



Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Programa EICOS -

ADRIANA DE FREITAS PIMENTEL

A MUSICOTERAPIA NA SALA DE ESPERA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
- OS USUÁRIOS ROMPEM O SILÊNCIO -

Rio de Janeiro

2009

ADRIANA DE FREITAS PIMENTEL

**A MUSICOTERAPIA NA SALA DE ESPERA
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
- OS USUÁRIOS ROMPEM O SILÊNCIO -**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa EICOS / IP - Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

DRA. RUTH MACHADO BARBOSA
Orientadora

DRA. MARLY CHAGAS OLIVEIRA PINTO
Co-orientadora

Rio de Janeiro

2009

PIMENTEL, ADRIANA DE FREITAS

A Musicoterapia na Sala de Espera em uma Unidade Básica da Saúde – Os Usuários Rompem o Silêncio / Adriana de Freitas Pimentel. Rio de Janeiro, 2009.

101 f.

Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Programa EICOS / Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Orientadora: Ruth Machado Barbosa – UFRJ / Programa EICOS

Co-Orientadora: Marly Chagas Oliveira Pinto – CBM - CEU

1. Acolhimento. 2.Sala de Espera. 3. Musicoterapia

ADRIANA DE FREITAS PIMENTEL

**A MUSICOTERAPIA NA SALA DE ESPERA
EM UMA UNIDADE BÁSICA
- OS USUÁRIOS ROMPEM O SILÊNCIO -**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa EICOS / IP - Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Rio de Janeiro, 23 de março de 2009.

Aprovado por:

Profa. Dra. Ruth Machado Barbosa - Orientadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro / Programa EICOS

Profa. Dra. Marly Chagas Oliveira Pinto - Co-orientadora
Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário

Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira / UFF
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Simone Ouvinha Peres /UFRJ
Universidade Federal do Rio de Janeiro / Programa EICOS

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade desta existência na qual estou tendo a chance de realizar este sonho e aos amigos espirituais sempre por perto me ajudando nesta conquista.

Ao meu companheiro de jornada Marcelo Manga por ter me apoiado durante esta aventura me fortalecendo nos momentos mais difíceis.

À minha querida filha por ter compreendido minha ausência em muitos momentos e por ter ficado ao meu lado muitas vezes enquanto eu digitava.

À Ruth Machado Barbosa, minha querida orientadora, por ter aceitado esta tarefa e tê-la feito de forma tão especial demonstrando sua dedicação, paciência e sabedoria.

À Marly Chagas, minha co-orientadora e amiga, pessoa responsável por eu ter chegado ao EICOS através dos seus incansáveis incentivos para este fim.

À Simone Ouvinha Peres por ter colaborado positivamente com este trabalho através de suas observações que me serviram de estímulos para buscar mais respostas.

Aos professores do EICOS pelos grandes ensinamentos e questões que alimentam minha inquietação para vida.

Aos caros Rodrigo, Priscilla e Sarah que muito contribuíram me ajudando na Pesquisa de Campo.

À querida sobrinha Anna Carolina pelas horas dispensadas com a transcrição das entrevistas.

As minhas maravilhosas irmãs e cunhados pela força que me deram durante todo este tempo e aos meus queridos pais pelo carinho e educação que me proporcionaram as condições necessárias para eu chegar até aqui.

À ex-coordenadora da Unidade Básica de Saúde de Vila Operária Mara Lucia que autorizou o trabalho de campo tão importante para realização desta Pesquisa.

Às enfermeiras do PSF e aos ACS pela atenção dispensada a mim durante todo o processo e pela participação na Pesquisa.

Aos usuários da Unidade Básica de Saúde de Vila Operária pela confiança depositada em mim, aceitando participar desta pesquisa, possibilitando a realização deste trabalho.

Aos colegas de turma por terem sido tão atenciosos comigo durante a construção do trabalho, nos estudos realizados com a Ruth e pela nossa amizade.

Ao irmão de coração João Paulo pelas lições de inglês e sua dedicação para que eu conseguisse entender suas aulas, além dos socorros prestados na formatação dos textos.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho, muito obrigada.

RESUMO

Esta pesquisa aborda a Espera vivida pelos usuários para a assistência à sua saúde, propondo avaliar a contribuição da musicoterapia na sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde. A inspiração se originou a partir da observação da presente dificuldade em implementar a Política Nacional de Humanização, em particular o acolhimento, uma diretriz desta Política Pública. Utilizamos a sala de espera como o espaço para o trabalho de campo contribuindo através da criação de uma nova estratégia metodológica para desenvolver uma das ações previstas na ampla proposta do acolhimento. O procedimento elaborado refere-se à prática da musicoterapia na sala de espera enquanto os usuários aguardam a assistência. Essa é a primeira pesquisa sobre a atuação da Musicoterapia em uma Unidade Básica de Saúde. A tentativa de trazer a contribuição desta profissão à humanização na Assistência Básica baseou-se nos benefícios já alcançados em outras pesquisas que apontam as experiências vividas na Assistência Hospitalar através da Musicoterapia. Para satisfazer esta investigação refletimos sobre saúde, cotidiano, contemporaneidade, musicoterapia e as intercessões existentes entre estas disciplinas. Com a Potencialidade da Musicoterapia em facilitar a expressão e o protagonismo, a Sala de Espera pode ser transformada em local para a expressão, a escuta, a troca entre os atores do complexo cenário da saúde, além de um espaço de mediação entre os usuários e os profissionais. A Pesquisa trouxe como resultado a voz dos usuários que romperam o silêncio e revelaram a indignação pela espera do atendimento e os sentimentos vividos durante este momento.

ABSTRACT

This research addresses Waiting for Health Care by users, proposing to assess Music Therapy contribution at a Health Care Unit waiting room. It was originally inspired by the observation of the current difficulty in implementing the National Policy of Humanization, in special the admittance, a guideline of this public policy. We used the waiting room as the place for the field work, contributing through the definition of a new strategic methodological in order to develop one of the actions figuring in the wide proposition of admittance. The elaborated procedure deals with the Music Therapy practice at the waiting room while users wait for care. This is the first research on Music Therapy performance at a Health Care Unit. The attempt to bring the contribution of this professional area to Basic Care humanization was based on the benefits already achieved in other researches pointing out experiences in Hospital Care through Music Therapy. In order to satisfy this investigation, we thought about health, daily activities, contemporaneousness Music Therapy and the existing intersections between them. With the potentiality of the Music Therapy in making easy the expression end the protagonismo, the waiting room can be transformed into a place of expression, hearing and change among agents of Health's complex scenario, aside from a place of mediation between users and practitioners. The research brought like resulted the voice of the users who broke the silence and revealed the indignation for the wait of the service and the feelings survived during this moment.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 01 –	Assistência no Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil	42
Quadro 02 –	Assistência pelas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal	43
Quadro 03 –	Serviços e Agendamentos da Equipe de Saúde da Família	44
Figura 01 –	Desenho com representação da etapa de análise dos dados	52
Quadro 04 –	Dados sobre sexo, idade e total de entrevistados relativos ao grupo A	52
Quadro 05 –	Motivos alegados para o tempo da espera relativos ao grupo A	53
Quadro 06 –	Significados da Espera relativos ao grupo A	54
Quadro 07 –	Dados sobre sexo, idade e total de entrevistados relativos ao grupo B	56
Quadro 08 –	Motivos alegados para o tempo da espera relativos ao grupo B	56
Quadro 09 –	Significados da Espera relativos ao grupo B	58
Quadro 10 –	Dados sobre sexo, idade e total de entrevistados relativos ao grupo C	60
Quadro 11 –	Motivos alegados para o tempo da espera relativos ao grupo C	60
Quadro 12 –	Significados da Espera relativos ao grupo C	61
Quadro 13 –	Dados sobre sexo, idade e total de entrevistados relativos ao grupo D	64
Quadro 14 –	Motivos alegados para o tempo da espera relativos ao grupo D	64
Quadro 15 –	Significados da Espera relativos ao grupo D	65
Quadro 16 –	Totalidade dos dados referentes ao sexo, idade e total de entrevistados	72
Quadro 17 –	Quadro comparativo entre os grupos A e C quanto aos motivos alegados para o tempo da espera / segunda-feira	73
Quadro 18 –	Quadro comparativo entre os grupos B e D quanto aos motivos alegados para o tempo da espera / quinta-feira	73
Quadro 19 –	Quadro comparativo entre os grupos A e C quanto aos significados da espera sem e com musicoterapia / segunda-feira.	75
Quadro 20 –	Quadro comparativo entre os grupos B e D quanto aos significados da espera sem e com musicoterapia / quinta-feira.	76

ÍNDICE DE SIGLAS

- ♪ ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- ♪ ASMIJ – Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil
- ♪ EAC – Enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários
- ♪ ESF – Equipe de Saúde da Família
- ♪ ESB – Equipe de Saúde Bucal
- ♪ ESM – Equipe de Saúde Mental
- ♪ INCA – Instituto Nacional de Câncer
- ♪ MS – Ministério da Saúde
- ♪ MT - Musicoterapia
- ♪ PA – Pressão Arterial
- ♪ P.N.H – Política Nacional de Humanização
- ♪ PSF – Programa de Saúde da Família
- ♪ SAS – Secretária de Atenção à Saúde
- ♪ SUS – Sistema Único de Saúde
- ♪ U.B.S – Unidade Básica de Saúde
- ♪ U.B.S.V.O. – Unidade Básica de Saúde de Vila Operária

SUMÁRIO

Introdução	12
1 O cenário da Saúde	20
1.1 O Processo de Humanização da Assistência à Saúde.....	20
1.2 O Sentido e a Prática do Acolhimento	23
1.3 O Acolhimento na Unidade Básica de Saúde.....	24
1.4 Sala de Espera.....	26
2 O Cotidiano na Contemporaneidade e Sua Implicação na Saúde ...29	
2.1 A Cientificidade do Cotidiano.....	29
2.2 Um Breve Histórico da Saúde	32
3 Musicoterapia	36
4 Metodologia	40
4.1 Unidade Básica de Saúde de Vila Operária – O campo de trabalho	41
4.2 Procedimento do trabalho de Campo	45
4.2.1 Fase Exploratória.....	45
4.2.2 Pesquisa de Campo.....	47
4.3 Análise dos dados.....	51
4.3.1 Análise do Material das Entrevistas	52
Grupo A	52
Grupo B	56
Grupo C	60
Grupo D.....	64
4.3.2 Material do Diário de Campo	68
4.3.3 Material Referente aos Profissionais	70
4.3.4 Unindo os dados	72
5 Discussão	78
6 Considerações Finais	85

Referências..... 89

Anexos..... 95

Anexo 1 – Memorando de Aprovação do Comitê de Ética

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 3 – Trechos das entrevistas sem musicoterapia Grupo A

Anexo 4 – Trechos das entrevistas sem musicoterapia Grupo B

Anexo 5 – Trechos das entrevistas sem musicoterapia Grupo C

Anexo 6 – Trechos das entrevistas sem musicoterapia Grupo D

Anexo 7 – Roteiro da Observação Participante

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), vem enfrentando grandes obstáculos para colocar em prática seus princípios e diretrizes básicas.

