



Tocando com a distonia focal do músico: estratégias de estudo e perspectivas de performance

MODALIDADE: COMUNICAÇÃO

SUBÁREA: PERFORMANCE MUSICAL

Denis Quadratti Sartorato
Unicamp - denissartorato@gmail.com

Resumo. Este artigo apresenta um relato de experiência acerca do meu processo de superação da Distonia Focal do Músico por meio da adoção de diversas estratégias de estudo e novas perspectivas de performance. Realizo um panorama sobre o atual estado da arte e um diálogo reflexivo baseado nos principais trabalhos de Farias (2005, 2010, 2012, 2017). Observa-se que é possível contornar a condição através da prática e conscientização de uma série de atividades: aproveitamento da neuroplasticidade para a reaquisição de movimentos eficientes, retreinamento do violão, mudanças posturais, trocas de digitações, aumento da propriocepção, diminuição da tensão muscular, consciência do relaxamento, controle da ansiedade e uso de truques sensitivos.

Palavras-chave. Distonia focal do músico. Violão. Performance. Estratégias de estudo.

Title. *Playing with Focal Hand Dystonia: Study Strategies and Performance Perspectives*

Abstract. This article presents an experience report about my process of recovery from Musician's Focal Dystonia through the adoption of several study strategies and new performance perspectives. I provide an overview about the current state of the art and a reflective dialogue based on the main works of Farias (2005, 2010, 2012, 2017). It is observed that is possible to overcome the condition through the practice and awareness of a series of activities: taking advantage of neuroplasticity to reacquire efficient movements, guitar retraining, postural changes, fingering changes, increasing proprioception, decreasing muscle tension, relaxation awareness, anxiety control and use of sensory tricks.

Keywords. Musician's focal dystonia. Guitar. Performance. Study strategies.

1. Introdução

Aos 29 anos, durante a graduação em música e logo após ter lançado meu primeiro álbum de violão solo, comecei a perceber pequenas falhas de execução instrumental em mecanismos já assimilados, como em sequências de arpejos (polegar, indicador, médio e anular) e (polegar, anular, médio e indicador). Com o tempo as dificuldades mecânicas foram aumentando de modo a ser visível uma leve contração involuntária dos dedos anular e mínimo em direção a palma da mão direita. Quando não estava mais conseguindo tocar de forma satisfatória o repertório de violão solo em performances ao vivo, busquei ajuda médica e fui diagnosticado clinicamente com a Distonia Focal do Músico.

2. Distonia Focal do Músico

A DFM é uma desordem de movimento que se manifesta como uma descoordenação, com excessiva contração muscular e perda do controle voluntário dos gestos mecânicos instrumentais já assimilados e automatizados. A diminuição do controle motor é caracterizada por uma simultânea ativação dos músculos agonistas e antagonistas que seriam responsáveis pelo equilíbrio das ações motoras. Ela é de ordem ocupacional e classificada como Tarefa-Específica, pois está intimamente relacionada com a atividade profissional. Geralmente os sintomas se manifestam em determinado(s) músculo(s) apenas quando o músico executa seu instrumento (ALTENMÜLLER; JABUSCH, 2009; FARIAS, 2012).

Diversos autores atribuem a DFM a uma desordem do sistema nervoso central. Estudos revelam que pode haver alteração nas estruturas da medula espinhal, tálamo, cerebelo, gânglios basais, córtex sensorial e córtex motor (ALTENMÜLLER; JABUSCH, 2009). Farias (2017) acredita que a Distonia é o sintoma de uma resposta hipersensitiva do sistema nervoso em reação a algum evento traumático ou estressante.

Devido a múltiplas causas orgânicas ou traumáticas, o sistema nervoso pode entrar em um estado de estresse. Esse estresse, que se inicia em nível do sistema nervoso autônomo, desata uma resposta compensatória em nível do sistema nervoso central que poderíamos denominar “choque cortical”, que leva a desconexão de determinados circuitos neurais e a conseqüente sobreativação de outros. (FARIAS, 2017, p. 279)

O córtex somatosensorial cerebral armazena mapas de representação sensorial de varias áreas do corpo. Cada um dos dedos possuem uma localização correspondente no cérebro. Por conta de uma intensa prática instrumental, ocorre um aumento dessas representações devido às necessidades elevadas de uma coordenação motora fina e rebuscada. Acredita-se que os sintomas da DFM começam quando o aumento dessa representação sensorial se desenvolve para além do limite, fazendo com que a plasticidade cerebral passe de um nível eficiente para um mal-adaptativo ineficiente (ALTENMÜLLER; JABUSCH, 2009).

