

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

RAFAELLA LEITE FERNANDES

**A PALAVRA CANTADA NOS ESPAÇOS INTERSUBJETIVOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSISOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DO NATAL/RN**

NATAL, RN

2010

Rafaella Leite Fernandes



**A PALAVRA CANTADA NOS ESPAÇOS INTERSUBJETIVOS DE UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSISOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DO NATAL/RN**

Dissertação apresentada à banca de defesa para avaliação, inserida na área de concentração Enfermagem na atenção à saúde como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem na saúde mental e coletiva.

Grupo de pesquisa: Ações Promocionais e de Assistência a Grupos Humanos em Saúde Mental e Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

NATAL, RN

2010

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila
Mamede

Fernandes, Rafaella Leite.

A palavra cantada nos espaços intersubjetivos de um centro de
atenção Psicossocial do município do Natal/RN / Rafaella Leite
Fernandes. – Natal, RN, 2010.

121 f.

Orientador: Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do
Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

1. Serviços de saúde mental – Dissertação. 2. Pesquisa em
enfermagem – Dissertação. 3. Música – Dissertação. 4. Enfermagem
psiquiátrica – Monografia. I. Miranda, Francisco Arnaldo Nunes de.
II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 613.86(043.3)

RAFAELLA LEITE FERNANDES

**A PALAVRA CANTADA NOS ESPAÇOS INTERSUBJETIVOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSISOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DO NATAL/RN.**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), área de concentração Assistência à Saúde, Linha de Pesquisa Enfermagem na Saúde Mental e Coletiva, Grupo Ações promocionais e de Atenção a Saúde Mental e Coletiva, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 28 / 10 / 2010

Prof. Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Departamento de Enfermagem da UFRN
Orientador

Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP
Avaliadora Externa

Profa. Dra. Jacileide Guimarães
Departamento de Enfermagem da UFRN
Avaliadora Interna

Profa. Dra. Clélia Albino Simpson
Departamento de Enfermagem da UFRN
Avaliadora Interna

Dedico este trabalho à minha mãe, responsável maior por eu ter conseguido crescer em espírito e em humanidade e por seu apoio incondicional em tudo durante toda a minha vida; Obrigada por tudo, minha mãe!

Ao meu pai, que sem ele eu não seria quem sou, nem enxergaria o mundo como o vejo. É meu contraponto indispensável.

À Raul, meu irmão e meu padrinho, minha referência de caráter, de paciência, de verdade e honestidade.

À Tuca, minha segunda mãe, que faz parte da família desde antes da minha existência, e divide espaço em meu coração com minha mãe biológica.

Aos que sofrem com algum tipo de transtorno mental, para que não nos esqueçamos da humanidade que lhes cabe e da profundidade de seu ser.

AGRADECIMENTOS

À Deus, presença incessante que nenhum ser humano pode suprir; descoberta diária no meu cotidiano inconstante; segurança invisível, porém perceptível; confiança plena e sem titubeios; a expressão mais sublime de amar.

À minha família, pelo apoio, encorajamento, e por compartilhar e estimular os meus sonhos nessa descoberta diária que chamamos de vida.

Ao professor Arnaldo, meu orientador não apenas acadêmico, mas também orientador da vida. A convivência não é tão recente. São quatro anos de uma construção diária de confiança, ensinamento e respeito, que me fez ter a oportunidade de chamá-lo de amigo. Em determinados momentos foi também terapeuta, pai ou simplesmente o carismático “Bruxo”. Sua humanidade, seu olhar sensível e sua paciência são algumas das mais valiosas virtudes de um docente nato e multifacetado. Espero ter aprendido um pouco dessas características. Simplesmente, muito obrigada!

À professora Jucimar França, pelo acolhimento, espaço e experiência docente que só uma convivência afável e de confiança recíproca podem proporcionar. Ajudou-me a sentir o sabor de ser professora.

Aos amigos do “calabouço do saber”, nosso espaço de convivência, trabalho, estudos, desabafos e aprendizagem. Em especial a Raionara, Tarciana, Ariele e Neyrian, por tornarem o mestrado mais leve e mais prazeroso.

À minha turma de mestrado 2009, por ser marco na Pós-graduação em Enfermagem da UFRN, por me ensinar que ninguém pode ser subestimado e por provar que as palavras apoio, companheirismo e humildade podem habitar as paredes de um espaço onde a concorrência e a arrogância tendem a predominar. A satisfação de conviver com vocês só pode ser traduzida nos acordes do meu violão.

Ao apoio financeiro e à oportunidade de experiência docente proporcionados pela Bolsa REUNI, atividade acadêmica tão valiosa quanto as disciplinas indispensáveis da pós-graduação.

À professora Regina Furegato e à Gilda Pacheco, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP) pelo apoio no preparo do material pesquisado.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRN (PGENF/UFRN) pelos ensinamentos e contribuições que proporcionaram.

Aos usuários do CAPS II Oeste que foram peça fundamental nessa pesquisa. A eles, a minha admiração e o meu respeito por suas histórias de vida.

À Coordenação Municipal de Saúde Mental de Natal/RN que permitiu o desenvolvimento da pesquisa e, em especial, aos funcionários do CAPS II Oeste, pelo acolhimento e estímulo ao trabalho com os usuários do serviço.

Às bolsistas Jaiana e Alessandra, fundamentais na coleta de dados. Obrigada por serem meus olhos e meus ouvidos nas observações junto aos usuários, além dos momentos de partilha, que para mim foram enriquecedores.

Aos meus amigos, que não ousou nominá-los para não cometer nenhuma injustiça. Grata pelo companheirismo, cumplicidade, pela compreensão nas minhas ausências e por poder considerá-los a família que tive a oportunidade de escolher.

À Sebastião, Mirtes, João e Jairo (nosso querido Xexéu), que trabalham no Departamento de Enfermagem e também se tornaram meus amigos. Obrigada por sempre estarem solícitos em facilitar nosso trabalho durante nossa vida acadêmica.

*“Dorme a cidade
Resta um coração
Misterioso
Faz uma ilusão
Soetra um verso
Lavra a melodia
Singelamente
Dolorosamente
Doce a música
Silenciosa
Larga o meu peito
Solta-se no espaço
Faz-se certeza
Minha canção
Réstia de luz onde
Dorme o meu irmão”*

*(“Minha canção” – Luís Enríquez Bacalov/Sérgio Bardotti/Chico
Buarque)*

RESUMO

FERNANDES, Rafaella Leite. **A Palavra cantada nos espaços intersubjetivos de um Centro de Atenção Psicossocial do município do Natal/RN**. 2010. 121fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

O cuidado em psiquiatria e saúde mental, ao longo da história, vem passando por constantes mudanças. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, que traz à tona a desinstitucionalização como eixo estruturante do processo de reestruturação da assistência, tem como um dos principais serviços substitutivos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes trabalham a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS) a fim de restituir a autonomia e resgatar a dignidade dos usuários. As oficinas terapêuticas são alguns dos recursos utilizados e trabalham vários tipos de atividades como: escrita, artesanato, música, poesia, dentre outros. Este estudo teve como objetivo apreender as representações sociais das contribuições da oficina de música desenvolvida no CAPS II Oeste do município de Natal/RN, a partir dos relatos dos participantes da oficina, utilizando a técnica do grupo focal. Trata-se de um trabalho descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Participou de quatro oficinas terapêuticas de música um total de 16 usuários, no período de abril a maio de 2010. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN. O material discursivo proveniente das oficinas foi submetido ao recurso informacional do Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte, ALCESTE, e analisado com base na Teoria das Representações Sociais e na Teoria do Núcleo Central. Os sujeitos se caracterizaram em sua maioria como homens (62,5%), solteiros (62,5%), com idade entre 40-49 anos (37,6%) e grau de escolaridade prevalente no Ensino Fundamental Incompleto (56,2%). Os relatos foram transcritos e submetidos ao sistema de classificação do ALCESTE, que elegeu as seguintes categorias: Categoria 1 – Experiência da Palavra Cantada na Família; Categoria 2 – Experiências e Aproximações Musicais; e Categoria 3 – Sentimentos e emoções evocados pela música. A representação desses indivíduos encontra-se ancorada na experiência que eles têm com o CAPS, vivenciada e socializada pelo senso comum, por meio desse grupo social específico objetivada na oficina terapêutica de música, enquanto modalidade terapêutica prazerosa. O Núcleo Central evidenciou a relação intrínseca existente entre os usuários e a música, estabelecendo uma abertura ao vínculo de aproveitamento da mesma enquanto seu uso terapêutico em oficinas de serviços substitutivos de saúde mental. Os Elementos Periféricos apontam questões relacionadas ao ouvir, partilhar e vivenciar a música em família. Os Elementos Intermediários relacionam-se aos sentimentos e emoções evocados pela música, diante de sua relação estreita com a mesma. Constatou-se no estudo que a música se configura como um artefato terapêutico de boa receptividade pelos usuários, configurando-se como uma terapia revigorante e prazerosa, firmando a necessidade de continuidade dessa atividade, bem como sua expansão, dentro do serviço.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental; Pesquisa em Enfermagem; Música; Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

FERNANDES, Rafaella Leite. **The singing word into intersubjectives places of a Center for Psychosocial Care of Natal/RN.** 2010. 121p. Dissertation (Master) – Graduate Program in Nursing. Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

The psychiatric care and mental health are undergoing constant change over the History. The Brazilian Psychiatric Reform, which brings up the deinstitutionalization as a structuring in the restorative care process. The Reform has as one of the mainly substitutive services the Centers for Psychosocial Care (CAPS), which work from the Singular Therapeutic Project (PTS) in order to restore the autonomy and restore the dignity of users. The therapeutic workshop is some of the resources used and work several kinds of activities as: writing, handcraft, music, poetry, and so forth. This study set up to apprehend the social representations of helping of the music workshop carried out in the CAPS II east of Natal/RN, from the reports given by the participants of the workshop, using the focal group as technique. This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach. A total of 16 users participated in four musical therapeutic workshops from April to May 2010. The study was approved by the Ethics and Research Committee of UFRN. The discursive material from the workshop was submitted to the informational resource of Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte, ALCESTE, and analyzed based on the Theory of Representations and the Central Core Theory. The majority of subjects were men (62.5%), single (62.5%), aged 40-49 years (37.6%) and elementary school level (56.2 %). The reports were transcribed and submitted to the classification system of ALCESTE, which elected the following categories: Category 1 - Experience in the Word Family Sung, Category 2 - Musical Experiences and Approaches, and Category 3 - Feelings and emotions evoked by music. The representation of these individuals is anchored in the experience they have with the CAPS, lived and socialized by common sense, through this particular social group workshop objectified in music therapy as a therapeutic modality enjoyable. The central core revealed the intrinsic relationship between users and the music, establishing a relationship of openness to use the same while its therapeutic use in workshops of substitute services for mental health. Peripherals elements issues are related to listen, share and experience music in the family. Intermediary Elements relate to the feelings and emotions evoked by music, given her close relationship with it. It was found in the study that music can be construed as an artifact of good therapeutic responsiveness to users, configuring it as an invigorating and enjoyable therapy, confirming the need for continuity of this activity, as well as its expansion into the service.

Keywords: Mental Health Services; Nursing Research; Music; Psychiatric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Rede de atenção à saúde mental. Fonte: Ministério da Saúde. 2004.	32
Figura 2	Esquema explicativo de Dendograma formado pela CHD do <i>corpus</i> Musica.txt.	60
Figura 3	Classe nº 2 exemplificando a análise da Operação C2 do <i>corpus</i> Musica.txt.	61
Figura 4	Etapa D1 do processamento de dados do <i>corpus</i> Musica.txt pelo ALCESTE.	62
Figura 5	Etapa D2 do processamento de dados do <i>corpus</i> Musica.txt pelo ALCESTE.	63
Figura 6	Etapa D3 do processamento de dados do <i>corpus</i> Musica.txt pelo ALCESTE.	63
Figura 7	Formação das classes geradas no <i>corpus</i> Musica.txt pelo ALCESTE.	75
Figura 8	Número de UCEs por classe, número de palavras analisadas em cada classe e divisão percentual de UCEs por classe, geradas pelo ALCESTE no <i>corpus</i> Musica.txt.	75
Figura 9	Etapa C3 do processamento de dados do <i>corpus</i> Musica.txt pelo ALCESTE.	90
Figura 10	Esquema de ancoragem da música enquanto oficina terapêutica do CAPS	91
Figura 11	Análise Fatorial de Correspondência do <i>corpus</i> Musica.txt.	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Variáveis que compuseram as UCIs do <i>corpus</i> Musica.txt.	58
Quadro 2	Estilos musicais solicitados pelos usuários.	70
Quadro 3	Resumo dos principais estilos musicais presentes nas oficinas de música, retirado de Marcondes (2008).	72
Quadro 4	Lista de músicas executadas em cada uma das quatro oficinas.	74
Quadro 5	Categorias formadas a partir das classes geradas pelo ALCESTE no <i>corpus</i> Musica.txt.	76
Quadro 6	Palavras associadas significativamente à classe 1.	77
Quadro 7	Palavras significativas da classe 2.	80
Quadro 8	Palavras de maior interferência na classe 3.	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos usuários segundo o sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil e religião.	66
Tabela 2	Caracterização dos usuários de acordo com a ocupação, fonte de renda e renda média familiar.	68
Tabela 3	Caracterização dos usuários de acordo com o tempo de adoecimento, tempo de tratamento no CAPS, internações e diagnósticos.	69
Tabela 4	Expressões corporais dos usuários durante as oficinas.	85

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- AFC – Análise Fatorial de Correspondência
- ALCESTE – Analyse Lexicale par Contexte d’un Ensemble de Segments de Texte
- AVAI – Anos de Vida Ajustados por Incapacitação
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CBRS – Conferência Brasileira sobre Representações Sociais
- CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
- CHA – Classificação Hierárquica Ascendente
- CHD – Classificação Hierárquica Descendente
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CIRS – Conferência Internacional sobre Representações Sociais
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
- HD – Hospital Dia
- JIRS – Jornada Internacional sobre Representações Sociais
- MPB – Música Popular Brasileira
- NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
- PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
- PSF – Programa Saúde da Família
- PTI – Projeto Terapêutico Individual
- PTS – Projeto Terapêutico Singular
- QID – Quadrante Inferior Direito
- QIE – Quadrante Inferior Esquerdo
- QSD – Quadrante Superior Direito
- QSE – Quadrante Superior Esquerdo
- RN – Rio Grande do Norte
- RS – Representações Sociais
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNC – Teoria do Núcleo Central

TRS – Teoria das Representações Sociais

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 A INSPIRAÇÃO	17
2 INTRODUÇÃO	21
3 REVISÃO DA LITERATURA	26
3.1 CONTEXTO GERAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL	27
3.2 ARTETERAPIA/OFICINA TERAPÊUTICA DE MÚSICA	37
3.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	44
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	50
4.1 TIPO DE ESTUDO	51
4.2 LOCAL	51
4.3 SUJEITOS	52
4.4 A OFICINA DA PALAVRA CANTADA	53
4.5 PRECEITOS ÉTICOS	55
4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	56
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS SUJEITOS DA PESQUISA	66
5.2 DADOS MUSICAIS DAS OFICINAS	70
5.3 A PALAVRA CANTADA NA PERSPECTIVA DO ALCESTE	75
6 FORMAÇÃO DO CAMPO E NÚCLEO CENTRAL	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	109
ANEXOS	117

A Inspiração...

*“Se você pretende
saber quem eu sou
eu posso lhe dizer
entre no meu carro
na estrada de Santos
e você vai me conhecer...”*

(“As curvas da estrada de Santos” – Roberto Carlos/Erasmus Carlos)

1 A INSPIRAÇÃO...

A música é uma linguagem universal. Desde a infância, ela me acompanha intensamente e ao longo da vida venho comprovando a verdade e a força dessa frase. Quando pequena já admirava e me inspirava pelos sons, harmonias, ritmos, instrumentos, mas principalmente, pela sensibilidade que a música proporciona.

As habilidades com instrumentos musicais surgiram com o tempo, o que me ajudou a entender como essa linguagem de sons pode romper fronteiras e atravessar obstáculos que parecem intransponíveis. Levar o som de um violão ao outro e ver em seus olhos a emoção que a música proporciona, fazendo-o viajar através de suas experiências de vida é a comprovação de como a música tem o poder de ligar e unir os seres humanos.

Não apenas unir, mas fazer com que todo o nosso metabolismo se encante e se modifique devido a ela. A música possui um vínculo com diversas ciências e pode ser utilizada enquanto artifício terapêutico para as mais variadas patologias e nos vários campos dos processos de cuidado, principalmente no cuidado em saúde mental. A impressão antes apenas observada empiricamente, pôde ser constatada cientificamente a partir da experiência enquanto estudante universitária.

Durante minha graduação em Enfermagem tive a oportunidade de participar de um grupo de extensão, estudo e pesquisa, o grupo Viva a Vida Sem Muros, onde uma de suas vertentes era o trabalho com música, e semanalmente realizava um momento de interação, de canto e louvor por meio dela. Esse trabalho desenvolvido no Hospital Dia Dr. Helder Nunes e direcionado aos usuários e funcionários do serviço, proporcionava além da interação entre os participantes, o desenvolvimento da arteterapia, como um artefato das oficinas terapêuticas. A partir desse momento percebi que o trabalho em enfermagem poderia ser desenvolvido em conjunto com essa arte sensível que sempre admirei durante toda a minha vida.

Do ponto de vista de sua historicidade, mesmo que sintética, o referido Hospital-Dia (HD) foi um recurso intermediário na assistência em saúde mental, entre a internação integral e o ambulatório, que desenvolveu programas de tratamento intensivos por equipe multi e interdisciplinar para os portadores de transtornos mentais e comportamentais, permitindo uma interação contínua entre usuário-família-comunidade, buscando a ressocialização do usuário.

Foi lá que se desenvolveu um projeto de extensão com canto e dinâmicas, onde, utilizando a música como instrumento de trabalho, buscava uma atividade pautada na relação de ajuda terapêutica. Durante o ano de 2006, quando participei do grupo de extensão, os

benefícios e resultados desse trabalho se traduziam em sorrisos, relatos de melhora do quadro dos usuários do serviço, maior aproximação dos mesmos com a equipe profissional e com as bolsistas do projeto, bem como nas boas expectativas que todos os participantes colocavam para os encontros que se sucediam.

A tecnologia em psiquiatria e saúde mental, adotada no ensino da graduação em Enfermagem da UFRN, volta-se para a pessoa e a capacidade (habilidade e competência) do profissional/aluno agir de forma terapêutica, colocando-se inteiro, corpo, mente e sentimentos, como o instrumento do trabalho, a partir da compreensão de si como pessoa e profissional. Junto a esse processo, a música e seus componentes de animação, relaxamento, emoção e sensibilidade, proporcionaram o aprofundamento da oficina realizada em conjunto.

Motivada pelo desenvolvimento desse projeto, ao longo do percurso, busquei o aprofundamento científico para entender como a música pode ser utilizada para o tratamento, recuperação e a reinclusão dos portadores de transtorno mental na vida em sociedade. A vivência no projeto abriu horizontes para as possibilidades terapêuticas que a arteterapia, com foco na arte musical, pode proporcionar.

Em se tratando de processos de cuidado em saúde mental, a música é uma aliada importantíssima na luta pela reinserção, ressocialização, valorização do ser humano e inclusão social desses indivíduos que ainda vivem marginalizados e sofrendo com os preconceitos de um estigma arraigado sobre os transtornos psiquiátricos.

A musicoterapia, como o próprio nome já diz, consiste na terapia desenvolvida através da música por um profissional competente, o musicoterapeuta. É a constatação de que a música tem sua influência terapêutica e seus resultados podem ser comprovados.

Esclareço que o trabalho não será no âmbito da musicoterapia, visto que o mesmo só poderia ser desenvolvido por um musicoterapeuta. Este sim, profissional habilitado e capacitado para o desenvolvimento das técnicas terapêuticas. O estudo pretende colocar em foco as atividades com música realizadas pela equipe interdisciplinar sob a oferta de oficina terapêutica em serviços substitutivos em saúde mental, especificamente, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade do Natal/RN.

A partir da paixão pela música e reconhecendo sua importância enquanto modalidade de suporte terapêutico, baseado nos pressupostos da arteterapia, surgiu a inspiração e a motivação para o desenvolvimento dessa pesquisa que, por sua característica subjetiva, apoia-se no recurso teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS). Pretende-se colocar o trabalho com música em destaque, como forma de contribuir para a construção de um estudo sobre novas, possíveis e plausíveis formas de fazer saúde mental. Assim sendo,

uma alternativa a mais direcionada aos pacientes com transtorno psíquico, fornecendo novos subsídios para este cuidado.

Introdução

*“Nunca teve amor
não sentiu o calor
de alguém
nem sequer ouviu
a palavra carinho
seu ninho
não existiu...”*

(“A desconhecida” – Fernando Mendes/Fernando Augusto)

2 INTRODUÇÃO

O cuidado em psiquiatria, ao longo da história, vem passando por constantes mudanças. A forma de ver o indivíduo que necessita de assistência em termos de saúde mental, vem sendo questionada desde o século passado graças à luta por um cuidado digno e mais humanizado cujas transformações são observadas na assistência mundial e brasileira.

O panorama geral dos transtornos mentais sobre a Saúde no Mundo de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2001, ressalta o despertar da consciência crítico-reflexiva para a problemática, levando em conta o ônus dos transtornos mentais e seus custos em termos humanos, sociais e econômicos. Ao mesmo tempo, empenha-se em ajudar a demolir muitas das barreiras existentes nesse âmbito da saúde, especialmente a estigmatização, a discriminação e a insuficiência dos serviços que impedem milhões de pessoas, em todo o mundo, de receber tratamento de que necessitam e que merecem.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica brasileira organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, tendo como base a dimensão desinstitucionalizante desses movimentos. A mudança do modelo de assistência às pessoas com transtornos psíquicos pressupõe a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais de acordo com a Lei Federal 10.216/01 que dispõe da Reforma Psiquiátrica e da Portaria 224/92 que trata das diretrizes e normas para a oferta de serviços substitutivos de saúde mental (BRASIL, 2001, 2005).

A desinstitucionalização é um conceito que se operacionaliza através de dispositivos da desconstrução do modelo manicomial, ou seja, decompondo o agir institucional por meio de um conjunto de estratégias que, dialeticamente, desmontam e desconstruem os modelos de atenção instituídos. Pode ainda ser entendido como processo de reflexão sobre os saberes e práticas psiquiátricas vigentes, centradas em um paradigma racionalista, o qual tem favorecido a exclusão social das pessoas que se encontram em sofrimento psíquico (COIMBRA et al., 2005).

Uma nova concepção de assistência em saúde mental, prevista pela Reforma Psiquiátrica, propõe que o modelo hospitalocêntrico seja substituído por serviços que recebam e assistam pessoas com transtorno mental, buscando trabalhar a sua ressocialização, a sua individualidade e subjetividade e o resgate de sua dignidade enquanto ser humano e cidadão. Esses novos modelos de atendimento são denominados de serviços substitutivos.

Entende-se por serviços substitutivos aqueles cujo trabalho seja desenvolvido sem o caráter institucionalizante, cujas práticas terapêuticas promovam ressocialização na comunidade, bem como a aproximação e participação da família no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário do serviço.

O PTS, em substituição ao Projeto Terapêutico Individual (PTI), propõe um projeto para famílias ou grupos, não só para indivíduos, com proposta de buscar a singularidade como foco central de articulação. Dessa forma, uma ação integrada da equipe interdisciplinar busca considerar aspectos amplos no tratamento dos usuários, além da medicalização e do diagnóstico psiquiátrico (BRASIL, 2008).

Alguns serviços substitutivos, que são orientados por essas características de acompanhamento e tratamento, são os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os Lares Abrigados, os Hospitais-Dia, os Ambulatórios em Saúde Mental, dentre outros (AZEVEDO, 2008).

Os CAPS têm um papel estratégico importante para a execução e consolidação da Reforma Psiquiátrica, sendo o eixo organizador da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Dessa forma, são fundamentais dentro da nova estrutura e organização de serviço em saúde mental (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde assim define os CAPS enquanto sua importância nessa conjuntura:

Os CAPS devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005, p. 27)

A estrutura de atendimento dos CAPS, com vista à reinserção das pessoas no processo de trabalho, ao resgate de sua cidadania e ao retorno dos laços familiares permite o desenvolvimento de atividades que auxiliam e promovem esse encontro de vínculos e sentidos na vida de pessoas com transtornos psiquiátricos. As oficinas terapêuticas são estratégias que podem ser, e são, utilizadas frequentemente como aliadas nesse processo de reabilitação dos usuários do serviço, promovendo uma variedade de recursos terapêuticos característicos dos novos dispositivos em saúde mental (BRASIL, 2004; CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

As oficinas terapêuticas são importantes formas de tratamento desenvolvidas nos CAPS. Realizada em grupo sob a orientação de, pelo menos, um profissional do serviço, elas buscam o desenvolvimento de habilidades corpóreas, de realizar práticas produtivas e que

proporcionem o exercício coletivo da cidadania. Estas podem ser de variadas formas: oficinas expressivas (o que inclui espaços de expressões plásticas, corporal, musical, etc.) oficinas geradoras de renda (que podem ser de culinária, artesanato em geral, brechó, dentre outros) e oficinas de alfabetização (BRASIL, 2004).

As oficinas que trabalham com música, foco do estudo a ser realizado, promovem a socialização de sentimentos e estimulam a sensibilização dos indivíduos participantes. A música, com seu poder de mobilização emocional, tem sido referenciada como uma modalidade terapêutica que proporciona bem-estar e que auxilia na integração e restabelecimento dos indivíduos (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006).

