parecem estar associados aos contrastes da estrutura musical, frente ao contexto daquele momento na unidade. Contrastes estes que se mostravam pelo aumento da dinâmica musical, pelo espessamento da textura instrumental e das dissonâncias, neste caso. Ressalta-se que a técnica em enfermagem referiu acerca da parte inicial da música, realmente, sendo que. A parte inicial foi tomada por adequada.

Dada a diversidade de variáveis com que se lidou na UTI e a multiplicidade de efeitos que uma música pode gerar, fazia-se necessário procurar entender porque uma música tornava-se inadequada em um certo contexto, visto que essa 'inadequação' poderia estar mais associada, por exemplo, a efeitos estruturais da música em certo contexto, ou mais associada às discursividades dominantes na UTI. Porém, o que parecia ser mais importante eram as experiências da conjugação de cada música em cada contexto em que era escolhida, operada, vivenciada e experimentada e dos efeitos que essa conjugação produzia.

Também se utilizou o recurso de definir um espaço de tempo sem música entre cada música colocada, pelo menos algumas vezes. Primeiro para que pudesse haver um efeito de contraste entre o ter e o não ter música e identificar as reações à falta da música; segundo, para que fosse possível ouvir os sons das salas para melhor adequar os volumes utilizados; terceiro, a fim de poder sentir o ambiente sonoro e suas tensões; quarto, para que fossem diminuídas as chances de gerar 'estresse' nas pessoas mais próximas ao aparelho de som.

³⁸ [Faixa 13 do CD].

As manhãs variaram em movimento de pessoas e tensão no trabalho. As intervenções musicais foram executadas durante uma hora em cada uma das áreas da unidade (na Área 1, situou-se no corredor), durante quatro dias. A área em que eram iniciadas as audições eram alternadas a cada dia, desde que houvesse possibilidade. Houve, por duas vezes, a combinação de iniciar mais tarde a intervenção na Área 2, devido às circunstâncias de trabalho.

Ao longo da semana os receios foram sendo vencidos, as conversas foram ampliadas, assim como o manuseio dos materiais foi sendo ampliado. A escolha e fruição das músicas muitas vezes foi detonador de discursividades que indicavam sobre a moral do trabalho (no que se mostravam contrárias à intervenção sonora e escolha das músicas), como quando uma técnica refere-se num tom de crítica à 'vida boa' da colega, devido ao fato da profissional estar sentada escolhendo CD. Ressalta-se que esta trabalhadora buscou sentar-se somente após ter feito todos os cuidados necessários em seu paciente. Isto evidenciou novamente o uso da música no trabalho, associado ao prazer, ao descanso, ao 'parar por instantes', mas também associado à vagabundagem do trabalhador.

As audições musicais produziram muitos efeitos na unidade, a partir de diferentes acontecimentos, que produziram as análises presentes no próximo capítulo.

Pai, afasta de mim esse cálice
 Pai, afasta de mim esse cálice
 Pai, afasta de mim esse cálice
 De vinho tinto de sangue

Como beber dessa bebida amarga
 Tragar a dor, engolir a labuta
 Mesmo calada a boca, resta o peito
 Silêncio na cidade não se escuta
 De que me vale ser filho da santa
 Melhor seria ser filho da outra
 Outra realidade menos morta
 Tanta mentira, tanta força bruta

Como é difícil acordar calado
 Se na calada da noite eu me dano
 Quero lançar um grito desumano
 Que é uma maneira de ser escutado
 Esse silêncio todo me atordoia
 Atordoado eu permaneço atento
 Na arquibancada pra a qualquer momento
 Ver emergir o monstro da lagoa

(...)

Talvez o mundo não seja pequeno
 Nem seja a vida um fato consumado
 Quero inventar o meu próprio pecado
 Quero morrer do meu próprio veneno
 Quero perder de vez tua cabeça
 Minha cabeça perder teu juízo
 Quero cheirar fumaça de óleo diesel
 Me embriagar até que alguém me esqueça³⁹



3. PANÁUDIO

³⁹ 'Cálice', Chico Buarque e Gilberto Gil [Faixa 14 do CD].

A análise de Foucault (1975) acerca do Panóptico de Bentham, inspirou-nos na análise de algumas formas de controle encontradas no hospital contemporâneo. Foucault encontrou na arquitetura de Bentham elementos presentes no disciplinamento do corpo e na coerção, por meio da vigilância e inspeção, que se realiza através do olhar contínuo que visibiliza quem deve ser olhado. Mantém-se assim, o poder em funcionamento. Por meio do dispositivo panóptico, o autor analisa as estratégias e discursividades de controle que fazem funcionar “relações de poder numa função, e uma função para essas relações de poder” (FOUCAULT, 1975, p.182).

a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação; que a perfeição do poder tenda a tornar inútil a atualidade de seu exercício; que esse aparelho arquitetural seja uma máquina de criar e sustentar uma relação de poder independente daquele que o exerce; enfim, que os detentos se encontrem presos numa situação de poder de que eles mesmos são os portadores. Para isso, é ao mesmo tempo excessivo e muito pouco que o prisioneiro seja observado sem cessar por um vigia: muito pouco, pois o essencial é que ele se saiba vigiado; excessivo, porque ele não tem necessidade de sê-lo efetivamente. Por isso Bentham colocou o princípio de que o poder devia ser visível e inverificável. Visível: sem cessar o detento terá diante dos olhos a alta silhueta da torre central de onde é espionado. Inverificável: o detento nunca deve saber se está sendo observado; mas deve ter certeza de que sempre pode sê-lo (FOUCAULT, 1975, 178).

Para o autor, “uma das condições essenciais para a liberação epistemológica da medicina no fim do século XVIII foi a organização do hospital como aparelho de ‘examinar’” (idem, p.165). O paciente se tornou um corpo em exame contínuo, a medicina conformou-se como verdade, e o médico e o enfermeiro tornaram-se os personagens principais. O médico consolidou-se como agente imperioso, por deter a tecnologia do exame e o ‘controle’ sobre a vida e a morte, e o enfermeiro consolidou-se como seu subordinado, detentor da herança dos cuidados e assistência dos religiosos no hospital, que paulatinamente foram suplantados. Surgiu assim, uma nova conformação dos saberes e das relações de poder. Foi a instalação do ‘científico’ e com ela toda a tecnologia de controle sobre o corpo dos

pacientes e dos trabalhadores do hospital e suas atividades: seu ritmo, seu tempo, sua visibilidade, sua conduta, sua moral, controle e extração das forças, instauração e manutenção da hierarquia rígida. Esta tecnologia, mais do que regular as pessoas, regula lugares nas redes de poder e toma o panoptismo como forma de assegurar o funcionamento das relações de poder capilares. Esta tecnologia continua operando no hospital contemporâneo.

Em tempos de sociedade de controle (DELEUZE, 1992), os moldes disciplinares dos grandes confinamentos foram paulatinamente substituídos por modulações de controle rápidas, contínuas, ilimitadas e móveis de uma moldagem auto-deformante. O controle não está fora, mas dentro, onipresente e onisciente.

O hospital contemporâneo tem um funcionamento com raízes no panoptismo, mas como todo maquinário contemporâneo, desenvolveu controles mais fluídos, mais rápidos e mesmo fugidios, não apenas centrados no olhar e ver, mas também centrados no ouvir e escutar⁴⁰. Para as ações ligadas ao ouvir e escutar não é necessário ver ou ser visto, e ainda assim manter-se vigiado, inspecionado, disciplinado e controlado. É um controle, portanto, para além do visual e das paredes: um controle exercido através do contexto sonoro, que se transmite em ondas imperceptíveis ao olhar (ondas sonoras, que são materiais mas invisíveis) e fluem pelo ar. São fluxos compostos de sons e silêncios, atravessam paredes - daí que também se utiliza da arquitetura - e disciplinam o corpo aos moldes contemporâneos das sociedades de controle. Controle constante, contínuo e permanente na impermanência: o som se dá sempre no tempo, seus efeitos são constantes, mas sua existência física é fugidia e inapreensível tal qual o próprio

⁴⁰ Entre ouvir e escutar, estão a atenção, o entendimento e a consciência envolvidos na ação. Ouvir: “v.t., int.1. Perceber pelo sentido da audição; escutar. 2. Atender; obedecer”. Escutar: “v.t. 1. Perceber, entender (os sons) pelo sentido da audição; ouvir. 2. Dar atenção a; atender. 3. Auscultar. Int. 4. Prestar atenção para ouvir alguma coisa.” (LUFT, 1984, p. 227 e p. 409, respectivamente).

tempo. Como o Panóptico, atinge um grande coletivo de pessoas, onde todos são inspetores. É um dispositivo mais rápido, moldável e sutil que o Panóptico, e ainda pode conectar-se com outras estratégias e tecnologias da contemporaneidade. Se o Panóptico é um 'pan-óptico', aqui temos um 'pan-áudio': Panáudio.

O panáudio é um dispositivo de controle que se exerce pelo sonoro, com outras tecnologias e o mesmo fim do Panóptico: manter os fluxos dominantes das relações de poder e controles do hospital, produzir verdades, construir sujeitos e conhecimentos sobre eles, ordená-los, moldá-los e tomar as forças e a produção de seu trabalho. O panáudio é produtor de modos de subjetivação no hospital. São formas de funcionamento das relações de poder no hospital, que são ágeis e ora seguem numa direção de fluxos, ora noutra, permitindo que, o que agora submete, daqui a pouco possa libertar. Está formado também, pela fluidez e pelos fluxos necessários à sociedade de controle e aos modos capitalísticos de subjetivação: homogeneíza e individualiza ao mesmo tempo.

No Panáudio em todo lugar se ouve a tudo. O sigilo é dificultado pela estrutura arquitetônica e em tecnologias que a tudo dão e têm ouvidos. Entretanto, é mais móvel e fluido porque é modulador de modos de existir e viver a partir de dispositivos que tudo fazem ouvir, pouco permitem escutar, pouco permitem cantar e fazem falar a tudo que é lícito falar. Tudo se ouve, pouco se escuta, pouco se canta, tudo se fala, mas fala-se muito o que deve ser dito. O conceito de sofrimento silenciado desenvolvido por Tittoni (2004, p. 76) contribui para a compreensão desses efeitos. Para a autora, o silenciamento

não se restringe a calar ou impedir alguém de falar, mas, se lembrarmos, com Foucault (1980), os modos de controle centrados no "fazer falar" típicos da sociedade de controle, por vezes esse ato instaura-se através do instigar ao falar com o objetivo de se controlar o que seja dito. Esse silenciar produzido pela discurso médico hegemônico e pela gestão do

trabalho requer estratégias de cunho institucional que ultrapassem a análise dos casos, das populações e de grupos dos trabalhadores, voltando-se aos agenciamentos que forjam as instituições e regimes de verdade que submetem e controlam.

Audível e inaudível seguem formas e modulações entre barulhos detectáveis, ruídos constantes, pedidos de silêncios e silenciamentos resultantes, realizados em lugares móveis de onde tudo se ouve, e em relações de poder que funcionam também pelo controle e formatação a partir dos contextos e elementos sonoros.

O hospital está associado a muitas discursividades de silêncio: a figura de enfermeira disciplinadora com dedo em riste em frente aos lábios, as placas de trânsito que ordenam silêncio, as ordens hierárquicas que ordenam silêncio. Entretanto, o silêncio⁴¹ contrasta com os sons dos fluxos: sons de aparelhos, sons de pessoas que transitam, que conversam, que choram, ruídos das mais diferentes origens, avisos sonoros das mais diversas naturezas. O silêncio parece estar apenas naquele que está sedado (uma certa forma de silenciamento), naquele que morreu e nas discursividades dos regimes de verdade que, ao invés de produzir silêncio, produzem silenciamento.

Tal como o panóptico, o panáudio tem diferentes estratégias e pode ser encontrado em diferentes lugares, co-existindo em diferentes formas e modulações. Podemos encontrar o panáudio funcionando nos depoimentos das trabalhadoras, com elementos fugidios sobre as relações de poder que dificultam o uso de música na unidade estudada e no hospital, sobretudo naquelas ligada à hierarquia; sobre os julgamentos morais ligados ao sonoro, que produzem efeitos individualizantes nos comportamentos das trabalhadoras, traduzida na incapacidade de tornar audível e

⁴¹ Aqui tratamos do silêncio enquanto percepção, não enquanto silêncio absoluto, que é possível apenas em lugares sem ar, dado que o som é uma onda acústica que necessita de um meio material para se propagar. No silêncio enquanto percepção, estão presentes continuamente diferentes ruídos, mas que não são percebidos com primazia pela audição. São 'fundo'.

visível as possibilidades do coletivo. O panáudio também está no ruído que busca afogar as produções coletivas que rumem a maiores possibilidades de construção das práticas de liberdade, ainda que renitentes e dificultadas; está na voz que ‘não sai’ e que, quando sai, obedece aos volumes e formas delimitadas pelo sujeito moral e pelos modos de trabalhar do hospital; está no abafamento da música e do cantar, em meio a tantos ruídos e tantos estranhamentos; está na arquitetura que vaza o som e não permite o sigilo; nos sons de avisos nos corredores, ainda que o silêncio seja tomado como verdade absoluta; nas discursividades que ordenam o que e como deve soar cada lugar e cada indivíduo. O panáudio funciona pelo aprisionamento dos sentidos⁴² traduzidos, muitas vezes, pela hierarquia, que define quem e quando pode soar e ser escutado. Neste caso, seriam as relações de poder audibilizadas na hierarquia.

O panáudio é, ainda, mais concreto na efusão de sons das aparelhagens que, ao mesmo tempo, controlam a vida e, portanto, são necessários ao trabalho. Estes aparelhos controlam os ritmos dos acontecimentos e seus fluxos, tal como controlam o trabalhador, tanto pelos efeitos da hierarquia (que tem o controle sobre o modo como soam as aparelhagens), quanto por serem sons que regulam e garantem a vida, objeto e finalidade de seu trabalho. Também controla pelo medo da morte, que vem com o silêncio; e pelo silenciamento do trabalhador e mesmo dos pacientes e familiares, já que o silenciamento também refere-se a não ser escutado e, portanto, invisibilizado. Esta efusão de sons que serve ao controle também está presente nas discursividades dominantes no hospital, que associam a música ao prazer e ao relaxamento e, por outro lado, ao não trabalho e à distração imoral (a vagabundagem), definindo lugares para a música e para o trabalho. Isto produz a

⁴² ‘Sentidos’ em termos de meios de percepção – o que deve ser ouvido e escutado -, ‘sentidos’ em termos de representações ou significados, e ‘sentidos’ em termos da capacidade e do que sentir.

desvinculação da música aos potenciais de vida, dificultando as ações que poderiam gerar práticas de liberdade. Da mesma forma, garantem a manutenção do controle, evitando as ameaças de possíveis novas formas de viver e trabalhar.

Os controles visibilizam-se e audibilizam-se com diversas facetas. São encontrados nos sons necessário aos aparelhos que cuidam da vida, mas também os sons desnecessários para a vida, mas que são utilizados para o controle dos trabalhadores, em efeitos de relações de poder que tem em seu cerne as relações de saber/poder e hierárquicas do hospital; no controle sobre a vida, sobre o trabalhador e sobre a demanda de trabalho; no silenciamento (falar 'não falando', não completar as frases, falar baixo, não sair a voz, falar o que pode e deve ser dito, querer cantar e não poder cantar); na naturalização do ruído como parte do sofrimento e da purgação para a saúde e a desnaturalização da fruição, do prazer e dos deslocamentos de tempo e de espaço e das liberdades que a música pode produzir. Também são encontrados no ruído, que é parte do silenciamento das trabalhadoras e da música – não fazer mais barulho frente a tanto barulho; na música que só serve dentro de certas discursividades marcadamente morais, definidas e operadas a partir das relações de poder, sobretudo aquelas ligadas à hierarquia; nos sons que perpassam as estruturas arquitetônicas; e, por fim, nas discursividades que definem os comportamentos morais para o trabalhador.