Especialistas ressaltam que a DFM geralmente se manifesta após a aquisição e domínio de uma habilidade motora, quando os movimentos já estão proficientes. Isso sugere que a causa não está relacionada com o processo de aprendizagem, mas sim com a degradação daquilo que já está bem assimilado e durante a época de maior produtividade do músico (POTTER, 2012).

Altenmüller e Jabusch (2009) listam fatores de risco que podem ser decisivos para a manifestação dos casos. Fatores desencadeantes intrínsecos: dores na região afetada ocasionadas por lesões musculares ou compressão de nervos periféricos, que podem gerar uma degradação das representações sensoriomotoras cerebrais; déficit na inibição do grupo de

músculos antagonistas responsáveis pelo equilíbrio do movimento; fatores de ordem psicológica como ansiedade, estresse e depressão; necessidade de controle e busca por extremo perfeccionismo durante os estudos; e medo de errar durante as performances. Fatores desencadeantes extrínsecos: constrangimento social; preocupação exacerbada com a cobrança e com a crítica do público e dos colegas; e a sobrecarga da respectiva parte do corpo por conta de uma repetição intensa dos mesmos movimentos.

Outros possíveis fatores de risco: alterações na técnica instrumental, troca de instrumento, mudanças bruscas na rotina de trabalho, aumento repentino da carga horária de estudos, prática de um repertório muito acima dos limites técnicos, repetição obsessiva de trechos musicais com intuito de superar limites de velocidade, problemas pessoais ou familiares, falta de sono e excesso de tensão muscular (FARIAS, 2010; WHITE, 2017).

Em grande parte dos casos, os sintomas surgem quando os músicos estão no auge de suas carreiras, entre os 30 e 40 anos de idade, contudo há registros de acometimentos mais precoces e tardios. Em alguns casos os sintomas aparecem repentinamente, se desenvolvendo em poucos dias, em outros a manifestação ocorre de forma progressiva, demorando meses ou até mesmo anos para se desenvolver (ALTENMÜLLER; JABUSCH, 2010; LLOBET, 2009).

Diversos fenômenos indicam o início da condição. Altenmüller e Jabusch (2010) elencam os mais frequentes: perda gradual ou súbita do controle do dedilhado; falhas de objetividade e precisão; irregularidade na execução de arpejos, trinados e trêmulos; falta de controle dos movimentos dos dedos; lentidão em passagens rápidas; dedo(s) se curvando involuntariamente em direção à palma da mão; extensão involuntária do(s) dedo(s); dedo(s) não respondendo ao comando de tocar; e dedo(s) grudando no braço do instrumento.

Vários músicos, ao se depararem com essas ocorrências, acreditam que a diminuição de precisão dos movimentos pode estar relacionada à falta de prática. Como consequência, muitos aumentam a carga horária de estudos, porém essa reação acaba intensificando os sintomas e a condição (ALTENMÜLLER; JABUSCH, 2010).

Farias (2017) descreve que os sintomas não se manifestam sempre com a mesma intensidade e que podem variar durante o período do dia de acordo com os fatores desencadeantes. Em pacientes com Distonia Focal nos dedos, as manifestações se potencializam diante de qualquer situação estressante que exija o uso das mãos. Para os músicos isso representa as ocasiões das performances, concursos, gravações, avaliações, o ofício de lecionar ou mesmo qualquer situação em que são observados tocando.

O diagnóstico da DFM é fundamentado pelo histórico clínico do paciente relacionado com sua atividade laboral e por uma completa bateria de exames neurológicos.

