

## SONS, SILENCIAMENTOS, PODER E SUBJETIVAÇÃO NO HOSPITAL: A MUSICOTERAPIA NA SAÚDE DO TRABALHADOR<sup>1</sup>

Laize Guazina<sup>2</sup>

Jaqueline Tittoni<sup>3</sup>

Este trabalho tem como base a dissertação de mestrado homônima, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e que propôs e analisou a Musicoterapia como estratégia de produção de saúde do trabalhador, em pesquisa desenvolvida com técnicas de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

As áreas de atuação dos musicoterapeutas são muitas e têm sido ampliadas 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. A atenção à saúde dos trabalhadores pelo musicoterapeuta leva a 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 também à própria Música<sup>4</sup>, levando a novas possibilidades e questionamentos dentro desses campos.

Tendo em vista os objetivos deste artigo, apresentaremos brevemente os eixos que constituem e dão suporte a este trabalho, o qual se inscreve numa

---

<sup>1</sup> Artigo publicado anteriormente nos Anais em Cd-rom do "III Colóquio Franco-brasileiro de Filosofia da Educação: Foucault 80 anos", UERJ, Rio de Janeiro, 2006.

<sup>2</sup> Graduada em Música (UFSM), Especialista em Musicoterapia (UFPel) e Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, doutoranda em Música pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Profa. do Curso de Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná.

<sup>3</sup> Professora Doutora, orientadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>4</sup> Música, em termos de sua produção enquanto material sonoro e em termos dos campos de práticas e saberes.

perspectiva de Musicoterapia Institucional, e passaremos à discussão do Panáudio, conceito que propomos e pelo qual analisamos os modos de trabalhar e existir no hospital e as possibilidades da Musicoterapia.

### A Saúde do Trabalhador e a 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. Caracteriza-se por conceber o trabalhador como sujeito conhecedor de seu trabalho, ativo no processo saúde-doença (entendido como multicausal), bem como entende que as experiências dos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho podem ser estratégias para problematização das possibilidades de saúde-adoecimento no trabalho, objetivando produzir diferentes práticas de atenção à saúde dos trabalhadores (NARDI, 1999).

A 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, os quais produzem o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil – contexto em que se inscreve a própria Saúde do Trabalhador.

Dentre os novos pensares da Saúde do Trabalhador, destacamos aqueles fundamentados nas contribuições de Canguilhem (2002, p.149), onde 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.

Essa re-significação da saúde e as novas concepções a partir dela romperam com a ênfase na doença, numa compreensão de que a 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). Os estudos sobre saúde mental e trabalho, partindo desta concepção, passaram a envolver a discussão sobre a produção da subjetividade, bem como a discussão de como os sujeitos vivenciam e

dão sentido às suas experiências e vivências de trabalho, as quais conformam modos de viver, agir, pensar, sentir e trabalhar, sem que haja separação entre a ‘vida de fora’ e a ‘vida de dentro’ do trabalho (NARDI, TITTONI, BERNARDES, 2002, p. 304). 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. [...] 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. (TITTONI, p. 76, 2004)

Neste contexto, o reconhecimento das experiências dos trabalhadores, como conhecedores de seu trabalho e como sujeitos capazes de produzir novas alternativas de vida frente às situações potencialmente nocivas de trabalho, podem ser compreendidas como a produção de saúde.

#### Subjetivação, Música e Musicoterapia

A subjetividade, segundo Foucault (1999a, p.365) 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 em cada tempo e espaço. Isto é o que o autor define como ‘regime de verdade’, ou ‘política de verdade’ de cada sociedade. Nestes regimes, alguns discursos se legitimam e se consolidam, ordenando os modos de ser e viver, nos seus diversos âmbitos (FOUCAULT, 2003c). 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.

O poder 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, uma vez que exercem ação sobre a ação dos outros –

em ato. 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). Os indivíduos são capazes de exercer resistência, assim como de produzir práticas de liberdade, por meio da busca de novas possibilidades de existência e uma nova relação consigo que, em última análise produzem novas formas de viver (NARDI, 2003). 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.