Podemos citar como empecilhos os conflitos de interesses e poder entre os atores envolvidos no cuidado à saúde; a dificuldade da construção de novos saberes a partir da troca entre os diversos profissionais e setores; a centralização do comando e tomadas de decisões, ainda existente em algumas regiões brasileiras, que enfatiza a necessidade do fortalecimento da articulação das esferas de governo e da participação dos usuários no controle social. (TARRIDE 2002; LABRA 2003; BRASIL, 2007) Outro fator é a dificuldade de estabelecer-se uma qualidade do contato humano apontada por Craveiro de Sá (2004) como um dos maiores obstáculos para a consolidação da prática humanizada.

Visando a uma estratégia que norteie e agilize este desenvolvimento foi estruturada pelo MS a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – PNH. Esta política traz as diretrizes e eixos básicos que regem e fomentam a formação de um novo modelo de atenção ao cuidado da saúde, visando uma transformação nas práticas de saúde. (PASSOS & BENEVIDES, 2005; BRASIL, 2007)

As ações realizadas na implementação da PNH levaram à construção de estratégias que valorizam os usuários e buscam fortalecer a relação destes com os atores presentes no cenário dos serviços oferecidos pelo SUS. De uma destas experiências é que surge o acolhimento¹. Esta estratégia sugere o estabelecimento de um vínculo de confiança entre os profissionais e destes com os usuários, visando como consequência deste processo a resolutividade dos problemas demandados pela população local. (BRASIL, 2006; GOMES & PINHEIRO, 2005).

Segundo Solla (2005), o acolhimento vem sendo destacado como tática de intervenção que concretiza os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde atingindo o objetivo da Política Nacional de Humanização.

O Acolhimento é uma proposta possível, desejável e necessária para a construção de um modelo de atenção coerente com os princípios e diretrizes do SUS conjugando elementos conceituais, metodológicos e operacionais. (SOLLA, 2005; GOMES & PINHEIRO, 2005).

¹ Conversaremos mais detidamente sobre o conceito de acolhimento no próximo capítulo.

Merhy (1994) afirma que é indispensável, no acolhimento, a construção de redes de conversações onde a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que o indivíduo se reinvente inventando-se com o outro.

A equipe de acolhimento deve ser multiprofissional, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários e de construir a integralidade do serviço, proporcionando maior satisfação dos usuários. (GOMES & PINHEIRO, 2006; SILVEIRA et al 2004; SOLLA, 2005).

A metodologia do acolhimento na Unidade Básica de Saúde está em processo de construção e somente alguns dispositivos contam com uma equipe de acolhimento condizente com a proposta do Ministério da Saúde. A dificuldade na sua implementação situa-se, por exemplo, na adesão dos profissionais médicos a esta estratégia, na inclusão de novos atores nas equipes multiprofissionais, na relação entre os usuários e as equipes profissionais, nas divergências entre as equipes e na construção de meios para desenvolver o acolhimento. (FRANCO et al 1999; MERHY, 1999; SOLLA, 2005).

O prolongado tempo de permanência do usuário no local de espera dos dispositivos de saúde vem suscitando a possibilidade de realizações de atividades de acolhimento em prol da educação em saúde e de atividades que fomentem a humanização do cuidado à saúde.

A “sala de espera” vem sendo utilizada principalmente pela equipe de enfermagem para este fim, o que gera críticas com relação ao trabalho realizado neste local, como por exemplo, a limitação da visão de acolhimento pela equipe de enfermagem que focaliza todas as suas ações na sala de espera e a subutilização da sala de espera para atividades que somente envolvem temas sobre educação em saúde. (SILVEIRA et al 2004; DESLANDES & DIAS 2006; GOMES et al 2006)

A partir destes fatos surgem discussões a respeito dos limites do acolhimento e sobre a necessidade de maiores reflexões sobre o assunto. A existência de filas e o prolongado tempo que precisam dispor para a resolutividade de seus problemas ainda fazem parte das grandes dificuldades que os usuários enfrentam. (FRANCO et al 1999; MERHY, 1999; SOLLA, 2005)

O cenário contemporâneo, com intensas transformações favorece a busca de novas ações que venham a qualificar intervenções no campo da saúde. A busca pelo desenvolvimento sustentável, por políticas de redistribuição, por pesquisas e discussões bioéticas sobre as células-tronco, por melhores condições de trabalho, pela valorização da qualidade de vida e ações humanizadoras, entre outras medidas que vêm sendo tomadas pela sociedade formam o cenário do campo da saúde frente à contemporaneidade.

Neste sentido, problematizando a Espera como tema de estudo e alimentando esta discussão levantamos a possibilidade da prática musicoterápica nas ações de acolhimento, explorando esta especialidade na sala de espera. Durante a reflexão vista até o momento podemos observar que há necessidade de novos profissionais integrarem as equipes de acolhimento, ampliando as possibilidades de troca de saberes e somando as diferentes visões para a conquista de mudanças.

Neste aspecto, encontramos outra questão que é a resistência dos profissionais e/ou da gestão ao novo, a sair do protocolo e contratar novos atores para a arena apresentada. (TARRIDE 2002; LABRA, 2003; PINHEIRO, 2007)

A tentativa de trazer a musicoterapia como uma das estratégias na sala de espera traduz a relevância de se inventar e buscar soluções através de novas e ousadas iniciativas. A Musicoterapia, através da improvisação, audição, composição e re-criação facilita a expressão da subjetividade dinamicamente transformada no contato com o outro (CHAGAS & PEDRO, 2007). O pioneirismo desta pesquisa está na tarefa de trazer para a Unidade Básica de Saúde os benefícios já alcançados pela utilização da musicoterapia em prol da Humanização na Assistência Hospitalar. Essa é a primeira vez que a musicoterapia é praticada em uma UBS e conseqüentemente esta é a primeira pesquisa no Brasil sobre a Musicoterapia na Atenção Básica e na Sala de Espera.

A proposta de investigação visa às ações de acolhimento, em especial na Sala de Espera. A estratégia de acolhimento é um parâmetro para a implementação da PNH. Assim pretende-se problematizar a espera, propondo-se a questão: Qual a contribuição que a musicoterapia, como estratégia metodológica na sala de espera, pode oferecer a uma UBS?

O estudo realizado por Pimentel (2005)² levantou as Convergências entre a Política Nacional de Humanização e a Musicoterapia, apontando as possibilidades da atuação musicoterápica em sua operacionalização. Dessa forma, puderam-se verificar os ganhos possíveis de contar com a musicoterapia em uma equipe multiprofissional voltada para a humanização.

Segundo Barcellos (1992, 2004) e Bruscia (2000) a musicoterapia proporciona mudanças positivas, estimulando a relação interpessoal, a autoconfiança, a expressão, entre outras habilidades do ser humano que são fortalecidas e desenvolvidas. Pesquisas apontam que esta prática direcionada às ações de humanização diminui o estresse dos profissionais no contato direto com os pacientes e familiares, melhora a relação entre o médico e o paciente,

² Este estudo refere-se à monografia exigida como parte integrante dos requisitos para a conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ, 2005.

integra equipes e aumenta o nível de expressão dos atores envolvidos nas atividades. (CHAGAS, 2004; PIMENTEL, 2005).

A justificativa de trazer a musicoterapia para a UBS apóia-se ainda nas experiências bem sucedidas desta profissão em contribuição ao desenvolvimento da Humanização da Assistência à Saúde como veremos nos trechos a seguir.

O Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO, através de um convênio entre duas instituições públicas: Universidade Federal de Goiás e Secretaria de Estado da Saúde, implantou o setor de musicoterapia com o intuito de atender pacientes, acompanhantes e funcionários de um grande hospital de urgências e emergências do Estado, visando à proposta de humanização na saúde pública. Segundo a Agência Goiana de Comunicação o HUGO foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como referência em humanização no atendimento, recebendo o Prêmio David Capistrano, criado em dezembro de 2003, com intuito de mapear experiências que dignifiquem a saúde pública dando visibilidade ao processo de humanização no Sistema Único de Saúde (SUS). (PIMENTEL, 2005)

Na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, também há um setor de musicoterapia objetivando, segundo Vianna (2008), a melhoria do atendimento dentro da proposta da PNH. Esta iniciativa se insere na proposta da própria Maternidade-Escola em ser reconhecida pelo Ministério da Saúde como maternidade humanizada.

A musicoterapia na Maternidade-Escola foi inserida no projeto de pesquisa MAME³ - Musicoterapia no Aleitamento Materno Exclusivo que visa aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo de recém-nascidos prematuros, acompanhando a mãe e/ou familiar até que o bebê saia de alta, em média num período de 1 a 2 meses. As sessões de musicoterapia realizadas em grupo foram abertas aos familiares visitantes e profissionais de outras áreas, acolhendo a família, integrando e facilitando a comunicação entre os profissionais, além de promover um atendimento mais integral reunindo os profissionais de saúde que atendem aos mesmos pacientes.

Em termos financeiros, a musicoterapia na Maternidade-Escola contribuiu, segundo os resultados obtidos na pesquisa MAME, para uma redução de gastos diminuindo o tempo de internação ao promover uma recuperação mais rápida do recém-nascido através do estímulo e apoio oferecido às mães em alimentarem seus filhos exclusivamente com o leite materno. (FIALHO, 2004).