Llobet *et al.* (2009) destacam sete principais critérios para o reconhecimento: (1) visíveis sinais de movimentos involuntários dos dedos ou da mão enquanto se executa o instrumento; (2) ausência ou diminuição dos sintomas enquanto se imagina ou realiza os mesmos movimentos sem o instrumento musical; (3) quando o exame de eletroneuromiografia (usado para medir a velocidade de condução nervosa) apresenta resultados normais, descartando a probabilidade de haver compressão de nervos periféricos; (4) quando se descarta a possibilidade de outras síndromes que poderiam provocar movimentos anormais das mãos; (5) quando o membro afetado apresenta reflexos, coordenação e sensibilidade normais em outras atividades; (6) quando não há ocorrência de dor e nenhum histórico de patologias no sistema nervoso central; (7) e quando o exame de ressonância magnética do cérebro não apresenta nenhuma irregularidade.

A busca por tratamentos nos últimos anos vem mobilizando profissionais de várias áreas de conhecimento, como neurologistas, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e músicos. Alguns especialistas acreditam que a DFM pode ser superada utilizando diferentes tipos de abordagens e trabalhando com uma equipe de profissionais multidisciplinar. Alguns músicos relatam melhoras nos sintomas após experimentarem certas transformações, como revisão da técnica instrumental; aumento da consciência corporal; reeducação postural; conhecimento das estruturas musculares e sua biomecânica; diminuição da ansiedade e da tensão muscular; intervenção medicamentosa; mudanças comportamentais; e tratamento psicológico e emocional (WHITE, 2017).

Butler; Rosenkranz (2006a, 2006b) e White (2017) elencam os principais tratamentos médicos utilizados, as terapias de reabilitação que focam no discernimento sensorial, as que combinam aspectos sensoriais e motores, as terapias alternativas e as várias estratégias complementares utilizadas atualmente como: o uso de medicamentos, injeção de *Toxina Botulínica*ⁱ, estimulação magnética transcraniana, terapia de movimento induzido por restrição, reeducação sensorial, imobilização do membro acometido, fisioterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, tratamento feito com equipe multidisciplinar, terapia com exercícios desacelerados, modificações no instrumento musical, alterações técnicas e posturais, truques sensitivos, *Farias Technique*ⁱⁱ e orientação com músicos que enfrentam a condição.

Baseado no conhecimento das causas e dos principais fatores de risco, especialistas apontam algumas medidas que parecem ser fundamentais na prevenção da DFM, levando em conta que obter sucesso com as modalidades de tratamento ainda é um desafio.

Farias (2010) alerta para a necessidade de análise e entendimento dos aspectos biomecânicos requeridos na execução instrumental. Sugere reduzir o esforço estático,

equilibrando o tempo de permanência em uma determinada posição; reduzir o esforço dinâmico, mediante a consciência de uma correta transição entre um gesto e outro; desenvolver a habilidade de decorar e digitar as peças musicais sem a necessidade de estar com o instrumento; escolher instrumentos construídos ou adaptados a suas características físicas; estar atento a dores que possam indicar o início de alguma lesão; ser flexível e receptivo à necessidade de mudanças de hábito ou da maneira de tocar; e assim que perceber qualquer tipo de sintoma, procurar ajuda médica para ter um diagnóstico precoce.

Farias (2010) ainda aconselha que, se por acaso houver experienciado algum tipo de trauma emocional recente, não pratique o instrumento até que se encontre em um estado de equilíbrio psicológico; não utilize a prática instrumental como uma fuga ou como um ato de salvação para o problema; se é obrigado a tocar durante esse período de estresse, não se concentre em ficar repetindo determinados trechos, alterne os movimentos e diminua a carga horária de estudos.

White (2017) também indica: realizar sempre de forma gradual o aprendizado de novos instrumentos, o aumento da carga horária de estudos e qualquer tipo de mudança técnica; manter os instrumentos musicais regulados e em boas condições; controlar e variar a força e a velocidade do toque; se afastar das altas cobranças por perfeccionismo e seguir em direção a uma abordagem mais holística e artística. Acrescenta ainda que, apesar da DFM não aparecer repentinamente em todos os músicos que fazem alguma coisa errada, o tópico sobre a prevenção precisa ser integrado e enfatizado no currículo dos cursos de música em geral.

3. Estratégias de estudo e perspectivas de performance

Os sintomas da DFM na minha mão direita foram surgindo de forma lenta e progressiva durante a execução de arpejos. Posteriormente as contrações foram se intensificando na execução de outros mecanismos até o estágio que o simples fato de eu empunhar o violão fosse suficiente para desencadear tremores e uma instabilidade nos dedos anular e mínimo.