A partir dessas construções foucaultianas, propomos 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 nos diferentes âmbitos da vida.

As discursividades que produzem a música possibilitam que diferentes jogos de verdade operarem 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, a música está ligada 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. 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”.

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 - como explicita Santos (2004), a música é elemento cultural e constitutivo de identidade pessoal e social. 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. 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” (SANTOS, 2004, p. 116). Estas práticas veiculam discursividades da mesma forma com que 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 das sujeições, na forma de liberdades aparentes.

Os modos de subjetivação ligados à música e ao trabalho podem ser visibilizados, por exemplo, nos cantos de trabalho, como explicitados por Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001, p.34) 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”. Outro exemplo situa-se no uso da música (assim como outras artes) no território do trabalho como meio de alcançar competências frente à criatividade, já que este é um atributo valorizado no perfil do trabalhador em determinados meios. 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, 2004), redefinindo o papel transgressor da

criatividade ou, de outro modo, capturando a criatividade como uma estratégia em favor do Capital.

A partir do arcabouço referencial aqui proposto, pensar a Musicoterapia também se torna objeto de deslocamentos das concepções mais hegemônicas da área. A análise de vários estudos (LAPOUJADE e LECOURT, 1986; COSTA, 1989; PAILLES & CALADOU *apud* CHAGAS, 2001, entre outros) evidencia a associação dos saberes e práticas de utilização da música para a saúde com práticas médicas, na constituição do campo que veio se tornar a Musicoterapia, a partir do séc. XX. Assim, é possível construir inferências sobre como o campo da Musicoterapia pode ter sido construído enlaçado com as demandas de adaptabilidade dos pacientes e com a normatização do discurso médico sobre a loucura, pelo menos até antes de seu surgimento como disciplina. E como, em certa medida, reproduz essas demandas de adaptabilidade dos indivíduos às instituições e ao mundo maior<sup>5</sup>, em detrimento das possibilidades de intervenção e reinvenção da sociedade, no contexto atual da disciplina. Disciplina esta, marcada pelos saberes e práticas específicas de um campo de conhecimento e profissional que se ocupa da música para a saúde das pessoas, em que estão presentes diferentes abordagens, técnicas e mesmo métodos, os quais produzem esse campo, assim como suas diferentes teorias embasantes e linhas de trabalho. E que é, nos tempo atuais, um território de trabalho específico do musicoterapeuta.

Atualmente, parece haver um crescente interesse dos musicoterapeutas pelo desenvolvimento de concepções teóricas e práticas em Musicoterapia, tomando como base a idéia de um sujeito situado e interligado ao seu contexto social e histórico, à luz de diferentes abordagens e compreensões. Na perspectiva deste trabalho, a Musicoterapia, a partir de uma proposta institucional, é compreendida como possibilidade de produção de deslocamentos das cristalizações dos lugares e dos reconhecimentos de si, a partir da intervenção musicoterápica nas relações de poder, nas possibilidades de produzir outros lugares, novos reconhecimentos de si através da busca das novas práticas de liberdade e transgressão frente às relações de dominação potencialmente causadoras de sofrimento e adoecimento. Esta concepção apóia-se na concepção de música à luz das contribuições foucaultianas,

---

<sup>5</sup> Even Ruud, já em 1990 expressava essa problematização acerca das produções teórico-conceituais em Musicoterapia.

como explicitado antes, e opera a partir do mapeamento e reconhecimento dos tensionamentos ligados aos contextos sonoros do trabalho e de como estes se interligam com os modos de subjetivação, apoiados também concepções da Saúde do Trabalhador, que enfatizam o reconhecimento dos saberes dos trabalhadores como importantes para o desenvolvimento de estratégias para as intervenções nos contextos nocivos de trabalho, e visibiliza o caráter político desse campo.