Inegavelmente há sofrimento, dor, perda e medo das mais diversas naturezas no trabalho hospitalar, entretanto há um outro elemento que se relaciona mas não se confunde com os primeiros: na unidade estudada, havia não só o sofrimento, as dores, as perdas e os medos, como também o sujeito moral que ditava como deve ser a UTI, como deve e o que deve soar na UTI, como o trabalhador deve sentir-se e comportar-se. Esta produção moral configura a expressão do sofrimento, ou seja, é

necessário não se desvincular do sofrimento para estar em conformidade com as discursividades. Moral, esta, que condena o prazer, a leveza e a fruição possíveis, associando-os à vagabundagem e ao não querer trabalhar. Ao mesmo tempo, associa leveza, prazer e fruição à possibilidade da distração que pode levar ao erro e do erro à morte. Apesar da música na pesquisa não ter produzido distração no trabalho, mas sim, um trabalhar diferente, que parecia ser mais leve e mesmo mais prazeroso, esta moral estava presente. O sofrimento não deve ser abandonado, o ruído não deve ser aplacado, e o sujeito deve ser silenciado frente a tantos ruídos e à dor. O panáudio é composto por estas múltiplas discursividades, tecnologias e efeitos que produzem um sujeito trabalhador silenciado num hospital ruidoso. A música pode ser ameaçadora porque desestabiliza o panáudio e pode abrir espaço e tempo para as práticas de liberdade. O tempo e espaço do disciplinamento podem ser transformados: outro tempo, outro espaço, sem que se perca o trabalho, sem que se perca a vida, mas sendo e sentindo diferente. A música pode produzir um outro tempo. Nada mais assustador para os regimes de verdade e para os modos de sujeição e controle.

Ali, na UTI o pessoal era resistente [à ter música]. Eles achavam que não podia ter música. Porque: porque o paciente estava grave, a família estava sofrendo, e a música ia atrapalhar aquele momento que eles estavam vivendo. Aí eu sempre fui contra essa teoria, né, achei que a música podia ajudar... E claro que não tá lá, velando uma criança, nós vamos estar colocando rock, samba, né... adequar ao momento.. E aí começou com a Beatriz, porque a Beatriz queria música e aí, de repente apareceu um outro rádio lá do outro lado. Então aí, ficaram aqueles dois rádios. O pessoal de noite ouve música, mas de dia era proibido.

P: ah, só podia de noite, então?

C: não, de noite era uma coisa extra-oficial, né...

P: ah, certo...

C: que as enfermeiras da noite acho que ... compactuavam um pouco com aquilo... Antigamente quando eu entrei aqui, as gurias faziam tricô de noite, as gurias liam de noite, e muitas ainda lêem. Tem uma enfermeira que trabalha na noite que ela fez Direito depois que ela tava trabalhando aqui. Ela trazia os livros de Direito pra ler, os trabalhos para fazer no plantão. Então, é uma coisa diferente o noturno, do pessoal do dia. E acho que até a gente nem vai se sentir à vontade lendo alguma coisa ali, enquanto tá aquele movimento, tá agitado, aquela coisa toda...

O mapeamento dos efeitos e tecnologias do panáudio foram parte desta pesquisa e foram encontrados em todas as fases de campo, com diferentes características. Estes são efeitos das relações de poder, que se entrecruzam, se interpõem, contrapõem, sem que se percam suas especificidades, numa constante agonística entre sujeição, resistência e liberdades renitentes. São a vida e a morte em combate, o som e o silenciamento, em elementos que ora reproduzem os modos de subjetivação dominantes, ora tendem a movê-los, sem que com isso estejam em oposição, ou sejam estanques.

3.1 Audibilizando o Panáudio

3.1.1 Sala e Som: deslugares e controles

A arquitetura e acústica do hospital possibilitam que o Panáudio seja constantemente exercido. É o controle para além do olhar, das divisões espaciais e das grandes estruturas. É o controle que se efetua a partir do vazamento de som: pode-se ser ouvido e ouvir, mesmo que não se coabite o mesmo lugar. As salas cedidas para a execução do grupo de pesquisa tinham em comum a característica de não permitirem o sigilo, visto que os sons produzidos nas intervenções poderiam ser ouvidos.

A obtenção das salas, assim como sua utilização mostrou-se como parte de um labirinto institucional, que ora enreda pelas relações de poder sonoras, ora pelo labirinto arquitetônico, ora pelas relações burocráticas, ora pela falta de espaço útil, ora pelas relações hierárquicas, ora por relações caracterizadas por uma lógica

cifrada de funcionamento próprio, que só é compreendida por quem 'é de dentro'. E, de qualquer maneira está enredada nas constantes disputas pelas salas. Um bom exemplo foi a primeira sala utilizada para a pesquisa: a sala cedida para os encontros era a única passagem para a sala dos residentes. Além disso, a sala encontrava-se disposta no espaço construído entre dois corredores e tinha janelas que se comunicavam com estes corredores.

3.1.2 Violão e Festa: potência marginal

Os encontros produzidos geraram diferentes movimentos e visibilizaram diferentes relações de poder. Um deles foi o estranhamento gerado pela presença e circulação da pesquisadora portando instrumentos musicais dentro do hospital, durante o período dos grupos de Musicoterapia. A pesquisadora circulava no hospital com um grande violão e uma sacola sonora, carregada de instrumentos de percussão que, de alguma maneira, contrastavam com o jaleco utilizado. Toda circulação era acompanhada por muitos olhares surpresos, curiosos e mesmo desconfiados. Estavam ali reunidos, num hospital geral, elementos que costumam estar, *a priori*, em lugares separados e discursividades contrapostas. A saber, o jaleco, que é parte dos lugares e discursividades legitimados da 'ciência' e da 'saúde', em contraposição aos instrumentos musicais e seu portador. Estes últimos, oscilam entre lugares e discursividades que ora os tomam parte de um raro saber – o portador também é detentor de uma tecnologia (saber tocar, cantar...) -, ora como parte dos lugares e discursividades que afirmam que quem faz 'arte' ou 'cultura', não é passível de produzir 'ciência', estando mais próximo à 'festa', ou à marginalização e à 'vagabundagem'. Quase uma antítese do trabalho, já que é 'prazer'. Não ocupar

um lugar nos regimes de verdade da ciência significa, portanto, não pertencer aos domínios da 'saúde'.

Esses estranhamentos foram constantes e propiciaram o delineamento dos lugares ocupados pela música, pela 'desconhecida' Musicoterapia e pelo musicoterapeuta no hospital. Esses sentidos gravitavam em torno de prazer, diversão, festa, relaxamento, mas também daquilo que não pertence ao trabalho, não é 'saúde' e, dessa maneira, é deslegitimado enquanto possibilidade de intervenção institucional.

A primeira pessoa a entrar na sala foi um transeunte, possivelmente um residente, que se dirigia à sala contígua. Imediatamente após observar os instrumentos comenta: 'hoje tem festa'. [Em outro encontro] uma pessoa da enfermagem entra na sala e diz: "você estão de festa aqui?", ao que a participante responde num misto de ironia e brincadeira: "sim, no apê" [referência à música 'Festa no apê', do cantor Latino] (risos).

Estes são elementos que constroem a entrada da pesquisadora no hospital e explicitam as discursividades que definem e legitimam os lugares (espaço-tempo) que a música, a Musicoterapia e o musicoterapeuta podem ter nesse contexto. São discursividades que explicitam uma 'inocuidade prazerosa': teria possibilidade e utilidade para diminuir o estresse das trabalhadoras e fazê-las relaxar, sem que qualquer outro elemento fosse modificado. Não se poderia produzir mudanças institucionais, mas sim efeitos sobre os trabalhadores individualmente ou como categoria, o que, de qualquer maneira, era individualizante e mesmo adaptacionista. A demanda era o que podemos chamar de 'efeito espremedor de laranja': relaxar e recarregar energias das técnicas em enfermagem para depois devolvê-las para a organização institucional que as suga. E, 'de quebra', ainda com grandes possibilidades de ampliação da produção.

Esse foi um lugar difícil, porque produtor de estranhamentos e marginalizações, entretanto, interessante, porque menos circunscrito às normatizações. Da mesma forma com que se lidou com ‘a margem’, lidou-se também com maiores potenciais de produção de vida, de transformação e, ao fim e ao cabo, de resistência, de liberdade, de prazer e de ‘sentir-se’ bem. Produziram-se movimentos que fragilizaram algumas cristalizações dos modos de subjetivação operantes nesta unidade e no hospital, pautados pela moral que regula trabalhar entre a vida e a morte. Não sem jogar com a implicação do musicoterapeuta nestes mesmos modos de subjetivação.

3.1.3 A Voz que Não Pode Sair, a Memória que Falha e o Não Saber

Constança: tinha, tenho vontade de fazer um curso de canto, mas pra aprender a soltar a voz, porque a gente é sempre tão contida, né. No trabalho eu não posso falar alto, com as crianças eu tenho que usar um tom bem [faz sinal ‘para baixo’ com a mão], né, adequado, não posso sair de lá falando umas coisas assim ... aí tu te prende muito... aí quando tu quer soltar tua voz, vai fazer aonde, no banheiro lá da casa.

Pesquisadora: pode soltar aqui também.

Constança: Não... aqui eu vou soltar a minha voz.

Pesquisadora: gurias, o que vocês gostariam... de tentar, ou falar muito alto, ou que fosse assim, de sair a voz?

Constança: ópera [dedilha o violão]

Amábilie: está louca? (risos)

Pesquisadora: o que a gente poderia cantar para sair essa voz?

Constança: não quer cantar uma ópera comigo?... já ouviu Carmina Burana⁴³? [dirige-se à colega].

A transcrição acima é uma das muitas referências com relação à voz e ao silenciamento no trabalho hospitalar. Interligados a eles estão as constantes referências a não saber ou não saber ‘mais’ as letras das músicas, ou ainda a tê-las

⁴³ A título de curiosidade, vale citar que Carmina Burana, de Carl Orff, foi composta sobre pergaminhos medievais contendo poemas e canções de autoria de monges e eruditos viajantes, e são escritos em latim e vernáculo alemão medievais e frâncico. O conteúdo dos textos é laico e traz consigo o conceito da roda da fortuna (mutabilidade, sorte e azar na vida), a natureza, o amor, a beleza e o vinho. É uma parábola da vida humana dedicada à Deusa da Fortuna (*O Fortuna, velut luna*) (SÖHNE, B., 1989) [Faixa 15 do CD].

esquecido, ou ter dificuldade de lembrá-las. Esses foram elementos constantes que comumente vieram acompanhados de comentários sobre impotência, incômodo ou falibilidade com relação a possuir o não 'o saber'. Esses são elementos que, se analisados fora de uma perspectiva de contexto institucional, poderiam gerar um olhar e uma escuta que desencadeassem compreensões individualizantes, patologizantes ou mesmo culpabilizantes sobre as trabalhadoras.

Constantemente a voz é qualificada como meio de expressão dos sentimentos humanos e, portanto, a impossibilidade de trazê-la à tona poderia estar ligada à impossibilidade de expressar sentimentos. Seria, entretanto, uma afirmação ingênua, se não fosse considerado que o silenciamento é efeito da dinâmica institucional, e portanto, efeitos da produção do sujeito trabalhador neste hospital. Daí que, (parafraseando livremente Foucault) é através do modo como o sujeito se torna sujeito trabalhador neste hospital, que se pode analisar as experiências e vivências dessas trabalhadoras. Logo, é também na dinâmica institucional que podem estar importantes chaves para produção de alguma mudança neste contexto nocivo. Cabe lembrar que, da mesma forma com que o controle é exercido sobre a voz, as falas, os sentimentos, opiniões, tarefas... também é através dele que se visibilizam, ou melhor, 'audibilizam' a resistência e as práticas de liberdade.

Para efetivar os controles e suas discursividades na produção de sujeitos trabalhadores neste hospital, é necessário produzir modos de sujeição. Tais modos são definidos por Foucault (1995b, p.264) como "a maneira pela qual as pessoas são chamadas ou incitadas a reconhecer suas obrigações morais" e podem ser reconhecidos nos efeitos produzidos direta ou indiretamente pelas chefias hierárquicas. Aí estão a experiência de que voz não pode 'sair', do não poder falar, de ter que falar baixo, ou ainda as frases incompletas ou referências subliminares ao

não poder falar, ou não poder falar da chefia, ou ao não poder conversar e não poder efetivamente ouvir música, dentre outros elementos.

Me refiro assim: a gente tem rádio, mas, de repente, não querem ouvir música naquele momento... elas têm o poder de desligar e ninguém vai ligar... ou então acha que tá muito ruidoso, não é aquele tipo de música adequado... então, a gente tem muito essa coisa de que... veio lá de cima, e a gente tem que obedecer. Então, nesse ponto aí, eu acho que é cortado o negócio. Seria bom se a gente pudesse participar como diz a palavra, a 'participar', dar a tua contribuição, não dar a tua... teu braço, a coisa não é assim. Poder dar a tua idéia e fazer aquilo, ou fazer dos outros. A maioria decide. Mas ter essa oportunidade de te colocar.

Desses efeitos fazem parte as estratégias de silenciamento no controle direto sobre as trabalhadoras, exercido pela chefia, e pelas próprias trabalhadoras entre si. Os modos de subjetivação implicam a todos e envolvem elementos do contexto de trabalho.

O não lembrar e o não saber, sobretudo o não saber 'mais' (referência ao fato de que em tempos anteriores lembrava) estão conectados com as relações saber/poder. As técnicas em enfermagem são uma categoria de nível médio, subordinada às enfermeiras, categoria de nível universitário. A equipe de enfermagem é reconhecidamente uma das categorias onde mais operam as estratificações de divisão hierárquica e de divisão taylorista de trabalho: alguém manda e outro alguém executa. Neste caso, a execução é das técnicas em enfermagem. Agregadas a isto estão as deslegitimações acerca das práticas e saberes das técnicas em enfermagem por não serem detentoras do saber vigente, que é o universitário e científico. Aí podem estar algumas das razões pelas quais o não saber e o não saber 'mais' sejam tão presentes nesta pesquisa. Outra possibilidade levantada é que, nos modos de subjetivação do hospital, cabe muito pouco espaço para o prazer e a fruição que a música pode oferecer. Da mesma maneira, é um cotidiano potencialmente endurecedor: sofrimento, dor, morte, medo,

invasão, cansaço... que contrasta com os prazeres e fruções associados à música. O hospital é um lugar de silêncios ordenados e silenciamentos produzidos. Há poucos espaços para o bem-estar, o descanso, a ‘festa’, o prazer e a frução, apesar destes não serem os únicos efeitos que a música pode operar.

As vozes também são o meio pelo qual a resistência opera cotidianamente, assim como são possibilidades de produzir práticas de liberdade. Ao controle ‘escorregam’ a insubmissão das liberdades e as potências de vida que fogem dos regramentos:

Constança: mas eu já cantei em público, não te lembra ... [dedilha o violão]... soltei a minha voz em pleno auditório.

Amábile: não, isso eu não vi.

Constança: não viu isso? Tenho a foto para comprovar que eu estava lá (risadas).

Pesquisadora: e tu cantaste o quê?

Constança: uma música do Chitãozinho e Chororó. ...Ai, como é que é a música...era sobre o cabelo, alguma coisa assim... numa greve lá nos anos de 1800 (muitas risadas).

Amábile: (risos) eu não vi isso!... tu tava de noite... [trabalhando no turno da noite]

Constança: eu tava... naquele tempo, áureos tempos, né, diga-se de passagem ... a gente ia pro anfiteatro nas greves... Isso, a gente ia prá lá, de greve, então, eu trabalhava na comissão de greve, né, fazia paródia das músicas pro pessoal cantar e fui participar de um show que teve lá (risadas), cantando essa música do Chitãozinho e Chororó, né. (...) Agora não lembro mais, mas é uma música antiga deles, bom deve ter sido lá em 95, 94, que isso aconteceu. Eu consigo lembrar, mas agora, pressionada, não vai sair a música daqui da cabeça... mas foi muito interessante, assim, porque várias pessoas foram cantar lá... ninguém aplaudia. Bah, (...) até agora eu tô tentando me lembrar que música que eu cantei do Chitãozinho e Chororó...