³ A Pesquisa MAME é desenvolvida através da coordenação e supervisão da Mt. Profa. Martha Negreiros de Sampaio Vianna, musicoterapeuta da Maternidade Escola da UFRJ.

No Instituto Nacional de Câncer – INCA há um trabalho de musicoterapia, atuando com os pacientes, enfermeiras, médicos, funcionários, acompanhantes e visitantes. O trabalho é conhecido como “Projeto Encanto” e visa a contribuir com o projeto de Humanização do INCA. Marly Chagas, Psicóloga e Musicoterapeuta, coordenadora do trabalho, realizou uma pesquisa avaliando a contribuição da Musicoterapia na humanização coletando entrevistas com os profissionais.

O resultado mostrou que a musicoterapia ajuda os profissionais no contato direto com o paciente, além de diminuir a tensão da pessoa portadora de câncer, que se coloca mais receptiva ao tratamento, relaxando e amenizando seu sofrimento. Profissionais expressaram o contentamento e o alívio do stress durante o atendimento musicoterápico, além de se sentirem mais integrados enquanto equipe (CHAGAS, 2004).

A musicoterapia na oncologia, sendo utilizada diretamente com o paciente, contribui para que este expresse seus sentimentos, aflições, medos, possibilitando momentos de diminuição da angústia, alcançando um pouco de prazer e relaxamento, além de proporcionar ao indivíduo a oportunidade de reconstruir sua imagem corporal, equilibrar a auto-estima e se reorganizar emocionalmente refletindo de maneira positiva no sistema imunológico fortalecendo-o e permitindo um melhor equilíbrio físico-psico-social.

A pesquisa realizada no INCA teve como meta avaliar o atendimento musicoterapêutico aos profissionais e usuários a fim de contribuir com a PNH. Os profissionais entrevistados afirmaram que durante as sessões de musicoterapia esqueciam dos sofrimentos ao redor, aliviavam suas tensões e tomavam coragem para prosseguir. A pesquisa mostra a melhora da integração entre os profissionais que participaram das sessões e o caráter facilitador que a música exerce, através da musicoterapia, nas relações entre os profissionais e pacientes. A valorização das pessoas foi outro aspecto apontado por Chagas (2004), a partir do enfoque dado à cultura e à história musical de cada um, além de estimular a iniciativa na escolha de instrumentos a serem manuseados e a co-responsabilidade no seu fazer musical, elaborando as vivências musicoterápicas e transferindo-as para a vida social.

Estas experiências nos trouxeram até a presente Pesquisa que objetiva avaliar a contribuição da musicoterapia na sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde de Vila Operária. Os sujeitos pesquisados são os usuários adultos da Unidade Básica de Saúde de Vila Operária - Nova Iguaçu (UBSVO) ⁴. A hipótese é que a musicoterapia pode contribuir

⁴ A UBS de Vila Operária atende diariamente adultos e crianças, tendo a necessidade de especificar que esta pesquisa teve como sujeito o usuário adulto.

positivamente na recepção dos usuários durante a espera pela assistência favorecendo a implementação da humanização na Atenção Básica de Saúde.

A UBSVO contém três equipes do Programa de Saúde da Família e o Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil ao qual estou vinculada. Por observar a necessidade e a importância do acolhimento e reconhecer a musicoterapia como uma estratégia de ação possível na operacionalização⁵ da humanização, lanço o desafio de utilizar esta Unidade de Saúde como campo desta Pesquisa.

Implicação:

O percurso realizado por mim até o presente momento é marcado pela busca constante de respostas para as várias questões que me inquietavam. Voltava minha atenção ao campo de atuação da musicoterapia, com relação aos benefícios possíveis que esta prática poderia proporcionar às pessoas independentemente do seu estado de doença.

Reconheci, nesta profissão, um potencial capaz de contribuir no cuidado à saúde atuando em clínicas, hospitais e CAPS. Áreas, nas quais, tradicionalmente a musicoterapia vinha se desenvolvendo. Porém, pude vislumbrar a capacidade mobilizadora presente na prática musicoterápica como um recurso que poderia ser útil nas ações de promoção da saúde tais como: promover espaços de troca, valorizar o convívio social, desenvolver novas habilidades, fortalecer a autoconfiança, equilibrar a auto-estima.

A partir deste raciocínio me dediquei ao estudo da Política de Promoção de Saúde levantando as possibilidades da musicoterapia neste campo, concluindo minha primeira monografia. O resultado desta investigação levou a dois aspectos: o reconhecendo da possibilidade de contribuição real da musicoterapia em benefício das pessoas, através da promoção de saúde e o levantamento de mais questões que voltavam a inquietar-me.

Busquei a Escola Nacional de Saúde Pública, inscrevendo-me no Curso de Especialização em Saúde Pública, procurando responder as novas perguntas que surgiram do trabalho anterior. A preocupação que eu guardava era na correlação entre a carência encontrada no campo da saúde de profissionais com idéias inovadoras, com ações integradoras que pudessem colocar em prática as diretrizes do SUS e o conhecimento de que a musicoterapia possui a capacidade mobilizadora da subjetividade, da expressão, da mudança. No entanto, faltava saber como. A certeza que alimentava meus pensamentos se delineava apenas como uma hipótese para a investigação. Ampliei gradualmente minha visão, estudando

⁵ O termo operacionalização refere-se ao funcionamento da PNH, ou seja, às práticas concretas de ações estratégicas para a implementação da PNH.

detidamente a Política Nacional de Humanização pela proposta da transformação do modelo de atenção aos cuidados da saúde, contemplando a possibilidade de contribuir junto às equipes multidisciplinares, nas ações direcionadas aos profissionais e aos usuários independentemente do estado de equilíbrio da sua saúde.

A monografia construída na especialização levantou as convergências entre a Política Nacional de Humanização e a Musicoterapia. O resultado apontou que a musicoterapia contribui para a implementação da PNH atuando em vários setores da assistência hospitalar como nas enfermarias, no CTI, na maternidade e na UTI neonatal dentre outros.

Como sanitarista, pude avaliar a importância da criação e do desenvolvimento de ações sérias voltadas à humanização, ou seja, à transformação das práticas de saúde. O encontro com essa realidade me soou como um convite ao trabalho unindo o conhecimento da musicoterapia com a necessidade de mudanças e de transformação das práticas de saúde.

Apesar de existirem estudos sobre o acolhimento na assistência básica, deparei-me com o fato de não termos pesquisas sobre a atuação da musicoterapia direcionadas às Unidades Básicas de Saúde investigando a forma desta especialidade em contribuir com a humanização na Assistência Básica. Assim, aventurei-me ao mestrado dando continuidade à minha permanente busca que se amplia, se transforma e se redireciona mantendo o intuito de cultivar a discussão crítica sobre as ações voltadas à PNH.

Através da Parceria estabelecida entre o Programa EICOS e o Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário contamos com a Prof^a Marly Chagas, Musicoterapeuta e Doutora em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social na co-orientação desta pesquisa. A necessidade da co-orientação se justifica pela originalidade da proposta em trazer a Musicoterapia para uma U.B.S.

Ressaltamos que esta pesquisa está inserida na esfera do Programa EICOS de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social do Instituto de Psicologia da UFRJ e está vinculada ao Eixo II do Programa: Paradigmas e Metodologias Psicossociais do Cotidiano Contemporâneo. Este Eixo de Pesquisa insere outras Pesquisas que problematizam questões ligadas ao cotidiano do trabalho e ao cuidado em saúde.

A trilha a ser percorrida durante a leitura desta dissertação inicia-se com uma reflexão voltada para o campo da saúde, entrando em contato com o processo de humanização, significado de acolhimento e sala de espera. Após conversarmos sobre estas questões concentraremos a discussão sobre tema cotidiano, levantando possíveis articulações com o campo da saúde.

Neste momento da trajetória abordaremos a musicoterapia conhecendo melhor sua prática, fundamentos. Na metodologia encontraremos a organização do trabalho de campo, as etapas vivenciadas e apresentaremos a UBSVO como o campo de trabalho.

Chegaremos então à análise dos dados que está subdividida em dados das entrevistas, do diário de campo e dados referentes aos profissionais. Em seguida tomaremos contato com a discussão que parte da análise de conteúdo do material coletado na Sala de Espera, da observação e da articulação com o referencial teórico.

Na parte final, temos as últimas considerações deste trajeto diante do panorama complexo da saúde; das políticas públicas, em especial da Política Nacional de Humanização, através das ações de acolhimento. O objeto deste estudo está circunscrito à atuação da musicoterapia na Sala de Espera em uma Unidade Básica de Saúde. O que pode ser observado, através da Pesquisa, foi a possibilidade da musicoterapia fazer falar o outro. A Musicoterapia na sala de espera denuncia a insatisfação do usuário com a assistência e revela a indignação mobilizada com o tempo de espera. Para tanto, daremos início a leitura.

1 O Cenário da Saúde

Este capítulo propõe uma contextualização da contemporaneidade no campo da saúde. Levantamos aspectos sobre o termo humanização e o processo da Política Nacional de Humanização juntamente com a estratégia do Acolhimento sendo uma diretriz para a sua implementação. Fechamos o capítulo dando foco à Unidade Básica de Saúde e o recurso da Sala de Espera onde se localiza a origem desta Pesquisa.

1.1 O Processo de Humanização da Assistência à Saúde

A discussão da proposta de humanização do Ministério da Saúde inicia-se pela própria palavra *Humanização*. Segundo Puccini & Cecílio (2004) e Deslandes (2004), este termo está inserido em vários aspectos de análise, um deles seria o próprio significado das ações do homem, ou seja, se o ser humano é humano, a humanização seria tudo que decorre de suas ações, seria a própria realidade humana.

Outro aspecto trazido por estes mesmos autores e por Souza, (1995) é a contribuição do sistema capitalista, para que o trabalho humano, cuja base é a relação entre pessoas, fique sobrepujado em decorrência da supervalorização das mercadorias que passam a ser tidas como soberanas e a governar a vida social, tornando a atividade humana estranha ao próprio homem, ou seja, a *coisificação*⁶ do homem.