Costa (1989, p. 19), entende a doença como uma desarmonia da natureza humana, propondo assim, que a música restabelece esse equilíbrio perdido por sua propriedade de ordem e harmonia dos sons e que desempenha “tanto a função de provocar a depuração catártica das emoções, quanto a de enriquecer a mente e dominar as emoções através de melodias que levam ao êxtase.”

Os efeitos provenientes da música vêm sendo constatados em estudos realizados e divulgados nos meios científicos (LEÃO, 2009; LEINIG, 2009; LEONARDI, 2007; LEVITIN, 2010), porém seu reconhecimento enquanto ciência e modalidade terapêutica é ainda contestado por muitos estudiosos.

A música, em sua subjetividade, tem a capacidade de evocar respostas não-verbais e emocionais, percorrendo diversos sentimentos do ser humano (como alegria, tristeza, calma, devoção, dentre outros) e adentrar áreas profundas da *psique* e personalidade do indivíduo, atuando sobre sua mente como um catalisador dos processos mentais (LEINIG, 2009).

Com esse estudo, pretende-se avaliar os efeitos e reações proporcionadas pela música nas ações de saúde mental no CAPS II Oeste do município de Natal/RN, a partir dos relatos e expressões corporais dos participantes da oficina terapêutica.

Entende-se que o estudo torna-se relevante por ser interdisciplinar, permitindo buscar contribuições não só para a enfermagem, como também para as ciências humanas, como a psicologia e antropologia social. Contribuições essas que possam ser remetidas ao trabalho em saúde mental, promovendo um conhecimento acerca de uma realidade, no que diz respeito às ações com música voltadas para o atendimento, promoção e recuperação da saúde dos usuários nesse serviço, visto que, a arteterapia é um artefato valioso das oficinas terapêuticas.

Tal valor corresponde na contribuição dos ideais de reinclusão, reabilitação e valorização do ser humano proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se também de

um reflexo dos desafios e avanços, esforços mais ou menos exitosos, porém verificáveis na atualidade da rede de atenção à saúde mental no Brasil.

Dessa forma objetiva-se, com esse estudo, investigar as representações sociais dos usuários do CAPS II Oeste do Município de Natal/RN, sobre o emprego da música enquanto oficina terapêutica.

Revisão de Literatura

*“Aí quem me dera voltar
pro’s braços do meu xodó
saudade assim faz doer
e amarga qui nem jiló
mas ninguém pode dizer
que me viu triste a chorar
saudade, o meu remédio
é cantar...”*

(“Qui nem jiló” - Humberto Teixeira/Luiz Gonzaga)

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor entendimento e organização do material estudado, foi feita uma subdivisão do capítulo que se segue. São três subpartes com a aproximação conceitual e compreensão das temáticas da Reforma Psiquiátrica e o contexto das políticas públicas em Saúde Mental, a inserção da música como oficina terapêutica nos CAPS e a Teoria das Representações Sociais como um foco de análise interpretativa e clareadora de idéias do estudo.

O capítulo que segue encontra-se subdividido da seguinte forma: 3.1 Contexto Geral das Políticas Públicas em Saúde Mental; 3.2 Arteterapia / Oficina Terapêutica de Música; 3.3 Teoria das Representações Sociais.

3.1 CONTEXTO GERAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL

As conquistas que observamos hoje na assistência em saúde mental são o reflexo de uma luta que já dura muito tempo. A realidade que as pessoas com transtornos psíquicos viveram em outras épocas foi dura e cruel, permitindo resquícios ideológicos que ainda permeiam o senso comum e o preconceito das pessoas ditas “normais”. Ainda não chegamos a uma realidade “ideal” de atendimento e respeito no cuidado em saúde mental, pelo contrário, ainda há muito o que modificar. Entretanto, em relação ao tratamento que era dado aos “loucos”, estamos em um nível bem mais elevado de entendimento.

A história mostra que os portadores de doenças mentais foram tratados na antiguidade como seres que viviam fora da realidade, diferenciados da sociedade e com incapacidades e limitações irreversíveis. Em meio a inúmeras contradições de pensamento, a visão que se tinha sobre essas pessoas variava de acordo com cada período da história e região do mundo. Na Grécia antiga, por exemplo, acreditavam que os loucos detivessem poderes divinos. Já na Idade Média, a crença se voltava para a possessão de demônios. Diante disso eram tratados de forma violenta e submetidos a condições miseráveis, como fome e frio, jogados em prisões à espera da morte, ou submetidos a tratamentos torturantes. A sociedade preocupada apenas com sua “segurança” com relação aos loucos, continuou tratando-os dessa forma até o século XVIII (BRASIL, 2009).

Nessa época, o asilo psiquiátrico desponta como uma modalidade de exclusão e afastamento dos doentes mentais diante de uma visão condenatória do insano. Quem fosse tido como ocioso e incapaz de oferecer mão-de-obra era condenado a viver em isolamento nos hospitais psiquiátricos, sem uma percepção concreta de sua subjetividade (AZEVEDO, 2008; FOUCAULT, 2002).

Dessa forma, essas instituições asilares eram abrigos de outras manifestações comportamentais como desordeiros, leprosos, sífilíticos, ladrões, dentre outros, ou seja, eram habitadas pelos que viviam à margem da sociedade da época, apesar de apresentarem um caráter terapêutico e serem idealizados como locais adequados de cura desses indivíduos (FOUCAULT, 2002).

A institucionalização, característica forte de um período legitimado pelo saber médico, tem profundas marcas advindas desse tempo e que se propagaram até os dias de hoje. Os manicômios atravessaram o tempo com marcas de violência, repressão, exclusão e desrespeito pelos que fizeram parte de sua história.

O período de transição social e política dos séculos XVIII e XIX foi marcado também pelo início dos questionamentos sobre o indivíduo louco e a postura violenta tomada em relação a ele. O francês Philippe Pinel foi pioneiro nessa mudança, abordando a loucura como doença que podia ser tratada, e provocando o surgimento dos estudos sobre psiquiatria e tratamentos clínicos. Outros nomes como Esquirol, Morel, Séguin formaram a escola francesa fundada por Pinel. Na Alemanha do século XIX, Kraepelin, e no século XX, Freud. Este criou e popularizou a psicanálise pelo mundo, sendo uma referência maior nessa área (BRASIL 2009).

Na década de 1960, as experiências do italiano Franco Basaglia influenciaram o mundo com a perspectiva da desinstitucionalização. Segundo ele, o problema da doença mental localiza-se no contexto político e sua proposta era reduzir o número de leitos nos hospitais psiquiátricos e desenvolver uma rede de serviços psiquiátricos junto à comunidade, trabalhando com equipes interdisciplinares (ANTUNES; QUEIROZ, 2007; BRASIL, 2009).

Enquanto as reformulações psiquiátricas internacionais ocorriam na Europa dos anos 1960, com propostas assistenciais alternativas à hospitalização, no Brasil vivia-se em plena ditadura militar onde a força política no poder, reprimia todo e qualquer movimento progressista que aparecesse na época. Dessa forma, o Brasil viveu uma defasagem temporal, adotando medidas equivalentes aos movimentos reformistas apenas nos anos 1980 (ANTUNES; BARBOSA; PEREIRA, 2002).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, tendo como eixo a dimensão desinstitucionalizante desses movimentos.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica brasileira, contemporânea à Reforma Sanitária, está inserida num contexto social e político que envolve uma gama de atores, instituições e poderes. Porém, embora contemporânea à Reforma Sanitária, tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundamenta-se numa mudança de modelo estrutural da assistência e inscreve-se numa superação do modelo institucional, evoluindo para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é um

processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição de 1988 e por leis complementares no campo da saúde, tem como pressupostos básicos os princípios da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Considera-se o maior avanço político, democrático e social na área de promoção à saúde. A Lei Orgânica da Saúde, conhecida no dia a dia como a Lei 8.080 de 1990, é o instrumento jurídico fundamental para a concretização do SUS, facilitando a criação de programas para sua consolidação, dentre eles o Programa de Saúde Mental (AZEVEDO, 2008; COSTA, 2007).

Nesse sentido, a implantação do SUS trouxe modificações para a organização das práticas de atenção à saúde e de gestão do sistema, permitindo a reconfiguração do modelo assistencial mediante a formulação e ampliação de propostas inovadoras associadas a novos modelos. Esses movimentos envolvem a diversificação dos serviços de saúde, os novos processos de qualificação dos trabalhadores e a natureza do trabalho em saúde, mantendo estreita relação com a atual reorganização do mundo do trabalho (COSTA, 2007).

Essas reformas estruturais, legislativas e até constitucionais permitiram à Reforma Psiquiátrica uma inserção nessas bases de mudança. Acompanhando esse andamento, ocorrem

as Conferências Nacionais de Saúde Mental, com propostas de renovação e ideais de desinstitucionalização.

Destacam-se desse momento, as tendências de descentralização, municipalização das ações em saúde, participação dos diversos setores representativos da sociedade, definição do financiamento da saúde, bem como o surgimento de espaço para os técnicos que, em 1987 emergem em um Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Este é lançado a partir do tema “Por uma sociedade sem manicômios”, promovendo discussão sobre essa temática, loucura, psiquiatria e doença mental (AMARANTE, 1994,1995).

Concomitantemente aos movimentos reformistas, ocorreram conferências e encontros de psiquiatria e saúde mental, como as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), defendendo formas independentes de organização dos serviços, tendo a sociedade como estratégia principal para as mudanças, através do controle social, e os Encontros Nacionais do Movimento da Luta Antimanicomial e das Associações de Usuários e Familiares (AMARANTE, 1995, 2007).

Na década de 1990, a Reforma tomou vigor, articulando-se entre os três níveis gestores do SUS. O principal documento norteador das políticas adotadas no país, como também em toda a América Latina, foi a Declaração de Caracas, resultante da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em novembro de 1990 (BRASIL, 2001).

Por via legislativa e normativa, a reforma seguiu nos âmbitos parlamentares e ministeriais, com implementação de leis estaduais e municipais que antecederam a Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216 de 2001. Esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Essa lei norteia o processo de reestruturação da psiquiatria e saúde mental no nosso país, apontando diretrizes e normatizações que redirecionem o modelo de assistência, voltada para o cuidado à clientela com um longo período de internação e para a inserção dos serviços substitutivos em saúde mental.

Considera-se relevante destacar que no Brasil, além da legislação, outros instrumentos e processos avaliativos foram responsáveis pelo crescimento da rede de serviços substitutivos. Dentre os instrumentos de gestão que permitem as reduções e fechamentos de leitos de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada, está o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), instituído em 2002, por normatização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Essencialmente um instrumento de avaliação, o PNASH/Psiquiatria permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita. Trata-se da instituição, no Brasil, do primeiro processo avaliativo sistemático anual dos hospitais psiquiátricos. Se a reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil é recente, mais recente ainda são seus processos de avaliação.

O PNASH vem conseguindo nos últimos três anos vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do país, leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral, permitindo que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos sejam retirados do sistema, sem acarretar desassistência para a população. O processo demonstrou ser um dispositivo fundamental para a indução e efetivação da política de redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria. Em muitos estados e municípios, o PNASH/Psiquiatria exerceu a função de desencadeador da reorganização da rede de saúde mental, diante da situação de fechamento de leitos psiquiátricos e da conseqüente expansão da rede extra-hospitalar (BRASIL, 2005).

Representando a rede de saúde mental proposta pela Reforma, estão os serviços substitutivos, identificados como serviços de saúde mental que não têm característica de confinamento ou institucionalização, com a finalidade de aproximação ou ressocialização do portador de transtorno mental e comportamental junto à comunidade, que pode ser Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Residência Terapêutica, Lar Abrigado, Hospital-dia, Leito Psiquiátrico em Hospital Geral, Pronto-Socorro e Emergência Psiquiátrica. Alguns desses serviços disponibilizam atividades em grupo, outras individuais, destinadas às famílias, ou ainda comunitárias (Figura 1).

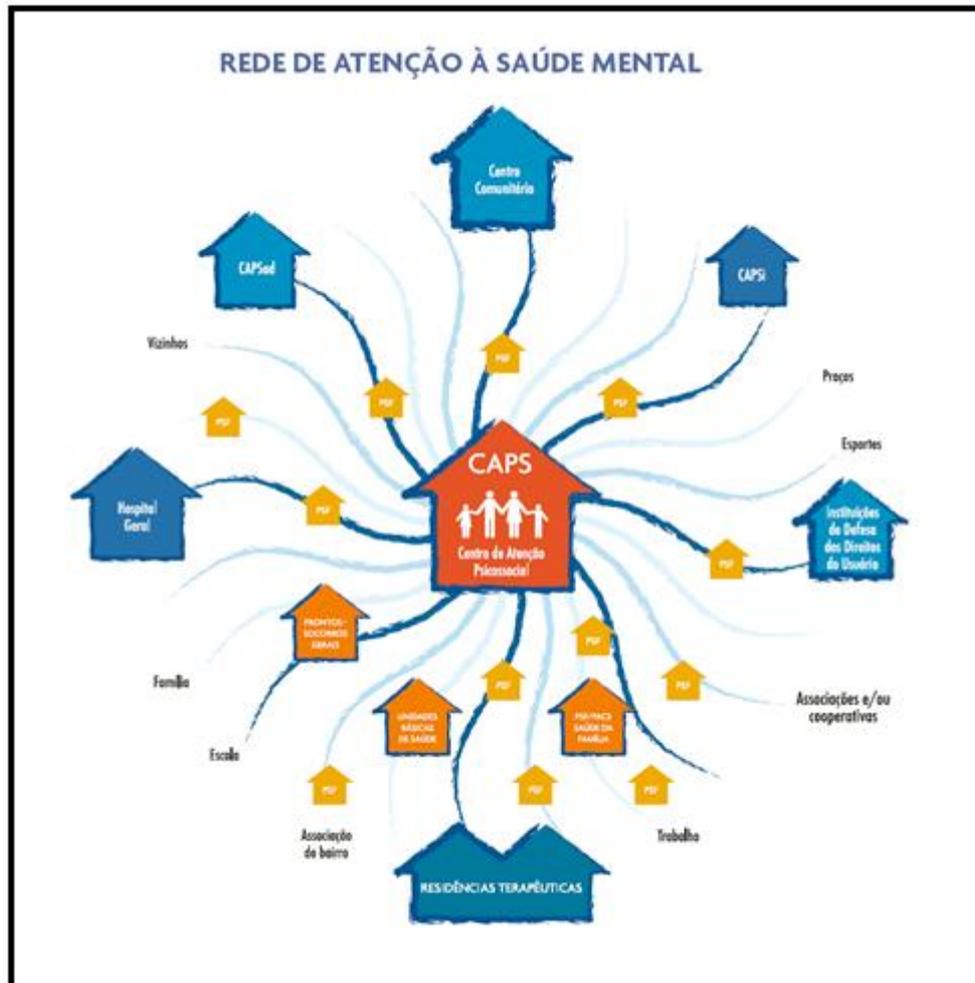


Figura 1 – Rede de atenção à saúde mental. Fonte: Ministério da Saúde. 2004.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se assim como de base comunitária (BRASIL, 2005).

Nos CAPS, a pessoa com transtorno mental e comportamental tem acesso aos vários recursos terapêuticos como atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal; atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares,

atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares; atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral (BRASIL, 2004).

Essas atividades podem ser festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários, assembleias ou reuniões de organização do serviço, representando um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência e inserção social. São atividades, preferencialmente semanais, que reúnem técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004).

Não existem dúvidas de que a expansão da rede CAPS foi fundamental para as visíveis mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtornos mentais. De 2002 a junho de 2010, a rede CAPS experimentou uma expansão digna de nota, passando de 424 unidades e chegando ao número de 1541, atingindo 63% da cobertura nacional. Além disso, obteve um expressivo crescimento nos investimentos do Governos Federal na política de saúde mental subindo de R\$ 619,2 milhões, em 2002, para R\$ 1,5 bilhão, em 2009 (BRASIL, 2005, 2010).

A implantação dos serviços de atenção diária tem mudado radicalmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil. A cobertura assistencial vem melhorando progressivamente, mas, de fato, ainda está aquém do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Embora esteja clara a tendência de ampliação igualitária da cobertura, a distribuição espacial dos CAPS ainda reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras (BRASIL, 2005, 2010).

Os últimos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) mostram que a rede substitutiva em saúde mental do SUS apresenta: além dos 1541 CAPS já citados, 860 Ambulatórios, 564 Residências Terapêuticas em funcionamento, e 152 em processo de implantação, com mais de 3.000 moradores, 51 Centros de Convivência e Cultura, e 2.568 leitos psiquiátricos em 415 Hospitais Gerais.

Os fatores decisivos para o incremento dos serviços substitutivos no Brasil foram a aprovação da Lei nº 10.216/2001, que garante a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e comportamentais por parte do Estado, redirecionando o modelo

assistencial em saúde mental; a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental que enfatizou o cuidado sem exclusão, apontando para o princípio da integralidade; e a publicação da portaria nº 336/2002 que estabelece os CAPS (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

No Estado do Rio Grande do Norte (RN), atualmente existem 29 CAPS, o que de acordo com os parâmetros e dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS), resulta numa cobertura muito boa no número de CAPS/100.000 habitantes (0,73), localizando-se acima da concentração nacional, que é de 0,63. Além disso, conta com três residências terapêuticas em funcionamento no estado, sendo duas delas na capital (BRASIL, 2010).

Paradoxalmente, os dados acima são os únicos com situação favorável e alguns dados do mesmo documento analisado demonstram que a situação dos outros programas ainda está defasada no estado potiguar, como por exemplo o Programa de Volta para Casa, que, seguindo a tendência nacional, atende a apenas cinco beneficiários e possui a menor taxa do nordeste. Ademais, não existe nenhum centro de convivência e cultura no estado e o RN apresenta um alto índice de leitos psiquiátricos, estando em 6º lugar na estatística nacional, além do baixo número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, totalizando apenas quatro (BRASIL, 2010).

Tudo isso são interfaces de um mesmo processo que é a rede de atenção à saúde mental em Natal. Até mesmo no que se refere a quantidade e a qualidade de CAPS não está tão elevada quanto se apresenta na classificação do MS, que se torna *per si* contraditória, pois se a cobertura no estado estivesse realmente “muito boa” haveria uma relação direta com todos os parâmetros citados e que, na realidade, nem todos estão bons.

Dessa forma, a classificação inicial do MS como sendo favorável refere-se apenas à cobertura de CAPS em relação ao número de habitantes, porém fazendo-se uma análise de toda a rede de atenção à saúde mental no RN verificamos, por meio dos dados divulgados e através da vivência das realidades constatadas, que ainda precisamos melhorar muito esse processo.

A capital, Natal, município onde foi realizada a pesquisa, concentra o maior número de serviços substitutivos do estado, dentre eles: o único ambulatório potiguar; cinco CAPS, sendo dois para atendimento a usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), dois para atendimento a transtornos mentais, e um para clientela infanto-juvenil (CAPSi), além de duas Residências Terapêuticas.

Apesar dos avanços alcançados, em termos gerais, no país, o Programa de Volta para Casa possui um número de beneficiários abaixo do estimado. Apenas um terço de pessoas

internadas com longa permanência hospitalar, foram beneficiados com o programa e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 12), explica que

muitos obstáculos ainda precisam ser enfrentados pelo processo de desinstitucionalização: problemas de documentação dos pacientes, crescimento em ritmo insuficiente das residências terapêuticas, dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais. Existe ainda grande dificuldade para a desinstitucionalização da população mais cronificada dos Hospitais Psiquiátricos - fatores como idade, longo tempo de internação e comorbidades.

Nesta conjuntura, a valorização da família nos serviços públicos comunitários pode ser efetivada de dois modos: na abordagem aos problemas individuais e no apoio intensivo a famílias vivendo situações de crise. A primeira abordagem é centrada nos problemas individuais, usualmente atendidos em sua rotina, mediante intervenção no nível de suas origens e repercussões familiares. A segunda ocorre por meio do apoio intensivo a famílias que vivenciam situações de crise, colocando em risco a vida de um de seus membros (VASCONCELOS, 2001).

Segundo Vasconcelos (2001), essas famílias podem ser identificadas por diferentes indicadores: presença de desnutridos, recorrência de patologias facilmente controláveis, fracasso escolar de seus membros, ocorrência de óbitos por causas tratáveis, envolvimento de crianças em atividades ilícitas, violência contra membros mais frágeis, percepção pelos vizinhos de negligência e crise interna, crianças saindo para viver na rua, presença de idosos com sinal de descuido, atritos frequentes com a vizinhança, repetição de atitudes prejudiciais à comunidade local, doença incapacitante dos pais, desemprego prolongado e separação do casal. A presença desses indicadores aponta para a necessidade de apoio sistemático que está centrada na dinâmica global da família e não apenas em membros isolados.

Alguns estudos afirmam a existência de contradições entre as propostas da Reforma Psiquiátrica e a devolução ou manutenção do portador de transtorno mental na família (GONÇALVES; SENA, 2001), pois este vem sendo entregue à família sem o real conhecimento das necessidades e condições familiares, seja em termos materiais, psicossociais, de saúde ou qualidade de vida (AZEVEDO, 2008; GONÇALVES; SENA, 2001; PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2003).

Admitem também que não existe ainda um investimento suficiente no trabalho com as famílias direcionado pelos profissionais de saúde, o que as faz sentirem-se um tanto inseguras com as metas do novo modelo assistencial (serviço substitutivo) e as mantêm mais focadas em serviços que já conhecem (manicômio) (AZEVEDO, 2008; BARROS; VIANNA, 2004; VIANNA; BARROS; COSTA, 2004;).

É necessário ainda considerar a diversidade da organização familiar, ou de outra forma correrá o risco de estabelecer uma relação de imposição com as famílias, ao invés de tê-las como parceiras na condução dos serviços (PEREIRA; CAIS, 2001; SOUZA; PEREIRA; SCATENA, 2002).

Esta situação requer do profissional em saúde mental, em especial o enfermeiro, profundas e reflexivas estratégias de trabalho fora e dentro do serviço, com superação de conflitos externos e internos, aliados à reordenação de novos espaços de atuação e intervenção (MIRANDA, 1999; MORENO; ALENCASTRE, 2004; WAIDMAN; JOUCLAS; STEFANELLI, 1999).

É necessário resgatar habilidades, potencializar a autonomia, valorizar a dinâmica familiar e desenvolver o empoderamento das pessoas e das comunidades. Através da construção de uma teia de relações formada por trocas de experiências, do conhecimento circular e de recursos socioemocionais, pode-se promover o resgate da cidadania e um cuidado humanizado (AZEVEDO, 2008; SOUZA et al., 2001).

Decorridos 20 anos do SUS e quase uma década da implementação da Lei 10.216/01 que trata da Reforma Psiquiátrica, algumas questões são apontadas por Cohn (2009), ao refletir sobre os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária. A autora critica o modelo proposto pela política ministerial ao pasteurizar a dimensão política em detrimento da sociedade. Este, o projeto maior sobre a sociedade, sob pena de se transformar as propostas originais para a saúde em meras propostas de caráter gerencial. E, afirma ainda que atualmente:

verifica-se uma tendência a se tomar como sinônimos conceitos com conteúdos distintos, tais como: (i) *universalização*: confundido como simples expansão de oferta; (ii) *acesso e acessibilidade*: ambos confundidos como oferta de serviços; (iii) *acesso*: também confundido como cobertura e oferta de serviços; (iv) *gestão*: confundido como gerência de serviços, enquanto aquele se refere ao conteúdo da gerência, e esta à dimensão administrativa propriamente dita; (v) *controle social e participação social*: sem diferenciar controle da sociedade e promoção e fortalecimento de novos espaços públicos para a criação de novos sujeitos sociais (COHN, 2009. p.1615).

Em outras palavras, o que se pretende não é apenas uma expansão quantitativa dos serviços substitutivos em saúde mental ou a desinstitucionalização da assistência, necessita-se prioritariamente, e em conjunto, de um processo de cuidado e atenção digno, de qualidade e resolutivo, que não emperre nos entraves burocráticos, estruturais e estigmatizantes da saúde.

Em um estudo realizado por Caixeta e Moreno (2008) sobre a saúde mental numa Unidade Básica de Saúde, observou-se que, apesar das situações vivenciadas na unidade envolverem o acolhimento e a escuta dos usuários em sofrimento psíquico e em exclusão

social, não existe nenhuma ação programática dirigida à clientela. Os usuários são encaminhados para serviços especializados e os enfermeiros reconhecem apenas como ações de saúde mental o controle da medicação psiquiátrica e as orientações que realizam esporadicamente, porém apontam para a necessidade de capacitação de toda a equipe para atender esse tipo de clientela.

Outro estudo desenvolvido por Azevedo e Miranda (2009), afirma que mesmo sob o auspício da Reforma Psiquiátrica, a dependência e o despreparo dos profissionais vão além do simples fechamento dos hospitais psiquiátricos, pois a reprodução das práticas/conduas terapêuticas em locais abertos à comunidade devem ser repensados, compartilhados, (re)avaliados, sistematizados e divulgados.

Kantorski (2001) chama a atenção para um evento provável nos serviços substitutivos, pois a simples existência e funcionamento dos serviços substitutivos na comunidade não garantem a segurança da consecução dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica nas práticas cotidianas, pois os profissionais de saúde podem reproduzir nele o saber e as práticas do manicômio.

Nessa perspectiva, a oficina de música emerge como uma prática capaz de valorizar e respeitar as vivências dos portadores de transtornos mentais num serviço substitutivo. Ela se apresenta como um artefato terapêutico aberto as necessidades dos usuários dos serviços, como o CAPS, e será discutida em maior profundidade no tópico a seguir deste capítulo.