Amábile: ah, treina, semana que vem tu conta pra nós. [risos]

Constança: lembrei! Deixa eu cantar um pedacinho? [risadas] Amábile: Vai!

Constança: *como é que posso me deitar nas garras desse amor gostoso... o jeito é nã, nã, nã ...tudo de novo.*⁴⁴

Pesquisadora: essa é a da greve?

Constança: essa é a da greve. Era essa música que eu cantei, mas foi um sarro...

Amábile: Constança, esses dias eu tava pensando sobre isso, eu, de primeiro, sabia quem cantava, quem era o autor da música, sabia as letras, tudo, e eu não sei mais nada. (...) não sei nem as letras das músicas que eu canto mais ... é um exercício [e aponta a cabeça].

Constança canta uma canção de Débora Blando e comenta sobre os agudos executados pela cantora.

*Vem sentir a era da águas,
O velho tempo terminou.*

⁴⁴ ‘Brincar de Ser Feliz’, de Chitãozinho e Chororó [Faixa 16 do CD].

*Somos filhos da mãe natureza,
 Do vento e do total amor.
 Segue em sua história, dada de Atlântis,
 Todo começo é caos.
 A raça humana, eterna mutante, nascia o plano astral.
 Raiou o sol, que haja luz no novo dia,
 A voz da fé, é a sombra que te guia.
 Eu vou buscar, no silêncio do teu mar,
 Linda sereia, Odoiá lemanjá...⁴⁵
 Diz (novamente) que sentada não conseguiria cantar os agudos.
 Pesquisadora: também dá para levantar e...
 Constança: sim, né, pois é...não sei porque [ela não levanta], embora hoje eu esteja mais solta um pouco. (...) Vou fazer em pé, então, solenemente.
 Oh... que chique.
 Pesquisadora: solenemente...
 Constança: solenemente. O negócio é que não tem que ser solene, né...
 Pesquisadora: não...
 Constança: é, também acho que não. Pode ser bem descontraída.
 Pesquisadora: a não ser que tu queiras fazer solenemente.
 Constança: não. Vou fazer a coisa mais leve. Já basta o solene que eu tenho que estar lá de manhã. Ai, hoje eu não sei o que que eu tinha. Tava uma ardência no peito, assim, isso que eu não estava com paciente grave nem nada, né, mas tava no início da manhã tensa. Aí depois passou. (...) Então hoje vamos relaxar...
 Pesq.: vamos. Disso aqui que a gente tem, o que pode te ajudar a relaxar?
 Constança: A música é relaxante.
 Pesq.: Fazer música...
 Constança: fazer música. [risos]
 Pesq.: e tu achas que dá para fazer mais alguma coisa com música além de relaxar?
 Constança: dá para criar, dá para expressar sentimento, tanto de alegria, tristeza, dor...*

Outro elemento presente nos tensionamentos referentes ao não saber e às características de conformação do trabalho hospitalar, são as poucas possibilidades do trabalhador ser inventivo. Este elemento pode gerar penosidade no trabalho, tanto quanto cargas excessivas de tarefas e largas exigências psicológicas e emocionais, como a constante presença do tensionamento de vida e morte. Todos esses elementos estão presentes nas experiências produzidas nesta pesquisa. A possibilidade de inventar com música é outro elemento que ameaça os modos de subjetivação do hospital, que são marcados pela repetição e pela impossibilidade da invenção e do questionamento aos superiores hierárquicos. É o silenciamento também da inventividade.

⁴⁵ 'Unicamente', Débora Blando [Faixa 17 do CD].

Constança: E eu sou muito doida assim, não sei se tu já percebeu! (risos) Mas eu tenho um lado muito sério, muito responsável, mas tenho um lado criativo, que eu tento segurar um pouco, porque nem sempre dá pra gente fazer isso, né... sair aloprando...

Pesq.: não dá pra ser muito criativo no teu trabalho?

Constança: Não. Não..

Pesq.: e como é que é isso aí? [Quando tem algum evento na unidade]

Constança: às vezes te frustra. Aí, agora, quem é que participa dessas coisas, só a enfermeiras e se a gente como técnico vai participar, o que que tu é: mão-de-obra.

Pesq.: aham...

Constança: tu não tem que criar, tu não tem que dar idéia... tu tem que fazer o que elas mandam. Então eu fico pensando assim: Pô, pra que eu eu to indo lá, então? Pra nada, né.

Pesq.: e tu achas que isso pode acontecer com relação à música, por exemplo?

Constança: Ah, acho que pode. Pode no momento em que se determinam o que é que se ouve.

No trecho abaixo vemos como estes elementos aparecem e como são produzidas outras estratégias frente a estes contextos, através da utilização da experiência musical nos encontros. Estratégias essas que usufruem da possibilidade de pôr-se em outro lugar, o que foi muitas vezes referido com o uso da palavra 'viajar' pelas técnicas, ora referindo o sentido conotativo, ora denotativo. Ficam visíveis, também, as linhas sutis mas fortes das relações de poder, que se entrecruzam até audibilizar-se nos sons ou silenciamentos produzidos no hospital e, mais especificamente, nesta unidade. Este trecho mostra estes caminhos e ligações, mas também os descaminhos e deslugares descristalizantes produzidos pelo uso da música.

Uma vez eu participei de um negócio de biodança, aqui, então teve uma prática assim, que eu achei fantástica. Todo mundo em círculo, de mão dada, e o som da música era uma coisa bem tribal, então, o movimento que se fazia, assim, era, passos para frente e passos para trás, mas naquele ritmo da música. E realmente, se tu fechasse os olhos, tu te imaginava lá no Xingu, no meio da... da tribo, com os índios dançando. E é impressionante uma coisa assim. Aí é que ta, como a música pode te levar para outros lugares, assim como a leitura., a música também tem esse poder. Basta que esteja aberto para isso (pausa). Então, abrindo os horizontes hoje, aqui. (risos) (...) Quer cantar mais uma?

As discursividades dominantes podem mudar entre as unidades, como mostra o trecho abaixo, apesar de conservarem características comuns.

Pesq.: Constança, quando eu fui fazer as observações, me falaram que na unidade Y tem música.

Constança: Tem. E há muito mais tempo do que tem música na UTI.

Pesq.: e o pessoal ouve assim...

Constança: ouve. Tem gente [técnica em enfermagem] que ouve rádio de crente...

Pesq.: a é...

Constança: pelo menos o tempo que eu fiquei lá, eu ouvia. Às vezes a gente até pedia pra colega trocar porque... ficava só aquela ladainha... nada contra os crentes, né, cada um na sua religião, mas ...

Pesq.: mas o pessoal mesmo, trabalhadores, ou pacientes?

Constança: os trabalhadores. Aí outra gosta de pagode, vai lá e põe no pagode, aí a outra que ouvir outra música, bota...

3.1.4 A Floresta, a Vida e a Morte: riso e dor na música da vida de 'dentro' e da vida de 'fora' do trabalho

Muitas vezes o trabalho no hospital foi cantado pelas técnicas a partir de suas experiências e vivências, através de diferentes possibilidades de experiência sonoro-musical. Estas situações abriam possibilidades para outras formas de expressão do vivido e para movimentos diferentes, inclusive na produção de novas perspectivas frente às suas realidades. Expressão do controle e, em contrapartida, produção de novas liberdades. Essas experiências foram constantemente povoadas de conteúdos referentes à morte, à dor e ao sofrimento do trabalho cotidiano, que se entremeavam com risos e gargalhadas necessários à produção de uma defesa perante o sofrimento e mesmo o medo. Experiências essas que geravam movimentos nos modos de sujeição do hospital, sobretudo porque podiam produzir resistência, práticas de liberdade e novas subjetivações que confrontavam o silenciamento. 'Podiam produzir' porque a música pode tanto ser utilizada para a produção de práticas de liberdade, quanto pode alimentar e reforçar os modos dominantes. O uso da música e dos sons não é naturalmente 'libertador'. É, antes de tudo, produtor de efeitos.

A angústia e a morte foram alguns dos elementos mais constantes das experiências de improvisação sonoro-musical que tornavam audíveis e reconhecíveis aspectos das vivências e experiências do ‘ser’ técnica em enfermagem neste hospital e na vida em geral. A vida de ‘dentro’ e a vida de ‘fora’ do trabalho são melodias de uma mesma canção, como fios de um mesmo tecido. Estes fios ficam muito claros nos movimentos produzidos nos encontros. A música funcionou como audibilizador da indissolubilidade da vida no âmbito do trabalho e daquilo que é tomado como fora do âmbito do trabalho. Portanto, das subjetivações e efeitos produzidos pelo trabalho na vida como um todo.

Pesquisadora: e se a gente pensar no trabalho de vocês?
 Amábile: bom, daí só dá pra escutar música velha, devagar...
 Constança: não... mas se tu comparar com música, tem dia que ‘tá Marcha Fúnebre⁴⁶.
 Amábile: quase todos.
 Pesquisadora: então vamos fazer uma Marcha Fúnebre?
 Amábile: ai!
 Pesquisadora: querem fazer?
 Amábile: eu não me lembro...
 [pesquisadora canta o tema]
 Amábile: há, há! Igualzinho! [muitas risadas] Ela atende agora lá pra gente, eu acho, e ela faz o fundo!

As participantes voltam a experimentar os instrumentos e passam a tocar. A pesquisadora junta-se também tocando instrumentos, no compasso binário e andamento determinados pelas participantes. Amábile: eô...
 [risadas]
 Constança: *vamos para a tribo?*
 Amábile: viva o Xingu! [risos]. [Subdivisão da célula rítmica]
 Constança: *estamos na oca...*
 [Inicia o jogo sonoro que inclui rima, tendo como base a percussão]
 Pesq.: *estamos na oca*
 Constança: *comendo pipoca*
 Pesq.: *comendo pipoca*
 [Constança chama Amábile para o jogo]
 Amábile: *falando da Maroca*
 Pesq.: *falando da Maroca* [muitas risadas; manutenção da percussão]
 Constança: agora entregou, né, [risadas]
 Amábile: ‘ta bom, parecido com boboca [risadas] ah, não, depois da Maroca... [risadas – percussão contínua]
 Constança: e agora, quem vota....
 Pesq.: *só com uma bitoca* [risadas]
 Constança: não seja por isso... *salvem a toca* [risadas]...criatividade!

⁴⁶ ‘Marcha Fúnebre’, de Chopin [Faixa 18 do CD].

Amábile: *lá na 'bigoca'* [palavra inventada]... agora é tu. [para Constança]
 Constança: vamos arrumar outra rima, por favor!
 Amábile: rima tudo aqui... [risos]... *eu vi um homem passar com a cara torta*
 Constança: *'tava chorando que a mãe tava morta* [muitas risadas]
 Amábile: essa foi boa!
 Pesq.: *atrás da porta* [Amábile havia feito referência aos familiares que transitavam pelo corredor – atrás de nossa porta – em momento anterior]
 Constança: olha só, ganhou a cena! [muitos risos]... a mãe morta, atrás da porta [permanece a mesma base rítmica].
 Pesq.: *de cara torta*
 Amábile: *mas não importa, agora ... tá cheia de paz* [muitos risos]
 Constança: a mãe tava morta, atrás da porta, muito bem! Isso não importa!
 Ehhhh! Acabou! [risos] ... ui! [risos]
 Constança: deu até um calor.
 Amábile: vocês tão saindo terrível! [risos]
 Constança: eu lembro quando a gente brincava ...
 Amábile: essas duas aí não vão vir mais!
 Constança: acho que ela [pesquisadora] é que não vai mais nos querer aqui [risos]
 Amábile: é, foi o que eu disse .
 Constança: fala uma palavra e canta uma música, nunca brincou disso?
 Pesquisadora sugere que se pense em diferentes lugares na brincadeira: um lugar e uma música. No caso, o hospital.
 Constança: *no hospital, na sala de cirurgia*⁴⁷... [Risadas sonoras de Amábile e Constança].
 Amábile: então vamos lá, Constança...é, me lembro do cara agora, cabeludo aquele [risadas]... chama Odair José.
 Constança: 'ta, vamos de Odair José, juntinhas as duas [risadas], vamos lá!
 Amábile: agora tu [Constança] puxa, te disse que eu tô com problema de memória [risadas]
 Constança diz: ah, nós temos um repertório vasto! [risadas]
 Cantam: *no hospital, na sala de cirurgia, pela vidraça eu via você sorrindo a chorar, e de repente, aos poucos se desfazendo, o nosso amor foi morrendo sem poder me despedir* [Amábile toca clavos em alguns momentos e Constança toca o chocalho] *no hospital na sala de cirurgia* [muitos risos... elas param de tocar].
 Amábile: é muito triste, eu já to até chorando! [estão gargalhando] ...é, morreu tudo ali, até a morta! [muitas risadas].
 Constança: morre aqui [risadas] [Constança conta a história da música:] a história é que ela tava dando a luz e morreu.
 Amábile: e deixou o filho pra ele criar.
 Constança: deixou a criança pra ele ... [ao fundo, uma criança chorar no corredor] é essa a história.
 Amábile: chorando à míngua [risadas]... toma ele pra ti.
 Constança: ai, ta bom.
 Amábile: ai, Constança, que mais? Do hospital...
 Constança: do hospital, eu lembro outras [canta:] *pare de tomar a pílula ... também é dele* [Odair José].

A construção sonoro-musical de experiências e vivências pode ser surpreendente pelo seu caráter facilitador, mobilizador e inventivo. Práticas e saberes ganham novas perspectivas, visibilizações, audibilidades e, sobretudo, um

⁴⁷ 'Amor Perfeito', Odair José [Faixa 19 do CD].

novo estatuto frente ao sofrimento silenciado. De certa forma, permite sobrepor-se e autonomizar-se frente ao medo, ao sofrimento, à morte, à angústia e, por fim, aos modos de subjetivação dominantes. Na narrativa a seguir, Constança produz sonoro-musicalmente suas experiências e vivências na UTI.

Pesq.: Como é que é ser técnica em enfermagem?

Constança: [toca o caxixí] em música?

Pesq.: é... se não tiver nenhuma que sirva, podemos montar [outra música]. [Constança toca o caxixí enquanto pensa. Experimenta diferentes células rítmicas breves]

Constança: to pensando numa floresta [toca o caxixí em um ritmo acelerado, enquanto fala] cheio de bichos fazendo barulho. [risadas]

Pesq.: é assim?! [pesquisadora toca percussão junto].

Constança: eu acho. Acho que é isso.

Pesq.: como seria essa floresta? Cheia de bichos fazendo barulho...

Constança: [segue tocando o caxixí acompanhando seu raciocínio] é... coruja, [imitamos corujas] *prrrrprrrprrr...*

Pesq.: o que mais que tem?

Constança: grilos [tocamos os instrumentos de percussão com mais intensidade e imitamos grilos e corujas], *cricricricricri...uuuuuu ...macaco* [acrescentamos sons de macacos]. É cheia de bicho...

Pesq.: é cheia de bicho...

Constança: é cheia de bicho...

Constança [enquanto tocamos]: uma cachoeira lá no fundo... [risadas]... depois tem um leão nessa história... *UUUAAA!* [gesticula o leão]... bem bravo...

Pesq.: bem bravo...

Constança: bem bravo!

Pesq.: quem é que é bem bravo nessa história?

Constança: [risos] a doença [mantemos a produção sonora instrumental enquanto conversamos]. Paramos de tocar.

Constança: a doença é o pior.

Pesq.: mas me diz uma coisa, [Constança volta a tocar o ganzá enquanto pensa] essa floresta é ser técnica em enfermagem, ou é a UTI?