No âmbito da saúde a coisificação do humano se manifesta na massificação da técnica durante a formação do profissional de saúde; na supervalorização da tecnologia diagnóstica, na ênfase da quantidade de atendimentos realizados pelo profissional de saúde em detrimento da qualidade do atendimento, no interesse da indústria farmacológica; na visão parcial e compartimentada do indivíduo, sendo visto ainda hoje como um “joelho”, um “rim”, um número de prontuário etc. (PIMENTEL, 2003)

Estes aspectos nos fazem refletir sobre a idéia trazida pelos autores, anteriormente citados, com relação ao processo de *coisificação* da relação humana e sobre as consequências dos próprios atos e escolhas humanas que tem sido feitas ao longo da história da saúde contextualizada sócio-cultural, econômica e politicamente. (PIMENTEL & BARBOSA, 2008)

⁶Souza (1995), lança mão do termo *coisificar* para referir-se ao processo de desumanização do homem.

A Humanização acima de tudo é uma busca pela qualificação dos serviços de atenção ao cuidado à saúde, mas traz em seu termo, uma força e um potencial de crítica e ruptura com o compromisso mercadológico, com a normalização institucional que diga respeito somente à lógica tecnoburocrática e ao desempenho produtivo. (MATTOS, 2007; BRASIL, 2002, 2004)

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde visa um modelo de atenção com o cenário montado a partir da prática da troca de saberes, com uma gestão participativa, valorização dos profissionais envolvidos na saúde, educação permanente, maior vínculo com os usuários e otimização das relações de trabalho.

O Ministério da Saúde entende Humanização como sendo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; o fomento da autonomia e do protagonismo destes sujeitos; o aumento do grau de responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004).

Segundo Craveiro de Sá (2004), a qualidade do contato humano na saúde pública é uma das questões mais críticas do sistema. O Comitê Técnico do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar determina ser necessário oferecer ao usuário, “*um tratamento digno, solidário e acolhedor*” (p.1); ao profissional da saúde, “*a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde*” (p.1). Coloca-se, também, em evidência a subjetividade que envolve toda ação humana: “*como todo trabalho, este é produzido por sujeitos e produtor de subjetividade. Não há humanização sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem*” (p.1).

A mudança é gradativa e complexa sendo necessária a prática de ações conjuntas promotoras de compromisso e responsabilização entre profissionais de diversas áreas e a própria comunidade em função da melhoria da qualidade de vida. A tarefa da humanização exige que todos, gestores, trabalhadores e usuários, assumam seu papel.

Como podemos ver, o termo humanização está inserido num contexto complexo, multidisciplinar que nos constringe a refletir para formularmos ações condizentes com a imagem objetivo da Política Nacional de Humanização.

O aspecto do termo *Humanização* como realidade humana, precisa ser levado em consideração, segundo Puccini e Cecílio (2004) e Deslandes (2004), pois o protagonista da ação, o homem, tem como característica estar permanentemente em processo de mudança, e desta forma o movimento humanizador está sujeito às mesmas modificações, aprimorando-se, modelando-se, reestruturando-se em benefício do próprio homem.

O mais importante para as ações humanizadoras é a direção e o potencial capaz de colocar socialmente em questão as amarras culturais, sociais, políticas e econômicas que travam a conquista de novos padrões universais e solidários de qualidade de vida. É refletir sobre o protagonismo inerente ao humano, na construção de sua própria história. Na Humanização, ganha importância, a relação entre profissionais de saúde e usuários, mudando do ambiente relacional de individualismos com individualismos para o ambiente relacional de sujeitos sociais com sujeitos sociais. Na área da saúde, a perspectiva da conquista social do direito à saúde constitui a busca de um estágio mais avançado de autonomia, ou seja, a capacidade das pessoas não apenas elegerem e avaliarem informações com vistas à ação, mas de criticarem e, se necessário, mudarem as regras e práticas da sociedade a que pertencem. (PIMENTEL & BARBOSA, 2008)

Puccini e Cecílio (2004) e Deslandes (2004), afirmam que com a influência do movimento humanizador a integralidade⁷ tende a desenvolver-se, a partir da valorização e priorização da responsabilização social, do zelo e da dedicação profissional pelo outro, deixando de ser a integralidade, uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas. A integralidade, para concretizar-se como tal, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador, compartilhando assim, ideais humanizadores.

Uma das mais importantes estratégias para concretizar os princípios básicos do SUS é o acolhimento. Trata-se de uma atividade instigada pelo MS no exercício da P.N.H que propõe uma mudança para além do enfoque tecnológico e administrativo. Visa alcançar mudanças no dia-a-dia, atingindo o modo de agir, atencioso à subjetividade das relações presentes no cenário da saúde. Implica histórias sociais, culturais, políticas, educacionais envolvendo uma gama de temas articulados que delinea a complexidade da saúde. (VIANA, 2004; BRASIL, 2006, GOMES & PINHEIRO, 2005).

⁷ A integralidade é uma das três diretrizes Básicas do Sistema Único de saúde e visa o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

É grande o desafio imposto à proposta do acolhimento. A psicossociologia nos traz grande contribuição pela ampliação do horizonte teórico do conhecimento. Oferece a essas questões desafiantes, vistas no parágrafo anterior, uma possibilidade de diálogo entre várias disciplinas como a sociologia, a antropologia e a psicologia. A psicossociologia é um desdobramento da Psicologia Social e se dedica ao estudo de grupos, sociedades, organizações e comunidades em situações cotidianas. Engloba discussões sobre gênero, etnia, representações simbólicas culturais, modernidade e pós-modernidade, analisando a implicação destes temas na relação humana. Seja através das palavras, das representações, das condutas no contato consigo e com o outro, levando em consideração a subjetividade presente nesta relação. (AZEVEDO et al 2002).

Nesta pesquisa contamos com autores como Bauman (2003, 2004) Certeau (2007), Durston (2000), que nos auxiliam, através da psicossociologia, na busca de entender o dia-a-dia da saúde dando suporte para a formulação de novas estratégias que satisfaçam as necessidades da Política Nacional de Humanização.

1.2 O Sentido e a Prática do Acolhimento

Acolhimento, segundo o Ministério da Saúde é:

“o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do sistema de Saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de co-produção da Saúde, sob os princípios orientadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Traduz-se nas atitudes dos profissionais e, também, nas condições e processos de trabalho envolvidos na recepção e atendimento aos cidadãos, onde quer que ele se dê: na comunidade, nos ambulatórios, em hospitais ou demais unidades e serviços de saúde”. BRASIL, (2004)

Esta estratégia deve ser praticada por uma equipe multiprofissional, com foco no usuário, sendo a recepção nas unidades e serviços de saúde a principal via de acolhimento, por ser na maioria das vezes, o primeiro contato com o serviço. (FRANCO et al, 1999; ANDRADE & DONELLI, 2004; BRASIL, 2006).

Uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários. Neste ínterim o vínculo se forma e fortalece as relações entre os atores envolvidos no serviço à saúde. (MERHY, 1994; GOMES & PINHEIRO 2005; SOLLA, 2005).

Em alguns dicionários o significado do termo *acolher* está descrito como:

“dar acolhida ou agasalho, hospedar, dar crédito, receber, atender, dar ouvidos a, aceitar, oferecer refúgio, atenção, tomar em consideração, proteção ou conforto físico. Ter ou receber alguém junto a si.”

Podemos notar que alguns de seus significados são atributos de atenção integral a saúde, ou seja, da integralidade. (GOMES & PINHEIRO, 2005).

Franco et al (1999) e Gomes & Pinheiro, (2005) concordam que sem acolher e vincular⁸ não há produção de responsabilização. O acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais. (FRANCO et al, 1999; GOMES E PINHEIRO, 2005; SOLLA, 2005, BRASIL, 2006; BRASIL 2007).

Isto implica em incorporar esta diretriz na construção das políticas de saúde, na implantação dos sistemas municipais de saúde, viabilizando os diversos pontos de atenção e recursos tecnológicos adequados na rede básica, na rede de urgência/emergência, nas unidades ambulatoriais especializadas, na rede hospitalar implantando centrais de regulação, serviços de apoio terapêutico e social e constituindo e fortalecendo espaços de controle social. (SOLLA, 2005; BRASIL/SAS, 2006; BRASIL, 2006).

1.3 O Acolhimento na Unidade Básica de Saúde

O acolhimento é parâmetro para as ações de implementação da P.N.H. na atenção básica promovendo, através da inclusão do usuário, a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema de forma efetiva. (BRASIL, 2004)

As atividades do acolhimento na Unidade Básica teriam, segundo o Ministério da Saúde, o objetivo de ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento. Vários atores concordam que não existe um padrão único para o desempenho das atividades de acolhimento na rede básica. Cada unidade adaptará as tarefas à sua realidade e possibilidade. No entanto, as ações que caracterizam o acolhimento dizem respeito a oito âmbitos: 1) recepção com escuta qualificada; 2) estrutura física das unidades com ambiência

⁸ Sinônimo de vincular: unir, ligar.

O significado está relacionado à ligação do usuário com o profissional de saúde e vice-versa. Esta ligação deve ser baseada na confiança e solidariedade segundo o MS.

física apropriada às atividades; 3) organização de oferta programática com atividades grupais e individuais atendendo a demanda da população territorial; 4) realização de pequenos procedimentos como coleta de material para exames; 5) realização de atenção a pequenas urgências que possam ser resolvidas na rede básica; 6) articulação com os serviços de urgência e emergência; 7) acesso as centrais de regulação para marcação de consultas e procedimentos especializados e de internações hospitalares eletivas a partir da unidade básica e 8) implantação de conselhos locais de saúde. (SOLLA, 2005; BRASIL, 2006, GOMES & PINHEIRO, 2005; FRANCO et al, 1999; MERHY, 1998).

Silva Junior e Mascarenhas (*apud* Solla, 2005) desenvolveram aspectos conceituais e metodológicos da avaliação da atenção básica em saúde identificando quatro dimensões de acolhimento: acesso, postura, técnica e reorganização dos serviços:

- ♪ Acesso: as ações devem focar o usuário, atendendo a todas as pessoas que procuram a unidade básica, garantindo o acesso universal.
- ♪ Postura: pressupõe uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas, inclusive solidarizando-se com o sofrimento. Construindo a partir deste processo relações de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários.
- ♪ Técnica: Implica na construção de ferramentas que contribuam para a escuta e análise, identificando dentre as soluções possíveis de serem ofertadas, as mais adequadas às demandas apresentadas. O acolhimento recebe a condição de reorganizador do processo de trabalho.
- ♪ Reorganização dos serviços: O acolhimento representa um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado na unidade básica de saúde, assim como envolver todos os profissionais que fazem parte do processo de trabalho.