3.2 ARTETERAPIA / OFICINA TERAPÊUTICA DE MÚSICA

Concorda-se com Bezerra Jr. (2007) de que na virada do século, a Reforma Psiquiátrica no Brasil deixou, definitivamente, a posição de proposta alternativa para tornar-se o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial na medida em que vem se expandindo no campo social, no universo jurídico e nos meios universitários que formam os profissionais de saúde. Apesar das conhecidas dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública no Brasil, adensam-se desafios que precisam ser incorporados à agenda dos campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva.

Neste sentido, há um conceito que se sobrepõe aos desafios da reforma e que diz respeito a reabilitação psicossocial. Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer. A associação das

oficinas terapêuticas à reabilitação podem apresentar inúmeras variações na prática ou no contexto onde é operacionalizada. Neste sentido, delineia-se como uma proposta neste estudo a introdução da pesquisadora na oficina de música desenvolvida no CAPS a ser estudado. Destaca-se que este serviço possui característica universalizante e integrativa de elementos simbólicos e cognitivos como um meio favorável no processo de reabilitação.

Incluída nessa proposta de ação reabilitatória, encontra-se a arteterapia e, conseqüentemente, o trabalho com música nela incluído. Victorio (2008, p. 56) define a arteterapia como um “processo terapêutico que se utiliza de materiais plásticos e sensoriais com o objetivo de facilitar a emergência de conteúdos inconscientes pessoais e coletivos, sua decodificação e sua integração e transformação”. Tendo como base a idéia de que cada indivíduo é possuidor de uma criatividade natural, a terapia através da arte fundamenta a idéia de que o desenvolvimento psíquico do indivíduo depende do estímulo e aperfeiçoamento dessa habilidade, o que proporciona uma melhor qualidade de vida do ser humano.

Carl Gustav Jung (1978), considerado o pai da psicologia analítica, também conhecida como psicologia junguiana, afirma que o anseio criativo que nasce na alma do homem é capaz de curá-lo. Sendo detentor de uma alma sensível e artística, todo homem é capaz de atingir sua totalidade e a partir dessa habilidade encaminhar nossa *psique* em direção à saúde.

Dessa forma,

por meio do desenho, da pintura, da modelagem, do recorte e da colagem, da gravura, da construção, da encenação, da criação de personagens, do tabuleiro de areia, da escrita poética, da tecelagem, da música, da dança, da contação de histórias, o indivíduo tem a possibilidade de manifestar seu mundo interior por meio dos símbolos. [...] podemos dizer que as artes fazem a mediação entre os mundos conscientes e inconscientes, de forma criativa e amorosa, promovendo saúde (VICTÓRIO, 2008, p. 58).

Nas numerosas e diversificadas expressões artísticas elaboradas através dos tempos e que são o reflexo da cultura e simbologia de cada povo, encontram-se as emoções humanas: alegria, tristeza, aspirações, ideais, angústias e frustrações (LEINIG, 2009). Abordar essas características e atribuir significado a elas é fazer terapia com o que há de mais íntimo em nós. É trazer à tona, por meio da criatividade, a causa, a consequência e o entendimento de nossos adoecimentos psíquicos.

A possibilidade de se realizar práticas reabilitadoras, como as desenvolvidas na arteterapia, que valorizam a expressão do indivíduo, estimulam suas potencialidades e

fortalecem sua capacidade cognitivas, resgata uma verdadeira atenção psicossocial necessária na atenção em saúde mental.

No Brasil, esta modalidade terapêutica teve como precursora Nise da Silveira, uma médica psiquiátrica, que na década de 1940 iniciou trabalhos com pacientes psiquiátricos, colocando-os em contato com meios artísticos como pintura, modelagem e xilogravura, comprovando a capacidade destes de conviverem e produzirem arte, proporcionando a melhora de seu estado geral (VICTÓRIO, 2008).

A arteterapia tem um campo de atuação muito amplo, não só no que diz respeito ao sujeito a que é destinada – podendo ser vivenciada desde crianças a idosos – mas também em sua modalidade de execução, na qual destacamos aqui a música.

Cabe então como ponto de partida definir então a música. Segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2009, p. 1378) ela pode ser definida enquanto “Arte e ciência de combinar os sons de modo agradável ao ouvido; Qualquer composição musical (...) Qualquer conjunto de sons”. Porém, devido a sua subjetividade e o significado que a música tem para cada um, afirma-se como incompleta esta definição e torna-se uma tarefa de difícil solução conseguir a completude de seu conceito, sem ser injusto com a profundidade e a beleza dos elementos sonoros que envolvem esse fenômeno.

Leoni (1948, p. 7-8), em seu livro *No mundo encantado da música*, expressa muito bem esta dificuldade:

Quem não conhece a música, quem não sabe o que é a música? Todos a conhecemos, todos sabemos o que é, mesmo aqueles que não sabem cantar, mesmo os que não sabem tocar instrumento algum. Mas, se nos pedissem para explicar o que é a música... Está aí, quando muito diríamos que é som ou canto, que é a arte ou a ciência do canto e do som. Porém nisso tudo sentimos não estar dizendo nada de preciso, definido, compreensível. Então, descontentes com nossa impossibilidade de definir a música (não podemos dizer ignorância, porque sentimos, mas não sabemos explicar-nos), irritados contra nós mesmos vamos consultar um dicionário ou uma enciclopédia. Finalmente encontraremos as palavras apropriadas. Num vocábulo lemos: “Arte e ciência de combinar ritmicamente os sons (sons sem ritmo não fazem música), de modo que seus elementos melódicos e harmônicos provoquem uma sensação auditiva agradável e excitem a atividade intelectual, despertando emoções”. E além disso podemos ler: “Concerto de vozes ou instrumentos; conjunto de músicos tocando; orquestra; composição musical ou sua execução”. Muito bem; mas agora sabemos o que é música? O que mais nos deixa perplexos é justamente não saber explicar a emoção que provamos ouvindo sons ritmicamente combinados.

A partir dessa reflexão de Leoni (1948) percebe-se a grandiosidade da música e sua subjetividade na vida de cada indivíduo. Ela tem um conceito único para cada ser humano e interfere direta ou indiretamente, de forma perceptível ou não, na *psique*, no metabolismo do corpo, no estado de espírito. Ela atinge de diferentes formas e pode estimular as emoções e memórias, auxiliando na manutenção e restabelecimento do equilíbrio interno.

A música se configura como um efetivo meio terapêutico. Prova disso é o seu uso na arteterapia e musicoterapia. A musicoterapia, com um nome autoexplicativo, é a terapia desenvolvida através da música, por um profissional habilitado, o musicoterapeuta. A formação deste profissional se dá em nível de graduação e especialização e se configura como o profissional capacitado para desenvolver as técnicas corretas na avaliação e desenvolvimento concreto da musicoterapia.

Não é objetivo deste trabalho aplicar e avaliar a musicoterapia em si, pois para isso seria necessária uma capacitação profissional específica. Tem-se como objetivo descrever a utilização da música enquanto modalidade de oficina terapêutica. Porém, é indispensável descrever a musicoterapia diante de sua importante contribuição ao desenvolvimento do ser humano em sua totalidade. Além disso, é necessário reforçar e fundamentar seus procedimentos básicos e sua conceituação como reconhecimento de uma disciplina própria fundamentada nos preceitos da psicologia e outras filosofias de tratamento (LEINIG, 2009; RUUD, 1990).

Benenzon (1988) refere-se à musicoterapia como um campo da medicina que, através do movimento, da música e do som procura abrir canais de comunicação no ser humano, produzindo assim, os resultados terapêuticos desejados, bem como efeitos profiláticos e de reabilitação do indivíduo e de sua vida em sociedade.

O terapeuta usa a música como instrumento ou meio de expressão para firmar um crescimento direcionado ao bem-estar pessoal e/ou a uma adaptação pessoal. Ele não se apresenta diante de uma pessoa como aquele que vai ensinar, mas alguém que acompanha a pessoa em suas descobertas. Trabalha com ênfase no não-verbal, explorando o ritmo, os sons dos mais variados instrumentos, como também o silêncio, as expressões criativas, como dança, teatro, gestos e desenho (RUUD, 1990; VANNI, 2006;).

A relação entre música e saúde tem registros de milhares de anos atrás. Desde a mitologia grega, onde se atribuía habilidade musical a deuses e semideuses; passando pelas pinturas rupestres, em que se registram celebrações e rituais com a presença de instrumentos musicais; na antiguidade, com referências do antigo Egito, dos grandes pensadores e filósofos; na Bíblia e na cultura oriental, a música esteve sempre ligada as manifestações religiosas, fato esse que nos leva a considerar a música nesse espaço, também com função curadora. Tem-se ainda os registros históricos da época medieval até os dias de hoje, onde perpassa desde o canto gregoriano da Igreja católica, o período criativo da Renascença e a pluralidade musical da atualidade. A perspectiva histórica nos leva a crer que durante toda a história e registro da humanidade a música funcionou como instrumento terapêutico, para

favorecer a totalidade do ser em seus espaços de convivência intra e intersubjetivamente (VICTÓRIO, 2008).

Do século XVI ao século XX, Leinig (2009) faz referência a um material de investigação no que diz respeito aos efeitos fisiológicos e psicológicos da música, dos quais citam-se alguns:

-*Philip Barrough* (1560-1590), em seu livro *Years of Psychiatry*, dizia de seus pacientes: “*deixêmo-los que fiquem alegres tanto quanto puderem e que tenham instrumentos musicais e que cantem*”.

-*Ambroise Pare* (1517-1590) prescrevia a seus pacientes de cirurgia que se acercassem de violinos e violoncelos para se alegrarem. [...]

- *Richard Browne* (1729) escreveu um livro intitulado *Médécine Música*, onde admite que o canto influi no movimento do coração e da circulação do sangue no pulmão. Observou que a música provoca uma pressão maior sobre a expiração quando essa não é a comum. [...]

- *R. MacDougal* (1898) publicou *Music imagery: a confession of experience*. O autor escreveu: “*o poder da música para evocar imagens particularizadas, repousa sobre um processo de associação indireta que depende, tanto para sua experiência como para o seu caráter, do próprio temperamento dos antecedentes do ouvinte*”.

Em 1898, o Dr. *Guibaud* publicou um trabalho de observação sobre os efeitos da música na circulação e respiração. [...] (p. 404-406).

Observa-se as constatações científicas dos efeitos da música no ser humano, envolvendo os sistemas e o metabolismos do organismo, bem como as funções psíquicas, as emoções e a memória. Um aspecto importante é que as experiências sonoras de cada pessoa ao longo de sua vida influenciam as preferências musicais e as particularidades do ser. Os sons vão fazendo uma espécie de registro ao longo da existência individual e vão construindo um roteiro da história pessoal de cada um, o que vai permitindo uma experiência reveladora e criativa diante da música.

A música, diante de sua expressão artística e cultural, embala o cotidiano da vida afetiva, social e profissional das pessoas, o que favorece sua saúde mental, ajuda a prevenir o estresse e promove o alívio do cansaço físico. Essa constatação aliada à mobilização emocional da música nos leva a uma reflexão sobre sua utilização para promover bem-estar nos diferentes âmbitos, especialmente, neste estudo, no âmbito da saúde mental (BERGOLD, ALVIM, CABRAL, 2006).

A partir do século XVI, o “século de Paracelso”, músico, médico e astrólogo, começou-se a atribuir à loucura causas naturais e não à bruxaria. Para este médico, os loucos necessitavam de tratamento humano e espiritual e a música fazia parte desse tratamento. No século XVII a música era recomendada quase que exclusivamente para a Psiquiatria, sendo descritas, nessa época, as reações terapêuticas da música e sua indicação para problemas nervosos, que incluíssem música doce e harmoniosa (COSTA, 1989).

Desde muito tempo que a aplicação da música no tratamento em saúde mental representa um importante veículo de cura e reabilitação da pessoa com sofrimento psíquico (ZANINI, 2004). Nos dias atuais ela é utilizada enquanto artifício terapêutico nas oficinas terapêuticas dos serviços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, proporcionando a expressão das emoções, sensações e sentimentos.

Desenvolvida principalmente como oficina terapêutica, a atividade com música ainda vem conquistando seu espaço. Com relação ao desenvolvimento das oficinas terapêuticas no CAPS, o Ministério da Saúde aponta:

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004, p. 20).

Resende (2000) diz que não é uma simples coincidência o trabalho no campo, o artesanato e o emprego de atividades artísticas serem até hoje propostas como técnicas de tratamento e ressocialização dos doentes mentais. Estas atividades apresentam em comum a capacidade de acomodar largas variações individuais e de respeitar o tempo e o ritmo psíquico de cada pessoa.

Para Galletti (2004), as oficinas de música, enquanto vetores de experiências da Reforma Psiquiátrica, conduzem a experimentações mais abertas no campo das práticas clínicas, impelindo-nos a operar com abordagens extraterapêuticas, promovendo uma ruptura de identidades dos profissionais e dos pacientes de forma livre e assumindo uma abrangência desinstitucionalizante.

Assim, a participação desse movimento musical possibilita a descoberta da individualidade de cada um, a partir da descoberta de seus ritmos, seus tempos, melodias e silêncios, conectando e sintonizando todos os participantes da oficina por meio da arte musical (GALLETTI, 2004).

As oficinas terapêuticas são normatizadas pelo Ministério da Saúde através da Portaria 189 de 19/11/1991, que as define e, ao mesmo tempo, normatiza-as como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social (BRASIL, 2001). Dessa forma, pode-se perguntar em que consiste a relação da atenção psicossocial com uma oficina de música.

As oficinas terapêuticas são consideradas uma grande empreitada da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois estão inseridas num novo paradigma de atenção psicossocial. Essa variedade terapêutica visa adentrar rumos distintos da Psiquiatria Clássica, e trazer um novo olhar sobre o tratamento em psiquiatria, sendo esta uma das características mais marcantes dos serviços substitutivos em saúde mental (CEDRAZ; DIMENSTAIN, 2005.)

Rauter (2000) traz o conceito de oficina como uma medida terapêutica com o propósito de recuperar a pessoa com transtorno psíquico através de ações que proporcionem a inserção dessa pessoa no trabalho, em atividades artísticas artesanais, ou como sendo um meio de permitir o acesso dela aos meios de comunicação. Dessa forma, a oficina terapêutica é um dispositivo extremamente válido por contribuir para a conquista da liberdade de expressão e liberdade de criação de indivíduos que, em sua maioria, não tem espaço para desenvolver suas múltiplas habilidades.

Pensando no conceito de inteligências múltiplas, o qual pode ser desenvolvido e estimulado nas oficinas, Antunes (2001) refere-se à perspectiva de aprendizagem desenvolvida a partir de estímulos e educação cerebral. Dessa forma, essa atividade transforma-se num centro estimulador das inteligências e, conseqüentemente, de competências e habilidades. As oficinas terapêuticas são um ambiente favorável para o desenvolvimento dessas inteligências, podendo ser vistas como um local de compreensão do ser humano, sem buscá-lo em suas limitações, mas sim a partir de sua amplitude linguística, lógico-matemática, criativa, sonora, cinestésica, naturalista e, principalmente, emocional.

A inteligência sonora ou musical dos participantes da pesquisa pode ser estimulada e desenvolvida nas oficinas a serem trabalhadas no CAPS II Oeste de Natal/RN. Inteligência essa que pode ser desenvolvida em gênios musicais, como Mozart, mas que também alcança pessoas comuns, que percebem a música em sua singularidade, que produzem e apreciam ritmos, sons, timbres e se identificam com as formas de expressividade da música, ou dos sons de um modo geral (ANTUNES, 2001).

Uma breve reflexão sobre a música ressalta a sensibilidade e a dinâmica de trabalho que ela pode proporcionar. Concorda-se com Luz (2008, p. 82) ao afirmar a música como “uma forma de expressão e de manifestação artística, concreta e subjetiva da humanidade, que nasce do fenômeno acústico e se transforma numa forma de linguagem podendo ser expressão de uma determinada cultura”. Percebe-se como a música está arraigada com o contexto de vida do indivíduo. Este, seja em menor ou maior grau, estará sendo influenciado por ela em diversos âmbitos.

O termo “oficina” apresenta características próprias, articulando itens como ofício, ferramenta, instrumento, atividade, arte e profissão (GALLETTI, 2004). Ousadamente, salienta-se outra característica intrínseca que é a capacidade de transformação de um espaço potencialmente transicional.

Sob esta questão, a oficina de música assume uma dimensão da projeção humana sobre a melodia, a harmonia e o conteúdo das músicas e suas vidas. Esclarece-se que a música remete às histórias passadas e presentes no cotidiano dos sujeitos psicossociais, capazes de serem apreendidas, representadas e transformadas em significações para o mesmo. Dessa forma, acredita-se na sua capacidade de intervenção na atenção psicossocial.

3.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS), situada nos pontos de interseção das contradições entre a Psicologia Social e a Sociologia, foi desenvolvida a partir do estudo *La psychanalyse, son image et son public*, de Serge Moscovici, na década de 1960. Revolucionou o aspecto conceitual da investigação do senso comum, revitalizando-o e tornando-o importante para a compreensão dos fatos e fenômenos sociais.

Decorridas aproximadamente quatro décadas, continua despertando fascínio e interesse daqueles que se propõem a estudá-la. Multiplicam-se pesquisas e estudos em diferentes áreas do conhecimento, extrapolando a circunscrição da psicologia social, indo desde conhecimentos teóricos a quase-experimentais, tais como: estudos do processo saúde-doença (HERZLICH, 1969; OGATA, 2000); a doença mental (DE ROSA, 1988; JODELET, 1998); sexualidade humana (MIRANDA, 2002); a violência e o suicídio (VALA; ORDAZ, 1997), dentre outros. Todos esses estudos colaboram para o processo de transformação que vem ocorrendo nas pesquisas que utilizam a TRS, os quais levam em conta o seu caráter psicodinâmico, por exemplo, a Teoria do Núcleo Central e da Sócio-gênese das Representações Sociais.

Eventos internacionais têm dado destaque aos avanços da Teoria das Representações Sociais, a exemplo da primeira Conferência Internacional sobre Representações Sociais (CIRS) realizada em 1992, na cidade de Ravelo, Itália. Esta experiência posteriormente estendeu-se a diferentes cidades da Europa, América e Ásia, com intervalos bienais.

As CIRS são eventos internacionais itinerantes, de caráter transdisciplinário, nos quais se reúnem investigadores e docentes da França, Itália, Inglaterra, Espanha, Portugal, Alemanha, Brasil, Venezuela, México, Argentina e Cuba, entre outros. A alternância entre cidades de diferentes continentes comprova a intenção integradora e multicultural desses encontros acadêmicos.

Este caráter histórico tem por finalidade registrar os eventos inclusivos aos estudos representacionais, e ao mesmo tempo, ressaltar a necessidade da abertura de novos espaços de intercâmbio em nível regional, o que motivou a organização de novos encontros periódicos bienais. Esta iniciativa teve sua origem no Brasil, e deste esforço se nutriu a concretização das Jornadas Internacionais (JIRS) e as Conferências Brasileiras sobre Representações Sociais (CBRS).

Particularmente no Município do Natal/RN-Brasil, e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, destacam-se estudos recentes, e outros em andamento, tais como o de Clementino (2009) sobre a tuberculose na visão do paciente; o de Sobreira (2009), que analisa as repercussões da Terapia Comunitária a partir das representações sociais dos terapeutas; o de Carvalho (2008), sobre o sofrimento psíquico dos enfermeiros em ambiente hospitalar; o de Macedo (2008) sobre as habilidades de vida dos adolescentes frente à sexualidade; o de Azevedo (2008) sobre a inclusão da família nos CAPS; o de Silva (2007) sobre o pré-natal no PSF, dentre outros. Dessa forma, constata-se o caráter profícuo deste recurso teórico-metodológico

Para Arruda et al. (1998) a representação social opera uma transformação do sujeito e do objeto na medida em que ambos são modificados no processo de elaboração do objeto. O sujeito amplia sua categorização e o objeto se acomoda ao repertório do sujeito, repertório este que, por sua vez, também se modifica ao receber mais um habitante. A representação, portanto, não é cópia da realidade, nem uma instância intermediária que transporta o objeto para perto/dentro do nosso espaço cognitivo. Ela é um processo que torna conceito e percepção intercambiáveis, uma vez que se engendram mutuamente, como no caso do inconsciente agitado ou do complexo visível a olho nu.

Moscovici (1978), dentre outros teóricos, destaca que o homem não absorve os conteúdos tais quais lhe são repassados. Ao contrário, segundo ele, os sujeitos os reformulam quando com eles se deparam. Essa reformulação ocorre, principalmente, devido ao fato de o indivíduo ser ativo e não meramente passivo diante do mundo. Ele pode, às vezes, simplesmente reproduzir os significados recebidos, mas em outras, a apropriação que faz da realidade passa por um processo de reorganização dos significados que lhes foram fornecidos.

Uma das maneiras de o indivíduo se apropriar dos aspectos da realidade seria via representação social, compreendida como uma forma de conhecimento elaborado e compartilhado, tendo uma perspectiva prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (MOSCOVICI, 1978).

Segundo Jodelet (2001), é a representação social desenvolvida no próprio processo de interação social, particularmente naquelas situações relativas à difusão dos conhecimentos artísticos e científicos. De acordo com a autora, as representações sociais poderiam ser consideradas, num sentido mais amplo, como uma forma de pensamento social. Da mesma forma, esse pensamento pode ainda ser concebido como a realidade que é formulada pelos sujeitos dos diversos segmentos de uma sociedade. São esses significados compartilhados que possibilitam a construção de perspectivas comuns.

Para Moscovici (1978) o processo social no conjunto é um processo de familiarização pelo qual os objetos e os indivíduos vêm a ser compreendidos e distinguidos na base de modelos ou encontros anteriores. A predominância do passado sobre o presente, da resposta sobre o estímulo, da imagem sobre a realidade, têm como única razão fazer com que ninguém ache nada de novo sob o sol. A familiaridade constitui ao mesmo tempo um estado das relações no grupo e uma norma de julgamento de tudo o que acontece.

Como visto, a TRS tem por finalidade tornar familiar algo que é desconhecido. As representações apresentam três dimensões: a informação, a atitude e o campo representacional. A *informação* está relacionada às impressões que um grupo de pessoas formula quando apresentados a um objeto social específico. Esse posicionamento frente a esse objeto está intimamente relacionado ao seu nível de conhecimento sobre o mesmo. O posicionamento que o indivíduo se coloca em relação a esse objeto é o que se entende por *atitude*. Esta visa destacar a orientação global em relação ao objeto da representação social. E a expressão designada por *campo representacional* remete à idéia de imagem, de modelo social. Ela consiste na representação que predomina na população, por meio de uma organização subjacente ao conteúdo (MOSCOVICI, 1978).

Segundo Moscovici (1978) a **ancoragem** situa-se no nível dos conceitos e categorias com a função de trazer para categorias as imagens conhecidas. Para Wagner e Elejbarrieta (1994) a ancoragem funciona através da inserção do objeto de representação num marco de referência conhecido e, portanto, já dominado. As informações adquiridas no dia-a-dia, decorrentes das múltiplas interações sociais permitem comparações, analogias e associações com o objeto a ser representado, podendo inscrevê-lo em categorias convergentes ou coerentes.

O mecanismo de classificação, associado aos dados internos do sujeito é comparativo-relacional e nem sempre consciente. As fases de classificação e categorização do objeto, do evento, do fato, conduzem às denominações, o que, por sua vez, racionalizam a ancoragem.

Como as representações não servem apenas para integração dos objetos estranhos ou novos, mas também a transformação do familiar, sua referência pode estar localizada em fatos do passado, exigindo assimilação, acomodação e adequação dos mesmos (ARRUDA et al., 1998).

A negociação da diferença, quase sempre carregada de conflitos, da relação do *eu* com o *outro*, é uma condição presente na reorganização dos serviços no campo da saúde. São pessoas criando condições estruturais e dinâmicas para cuidar de pessoas.

Nesta situação, as representações inserem-se na perspectiva da alteridade, na medida em que englobam tanto a manutenção do estoque antigo como a possibilidade do novo. Elas podem ser melhor visualizadas através do processo de ancoragem cujo estoque de informações dos sujeitos psicossociais e algumas outras, também inexoravelmente serão acrescidas. Entende-se que, as representações sociais, independente dos seus processos sociocognitivos, determinarão novas formas de conduta frente a esta realidade social do profissional enfermeiro e do doente mental.

Para Arruda et al. (1998) a ancoragem se faz tanto por semelhança como por contraste, desde que não se perca a referência de um padrão existente. A autora reafirma que, tanto o aspecto cognitivo como o afetivo, são determinantes das RS, uma vez que não servem apenas à integração do estranho, mas também à transformação do familiar.

A **objetivação**, para Moscovici (1978), situa-se ao nível do conceito, que tem a função de duplicar um sentido por uma figura. Significa dar materialidade a um objeto abstrato. Ele afirma ainda que uma das faculdades mais obscuras do processo de pensamento e linguagem é a habilidade para materializar uma abstração, através da seleção e da descontextualização. Esse poder do ser humano baseia-se na habilidade mental para combinar a representação com a palavra, tornando-a algo material.

A fragmentação das palavras nem sempre as remete a uma realidade concreta ou selecionada, unindo o conceito e a imagem que se reproduz numa estrutura conceitual objetiva. Os procedimentos de seleção e de descontextualização da linguagem, assim como de constituição de um núcleo figurativo, compõem a primeira fase da objetivação. A segunda fase se dá quando o conceito é naturalizado, conferindo realidade ao que era abstração. Nessa

fase, busca-se a lógica entre o percebido e o reexame do concebido, facilitando novas associações.