Constança: é a UTI. [toca o caxixí espaçadamente, depois acelera o andamento] tu já pensou como é que é isso? Nós funcionamos como os caçadores, os desbravadores, (...) criaturas, olha, eu ando até inspirada! [risadas] Eu sou a Chita! [risadas; faz o som de macaca]. Voltamos a tocar e cantar a floresta, com todos os bichos.

Constança: é mais barulhenta.

Pesq.: é mais barulhenta ainda?

Constança: é bem barulhenta, tem bastante barulho.

Pesq.: Mais?

Constança: não, 'ta bom.

Pesq.: então não é muito tão barulhenta...

Constança: é barulhenta: bombas de infusão de hora em hora alarmando...

Pesq.: *chiiiiiiii*, monitores!

Constança e Pesq.: *pi,pi,pi,pi,pi,pi,pi,pi*, [tocando junto as clavas]... o Dr. Y adora deixar os alarmes ligados, eu detesto, mas fica assim. [Voltamos a tocar as clavas] E aí vem outra bomba... [Imitamos as bombas de infusão] *chiiiiiiiiii, chiiiiiiiiii, chiiiiiiiiii, chiiiiiiiiii...* São três coisas (...) ... *chiiiiiiiiii*, respirador, bombas, gente falando [Constança imita vozes], telefone tocando [Constança imita o telefone] daqui a pouco toca a

campainha...*béim!!* [misturamos os sons] *chiiiiiiiiiii, chiiiiiiiiiii, péin, peín, péin, péin, péin, péin* [muita intensidade],
 Pesq.: *piiiiiiiiiiiiiiiiiiii*
 Constança: isso aí é apagando fogo! [risadas] É... nossa floresta.
 Pesq.: e toda ela é assim?
 Constança: nem sempre e nem toda. Tem dias que tá um paraíso [toca as clavas novamente enquanto pensa e conversa]. A gente pode brincar com as crianças, não tem gente chorando ...

A analogia do ‘ser’ técnica em enfermagem com uma floresta logo transpareceu como uma analogia à UTI, tendo sua experiência dentro da unidade como base para a associação. Nesta experiência evidenciou-se mais uma vez a vivência da unidade como um ambiente barulhento, ameaçador, inesperado e, o que talvez seja ainda pior, sem muitas possibilidades de alívio. Para não sucumbir, é necessário rir-se frente a tanta dor. Este, como outros encontros, pode-se dizer, tornou-se uma das próprias práticas de liberdade, quando sonorizou e audibilizou a resistência, possibilitando outros sentidos para a experiência e movendo certas cristalizações dos modos de subjetivação dominantes.

Constança: eu vim pra cá com 24 anos. Meu primeiro emprego de auxiliar de enfermagem foi aqui. Primeira entrada em UTI foi aqui, muito susto. Até hoje tenho mais confiança em mim, segurança pra prestar um melhor atendimento pro paciente, e não pôr em risco a vida dele. A gente é um fator de risco [ênfase em “a gente”]. Porque se eu aplicar uma medicação errada, se eu ... fizer um procedimento errado, eu vou estar pondo em risco a vida dele.

Pesq. : uhum

Constança: então eu tenho plena consciência disso, que eu posso vir a ser um motivo de agravamento do caso, ou de uma piora, ou até uma coisa bem decisiva... Por que tu acha que eu estou cheia de cabelinho branco? [risadas] Só que uma coisa eu notei nesses quatorze anos e pouco aqui. Acho que eu me... por um lado, tu vê uma coisa bem diferente assim. Mas por um lado, eu me tornei uma pessoa mais séria, mas não no sentido de... como é que vou te dizer... não sorri, né, mas no sentido de, assim de mais responsabilidade. Senti esse peso todo em cima de mim. Acho que isso se reflete na minha vida também ... fora daqui.

Pesq.: e tu achas que isso veio daqui?

Constança: acho que sim. Por que eu passei a ter uma visão diferente da vida depois que eu comecei a trabalhar na enfermagem. Embora eu tenha uma ... uma crença de que existe vida após a morte, de que a coisa não acaba aqui..

Pesq.: aham

Constança: mas eu passei a valorizar coisa que... antes eu acho que eu não dava tanto valor, tanta atenção. Como eu te disse, eu saí da janela. E

eu acho que muito em função, inclusive, do meu trabalho. Como a vida é fugaz [ênfase].

Pesq.: e esses sustos?

Constança: esses sustos foram coisas assim... pacientes entubados que aconteceu algum problema no respirador que não era com a criança, e eu achar que a criança não estava respirando, que era uma parada, e chamar toda a equipe médica pela campainha, [risos]... aí correr todo mundo lá pra dentro, né, e... graça a Deus nunca ninguém me xingou, pelo contrário, “não tudo bem, acho que tu fez a coisa correta”. Por que eu tinha muito medo [ênfase] de que alguém morresse na minha mão, na minha frente, e eu não soubesse o que fazer, eu... não agisse [ênfase] rapidamente.

Pesq.: aham.

Constança: era esse o meu maior temor, assim.

Pesq.: uhum.

Constança: E hoje em dia eu já me sinto mais segura pra... avaliar o paciente e chamar alguém. Pra ver se realmente precisa [chamar alguém]. [Volta a manusear os instrumentos de percussão – caxixí].

Pesq.: esse medo de morrer alguém na mão ...

Constança: [para de tocar] é. Ninguém quer. Às vezes, tem crianças que ... “ah, vai morrer, ah, vai morrer” ...todo mundo tem esse sentimento. Mas alguns até gostam dele.

Pesq.: como assim?

Constança: [manuseia o caxixí] lidam, talvez lidem melhor com as coisas de... da morte.

Pesq.: aham. De não ter medo do paciente morrer na mão?

Constança: é... e o que mexe muito, pelo menos comigo, não só o fato da gente cuidar de criança e a criança morrer, mas da família. Do desespero, do sofrimento, das palavras que tu ouve quando a família entra para ver o corpo. É difícil à beça. Muitas vezes a gente já chorou. Muitas vezes. E vou continuar chorando.

Pesq.: e tem música pra isso?

Constança: bah..hoje é música da choradeira.

Pesq.: então vamos fazer música da choradeira. [risos]

Constança: ah, como eu só sei fragmentos de música, vai ficar complicado agora...

Pesq.: não tem problema. A não ser que tu não queiras cantar, o que também não tem problema.

Constança: não, mas... mas eu me lembrei de outra

Não quero lhe falar meu grande amor⁴⁸

Das coisas que aprendi nos livros

Quero lhe falar 'não sei o que'

Tudo o aconteceu comigo

Viver, é melhor que sonhar

Eu sei que o amor é uma coisa boa

Mas também sei que qualquer canto é menor do que vida

De qualquer pessoa

Por isso cuidado meu bem

Há perigo na esquina, na rua

Eles venceram

E o sinal está fechado pra nós

Que somos jovens

Para abraçar seu irmão

E beijar sua menina, na rua

É que fez, os seus braços

[Constança] 'a sua boca' e a sua voz

[Constança coloca percussão] você me pergunta pela minha paixão

Digo que estou encantada com uma nova invenção

Eu vou ficar nessa cidade

⁴⁸ 'Como Nossos Pais', de Belchior [Faixa 20 do CD].

*Não vou voltar pro sertão
 Pois tenho (...) no peito [risos]
 O cheiro da nova estação
 Eu sei de tudo na ferida, 'ferida' [Constança]
 Do meu coração
 Já faz tempo eu vi você na rua
 Cabelo ao vento, gente jovem reunida
 Na parede da memória
 Essa lembrança é o quadro que dói mais
 Minha dor é perceber
 Que apesar de termos feito tudo, tudo, tudo o que fizemos
 Ainda somos os mesmos
 E vivemos
 Ainda somos os mesmos
 E vivemos
 Como os nossos pais...*

3.1.5 Ruído, Música e Sujeito Moral

A gravação e discussão a partir do ambiente sonoro da UTI tornou mais claro alguns dos efeitos das produções sonoras e relações de poder que se materializam a partir do sonoro nesta unidade. As técnicas de enfermagem, nas diferentes situações, quando interpeladas sobre seu cotidiano sonoro de trabalho, mostravam a presença constante do ruído das máquinas e identificavam seu trabalho notadamente a partir dos sons dos equipamentos – monitores, bombas, etc. O que audibilizou a inaudibilidade das pessoas. Referiam o ruído como excessivo, incômodo e 'estressante'.

O ruído, neste caso, possivelmente não transgrida as normas que regulamentam o conforto acústico no trabalho (NR17⁴⁹), que são medidas em termos de limiares de conforto que visam mais o volume do que a quantidade de sons simultâneos. Esses limiares não levam em consideração as interações que o

⁴⁹ Conforme o Ministério do Trabalho, "17.5.2.1. Para as atividades que possuam as características definidas no subitem 17.5.2, mas não apresentam equivalência ou correlação com aquelas relacionadas na NBR 10152, o nível de ruído aceitável para efeito de conforto será de até 65 dB (A) e a curva de avaliação de ruído (NC) de valor não superior a 60 dB", sendo que a NBR 10152 do INMETRO define níveis de ruído em hospitais como 30-35 dB e 30-40 NC (Departamento de Tecnologia da FAUUSP/ Seqüência de Conforto Ambiental).

ambiente sonoro ruidoso no hospital podem produzir em relação aos tensionamentos constantes entre a vida e morte, a dor, a perda, o contingente de tarefas a serem realizadas e o ritmo de trabalho em fluxo tensionado. Esse 'estresse' referido pelas trabalhadoras com relação ao ruído parece estar ligado a essas experiências do trabalho hospitalar e não aos limiares de som. Essas contingências sonoras produzem a situação das pessoas terem que falar 'alto', já que é imprescindível que as pessoas tenham que se sobrepor ao contexto sonoro para que possam se comunicar. Por outro lado, há que considerar que, dados os controles para produção de silenciamento e as discursividades que apontam o hospital como lugar de silêncio, no caso da qualificação sobre o volume da fala há outros elementos intrínsecos, que não apenas o volume.

A naturalização do ruído é potente, tanto na fala da chefia quando questiona o valor da música para os pacientes, mas não coloca em questão o valor do barulho constante advindo de duas, três, quatro ou mais bombas, monitores, entre outros, para eles. Além disso, as técnicas em enfermagem fixam-se no julgamento moral de sua conduta ou na conduta das colegas, em detrimento da problematização do contexto de seu trabalho e das relações que são produzidas nele. Há muitas referências com relação à impedimentos institucionais, sobretudo hierárquicos, para a presença de música nesta unidade, seja pela potencialização do ruído, seja por tornar difícil ou condenável o uso de música na unidade. Por exemplo, médico que exige os alarmes ligados, mesmo quando as técnicas consideram desnecessários, o que denota a não valorização dos saberes das técnicas em enfermagem e a existência de flexibilidade no uso dos aparelhos. Também estão relacionados a este fato, os boicotes quanto ao uso do aparelho de som expressos nas respostas evasivas ou incompletas das trabalhadoras com relação à interferência ou

responsabilidade das chefias no contexto sonoro da unidade e no uso de música. Estas situações fazem parte do Panáudio que opera no hospital.

As discursividades dominantes operam a partir de concepções de valor, gostos e necessidades, os quais estão plenamente imbricados com a dinâmica institucional que seleciona e legitima (ou não) certas escolhas, determinando o que e como deve soar a UTI. Logo, age sobre múltiplas instâncias nos modos de subjetivação dos trabalhadores. Assim, pelo menos para as técnicas em enfermagem, como é necessário regrar o que se ouve, a velocidade e o volume em que se soa, é necessário não falar, falar pouco, falar baixo, não sentar, trabalhar ininterruptamente, não saber, não escolher.

O pensamento estratificado sobre o que e como deveria ser a música na unidade, ainda que pensado somente a partir do bem-estar dos pacientes, estava presente nos modos de trabalhar e viver de enfermeiras, médicos, e técnicas em enfermagem, uma vez que todos são subjetivados nesse processo. As necessidades dos trabalhadores não existiam na equação dos cuidados executados na UTI.

O que deve e o que não deve ser ouvido é selecionado, sobretudo, a partir de julgamentos de valor e legitimação. Nisto, a referência à 'música clássica', normalmente enunciada pela chefia, se refere ao senso comum que costuma agrupar toda e qualquer produção 'erudita' em algo produtor de relaxamento. O que é absolutamente impossível visto que, o repertório tão conflituosamente chamado de 'erudito' é extremamente vasto, sendo composto de um universo de vertentes, formas musicais, estilos composicionais, compositores, etc, que torna impossível fazer dele algo único. Portanto, não pode ser tomado como um universo relaxante ou não. Essas discursividades excluem, invalidam ou deslegitimam, *a priori*, o que as pessoas estão mais habituadas a ouvir no seu cotidiano, que é chamado

repertório 'popular'. Este repertório é tão vasto e plural quanto o erudito, ainda mais se acrescido das expressões folclóricas e regionais. Nesse contexto, são visibilizadas as relações saber/poder e os discursos de verdade dominantes na UTI, os quais operam nestes diferentes aspectos.

O repertório 'clássico' está associado à educação musical formal, tanto no conhecimento prático-teórico, quanto na capacidade ou possibilidade de apreciação ou mesmo apropriação. Liga-se a uma idéia de que é 'a' música 'relevante', 'válida', 'complexa', 'difícil', 'ideal' e, por fim, 'melhor' e 'adequada'. Evidencia-se, a partir de uma perspectiva foucaultiana, que tanto 'popular' como 'erudito' podem ser tomados como discursividades, calcadas nos discursos de verdade, que operam na valorização do 'erudito' e desvalorização do 'popular', como se essas produções fossem completamente separadas. Há uma naturalização dessa fronteira, baseada no senso comum, mesmo que os estudos musicológicos visibilizem os intermináveis exemplos e estudos sobre a fluência e mescla entre esses territórios.

Tal fato sugere, comumente, o binarismo erudito-popular, onde o popular estaria associado a discursividades de menor valoração: música 'fácil', 'simples', entre outros. Uma vez que há uma associação entre o 'clássico' e as camadas sócio-econômicas mais altas da sociedade, essa argumentação levaria a supor, por exemplo, que uma pessoa educada musicalmente gostaria apenas de música erudita, ou o oposto. É a mesma racionalidade que formulará rapidamente uma associação entre o estrato social menos favorecido e o não saber. Este não saber, no contexto da UTI, está associado à agonística das relações de poder ligadas à hierarquia, onde os que não têm curso superior (científico) estão à margem do que é legitimado como 'o' saber. As discursividades são operadas por todos, mas são legitimadas a partir das relações saber/poder, por isso o lugar do médico e da

enfermeira são os lugares de onde partem essas legitimações sobre a música, os sons e os silêncios.

Da mesma forma, a referência das trabalhadoras a não escolher músicas é também um efeito das relações de poder e das subjetivações do hospital, que tendem ao silenciamento do trabalhador e às disputas intra e intercategorias profissionais. Também reflete as discursividades morais frente ao trabalho, e à desvalorização dos saberes dos trabalhadores, sobretudo aqueles referentes aos estratos mais baixos na hierarquia. A escolha das músicas diz respeito diretamente à alguma possibilidade de autonomia e reconhecimento desses saberes e experiências dos trabalhadores, assim como abre espaço para novas experiências sonoro-musicais ligadas ao cotidiano das trabalhadoras, e não às discursividades dominantes da UTI.

Apesar da música 'clássica' ser uma possibilidade legítima de escuta dentro do hospital, ela não é única. A rádios FM, como colocaram as técnicas em enfermagem, foram amplamente citadas como alternativas. Apesar de também terem também operado com as discursividades dominantes, o que se contrapunha.

Os repertórios das rádios FM⁵⁰ citadas (Antena 1 FM, 89.3 MH e Continental FM, 98.3) são amplos, mas costumam abranger canções francesas, canções românticas e Pop norte-americanas sobretudo das décadas de 70 e 80, Bossa Nova, Pop, Pop Rock, Dance internacional e brasileiro, Forró... Rádios que, também sendo referências genéricas, tal como a 'música clássica', em algum momento tocariam músicas que certamente seriam classificadas como inadequadas à UTI.