Quanto ao acesso, Franco *et al* (1999) afirma que acolhimento apresenta a possibilidade de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob olhar específico da acessibilidade, no momento das ações receptoras dos clientes de determinado estabelecimento de saúde.

A prática do acolhimento na atenção básica vem estimulando a utilização do espaço da sala de espera como local de execução de atividades em prol desta estratégia. Atividades direcionadas principalmente a educação em saúde. As equipes de enfermagem e psicólogos costumam utilizar este ambiente para divulgar programas de saúde, tirar dúvidas, se aproximar, criar vínculos com os usuários, ajudando no desenvolvimento do acolhimento na UBS. (SILVEIRA *et al* 2004; VERÍSSIMO & VALE, 2005; GOMES *et al* 2006; PAIXÃO & CASTRO 2006).

Porém, torna-se comum reduzir a visão de acolhimento na Unidade Básica a atividades realizadas na Sala de Espera. Este é um erro que, se for cometido, compromete o significado e o desempenho do Acolhimento como proposta de mudança na reorganização do processo de trabalho e da humanização no atendimento. As atividades realizadas na sala de espera são partes do todo que compõe a proposta do acolhimento condizendo com Ministério da Saúde. (SILVEIRA *et al* 2004; BRASIL 2006)

Conversaremos no próximo item um pouco mais sobre este espaço de espera dando continuidade a esta discussão.

1.4 Sala de Espera

A recepção e a espera pela assistência vêm atraindo a atenção de gestores, estudiosos e pesquisadores. Pois é a partir dele que se inicia a relação entre o usuário, o problema que busca resolver, a equipe de assistência e a assistência propriamente dita. Neste processo se dá a entrada do usuário no SUS e o acesso ao conhecimento necessário para a busca e manutenção da qualidade de vida. (FRANCO *et al*, 1999; ANDRADE & DONELLI, 2004; BRASIL, 2006, 2008)

Percebe-se que para atingir a discussão necessária sobre a recepção e a espera pelo atendimento se faz preciso integrar acadêmicos e novos profissionais a um projeto multidisciplinar de intervenção durante a recepção e a espera. (ANDRADE & DONELLI, 2004; PAIXÃO & CASTRO, 2006)

O ato de receber o usuário é realizado durante todo o momento de sua permanência na unidade até que tenha resolvido o seu problema. Porém, o serviço do setor de recepção, em si, se traduz pelo momento em que o usuário chega à unidade e é recebido para uma triagem. A recepção deve contar com uma equipe qualificada, integrada à unidade de serviço à saúde a que pertence e a rede de dispositivos do SUS, atuando com cordialidade, coerência nas informações, dando condições de resolver os problemas demandados pela população de forma humanizada. (ANDRADE & DONELLI, 2004; BRASIL, 2006.)

A sala de espera é o lugar onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais de saúde. Está presente na maioria dos dispositivos de atenção a saúde, como nos Hospitais e Unidades Básicas, por exemplo. A sala de espera é um espaço dinâmico, onde ocorre mobilização de diferentes pessoas a espera de um atendimento de saúde. É um lugar público onde as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observam-se, emocionam-se e

expressam-se, ou seja, um espaço onde estão presentes as pluralidades (diversidades culturais, étnicas, subjetividades), emergem através do processo interativo, que ocorre por meio da linguagem. (TEIXERA & VELOSO, 2006)

O termo *sala de espera* é um termo polissêmico, porque nem sempre esta atividade é realizada em uma sala. Pode ser num corredor, no qual as pessoas estão sentadas aguardando atendimento ou mesmo pode ser realizada num local mais apropriado para tal fim. (GOMES et al, 2006)

Os grupos de Sala de Espera se baseiam nas experiências realizadas anteriormente à proposta ampla de acolhimento. As atividades se iniciaram com o propósito de informar aos usuários sobre diversos assuntos inerentes à sua saúde, desenvolvendo ações de caráter sócio-educativas ligadas a promoção da saúde. Estas ações estimulavam a multidisciplinaridade e à humanização do serviço. (PAIXÃO & CASTRO, 2006).

Teixeira e Veloso (2006) ressaltam que é importante para o profissional dedicado a trabalhar neste local ter conhecimento de dinâmica de grupo e sensibilidade em lidar com o público, não permitindo a intervenção de preconceitos em suas ações. (TEIXEIRA & VELOSO, 2006).

No estudo sobre Sala de Espera, vale lembrar que Merhy (1997) enfatiza a importância das atividades de acolhimento em espaços de mediação no qual se produz a relação de escuta e responsabilização. A partir do encontro entre os profissionais e usuários (em ações que foquem estes últimos) se constituem os vínculos e compromissos que devem nortear os projetos de intervenção. Neste processo o trabalhador utiliza o saber que é sua principal tecnologia, tratando o usuário como sujeito portador de direitos.

Podemos pensar a sala de espera como um dos espaços de mediação citado por Merhy (1997). As atividades neste local são integrantes de um projeto amplo de acolhimento, tendo a necessidade de utilizar o pensamento crítico constante, a criação, o “*trabalho vivo*”, como nos traz Merhy, (2007, 1997), para não oferecer uma única atividade e acreditar que se está concretizando a proposta de acolhimento. (SILVEIRA et al, 2004). Merhy retoma a discussão que Negri (2002) faz sobre o trabalho vivo e o poder constituinte.

O trabalho vivo valoriza o pensamento crítico, a subjetividade das relações, o contato com o outro através dos encontros entre os sujeitos que fazem parte dos atores do cenário contemporâneo da saúde.

O trabalho vivo é o motor de toda produção, de toda inovação, está presente no processo de desenvolvimento de todo trabalho. Porém, o produto não está acabado ao término de sua criação, ele é repensado, avaliado, recriado, adaptado. Esta perspectiva nos distancia da

idéia do trabalho com um início e um fim. A cada desafio nasce uma nova abordagem, um novo caminho. Este movimento contínuo gera uma dinamicidade presente em toda ação viva. O trabalho vivo aparece em oposição ao trabalho morto, por exemplo, as regras fechadas, os protocolos rígidos, os trabalhos mecânicos que são reproduzidos automaticamente. O trabalho vivo é catalisador produzindo mobilização. (NEGRI, 2002)

Para discutirmos esta relação subjetiva presente nas relações de tensão e de troca no contato humano caminharemos para o próximo capítulo refletindo sobre o cotidiano imerso neste contexto contemporâneo.

2 O Cotidiano na Contemporaneidade e Sua Implicação na Saúde

O estudo do cotidiano vem ganhando espaço e dedicação na pesquisa acadêmica contemporânea. Faremos uma reflexão sobre o caminho percorrido pela ciência objetivando entender o campo de estudo sobre o cotidiano na atualidade focando o embasamento teórico desta Pesquisa.

2.1 A Cientificidade do Cotidiano

O que chamamos pensamento moderno constituiu-se a partir do séc. XVI seguindo até o séc. XVIII. Nele, a racionalidade presidiu a ciência extinguindo de seu campo de investigação o senso comum e os estudos humanísticos, acreditando que o conhecimento produzido por estes campos não eram científicos. Esta dicotomia, gerada pela ciência moderna, foi baseada na crença que este seria o caminho correto para se alcançar um conhecimento absoluto e verdadeiro. (SANTOS, 1987)

Santos (1987) descreve a incapacidade da ciência moderna em alcançar a pretendida verdade absoluta, sofrendo quebras de paradigmas produzidas pela dinamicidade do próprio *cotidiano* do conhecimento, que agia mesmo não sendo reconhecido pelos seus protagonistas. O aprofundamento do conhecimento permitiu ver a fragilidade dos pilares em que se fundava. A aproximação das ciências sociais marca o séc. XIX promovendo um ponto de encontro destes pensamentos científicos.

A revolução provocada pela superação da dicotomia das ciências naturais e sociais fez emergir a valorização dos estudos humanísticos dando abertura às ênfases em comunidade, cultura, tecnologia, levantando conhecimentos através da mistura das disciplinas e considerando o senso comum como campo de investigação. Estes são alguns exemplos dos novos caminhos perseguidos pela ciência contemporânea. (SANTOS, 1987; CHAGAS, 2001)

Destes novos pensamentos, onde as disciplinas se coadunam em função da busca em conhecer o desconhecido, da interpenetração do humano com o natural, nasce uma discussão denominada por Pedro & Nobre (2002) multiplicidade conectada: A complexidade do mundo científico contemporâneo leva em consideração a mistura de disciplinas que existe em cada área do saber. Na construção de determinado conhecimento, múltiplas conexões intelectuais são feitas e se perpetuam em novas conexões que buscam novas respostas para a ciência. Outro fator que contribui para a multiplicidade conectada é a interpretação que sofre

determinado conhecimento por parte de cada ator social, que atribui a este um sentido diferente adaptando o seu uso, dentro de sua concepção. (PEDRO & NOBRE, 2002)

A quebra do paradigma da teoria da verdade, constituída na contemporaneidade, trouxe uma transformação social marcada pela incerteza, insegurança, medo, dissolução dos laços sociais e violência. Atrelados a esta realidade o homem pós-moderno encontra a globalização e a acelerada evolução tecnológica como desafios da sociedade contemporânea. (BAUMAN, 2003, 2004)

Neste cenário o estudo do cotidiano assume um papel de destaque por se dar, através dele, o acesso ao conhecimento vulgar e prático com os quais nos orientamos e damos sentido às nossas vidas. Neste campo, está presente a interpretação do conhecimento científico sendo adaptado pela sociedade, bem como a multiplicidade conectada expressa nas ações individuais durante o contato com o outro num movimento contínuo e dinâmico. (SANTOS, 1987; PEDRO, 2002)

A investigação sobre o cotidiano possibilita a aproximação com o outro numa perspectiva ampla que insere em sua essência a subjetividade inerente ao humano: a percepção, as sensações, os gostos, as emoções, as reflexões, permitindo ver o outro como ator social, protagonista. E a partir disto, construir novos conhecimentos. (CHAGAS & PEDRO, 2008)

Entraremos em contato com o pensamento de Michael de Certeau (2007) que nos traz a idéia conceitual de Cotidiano. Para então lançarmos mão deste conhecimento em direção à discussão da saúde.