As representações sociais levam em conta os dados internos e os externos do contexto real e imaginado, individual e coletivo. Apresentam-se como um *corpus* (des) organizado de conhecimentos, através da atividade psíquica, tornando perceptível e inteligível a realidade física e social. É uma ligação contínua de trocas e uma maneira de liberar a imaginação (MIRANDA, 2002).

Entende-se também que as RS produzem, determinam e explicam comportamentos através dos quais é possível definir a natureza dos estímulos e o significado das respostas. Determinam comportamentos, comunicações interindividuais e ações que podem decifrar, prever e antecipar muitos atos dos sujeitos no seu contexto psicossocial.

As representações sociais também traduzem conflitos normativos, materiais e sociais, definindo o senso comum, mediante instrumentos da comunicação interindividual, intraindividual e intrainstitucional. Para Souza Filho (1996) as representações sociais são recursos sócio-culturais muitas vezes usados para tratar o excesso de significações ou formas de compensar lacunas do conhecimento, a respeito de tudo aquilo que tem interesse coletivo.

Os avanços no campo da Teoria das Representações Sociais têm sido constantes. A Teoria do Núcleo Central foi proposta em 1976 por Jean-Claude Abric em estudos sobre representações sociais e comportamentos, através da hipótese de que a organização de uma representação apresenta uma característica particular. Essa característica diz respeito ao fato de que não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas toda representação é organizada em torno de um núcleo central constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado (ABRIC, 1994).

Wagner e Elejbarrieta (1994) assim como Abric (2000) afirmam que toda representação social está organizada em torno de um núcleo central e de elementos periféricos. A natureza do núcleo central é essencialmente social: liga-se às condições históricas, sociológicas e ideológicas, diretamente associadas aos valores e normas. O sistema periférico associa-se às características individuais e ao contexto imediato e contingente, o que permite adaptações e diferenciações em função do vivido, integrando as experiências cotidianas às informações e até práticas diferenciadas.

Segundo Abric (2000) o núcleo central estruturante ou núcleo duro, determina a natureza e a relação dos conteúdos das representações sociais, O núcleo central tem duas funções fundamentais: 1 - a função geradora, que qualifica, cria ou transforma o significado de todos os elementos constitutivos da representação em função das relações do objeto com o

sistema de valores e normas sociais; 2 - a função organizadora, que determina a natureza dos elos, unindo e estabilizando os diferentes elementos da representação.

Os elementos periféricos para Abric (2000) são a interface entre o núcleo central (reificado) e a realidade dinâmica em constante transformação. Os elementos periféricos têm três funções: 1 - a função concretizadora, diretamente relacionada com o contexto que, por seu caráter dependente, é responsável pela ancoragem da representação na realidade; 2 - a função de regulação, que exerce papel essencial na adaptação da representação às evoluções do contexto, incluindo novas informações ou transformações do meio ambiente e abrigando as contradições acerca da representação; 3 - a função de defesa, que funciona como um “*para-choque*”, conferindo ao núcleo central maior resistência às mudanças.

Para Miranda (2002, p.44), a Teoria das Representações Sociais é,

concomitantemente, um processo e um produto de elaboração simbólica, intermediada pela linguagem. Ambos são articulados na trama diária da sobrevivência dos sujeitos psicossociais contemporâneos, sejam eles individuais ou sociais, requerendo um constante reequilíbrio frente às respostas que se situam entre o épico e o trágico, entre a ciência e o senso comum, cujos efeitos são visualizados ou refletidos na cotidianeidade. Dessa forma, é um artifício social compartilhado que dá sentido e orientação no seu *modus operandis e modus vivendis*.

Assim, diante da complexidade e do aprofundamento da TRS, o presente estudo será norteado em sua análise por esta teoria a partir das falas dos usuários e do processo de categorização provenientes dos dados qualitativos envolvidos na pesquisa.

Procedimentos Metodológicos

*“Deixa a vida me levar
vida leva eu
sou feliz e agradeço
por tudo que Deus me deu...”*

(“Deixa a vida me levar” – Serginho Meriti)

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com uma abordagem metodológica qualitativa. Para o tratamento e análise dos dados qualitativos o referencial utilizado foi a Teoria das Representações Sociais e suas contribuições e utilizou-se a Teoria do Núcleo Central.

A pesquisa assume o papel de descrição, quando tem por propósito observar, descrever, registrar, explorar aspectos de uma situação, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los. É exploratória quando procura descrever os fatos de forma definida e coerente, bem como decifrar as relações existentes entre os elementos participantes (LAKATOS; MARCONI, 2003; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na pesquisa qualitativa, todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam. Pressupõe-se, que elas têm um conhecimento prático, de senso comum e representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida e orientam as suas ações individuais (CHIZZOTTI, 1998).

A abordagem qualitativa fundamenta-se também na compreensão proposta por Minayo (2004) a respeito da capacidade de incorporar questões de significado e intencionalidade inerentes às estruturas sociais e a significados humanos, subjetividades que não são apreendidas quantitativamente.

4.2 LOCAL

O local selecionado para a pesquisa foi o CAPS II Oeste, serviço de saúde mental pertencente à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal/RN, localizado no distrito sanitário Oeste. Foi fundado como Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em 1995 e passou a ser CAPS II a partir da Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

O CAPS II Oeste oferece atualmente atendimento individual e em grupo a portadores de transtornos mentais graves e persistentes, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, participação em atividades comunitárias e refeições diárias aos usuários.

Este CAPS foi definido como local de coleta de dados devido à oficina terapêutica de música desenvolvida semanalmente no serviço. Esta se configura como uma oficina expressiva, prevista pelo Ministério da Saúde, desenvolvida em grupo e utilizada como modalidade terapêutica característica do CAPS (BRASIL, 2004).

Além disso, foi selecionado como local de pesquisa por ser campo de práticas disciplinares do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

4.3 SUJEITOS

Os sujeitos do estudo corresponderam aos usuários do CAPS II Oeste que já participam das oficinas de música habitualmente. Estas ocorrem num dia fixo da semana e têm duração de aproximadamente uma hora, com frequência e participação de aproximadamente 20 usuários. Desses, 16 aceitaram participar espontaneamente da pesquisa, a partir de convite realizado previamente durante oficinas anteriores ao início da coleta de dados. Após esclarecimento sobre os objetivos e finalidades da pesquisa solicitou-se aos participantes assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra no Apêndice A deste trabalho. A partir daí, agendou-se quatro encontros subsequentes onde a pesquisadora participou e coletou os dados qualitativos de sua pesquisa, no período de 19 de abril a 17 de maio de 2010, com o auxílio de duas bolsistas de projeto de extensão.

Sabe-se que esse grupo musico-terapêutico foi criado por iniciativa de um dos profissionais do serviço a partir de reuniões semanais para tocar violão e cantar músicas escolhidas pelos participantes livremente, proporcionando um ambiente de descontração e lazer com finalidade terapêutica por meio da música.

Com o tempo, os próprios usuários do serviço deram continuidade à oficina, tocando e cantando sob a supervisão dos funcionários da instituição, desenvolvendo a roda de música

com autonomia e independência, ficando a critério deles a escolha das músicas e execução das mesmas.

4.4 A OFICINA DA PALAVRA CANTADA

No momento da assinatura do TCLE os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre suas preferências musicais. Solicitou-se que os mesmos elencassem cinco estilos de música preferidos ou apontassem nomes de cantores, grupos e bandas que ouvem ou ouviam habitualmente.

Essa listagem foi armazenada em um Roteiro de Identificação do Usuário (Apêndice B), composto de duas partes: 1- Preferências Musicais, com os estilos musicais citados pelos sujeitos; 2- Identificação do Usuário, com a caracterização destes.

Inicialmente, apenas o primeiro tópico do roteiro foi preenchido, pois esses dados eram necessários para a organização dos repertórios das oficinas que iriam ocorrer. A cada encontro eram selecionadas 10 músicas de forma a privilegiar a todos, dentro da possibilidade de estilos musicais.

Os dados secundários do roteiro de identificação foram coletados após a conclusão das oficinas, como forma intencional de não causar viés na coleta dos dados. Dessa forma, os prontuários dos usuários foram consultados, ao término desse período, para efeito de preenchimento dos dados de caracterização dos participantes da pesquisa.

A ausência de uma lista de músicas fixa permitiu a escolha de novos repertórios semanalmente, à medida que as oficinas iam acontecendo e que se observava as afinidades musicais dos sujeitos, possibilitando a inserção de músicas à pedido dos mesmos. Isso tornou a oficina mais dinâmica, atraente e equitativa, sem privilegiar individualmente qualquer participante em detrimento de outro.

Através dessa dinâmica, buscou-se uma aproximação à filosofia de trabalho revelada por Vanni (2006) que encara o ser humano num aspecto integrativo, que respeita sua individualidade e reconhece sua capacidade de continuar seu desenvolvimento integral, mesmo limitado pela doença. Assim, permitiu-se aos usuários do CAPS toda liberdade na escolha das músicas que mais lhe agradavam, sem estarem presos a uma formalidade acadêmica que viesse a causar desânimo aos participantes.

A oficina foi realizada a partir da estratégia de grupo focal, desenvolvida em dois momentos: 1º) execução das músicas escolhidas para cada encontro; 2º) ao final do momento musical era realizada uma pergunta aberta a todos os participantes e solicitado que estes respondessem ao questionamento.

Os grupos focais podem ser descritos como entrevistas realizadas dentro de um grupo, fundamentado na interação deste como produtor de dados e *insights* difíceis de se conseguir em outra situação, estabelecendo uma intensa troca de idéias sobre determinado tema, num período de tempo definido, onde os dados são discutidos e aprofundados em conjunto. Este método de coleta de dados é um dos mais desenvolvidos na investigação em Representações Sociais, adaptando-se com facilidade a esta investigação (OLIVEIRA, 1990; WAGNER, 1998).

Assim, segundo Gaskell (2005, p. 76),

a interação do grupo pode gerar emoção, humor, espontaneidade e intuições criativas. As pessoas nos grupos estão mais propensas a acolher novas idéias e a explorar suas implicações. Descobriu-se que os grupos assumem riscos maiores e mostram uma polarização de atitudes – um movimento para posições mais extremadas. Com base nestes critérios, o grupo focal é um ambiente mais natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vistas dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros.

A coleta de dados só foi possível devido à participação das duas bolsistas, visto que a pesquisadora diante de suas atribuições no momento da oficina, não teria condições de preencher os instrumentos de coleta de dados sozinha. Esta conduziu as oficinas, tocando e cantando juntamente com os usuários e coordenando as respostas dos mesmos à pergunta-chave de cada oficina.

As duas auxiliares na pesquisa foram orientadas previamente quanto ao preenchimento dos instrumentos de pesquisa: Roteiro de Análise das Expressões Corporais (Apêndice C) e dos Roteiros de Oficinas, que traziam a pergunta norteadora de cada encontro.

O primeiro consiste em um check-list do registro observacional das principais expressões e atitudes dos sujeitos durante a execução das músicas, como “Cantou”, “Dançou”, “Bateu palmas”. Nesse sentido, concorda-se com Leonardi (2007, p. 26) ao referir que

Música e movimento sempre estiveram intimamente ligados ao longo de toda a história. A experiência sonoro-musical surge com o movimento, não podendo existir compreensão plena do significado e das possibilidades da música sem entendermos que em suas origens mais profundas ela nasce a partir da voz, da percussão corporal e do movimento.

Os dados expressivos atitudinais foram analisados durante a categorização juntamente com as respostas dos sujeitos nos temas propostos em cada oficina, sendo atribuídos a eles valores complementares na perspectiva de apreensão das representações sociais dos usuários diante da música.

Os Roteiros de Oficinas traziam a pergunta norteadora de cada encontro e o registro das respostas dos sujeitos. As quatro oficinas seguiram a seguinte ordem de idéias e temáticas: 1ª Oficina – Qual a importância da música em sua vida? (Apêndice D); 2ª Oficina – Qual a importância da música em seu tratamento? (Apêndice E); 3ª Oficina – Qual a importância da música na doença (Apêndice F); 4ª Oficina – Qual a importância da música em seu relacionamento familiar? (Apêndice G).

Ao término de cada oficina pesquisadora e bolsistas se reuniam para discutirem todos os aspectos envolvendo as observações coletadas e captadas pelas três, ainda no próprio cenário, seguido do registro dos dados complementares nos instrumentos e nos diários de campo, além do registro expressivo atitudinal dos participantes durante a oficina.

Entende-se por diário de campo, o registro dos eventos e conversas ocorridas durante uma pesquisa e representa um esforço do observador em registrar o maior número de informações durante a coleta dos dados, além de auxiliar na compreensão dos mesmos. Esse registro imediato é imprescindível para garantia de sucesso de qualquer estudo observacional (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.5 PRECEITOS ÉTICOS

Antes de dar início as oficinas, realizou-se contato prévio com a Coordenação Municipal de Saúde Mental do Natal/RN para obtenção do Termo de Anuência (Anexo A), e posterior submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN), deferido através do Parecer 006/2010 (Anexo B). Dessa forma, foram respeitados todos os trâmites legais e preceitos éticos previstos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ética na Pesquisa Envolvendo Seres humanos (BRASIL, 1996).

Esta resolução aponta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolva direta ou indiretamente a participação de seres humanos. Dessa forma, incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia,

não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

Após a permissão da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, a coordenação do CAPS II Oeste foi contactada e orientada sobre o estudo, e autorizou formalmente a realização da oficina, assinando um termo de aquiescência da pesquisa (Anexo C).

Registra-se que os profissionais que trabalham no serviço foram receptivos e mostraram-se dispostos a contribuir com o estudo, facilitando o acesso à oficina de música. Assim, a pesquisadora participou das oficinas previamente, como forma de apresentação ao grupo e inserção no ambiente. Nessas ocasiões foram apresentadas as propostas da pesquisa e solicitada a participação espontânea dos usuários a partir de seu livre arbítrio e interesse. Diante da disponibilidade dos usuários em participar da pesquisa agendou-se as oficinas para o desenvolvimento da coleta de dados.

4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos dos instrumentos de pesquisa foram tratados em cinco etapas: listagem e classificação das músicas de acordo com estilos musicais prevalentes; lista de músicas executadas em cada oficina; levantamento das expressões corporais de cada sujeito em cada oficina; tabulação dos dados de caracterização dos usuários e, por último, tratamento dos dados qualitativos para submissão de software para processamento dos dados.

As respostas dadas a cada pergunta das oficinas foram transcritas em arquivo Microsoft Word do Windows e adequados para submissão ao software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE). Este programa informático foi criado na França na década de 1970 por Max Reinert e Jean-Paul Benzecri e foi introduzido no Brasil em 1998 (CAMARGO, 2005; MIRANDA, 2002).

O software faz a análise léxica das palavras de um conjunto de textos advindos dos relatos, expressões, e comunicações discursivas do estudo, independente da origem de sua produção.

Além disso,

“Ele apresenta um interesse particular, pois empregando uma análise de classificação hierárquica descendente, além de permitir uma análise lexicográfica do material textual, oferece contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário” (IMAGE, 1998 apud CAMARGO, 2005).

O ALCESTE tem sido introduzido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, através dos estudos de Azevedo (2008), Carvalho (2008), Clementino (2009) e Sobreira (2009), ora discutindo os aspectos processuais, ora os estruturais das representações sociais. Este último estudo, a partir dos processos sócio-cognitivos.

O texto ou o material a ser trabalhado pelo software constitui um único arquivo, chamado de *corpus*, organizado e preparado seguindo critérios definidos pelo programa como forma de garantir uma lógica quantificável da análise. A preparação inclui a definição das variáveis chamadas de Unidade de Contexto Inicial - UCI, definidas pelo pesquisador.

Camargo (2005) diz que em função de algumas características do material coletado, tais como várias entrevistas, respostas e número de participantes em questões abertas, cada resposta pode ser considerada uma UCI, também chamada de “linha de comando” ou “linha com asteriscos”.

Dessa forma, cada UCI é composta por diversas variáveis que individualizam o texto. As variáveis são definidas pelo pesquisador de acordo com as características do estudo, dos sujeitos, do local de realização da pesquisa, ou de qualquer outro fato relacionado à mesma e que possa ser definido enquanto variável importante para a contextualização do *corpus*. Este, portanto, é formado pelo conjunto de todas as UCIs definidas (CAMARGO, 2005).

No presente estudo foram realizadas quatro oficinas, onde em cada uma delas foi solicitada uma resposta aos participantes referente a uma pergunta norteadora. Obteve-se um total de 41 respostas dos sujeitos, contabilizando esse total de UCIs formadas, definidas a partir das seguintes variáveis (Quadro 1).

Identificação da Oficina	Sujeitos da pesquisa:	Número de participações nas oficinas:
*ofc_01: 1ª oficina realizada	*suj_01: Alaúde	*part_1: participou de uma oficina
*ofc_02: 2ª oficina realizada	*suj_02: Bandolim	*part_2: participou de duas oficinas
*ofc_03: 3ª oficina realizada	*suj_03: Banjo	*part_3: participou de três oficinas
*ofc_04: 4ª oficina realizada	*suj_04: Harpa	*part_4: participou de quatro
	*suj_05: Sanfona	oficinas
	*suj_06: Lira	
	*suj_07: Cítara	
	*suj_08: Cistre	
	*suj_09: Piano	
	*suj_10: Cembalo	
	*suj_11: Violino	
	*suj_12: Contrabaixo	
	*suj_13: Saltério	
	*suj_14: Violão	
	*suj_15: Cavaquinho	
	*suj_16: Espineta	

Quadro 1 – Variáveis que compuseram as UCIs do *corpus Musica.txt*.

Abaixo, segue um exemplo de UCI formada a partir das variáveis acima escolhidas para esse estudo e correspondente a uma resposta dada por um dos usuários do CAPS, participante da pesquisa:

```
**** *ofc_01 *suj_01 *part_3
A importância da música é porque ela ajuda a esquecer um pouco os problema.
gente ouve a música, a gente esquece mais as coisas que estamos passando,
alívio.
```

Os nomes dos participantes, por questões éticas e por garantia de sigilo no cumprimento da Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, foram substituídos por nomes de instrumentos musicais de corda. Tal escolha se deu pela temática do trabalho desenvolvido, ou seja, na música e pela experiência com esse tipo específico de instrumentos musicais.

Para a formação do *corpus*, Miranda (2002) aponta uma série de recomendações e adequações exigidas pelo ALCESTE: o texto pode ser preparado e rodado em qualquer versão do Windows for Word e não deve conter palavras com letras maiúsculas, nem siglas, exceto

quando o pesquisador quiser acrescentar informações relevantes da coleta de dados, como comentários, anotações e observações, que devem vir em letra maiúscula.

Concorda-se ainda com este autor ao revelar a dificuldade de seguir um criterioso processo de digitação e correção ortográfica, evitando o uso de aspas, apóstrofos, cifrões, gírias, pronomes, provérbios, verbos auxiliares, advérbios, numerais e locuções exclamativas. Tal dificuldade advém do uso de um material discursivo de linguagem coloquial usada no cotidiano dos sujeitos (MIRANDA, 2002).

Diante de um processo meticuloso, Clementino (2009) afirma que a maior demanda de trabalho e tempo de um estudo que utilize este recurso informático, ALCESTE, é devido a preparação das transcrições para um arquivo único dentro dos padrões estabelecidos pelo programa, ou seja, o *corpus*.

Para um funcionamento ótimo do ALCESTE, Camargo (2005) sugere que tal arquivo tenha em torno de 20 páginas, fonte Currier, tamanho 10 e espaçamento simples, com um tamanho em torno de 1000 linhas. Entretanto, diversas análises com *corpus* de tamanho menor foram processadas com sucesso, revelando a flexibilidade e eficiência do software.

Realizado esse processo, encaminhou-se o *corpus* à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo), onde foi submetido ao ALCESTE 4.7, ressaltando-se aqui a valiosa contribuição desta universidade para o desenvolvimento desta pesquisa. O material, denominado “música”, foi processado em 23/06/2010, as 13h26m09s, e o tempo de execução foi de 10 segundos.

Quatro etapas sequenciais são realizadas nessa análise (A, B, C e D), cada uma contendo três operações, com exceção da última (D) que é processada em cinco subetapas (CAMARGO, 2005; MIRANDA, 2002). As etapas principais serão discutidas, expondo-se os resultados contidos no material proveniente deste estudo.

Na etapa A, composto pelas operações A1, A2 e A3, o programa reconhece o número de linhas com estrelas, ou seja, a divisão do *corpus* nas 41 UCIs formadas nesse estudo. Com isso, reformata o texto em segmentos de tamanho similar, formando assim as Unidades de Contexto Elementar (UCE). Em seguida, pesquisa os vocábulos prevalentes, reduzindo as palavras de acordo com suas raízes semânticas, denominadas de forma reduzida (Ex.: as palavras “melhora” e “melhorei”, são computadas sob a forma reduzida melhor+), sendo criado um dicionário com esses termos (CAMARGO, 2005).

A etapa seguinte (B), também com três operações, é uma etapa de cálculo. Esta calcula as matrizes de dados, revelando índices como, a frequência mínima de uma palavra analisada e o número dessas mesmas palavras. Além disso, classifica as Unidades de Contexto

A operação C2 trata da descrição das classes e permite a análise do vocabulário de cada uma delas. Apresenta a forma reduzida das palavras, o qui-quadrado (χ^2), que é o coeficiente de associação da UCE à classe, e a frequência de aparecimento das formas reduzidas em cada classe (CAMARGO, 2005). Dessa forma há como se destacar os elementos mais importantes na composição da classe (Figura 3).

```

-----
Classe n° 2 => Contexte B
-----
Nombre d'u.c.e. : 34. soit : 40.00 %
Nombre de "uns" (a+r) : 480. soit : 42.82 %
Nombre de mots analysés par uce : 10.12

  N°      Freq. na classe      % na classe       $\chi^2$       Forma reduzida
  num     effectifs         pourc.           chi2  identification
-----
   2       7.    9.    77.78    5.99      N foi
  15       3.    3.   100.00    4.66      acorde+
  20       8.   10.    80.00    7.56      aqui
  22       6.    6.   100.00    9.68      ate
  32       4.    5.    80.00    3.54      como
  35       3.    3.   100.00    4.66      depois
  42      11.   11.   100.00   18.95      era
  61       4.    5.    80.00    3.54      irmao+
  63       3.    3.   100.00    4.66      ja
  67      10.   17.    58.82    3.14      meu
  74       8.   11.    72.73    5.64      na
  75      10.   14.    71.43    6.90      nao
  79       7.    7.   100.00   11.44      num
  80       5.    6.    83.33    5.05      oficina
  84       3.    3.   100.00    4.66      passei
  91       3.    3.   100.00    4.66      primeiro
  93       4.    5.    80.00    3.54      quem
  94       3.    3.   100.00    4.66      re
 105       3.    4.    75.00    2.14      tenho
 106       5.    6.    83.33    5.05      tinha
 108       4.    5.    80.00    3.54      tocar
 112      13.   21.    61.90    5.58      um
 113      12.   20.    60.00    4.36      uma+
 115       9.   10.    90.00   11.81      violao
 119 *    12.   22.    54.55    2.62 *      o
 120 *     5.    5.   100.00    7.97 *      1 dire.
 121 *     3.    4.    75.00    2.14 *      5 tres
 125 *    21.   43.    48.84    2.83 *      8 qu+
 128 *    25.   53.    47.17    3.02 *      9 eu+
 138 *    12.   15.    80.00   12.14 *      *part_2
 139 *     7.   10.    70.00    4.25 *      *part_2
 153 *     8.   10.    80.00    7.56 *      *auj_09
 156 *     7.    9.    77.78    5.99 *      *auj_12
 158 *    13.   16.    81.25   13.97 *      *auj_14

Nombre de mots sélectionnés : 34

```

Figura 3 – Classe n° 2 exemplificando a análise da Operação C2 do *corpus Musica.txt*

As palavras com asterisco (em destaque) no final da tabela são um exemplo disso. Os indivíduos que apresentam as variáveis destacadas são os principais responsáveis pela produção de UCEs da classe 2.

Portanto, as UCEs da classe 2, apresentadas na figura 3, são produzidas, em sua maioria, pelos sujeitos nominados com os pseudônimos de Piano, Contrabaixo e Violão, bem como pelos usuários que tenham participado de duas oficinas durante a coleta de dados. A análise em profundidade dessa e das outras duas classes será realizada no próximo capítulo, mediante a descrição e caracterização das mesmas.

Prosseguindo nos esclarecimentos sobre as etapas processuais do ALCESTE e de acordo com Miranda (2002), a operação C3 expõe as palavras por meio de eixos (horizontal e vertical) que permitem a Análise Fatorial de Correspondência (AFC). Azevedo (2008) completa ao afirmar que são produzidos esquemas figurativos a partir desses eixos (linhas x e y) que formam quatro partes iguais de uma mesma figura permitindo uma distribuição espacial variável, denominadas de quadrantes superior direito e esquerdo (QSD e QSE) e quadrantes inferior direito e esquerdo (QID e QIE), onde se configura o campo representacional do estudo.