⁵⁰ Cabe citar, ainda que sem espaço para problematizar, que as rádios em geral são constantes no cotidiano da maior parte das pessoas. Entretanto, também vale observar que os efeitos midiáticos são importantes produtores de subjetividade. Boa parte dos grandes sucessos musicais são produzidos a partir do 'jabá' (gíria que se refere à propina dada às rádios para que toquem determinadas músicas).

Evidenciava-se, também dentro desses contextos, que os efeitos citados pelas trabalhadoras como desejáveis pareciam ser mais uma referência a efeitos possíveis das músicas, em conjunções com determinados contextos, do que um repertório específico. Os julgamentos sobre as ‘qualidades’ necessárias à música para a UTI estavam desvinculados dos contextos a que poderiam estar ligadas essas produções e das diferentes necessidades produzidas nestes diferentes contextos.

Os efeitos de tensão ou relaxamento (ou outros tantos) que uma música pode produzir não dizem respeito apenas à sua estrutura musical, mas também, a como o ouvinte referencia o que ouve e o que sente, assim como julga estética, e mesmo moralmente, os elementos que percebe. Estes julgamentos produzem operadores presentes nos modos de subjetivação. No caso da UTI e do hospital, especificamente, estes operadores estão imbricados com as relações de poder institucionais.

Pesquisadora: quando tem música na unidade, que música que é?

Amábile: Continental, normalmente, né [estação de rádio FM]... música antiga, que não seja muito esparrenta.

Constança: e, às vezes, quando a gente quer ouvir alguma coisa, já tem alguém que diz assim “baixa esse som”.

Amábile: é, e eu gosto muito de colocar, nos Domingos de manhã, que as gurias nem percebem, eu ponho na [rádio XX], porque dá som Brasil, é só música brasileira, e aí elas não se dão conta ... [risadas].

Constança: ah, não, mas de vez em quando tem umas ali barra pesada, né, dia de semana.

Pesquisadora: o que é barra pesada?

Constança: ai, aquele som de magrinho, bem doido (risos).

Amábile: eu gosto...

Constança: não, eu não to acostumada a ouvir, mas é que, às vezes, pro ambiente, né, pode ser uma música legal, mas pro ambiente não combina.

Pesquisadora: o que combina com esse ambiente?

Constança: música tra- tranqüila.

Pesquisadora: que tipo de...

Amábile: mas não com a clássica. Daí enlouquece, eu fico doida.

Constança: tu fica doida?

Amábile: claro, completamente! Música orquestrada me deixa nervosa, eu escuto, mas assim, ó, em cada [ia dizer 100] 200 músicas que eu ouço ... uma, duas... e no ambiente de trabalho, aí não dá, até as musiquinhas de rádio da ... da Beatriz são melhor.

Constança: aí é muito cansativo, também. Tem dias que não agüenta sapo na lagoa.

Pesquisadora: e se vocês pudessem escolher o que vocês quisessem?

Amábilis: mas não dá porque tem mais gente em volta...
Pesquisadora: mas se a gente imaginasse que desse...
Constança: eu não ouviria sempre a mesma coisa, dependeria do meu estado de espírito ... acho que têm dias que ia ter ópera, outros dias que ia ter música brasileira, outros dias que ia ter música mais romântica, outros dias que ia ter música alegre, porque a gente não tá no mesmo ... ritmo, né. Acho que se eu pudesse, eu escolheria isso... mudanças.

A possibilidade de um controle, ao mesmo tempo, efetivo, concreto e autônomo sobre o uso da música parece ser a alternativa mais adequada, uma vez que a 'mudança' citada pela técnica em enfermagem é a característica principal desse cotidiano. Entretanto, note-se a dificuldade mostrada pelo fragmento da discussão do grupo com relação, inclusive, a imaginar esta situação.

Quanto aos efeitos enunciados e desejados em relação à música, pode-se analisar alguns pontos. A referência constante ao relaxamento e aos efeitos de músicas 'ambientais' (que seriam, por sua vez, relaxantes) e 'calmas', são necessidades plenamente compreensíveis quando se analisa as contingências institucionais a que estão submetidos os trabalhadores, às exigências do próprio trabalho hospitalar e do trabalho da categoria das técnicas em enfermagem. Dessa maneira, o relaxamento é realmente uma necessidade, assim como a calma. Na 'calma', como nos demais efeitos demandados a partir dos critérios enunciados, estavam diferentes elementos, que nem sempre correspondiam às naturalizações atribuídas à música. Nem toda música 'lenta' produzia efeitos de calma, e nem toda 'calma' correspondia efetivamente a seleção de música 'lenta' pelas trabalhadoras.

As músicas 'Concerning Hobbits'⁵¹ e 'May it Be'⁵² foram referidas como preferidas pelas técnicas em enfermagem, pelos efeitos de calma e relaxamento que eram atribuídos a elas (que acabaram sendo ouvidas várias vezes durante as audições na UTI). Portanto, quais seriam as relações produzidas com os contextos

⁵¹ De Howard Shore, em 'The Lord of the Rings' [Faixa 21 do CD].

⁵² De Enya, em 'The Lord of the Rings' [Faixa .22 do CD].

espaço-tempo da UTI e suas agonísticas, especificamente, com essas músicas? O que e como teria produzido diferença nos modos de trabalhar na UTI?

Por outro lado, cabe ressaltar que as demandas de relaxamento, sobretudo, levam a certos questionamentos acerca da intervenção do musicoterapeuta no território do trabalho. O relaxamento, como abordado anteriormente, pode tornar-se uma via de adaptação dos trabalhadores, porém é também uma necessidade apontada por eles para melhorar seus contextos de trabalho. Portanto, quais seriam as especificidades do relaxamento na intervenção hospitalar?

Pelo menos na perspectiva de trabalho do musicoterapeuta, pode-se contemplar diferentes objetivos e efeitos com relação ao relaxamento. Pode-se trabalhar somente na 'ponta', ou seja, trabalhar tendo o relaxamento como fim em si mesmo, sem que se modifique o contexto nocivo em que estes trabalhadores vivem no seu cotidiano de trabalho, e operando, potencialmente, de maneira adaptacionista e individualizante. Por outro lado, pode-se ter a perspectiva de que o relaxamento pode ser 'meio', ou seja, parte de um conjunto de estratégias que busquem produzir alguma diferença nos contextos nocivos de trabalho. Para tanto, é necessário produzir um contexto analítico mais amplo, que se ocupe também dos elementos institucionais.

3.2 Desestabilizando o Panáudio: práticas de liberdade... ou nasceu uma flor no asfalto

Os trechos a seguir, denominados cenas, são seqüências de acontecimentos que audibilizaram e visibilizaram os fluxos das relações de poder da unidade e do hospital gerando também outros movimentos e acontecimentos. Tais fluxos produziram diferentes efeitos e a possibilidade de desestabilizar o panáudio, muitas vezes, a partir de suas próprias estratégias. Desestabilizar o panáudio é produzir movimento nos fluxos que moldam os modos de trabalhar e existir.

Tais cenas mostram uma progressão na conquista de espaços de autonomia das trabalhadoras quanto à possibilidade de intervenção no seu contexto de trabalho. Foram outras formas de luta que se produziram, com um certo enfraquecimento das estratégias de dominação e fortalecimento das práticas de liberdade não apenas para as técnicas em enfermagem.

Entre o repertório que 'deveria ser' e aquele que 'se tornou', produziu-se diferenças. Aquele que se efetivou produziu possibilidades de resistência e liberdades, porque estava no campo das possibilidades da experiência no espaço-tempo, nas sensações, nas potências de vida. Essas produções significaram alguns movimentos nas dinâmicas institucionais, implicando notoriamente as relações de poder, as discursividades dominantes e o sujeito moral trabalhador.

Cena 1: O efeito 'Amor I Love You'⁵³ e o efeito 'Vanerão'⁵⁴

A primeira audição musical foi feita em uma agitada manhã e, nesta oportunidade a intervenção foi iniciada na Área 2. Logo na chegada, os materiais geraram muito estranhamento e, apesar do convite às técnicas em enfermagem para escolha de músicas, havia um receio de aproximação. Muitas colocavam demandas por 'música calma', 'relaxante', 'instrumental', mas não executavam escolhas, de maneira que a pesquisadora iniciou a audição. Logo foram iniciadas as escolhas de música pelas técnicas, havendo interesse também por parte dos familiares e um engajamento de quase todos os presentes. Uma das técnicas referiu que este sempre fora um de seus 'sonhos de consumo': ouvir música, dessa maneira, na UTI.

Muitos dos familiares relatavam que suas crianças gostavam de música, várias mães embalavam seus bebês com as músicas, cantarolavam e conversavam sobre o contentamento de ter música na UTI. No momento em que a primeira música soou, a mãe de uma criança começou a alongar timidamente seu pescoço, o que repetiu várias vezes. Dizia estar 'precisando disso' (alongamento) e que se sentia mais 'relaxada' com música. Dizia, também, que seu filho havia relaxado. Na realidade, o menino que antes da primeira música chorava, ao final dela, dormia. Esta mesma mãe pedia que o aparelho de som ficasse mais próximo de seu filho. O ambiente da sala havia mudado muito com as audições. Havia uma certa leveza que sutilmente tomava conta de todos.

Uma técnica escolheu 'Você Roubou Minha Vida', logo após o 'Bolero' de Ravel. Este contraste estético 'popular'-'erudito' foi sentido, como algo como positivo

⁵³ De Carlinhos Brown e Marisa Monte [Faixa 23 do CD].

⁵⁴ 'Xucro de Viamão', de Luiz Carlos Borges [Faixa 24 do CD].

por muitas pessoas, mesmo que o Bolero tenha sido retirado antes do término. Uma das técnicas em enfermagem surpreendeu-se com o ecletismo das ofertas de CD e disse não poder 'ficar sem o Alexandre Pires'. Esse foi um dos tantos indícios de que as discursividades dominantes na unidade não apreendiam ou dominavam as experiências dos indivíduos, apesar de moldarem e darem contornos a elas. Havia uma imensa diferença entre o 'instrumental, clássico, calmo, lento' e entre 'Você Roubou Minha Vida' escolhida pela trabalhadora, mas ambos eram tidos como positivos.

Entretanto foi com 'Amor I Love You' que houve a primeira grande mudança de patamar nas interações naquele ambiente. Produziu-se um surpreendente coral dentro da Área 2, com pais, técnicas e enfermeiras cantando, embalando os bebês e embalando-se a si mesmos, enquanto executavam suas atividades. O trabalho continuou a ser executado pelas técnicas e enfermeiras, os familiares continuavam o que faziam, entretanto havia o som de um pequeno coral soando naquele lugar, um som baixo, mas maciço e acompanhado de balanço, leveza e calma nos semblantes. A música foi repetida e os efeitos permaneceram ao longo das duas audições da canção. Algumas técnicas em enfermagem e alguns pais já conversavam sobre quais músicas ouvir. Os efeitos de 'relaxamento e calma' pareciam ter sido alcançados.

Em alguns momentos eram feitas observações no sentido de regular o volume. Sempre que essas observações eram feitas, o volume era modificado no sentido de equalizá-lo com a necessidade colocada.

Ao anunciar o término do tempo de audição na Área 2, técnicas e familiares (mães) solicitaram que a audição fosse estendida: 'ah, agora que estava ficando bom....', 'só mais uma'... Então foi combinado que seria ouvida a última música, a

'saideira'. As técnicas em enfermagem acordaram que Constança escolheria a última música. Enquanto escolhia a canção, técnicas e familiares conversam sobre dançar, dançar música gaúcha, sobre bailes e danças tradicionais, sobre quem gostava de dançar e quem dançava 'bem' a música gaúcha. Vários familiares conversavam com a pesquisadora sobre as músicas e sobre o gosto musical de seus filhos. Um pai pedia 'um Rock' para seu bebê e afirmava que o menino 'adorava' o ritmo e que sempre colocava em casa para que ele ouvisse. Outra mãe perguntava havia funk – pedia 'Boladona' (Tati Quebra Barraco), que estava na trilha sonora da novela 'das 8h' (da Rede Globo). Outras mães cantarolavam. Os únicos que pareciam passar ilesos pelas músicas naquele momento eram os médicos. Posteriormente houve referências, olhares e pequenos comentários sobre a experiência de parte de alguns poucos médicos, além da referência positiva de outros profissionais que circulavam pela unidade.

Depois de driblar os problemas do aparelho de som, foi colocada a escolha de Constança: 'Xucro de Viamão', vanerão de autoria e interpretação de Luiz Carlos Borges. Há uma introdução na canção, que foi experimentada como longa por várias pessoas na sala, o que gerou uma certa ansiedade nas pessoas, curiosas por saber o conteúdo da letra.

Durante 'Xucro de Viamão', uma técnica comenta que seria bom dançar. Outras pessoas concordam... e o trabalho segue, com a música e as vontades acionadas num contexto de experiências e vivências culturais gaúchas compartilhadas com prazer e fruição.

*Eu não importo com o cheiro da fumaça
E acho graça do vento frio no rosto
Porque o campeiro sabe onde mora a caça
E quem tem raça não pode dormir no posto
Sabedoria não se encontra em bolicho*

*E não é bicho muito fácil de encontrar
 Quem tem cavalo sabe onde vai o rabicho
 Quem quer cambicho sempre sabe aonde achar*

*Só não me apertem porque eu sou meio sestroso
 Bicho manhosos, criado lá no fundão
 Eu sou do campo, sou humilde mas sou livre
 Porque é assim que vive um xucro de Viamão
 Não vem de bico que eu não gosto da mutuca
 Nem me cutuca que eu sou bagual
 E é coisa linda ser tratado com carinho
 Porque eu pouquinho de respeito não faz mal
 Eu sou do tempo que o Uruguai era banhado
 E gado alçado, era normal
 No mundo novo me sinto meio perdido
 Eu fui parido lá na velha capital*

*Eu me acordo na hora que canta o galo
 E o meu cavalo dá o primeiro relincho
 Abro a picada, corto a lenha, faço valo
 E curo calo porque eu mesmo me destrincho
 Eu acredito em benzedura e simpatia
 E não tem dia que eu não faça uma oração
 Eu tenho a alma de uma figueira sombria
 E a energia da gente do meu rincão.*

Na altura do meio para o final da canção, a pesquisadora foi chamada pela enfermeira que substituíra a enfermeira-chefe naquela manhã, para uma conversa mais reservada, fora da Área 2, mas em frente a divisórias de vidro que permitiam que a conversa fosse observada pelas pessoas presentes na Área 2. A conversa discorria sobre o volume e preocupação com os pacientes sedados, já que a música poderia estar incomodando, assim como a ela, ou fazendo mal a eles. Achava que música ‘agitada’ não era ideal para um ambiente como a UTI e que na realidade achava que não deveria ter música. Também informou que ela preferia que não houvesse música.

O lugar de onde falava a enfermeira contrastava nitidamente com os lugares produzidos na Área 2, onde havia fruição, interação, melhora de humor, personalização, referências à produção de ‘relaxamento’ e ‘calma’ entre trabalhadoras e familiares, e mesmo em algumas crianças. Havia, inclusive, uma

demanda importante de muitas pessoas na sala para que o tempo de audição fosse estendido, além da presença da música ter sido tomada como algo muito positivo.

As músicas que produziam bem-estar para o grupo eram diferentes daquelas tomadas como 'ideais' na UTI. A audição das músicas mostrava a insurgências das necessidades, as variações de percepção sobre o que era uma música 'agitada' ou 'calma' para o contexto interno e externo à sala, e a sua potência na produção de práticas liberdade expressa pela comunicação entre o cotidiano do hospital e a vida 'fora' dele. Além disso, a maioria das escolhas de música não era feita pela pesquisadora, mas sim pelas técnicas que levavam em consideração, implícita e explicitamente, o que acontecia ao redor delas. Ou seja, era evidente uma preocupação constante das técnicas em enfermagem com o que acontecia na sala, ao escolherem as músicas, logo, não era uma escolha desligada do contexto.