## O Trabalho Hospitalar e os Contextos Contemporâneos

A partir da contribuição de Castel (1998, p.24), compreendemos que "o trabalho não é apenas uma relação técnica de produção, mas como um suporte privilegiado de inscrição na estrutura social". Segundo o autor, 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 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, e infelizmente, 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 nas dinâmicas atuais da modernização, que pesam sobre o trabalhador, produzindo diferentes formas de controle, capazes de regular e manter o trabalhador sob a égide dos contextos de trabalho mais difíceis, em nome do sustento. Alguns desses controles traduzem-se não mais sobre o trabalho, mas sobre a lealdade do empregados e sua conformidade às normas ditadas pela empresa, assegurando que os mesmos dirijam suas capacidades e mobilizem suas potencialidades para os objetivos da empresa, que são raramente negociáveis (DURAND, 2003).

No contexto hospitalar, com o qual trabalhamos nesta pesquisa, os controles são parte importante e característico do trabalho. Tal como descrito por Osório da

Silva (2002), o trabalho em um grande hospital brasileiro (hospital-escola, neste caso) é caracterizado por uma rígida e coercitiva hierarquia, sobretudo no grupo de enfermagem - a categoria de trabalhadores com que atuamos na pesquisa, a de técnicos em enfermagem, pertence a este grupo. A hierarquia define 'quem diz bom dia a quem', como o espaço é organizado, a multiplicidade de chefias organizadas por profissão e especialidade. O trabalho hospitalar também é fortemente caracterizado pelo ocultamento seletivo das informações em todos os âmbitos; fracassos e erros não devem ser comentados; diagnósticos são falados e escritos em siglas, como em um dialeto profissional. A linguagem cifrada pode ser percebida em diversos contextos e situações, utilizada em larga escala por todas as categorias de trabalhadores. Osório da Silva ainda aponta os constantes traços da organização taylorista do trabalho, onde concepção e execução das tarefas são separadas, e estas mesmas tarefas são rígidas e aceleradas, tal como numa linha de montagem. Entretanto, hoje influenciada pelo fluxo tensionado da produção (DURAND, 2003) e mesmo pelos velozes modos de trabalhar e viver contemporâneos.

A organização do trabalho hospitalar é notoriamente coercitiva e, apesar de tomar um sentido de 'racionalidade' na contemporaneidade, tem formas muito irracionais. Os muitos e diversos controles são fruto de um poder que tem longas capilaridades e produz diferentes ações (como o número imenso de atividades que esses trabalhadores precisam cumprir, com poucas possibilidades de pausas, ou a ausência de cadeiras para sentar, a fim de que permaneçam em pé), formas de pensar e formas de sentir desses trabalhadores.

.As atividades relacionadas ao cuidado (alimentação, higiene, administração de medicamentos aos pacientes, vigilância sobre o estado dos pacientes, entre outras atividades), tal como a da enfermagem, são atividades que demandam, 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 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, são contextos de trabalho que se caracterizam pelos baixos salários e pela afirmação dessas categorias como lugares de 'não saber'.

#### Da Paisagem Sonora de uma UTI Infantil ao Panáudio

Pensar o contexto sonoro de um hospital e de uma UTI infantil, inicialmente pode levar à conclusão de que esses são lugares de muito silêncio, como as discursividades dominantes poderiam levar a crer. Entretanto, o hospital, assim como a UTI em que desenvolvemos mais especificamente esta pesquisa, são lugares muito ruidosos, onde música, sons diversos, sinalizações sonoras, discursividades dominantes que apregoam o silêncio e estratégias de silenciamento das pessoas convivem numa agonística diária. E onde comumente encontramos a naturalização do ruído e estranhamento à música.

O contexto sonoro específico da UTI infantil em que trabalhamos caracterizava-se 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 eram constantemente denominados pelos trabalhadores como 'barulho'. Este grande conjunto de sons formava um ruído constante, onde ora se distinguia um ou outro dos elementos, entre os muitos 'barulhos' da aparelhagem. Especificamente acerca de uma UTI, o contexto sonoro se caracteriza pela presença em larga escala de máquinas de alta especialização, que fazem barulho constantemente, porque têm a função de traduzir os sinais vitais do paciente, assim como sinalizam outras funções, tal como a administração de medicamentos e a coleta de fluidos corporais, com os mais diversos sons. Essas

máquinas estão permanentemente ligadas e a grande maioria delas permanece sobre a cabeceira dos pacientes (duas, três, quatro, cinco ou bombas e também monitores) sinalizando sonoramente de maneira ininterrupta, a qualquer hora do dia ou da noite.