A etapa D, composta por cinco operações, segundo Camargo (2005), caracteriza-se como uma extensão da anterior. Em D1 é realizada a seleção das UCEs mais características de cada classe, como no exemplo a seguir (Figura 4).

```

-----
D1: Sélection de quelques mots par classe
-----

Vocabulaire spécifique de la classe 1 :
com+(9), ele+(8), escuto(10), familia(7), aster(8), dia+(6), em(9),
filho+(4), gostar(4), minha(9), more(9), sã(5), sozinho(4), som(4), os(4),
comecei(1), mae(2), mim(3), sinto(3), todo+(3), comigo(2), estou(1), hoje(3),
irma(1), quando(3), sempre(1);

Mots outils spécifiques de la classe 1 :
MPB(1);

Mots étoilés spécifiques de la classe 1 :
*ofc_04(16), *part_3 (4), *part_3 (5), *part_4 (8), *suj_01(3),
*suj_04(3), *suj_07(2), *suj_11(3), *suj_15(1), *suj_16(1);

```

Figura 4 – Etapa D1 do processamento de dados do *corpus* Musica.txt pelo ALCESTE.

De fato, o que ocorre são três suboperações descritas por Miranda (2002, p. 70-71):

Seleciona as palavras por classe, constituindo um vocabulário específico; distribui as palavras através do cálculo da raiz quadrada, selecionando aquelas que são significativamente importantes na classe; finalmente, faz uma triagem listando as palavras de cada classe, tomando como base, sua raiz etimológica e quantificando sua ocorrência no corpus.

O D2 apresenta o cálculo dos seguimentos repetidos nas classes. Exemplo (Figura 5):

```

-----
D2: Calcul des "segments répétés"
-----

Seuls les 20 SR les plus fréquents sont retenus ici :

2  12 em caster
2  10 eu+ gosto+
2  10 qu+ eu+
2   8 E bom
2   7 A musica+
2   7 eu+ escuto
2   7 a musica+
3   6 qu+ a gente
2   6 a gente

```

Figura 5 – Etapa D2 do processamento de dados do *corpus Musica.txt* pelo ALCESTE.

A Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) é realizada na operação D3 a partir da construção de uma matriz, associando as classes e as UCEs da classe associada, permitindo observar os vínculos e as ligações estabelecidas através das linhas e as UCEs selecionadas (CAMARGO, 2005; MIRANDA, 2002). Exemplificando (Figura 6):

```

-----
D3: C.A.H. des mots par classe
-----

C.A.H. du contexte lexical A

Fréquence minimum d'un mot      :      5
Nombre de mots sélectionnés      :      9
Valeur de clé minimum après calcul :      2

Nombre d'uce analysées          :      19
Seuil du chi2 pour les uce      :      0
Nombre de mots retenus         :      9
Poids total du tableau          :      71

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
A6 com+      |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A6 ele+      |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A5 sim       |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A6 escuto    |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A5 dia+      |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A5 caster    |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A5 em        |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A6 familia   |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
A5 minha     |-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+

```

Figura 6 – Etapa D3 do processamento de dados do *corpus Musica.txt* pelo ALCESTE.

As últimas operações D4 e D5 fazem seleção das palavras mais características das classes para apresentação em um índice de contexto de ocorrência e exportam os resultados do *corpus*, os subcorpus, para outros programas, resultando em dois arquivos de análise, um resumido e um detalhado (CAMARGO, 2005).

Os dados coletados foram analisados e interpretados à luz da Teoria das Representações Sócias, particularmente na adoção da Teoria do Núcleo Central (TNC). Essa teoria proposta, inicialmente, por Abric (1976) e aprofundada por Sá (1996) consiste de uma complementaridade à TRS, e parte de uma constatação de que toda representação está organizada em torno de um Núcleo Central que é tido como o eixo de toda a significação do objeto social. Esta caracterização do núcleo central como um subconjunto da representação é complementada por elementos periféricos necessários no funcionamento da representação (SÁ, 1996).

Resultados e Discussão

*“Eu sou nuvem passageira
que com o vento se vai
eu sou como um cristal bonito
que se quebra quando cai
não adianta escrever
meu nome numa pedra
pois esta pedra
em pó vai se transformar
você não vê que a vida
corre contra o tempo
sou um castelo de areia
na beira do mar...”*

(“Nuvem passageira” - Hermes de Aquino)

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentam-se os resultados concomitantemente com as discussões. Assim, o capítulo será estruturado na seguinte ordem: caracterização dos sujeitos da pesquisa; dados musicais da oficina; a palavra cantada na perspectiva do ALCESTE, onde contém a análise dos dados qualitativos juntamente com as expressões corporais dos usuários.

5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Procurou-se estruturar os aspectos de caracterização dos sujeitos da seguinte forma: inicialmente, identificam-se os usuários quanto ao sexo, faixa etária, grau de escolaridade, estado civil e religião (Tabela 1). Posteriormente, apresenta-se na Tabela 2 as condições socioeconômicas e a ocupação dos sujeitos e, por fim, ilustram-se dados relacionados ao adoecimento e tratamento dos usuários participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização dos usuários segundo o sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil e religião.

USUÁRIOS	NÚMERO	%
GÊNERO		
Masculino	10	62,5
Feminino	6	37,5
FAIXA ETÁRIA		
26 – 39 anos	5	31,2
40 – 49 anos	6	37,6
50 – 65 anos	5	31,2
ESCOLARIDADE		
Sem Escolaridade	2	12,5
Ensino Fundamental Completo	3	18,8
Ensino Fundamental Incompleto	9	56,2
Ensino Médio Completo	2	12,5
ESTADO CIVIL		
Solteiro	10	62,5
Casado	2	12,5
Divorciado	4	25,0
RELIGIÃO		
Católico	11	68,7
Evangélico	4	25,0
Não especificou	1	6,3

Os sujeitos da pesquisa se caracterizaram em sua maioria como sendo homens (62,5%), solteiros (62,5%), com idade entre 40-49 anos (37,6%), sendo a idade mínima de 26 e a máxima de 65 anos de idade.

Quanto ao estado civil e a faixa etária, os resultados encontrados são achados comuns nos estudos que revelam perfil de portadores de doença mental atendidos em instituições psiquiátricas (AZEVEDO, 2008; CORSO et al., 2009; OLIVEIRA; FREITAS, 2008; OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007).

Entretanto, apenas um desses estudos (AZEVEDO, 2008) coincide com o gênero masculino predominante entre os sujeitos, divergindo dos demais estudos citados, que revelam um perfil predominantemente feminino.

O estudo de Azevedo (2008) investigou a participação dos familiares nos CAPS do município de Natal/RN. Dessa forma revela-se uma realidade local, não correspondendo a um perfil necessariamente predominante dos serviços de saúde. O presente estudo vem confirmar os dados encontrados, pioneiramente, pela pesquisa realizada em 2008.

Apenas um dos participantes não tinha uma religião definida, sendo os demais divididos entre as religiões cristãs com maioria de católicos (68,7%). Destaca-se a influência da religião na escolha das músicas durante as oficinas, que será mais detalhado no próximo item deste capítulo.

O grau de escolaridade prevalente foi o Ensino Fundamental Incompleto (56,2%), que pode ser entendido como Analfabeto Funcional, ou seja, aquele indivíduo que frequentou a escola, sabe ler e escrever, porém não entende aquilo que lê, não compreende a palavra escrita. A presença de um baixo nível de escolaridade em portadores de transtorno mental é uma realidade encontrada em vários estudos (AZEVEDO, 2008; CORSO et al., 2009; OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007) e tem relação com o histórico de estigma e cronificação numa visão claramente excludente da doença mental. Tal fato se confirma ainda pelos dados a seguir, onde evidencia-se a falta de oportunidades dos portadores de algum tipo de transtorno mental e, em muitos casos, da redução do sujeito ao adoecimento.

Dessa forma, metade dos sujeitos nunca teve uma profissão ou ocupação em sua vida. Uma pequena minoria desenvolveu em algum momento de sua vida profissões ou habilidades, como entalhador (6,2%), motorista (6,2%) e pedreiro (6,2%), praticadas antes dos anos de incapacidade provenientes da doença (Tabela 2), demonstrando que esses indivíduos se afastaram de suas atividades a partir do desenvolvimento de algum tipo de transtorno.

Tabela 2 – Caracterização dos usuários de acordo com a ocupação, fonte de renda e renda média familiar.

USUÁRIOS	NÚMERO	%
OCUPAÇÃO		
Sem profissão	8	50,0
Do lar	2	12,6
Funcionário Público	2	12,6
Auxiliar administrativo	1	6,2
Entalhador	1	6,2
Pedreiro	1	6,2
Motorista	1	6,2
FONTE DE RENDA		
Aposentadoria	11	68,2
Benefício	2	12,5
Empregado	1	6,2
Sustentado por outrem	2	12,5
RENDA MÉDIA		
01 a 02 salários mínimos	14	87,5
Não informada	2	12,5

É através de aposentadoria (68,2%) que a maior parte deles se sustenta atualmente, ou por meio de benefício provisório de perícia trabalhista (12,5%), concedido face à doença. Ressalta-se que apenas um deles (6,2%) mantém vínculo empregatício, enquanto outros dois usuários, devido à cronicidade de seu distúrbio, sempre dependeram totalmente de seus familiares. Dessa forma, a renda média prevalece em até dois salários mínimos (87,5%).

Os usuários apresentam-se com longo histórico de desenvolvimento da doença, sendo em sua maioria acima de 20 anos (56,2%) de convivência com algum tipo de distúrbio mental. Conseqüentemente, 87,6% já passou por, pelo menos, uma internação e, a metade deles teve uma média de 15 internações prolongadas e repetidas durante toda a sua vida. Apenas um dos participantes nunca passou por internação psiquiátrica, sendo este o mais jovem deles (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos usuários de acordo com o tempo de adoecimento, tempo de tratamento no CAPS, internações e diagnósticos.

USUÁRIOS	NÚMERO	%
TEMPO DE ADOECIMENTO/TRATAMENTO		
04 – 10 anos	3	18,8
11 – 20 anos	4	25,0
21 – 40 anos	9	56,2
TEMPO DE CAPS		
03 meses a 01 ano	5	31,2
2 – 7 anos	3	18,8
8 – 15 anos	8	50,0
INTERNAÇÕES		
Sim	14	87,6
Não	1	6,2
Não informou	1	6,2
DIAGNÓSTICOS		
Esquizofrenia	10	62,5
Transtorno psicótico	1	6,2
Transtorno bipolar	2	12,5
Transtorno depressivo	3	18,8

A hospitalização durante muito tempo predominou entre as alternativas de tratamento para os portadores de transtornos mentais. Ainda hoje, para muitas famílias, é a solução mais viável para diminuir o ônus de ter um familiar doente.

Registra-se que, 50% dos participantes do estudo fazem tratamento no CAPS de referência há mais de 8 anos, e desses, quase todos estão no serviço desde sua fundação, quando ainda era NAPS, partícipes da história da Reforma Psiquiátrica do município estudado.

Com relação aos diagnósticos encontrados, na maioria dos casos, havia outros transtornos associados a quatro distúrbios principais, que foram os prevalentes em relação aos demais. Portanto, realizou-se um levantamento apenas do primeiro diagnóstico, ou distúrbio principal de cada usuário. Em primeiro lugar aparece a esquizofrenia, com 62,5% dos casos, seguido pelos transtornos depressivo (18,8%), bipolar (12,5%) e psicótico (6,2%).

A esquizofrenia prevalece como a doença de maior frequência de internações pela lista de tabulação da morbidade da Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10) relativa aos Transtornos Mentais e Comportamentais, justificando sua posição no levantamento das doenças apresentadas pelos sujeitos da pesquisa (BRASIL, 2006).

5.2 DADOS MUSICAIS DAS OFICINAS

Relembrando, os dados referentes às preferências musicais dos usuários foram os primeiros dados preenchidos nos instrumentos de pesquisa, consistindo no levantamento dos estilos musicais predominantes entre os usuários (Quadro 2). Os estilos a seguir foram as solicitações dos usuários para execução durante as oficinas, entretanto, o repertório de cada oficina era selecionado e executado de acordo com o diálogo com eles, não se restringindo apenas a estes, nem tampouco todos os cantores citados puderam ser abordados.

ESTILO	CANTORES CITADOS	CITAÇÕES	
		(NÚMEROS)	(PORCENTAGEM)
ROCK NACIONAL	Legião Urbana/Capital inicial/Raul Seixas	7	11,7%
ROMÂNTICA	José Augusto/Roupa Nova/Fábio Júnior	7	11,7%
JOVEM GUARDA	Jovem guarda/Erasmus Carlos/Jerry Adriane/The Fevers/Ronnie Von/Gilliard	6	10%
BREGA	Fernando Mendes/Evaldo Braga/Agnaldo Timóteo	6	10%
RELIGIOSAS	Pe. Marcelo Rossi/Pe. Fábio de Melo	5	8,3%
SERTANEJA	Bruno e Marrone/Daniel/Zezé di Camargo e Luciano/Sérgio Reis	5	8,3%
MPB	Alceu Valença/Zé Ramalho/Sandra de Sá	5	8,3%
FORRÓ	Cavaleiros do forró/Aviões do forró/Calcinha Preta/Calypso	4	6,7%
SAMBA/PAGODE	Zeca Pagodinho/Martinho da Vila/Benito de Paula	3	5%
INTERNACIONAL	Pink Floyd	1	1,7%
ROBERTO CARLOS	Roberto Carlos	11	18,3%
	TOTAL	60	100%

Quadro 2 – Estilos musicais solicitados pelos usuários.

Notou-se certa dificuldade dos usuários em reconhecer os estilos musicais e até mesmo nominar cantores preferidos. Dessa constatação, optou-se para que eles rememorassem diversos aspectos do seu repertório musical, tais como: músicas, ritmos, nomes de cantores, bandas, grupos e duplas. Mesmo com essa possibilidade, alguns sujeitos

não conseguiram citar as cinco opções solicitadas, referindo um número menor, mas que não deixaram de apontar pelo menos uma opção e contribuíram, efetivamente, nas seleções.

Convencionou-se, neste estudo congregar os cantores e/ou bandas que tenham ritmo e temática aproximados, sem qualquer intenção de determinar juízo de valor ou estereótipo aos referidos, apenas por uma questão de organização do trabalho, e facilidade em se trabalhar com os dados variados.

Os estilos musicais mais citados foram o rock nacional e o romântico, com 11,7% cada um. Seguidos de músicas da Jovem Guarda (10%) e Brega (10%). Estes estilos se destacaram e em cada um deles são incluídos diversos artistas da música brasileira e com grande popularidade entre os usuários.

Entretanto, uma observação torna-se indispensável sobre esse levantamento estatístico e diz respeito à evocação e ao número de solicitações e indicações para o cantor Roberto Carlos, o mais citado entre todos os cantores e estilos, sendo apontado no Quadro 2 como uma categoria própria.

Apontado por 18,2% dos usuários, Roberto Carlos teve a maior solicitação entre todos os estilos e cantores citados. A cada oficina, pelo menos uma música de seu repertório foi executada, além das diversas solicitações durante a oficina e pedidos de músicas específicas. O cantor foi o mais lembrado e o mais cantado durante o período de execução das oficinas, demonstrando a influência e a força de sua música na vida dos usuários.

Além de seus atributos artísticos incontestáveis, dos números e recordes na história da Música Popular Brasileira (MPB) e da unanimidade do povo brasileiro em eleger Roberto Carlos como um ícone maior que ultrapassa gerações, conferindo-lhe o título de “rei”, acredita-se que outro fator importante nesse elevado índice é que o ápice da carreira do cantor coincide com o período de adolescência da maior parte dos usuários, revelando assim um ídolo num período marcante de suas vidas, sendo lembrado até hoje em suas preferências musicais.

A ligação com o artista ou com aquilo que ele representa pode influenciar nossas preferências musicais, independente de qualquer consideração estritamente musical. As preferências começam com a experiência, além de uma forte influência social, naquilo que é apreciado por nossa família e nossos amigos, assim como no que a música representa (LEVITIN, 2010).

Uma obra de referência em música brasileira foi consultada (MARCONDES, 1998) para um breve resumo das características dos principais estilos musicais prevalentes nas oficinas e encontra-se no Quadro 3 a seguir:

ESTILO MUSICAL	CARACTERÍSTICAS
ROCK NACIONAL	Designação dada ao rock interpretado por artistas brasileiros. Surgiu com o rock da Inglaterra, cujos primeiros roqueiros apenas imitavam os norte-americanos, como Elvis Presley e Little Richard. Os intérpretes brasileiros, inicialmente, copiavam os ídolos americanos, outros preferiram combinar o rock à musicalidade brasileira, como o rock-baião, por Raul Seixas, Novos Baianos e Alceu Valença; rock e samba, desempenhado por Jorge Ben Jor, dentre outros, ampliando a síntese do rock-música brasileira.
JOVEM GUARDA	Também conhecido como iê-iê-iê, é a versão brasileira do rock internacional. Foi a cristalização de uma tendência bem anterior: a informação do rock'n'roll norte-americano da década já criara no Brasil um mercado de consumidores, permitindo que os primeiros cantores e compositores brasileiros do gênero (como Celly Campelo e Ed Wilson) tentassem reproduzir o ritmo com letras em português ou cantando no original. O trio central – Roberto Carlos, Erasmo Carlos e Wanderléia – entrou em cena justamente quando começava a acentuar a queda da popularidade dos primeiros artistas brasileiros do rock'n'roll. Através de programa de televisão dominical na TV Record, liderado pelo trio, a jovem guarda ganhou destaque com cantores como: Eduardo Araújo, Agnaldo Rayol, Martinha, Os Incríveis, Golden Boys, dentre outros.
BREGA	Tida popularmente como música feita por e para as classes sociais mais baixas, o brega também costuma ser aceito em segmentos de maior poder aquisitivo. Suas raízes estão nas canções trágicas de Vicente Celestino, no samba-canção abolerado da década de 1950, no bolero de cantores como Silvinho e Waldik Soriano e nos imitadores e diluidores do pop-rock da Jovem Guarda (Odair José, Fernando Mendes, Peninha). Na segunda metade da década de 1970, já estava formado o estilo musical e interpretativo que mais tarde seria rotulado de “brega”, com os excessos intencionais de cantores como Sidney Magal, Diana e Evaldo Braga.
MPB – Música Popular Brasileira	Na prática, a expressão, com sigla MPB, não se aplica a toda e qualquer música popular brasileira. Tendo entrado em uso geral por volta de 1965, a sigla surgiu como sinônimo de bossa nova, mas admitindo influências de outros gêneros como o samba de morro e a canção nordestina. Em 1981, com os meios de comunicação praticamente tomados pelo pop-rock, MPB referia-se a toda e qualquer música feita no Brasil. Aos poucos, MPB passou a abranger toda música feita no Brasil e cantada em português.
FORRÓ	Abreviatura de forrobodó e forrobodança, para designar o local onde acontecia determinado baile popular. As chamadas casas de forró surgiram na década de 1970, com grande presença de artistas do nordeste e dos defensores da música popular brasileira. Artistas como Luiz Gonzaga, Dominginhos, Marinês e Sua Gente, dentre outros, tornaram-se assíduos nas apresentações, abrindo um mercado que se encontrava em baixa.
SAMBA/PAGODE	O termo pagode surgiu no início da década de 1950 para denominar qualquer reunião festiva animada por música e dança. Essas festas eram também chamadas de sambas, pois este era o seu ritmo predominante. Dança de origem afro-brasileira, os sambas mais conhecidos são os da Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo, utiliza instrumentos musicais como o violão, o tamborim, o pandeiro, o cavaquinho, dentre outros. O samba urbano carioca, espalhado hoje por todo o Brasil, é uma música de compasso binário e ritmo sincopado, possui diversas variações, como o samba de breque, samba-choro, samba-canção, samba-carnavalesco, samba-enredo, dentre outros.

Quadro 3 – Resumo dos principais estilos musicais presentes nas oficinas de música, retirado de Marcondes (1998).

Nota-se que as músicas religiosas receberam uma incidência de pedidos consideráveis no levantamento estatístico, empatadas com as músicas sertanejas e de MPB, apresentando 8,3% cada uma. Entretanto, respeitou-se e concordou-se com o acordo firmado entre usuários e funcionários do CAPS para não cantar músicas de cunho religioso para evitar conflitos e diferenças religiosas entre os participantes, o que poderia comprometer a finalidade do grupo. Dessa forma, evitou-se qualquer tipo de divergência ideológica ou religiosa no grupo, com o intuito de manter o clima amigável e interativo, nem privilegiar um grupo em detrimento de outro, ou provocar constrangimento em alguém.

Mesmo não executando essas músicas durante a realização das oficinas, o Quadro 2 apresenta a estatística com relação aos pedidos por músicas católica e gospel. Esses dados estatísticos não foram descartados devido a sua considerável solicitação pelos sujeitos psicossociais, apesar do pacto firmado no CAPS e na oficina terapêutica de não tocar esse tipo de música. Destaca-se, portanto, a importância do aspecto religioso presente na vida dos usuários e que acaba refletindo em suas preferências musicais.

No Quadro 3 foram relatados apenas os estilos que foram realmente executados durante a coleta de dados. No Quadro 4 a seguir, apresenta-se as músicas que foram executadas durante as oficinas, sendo destacados o nome das músicas e os seus intérpretes que, não necessariamente, são os compositores das canções.

Ressalta-se que esses intérpretes foram importantes para a realização da pesquisa, pois a interpretação dos mesmos direcionou os ritmos desenvolvidos ao se tocar e cantar tais músicas o que, diretamente, influenciou nas emoções e sentimentos evocados pelos participantes da pesquisa no momento de relatar suas impressões sobre a oficina.

Além disso, optou-se pelas interpretações mais conhecidas entre os usuários do serviço e a forma que, habitualmente, eles gostavam de tocar e cantar tais canções, pois várias delas já são comumente tocadas nas oficinas realizadas semanalmente pelos usuários e funcionários do CAPS pesquisado.

1ª OFICINA – 10 MÚSICAS	2ª OFICINA – 11 MÚSICAS
Whyski a gogo (Roupa Nova)/Linda demais (Roupa Nova)/Sonho por sonho (José Augusto)/Biquini de bolinha amarelinha (Blitz)/É preciso saber viver (Roberto Carlos)/Deixa a vida me levar (Zeca Pagodinho)/Descobri que te amo demais (Zeca Pagodinho)/Mulheres (Martinho da Vila)/Trem das 11 (Demônios da Garoa)/Anunciação (Alceu Valença)	Meu universo é você (Roupa Nova)/Ritmo da chuva (José Augusto)/Dormi na praça (Bruno e Marrone)/Coração de papel (Sérgio Reis)/A desconhecida (Fernando Mendes)/Vai dar namoro (Bruno e Marrone)/É o amor (Zezé di Camargo e Luciano)/Mulher (Erasmus Carlos)/Deixa a vida me levar (Zeca Pagodinho)/Madalena do Jucu (Martinho da Vila)/Eu vou estar (Capital Inicial)
3ª OFICINA – 11 MÚSICAS	4ª OFICINA – 12 MÚSICAS
Nuvem passageira (Hermes Aquino)/Eu te amo (Roberto Carlos)/Além do horizonte (Roberto Carlos)/Casa de bamba (Martinho da Vila)/Canta, canta, minha gente (Martinho da Vila)/Do jeito que a vida quer (Benito de Paula)/Mulheres (Martinho da Vila)/Deixa a vida me levar (Zeca Pagodinho)/Devagar, devagarinho (Martinho da Vila)/Qui nem jiló (Luis Gonzaga)/Anjo (Roupa Nova)	Sozinho (Peninha)/Diana (Jerry Adriane)/Esqueça (Roberto Carlos)/Boemia (Agnaldo Timóteo)/A desconhecida (Fernando Mendes)/Doce, doce amor (Jerry Adriane)/Chão de gis (Zé Ramalho)/As curvas da estrada de Santos (Roberto Carlos)/Hey girl (The Fevers)/Alma gêmea (Fábio Júnior)/À flor da pele (Roupa Nova)/É proibido fumar (Roberto Carlos)

Quadro 4 – Lista de músicas executadas em cada uma das quatro oficinas.

O quadro 4 apresentado ainda diz respeito as músicas executadas em cada oficina, mostrando a pluralidade de estilos e a variedade de cantores das mais variadas épocas da música do Brasil. Diante de uma margem larga na faixa etária dos usuários (26 aos 65 anos de idade) nota-se músicas dos anos 50 até a atualidade, revelando um perfil cosmopolita do grupo e permitindo uma mistura de sons, ritmos e épocas musicais. Dessa forma, a música sempre será um elo importante de atividade social, favorecendo a troca de experiências, a comunhão, e a partilha numa linguagem não necessariamente verbal, e que se encaixa perfeitamente na instrumentalização da saúde mental.

5.3 A PALAVRA CANTADA NA PERSPECTIVA DO ALCESTE

O material obtido mediante submissão do *corpus* ao ALCESTE teve um aproveitamento de 79%, gerando 3 classes e 85 unidades de contexto elementares analisadas (UCEs), destacadas na Figura 7, a seguir:

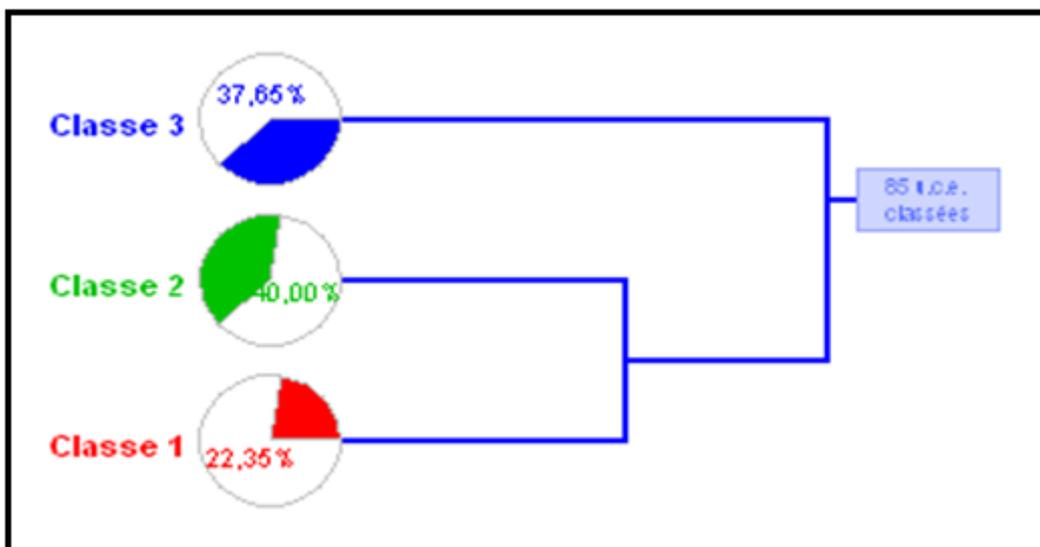


Figura 7 – Formação das classes geradas no *corpus* Musica.txt pelo ALCESTE.