Apesar dos esclarecimentos da pesquisadora quanto aos seus procedimentos e dos motivos que levavam a uma intervenção que englobava todas as pessoas da área, pode-se dizer que se mostrou um confronto com o sujeito moral operante. Estavam em jogo as discursividades reinantes na unidade sobre como deveria ser a música tocada na UTI ('clássica, instrumental, relaxante, calma'), sobre o silenciamento e, mais especificamente, sobre as relações saber/poder estabelecidas e tensionadas naquele instante. Isto se evidenciou pela postura da enfermeira com relação à pesquisadora e numa referência da enfermeira ao não saber escolher das técnicas, dado seu grau de instrução. Era um confronto entre lugares nas relações de poder e de verdade.

Ao retornar à sala após a conversa, a pesquisadora deparou-se com um volume de som quase inaudível. O volume fora baixado sensivelmente, de maneira que quase não era ouvido. Certamente todas as pessoas haviam visto a cena que

se passara e isto havia tido um efeito de silenciamento e, assim, revigorado os modos de sujeição. O clima entre as pessoas havia se modificado e havia um certo desconcerto, pois esta dinâmica havia certamente gerado culpabilizações entre as técnicas em enfermagem. A expressão de cunho moral reagia frente às possibilidades de prazer, fruição, personalização, troca, ludicidade, de contato com a vida fora do hospital e, por fim, às possíveis práticas de liberdade. Potências de vida e saberes deslegitimados pressionavam os modos de subjetivação dominantes ao fortalecimento das tentativas de silenciar o que era produzido. Isso teve efeitos devastadores nas escolhas de música no restante da manhã, além de ter sido sentido em outras oportunidades posteriores.

A análise, ainda que superficial, da música que foi o estopim dessa situação torna-se importante. 'Xucro de Viamão' é uma música tradicionalista gaúcha, arraigada na tradição do cancioneiro popular regional ligado ao folclore e suas expressões diversas, tal como a dança. Seu ritmo é um 'vanerão'⁵⁵, um dos ritmos tradicionais e bailáveis do cancioneiro gaúcho. O cancioneiro gaúcho se caracteriza, entre outros elementos, pelas expressões lingüísticas regionais e temáticas que vão do cotidiano e cenário rural, ao cotidiano gaúcho mais urbanizado, em leituras estéticas mais arraigadas (mais 'campeiras'), ou mais urbanas. Normalmente, exaltam as discursividades dominantes do tradicionalismo gaúcho (uma das principais vertentes da cultura gaúcha), onde a valorização dos costumes regionais e mesmo um ufanismo acerca da mítica do gaúcho (homem) solitário, corajoso, trabalhador e conhecedor das coisas do campo, são alguns dos elementos mais constantes. A este repertório estão, também, associados vários sentidos e

⁵⁵ Vanerão e vanera são ritmos tradicionais das expressões culturais gaúchas e têm origem no ritmo da Habanera, (ROCHA, s/d) do qual os nomes dos ritmos gaúchos são corruptelas. A Habanera, "originária dos negros de Cuba e Haiti, exportada para a Espanha donde veio ao Brasil [e] inundou o

discursividades desqualificantes, tal como ‘coisa de grosso’, ou cultura ‘menor’. A letra da canção, apesar de ser desconhecida no ato da escolha, evidenciava elementos de autonomia e legitimação de saberes não dominantes, o que pode ter contribuído para a produção do contexto subsequente. Estas são possibilidades confrontantes daquelas vistas como ‘ideais’ ou ‘possíveis’ dentro da UTI.

Quanto ao volume, este é um elemento plenamente subjetivo. Evidenciou-se que o nível de tensão e o número de atividades envolvidas no trabalho, a quantidade de ruídos, o estado de humor/disposição, contingências emocionais, o estado do paciente, entre outros, são elementos que afetam o vetor ‘volume’ nessa e em outras intervenções. A participação das trabalhadoras foi primordial para um controle mais assertivo do volume, frente ao limiar que separava a música do ruído. Também nas próprias escolhas de música, visto que tomavam parte direta na diversidade de sentidos, gostos e necessidades que se refletiam diretamente na colocação da música na UTI.

Evidenciou-se também neste dia, que o andamento ‘lento’ de uma música, tantas vezes caracterizado como sendo o ‘ideal’ para a UTI não se mostrava dessa forma nas músicas escolhidas pelas técnicas, nem na fruição experimentada por elas e pelos familiares. O andamento, apesar de ser elemento importante, mostrou-se menos central do que o volume (denominado ‘dinâmica’, em música) e suas variações dentro de uma mesma obra musical. Dessa maneira, os binômios ‘música lenta-calma’ *versus* ‘música rápida-excitação’ não se confirmaram pelas escolhas de música.

A manhã seguinte, evidenciou que os movimentos da manhã anterior haviam produzido muitos efeitos. A enfermeira-chefe relatava ter ouvido que ‘eles’ (médicos

País a partir de 1866” (KIEFER, 1990, p. 18). Este é o mesmo ritmo que origina a famosa habanera da ópera ‘Carmen’ de Bizet.

e enfermeiras) estavam preocupados com a atenção aos pacientes e que este não era o objetivo da pesquisa. Entretanto, como cuidar dos trabalhadores sem afetar absolutamente a dinâmica da unidade e, portanto em alguma medida, os movimentos em relação aos pacientes? Relatava também que o volume havia sido considerado por 'eles' como alto.

O volume 'alto' era uma possibilidade viável, já que, após os acontecimentos na Área 2, as audições na Área 1 tinham sido feitas praticamente sem retornos das trabalhadoras. Fato este, provavelmente, relacionado aos efeitos de silenciamento que haviam sido produzidos pela intervenção da enfermeira no episódio 'Xucro de Viamão'. Portanto, mostrava-se efeito da e na dinâmica institucional.

Isto evidenciou novamente a ambigüidade dos movimentos relativos à pesquisa e à própria Saúde do Trabalhador. Havia investimento e preocupação das chefias com o que estaria produzindo o grande número de trabalhadoras adoecidas e afastadas – um dos motivos pelos quais a pesquisa foi aceita na unidade – mas também havia fortes movimentos para que não houvesse qualquer modificação das normas estabelecidas. As normas, consideradas desde a perspectiva de sua produção nos contextos cotidianos de trabalho, nos jogos de verdade, nas relações saber/poder, nas cristalizações, nos reconhecimentos, na produção do sofrimento, no não prazer, no silenciar.

Por outro lado, havia nas intervenções uma combinação de que as técnicas poderiam regular tanto a escolha das músicas, quanto outros aspectos do uso do aparelho de som, como o volume das músicas. Isso levava aos seguintes questionamentos: se estava tão incômodo e havia uma combinação sobre a possibilidade das pessoas poderem se manifestar sobre isso, por que não o fizeram? Por que suportaram algo que era tão incômodo? Por que não se

apropriaram da possibilidade de intervir? Será que foi só incômodo? Estes questionamentos foram colocados para a enfermeira-chefe, que os acolheu.

Cena 2: O efeito ‘Danúbio Azul’⁵⁶

‘Danúbio Azul’ tocava e produzia conversas sobre prazer, vontade de dançar e mesmo uma técnica em enfermagem que levemente balançava os braços enquanto trabalhava e compartilhava do desejo de dançar com outras técnicas. Neste momento um médico postou-se frente à técnica em enfermagem que estava sentada próxima ao aparelho de som, e que havia sugerido ‘Danúbio Azul’. A pesquisadora, que estava bastante próxima, foi ignorada pelo médico, que se dirigiu secamente à técnica em enfermagem, perguntando-lhe se a música não estaria ‘atrapalhando’ a audição dos sons dos aparelhos e o próprio trabalho. Este é o mesmo médico que havia sido apontado pelas trabalhadoras como aquele que exigia que os alarmes das aparelhagens estivessem ligados, mesmo que fossem considerados desnecessários pelas técnicas em enfermagem (referido como aquele que ‘manda ligar, mas não fica para ouvir’). A médica que estava a seu lado riu sonoramente, afirmando que ‘se fosse Bonde do Tigrão’, atrapalharia, mas ‘Danúbio Azul, não!’.

Na realidade, tanto ‘Bonde do Tigrão’ quanto ‘Danúbio Azul’ poderiam, tecnicamente, atrapalhar a audição dos aparelhos, inclusive unir-se ao ruído, caso o volume não estivesse adequado (havia sido regulado pelas percepções das técnicas em enfermagem) ao contexto e se isso, ainda, estivesse unido a um alto nível de tensão entre vida e morte na unidade (se houvesse choro, possibilidade de perda

⁵⁶ De Johann Strauss Jr. [Faixa 25 do CD].

iminente de um paciente, conflitos explícitos, entre outros). Entretanto o que as diferenciava não era o volume, mas os discursos valorativos a respeito dessas duas músicas.

O volume não atrapalhava a audição das máquinas ou das pessoas, nem atrapalhava as tarefas das técnicas em enfermagem, que só dispensavam atenção às escolhas quando podiam usufruir algum poro entre as atividades e ainda, se sentissem segurança com relação ao estado do paciente. O que ocorria era o dispositivo de controle operando e veiculando as discursividades dominantes e os lugares de poder.

No hospital tudo que pode controlar hoje, amanhã pode ser prática de liberdade. As circularidades e fluxos são rápidos. Isso se mostrou pelas discursividades a respeito da música em vários momentos, e que se mostraram claramente neste episódio. Enunciadas pelos médicos, as discursividades dominantes que apareceram neste episódio tanto ameaçaram, quanto protegeram a intervenção e, portanto, a possibilidade de manutenção do uso da música pelas técnicas em enfermagem. Provavelmente, o lugar de poder ocupado pelos médicos, legitimou seus julgamentos operados a partir do senso comum. A proteção, produzida pelas discursividades da médica, atribuíram valores dominantes à 'Danúbio Azul'. Isto pode ser associado ao efeito de 'inocuidade prazerosa' das intervenções com música, que só são reconhecidas como passíveis de produzir transformações se produzem os efeitos esperados, sobretudo na obtenção de algum resultado que não foi possível obter de outras maneiras. Se, por outro lado, produzem 'subversão' da ordem que não deve ser modificada, é inadequada.

A concepção do uso da música nesta pesquisa produz um reconhecimento dos efeitos 'subversivos' (enquanto subvertedores de uma ordem) como potenciais

de vida e de transformação das realidades. Potencialmente prazerosos, mas nunca inócuos.

Cena 3: Audibilizando impedimentos... e florescimentos

A audição da Área 2 também possibilitou um episódio não visto em nenhum outro momento do campo: a participação ativa e mais positiva de uma enfermeira nas interações referentes às escolhas de música nas audições e o esclarecimento de controles operados pela chefia. Isto foi produzido a partir de uma pausa entre as músicas, que tinha, entre outras coisas, a finalidade de produzir contraste entre o ter e o não ter música. Foi pela produção deste contraste que a enfermeira, que aqui será denominada Margarida, colocou-se, questionando surpresa, se não haveria mais música.

Margarida esteve sentada no posto de enfermagem desde o início da intervenção nesta sala. Já havia observado timidamente os CDs dispostos sobre a mesa do posto. Discorreu sobre gostar de ouvir música, sobre a música estar 'boa' e que gostava assim, 'baixa' (volume) como estava naquele momento. Isto a relaxava. Dizia que quando a música estava 'alta' parecia prestar mais atenção à música do que aos outros sons.

Margarida dizia que, há seis anos atrás, quando começou a trabalhar na UTI, não era permitido ouvir música 'de jeito nenhum', porque havia a crença que faria mal ao paciente. Dizia, também, que 'hoje em dia melhorou muito'. Agora podiam ouvir rádio e havia várias oportunidades para ouvir música, como na 'laboral'. Uma das técnicas em enfermagem que havia se unido à conversa e dizia que 'na UTI as pessoas ainda são muito resistentes à música'. Lembrava que em outra unidade

havia música há muito mais tempo, o que deixava as trabalhadoras ‘encantadas’ quando eram cedidas.

Margarida disse achar que na UTI as músicas deviam ser sempre lentas e que havia estranhado a música gaúcha (‘Xucro de Viamão’) na unidade. A técnica em enfermagem ria-se e afirmava ter gostado muito. Dizia que as técnicas em enfermagem ‘naturalmente’ cuidavam o tipo de música que escolhiam para a UTI. Margarida passou a discorrer sobre sua preferência acerca de Enya e a maneira como a conheceu: a partir das músicas da ginástica laboral. Dizia que era importante saber o gosto das pessoas.

Soa ‘Rouxinol’⁵⁷ e Margarida passa a conversar sobre seu interesse por pássaros. Volta a observar atentamente as técnicas manusearem e escolhem músicas, até que ela mesma manuseia o CD de Milton Nascimento, mas não efetiva a escolha (possivelmente por não se sentir autorizada a interferir na pesquisa que envolvia apenas as técnicas).

Os argumentos colocados pelas duas trabalhadoras indicam discursos de legitimação dos saberes e do silenciamento muito potentes na unidade e, os quais, provavelmente possibilitam outras ações impeditivas nesta unidade e, certamente, no hospital.

Cena 4: O efeito ‘Saravá!’

Um jovem médico da UTI, depois de entrar e sair algumas vezes da Área 2, aproximou-se dos CDs, manuseou-os e comentou: ‘Samba da Bênção é que é bom!’. Este comentário estava sutilmente permeado por uma crítica às escolhas

⁵⁷ De Milton Nascimento [Faixa 26 do CD].

efetivadas pelas técnicas em enfermagem e, sem dúvida, pelas relações de poder estabelecidas. Isto se evidenciava, por exemplo, pelo movimento do médico em aproximar-se e opinar, em oposição à conduta da enfermeira em incidir diretamente sobre o espaço das técnicas em enfermagem. O médico perguntou se podia escolher uma música, o que foi encaminhado às técnicas de enfermagem. A autorização foi concedida com certo desdenho, para ‘dar uma chance’.

‘Samba da Bênção’⁵⁸ é um dos Afrosambas compostos pela parceria entre Vinícius de Moraes e Baden Powell, os quais têm temáticas que retratam expressões culturais negras. Nesta gravação, de Carlos Lyra e Maria Creuza, há récitas que entremeiam e finalizam a canção. As temáticas das récitas têm elementos que remetem a questões de gênero, etnia e religiosidade. As récitas finais são, sobretudo, saudações a grandes compositores e intérpretes de samba, as quais são tipificadas com a expressão “Saravá!”, saudação do Candomblé, de onde provém também, outras expressões presentes nas récitas.

*É melhor ser alegre que ser triste
Alegria é a melhor coisa que existe
É assim como a luz no coração
Mas pra fazer um samba com beleza
É preciso um bocado de tristeza
É preciso um bocado de tristeza
Senão, não se faz um samba não...
(...)
[récitas finais]
Ele, por exemplo, capitão do mato Vinícius de Moraes
Poeta e diplomata
E além do mais,
O branco mais preto do Brasil
Na linha direta de Xangô
Sarava!
Sarava!
A bênção, Senhora, a maior ialorixá da Bahia
Terra de Caymmi e João Gilberto
(...)
Saravá!, Saravá!
A bênção Baden Powell
tu que fizeste a música desse samba*

⁵⁸ [Faixa 27 do CD]

Saravá!, Saravá! ...

A permissão de escolha ao médico tinha elementos de permissão de espaço pelas técnicas, mas também de desafio. E este desafio foi vencido pelo desconcerto provocado no médico por elas, a partir do aparecimento do 'Saravá!', que passou a ser comentado, em tom de brincadeira e ironia: 'isso não é coisa pra UTI!' ou 'aqui não é terreiro!'.