Inicialmente a primeira estratégia que testei foi parar de usar o dedo anular. No entanto percebi que isso gerava ainda mais descontrole e tensão, pois, quando usava os dedos polegar, médio e indicador em qualquer tipo de combinação, os dedos anular e mínimo se contraíam cada vez mais, chegando ao ponto de encostarem na palma da mão e gerar dores musculares na região do antebraço.

Para que eu pudesse continuar tocando ao vivo, adotei diversas estratégias e alguns truques sensitivos que funcionaram bem e continuam dando certo sempre que preciso. Acabei

incorporando essas estratégias também em meus estudos e comecei até a compor e a fazer arranjos com essas novas configurações. As principais foram o apoio do dedo anular e/ou mínimo no tampo ou na primeira corda do violão. Para mim eles funcionam, pois o fato de apoiar algum desses dedos inibe as contrações e diminui os sintomas.

Farias (2017) argumenta que os chamados “truques sensitivos” são estimulações específicas que, se usados com persistência e sabedoria, podem despertar rotas neurais adormecidas e ajudar na recuperação dos movimentos. Por exemplo: (1) se preciso tocar algo nas primeiras cordas, opto por apoiar o anular no tampo; (2) se em determinado trecho não preciso usar a primeira corda, apoio o anular na prima; (3) para fazer levadas no estilo de samba e bossa nova, apoio o dedo mínimo na primeira corda e escolho desenhos de acordes da segunda corda para cima.

Não foi uma tarefa fácil incorporar esses elementos na execução e atualmente estou num processo de experimento, buscando diminuir um pouco a dependência dessas estratégias. Farias (2005) acredita que para se recuperar não é preciso aprender novos gestos motores, mas sim conquistar uma estabilidade física e mental que permita que o corpo simplesmente faça os movimentos que já sabe fazer, mas que foram esquecidos durante o desenvolvimento da DFM. Enfatiza que, com um procedimento adequado, é possível recuperar a mobilidade adquirida antes da DFM em minutos ou horas, entretanto pode demorar meses ou até mesmo anos para estabilizar o controle desses movimentos novamente.

Venho então realizando a prática instrumental tentando lembrar e reafirmar os movimentos dos dedos como eram antes da DFM. Faço tudo de forma lenta, relaxada e consciente. Em casa, tranquilo e bem concentrado, consigo tocar pequenos trechos musicais sem sentir as contrações. No entanto qualquer situação que me desperte tensão, responsabilidade de acertar, casos em que eu tenha que demonstrar algo para os alunos, gravar ou em situações de performance ao vivo, faz com que eu ainda não consiga me estabilizar física e emocionalmente para tocar o violão sem os sintomas. Nessas situações, acabo utilizando os truques sensitivos que resolvem os conflitos de forma momentânea.

Depois de fazer uma auto-observação detalhada, comecei a perceber que dependendo do que faço na mão esquerda, os sintomas na mão direita aumentam ou diminuem. Percebi que os sintomas diminuem quando não uso a mão esquerda e executo o dedilhado da mão direita. Já quando eu mantenho a mão direita posicionada, preparada para ferir as cordas e realizo o dedilhado da mão esquerda, as contrações na direita aparecem com a mesma intensidade de quando tento tocar normalmente com as duas.

Com o tempo, fui percebendo que a concentração excessiva e individualizada em um membro, de maneira a querer controlar todos os movimentos, não surte bons resultados.

Durante a interpretação musical multidões de gestos motores se executam automaticamente, seguindo uma sequência predeterminada pela repetição no estudo. No momento da execução, nossa função não é a de atuar conscientemente, mas sim a de observar, sem atuar, para não interferir na coordenação automática dos reflexos motores adquiridos. (FARIAS, 2005, p. 58)

Comecei então a estudar tentando não querer controlar todos os gestos motores. Os sintomas diminuem quando não me pressiono a querer sempre acertar tudo com perfeição. Para as minhas sessões de prática, mentalizo sempre a frase: “Para ter sucesso na recuperação do movimento livre não é necessário fazer nada. Para manter a pauta de descontrole é necessário fazer um esforço. O excesso de controle gera descontrole.” (FARIAS, 2005, p. 49)

Um fator que considero muito importante é a consciência de não extrapolar a meta diária de estudo no instrumento. Tento não exceder meu limite que gira entre 2 e 4 horas. Costumo empregar a recomendação de Farias (2010) que é a de fracionar o estudo em no máximo 4 sessões de 45 minutos, com intervalo de descanso de no mínimo 15 minutos. Nessas pausas procuro adotar posturas compensatórias para não sobrecarregar os músculos envolvidos na execução e pensar em outras coisas para aliviar a mente e retomar a prática de forma mais concentrada.