Cada classe recebeu um número específico de UCEs e em cada uma delas foram analisadas uma quantidade de palavras, que gerou uma divisão de porcentagens de classes, como mostradas na figura seguinte (Figura 8).

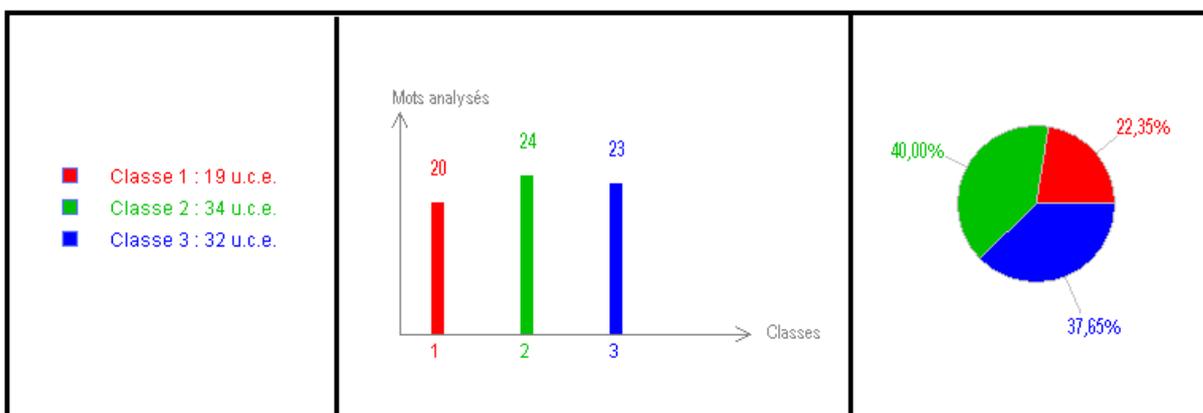


Figura 8 – Número de UCEs por classe, número de palavras analisadas em cada classe e divisão percentual de UCEs por classe, geradas pelo ALCESTE no *corpus* Musica.txt.

A classe número 1 teve 20 palavras analisadas, gerando 19 UCEs e corresponde a 22,35% na Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A segunda classe, com 40%, analisou 24 palavras e gerou 34 UCEs. Por fim, a classe 3 gerada a partir de 23 palavras, resultando em 32 UCEs, apresenta uma porcentagem de 37,65% .

A partir de cada classe gerada, realizou-se a leitura flutuante do material discursivo proveniente do ALCESTE tantas e quantas vezes se tornou necessárias para a determinação dos significados circunscritos nas categorias do estudo, que foram ordenadas segundo as classes geradas pelo próprio software (Quadro 5).

CLASSE	CATEGORIA GERADA
1	Experiência da palavra cantada na família
2	Experiências e aproximações musicais
3	Sentimentos e emoções evocados pela música

Quadro 5 – Categorias formadas a partir das classes geradas pelo ALCESTE no *corpus* Musica.txt.

Dessa forma, denominou-se a Categoria 1 como, “Experiência da palavra cantada na família”, composta pela classe 1 (22,35%); a Categoria 2, denominada “Experiências e aproximações musicais”, formada pela classe 2 (40%) e a Categoria 3, nomeada “Sentimentos e emoções evocados da música”, corresponde à classe 3 (37,65%).

Para se chegar a essas categorias, utilizou-se a análise de edição proposta por Polit, Beck e Huggle (2004, p. 359-360), que abordam o estilo de análise da seguinte forma:

O pesquisador que usa o estilo de edição age como um intérprete, que lê os dados de segmentos significativos. Uma vez que os segmentos sejam identificados e revistos, o intérprete desenvolve um esquema de classificação e os códigos correspondentes que podem ser usados para distribuir e organizar os dados. O pesquisador procura então os padrões e as estruturas que conectam as categorias temáticas.

Portanto, um sistema categorial ocorre a partir de um exame dos segmentos apresentados em cada classe, comparando-os e identificando sua similaridade, para caracterizar essas abstrações e conceitos, codificando-se estes dados de acordo com categorias (POLIT; BECK; HUNGLE, 2004).

A análise e discussão das categorias serão desenvolvidas na ordem crescente de aparecimentos das mesmas, comparando-se os achados às expressões corporais dos usuários, durante as oficinas. Além disso, os discursos *in natura* complementarão a discussão, valorizando as falas e os significados advindos dos sujeitos psicossociais.

🎵 Categoria 1 – Experiência da palavra cantada na família

Nessa primeira categoria, correspondente a de menor percentual de contribuição da classe (22,7%), observou-se uma contribuição predominante de vocábulos e UCEs decorrentes da quarta oficina realizada no CAPS, cuja temática era sobre a importância da música no relacionamento familiar dos usuários.

As palavras de maior associação com a classe confirmam isso e estão listadas no Quadro 6, a seguir:

PALAVRA	FREQUÊNCIA	χ^2
Casa	8	18,4
Escuto	10	29,9
Família	7	26,5
Minha	9	14,8
Com	9	22,3
Sozinho	4	14,5

Quadro 6 – Palavras associadas significativamente à classe 1.

Entendendo-se que quanto maior o χ^2 (qui-quadrado) maior a força de associação entre o vocábulo e sua classe, observa-se que as palavras “escuto”, “com”, “minha”, “família” e “casa” trazem uma base de associação entre elas indicando que a música é uma oportunidade de interação entre o usuário e seu familiar, confirmado nos relatos dos usuários a seguir:

Eu gosto de música. Escuto com minha família sim. [...] Escuto com minha mãe, com meu irmão... Quando eu venho pro CAPS, ele coloca no som do carro (Cêmbalo).

Eu escuto música em casa, com minha família... Adoro ouvir música, a que eu mais gosto é Bruno e Marrone. Eu tenho quatro filhos... (Cítara).

Eu escuto música em casa, eu escuto as que meu filho escuta, né? Que ele liga o som, mas é música internacional... Dessas eu não gosto não, mas eu escuto. (...) Ele (filho) é como um bebê, tem 15 anos, mas ele é muito apegado a mim, come comigo, senta em meu colo (Alaúde).

Nota-se nos relatos que há uma aproximação pela família proveniente da música. É um momento de união, de partilha e um instante prazeroso vivenciado pelas pessoas que convivem em casa, em variados graus de parentesco, como mãe, irmão e filho. A música é um facilitador da convivência, que permite o instante de presença física, da troca de olhares, do sentar e partilhar.

Observa-se que mesmo quando a música não agrada ao ouvinte, ele persiste em participar do momento, pois muito mais do que musicalidade, estão envolvidos afeto, carinho e atenção proporcionados pelo instante musical, como referido pela usuária Alaúde. Ou seja, não é apenas uma música que está sendo executada e ouvida, mas antes de tudo um momento de encontro em família.

Levitin (2010) afirma que a família é um importante marco na história musical de cada indivíduo. É nesse contexto de convivência onde conhecemos nossas primeiras experiências musicais que nos acompanham desde o nascimento até a idade adulta. Quem ao ouvir uma música não recorda a infância, a adolescência, uma história de amor ou um momento marcante da vida?

De acordo com os novos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a família, antes vista como causa do adoecimento mental, é hoje colocada em local privilegiado nas discussões de saúde mental e convidada a se recolocar em posição de responsabilidade pelo cuidado dos seus membros, tornando-se agente de transformações nos cenários de assistência (MORENO; ALENCASTRE, 2004).

A música é considerada por Ruud (1990) como uma espécie de linguagem emocional e de natureza não-verbal. A interação provocada por ela torna-se ainda mais interessante quando vivenciada no meio familiar, devido a importância desse envolvimento no plano terapêutico e acompanhamento de portadores de transtorno psíquico.

Essa linguagem não-verbal é evidenciada nos relatos dos usuários de que a música ajuda na afinidade e aproximação familiar, porém estes não conseguem dizer diretamente, através de palavras, como isso ocorre. Entretanto algumas citações nos depoimentos dos usuários ajudam na percepção e compreensão de que esse momento de interação é importante na firmiação dos laços parentais, indispensáveis no acompanhamento e reinserção da pessoa com transtorno mental.

Entretanto, situações opostas também são evidenciadas nessa categoria. A presença do termo “sozinho” entre as palavras significantes na classe e o relato de alguns participantes da pesquisa, quando apontam suas experiências de vida, demonstram realidades diferente das relatadas anteriormente na convivência familiar:

O rádio é ligado o dia todo, eu escuto sozinho no meu quarto isolado (Banjo).

Eu moro sozinho, escuto música sozinho. Desde novinho que eu gosto de música. Escuto música sozinho em casa, moro sozinho. Eu abandonei minha família. Sempre que tô em casa eu escuto música, todas as tarde e de noite, por que de manhã quase todos os dias eu to no CAPS. Eu não recebo visita, sou afastado da família. [...] Sinto falta (Violino).

Esses relatos revelam realidades de distanciamento e solidão dos usuários. A música, que nos exemplos anteriores proporcionou aproximação e afeto, não é capaz de propiciar esse ambiente agradável em todas as realidades em que se insere. O relato do usuário Banjo também revela o isolamento por ele vivido, mesmo convivendo em família. Esse relato é demonstrado pelo usuário como sendo algo ruim, pois a expressão corporal que acompanha seu depoimento neste momento apresenta um olhar vago e olhos lacrimejantes, expressão facial de descontentamento e cabeça baixa. Essa realidade parece até mesmo incomodá-lo ao falar sobre isso.

O usuário Violino expõe uma realidade diferente, onde ele tem a autonomia de morar sozinho. Porém, seu relato emocionado também revela que sente falta da família diante de seu afastamento. Durante o processo de levantamento estatístico da caracterização dos usuários, observou-se no prontuário deste usuário, que seu afastamento familiar ocorreu na fase inicial do seu adoecimento e que foi uma atitude sua de morar sozinho, de forma independente, porém também é relatado que o mesmo deixou a família por não conseguirem conviver bem na mesma casa em decorrência da doença que o afeta há muitos anos.

Azevedo (2008) afirma que diante de uma orientação e cultura de afastamento da família diante do adoecimento de um parente, coube a ela, em muitos casos o esquecimento, o “descarte” do seu familiar portador de transtorno mental. Devido a isso, ainda hoje encontramos casos como esse, onde a ausência familiar é constatada na vida de usuários que, assim como os ditos “normais”, necessitam do apoio da família.

Dessa forma, torna-se um desafio para o serviço de saúde mental trazer a família para o serviço, diante da dificuldade de se restabelecer laços e vínculos afetivos, sociais e em especial, familiares (AZEVEDO, 2008).

Outro relato presente nesta classe, e que faz relação com esse distanciamento familiar, é transcrito a seguir:

Só aqui (ouve música). Me sinto bem aqui. Em casa eu sou presa, sou isolada. Em casa é ruim, pra mim aqui é minha família. Aí quando eu fico longe daqui eu fico triste. Aqui é importante para mim. As meninas, as fisioterapeutas, a psiquiatra, os amigos. Sinto falta de todos. Se pudesse todo dia tava com eles aqui (Harpa).

Mesmo com seu poder de comunicação humana, de integração e de rompimento de isolamentos, a música não tem como interferir tão profundamente na mudança de realidades estruturais da vida dos que vivem com transtorno mental. O abandono e a exclusão são notórios nesses relatos, evocando os estigmas e preconceitos ainda muito presentes atualmente.

É importante esclarecer que não se inculca a idéia de que as famílias não carreguem o ônus de ter uma pessoa com transtornos mentais. Porém, fica claro que o detentor de maior sofrimento é o próprio doente e que os serviços substitutivos como o CAPS são reconhecidos pelos mesmos como um ambiente acolhedor, diferente de algumas realidade vividas.

♪ Categoria 2 – Experiências e aproximações musicais

A categoria 2 corresponde, de um modo geral, aos relatos de experiências musicais dos usuários, com predomínio da oficina 2 nos apontamentos. Essa categoria é a mais expressiva na divisão percentual de UCEs por classe (40%), geradas pelo ALCESTE. A seguir, o Quadro 7 com os principais vocábulos da classe.

PALAVRA	FREQUÊNCIA	χ^2
Aqui	8	7,5
Era	11	18,9
Oficina	5	5,0
Violão	9	11,8

Quadro 7 – Palavras significativas da classe 2.

As palavras significativas analisadas revelam uma aproximação dos usuários não só com a música de um modo geral, mas também com instrumentos musicais, evidenciadas nos relatos a seguir:

Depois que eu comprei um violão, que eu passei a praticar (Piano).

No primeiro dia que eu peguei o violão escondido eu [...] pensei em mexer no violão, pode até parecer mentira, mas num é não, mexi assim no violão, aí eu disse: “Eu vou afinar esse violão e vou tocar uma música”, no meu pensamento (Violão).

Esses dois usuários, Violão e Piano, foram os que mais contribuíram na formação dessa classe. Os relatos giram em torno de suas experiências pessoais ao aprender a tocar o violão, instrumento musical utilizado na oficina de música. Além disso, exaltam a contribuição dessa prática no tratamento, ressaltando que a oficina é um estímulo ainda maior para isso.

Eu me sinto bem (ao tocar), principalmente quando é a música que a pessoa gosta, né? Não importa o estilo, né? (Violão).

Quem conduzia aqui a oficina era o enfermeiro que tinha aqui. Depois passou pra uma outra técnica e depois ficou fechada a oficina, só que quando eu me vi tocando

violão, que não era do jeito que eu queria, que eu tenho dificuldade de memória, eu só toco se for cifrada a música e eu vendo, né? Porque eu não tenho a sequência das notas. Pronto, depois que eu passei a tocar violão em casa eu sugeri aqui e ficou, até hoje eu venho participando da oficina e tem sido muito bom pra mim (Piano).

Esclarecendo, a oficina, como relatado acima, foi desativada durante um período, sendo reativada a partir da disponibilidade do usuário denominado Piano, em tocar violão para que a mesma pudesse continuar, ativamente, auxiliando a todos.

O processo de aprendizagem, de acordo com Leinig (2009) tem como fundamento básico promover modificações no comportamento humano. Quando um indivíduo aprende alguma coisa seu comportamento se altera em uma determinada situação. Com a música não é diferente, ela interfere em todo o sistema corpóreo, principalmente no sensorio-motor e cognitivo.

Quando cantamos ou produzimos som por meio de algum instrumento sonoro, estamos criando música dentro de nós mesmos e, portanto, despertando um encontro com nossa essência, nosso eu, possibilitando um equilíbrio interno que se verificará nas atitudes da pessoa (VICTÓRIO, 2008).

A capacidade musical requer uma habilidade sensorial ao musicista, exigindo que seu sistema nervoso funcione bem. Dessa forma exercita-se o potencial biológico inerente ao ser humano permitindo uma evolução de suas capacidades e potencializando o seu desempenho na arte (LEINIG, 2009).

É importante ressaltar que essa inteligência musical pode ser desenvolvida por qualquer pessoa, pois acima de tudo é uma forma de linguagem marcante em pessoas como Beethoven, um gênio musical, como também por pessoas comuns que percebem o som através da singularidade de suas nuances (ANTUNES, 2001).

Levitin (2010), em seu livro *A música no seu cérebro*, relata estudos que revelam que a diferença entre um músico comum, que toca ou canta por prazer apenas, ou um especialista em determinado tipo de instrumento musical, está no tempo disponibilizado para o estudo musical. O que vai determinar, se alguém se tornará List ou apenas o músico preferido dos amigos, é o tempo de treino disponibilizado para tal arte.

Executar música está mais ligado ao treino, à prática da técnica do que ao “talento” nato imputado por muitos. É evidente que alguns conseguem aprender mais rapidamente do que outros, porém isso também ocorre em outros aspectos da vida, como jogar xadrez, pintar, ou até mesmo o simples fato de aprender a andar ou falar (LEVITIN, 2010).

O estímulo ao estudo e aprendizagem da música é algo revigorante e reabilitatório quando despertado o interesse do indivíduo pela música, pois sua linguagem não é apenas musical, é um despertar de uma potencialidade sensível em todo ser humano.

O desempenho musical é um potencial que pode e deve ser estimulado nos portadores de transtorno psíquico, diante das contribuições na memória e inteligência, sensorial e motora, e os usuários do CAPS II Oeste são exemplo disso. Contribuem significativamente nas oficinas de música semanais e a partir disso também relatam melhora e superação de limites impostos pela doença.

Realmente eu sei na prática o que é a importância da música, né? E eu gosto de música porque ela preenche meus espaços, né? [...] Até a questão da inibição, eu até um tempo atrás eu era inibido, eu tenho a música como referência pra minha desinibição, né? (Piano).

A importância da música enquanto modalidade terapêutica para o ouvinte e para quem executa a música, justifica-se ainda, pelo fato de auxiliar não só no desenvolvimento cognitivo, mas sobretudo nos aspectos semânticos e nos sistemas de memória. Portanto, a música se configura em uma das formas de linguagem e pensamento (VICTÓRIO, 2008).

Nota-se a influência da música na reabilitação social, resgatando possibilidades de comunicação, relação e vínculo consigo mesmo e com o outro. A aquisição de habilidades contribui para a valorização do ser humano, trazendo significado para esses usuários diante da experiência de vida vivida por cada um.

♪ Categoria 3 – Sentimentos e emoções evocados pela música

Essa última categoria, com 37,6% das UCEs, ressalta os sentimentos dos usuários e seus relatos com relação à oficina de música desenvolvida durante a coleta de dados. As oficinas 1 e 3 foram o destaque dessa categoria e tiveram como eixo central de discussão a importância da música na vida dos usuários e na doença.

Os vocábulos de destaque são apresentados no Quadro 8, que se segue:

PALAVRA	FREQUÊNCIA	χ^2
Alegre	8	14,6
Bem	7	3,6
Boa	6	10,6
Bom	8	11,2
Faz	10	15,2
Gente	11	11,9
Música	19	2,5
Passado	5	5,7
Pessoa	9	10,5

Quadro 8 – Palavras de maior interferência na classe 3.

As palavras “alegre”, “bom”, “boa”, “gente”, “pessoa” referem-se às principais respostas dos usuários ao apontar como avaliam a oficina e como se sentem quando ouvem música. Os relatos a seguir exemplificam isso:

Alegria, faz a pessoa se sentir melhor, faz a pessoa se sentir bem, faz a pessoa também, a pessoa se divertir, faz a pessoa ficar bom. [...] A música boa, ótima, tranquila, divertida e alegre (Cêmbalo).

Alegria a pessoa, né? Tira a pessoa daquela fossa, desanimada, né? E aí vai vivendo, anima a pessoa totalmente (Lira).

É bom por que distrai minha cabeça e eu adoro música (Cítara).

A gente fica mais alegre. É bom no tratamento pra ajudar né? (Saltério)

As sensações de bem-estar relatadas pelos usuários são confirmadas por diversos estudos e relatos de casos em diversas referências pesquisadas (LEÃO, 2010; LEVITIN, 2010; LUZ, 2008; VANNI, 2006). Ressalta-se o reconhecimento científico em vários estudos sobre o valor da música enquanto instrumento terapêutico.

A alegria destacada nas falas dos sujeitos é reflexo da ação da música ao evocar respostas não-verbais e emocionais, além de efeitos psicológicos, como os relatados por Leinig (2009), tais como: catarse de emoções, mobilização da afetividade (estados de ânimo, sentimentos), aumento ou diminuição da alegria, tensão ou depressão (dependendo das características da música) e levar o indivíduo à identificação, associação, à fantasia e a à expressão corporal.

Durante as oficinas, buscou-se trabalhar com músicas que revelassem sentimentos alegres, diante das expectativas colocadas pelos usuários. A oficina, habitualmente, já se propõe a um momento de descontração, de liberdade e de tranquilização dos usuários, enquanto oficina terapêutica. Dessa forma, manteve-se o padrão da oficina sem fugir do

habitual, coletando assim as impressões rotineiras dos usuários frente à oficina, portanto o real.

Preferiu-se essa modalidade de coleta para apreender a impressão do que realmente ocorre no cotidiano do CAPS, descartando, assim, oficinas que fugissem a estética utilizada e que pudessem resultar em relatos divergentes da realidade de vida dos usuários e improváveis de serem executados na rotina e dinâmica do serviço.

É importante ressaltar que os relatos são, em geral curtos, monossilábicos e em muitas vezes repetitivos. Diante de uma resposta ou comentário de um participante da pesquisa, houve tendência à repetição por parte dos colegas, como nos exemplos a seguir:

Eu acho que cura. Cura as vezes, porque quando é uma doença pequena eu acho que cura mais fácil, quando é uma doença grande ai eu acho que demora pra curar (Banjo).

Me curou muito a “fisioterapia” da música, pra mim é muito importante e cura muito a minha doença (Harpa).

Alegra. E eu dou valor, eu gosto de música. Gosto da oficina também. A música cura, né? Acho que ela cura (Cavaquinho).

Percebe-se no relato um atributo da música de maneira generalista, relatando a cura de doenças de forma abstrata, sem uma argumentação mais detalhada de que tipo de cura a música proporciona ao certo. Nota-se uma tendência à repetição dos relatos anteriores feitos por um dos usuários e reproduzida por outros durante a oficina, algo parecido como um eco.

Não se pode deixar de apontar a subjetividade dessa atribuição. A cura talvez não esteja relacionada a alta médica, mas sim, direcionada a curas interiores, no que diz respeito ao mais íntimo de seu ser, ao seu estado de espírito, às suas angústias, medos e frustrações, ou seja, aquilo que muitas vezes não pode ser verificado.

A análise dessa realidade tão subjetiva não é possível de ser realizada a partir de uma cientificidade equivocada, mas na observação de fenômenos e no estabelecimento de suas relações entre eles, mostrando a complexidade em se evidenciar o que não pode ser mensurado.

As palavras, como já foi explicitado e exemplificado anteriormente, nem sempre são capazes de expressar o real sentido e a real noção do que a música pode proporcionar. Além disso, a dificuldade em articular essas palavras é evidente nos sujeitos psicossociais. Diante dessa dificuldade e incompletude na apreensão dessas percepções, deu-se a análise das expressões corporais realizadas pelos usuários do CAPS durante as oficinas (Tabela 4).

Tabela 4 – Expressões corporais dos usuários durante as oficinas.

EXPRESSÕES	(Nº de usuários)				TOTAL
	OFIC. 1	OFIC. 2	OFIC. 3	OFIC. 4	
CANTOU	8	5	11	6	30
DANÇOU	4	1	6	3	14
BATEU PALMAS	8	2	7	7	24
SORRIU	5	9	9	8	31
CHOROU	0	0	0	0	0
DEMONSTROU ANIMAÇÃO	8	9	10	10	37
BALBUÇIOU A MÚSICA	4	5	3	0	12
SE IRRITOU	0	0	1	0	1
MANTEVE-SE EM SILÊNCIO	4	4	1	1	10
SAIU DA OFICINA	4	3	3	2	12

A Tabela 4 mostra a quantidade de usuários que expressaram as características previstas, em cada oficina, e o valor total de ocorrências de cada uma delas. Essas expressões foram observadas durante a execução das músicas e realizadas sem que os usuários fossem orientados a fazê-los ou informados de que suas expressões estariam sendo analisadas para evitar inibições ou constrangimentos, sendo assim uma atitude espontânea dos mesmos.

O sorriso (31), o canto (30), as palmas (24) e a dança (14) prevaleceram entre as principais expressões corporais dos usuários. Como já relatado antes, as oficinas foram direcionadas de acordo com as preferências musicais referidas pelos usuários, optando-se pelas músicas mais animadas dos estilos apontados por eles. Quando alguma música era um pouco mais lenta ou remetia a uma letra mais romântica, surgia algum comentário inferindo que as músicas estavam tristes, que era melhor tocar “algo mais animado”.

Essas expressões englobam o movimento e a demonstração de satisfação diante do que é ouvido. Som é movimento e provoca movimento. Este, ao organizar-se junto à música, reveste-se de ritmo, provocando movimentos corporais que dão origem à dança (LEINIG, 2009). Portanto, dança é o movimento corporal que responde ao ritmo da música que se ouve.

Dentre essas quatro expressões relevantes, o canto é uma das mais prevalentes. Apesar de algumas dificuldades de articulação das palavras da parte dos usuários, buscou-se músicas mais conhecidas de cada estilo e cantor, a fim de facilitar a aproximação e participação dos mesmos nas oficinas, configurando numa das expressões de maior incidência.

Nos casos onde a dificuldade do canto era maior, ou a inibição e timidez eram mais evidentes, o balbuciar da letra (12) ocorria como uma demonstração mais discreta, porém não menos participativa durante a oficina.