A apropriação das discursividades dominantes sobre o que e como deveria soar a UTI foi reproduzido pelas técnicas, o que gerou a captura do médico. O desconcerto, aumentado pelas várias repetições da saudação na canção, fez com que o médico rapidamente se retirasse da sala.

As circularidades dos fluxos das relações de poder do hospital expressavam-se nesta situação. O Panáudio, subvertido pelos potenciais de vida da música, produziu a demarcação do território das técnicas em enfermagem e a captura do médico.

Cena 5: Redução de custos e outros efeitos da pesquisa

Numa conversa demandada por um dos integrantes da equipe de saúde, foram relatados fatos ocorridos na reunião da comissão de custos, realizada no final da semana de audições. A comissão de custos é formada por representantes de diferentes categorias profissionais presentes na unidade e tem o objetivo de discutir e formular estratégias para reduzir os custos operados na UTI. Relatou que o assunto principal da reunião acabou sendo o vanerão ('Xucro de Viamão'), o qual havia gerado surpresa em muitas pessoas, inclusive para ela, que afirmava sempre ter pensado em 'música calma para a UTI'. O fato da reunião ter sido centrada nisso,

uma vez que não era tema de discussão, também foi relatado como uma surpresa para o próprio grupo.

A profissional comentou que o grupo teve um 'insight' sobre o excesso de ruído, inclusive por meio de depoimentos que associavam o ruído com o 'estresse' e as desavenças das técnicas em enfermagem em suas casas. A associação dessa discussão com os custos foi feita considerando o fato de que se as pessoas estivessem numa condição de trabalho melhor, adoeceriam menos e, portanto, haveria diminuição de custos. Dessa maneira, foram buscadas alternativas para a diminuição do ruído e a possibilidade de novos procedimentos. Também foi discutida a insegurança de algumas técnicas na não utilização de alguns alarmes das aparelhagens que se mostravam desnecessários ao trabalho (diferente do depoimento das técnicas em enfermagem, que apontavam ordens médicas na manutenção de alarmes que consideravam desnecessários). Dizia que havia reconhecimento de que estes eram resultados da pesquisa.

Outro relato sobre a reunião foi feito por outro profissional pertencente ao grupo de redução de custos, que também afirmava que estas descobertas eram fruto da pesquisa e que tinham acionado novas estratégias com relação ao uso dos equipamentos. Por exemplo, o desligamento do alarme de um aparelho de transporte de materiais utilizado no expurgo, que produzia um som considerado desnecessário, de volume bastante alto e agudo.

Mesmo que, aparentemente, o motivo das mudanças ter sido a redução do custo da unidade e não a saúde e o bem-estar das trabalhadoras, este foi um resultado das intervenções da pesquisa considerado importante.

*Maria, Maria, é um dom, uma certa magia⁵⁹
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta*

*Maria, Maria, é o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas agüenta*

*Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria, mistura a dor e a alegria*

*Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania de ter fé na vida*

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os movimentos explicitados e analisados nos diferentes momentos desta pesquisa resultaram em muitas construções que deverão produzir ainda outros tantos movimentos. Cabe, para finalizar, delinear aquelas que podem ter sido as principais contribuições deste trabalho e seus limites.

A construção do panáudio tendo como base o Panóptico de Bentham e a análise de Foucault ligada aos modos de subjetivação das sociedades de controle, audibilizou e visibilizou diferentes conexões entre o trabalho, a música e a Musicoterapia. Tais conexões possibilitaram alguma compreensão acerca da produção de subjetividade no trabalho hospitalar por meio dos controles e resistências que podem ser exercidas através deste dispositivo sonoro fluído, fugidio, mas potente e permanente. Possibilitaram também a visibilidade e a audibilidade de potenciais de vida através das práticas de liberdade que foram produzidas pela subversão que a música, enquanto compreendida e utilizada como estratégia de produção de novos modos de subjetivação, pôde sugerir nesse contexto.

A música é caracterizada como uma produção temporal e é constituída de sons e silêncios, os quais compõem o panáudio. Os tempos produzidos na música são, também, tempos que moldam os modos de trabalhar e de viver, e que se mostram tanto nos fluxos, em Deleuze, quanto nos tempos-espacos, em Harvey . Desta forma, associam os tempos da produção com os tempos dos processos sociais e culturais. Harvey (1996, P. 191-192), ao analisar diferentes expressões de arte, afirma:

Foi talvez em resposta a esse impasse que Walter Pater alegou que “toda arte aspira à condição da música” – a música, afinal, contém seu efeito estético precisamente através do seu movimento temporal. (...) Há muito a aprender com a teoria estética sobre o modo como diferentes formas de espacialização inibem ou facilitam processos de mudança social.

⁵⁹ ‘Maria, Maria’, de Milton Nascimento e Fernando Brant [Faixa 28 do CD].

Inversamente, há muito a aprender com a teoria social acerca do fluxo e da mudança com as quais a teoria estética tem de se haver. Contrastando essas duas correntes de pensamento, talvez possamos melhor compreender os modos pelos quais a mudança político-econômica contribui para as práticas culturais.

Na música, como analisa Tragtenberg (1999, p. 23) a partir da música de cena⁶⁰, “o tempo é o veículo primeiro para toda e qualquer ação cênica”. A associação com ‘cenas’ neste trabalho, foi feita através das audições, que promoveram outros tempos de subjetivação para as trabalhadoras envolvidas e para a própria UTI. Foi possível mapear os fluxos das relações de poder com o sonoro e as subversões produzidas pela música através da ‘captura’ de cenas do trabalho e do tempo que se moldavam diferentemente com essas músicas. Eis uma limitação da escrita e da análise, que não podem acompanhar os tempos rápidos da música e da vida. Longe de comparar a UTI com uma ficção, é poder operar com a idéia de cena para tentar ‘recortar’ os fluxos dos acontecimentos. Tanto as audições quanto os grupos de Musicoterapia denotaram os potenciais da música enquanto produtora de outros tempos do existir e, portanto, também de outros tempos do trabalho e da produção de saúde. Outros tempos esses, que ainda que possam ser circunscritos para a reafirmação de modos de subjetivação dominantes, podem, também subverter e reinventar a ordem estabelecida.

Para o músico a temporalidade assume uma importância fundamental na concepção criativa, pois em última análise ela é o veículo essencial para a materialização sonora. A temporalidade opera um jogo construtivo na percepção do espectador entre *tempo real* e *tempo musical* que é um feixe concentrado de outras percepções simultâneas: ‘a música ligada ao tempo ontológico geralmente é denominada pelo princípio da similitude. Aquela que se vincula ao tempo psicológico procede espontaneamente por contraste. Esses dois princípios que dominam o processo criador correspondem a noções essenciais de variedade e uniformidade’ (STRAVINSKI, I. 1977, P. 35). Podemos transferir para o próprio processo de fruição do espectador essas duas tipologias musicais identificadas por Stravinski. Da mesma forma que a variedade só adquire sentido a partir da

⁶⁰ A chamada ‘trilha sonora’ de teatro, dança e cinema, também denominada ‘música aplicada’.

uniformidade, o tempo psicológico não deixa de ser uma das possibilidades de realização do tempo ontológico no 'eterno presente' que caracteriza as artes performáticas. (TRAGTENBERG, 1999, p.24-25).

Utilizando as perspectivas do autor para pensar os modos de subjetivação do trabalho e a saúde, podemos tomar as variedades e uniformidades como os eventos da vida, assim como as formas com que as relações de poder pelo sonoro são feitas funcionar. As discursividades sobre a música e talvez aquilo que possamos chamar de discursividades sonoras, são parte desses efeitos. Como tais, estão ligadas à verdade e a como os sujeitos se produzem. Felizmente, também estão ligadas às práticas de liberdade, que se insurgem, como as músicas se insurgiam nas audições, movimentando verdades, tal como o repertório 'adequado' à UTI.

A música de cena é de grande utilidade para essas construções porque também como a Musicoterapia, trabalha com a idéia de intervenção sonora e contribui para a construção de operadores para as intervenções musicoterápicas. Evidenciou-se, neste estudo, que as estratégias necessárias às intervenções no campo foram diretamente proporcionais aos fluxos das relações de poder e acontecimentos da UTI. No período das audições tornou-se compreensível a necessidade de intervir nos fluxos da unidade para movimentar essas relações de poder. A visibilidade desses movimentos foi possibilitada, em muito, pelos efeitos de intervenções musicais nos tempos dos fluxos operantes nos modos de subjetivação. As intervenções foram organizadas considerando estratégias que permitiriam movimentar as relações de poder, de modo a considerar a utilização do material sonoro especificamente: que tipos de sonoridade utilizar, volume, variações timbrísticas, estilísticas, texturas homogêneas (que facilitam a convivência entre música e palavra, como explicita Tragtenberg), ou outras. Estas estratégias foram necessariamente tomadas como parte de formulações para as intervenções

propostas, as quais tinham a finalidade de potencializar novas subjetivações, abrindo possibilidades para espaços-tempo de recriação da vida, da saúde e como meio de intervir nos contextos nocivos de trabalho.

Pensar a UTI a partir do conceito de Paisagem Sonora aproximou o contexto sonoro da unidade aos contextos sonoros da música moderna e contemporânea, sobretudo pela existência dos ruídos dos sons mecânicos. A percepção dos ruídos, dos sons e da música como expressão da vida é também a percepção desses elementos como produtores da própria vida. E, como aponta Tragtenberg (1999), a música há muito aprendeu que pode transformar uma mesma cena bucólica e opressiva, em nostálgica e futurista. Por que não poderiam ser objeto de produção de saúde e de outros modos de trabalhar?

Tomando as contribuições de Harvey (1996), pode-se compreender como as concepções de tempo e espaço 'implícitas' nas noções de ação e compreensão sobre o mundo estão diretamente ligadas às maneiras, ritmos e formas com que os modos de trabalhar e viver são produzidos. No território do trabalho pode-se, então, delinear como as formas de produção capitalísticas da vida criaram os ritmos acelerados de trabalho, os ritmos acelerados de viver e a quais ritmos de controle estes estão ligados. Numa contribuição foucaultiana visibilizam-se as formas pelas quais os sujeitos se tornam sujeitos a partir das modulações dos tempos (no plural, porque em fluxos) dos modos de subjetivação, dos modos de viver, dos modos de produzir saúde, dos modos de trabalhar e dos próprios sujeitos. Desses tempos, portanto, fazem parte mais do que os tempos de trabalhar e produzir. Fazem parte os tempos do sonhar, os tempos do pensar, os tempos do sentir, os tempos das percepções, os tempos do criar, os tempos do conviver, os tempos da trama social.

Assim como os tempos do controle, da dominação, da produção do capital, das tarefas exacerbadas. São os tempos dos fluxos modulados dos modos de existir.

Se os modos de trabalhar da UTI são pressionados pelos modos de subjetivação capitalísticos, como demonstram os controles exercidos, a música permite que os tempos contidos nas modulações desses fluxos possam ser alterados. No trabalho, assim como em outras instâncias da vida, os modos de subjetivação podem ser re-modulados pelos potenciais de criação, de vida e de sublevação da música enquanto agente produtor de tempos de viver, sentir, pensar, agir e deslocar.

Esses são os mesmos movimentos que parecem estar produzindo novas formas de ser da Musicoterapia e do musicoterapeuta, que se deslocam dos lugares estabelecidos para novos lugares e novas subjetividades. Nisto inclui-se a desconstrução de uma mítica de que a música por si só poderia produzir a 'libertação' do trabalhador, ou de que o relaxamento seria uma alternativa 'transformadora' no trabalho. Não há libertação, visto que é a construção do sujeito que está em jogo, mas há os potenciais vivos e renitentes das práticas de liberdade, que precisam mais do que relaxamento como fim para produzir. Ao mesmo tempo, é uma desconstrução de um certo 'complexo de fada madrinha' que reina no coração do pensamento mágico ligado ao uso da música, de que sempre se pode produzir prazer, felicidade, inserção social, salvação, eficácia ou libertação.

Se é possível contribuir um pouco mais além do que foi possível até o momento, é vislumbrar uma perspectiva de Musicoterapia Institucional. Aí estão problematizações relativas às implicações da música, da Musicoterapia e do musicoterapeuta na intervenção social. Intervenção social esta que busca deslocamentos das cristalizações dos lugares e dos reconhecimentos de si, a partir

da intervenção musicoterápica nas relações de poder. Busca, também, possibilidades de produzir outros lugares e novos modos de reconhecimentos de si através da busca das novas práticas de liberdade e transgressão frente às relações de dominação potencialmente causadoras de sofrimento e adoecimento, operando por meio dos contextos e elementos sonoros.

Este trabalho chegou à sua 'cadência'. Cadência, em música, entre outros sentidos, denomina o término de uma frase musical, como uma pontuação musical que, para além do fim, pode indicar um recomeço. É um ponto de repouso.

Esta pesquisa chegou ao seu ponto de repouso, habitada por inumeráveis inquietações e lacunas de questionamentos sem resposta. Muitas limitações fazem parte dessa produção, tal como uma análise mais criteriosa das intervenções musicais ocorridas no período das audições e que são, certamente, parte do trabalho do musicoterapeuta. Também, a limitação de bases conceituais para lidar com algumas idéias propostas; ou ainda, as limitações produzidas pelos diálogos inter e transdisciplinares, na apropriação dos territórios conceituais. Limitações estas, que se ligam à necessidade do conhecimento de muitos operadores e da capacidade de promover diálogo entre eles. São constantes negociações com fronteiras a serem transpostas e, às vezes, construídas.

Ainda que este trabalho tenha essas e outras limitações, talvez sua maior contribuição possa ser a de produzir outros caminhos e descaminhos, como os que trouxeram esses pensares até este lugar. Um lugar construído a partir de lugares foucaultianos e da pesquisa-intervenção, que acabaram tomando conformações cartográficas, sem que este fosse um caminho delineado nas idéias que geraram a pesquisa. Aqui, como proposto por Kirst *et all*, (2003), está a proposição de uma discussão metodológica que se atualizou na medida em que sujeito e objeto se

encontraram; aqui estão o mapa e os territórios; o estrangeirismo de si mesmo; está o tempo que pulsa e no qual se inscreve a vida; está a postura ético-estético-política e a busca de uma dimensão subjetiva da criação e produção do conhecimento.

Certamente, estão também outros elementos que ainda carecem de reconhecimento. De qualquer maneira, habitar e ser habitada pela pesquisa foi, sem dúvida, um dos maiores desafios desse estudo que, constantemente, inquietava o pensar e inundava o sentir. Se o caminho é feito ao caminhar, hoje já é possível perceber que são os descaminhos que podem produzir diferença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K.; ROCHA, M. L. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia, ciência e profissão**. 2003, 23 (4).

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BAUMGARTEN, M. Re-estruturação produtiva e industrial. In: CATTANI, A.D. (Org.) **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte; Instituto Félix Guattari, 2002.

BENTHAM, J. O panóptico ou a casa de inspeção. In: SILVA, T.T (Org). **O panóptico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil** (1988). Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em <www.planalto.gov.br>. Acesso em: Outubro de 2004.

BRUSCIA, K. **Definindo musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CHAGAS, M. **Musicoterapia: desafios da interdisciplinaridade entre a modernidade e a contemporaneidade**. Dissertação de Mestrado. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Instituto de Psicologia, Programa de Estudos Interdisciplinares em Comunidades e Ecologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001 (não publicado).

COSTA, C.M. **O despertar para o outro: musicoterapia**. São Paulo: Sumus, 1989.

CATTANI, A.D. Taylorismo. In: CATTANI, A.D. (Org.) **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

DELEUZE, G. Sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA DA FAUUSP/ SEQÜÊNCIA DE CONFORTO AMBIENTAL. **Exigências de conforto acústico/ruído urbano**. <<http://www.usp.br/fau/deptecnologia/docs/bancovidros/acustica.htm>>

DIAS, E. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS) no Brasil: realidades, fantasias ou utopia**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994. Tese de Doutorado.