O termo cotidiano através do olhar curioso e, sobretudo investigador, de Michael de Certeau (2007) ganha vida e cientificidade unindo estudos sobre a cultura popular e o comportamento social, atravessando a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história e a economia.

O cotidiano pode ser pensado a partir de Certeau (2007), como uma construção complexa e diária: complexa por pertencer a uma rede dinâmica de acontecimentos interligados⁹, e diária por englobar em sua dinamicidade, o tempo. Insere o modo simples de agir no dia-a-dia, imerso tanto no senso comum quanto em conhecimentos elaborados que se misturam na prática diária. A ênfase no estudo do cotidiano compreende como as pessoas se apropriam, com o passar do tempo, dos conhecimentos científicos e constroem um novo

⁹ O termo *interligado* se refere ao conceito de rede de Pedro & Nobre, (2002) e de Almeida, (2002) implicando a influência das ações individuais na coletividade e vice-versa.

saber, unindo, aos conhecimentos científicos, os culturais, vinculados à crença, a etnia e as tradições, estabelecendo-se assim um novo senso comum. (CERTEAU, 2007)

A contribuição do pensamento de Certeau está em entender o dia-a-dia da pessoa que consome tais informações como a possibilidade de, neste mesmo terreno da mídia ou do trabalho massificado, criar, ao seu modo, novas formas de proceder, adaptando ou até mesmo inventando; produzindo anonimamente novas formas de agir; construindo o seu cotidiano. A cultura popular, para Certeau (2007), é uma forma de reinventar novas formas de fazer e de negar as ordens estabelecidas.

A pessoa inventa na vida prática o seu modo de viver, o dia-a-dia, a partir da utilização de todos os seus conhecimentos. A criação diária de como fazer, chamada por Certeau de *Artes de Fazer*, inclui a habilidade de criar formas de cozinhar, falar, escrever, andar... Esta criação está ligada à necessidade de dar “golpes” nas ordens, fugir das imposições governamentais e institucionais. A criatividade está presente nas crenças, no trabalho profissional, na família, em todos os setores da vida. (CERTEAU, 2007, p 88)

As pessoas se valem da criatividade buscando o prazer e a realização. A busca pelo diferente, pelo rompimento com a ordem, com a rotina padronizada, é expressa pelo desenvolvimento de uma atividade artística após o trabalho cansativo; do trabalho artesanal, dos projetos de solidariedade, da invenção de novas formas de trabalho, como o surgimento da sucata, por exemplo. (CERTAU, 2007)

Certeau nos traz uma concepção de cotidiano ligado ao “*modo de fazer*” criativo das pessoas. Enfatiza a capacidade humana de viver cada dia adaptando o que apreende através da mídia, da conversa informal, do estudo acadêmico e das experiências vivenciadas. Podemos dizer que há uma valorização do sujeito a partir da convicção que este “*fazer*” constrói e se produz no tempo constituindo a história.

As concepções de Certeau destacam a importância do cotidiano e nos ajudam a entender o pensamento de Merhy (1997, 1999, 2007), quando nos fala sobre o trabalho vivo em ato. Seus estudos revelam a capacidade do homem em pensar criticamente seu trabalho, criando-o, modificando-o, atualizando-o, reinventando-o em suas formas de “*fazer*”.

A partir das reflexões feitas neste capítulo, podemos pensar sobre o dia-a-dia da Saúde durante sua história, lembrando os fatos mais importantes que a constitui.

2.2 Um Breve Histórico da Saúde

Faremos uma breve reflexão sobre o dia-a-dia na história da saúde no Brasil. Teremos como base o levantamento histórico feito por Mendes (1993), dialogando com outros autores.

Os brasileiros viveram um longo processo de construção do sistema de saúde. No Brasil Império, a assistência da saúde era voltada aos trabalhadores que se dedicavam às exportações de café num sistema campanhista que privilegiava a mão de obra agro-exportadora. Por esta época os estudos científicos epidemiológicos focavam a descoberta de vacinas que permitissem a permanência dos trabalhadores em seus ofícios e o controle das epidemias; o dia-a-dia da população era marcado pelo uso de incensos que supostamente higienizavam o ambiente, os hospitais de isolamento que os doentes por epidemias submetiam-se e pelas constantes reurbanizações nas cidades como Rio de Janeiro e São Paulo. (FOUCAULT, 1995; TEIXEIRA, 2004)

O cenário da saúde começou a se modificar com o crescente desenvolvimento industrial, gerando um Modelo Assistencial Privatista, que se propagou ganhando espaço até os anos 70. Uma das características deste modelo de assistência foi à cobertura do serviço direcionada apenas aos trabalhadores com carteira assinada tivessem acesso à assistência médica conveniada. (SOUZA, 1995; GERSCHAMAN, 2001)

As práticas médicas não eram capazes de alterar os perfis de morbimortalidade e os custos crescentes inviabilizaram a expansão do modelo vigente. Os sistemas organizacionais, descoordenados, geravam ausência de vários tipos de controle, Não havia, por exemplo, coerência entre a compra de serviços dos hospitais privados e a ação racionalizadora governamental. Havia a crescente insatisfação dos usuários, de trabalhadores e prestadores de serviços, e a gradativa perda de qualidade nos serviços prestados direta ou indiretamente pela previdência social. Estes fatores agregados à crise fiscal do estado, com fortes repercussões na Previdência Social, fizeram com que o Modelo Assistencial Privatista se esgotasse, apresentando fortes inadequações à realidade sanitária nacional. (MENDES, 1993)

A rotina dos brasileiros na saúde era marcada pelas inúmeras filas para a assistência, pelas tentativas de acesso fracassadas e por cidadãos excluídos do sistema de saúde devido à falta de carteira assinada ou de recursos financeiros que os afastavam da rede privada.

Na década de 80, quando surge o Modelo Neoliberal, começou a florescer discussões sobre a descentralização, a universalização do direito a saúde, e a melhoria da qualidade da assistência. Este processo desenvolveu-se no movimento da reforma sanitária. Os brasileiros

ainda enfrentavam no seu dia-a-dia o desafio da desigualdade social, da falta de acesso, das filas, precisando criar meios de subsistir na construção do seu cotidiano. (LEVCOVITZ et al, 2001)

Este movimento chamado reforma sanitária, culminou com a Constituição de 1988. Nela a saúde é inscrita como direito de todos e dever do Estado¹⁰. Cria-se então o Sistema Único de Saúde com as diretrizes de descentralização, a participação comunitária e a integralidade da assistência¹¹. Apesar de garantida a saúde a todos os cidadãos brasileiros, várias ações que traduziriam as diretrizes do SUS, precisaram ser pensadas, discutidas e vivenciadas.

A transformação do modelo de atenção à saúde vem progredindo gradativamente. O Ministério da saúde atribui às experiências bem sucedidas no campo da saúde a construção da Política Nacional de Humanização. (TEIXEIRA, 1999; BRASIL, 2004; PASSOS & BENEVIDES, 2005)

Como o processo de transformação do modelo aos cuidados da saúde está em andamento, a atualidade é marcada por incentivos do Ministério da Saúde aos gestores locais para capacitarem suas equipes profissionais no sentido de desenvolverem uma postura crítica frente ao trabalho, mobilizando discussões e inovações, para que a PNH não seja considerada como mais um programa e sim como uma Política Nacional voltada a proporcionar mudanças nas práticas de saúde. (BRASIL, 2004; PASSOS & BENEVIDES, 2005).

Os profissionais de saúde, no entanto, vivem em meio aos interesses locais; aos baixos salários; as faltas de infra-estrutura para a própria realização do trabalho; a insegurança, devido a circunstâncias políticas, como a troca de cargos nomeados por indicação e a descontinuidade das ações nas trocas de governo. (LABRA, 2003; MENEZES, 2005)

Na perspectiva do usuário encontramos a dificuldade da organização social política, seja por falta de vontade, por desconhecimento ou impossibilidade; a dificuldade do acesso ao SUS seja pela existência de filas, falta de médicos, falta de insumos ou pelas estruturas inapropriadas. (RAMOS & LIMA, 2003; SOLLA, 2005)

¹⁰ Constituição Federal de 1988. Título VIII – Da ordem social; Capítulo II; Seção II; Da Saúde; art. 196.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

¹¹ Constituição Federal de 1988. Título VIII – Da ordem social; Capítulo II; Seção II; Da Saúde; art. 198.

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.”

O cotidiano aparece sob a ótica de um tecido formado por vários conhecimentos praticados diariamente, modificados e reinventados de acordo com as necessidades individuais. (CERTAU, 2007). Ligada às realidades locais bastante diversificadas, a saúde faz parte deste cotidiano. Refletiremos sobre este movimento dinâmico do dia-a-dia na construção dos serviços de saúde e da relação destes com os usuários e profissionais de saúde.

A característica do Modelo Hospitalocêntrico, apesar de combatida, ainda é presente nos dias de hoje. O modelo atual de assistência à saúde recebe críticas porque o hospital ainda assume o papel, perante a sociedade, de principal interventor de cura, expressando a dificuldade do acesso à saúde e a centralização do trabalho médico. Este tema vem sendo discutido a fim de obter ações para reverter este quadro. (CECÍLIO, 2008)

Durston (2000) analisa o capital social através do estudo das relações e da organização da própria sociedade, apontando uma possível tensão existente na inter-relação humana.