Coincidindo com o estudo de Leonardi (2007), sobre canto e danças circulares, observou-se que os participantes ficam mais à vontade e expressam mais satisfação quando todos cantam juntos, configurando o canto solo como uma experiência mais “agressiva”. Porém, a usuária Cítara, durante duas oficinas, se disponibilizou a cantar solo músicas de seus cantores preferidos, a dupla sertaneja Bruno e Marrone.

Nota-se que mesmo diante da inibição e introspecção presentes em muitos momentos, a música se configura como instigante no processo de autonomia do sujeito. Inspirado por algo que lhe agrada, faz com que supere obstáculos intransponíveis, em determinados momentos, em troca da satisfação, bem-estar e do encontro com o outro, em meio a uma oficina de música.

Caso parecido ocorreu quando a enfermeira do serviço, ao ver uma usuária cantando e dançando durante a oficina, relatou que muito lhe alegrava e que se sentia surpresa ao ver tal cena, pois a usuária em questão já havia relatado desesperança e desestímulo para viver. Foi a demonstração do que Victório (2008) sugere ser uma das funções da música: expressão emocional essencial para a harmonização entre razão e emoção.

Daí surge a importância do uso terapêutico da música. Ela, além de impressionar os ouvidos, dirige-se ao tálamo, sede de todas as emoções, sensações e sentimentos, estimulando o centro cerebral e possibilitando o sentir novamente (VICTÓRIO, 2008).

A demonstração de animação (37) se relaciona com essas expressões e foi o ponto mais ocorrido nas oficinas. Foram consideradas nessa classificação ações como: bater o pé no ritmo da música, balançar a cabeça, mexer o corpo no ritmo da música, mesmo sentado, bater com a mão na perna, dentre outras ações que remetessem a uma interação do participante com a oficina.

Entende-se que as atividades de expressão corporal são fundamentais para desenvolver a capacidade de percepção musical e, principalmente, no caso da oficina terapêutica de música, para a apreciação musical. Dessa forma, segundo Luz (2008, p. 108-109) é naturalmente esperado que se observe em muitos momentos “o gestual intuitivo de partes do corpo ou com o corpo inteiro, refletindo diferentes forma de participação individuais ou coletivas, sincronizadas ou não” a partir dos estímulos decorrentes das músicas escolhidas para cada oficina.

Nesse contexto, portanto, pôde-se visualizar que a liberdade, a expressão e a criatividade gestual foram verdadeiramente estimuladas dentro da proposta e perspectiva da oficina de música desenvolvida no CAPS II Oeste.

A música quase sempre é passível de ser acompanhada através dessas atitudes. Durante as oficinas, por mais quieto e imóvel que alguém estivesse, em algum momento, ou durante alguma música específica, demonstrou instantes de animação por meio dessas pequenas atitudes de movimento, acompanhando a música. Em alguns casos, mantinha-se em silêncio (10) durante a maior parte do tempo, mas acabava demonstrando sua vulnerabilidade ao encantamento e envolvimento que a música proporciona, mantendo-se no setting da oficina.

Esses momentos de silêncio e isolamento momentâneos eram acompanhados de posturas como: introspecção, braços cruzados, olhar distante e observador, sonolência, solilóquio, em casos isolados, e cabeça baixa, sem interagir diretamente com o grupo.

Em contraponto, por mais que não houvesse movimentação corporal, o que em alguns momentos aparentava insatisfação em estar na oficina, alguns usuários falavam muito bem da mesma e não se retiraram em nenhum instante. Todavia, aqueles que eram mais animados, que dançavam e cantavam, foram os responsáveis pelo elevado número de saídas da oficina (12), porém, na maioria dos casos, com retorno dos mesmos para a roda de música.

Essas ausências temporárias são justificadas pela inquietude de alguns usuários, saídas para beber água e apreensão na espera pelo familiares que iriam buscá-los no CAPS, visto que a oficina terminava ao final da tarde, horário de encerramento do serviço. Este último caso responsável pelo não retorno dos usuários à oficina.

Destaque para um único caso de irritabilidade ocorrido durante as quatro oficinas. Este evento, discreto, ocorreu devido a um episódio de ciúme de um dos usuários quando um dos profissionais do CAPS elogiou outro usuário. Na realidade, o que ocorreu foi apenas uma reclamação e solicitação de atenção por parte do reivindicador, que afirmou também merecer o mesmo elogio e se irritou durante alguns instantes, porém sem prejudicar sua participação na oficina, nem o bom andamento da mesma. Este episódio evidencia as carências e necessidade de atenção e afeto, características dos portadores de transtorno mental.

Por fim, não foi relatado nenhum episódio de choro durante as oficinas. Este foi listado no instrumento como possível reação durante as oficinas devido ao fato das músicas nem sempre remeterem a lembranças prazerosas, ou levar a um momento de emoção que tenha como consequência o ato de chorar. Apesar de não haver o choro, os momentos de emoção foram frequentes durante os quatro encontros.

Formação do Campo e Núcleo Central

*“Eu desço dessa solidão
Espalho coisas sobre
Um chão de giz
Há meros devaneios tolos
A me torturar...”*

(“Chão de Giz” - Zé Ramalho)

6. FORMAÇÃO DO CAMPO E NÚCLEO CENTRAL

A análise subjetiva dos discursos dos usuários do CAPS II Oeste, foi abordada de acordo com a teoria das representações sociais sobre a influência da música enquanto modalidade terapêutica no serviço. Para isso, recorreu-se à Teoria do Núcleo Central que afirma que toda representação social gira em torno de um núcleo central, constituído de um ou mais elementos, e de um conjunto de elementos periféricos, que auxiliam na significação da representação (ABRIC, 1976).

O núcleo é marcado por uma memória coletiva, sendo evocado por uma porcentagem significativa da população estudada, revelando certa homogeneidade de conceitos cognitivos estável e resistente a mudanças. Este consiste em um subconjunto da representação indispensável para essa interpretação, onde sua ausência acarretaria na desestruturação da mesma e acarretaria nova representação diferente desta (SÁ, 1996).

Os elementos periféricos são evocações diferenciadas do conteúdo do núcleo central. Nesse contraste, estão inseridos os conteúdos mais flexíveis e sensíveis ao contexto imediato, mais próximos das práticas do cotidiano e, diferente do núcleo central, sujeito a mudanças (SÁ, 1996).

A partir desses elementos estruturais se dá a representação social, definida por Moscovici (1978) como atribuição de um significado a uma figura, a partir da proposta que esta comporta um sentido identificável. Em outras palavras, a representação social transforma o desconhecido em algo familiar simbolizado.

Ainda segundo o autor, as construções conceituais e figurativas se dão no contexto sociocultural revelando o posicionamento do sujeito frente às questões inquietantes, conflitos, dúvidas e diversidades de seu desenvolvimento humano (MOSCOVICI, 1978).

Decorrentes do conhecimento do senso comum, as representações sociais são expressas pelo próprio sujeito e sua coletividade, a partir de suas vivências, sua história e pelos vínculos estabelecidos pela sociedade em que vive (CLEMENTINO, 2009).

Dessa forma, a dinâmica representacional deste estudo, partiu da valorização do conhecimento produzido no senso comum pelos sujeitos da pesquisa a partir de suas falas, atribuindo significado aos elementos de representação formados a partir da TNC. Portanto, nessa fase da análise, focou-se a formação do campo representacional obtido a partir da análise da etapa C3 do ALCESTE, ou seja, a Análise Fatorial por Correspondência (AFC), que demonstra as relações entre as classes através de quadrantes.

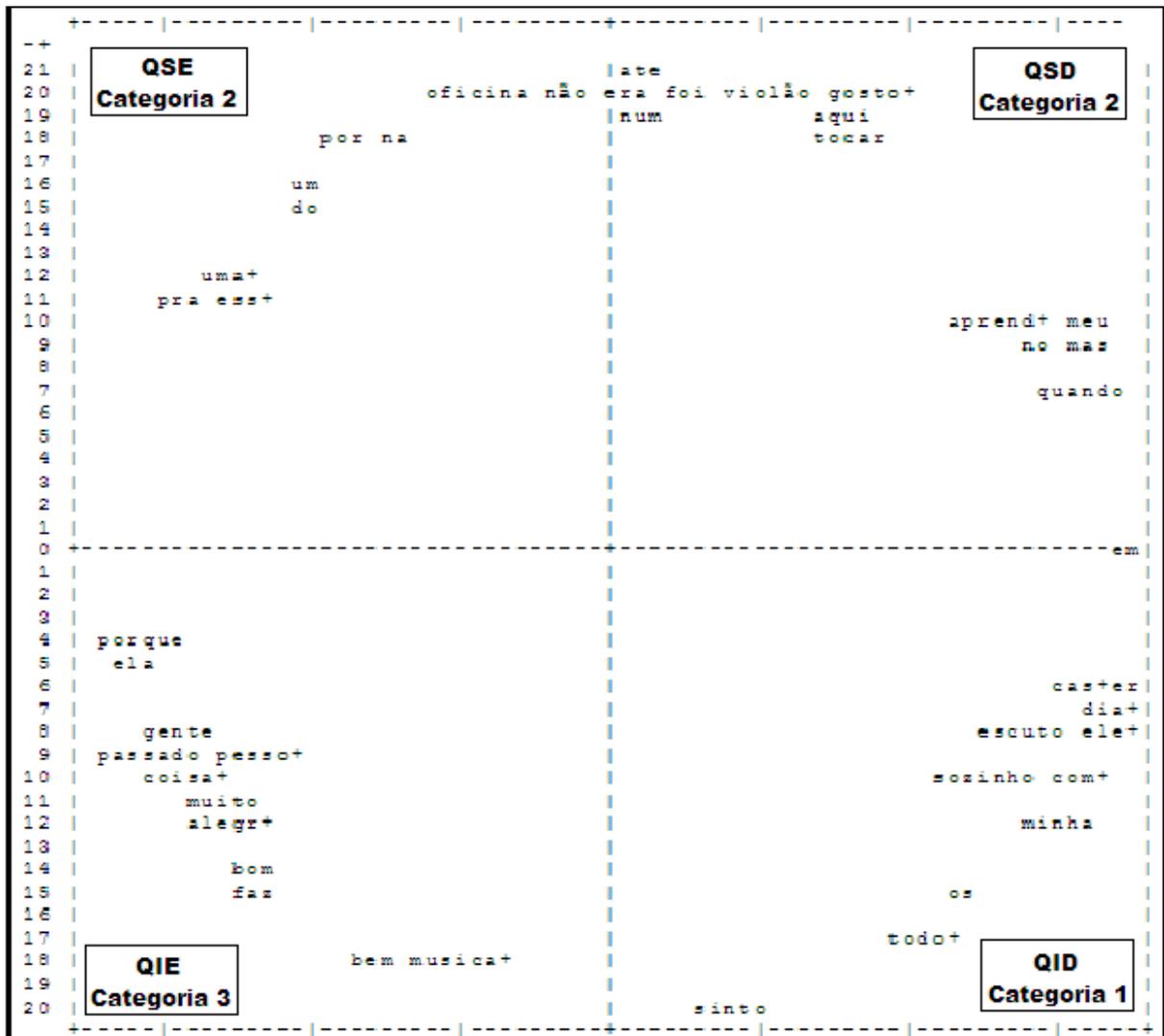


Figura 9 – Etapa C3 do processamento de dados do *corpus* Musica.txt pelo ALCESTE.

A Figura 9, constituída das linhas y e x, vertical e horizontal, respectivamente, é dividida, por estas mesmas linha em quatro quadrantes, dois superiores, direito e esquerdo (QSD e QSE), e dois inferiores, também direito e esquerdo (QID e QIE), onde as categorias desse estudo encontram-se distribuídas.

Os QSD e QSE são formados pelas unidades semânticas mais significativas correspondentes à Categoria 2 – Experiências e aproximações musicais. O seu conjunto semântico é formado pelas UCEs relacionadas às vivências dos usuários com a música e a aprendizagem de instrumentos musicais.

O QID é composto pelos vocábulos relacionados a experiências musicais vivenciadas no ambiente familiar, correspondendo à Categoria 1 - A experiência da palavra cantada na família.

E, por último, o QIE, referente à Categoria 3 – Sentimentos e emoções evocados pela música, apresenta os vocábulos mais significantes da classe que compôs essa categoria, a partir da distribuição de UCEs pelo ALCESTE.

Os usuários estruturam sua representação social quanto as apreensões do uso da oficina terapêutica de música em seu tratamento, em face de um bom relacionamento com a música e da evocação de sensações e sentimentos agradáveis, mediante o uso dessa modalidade terapêutica.

A música permite a essas pessoas um momento de interação único dentro do CAPS, como também em seu ambiente familiar, além de buscarem uma aproximação mais profunda com a música, mediante o uso de instrumentos musicais em seu dia-a-dia e na própria oficina.

As representações sociais devem ser utilizadas como uma forma de conhecer e explicar o que já sabemos, apreendendo sentido e ordem às percepções obtidas, reproduzindo os questionamentos do mundo de uma forma significativa e que traga sentido existencial para aquela representação (MOSCOVICI, 1978).

Dentro das representações sociais estão os processos sócio-cognitivos, objetivação e ancoragem. Estas atuam modificando a realidade psicossocial por meio de um espaço de interação através de um objeto de interesse do grupo nela envolvida (MIRANDA, 2002).

A ancoragem é compreendida no nível de conceitos e categorias, trazendo estas categorias para um universo de imagens conhecidas. Entende-se que a ancoragem, nesse estudo, se estabelece na inserção e confirmação da música enquanto oficina terapêutica no serviço substitutivo, que é o CAPS. Dessa forma, a inserção do objeto de representação num marco referencial conhecido e dominado, consiste nesse estudo na inserção da música no CAPS, esquematizado na figura abaixo (Figura 10):

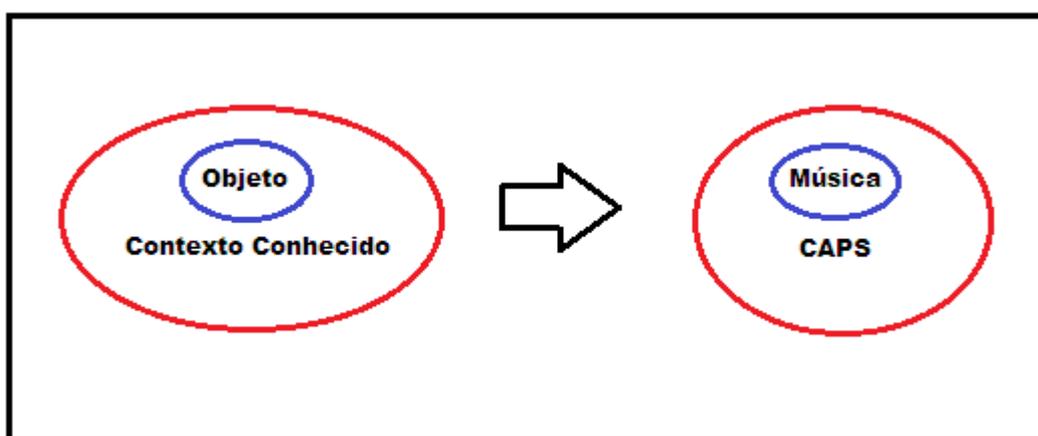


Figura 10 – Esquema da ancoragem da música enquanto oficina terapêutica do CAPS.

Nessa ancoragem, o CAPS se configura como o objeto conhecido onde eles convivem diariamente, enquanto serviço substitutivo de assistência aos portadores de transtorno psíquico. A música, enquanto oficina terapêutica, é um serviço oferecido por esse contexto conhecido, ou seja, o objeto de representação música está inserido no contexto CAPS, revelando uma representação disso para os indivíduos que ali convivem.

A objetivação relaciona-se aos conceitos. Consiste na habilidade humana de atribuir um sentido a uma figura, a algo abstrato, atribuindo uma materialização a um conceito. Em outras palavras, é a combinação de uma representação com a palavra, tornando algo material, “palpável” (MOSCOVICI, 1978).

Neste estudo, a objetivação se deu através do conceito da oficina de música, materialização essa embasada nas impressões, emoções e relatos e configurada a partir das expressões corporais dos sujeitos, revelando sua expressão mais íntima e natural de ligação com a música no gesto, no sorriso, no canto e na dança.

A representação social dos usuários sobre a oficina terapêutica de música foi elaborada a partir dos conceitos, vocábulos e discursos dos mesmos, circulando em torno da experiência que cada um tem com a música, compartilhada e aprendidas no seio familiar, vividas individualmente, a partir do ouvir, tocar e cantar de cada um e, finalmente, a experiência da oficina de música no CAPS, configurando-se como um momento prazeroso e revigorante.

Ressalta-se que essa experiência é vivida em conjunto, visto que o desenvolvimento da oficina se deu em grupo, porém as experiências são individuais e, assim subjetivas, diante da complexidade de apreender sentimentos e emoções. Algo abstrato, que se materializa nos diálogos e expressões, no gesto e no corpo falado.

Desse modo, a representação social dos usuários sobre a oficina de música é considerada emancipada, pois apesar de estar inserida num contexto recente de práticas terapêuticas em saúde mental, e estar sujeita aos questionamentos do seu uso, apresenta autonomia em seu entendimento e há um consenso geral, não especificado, do valor positivo que a música proporciona, tornando-a livre e independente no uso terapêutico em saúde mental.

De acordo com Moscovici (1978) as representações emancipadas apresentam essa autonomia e resultam da interação social, expressando suas versões a respeito de idéias e reconhecimentos circulantes.

Com relação ao núcleo central do campo representacional e seus elementos periféricos e intermediários, a Figura 11, a seguir demonstra as relação entre as categorias do

estudo num gráfico através da Análise Fatorial de Correspondência, ilustrando assim, o campo representacional das representações sociais dos usuários com relação à oficina de música desenvolvida no CAPS II Oeste.

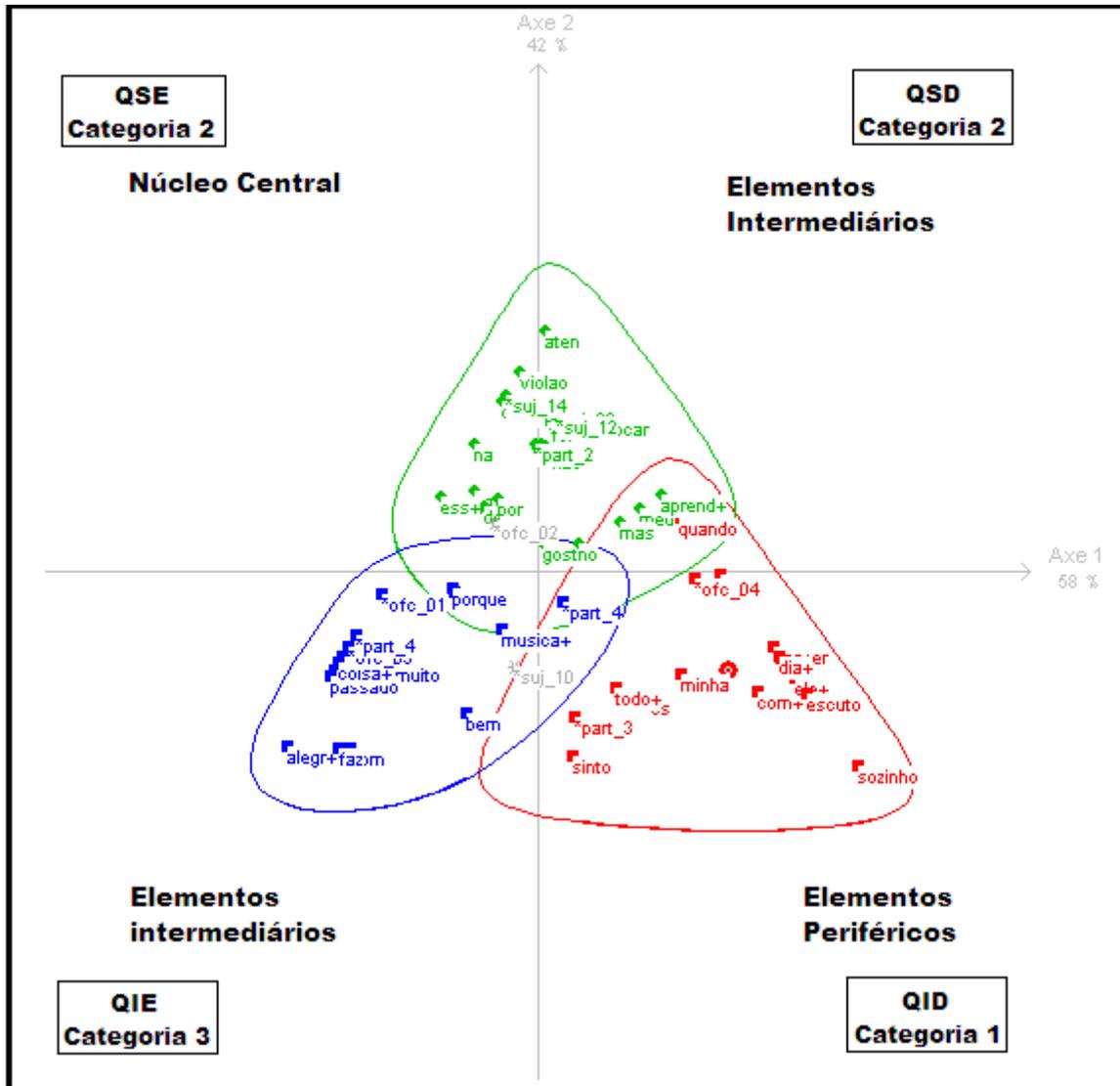


Figura 11 – Análise Fatorial de Correspondência do *corpus* Musica.txt.

O **núcleo central** correspondeu exatamente ao contato e relação existente entre os usuários e a música, estabelecendo uma abertura ao vínculo de aproveitamento da mesma enquanto seu uso terapêutico em oficinas de serviços substitutivos de saúde mental, especificamente o CAPS.

Essa caracterização do núcleo central ocorreu não apenas por critérios quantitativos, visto que ele é formado pela categoria 2 do estudo, a que respondeu ao maior número de UCEs. O núcleo central possui, antes de tudo, uma característica qualitativa, unificando e

estabilizando essa representação, para poder ser atribuída a centralidade desse núcleo semântico.

Entretanto, no Quadrante Superior Esquerdo não há uma cristalização do tema abordado, a oficina terapêutica de música no CAPS. Os termos “música” e “violão” aparecem em eixos, não havendo concentração do vocábulo no quadrante citado, responsável pelo núcleo central. Portanto, encontra-se ainda em processo de afirmação da oficina de música enquanto terapia não-convencional capaz de influenciar, positivamente, no tratamento e recuperação dos usuários do CAPS, por meio das emoções e sentimentos que evoca e do bem-estar que proporciona.

Os **elementos periféricos**, inseridos no Quadrante Inferior Direito e composto pela categoria 1, apontam questões relacionadas ao ouvir, partilhar e vivenciar a música em família. As circunstâncias que envolvem essa experiência de vida dos usuários é complexa, pois em determinados casos há uma receptividade dos familiares em conviver com seus parentes doentes, enquanto em outras realidades, os usuários ainda permanecem em condições de distanciamento da família, vivendo sozinhos ou sofrendo isolamento dentro de suas próprias casas. Dessa forma, agregam-se a essa representação, sentimentos relacionados ao estigma e preconceito ainda existentes nas famílias.

Os Quadrantes Superior Direito e Inferior Esquerdo, apresentam-se como **elementos intermediários** na AFC, que por seu conceito se relacionam aos periféricos e ao núcleo central de forma a fazer uma ligação entre eles completando-os. Composto pelas categorias 2 e 3, está relacionado aos sentimentos e emoções evocados pela música, diante de sua relação estreita com a mesma.

Nessa perspectiva, são os elementos intermediários que enaltecem as funções e sensações evocadas pela música nos usuários, justificando a presença dos mesmos nessa oficina e os relatos que justificam essa representação. Dentre as principais funções terapêuticas da música, podemos destacar: expressão emocional, entretenimento, comunicação, representação simbólica, estabilização das normas sociais e conformidade reabilitatória, dentre outros (VICTÓRIO, 2008).

A Figura 11 mostra o entrelaçado das classes a partir da abrangência dos discursos dos usuários que participaram da pesquisa. Todas as variáveis elegidas durante o processo de análise metodológico para integrar o *corpus* estão presentes nesta figura de forma dispersa, estabelecendo as relações entre si.

Além disso, observam-se os núcleos semânticos mais significantes, seguidos das variáveis que identificam os sujeitos da pesquisa, as oficinas realizadas e o número de participações que cada um teve durante a coleta de dados.

Percebe-se que as palavras que integram os sistemas intermediários juntam-se às do núcleo central, fortalecendo a ideia de um discurso que aponta para a firmação da oficina terapêutica de música enquanto uma modalidade terapêutica de boa aceitação entre os usuários que dela participaram.

Este resultado justifica-se e coincide com os estudos de Campos e Kantorski (2008) que utilizaram a música na enfermagem, como um instrumento de auxílio no autocuidado de portadores de transtorno psíquico, e referem o sorriso, a emoção, os aplausos e a vontade de viver como reações provenientes da música, construindo um espaço de acolhida, de estímulo à vida e ao que ela ainda pode proporcionar a essas pessoas.

Segundo Araújo et al. (2008), a música enquanto linguagem que vai além das palavras e da escrita, se conjectura enquanto uma arte quase mística e sua ação se manifesta no reino dos sentimentos. “Ela também expressa alegria, beleza, tristeza, dor, o horror, a satisfação, a felicidade particular ou a paz de espírito em si mesma” (ARAÚJO et al., 2008, p. 221).