DURAND, J.P. A refundação do trabalho no fluxo tensionado. In: **Tempo Social**, Vol.15, Nº 1, 2003.

FONSECA, T.; KIRTS, P. **Cartografias de devires: a construção do presente**. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2003.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si com prática da liberdade. In: **Ditos e escritos – Vol. V**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

_____. **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.

_____. O nascimento da medicina social. In: MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do poder**. 18.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003a.

_____. **História da loucura**. 7ed. São Paulo: Perspectiva, 2003b.

_____. Verdade e poder. In: MACHADO, R. (Org). **Microfísica do poder**. 18.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003c.

_____. **A ordem do discurso**. 9. ed. São Paulo: Ed. Loyola, 2003d.

_____. Foucault. In: FOUCAULT, M. **Estética, ética y hermenéutica**. Barcelona: Paidós, 1999a.

_____. Subjetividad y verdad. In: FOUCAULT, M. **Estética, ética y hermenéutica**. Barcelona: Paidós, 1999b.

_____. O sujeito e o poder. In: HABINOW, P; DREYFUS, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a.

_____. Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In: HABINOW, P; DREYFUS, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995b.

_____. **Tecnologías del yo y otros textos afines**. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1990.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1975.

GALLICCHIO, M.H. Musicoterapia com crianças em quimioterapia. In: **Revista brasileira de musicoterapia**. Ano IV, Nº 5, 2001.

HARVEY, DAVID. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

ISLA, C. El haver musical como acción promocional de la salud – repensando la musicoterapia. In: PELLIZARI, P.; RODRÍGUEZ, R. **Salud, escucha y creatividad: musicoterapia preventiva psicossocial**. Buenos Aires: Ediciones Universidad del salvador, 2005.

KIEFER, B. **Música e dança popular: sua influência na música erudita**. Porto Alegre: Ed. Movimento, 1990.

LAPOUJADE, C.; LECOURT, E. A pesquisa francesa em musicoterapia. In: **Revista brasileira de musicoterapia**. Ano I, nº1, 1996 (artigo 2/7).

LARANGEIRA, S.M.G. Fordismo e pós-fordismo. In: CATTANI, A.D. (Org.) **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. In: **Cadernos pagu** (24), janeiro-junho de 2005, pp. 05-25.

MARTIN, J.A. Music at the end of a life. In: **Case studies in music therapy**. s/c: Barcelona Publishers, 1996.

MENDES, R.; DIAS, E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. In: **Revista de saúde pública**. São Paulo, 25 (5): 341 – 9, 1991.

MENDOZA, C. Evaluación de la práctica clínica de la musicoterapia hacia el campo social-comunitario. La comunidad, sujeto y objeto de intervención. In: PELLIZARI, P.; RODRÍGUEZ, R. **Salud, escucha y creatividad: musicoterapia preventiva psicossocial**. Buenos Aires: Ediciones Universidad del salvador, 2005.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei orgânica da saúde 8080**. Brasília : MS, 1990. Disponível em <www.planalto.gov.br>. Acesso em: Outubro de 2004.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Segurança e saúde no trabalho NR 17 ergonomia (117.000-7)**.
<<http://www.mte.gov.br/Empregador/segsau/Legislacao/Normas/conteudo/nr17/>>
Acessado em 19/03/2006.

NAPOLITANO, M. **História e música**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

NARDI, H.C. **Ética, trabalho e subjetividade: trajetórias de vida e processos de subjetivação na virada do século**. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

_____. **Saúde, trabalho e discurso médico: a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho**. São Leopoldo : Ed. da UNISINOS, 1999.

NARDI, H.C.; TITTONI, J.; BERNARDES, J.S. Subjetividade e trabalho. In: CATTANI, A.D. (Org.). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. ver. ampl., Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002.

OSÓRIO DA SILVA, C. **Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

PELLIZARI, P.; RODRÍGUEZ, R. **Salud, escucha y creatividad: musicoterapia preventiva psicossocial**. Buenos Aires: Ediciones Universidad del salvador, 2005.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

ROCHA, C. **Abc das danças gaúchas de salão**. S/d, s/e, s/c. In: <[www.sougaucho.com.br/A Dança e a Música Gaúcha.htm](http://www.sougaucho.com.br/A_Dança_e_a_Música_Gaúcha.htm)>. Acesso em 27/02/2006.

RUUD, E. **Caminhos da musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

SAID, Edward. **Elaborações musicais**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

SANTOS, M. A. C. **Para a construção de uma agenda nacional de pesquisa em musicoterapia**. Trabalho apresentado no V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, Rio de Janeiro, 2004a.

_____. **Música, educação e democracia**. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense, 2004b.

SCHAFER, M. **O ouvido pensante**. São Paulo: Fund. Editora da UNESP, 1991.

SÖHNE, B. Canções da Baviera medieval. In: **CD Carmina burana**, Reg. Seiji Osawa. Digital Classics, Philips, 1989.

TITTONI, J. Saúde mental, trabalho e outras reflexões sobre a economia solidária. In: MERLO, A. (Org.) **Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004.

_____. Saúde mental. In: CATTANI, A.D. (Org.). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. Ver. ampl., Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002.

TRAGTENBERG, L. **Música de cena**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA. Definição de musicoterapia. In: **Revista brasileira de musicoterapia**. Ano I, Nº 2, 1996.

ANEXO 1

Repertório⁶¹ das Audições

Lista total dos CDs levados à UTI:

- 1) Alexandre Pires, CD 'É por Amor'
- 2) Almir Sater, CD 'Almir Sater ao Vivo'
- 3) As 150 Mais Belas Melodias, CDs 1 e 2, Coleção Reader's Digest Música
- 4) As 150 Mais Belas Melodias, CDs 3 e 4, Coleção Reader's Digest Música
- 5) As 150 Mais Belas Melodias, CDs 5 e 6, Coleção Reader's Digest Música
- 6) Beto Guedes, CD Coleção Bis
- 7) CD Domingueira ZH, Zero Hora, Vol. 4 (coletânea de música regionalista gaúcha)
- 8) Johann Sebastian Bach, CD 'Concertos de Brandenburgo N^os 1, 2 e 3'
- 9) Jorge Aragão, CD 'Bar da Esquina'
- 10) Kleiton e Kledir, CD Coleção Millennium
- 11) CD La Belle France, Vol. 3
- 12) Leandro e Leonardo, CD 'Sonho por Sonho'
- 13) Luiz Carlos Borges, CD 'Temperando'
- 14) Maria Rita, CD 'Maria Rita'
- 15) Marisa Monte, CD 'Memórias, Crônicas e Declarações de Amor'
- 16) Paco de Lucia, CD 'Concierto de Aranjuez'
- 17) Rudráksha, CD 'Prakriti'

⁶¹ Referências das músicas do chamado repertório 'popular': respectivamente, a música selecionada e o CD em que se encontra, referido, notadamente, pelo nome do intérprete. Referências do chamado repertório 'erudito' seguem a praxe das denominações neste campo: obra, seguido de compositor; ou, movimento (parte da obra), obra, compositor, ao que acrescentamos o CD utilizado.

- 18) Rudráksha, CD 'Rudráksha'
- 19) The Lord of the Rings, CD 1, 'The Fellowship of the Ring'
- 20) Toquinho, CD Coleção Focus
- 21) Vinícius de Moraes, CD Songbook
- 22) Vitor Ramiel, CD 'Ramilonga'
- 23) Jorge Drexler, CD 'Eco'
- 24) Enya, CD 'Sheperd Moons'
- 25) Milton Nascimento, CD 'Nascimento'
- 26) Edward Grieg, CD Coleção Panorama
- 27) Roupas Nova, CD 'Perfil'
- 28) Gujo Teixeira, Luiz Marengo e Jarí Terres, CD 'Quando os verso vem pras casa' (música regional)

Lista das escolhas efetuadas:

Em fonte regular estão as escolhas da pesquisadora; em negrito as escolhas das técnicas em enfermagem:

Primeira manhã:

Área 2 (início: 10h):

- 1) 'Concerning Hobbits', The Lord of the Rings (repetida).
- 2) 'Aquarela', Toquinho
- 3) **'Bolero' de Ravel, CD 4 de As 150 Mais Belas Melodias** (retirada)
- 4) **'Você Roubou Minha Vida', Alexandre Pires**
- 5) **'Agora Só Falta Você', Maria Rita**
- 6) 'A Ilusão', Rudráksha, CD Prakrití

- 7) **'Amor I Love You', Marisa Monte** (repetida)
- 8) **'Sol de Primavera', Beto Guedes**
- 9) **'Xucro de Viamão', Luiz Carlos Borges**

Área 1 (início: 11h15min):

- 1) 'Bolero', Ravel, CD 4 de As 150 Mais Belas Melodias
- 2) 'Cânon', Pachelbel, CD 6 de As 150 Mais Belas Melodias
- 3) **'May it Be' (Enya), The Lord of The Rings** (o aparelho de som não executou a faixa)
- 4) 'Ramilonga', Vitor Ramil
- 5) 'Amor I Love You', Maria Monte
- 6) Início do primeiro movimento ('Allegro con Spirito') do 'Concierto de Aranjuez', J. Rodrigo, Paco de Lucia
- 7) 'Chega de saudade', Vinícius de Moraes
- 8) 'Aquarela', Toquinho
- 9) 'Sol de Primavera', Beto Guedes
- 10) 'Tous les Visages de L'Amour', La Belle France Vol. 3
- 11) **'La vie em Rose', La Belle France Vol. 3**

Segunda Manhã

Área 1(início: 8h):

- 1) **'Amanhecer', Suíte Peer Gynt, Edvard Grieg**
- 2) 'Concerning Hobbits', The Lord of the Rings (repetida)
- 3) **'May it Be' (Enya), The Lord of the Rings** (repetida)
- 4) **'Angeles', Enya**

- 5) **'Sheperd Moons', Enya**
- 6) **'Rouxinol', Milton Nascimento**
- 7) **'Aquarela', Toquinho**
- 8) 'O Caderno', Toquinho
- 9) 'Crece', J. Drexler
- 10) 'Ayôdhya', Rudrâksha
- 11) **'O que me importa', Marisa Monte**

Área 2 (início: 9h):

- 1) 'Concerning Hobbits', The Lord of the Rings
- 2) 'May it Be' (Enya), The Lord of the Rings
- 3) 'Book of Days', Enya,
- 4) 'Amor I love You', Marisa Monte
- 5) 'Rouxinol', Milton Nascimento
- 6) **'Vidro dos Olhos', Luiz Carlos Borges**
- 7) **'Gentileza', Marisa Monte**

Terceira Manhã

Área 1(início às 8h45min)

- 1) 'Concerning Hobbits', The Lord of the Rings
- 2) 'May it Be' (Enya), The Lord of the Rings
- 3) 'Book of Day's', Enya
- 4) 'Um País com um Nombro de um Rio', J. Drexler
- 5) **'Uma música do CD 'As Mais Belas Melodias': 'Clair de Lune' (retirada);**
'Reverie' (retirada)

- 6) **'Danúbio Azul', Johann Strauss, As 150 Mais Belas Melodias**
- 7) **'Vira Virou', Kleiton e Kledir**
- 8) **'May it Be' (Enya), The Lord of the Rings**

Área 2 (início: 9h50min):

- 1) **'Caribbean Blue', Enya**
- 2) **'Uma música do Rudrāksha', 'Om Namah Shivaya'**
- 3) **'Não é Fácil', Marisa Monte**
- 4) **'Rouxinol', Milton Nascimento**
- 5) **'Encontros e Despedidas', Maria Rita**
- 6) **'Agora só Falta Você', Maria Rita**
- 7) **'Vira Virou', Kleiton e Kledir**
- 8) **'Paixão', Kleiton e Kledir**

Quarta Manhã

Área 1 (início: 09h05min)

- 1) **'Vira Virou', Kleiton e Kledir**
- 2) **'Caribbean Blue', Enya**
- 3) **'Concerning Hobbits', The Lord of The Rings**
- 4) **'May it Be' (Enya), The Lord of The Rings**
- 5) **'Batendo Água', Quando os Verso vem pras casa**
- 6) **'Índios Adeus', Almir Sater**
- 7) **'Cavaleiro da Lua', Almir Sater**
- 8) **'Aquarela', Toquinho**
- 9) **'Abandono', Alexandre Pires**

- 10) **'Usted se me llevó la vida', Alexandre Pires**
- 11) **'Lagoa dos Patos', Kleiton e Kledir**
- 12) **'Amor I Love You', Marisa Monte**
- 13) **'Coisinha do Pai', Jorge Aragão**
- 14) **'Louco por Chamamé', Domingueira ZH, Vol. 4**

Área 2 (início: 10h40min)

- 1) **'Paixão', Kleiton e Kledir**
- 2) **'Primavera' de 'As Quatro Estações', Vivaldi, As 150 Mais Belas Melodias**
- 3) **'Inverno' de 'As Quatro Estações', Vivaldi, As 150 Mais Belas Melodias**
- 4) **'Valsa da Viúva Alegre' de 'A Viúva Alegre', Léhar, As 150 mais Belas Melodias**
- 5) **'Marcha Nupcial' de 'Um Sonho de uma Noite de Verão', Mendelssohn, As 150 mais Belas Melodias (retirada)**
- 6) **'Coro Nupcial' de 'Lohengrin', R. Wagner, As 150 mais Belas Melodias (retirada)**
- 7) **'Coro dos Soldados' de 'Fausto', C. Gounod, As 150 mais Belas Melodias**
- 8) **'Bolero' de Ravel, As 150 mais Belas Melodias**
- 9) **'Samba da Bênção', Songbook Vinícius de Moraes (escolha do médico)**

ANEXO 2

CD: Músicas e Fragmentos Sonoros

Roteiro do CD

Faixa 1: 'Angélica', de Chico Buarque e Miltoninho [p.44]

Faixa 2: Paisagem sonora da UTI (Área 2) [p. 51]

Faixa 3: Paisagem sonora da UTI (Área 2)

Faixa 4: Paisagem sonora da UTI (Área 2)

Faixa 5: Paisagem sonora da UTI (Área 1/ expurgo)

Faixa 6: Paisagem sonora da UTI (Área 1/ respirador em um box)

Faixa 7: Paisagem sonora da UTI (Área 1/ Área 2)

- Faixa 8: Paisagem sonora da UTI (Área 1/corredor)
- Faixa 9: Paisagem sonora da UTI (Área 1/ corredor com salto alto)
- Faixa 10: Paisagem sonora (Área 2/ aspiração)
- Faixa 11: Paisagem sonora (Área 1/ sala de lanche)
- Faixa 12: 'Cinco Patinhos', de Xuxa [p. 71]
- Faixa 13: 'Bolero', de Ravel [p. 90]
- Faixa 14: 'Cálice', de Chico Buarque e Gilberto Gil [p. 93]
- Faixa 15: 'Carmina Burana' (O Fortuna), de Carl Off [p. 104]
- Faixa 16: 'Brincar de Ser Feliz', de Chitãozinho e Chororó [p. 107]
- Faixa 17: 'Unicamente', de Débora Blando [p. 108]
- Faixa 18: 'Marcha Fúnebre', de Chopin [p.111]
- Faixa 19: 'Amor Perfeito', de Odair José [p. 112]
- Faixa 20: 'Como Nossos Pais', de Belchior [p.115]
- Faixa 21: 'Concerning Hobbits', de Howard Shore [p.122]
- Faixa 22: 'May it Be', de Enya [p.122]
- Faixa 23: 'Amor I Love You', de Marisa Monte e Carlinhos Brown [p.125]
- Faixa 24: 'Xucro de Viamão', de Luiz Carlos Borges [p.125]
- Faixa 25: 'Danúbio Azul', de Johann Strauss Jr. [p.133]
- Faixa 26: 'O Rouxinol', de Milton Nascimento [p.136]
- Faixa 27: 'Samba da Bênção', de Baden Powel e Vinícius de Moraes [p.137]
- Faixa 28: 'Maria, Maria', de Milton Nascimento [p.140]