Estes 'barulhos' costumavam ser a primeira referência que as técnicas em enfermagem e outros trabalhadores do hospital faziam, quando perguntados acerca de seu cotidiano de trabalho no hospital, acompanhado de comentários acerca do incômodo que estes mesmos 'barulhos' provocavam: eram 'estressantes', 'desagradáveis', 'irritantes' e 'cansativos', apesar de necessários ao trabalho. Ao contrário das máquinas, os sons relativos às pessoas estavam relegados à invisibilidade e 'inaudibilidade', fossem oriundos dos trabalhadores ou usuários. A presença do som das pessoas não é 'percebido' ou reconhecido pela ampla maioria dos trabalhadores, a não ser em situações em que são tomados como um sinal negativo de comportamento (falar 'alto demais'), ou em situações em que se tornam disruptivos, como o choro.

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 'musicais' com ruídos e silêncios, sem que estes últimos sejam, na maioria das vezes, tomados como desagradáveis, ou mesmo sejam reconhecidos como ruído. O contexto sonoro da UTI é uma paisagem sonora complexa, caracterizada por um grande conjunto de sons que formam um grande ruído constante.

Entretanto, alguns contextos do hospital, desde uma perspectiva musical e musicoterápica, revelam outras características importantes, bem como se revelam como produções de origem institucional, calcadas nas relações de poder. Os contextos sonoros do hospital e da UTI infantil tinham tensionamentos, em elementos que se conectavam em diferentes jogos entre silêncio-silenciamento-barulho-música e seus efeitos complexos.

Desde o início do trabalho de campo dessa pesquisa, chamaram nossa atenção o fato de muitas das técnicas em enfermagem fazerem referência à dificuldade ou impossibilidade da sua ‘voz sair’, ou de ter que falar baixo, ou mesmo não poder falar, a não ser sobre aquilo que é lícito falar, ou ainda, falar sem terminar as frases ou palavras, dando a entender o sentido e o conteúdo. Conjuntamente, faziam referência constante a ‘não saber’ ou ‘não lembrar’ as músicas, mesmo que as soubessem. Outro elemento constante era o excesso de ‘barulhos’ das aparelhagens que, ainda que fossem absolutamente necessárias à manutenção da vida dos pacientes e que, portanto, se configuravam como uma contingência do trabalho, funcionavam como meio de controle hierárquico sobre as técnicas em enfermagem (a opinião dessas trabalhadoras sobre a necessidade ou não de algum sinal não era levada em consideração pelas chefias – nessas situações, algumas chefias eram referidas pelas técnicas em enfermagem como ‘aqueles que mandam, mas não ficam para ouvir’). Esses efeitos ainda estavam ligados a um certo ‘afogamento’ da vida nas contingências de som dessa unidade – não fazer mais sons num ambiente de tanto ruído.

Também ocorriam constantes declarações por parte da chefia da unidade em questão, de que era permitido utilizar música dentro da UTI infantil, apesar de isso ser contraposto aos depoimentos das técnicas em enfermagem, e mesmo à observação do cotidiano da unidade, em que havia dois aparelhos de som portáteis, que eram dificilmente utilizados devido a dificuldades visivelmente ligadas a tensionamentos oriundos das relações hierárquicas. A isto se somava outra característica importante, que se visibilizava pelas discursividades dominantes (sobretudo por parte da chefia de enfermagem) que apregoavam que, se houvesse música na unidade, era necessário que fosse ‘lenta-clássica-instrumental-calma-relaxante’, uma vez que havia a associação naturalizada entre ‘música lenta-calmaria’, ‘música rápida-estresse’ (portanto, somente ‘música calma’ poderia ser utilizada), e uma associação com discursividades que desvalorizavam a música ‘popular’ e a associavam com o ‘não saber’ das técnicas em enfermagem, que ‘não saberiam’ escolher ou opinar sobre as músicas que seriam ‘ideais’ para a UTI. Da mesma forma, foi visibilizado e audibilizado como a música, uma vez que costuma estar associada a discursividades ligadas ao prazer e ao entretenimento, era tomada