Uma estratégia que experimentei foi a troca de algumas digitações e uma mudança postural da mão direita. No início, quando inclinava um pouco o pulso à uma aproximação cubital, experienciava um pouco mais de conforto do que quando mantinha a posição anatômica. Mas com o tempo descobri que não importa muito o ângulo que adoto. O simples fato de eu me posicionar e aproximar a mão das cordas do violão já ativa os sintomas. A partir disso comecei a compreender um pouco mais sobre a complexidade das reações.

Farias (2012) considera que os sintomas da DFM podem ser desencadeados por diferentes tipos de reações, que ele originalmente classifica como: (1) reação por posição, quando uma determinada posição produz uma tensão disfuncional; (2) reação por contato, quando o contato com um objeto específico produz a tensão; (3) reação por pressão, quando o fato de exercer uma pressão com um dedo específico produz a tensão; (4) reação por movimento, quando o fato de realizar um movimento concreto produz a tensão; (5) e reação frente a um objeto, quando a simples ideia de que logo em seguida se vai produzir uma ação produz a tensão.

Em suas análises, Farias (2012) argumenta que os músicos com DFM podem apresentar essas reações de maneira conjunta ou de forma isolada. Isso depende muito do instrumento musical tocado e do membro afetado. Exemplo: a DFM associada à posição pode estar presente nos violonistas acometidos na mão direita que, simplesmente ao se posicionarem para tocar o violão, começam a sentir os espasmos; já a DFM associada ao contato pode estar bem evidenciada nos violonista acometidos na mão esquerda que começam a sentir as contrações assim que os dedos entram em contato com as cordas.

Outro aspecto importante para a recuperação, é a busca por uma consciência corporal, pretendendo o máximo de relaxamento possível, com aumento da propriocepção e diminuição das tensões musculares não somente durante a prática instrumental, mas em todas as atividades do cotidiano. Farias (2012) diz que os sujeitos acometidos pela Distonia são viciados em tensão muscular e que a tensão disfuncional se produz por uma “necessidade” de gerá-la. As vezes essa vontade é tão grande que o sujeito experimenta algo parecido com uma síndrome de abstinência quando começa a conseguir sua inibição.

Farias (2012) descreve três fases no processo de inibição das resposta motoras disfuncionais durante a reabilitação: (1) o sujeito sente a necessidade de produzir a tensão e ela acontece automaticamente, sem que a inibição seja possível; (2) o sujeito sente a necessidade de produzir a tensão, mas já é possível a sua inibição. Nesta fase é comum que algumas tensões se desloquem para outras partes do corpo como os ombros, dedos dos pés e abdômen; (3) quando o sujeito não sente mais a necessidade de produzir as tensões.

Durante meses não conseguia sequer sair da primeira fase e atualmente me considero na segunda. É impressionante o desconforto que sinto quando consigo inibir as contrações. Conforme inibo as tensões dos dedos, percebo que elas se deslocam para outras regiões do meu corpo. Começo involuntariamente a franzir as sobrancelhas, pressionar as pálpebras, maxilar e a dobrar os dedos dos pés. Para estimular o relaxamento e a propriocepção corporal venho praticando o violão no escuro ou com os olhos vendados.

Outra estratégia que uso, é a aplicação do *Kinesio Tape*ⁱⁱⁱ como um estímulo inibidor. Farias (2017) argumenta que os estímulos inibidores são conhecidos desde o começo das pesquisas sobre Distonia, e que não devem ser considerados apenas truques sensitivos, mas sim elementos fundamentais no processo de reabilitação. Quando, por exemplo, um músico toca o dorso do seu dedo mínimo e sente uma melhora no controle motor, é porque aplica uma estimulação extra no trajeto do nervo ulnar que não está operando de forma adequada. Aplicar estímulos inibidores nas regiões corporais afetadas pela Distonia, pode ajudar o processo de reabilitação através do retreinamento muscular.