O modelo hospitalocêntrico aumentava o capital social do profissional médico e do espaço social do hospital. Além desses aspectos, antes da reforma sanitária, o modelo de planejamento técnico, normativo, fonte na qual o Brasil iniciou sua busca na construção dos sistemas de saúde, privilegiava os aspectos biológicos para avaliar o estado de saúde da população, levando em consideração somente dados estatísticos¹² (MATTOS, 1993)

Desta forma o saber relativo à saúde era exclusivo dos profissionais de saúde que em sua maioria eram médicos. Os enfermeiros, inicialmente, eram pessoas solidárias que ajudavam os médicos por caridade, geralmente ligados a alguma instituição filantrópica. Portanto o capital social que os médicos obtinham aumentava seu poder na sociedade que em sua maioria era pobre e ignorante. (TEXEIRA, 2004; LIMA, 1998)

A visão biomédica - que interpretava a saúde como sendo a ausência de doenças - detinha o saber sobre as enfermidades e lançava, para a pessoa em tratamento, um olhar incompleto vendo-a como um *joelho, um coração, um rim...* perdendo sua integralidade em uma visão biológica do ser humano. O dia-a-dia da população era marcado pela exclusão das informações sobre a saúde, do processo saúde-doença e da responsabilidade social. Atrelada a essa realidade a desigualdade social contribuía para que muitos brasileiros não tivessem acesso à educação e aos meios que os possibilitassem uma maior qualidade de vida. (MATTOS, 2001, LABRA, 2003)

¹² Alguns exemplos de indicadores privilegiados no planejamento normativo: número de mortos, de doentes e da população total. O planejamento era elaborado focando as normas de ação técnicas, formulando protocolos básicos para cada situação encontrada.

A interpretação social da doença procurando identificar as causas a partir de análises sociais, a valorização dos dados qualitativos, a importância dos jogos de poder na instituição e no cotidiano, a mudança do conceito de saúde, a noção de equidade e a valorização da participação social surgiram mais tarde. (MATTOS, 2007; FOUCAULT, 1995) Apesar das conquistas realizadas ainda estamos vivendo estas mudanças que são progressivas, mas difíceis de serem realizadas. (BRASIL, 2008; DESLANDES, 2004; MEHRY, 1994; 1998; 2000)

Diante deste cenário, podemos trazer a musicoterapia enquanto contribuição ao acolhimento como estratégia da Política Nacional de Humanização.

3 Musicoterapia

Partiremos neste capítulo para uma conversa sobre a musicoterapia por ser a estratégia metodológica utilizada nesta Pesquisa como forma de contribuição para o acolhimento, através da sala de espera, na Unidade Básica de Saúde, direcionando suas ações aos usuários durante a espera da assistência. Aqui encontraremos teorias que as atividades de campo se basearam. Conheceremos um pouco sobre esta disciplina que se insere cada vez mais no campo da saúde.

A Musicoterapia é fruto do encontro entre saberes ligados à Arte e a Ciência. Trata-se de um campo que surgiu através de descobertas clínicas e de uma interação interdisciplinar. No Brasil, um dos marcos do surgimento da musicoterapia foi o trabalho de professores de música na Educação Especial. Educadores musicais, trabalhando com música em instituições que atendiam a crianças portadoras de deficiência, encontraram na música um caminho surpreendente de acesso a essas pessoas, provocando consideráveis transformações em seus universos relacionais. Surge com *status* de ciência a partir da crise da modernidade na ciência, que passa a incluir novas concepções para problemas contemporâneos (CHAGAS & PEDRO, 2008)

No Brasil, o CNPq incluiu a Musicoterapia como conhecimento da grande área ligada à Música. Hoje, a comunidade acadêmica discute uma nova tabela das áreas de conhecimento, movida pela dificuldade em enquadrar diversos saberes contemporâneos nas grandes áreas tradicionais: Ciências Exatas e da Terra; Ciências Biológicas; Engenharias; Ciências da Saúde; Ciências Agrárias; Ciências Sociais Aplicadas; Ciências Humanas; Línguas, Letras e Artes e Outros, estes descrito como Bioética; Ciências Ambientais, Defesa e Divulgação Científica. Na proposta atual do CNPq, Musicoterapia é categorizada junto a outras 1411 “Especialidades”, tais como, a título de exemplo: Ortopedia, Patologia Bucal e Psicologia Comunitária.

A Musicoterapia desde sua fundação no Brasil há 40 anos, assume um caráter investigativo, desafiador, que vem pouco a pouco em seu cotidiano, construindo sua história numa constante busca de consolidação e reconhecimento da profissão. Frente ao desafio de integrar uma equipe de acolhimento em uma unidade básica de saúde, recorreremos à musicoterapia, sabendo que esta prática vem percorrendo um caminho direcionado à humanização desde 2003 quando a PNH foi formulada pelo Ministério da Saúde, apontando

possibilidades de contribuição à operacionalização da humanização, como vimos na introdução.

Unindo os saberes da musicologia, história da música, música e educação, aos da psicologia da música, neurologia, medicina de reabilitação dentre outros, é possível ao musicoterapeuta manipular a utilização da música para atingir objetivos terapêuticos, contribuindo na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da condição física, mental e psíquica do ser humano. (PIMENTEL, 2003)

O principal instrumento da prática musicoterápica é o som. O trabalho da musicoterapia abrange toda produção sonora como o canto, músicas gravadas, músicas que emergem do paciente, exploração das várias fontes sonoras (corpo, ambiente, objetos, natureza), a utilização de instrumentos musicais, jogos, experiências musicais, movimentos corporais e as várias formas de expressão, que aplicadas às técnicas e recursos da musicoterapia, visam prover ajuda às pessoas, objetivando contribuir para uma melhor qualidade de vida, restaurar ou promover a saúde (BRUSCIA, 2000).

A musicoterapia é distinta de outras modalidades de terapia por apoiar-se nas experiências musicais como agente de intervenção. Os métodos de musicoterapia possibilitam uma vivência musical particular. A partir desta experiência o musicoterapeuta intervém clarificando e instigando o cliente a mudanças. As principais técnicas, segundo Barcellos (2004), são: a improvisação, a recriação, a audição e a composição.

♪ Improvisação: utilização livre dos instrumentos, inclusive a voz e o corpo na criação de melodias e ritmos, ou seja, na criação de sua expressão. Através da improvisação é possível, por exemplo, desenvolver a iniciativa, a expressão, o reconhecimento das habilidades interpessoais, a capacidade de liderança e a criatividade.

♪ Re-criação: implica na vivência de uma música já existente. Utiliza-se um modelo musical ou jogo musical para desenvolver as propostas estabelecidas dentro de um projeto terapêutico. O cliente é convidado a cantar e/ou aprender determinada melodia, na utilização da voz ou de um instrumento, além de estar submetido a regras ou a um padrão pré-estabelecido. Através da re-criação pode-se desenvolver novas habilidades, como a capacidade de comunicação e interpretação, concentração, organização, desempenhar papéis específicos na relação cotidiana; promover a identificação e a empatia com outras pessoas; estimular a destreza de agir interativamente no grupo.

♪ Composição: o cliente é estimulado a criar suas próprias canções, melodias ritmos e letras. Esta técnica instiga a expressão de pensamentos e sentimentos abrindo campo para o trabalho terapêutico, além de propiciar o desenvolvimento de habilidades como de

planejamento e organização, de solucionar problemas de forma criativa, de integrar e sintetizar partes de um todo e promove a auto-responsabilidade.

♪ **Audição:** ouvir sons, músicas e ritmos. A experiência de ouvir pode instigar aspectos físicos, emocionais, intelectuais e estéticos, de acordo com os objetivos terapêuticos. A partir da audição pode-se promover a receptividade, estimular determinada reação ou relaxar, explorar idéias e sentimentos, propiciar uma experiência afetiva entre o grupo, desenvolver a concentração; estabelecer um elo entre o as pessoas do grupo e estimular experiências espirituais.

A Musicoterapia em sua fundamentação teórica conta com o Princípio de ISO, constatado por Altshuler, *apud* Benazon (1985) durante suas observações e estudos. Este princípio nos revela que para haver um canal de comunicação entre o terapeuta e o paciente é necessário que o tempo mental coincida com o tempo sonoro executado pelo terapeuta. Em outras palavras o princípio de ISO revela a importância da sincronicidade do tempo, do ritmo individual, no caso do paciente, com a execução musical do terapeuta para que se dê uma comunicação ente ambos.

Uma pessoa que apresenta agitação, durante a sessão de musicoterapia, dificilmente conseguirá estabelecer uma comunicação através de um estímulo sonoro lento por estar desajustado ao seu ritmo interno. No entanto, o canal de comunicação entre o terapeuta e o cliente se abre facilmente à medida que o musicoterapeuta utiliza o estímulo sonoro com ritmo igual ao ritmo interno deste cliente. (BENENZON, 1985)

Benazon (1985) complementa a idéia de Altshuler trazendo o conceito de identidade sonora (Iso) como sendo um fenômeno de som e movimento interno que resume nossos arquétipos sonoros, nossa vivência sonora gestacional, de nascimento, da infância até nossos dias. Benazon organiza a idéia de identidade sonora da seguinte forma: a) ISO gestalt - identidade sonora construída a partir das vivências de toda a vida, desde sua fase intra-uterina. Exemplo: canções da infância, sons de acidente, ambulâncias, sons de fábrica etc; b) ISO complementar - identidade sonora que é acrescida a cada dia, com o passar do tempo, somando-se ao ISO gestáltico. Exemplo: sons das experiências novas, músicas inéditas etc; c) ISO grupal - identidade sonora ligada à história social onde o indivíduo está inserido. Exemplo: jingles de comerciais, vinhetas eleitoreiras, hinos nacionais etc; d) ISO cultural - identidade sonora própria de uma cultura musical comunitária. Exemplo: música de determinada crença cantada e reconhecida em determinada comunidade, músicas de sucesso em determinada região, determinados sons que fazem parte da cultura local como o *som do pipoqueiro* etc, e) ISO Universal - identidade sonora que está presente em todos os seres

humanos independentemente de seus contextos históricos, sociais, culturais e psicofisiológicos. Exemplo: som da chuva, de trovões, do batimento cardíaco, da respiração etc.

Todas as atividades propostas durante a musicoterapia são musicais. Os elementos da música como o ritmo, o som, a melodia e a harmonia estão presentes na expressão do pensamento, das idéias e sentimentos. Os instrumentos musicais são manuseados e o corpo é utilizado como veículo sonoro também, sem a necessidade de que os participantes saibam tocar um instrumento ou que tenham conhecimentos sobre teoria musical. Todo o material sonoro expressado é analisado pelo musicoterapeuta que intervém, estimulando mudanças positivas e de ajuda para cada um do grupo.