como oposta ao trabalho. Isto resultava numa associação com a ‘vagabundagem’ no contexto do trabalho. A música também era tomada como oposta a um ambiente em que há a presença da morte. Leveza ou fruição não seriam possibilidades razoáveis para a moral do trabalho de uma UTI. Também sentimos e compreendemos as impossibilidades que tínhamos em realizar intervenções que necessitassem de sigilo, como nos grupos de musicoterapia que propomos com as técnicas em enfermagem. A estrutura do hospital se configurava como um lugar em que tudo podia ser ouvido, ainda que não pudesse ser visto. Sons e silêncios produziam controle e sujeição, uma vez que as práticas sonoras eram amplamente naturalizadas e ligadas aos modos de subjetivação dominantes. Entretanto, também era possível perceber que serviam às estratégias de produção de práticas de liberdade dos trabalhadores, configurando outros elementos estratégicos.

A estes e outros efeitos, os quais podemos mapear e analisar, e aos quais estão associados um conjunto de estratégias para produção de controles e subjetivação, demos o nome de Panáudio. O Panáudio é um dispositivo de controle produzido a partir dos contextos sonoros do hospital, e que se realiza, portanto, através das relações de poder que se viabilizam por estes contextos sonoros. A análise de Foucault (1975) acerca do Panóptico de Bentham inspirou-nos na análise de algumas formas de controle encontradas no hospital contemporâneo. 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). 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 fluidos,

mais rápidos e mesmo fugidios, tal como os centrados no ouvir e escutar<sup>6</sup>, que não necessitam ver ou serem vistos para a manutenção dos controles. Atravessa as paredes, junto com os fluxos sonoros, daí que também se utiliza da arquitetura, mas não se restringe a ela. Situa-se nos moldes contemporâneos das sociedades de controle. Controle constante, contínuo e permanente na impermanência: o som se dá sempre no tempo, seu efeitos são constantes, mas sua existência física é fugidia e inapreensível tal qual o próprio tempo. Este dispositivo é modulador de modos de existir, viver e trabalhar, 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 pelo 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.

---

<sup>6</sup> 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.” (LUFT, 1984, p. 227 e p. 409, respectivamente).

Entretanto, o silêncio<sup>7</sup> 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.

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 ligadas à hierarquia; sobre os julgamentos morais ligados ao sonoro, que produzem efeitos individualizantes nos comportamentos das trabalhadoras, traduzidos na incapacidade de tornar audível e 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 sentidos<sup>8</sup> traduzidos, muitas vezes, pela hierarquia, que define quem e quando pode soar e ser escutado. Neste caso, seriam as relações de poder audibilizadas<sup>9</sup> na hierarquia. 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.

As intervenções, sobretudo aquelas em que houve intervenção com música na UTI, mostraram o potencial dessas intervenções na insubmissão e re-criação do cotidiano, inclusive mostrando-nos o potencial de movimentação e desnaturalização dos discursos de verdade acerca de como e quando deve soar uma UTI. Da mesma forma mostraram sua possibilidade como estratégia coletiva de intervenção nos

---

<sup>7</sup> Aqui tratamos do silêncio enquanto percepção (ruídos são percebidos como ‘fundo’), não enquanto silêncio como ausência de som.

<sup>8</sup> ‘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.