Nessa perspectiva abrangente, a música se configura e se coloca em lugar de destaque no reconhecimento e potencialidade de emoções de evocação de atitudes e, acima de tudo, de sentimentos, proporcionando um caráter reabilitatório que condiz com a proposta de reinserção e ressocialização características da Reforma Psiquiátrica e dos serviços substitutivos em saúde mental.

Tal fato indica que o saber produzido no **universo reificado** encontra-se inserido e reconhecido na realidade onde o trabalho terapêutico com música é desenvolvido, uma vez que sua inserção ainda é considerada pequena diante de sua grande possibilidade reabilitatória. Assim, o conhecimento mesmo que subjetivo e não discutido, mas apenas sentido, encontra-se disseminado no **universo consensual** dos usuários e, até mesmo dos profissionais, que utilizam a música em sua rotina de serviço.

O universo reificado consiste na produção das ciências, no conhecimento técnico sobre determinado aspecto. Já o universo consensual corresponde àqueles onde, a partir da reificação, se elabora as representações sociais construídas a partir do conhecimento coletivo (CLEMENTINO, 2009).

Considerações Finais

*“Quem espera que a vida
seja feita de ilusão
pode até ficar maluco
ou morrer na solidão
é preciso ter cuidado
pra mais tarde não sofrer
é preciso saber viver...”*

(“É preciso saber viver” – Roberto Carlos/Erasmus Carlos)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se nesse estudo que a interação existente entre os usuários do serviço e a oficina de música realizada semanalmente é envolta em uma perspectiva de interatividade, companheirismo e aproximação entre os participantes.

Nota-se ainda, que esse envolvimento é indispensável para o bom funcionamento da oficina e a liberdade adquirida pelos usuários em direcionar e comandar a execução das músicas durante a mesma. Isso lhes proporciona autonomia e elevação de sua autoestima diante da possibilidade de atuação direta num momento terapêutico e responsabilização dentro da oficina, indispensável para a existência da mesma.

A arteterapia é uma atividade que requer capacitação, porém ela pode ser mediada a partir da simplicidade das ações. Na música, esse trabalho requer um certo investimento em instrumentos musicais e aparelhos de som, além de uma técnica mínima para a execução das músicas, o que requer um olhar sensível das gestões em saúde mental, para investir nesse sentido.

Entretanto, a realidade estudada revela que apenas com um simples violão, do próprio serviço, é possível sim realizar, com êxito, a proposta de atenção psicossocial da oficina, e o que é melhor, não há a necessidade de um técnico ou instrumentista para tocar o instrumento, pois os próprios usuários desempenham tal papel com maestria, revelando suas capacidades artísticas e psicomotoras.

O que se ressalta neste estudo é que a partir do estímulo e incentivo às práticas musicais, os próprios usuários, como constatado na realidade do CAPS pesquisado, podem se tornar agentes transformadores de sua realidade, promovendo um meio de reabilitação, descontração, relaxamento, satisfação e interação dentro de um serviço substitutivo em saúde mental.

Constatou-se no estudo, que a música se configura como um artefato terapêutico de boa receptividade pelos usuários, configurando-se como uma terapia revigorante e prazerosa, firmando a necessidade de continuidade dessa atividade, bem como sua expansão, dentro do serviço.

Entretanto, percebe-se que o fortalecimento da estratégia requer e exige um compromisso por parte dos gestores do serviço e da equipe multidisciplinar, garantindo a manutenção das práticas musicais.

Ressalta-se a importância do uso do ALCESTE na análise semântica dos discursos dos participantes, integrada com o estudo da Teoria das Representações Sociais, como um instrumento auxiliar na interpretação das ideias, no entendimento dos resultados encontrados e na representatividade individual e social pelos usuários do serviço. A representação desses indivíduos encontra-se ancorada na experiência que eles têm com o CAPS, vivenciada e socializada pelo senso comum, por meio desse grupo social específico.

O Núcleo Central evidenciou a relação intrínseca existente entre os usuários e a música, estabelecendo uma abertura ao vínculo de aproveitamento da mesma enquanto seu uso terapêutico em oficinas de serviços substitutivos de saúde mental, especificamente o CAPS. Entretanto as oficinas, ainda se configuram em processo de cristalização de conceitos.

Os Elementos Periféricos apontam questões relacionadas ao ouvir, partilhar e vivenciar a música em família. As circunstâncias que envolvem essa experiência de vida dos usuários é complexa, pois em determinados casos há uma receptividade dos familiares em conviver com seus parentes doentes, enquanto em outras realidades, os usuários ainda permanecem em condições de distanciamento da família, vivendo sozinhos ou sofrendo isolamento dentro de suas próprias casas. Dessa forma, agregam-se a essa representação, sentimentos relacionados ao estigma e preconceito ainda existentes nas famílias.

Os Elementos Intermediários relacionam-se aos sentimentos e emoções evocados pela música, diante de sua relação estreita com a mesma, enaltecendo as funções e sensações evocadas pela música nos usuários, justificando a presença dos mesmos nessa oficina e os relatos que justificam essa representação.

É importante destacar que a oficina terapêutica de música, assim como as demais oficinas terapêuticas previstas para os serviços substitutivos em saúde mental, desenvolvem-se em uma perspectiva multidisciplinar, interagindo com todas as categorias profissionais atuantes no serviço e configurando-se como uma intervenção integradora.

Nesse contexto, a enfermagem aparece como um campo de conhecimentos e de atuação profissional de característica versátil e multifacetada, interagindo com as demais profissões em sua prática intervencionista e de produção de serviços em saúde mental. Este profissional de destaca em sua atenção ao portador de transtorno mental, como um instrumento de intervenção terapêutica dentro do serviço.

É nesse sentido que a enfermagem deve atuar, aliando os seus conhecimentos técnicos às ações multifacetadas e não convencionais utilizadas na saúde mental, como é o caso da música.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o enriquecimento científico, de forma crítica e reflexiva de uma visão nova sobre instrumentos terapêuticos que podem ser utilizados no cuidado em saúde mental. Relembra-se a importância da música enquanto artefato terapêutico passível de ser utilizado não só nos CAPS, mas em qualquer serviço de atendimento em saúde mental e psiquiatria, seja ele substitutivo ou não.

Referências

*“Ninguém sabe a mágoa
que trago no peito
quem me vê sorrir desse jeito
nem sequer sabe
da minha solidão
é que meu samba
me ajuda na vida
minha dor vai passando,
esquecida
vou vivendo essa vida
do jeito que ela me levar...”*

(“Do jeito que a vida quer” - Benito Di Paula)

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. (Org.). **Exclusion sociale, insertion et presentation**. Saint-Agne: Érès, 1976.

_____. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANTUNES, C. **Como desenvolver conteúdos explorando as inteligências múltiplas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ANTUNES, E. H.; BARBOSA, L. H. S.; PEREIRA, L. M. F. (Org.). **Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira**. São Paulo: EDUSP, 2002.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007.

ARAÚJO, et al. Narrativas: a música nas imagens do cuidar em educação popular. In: ALMEIDA, M. I.; FARIAS, F. L. R.; BANDEIRA, M. N. C. (Org.). **Interfaces do cuidado e Interdisciplinaridade**. Fortaleza: EdUECE, 2008.

ARRUDA, A. et al (Org). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

AZEVEDO, D. M. **Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal/RN**. 2008. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. A família e os serviços substitutivos em saúde mental: um recorte da produção bibliográfica nacional em Enfermagem. **Rev Enferm UFPE On Line**. Recife, v. 3, n. 1, p. 93-98, 2009.

BARROS, S.; VIANNA, P. C. M. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. **REME – Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 223-228, jan./mar. 2004.

BENENZON, R. **Teoria da musicoterapia**: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. São Paulo: Summus, 1988.

BERGOLD, L. B; ALVIM, N. A. T.; CABRAL, I. E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 262-269, abr./jun. 2006.

BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.243-250, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP), **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de Documentação e Informação. **Legislação em saúde mental 1999-2001**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Saúde Mental em Dados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural de Saúde. **Memoria da loucura**: apostila de monitoria. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados**. 7. ed. Brasília, 2010. Disponível em: <[HTTP://www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em 22 set 2010.

CAIXETA, C. C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações em saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 10, n. 1, p. 179-188, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>>. Acesso em: 30 out 2009.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.). **Perspectivas teóricas e metodológicas em representações sociais**. João Pessoa (PB): UFPB, 2005.

CAMPOS, N. L.; KANTORSKI, L. P. Música: abrindo novas fronteiras na prática assistencial de enfermagem em saúde mental. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 88-94, jan./mar. 2008.

CARVALHO, G. R. P. **Sofrimento Psíquico**: representações sócias dos enfermeiros em ambiente hospitalar. 2008. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CLEMENTINO, F.S. **Tuberculose**: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença na visão do portador. 2009. 175 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1614-1619, jul. 2009.

COIMBRA, V. C. C. et al. A Atenção em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiânia, v. 7, n. 1, p. 113-117, 2005.

CORSO, A. N. et al. Impacto de sintomas na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 257-262, jun. 2009.

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

COSTA, R. K. S. **A formação acadêmica do enfermeiro para o SUS na percepção de docentes e discentes da faculdade de enfermagem/UERN.** 2007. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

DE ROSA, A. S. Sur l'usage des associations libres pour létide des représentations sociales de la maladie mentale. **Conexions**, v. 21, p. 27-50, 1988.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 4. ed. Curitiba: Positivo, 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura.** Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

GALLETTI, M. C. **Oficina em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercesor clínico?** Goiânia: UCG, 2004.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W., GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001.

HERZLICH, C. La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie. **Sciences sociales et Santé**, v. 2, n. 2, p. 71-84, 1969.

JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

JODELET, D. A alteridade como produto e processo psicossocial. In: ARRUDA, A. (Org.) **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

JUNG, C. G. O. Eu e o inconsciente. In: **Obras complementares**. Petrópolis: Vozes, 1978.

KANTORSKI, L. P. A reforma psiquiátrica: um estudo parcial acerca da produção científica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 3, n. 2, p. 1-16, jul. 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/reforma.html>. Acesso em: 30 out 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de pesquisa metodológica científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEÃO, E. R. **Cuidar de pessoas e música: uma visão multiprofissional**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

LEINIG, C. E. **A música e a ciência se encontram: um estudo integrado entre a música, a ciência e a musicoterapia**. Curitiba: Juruá, 2009.

LEONARDI, J. **O caminho noético: o canto e as danças circulares como veículos da saúde existencial no cuidar**. 2007. 124f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

LEONI, G. D. **No mundo encantado da música**. 2. ed. São Paulo: Ricordi Brasileira, 1948.

LEVITIN, D. J. **A música no seu cérebro: a ciência de uma obsessão humana**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

LUZ, M. C. **Educação musical na maturidade**. São Paulo: Som, 2008.

MACEDO, S. R. H. **Habilidades de vida frente à sexualidade do adolescente: um estudo representacional**. 2008. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

MARCONDES, M. A. **Enciclopédia da música brasileira: erudita, folclórica e popular**. 2. ed. São Paulo: Art Editora, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Huditec, 2004.

MIRANDA, F. A. N. Saúde mental e família: dilemas e propostas na construção da assistência integral e o resgate da cidadania do doente mental. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 1, n. 1, p. 77-83, out. 1999.

_____. **Representações sociais sobre a atuação do enfermeiro psiquiátrico no cotidiano**. 2002. 230f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MORENO, V.; ALANCASTRE, M. B. A família do portador de sofrimento psíquico e os serviços de saúde mental: estudo de caso. **Acta sci., Health sci**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 175-181, jan./jun. 2004.

MOSCOVICI, S. Tradução de Álvaro Cabral. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

OGATA, M. M. **Concepções de saúde e doença: um estudo das representações sociais de profissionais de saúde**. 2000. 280f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

OLIVEIRA, C. P. A.; FREITAS, R. M. Instrumento projetivo para implantação da atenção farmacêutica aos portadores de transtornos psicossociais atendidos pelo centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 1-15, 2008.

OLIVEIRA, D. C. **O desenvolvimento infantil e suas representações: dimensões do saber técnico e do senso comum**. 1990. 202f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do sistema único de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062. maio 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Escritório Central da Oficina Panamericana de Saúde. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Mental. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001.

OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 70-77, jan./fev. 2007.

PEREIRA, M. A. O.; CAIS, D. P. A percepção de familiares de pacientes psiquiátricos a respeito do serviço de saúde oferecido. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 90-101, jul. 2001.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JÚNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLE, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

RAUTER, C. Oficinas para que? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000.

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

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001.

SILVA, S. P. C. **Representações sociais e práticas discursivas de profissionais do programa saúde da família**. 2007. 109f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SOBREIRA, M. V. S. **Repercussões da Terapia Comunitária no Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: um estudo representacional**. 2009. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2000.

- SOUZA FILHO, E. A. A dimensão grupal/identitária na produção de representações sociais. In: NASCIMENTO-SHULZE, C. **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social**. Florianópolis: Imprensa Universitária UFSC, v.1, n. 10, p. 85-107, set. 1996.
- SOUZA, R. C.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des)encontram. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 68-80, jul. 2002.
- SOUZA, R. C. et al. Projeto terapêutico na atenção em psiquiatria: a importância da inserção familiar. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 80-86, set./dez. 2001.
- VALA, J.; ORDAZ, O. **Objetivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita**. Lisboa: Análise Social, 1997.
- VANNI, R. F. **Música: um caminho para a saúde**. Campinas: Átomo, 2006.
- VASCONCELOS, E. M. Resistências e possibilidades da valorização da intervenção da família nas políticas de saúde. In: GARCIA, T. R.; SÁ, L. D. **Saúde & Realidade: coletânea de textos**. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2001.
- VIANNA, P. C. M.; BARROS, S.; CONTA, A. S. S. M. O modelo assistencial em saúde mental – visão de familiares. **REME – Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, p. 374-381, jul./set. 2004.
- VICTÓRIO, M. **Impressões Sonoras: música em arteterapia**. Rio de Janeiro: Wak Ed, 2008.
- WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: ARRUDA, A. et al (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998.
- WAGNER, W.; ELEJABARRIETA, F. Representações Sociais. In: MORALES, J.P. **Psicologia Social**. Madrid: Mc Grall Hill, 1994.
- WAIMAN, M. A. P.; JOUCLAS, V. M. G.; STEFANELLI, M. C. Família e doença mental. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 27-32, jan./dez. 1999.
- ZANINI, C. R. O. Musicoterapia e Saúde Mental: um longo percurso. In: VALLADARES, A. C. A. (org.) **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Vetor, 2004.

Apêndices

*“Se você pensa
que meu coração é de papel
não vá pensando, pois não é
ele é igualzinho ao seu
e sofre como eu
por que fazer chorar assim
a quem lhe ama...”*

(“Coração de papel” - Sérgio Reis)

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DO CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal/RN
 CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa **A palavra cantada nos espaços intersubjetivos do Centro de Atenção Psicossocial** desenvolvida por Rafaella Leite Fernandes, COREN-RN: 184.614, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, bolsista do Programa de Expansão e Reestruturação da Universidade Pública (REUNI), sob a orientação do Professor Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, membro da Base de Pesquisa III, intitulada “Enfermagem Clínica”, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFRN e responsável por esta pesquisa.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

O objetivo desta pesquisa é apreender os sentimentos e sensações provocados pela música num grupo de oficina terapêutica do CAPS II Oeste, enquanto forma de tratamento utilizado no serviço. Caso decida aceitar o convite, participará da oficina de música a ser realizada, onde serão executadas várias músicas ao som de instrumentos musicais, sendo permitida e solicitada a participação de todos os presentes e ao final dessa dinâmica será perguntado aos participantes quais os sentimentos e sensações que as músicas provocaram durante a oficina. A fala dos participantes será gravada e transcrita somente pelos pesquisadores.

Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos e na ocorrência de algum dano causado pela pesquisa, seja ele de ordem física ou moral, você será indenizado, desde que se comprove legalmente esta necessidade. Caso você tenha algum gasto que seja devido a sua participação na pesquisa, será ressarcido, mediante sua solicitação.

Você terá os seguintes benefícios ao participar desta pesquisa: estará participando de uma modalidade de tratamento prazerosa e contribuirá significativamente com uma pesquisa que quer avaliar e promover um estímulo ao tratamento com música, popularizando o uso dessa prática em serviços de saúde mental, beneficiando os usuários desses serviços.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento, fazendo-se uso dos princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos, como congressos, seminários, etc.) e todo o material coletado será arquivado, por um período de 5 anos, no Departamento de Enfermagem à cargo do pesquisador responsável.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar ao professor responsável Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, no endereço Av. Ayrton Senna, nº 16, Apto. 22, Capim Macio, CEP: 59080-100, Natal-RN, Fone: (84) 9141-4448, E-mail: farnoldo@gmail.com.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova, Caixa Postal 1666, Natal/RN, 59072-970, ou pelo Telefone/fax: (84) 3215-3135.

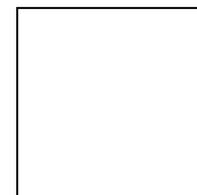
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **A Palavra Cantada nos Espaços Intersubjetivos do Centro de Atenção Psicossocial**, bem como autorizo a divulgação das informações prestadas integralmente ou em partes em qualquer meio científico de comunicação.

Natal/RN, _____ de _____ de _____.

Pesquisador(a)

Participante da Pesquisa



Impressão Digital

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROJETO DE PESQUISA “A palavra cantada nos espaços intersubjetivos do Centro de
Atenção Psicossocial”

ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME DO USUÁRIO: _____ SEXO: ()M ()F

1. PREFERÊNCIAS MUSICAIS

Estilos musicais/Cantores/Bandas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Estado Civil: ()Casado ()Solteiro ()Viúvo ()Estável ()Outros: _____

Religião: _____

Grau de escolaridade:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| () Sem Escolaridade | () Ensino Médio Incompleto |
| () Ensino Fundamental Completo | () Ensino Superior Completo |
| () Ensino Fundamental Incompleto | () Ensino Superior Incompleto |
| () Ensino Médio Completo | |

Profissão/Ocupação: _____

Fonte de renda: _____

Renda média familiar: _____

Tempo de adoecimento/tratamento: _____

Tempo de CAPS: _____

Internações: _____

Diagnóstico: _____

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 PESQUISA “A palavra cantada nos espaços intersubjetivos do Centro de Atenção
 Psicossocial”

ROTEIRO DE ANÁLISE DAS EXPRESSÕES CORPORAIS

Nome do usuário: _____ Oficina: _____

Data: ____/____/____ Hora – Início: _____ Término: _____

Principais expressões/atitudes do participante durante a oficina:

1. () Cantou. Obs.: _____

2. () Dançou. Obs.: _____

3. () Bateu palmas. Obs.: _____

4. () Sorriu. Obs.: _____

5. () Chorou. Obs.: _____

6. () Demonstrou animação (balançou o corpo, mesmo sentado(a)).
 Obs.: _____

7. () Balbuciou a letra da música. Obs.: _____

8. () Se irritou. Obs.: _____

9. () Manteve-se em silêncio. Obs.: _____

10. () Saiu da oficina em algum momento. Se sim, retornou?
 Obs.: _____

Outra (s) reação (s) _____

Anexos

*“Eu queria ser mais que um amigo
Mas porque não me entende?
Quando fica deprimida
Choro com você...
E me conta suas aventuras
Os seus casos antigos
Eu fico calado
Fínjo que não ligo
Prá não te perder...”*

(“Meu universo é você” – Ricardo Feghali/Nando)

ANEXO A – DECLARAÇÃO DA SECRETÁRIA DE SAÚDE AUTORIZANDO A PESQUISA

 <p>PREFEITURA DO NATAL</p>	<p align="center">SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES Setor de Desenvolvimento Profissional da Educação na Saúde – SDPES</p>	<p align="center">MISSÃO</p> <p>“Nossa missão é servir com excelência, ética e eficiência, contando com servidores competentes e valorizados, primando todos pelo respeito ao cidadão e ao meio ambiente, contribuindo para fazer de Natal uma cidade cada vez mais humana, socialmente mais justa, solidária e sustentável, com a melhor qualidade de vida para toda a população”.</p>
---	--	--

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste, que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado “A PALAVRA CANTADA NOS ESPAÇOS INTERSUBJETIVOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”, coordenado pelo Professor Orientador **Francisco Arnoldo Nunes de Miranda**, no **CAPS II Oeste**, a ser desenvolvido pela aluna **Rafaella Leite Fernandes**, do Curso de **Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN**, no período de **Dezembro/2009 à Julho/2010**.

Consideramos que este projeto contribuirá para melhor aprendizagem acerca desse tema. Por isso, estamos autorizando a presença da aluna com os profissionais /usuários da Rede Municipal de Saúde de Natal. A divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.


 p/ **Ana Tânia Lopes Sampaio**
Secretária Municipal de Saúde do Natal/RN

SÉRVULO AUGUSTO NOBRE DE MEDEIROS
 Secretário Adjunto de Gestão de Trabalho e
 Suporte Imediato aos Serviços de Saúde

ANEXO B – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER N° 006/2010 (Final)

Prot. nº	195/09 CEP/UFRN
CAAE	0210.0.051.000-09
Projeto de Pesquisa:	A PALAVRA CANTADA NOS ESPAÇOS INTERSUBJETIVOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSISSOCIAL
Área de Conhecimento:	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE Grupo III 4.04 - Enfermagem
Pesquisador Responsável:	FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA
instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Instituição Sediadora	Centro de Atenção Psicossocial (CAPs II - Oeste)
Objetivo	Dissertação de Mestrado
Período:	Início - jan/2010 - Término abr/2010
Revisão ética em	8 de fevereiro de 2010

RELATO

1. RESUMO

O protocolo é parte do processo de qualificação da mestranda Rafaella Leite Fernandes, cujo mestrado está sendo realizado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O componente experimental do projeto será realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região Oeste do município de Natal. O projeto visa investigar as representações sociais provocadas pela música num grupo de usuários do CAPS II Oeste, usando a oficina terapêutica na dinâmica de funcionamento do serviço. Especificamente, os pesquisadores irão utilizar a estratégia de grupo focal para examinar o efeito da música sobre os sentimentos, sobre as imagens e sobre os significados evocados neste grupo de indivíduos.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);
3. Apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);

Jd15

PARECER 006/2010 CEP/UFRN

4. Apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 8 de fevereiro de 2010.



Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CAPS II OESTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

Natal/RN, 10 de dezembro de 2009.

Senhora Katya Louise dos Santos Silva
Coordenadora do CAPS II Oeste do Município de Natal/RN,

O Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFRN conta atualmente, no seu Programa de Pós-Graduação, com o Curso de Mestrado em Enfermagem e com 03 Bases de Pesquisa, entre elas a Base “Enfermagem Clínica”. Dentro deste contexto, a Bolsista do Programa de Reestruturação e Expansão da Universidade Pública (REUNI), mestranda Rafaella Leite Fernandes, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem desta Universidade, orientanda do Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda está desenvolvendo uma pesquisa intitulada “A PALAVRA CANTADA NOS ESPAÇOS INTERSUBJETIVOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”, cujo objetivo é: apreender os sentimentos e sensações provocados pela música num grupo de oficina terapêutica do CAPS II Oeste, enquanto modalidade terapêutica do serviço.

A coleta de dados será realizada mediante grupo focal, sendo realizada oficina terapêutica de música onde será realizada a discussão mediante o questionamento “O que as músicas cantadas provocaram em nós? Que sentimentos e lembranças?”, aliada à observação participante dos dois pesquisadores envolvidos nas atividades dos CAPS. Para tanto, solicitamos o espaço físico do serviço de saúde mencionado para aplicação do instrumento e observação das atividades.

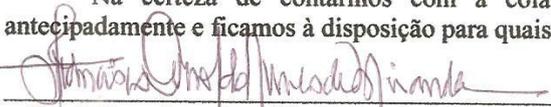
Acreditamos que o desenvolvimento da pesquisa, mediante seus resultados, propiciará um melhor entendimento da dinâmica do serviço de saúde mental, no que se refere à utilização da música enquanto modalidade terapêutica num grupo terapêutico desenvolvido por usuários do CAPS II Oeste, município Natal, escolhidos como campos de pesquisa. Também propiciará um melhor suporte na assistência prestada pelos profissionais do serviço com vistas a uma melhor dinâmica no tratamento e reabilitação em saúde mental, influenciando na reinserção do portador de transtorno mental e comportamental no grupo de pertença e na comunidade.

No que concerne ao cenário brasileiro, consideramos pertinente o estudo tendo em vista os novos dispositivos de saúde mental, ditos substitutivos, em meio às diretrizes da Reforma Psiquiátrica vigente. Especificamente, no Estado do Rio Grande do Norte e no Município de Natal, verificamos o ineditismo no foco de abrangência do estudo.

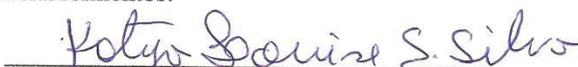
Reconhecendo a importância do trabalho a ser desenvolvido, solicitamos a vossa aquiescência em permitir o acesso da referida mestranda para a realização da coleta de dados desta investigação junto aos familiares de usuários que freqüentam o CAPS II Oeste. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final.

Outrossim, salientamos que os dados serão mantidos em sigilo de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde 196/96 que trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e que estes serão utilizados tão somente para a realização deste trabalho.

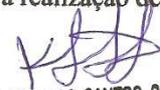
Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta direção agradecemos antecipadamente e ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.



Prof. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda
Orientador da Pesquisa



Sra. Katya Louise dos Santos Silva
Coordenadora do CAPS II Oeste
do Município de Natal/RN
(X) Autorizo a realização dessa pesquisa


KATYA LOUISE DOS SANTOS SILVA
COORDENADORA DO CAPS II OESTE
MATRÍCULA: 8.517-1