Baseado nisso colo o *Kinésio Tape* em meu dedo anular e mínimo, sento com o violão, posiciono minha mão direita próximo as cordas e permaneço um tempo respirando e inibindo qualquer descontrole, tremor ou contração que venha a ocorrer. Depois começo a realizar toques com os dedos polegar, indicador, médio e anular (individualmente e de forma combinada), tentando me manter concentrado na inibição e no relaxamento dos dedos.

Conforme recomenda Farias (2010), é importante realizar as repetições dos movimentos de forma consciente e intercalada, com no máximo 20 repetições para cada gesto. Busco praticar as combinações em sequências curtas por poucos minutos e dividido em várias sessões ao longo do dia. Tento não fixar combinações de dedos de maneira sistemática e obsessiva, ao contrário, a cada dia tento usar fórmulas diferentes e de maneira improvisada, repetindo a quantidade necessária para interiorizar os gestos, pensando primordialmente no relaxamento e em simplesmente deixar os dedos ferirem as cordas.

Considero importante mencionar os benefícios que venho tendo com a incorporação do dedo mínimo ao toque. Sinto que ele gera mais estabilidade e menos descontrole na mão direita. Utilizo-o basicamente para tocar acordes de cinco sons em levadas, arpejos lentos e em alguns trechos de melodias na primeira corda. Sinto ainda uma dificuldade para equilibrar sua sonoridade em relação aos outros dedos, entretanto isso ainda não é uma preocupação. O objetivo principal é sentir cada vez menos os sintomas da DFM, não importando muito a qualidade sonora nesse momento.

Após a DFM, senti a necessidade de abandonar o violão por um tempo. Retomei a guitarra elétrica e comecei a tocar bandolim, flauta e cajón. Foi através do estudo desses instrumentos e da audição de diferentes estilos musicais que consegui me conectar novamente com o violão em suas outras formas de soar. Busco não repetir os comportamentos que foram nocivos para o meu desenvolvimento musical no passado, realizando um estudo consciente e pensando nos instrumentos como um meio para me expressar sempre a serviço da arte. Tento não transformar os estudos técnicos em meras repetições de movimentos e cada vez mais uso o recurso da prática mental, “desenvolvendo a capacidade de memorizar, digitar e analisar a música que se vai executar sem a necessidade de usar o instrumento.” (FARIAS, 2010, p. 22).

Aceitei que não necessito do virtuosismo para me manifestar musicalmente. Tampouco preciso fazer algo que está fora das minhas condições mecânicas atuais. Se tenho que tocar algo e está complicado, dou um jeito de mudar para algo a favor da expressão da musicalidade. Compreendi que a música não está só no instrumento e que ela necessita ser desenvolvida dentro de mim para que eu possa me expressar de maneira fluida.

Hoje sempre me questiono: *há a necessidade de insistir em determinados movimentos e combinações que desencadeiam ou mesmo aumentam meus sintomas?* Muitas vezes ainda me vejo apegado e insistindo em digitações historicamente estabelecidas como ideais e estipuladas como pré-requisitos para que os músicos sejam enquadrados nas diferentes linguagens musicais. Romper com esses paradigmas não é uma tarefa fácil, mas vejo que, em meu caso, talvez isso seja necessário se eu quiser de alguma forma continuar tocando e trabalhando com o violão.

A condição da DFM pode até trazer uma limitação física, mas ela não limita nossa mente. Podemos perfeitamente trabalhar o contentamento com o que somos agora, nos abrir para novas possibilidades e expandir nosso campo de atuação dentro do próprio segmento da música. Mentalizo diariamente que não devo me culpar pelo desenvolvimento da condição ou por não ter conseguido alcançar determinadas idealizações. No lugar da culpa busco estabelecer e fortalecer a gratidão por todas as realizações conquistadas através da música. Cada vez mais, sinto que preciso me livrar do excesso de controle. Preciso sempre repetir pra mim mesmo: - *não há como ter o controle de tudo nessa vida!* Por essa razão, em tudo o que eu me proponho a fazer atualmente, busco o equilíbrio!