<sup>9</sup> Em analogia a ‘visibilizados’, mas referindo-se a contextos sonoros.

contextos nocivos de trabalho, quando são utilizadas em consonância com os saberes dos trabalhadores, no caso, as técnicas em enfermagem. Mostraram também, as mudanças positivas que puderam ser produzidas nas interações entre as trabalhadoras, entre estas e familiares, entre familiares e suas crianças, e de todos como um todo, uma vez que, entre outros efeitos, promovia outras percepções menos individualizantes e coisificantes. Da mesma com que possibilitaram a expressão e comunicação entre as pessoas, e propiciaram outras sensações e diminuição das tensões em alguns momentos, essas intervenções vizibilizavam-se e se audibilizavam como possibilidades de produzir movimentos nas relações de poder: possibilidades de produzir novos modos de subjetivação.

Tanto nossos questionamentos acerca da possibilidade da Musicoterapia ser estratégia de produção de saúde do trabalhador foram confirmadas, quanto outras questões puderam ser colocadas, tal como a desnaturalização do uso da música e da própria Musicoterapia como elementos 'naturalmente' bons, sempre capazes de produzir relaxamento, transformação, ou mesmo inclusão, sem que os tensionamentos e os efeitos das relações de poder para manutenção dos controles também estejam presentes e atuantes. Mostrou-se aí o quanto cantar pode ser revolucionário no contexto hospitalar e como a vida, a saúde e o trabalho podem ser re-criados, pelas práticas de liberdade potencializadas com a música e com a Musicoterapia.

A música é, antes de tudo, produtora de efeitos. A definição sobre os fins para os quais poderão servir esses efeitos faz a diferença entre utilizá-la para novos potenciais de subjetivação ou a permanência de outros. Um exemplo claro disso é a utilização da Musicoterapia enquanto promotora de 'relaxamento' ou, numa linguagem mais técnica, 'redução dos níveis de estresse' com música no trabalho. Ou seja, se o 'relaxamento' for o objetivo final da intervenção do musicoterapeuta nos contextos de trabalho, sobretudo no contexto hospitalar, ainda que esta seja uma demanda importante dos trabalhadores, ela poderá servir para manutenção dos contextos de dominação do trabalho hospitalar, ao invés de produzir uma real diferença nesses contextos de trabalho. Incorre-se na possibilidade real de retro-alimentar esse contexto, ao invés de buscar produzir alguma diferença nos engendramentos institucionais, caso o 'relaxamento' não seja tomado como uma das

muitas outras estratégias de intervenção nesses contextos de trabalho. Essa é uma perspectiva que, necessariamente, necessita da análise e compreensão musicoterápica institucional. Outra questão que propomos é que, sem uma compreensão acerca dos efeitos de silenciamento como produção institucional sobre os trabalhadores do contexto hospitalar, o silenciamento não seria percebido como tal, incorrendo-se na possibilidade de intervenções apenas sobre os indivíduos, e não sobre o coletivo dos trabalhadores e sobre as relações que produzem essa sujeição. E, se a voz é um veículo tão caro à expressão das emoções, a dificuldade de expressar-se vocalmente poderia ser tomada como um elemento patologizador e culpabilizante do trabalhador. Esses questionamentos produzem, necessariamente, outros mais, sobretudo acerca da Musicoterapia na Saúde do Trabalhador, a questão do poder, do conflito Capital-trabalho, dos usos e efeitos da Música, e das implicações do musicoterapeuta nesse cenário. Também vizibilizam e audibilizam a importância do desenvolvimento da abordagem institucional em Musicoterapia, que ainda carece de mais atenção.

Se a música, como aponta Tragtenberg (1999), há muito aprendeu que pode transformar uma mesma cena bucólica e opressiva, em nostálgica e futurista, por que esses potenciais não poderiam ser objeto de produção de saúde, de outros modos de trabalhar e mesmo outros modos de existir?

#### Referências Bibliográficas

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

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

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

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

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.

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

DURAND, J.P. A Refundação do Trabalho no Fluxo Tensionado In: *Tempo Social*. USP, Abril de 2003.

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

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1975.

LAPOUJADE, C.; LECOURT, E. A pesquisa francesa em musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. Ano I, nº1, 1996 (artigo 2/7), Rio de Janeiro.

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

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.

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

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

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

SANTOS, M. A. C. *Música, educação e democracia*. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense, 2004

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

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.

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