4. Considerações finais

Considero importante mencionar que ainda há uma espécie de tabu e uma dificuldade de se falar sobre a condição da Distonia Focal entre os músicos. Muitos, após um diagnóstico positivo, não se sentem confortáveis em se assumirem publicamente e acabam optando pelo silêncio. Outros, nem sequer têm acesso a um diagnóstico médico preciso e chegam a ter suas carreiras musicais alteradas, comprometidas ou interrompidas, sem ao menos entenderem porque num determinado momento experienciam um descontrole sem explicação em gestos motores que há muito tempo estavam assimilados e proficientes.

Por um período de tempo eu tinha muita vergonha e medo de falar para as pessoas o que eu estava sentindo. Estava sempre abatido por um sentimento de fracasso, de culpa e também tinha receio de perder as relações de trabalho que eu estava construindo há anos. No meu caso, romper com o silêncio, falar abertamente sobre o assunto, fazer dessa temática uma causa de vida e querer ajudar os colegas que enfrentam a mesma condição, foi e é essencial para eu continuar no seguimento da música.

Observo que é possível contornar a situação através da prática e conscientização de uma série de atividades: aproveitamento da neuroplasticidade para a reaquisição de movimentos eficientes, retreinamento do instrumento, aumento da propriocepção, diminuição

da tensão muscular, consciência do relaxamento, controle da ansiedade, mudanças posturais, trocas de digitações, utilização de truques sensoriais e adoção de novas perspectivas e maneiras de continuar tocando o instrumento e atuando no mercado de trabalho.

Referências

- ALTENMÜLLER, Eckart; JABUSCH, Hans-Christian. Focal Hand Dystonia in Musicians: Phenomenology, Etiology, and Psychological Trigger Factors. *Journal of Hand Therapy*, v. 22, p. 144-155, 2009.
- ALTENMÜLLER, Eckart; JABUSCH, Hans-Christian. Focal Dystonia in Musicians: Phenomenology, Pathophysiology, Triggering Factors and Treatment. *Medical Problems of Performing Artists*, v.25, p. 3-9, 2010.
- BUTLER, Katherine; ROSENKRANZ, Karin. Focal Hand Dystonia Affecting Musicians. Part I: An Overview of Epidemiology, Pathophysiology and Medical Treatments. *Hand Therapy*, London-UK, v. 11, n.3, p. 72-78, Sept. 2006a.
- BUTLER, Katherine; ROSENKRANZ, Karin. Focal Hand Dystonia Affecting Musicians. Part II: An Overview of Current Rehabilitative Treatment Techniques. *Hand Therapy*, London-UK, v. 11, n. 3, p. 79-87, Sept. 2006b.
- FARIAS, Joaquín. *La Rebelión del Cuerpo: Entendiendo la Distonía Focal del Músico*. Galene Editions, 2005.
- FARIAS, Joaquín. *Guía Práctica de Ergonomía Musical: Técnica de la Guitarra Clásica, Biomecánica y Prevención de Lesiones*. Galene Editions, 2010.
- FARIAS, Joaquín. *Entrenamiento y Neuroplasticidad: Rehabilitación de distonías, un nuevo enfoque*. Joaquín Farias Martinez, 2012.
- FARIAS, Joaquín. *Sin Límites: Sus Movimientos Pueden Sanar Su Cerebro*. Galene Editions, 2017.
- LLOBET, Jaume Rosset *et al.* The Challenge of Dignosing Focal Hand Dystonia in Musicians. *Eur J Neurol*, n. 16(7), p. 864-9, 2009.
- POTTER, Patrick. Task Specific Focal Hand Dystonia: Understanding the Enigma and Current Concepts. *Work*, 41, p. 61-68, 2012.
- WHITE, Joanna Cowan. Musician's focal dystonia: strategies, resources, and hope. *Flutist Quarterly*, vol. 42 N, no. 2, p. 26+, 2017.

Notas

ⁱ A injeção de Toxina Botulínica (Botox) age como um bloqueador neuromuscular, impedindo a transmissão de estímulos dos neurônios para os músculos, evitando assim a contração muscular indesejada.

ⁱⁱ Maiores informações em: <http://www.fariastechnique.com>

ⁱⁱⁱ Fitas adesivas desenvolvidas pelo quiropraxista japonês Kenzo Kase que tem como objetivo auxiliar o tratamento de lesões músculo-esqueléticas.