A musicoterapia conta em seu arcabouço teórico com os estudos do Pesquisador Murray Schafer (2001), que traz o conceito de Paisagem Sonora como sendo “*o ambiente sonoro. Tecnicamente, qualquer porção do ambiente sonoro vista como um campo de estudo.*” (p.366) O autor levanta a relação simbólica dos sons e suas origens com as histórias dos indivíduos correlacionando e pesquisando a relação do som com o comportamento humano.

Durante a vivência musicoterápica os participantes interagem através do canto, dos instrumentos musicais, dos movimentos corporais, das gargalhadas, do choro, dos olhares. Neste momento está presente, a emoção, as lembranças, os sofrimentos, as alegrias, tanto individuais quanto coletivas. O Musicoterapeuta trabalha com as conexões de sentimentos, de símbolos, de histórias, permeando o tecido subjetivo que preenche o espaço da vivência. (CHAGAS & PEDRO, 2007) p. 118.

“A subjetividade se produz nos elementos da música, realizados ‘ao vivo’, no fazer musical de uma clínica em musicoterapia.”

O estudo realizado por Chagas e Pedro (2007) sobre a produção de subjetivação na Musicoterapia, concluiu que esta prática seja através da improvisação, composição, re-criação ou da audição é uma facilitadora da expressão e da produção dos sentimentos, pensamentos e atos dinamicamente transformados no contato com o outro.

A partir das considerações vistas até o momento que incluíram reflexões sobre a complexidade da saúde, sobre o olhar científico do cotidiano e sobre a prática da musicoterapia, passaremos à metodologia da Pesquisa caminhando para o desafio de colocar em prática toda a teoria.

4 Metodologia

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro conforme Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. (Anexo 1) Após sua aprovação, passou-se à coleta de dados durante a qual todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Anexo 2)

Trata-se de Pesquisa de enfoque qualitativo, voltada ao estudo da musicoterapia na sala de espera, contendo revisão bibliográfica, observação participante, entrevistas e diário de campo. É direcionada a contribuir com o acolhimento, no momento em que os usuários adultos da Unidade Básica de Saúde de Vila Operária – Nova Iguaçu aguardam o atendimento e objetiva avaliar a contribuição da musicoterapia na sala de espera.

A metodologia da Pesquisa contou com uma etapa de atividades na Sala de Espera e entrevistas subseqüentes. Foi organizada de modo a trabalhar com quatro grupos de investigação em dois dias da semana distintos. Em dois deles a sala de espera não teve musicoterapia e nos outros dois grupos teve a musicoterapia. O material das entrevistas realizadas em todos os grupos foi submetida à análise de conteúdo segundo Bardin (1997)

A entrevista foi adotada como técnica de pesquisa com base em Minayo (1993) para que pudéssemos, através da fala, entrar em contato com o pensamento dos usuários sobre suas experiências durante a sala de espera sem e com a musicoterapia. Dessa forma temos condições de comparar as opiniões dos participantes, já que cada indivíduo interioriza de maneira particular sua própria vivência. Por isso, as informações individuais obtidas com a entrevista e vivenciadas num contexto grupal revelam as estruturas e as relações próprias do contexto que se pretende estudar. A Observação Participante e o Diário de Campo da pesquisadora estiveram presentes em todas as fases da pesquisa e serão retomados na discussão.

Os sujeitos¹³ de pesquisa são os usuários adultos da Unidade Básica de Saúde de Vila Operária, Nova Iguaçu. Grande parte destes usuários são moradores do próprio bairro de Vila Operária - por pertencerem à cobertura do PSF da UBSVO. Porém, a Unidade comporta o Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil, que tem uma área territorial grande

¹³ Os nomes que aparecem no decorrer desta dissertação são fictícios, mantendo a privacidade dos participantes.

abrangendo muitos bairros¹⁴. Por este motivo, alguns usuários precisam se deslocar, atravessando grande distância até chegarem à Vila Operária.

Teremos agora um breve contato com a Unidade Básica de Saúde de Vila Operária.

4.1 Unidade Básica de Vila Operária – O campo de trabalho

A Unidade Básica de Saúde de Vila Operária comporta três Equipes de Saúde da Família (ESF), três Equipes de Saúde Bucal (ESB) e um Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil (ASMIJ). Todas as equipes estão presentes na mesma estrutura física edificada e a sala de espera utilizada pelos usuários é a mesma.

Inicialmente conversaremos rapidamente sobre o Programa de Saúde da Família e logo após conheceremos o cotidiano da UBSVO.

O Programa Saúde da Família (PSF) assume o papel de estratégia prioritária para a reorganização do modelo de atenção aos cuidados básicos da saúde no Brasil. Sua revisão foi consentida pela portaria 648/GM que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelecida pela portaria 822/GM, ambas constituintes do Pacto da Atenção Básica 2006. (BRASIL, 2006)

A proposta do PSF visa impulsionar o Sistema Único de Saúde (SUS) colocando em prática suas diretrizes e princípios básicos. Objetiva a humanização da assistência através do estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários e da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade. (SILVEIRA et al, 2004)

A recomendação do Ministério da Saúde para o cálculo da população coberta é de que sejam no máximo 3.000 habitantes por cada equipe de saúde da família tendo 1 ACS para cada 750 pessoas cadastradas no máximo, atingindo 100% da população cadastrada. A equipe pode contar até com 12 Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, 2006 B)

A Unidade Básica de Vila Operária conta com 18 ACS e atinge 100% da população cadastrada. Cada equipe possui uma agenda de marcação de consultas destinadas a assistência das pessoas cadastradas correspondentes a área territorial de sua responsabilidade. O Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil foi locado na UBSVO após sofrer a descentralização prevista no planejamento do Programa de Saúde Mental do Município de Nova Iguaçu, que hoje conta com dois ambulatórios infanto-juvenis.

¹⁴ O Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil do município de Nova Iguaçu conta apenas com dois dispositivos para cobrir toda a cidade. Sendo assim a área territorial do Ambulatório locado na UBSVO é muito extensa.

A área territorial do ambulatório é diferenciada das ESF e das ESB. A cobertura do ASMIJ é bem extensa abraçando muitos bairros, dentre estes: Austim, Miguel Couto, Posse, Comendador Soares, Centro de Nova Iguaçu, Vila de Cava e Vila Operária.

Portanto, o dia-a-dia da UBSVO é expresso através dos encontros entre todas estas equipes e os usuários que procuram diariamente soluções para seus problemas. Tomaremos contato abaixo com o quadro demonstrativo do funcionamento da assistência no Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil com relação ao serviço oferecido e a sua distribuição por turnos.

Quadro 1 - Assistência no Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
M A N H Ã	Psicologia	Psicologia	Psicologia	Musicoterapia	Musicoterapia
	Atendimento em grupo de recepção	Atendimento em grupo de recepção	Atendimento em grupo de recepção		
		Psiquiatria	Psiquiatria		
T A R D E	Psicologia	Psicologia	Reunião De Equipe	Musicoterapia	Musicoterapia
	Atendimento em grupo de recepção	Atendimento em grupo de recepção			

O quadro acima revela os turnos e atividades oferecidas pela equipe do ambulatório de saúde mental infanto-juvenil. Os atendimentos são feitos individualmente, com exceção dos grupos de recepção destinados à triagem na primeira vez que procuram o serviço. Atualmente esta tarefa - de receber os usuários que procuram o ambulatório pela primeira vez - é exercida pela técnica de enfermagem que faz parte da equipe. Este grupo é assistido dentro do consultório no ambulatório e os pacientes aguardam a chamada na sala de espera.

O próximo quadro nos traz o demonstrativo do funcionamento da assistência pelas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal com relação ao serviço oferecido e a sua distribuição por turnos.

Quadro 2 – Assistência pelas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Pediatria	Pediatria	Pediatria	Pediatria	
	Clínica Médica	Clínica Médica	Clínica Médica	Clínica Médica	
	Pediatria		Pediatria	Pediatria	Pediatria
	Clínica Médica		Clínica Médica	Clínica Médica	Clínica Médica
		Ginecologia	Ginecologia	Ginecologia	Ginecologia
		Clínica Médica	Clínica Médica	Clínica Médica	Clínica Médica
	Dentista	Dentista	Dentista	Dentista	Dentista
TARDE	Dentista	Dentista	Dentista	Dentista	Dentista
	Puericultura	Pré-natal	Puericultura		Pré-natal
			Pré-natal		Pré-Natal
	Preventivo 3 primeiras do mês (enfermeiras)	Preventivo 3 primeiras do mês (enfermeiras)	Preventivo 3 primeiras do mês (enfermeiras)	Palestras 1 vez por mês	

Como os médicos das ESF são generalistas, eles assumem, em seu dia-a-dia, dupla função exercendo a clínica médica geral e a especializada no caso da pediatria e da ginecologia.

O pré-natal é acompanhado pela médica ginecologista e pelas enfermeiras que também fazem o exame preventivo e administram as palestras realizadas na unidade.

A ESB está presente todos os dias oferecendo o tratamento odontológico e de higiene bucal, além das palestras realizadas em comum acordo com a ESF.

Abaixo podemos ver a quantidade de agendamentos feitos com relação ao serviço oferecido. A consulta clínica conta com 4 marcações extras, ou seja, as auxiliares de enfermagem, responsáveis pela marcação na Unidade deixam quatro consultas em aberto para serem preenchidas com possíveis procuras inesperadas. Das quatro consultas, duas são direcionadas especificamente para idosos e as outras duas são abertas sem distinção de clientela. As Consultas são marcadas pelos Agentes Comunitários de Saúde durante as visitas diárias às pessoas cadastradas. Além deste procedimento a UBS estabeleceu um dia na semana que o usuário pode, pessoalmente, marcar sua consulta na própria Unidade.

Quadro 3 – Serviços e Agendamentos da ESF

Serviço Oferecido	Agendamentos Disponibilizados	Atendimentos Extras
Puericultura	5	
Pré-natal	5	
Preventivo	10	
Consulta Clínica	18	2 sem distinção 2 para idosos

Os serviços de vacina e curativo foram suspensos na UBSVO por não ter sala adequada a este tipo de procedimento. Apesar de a unidade ter passado por uma obra que tinha a proposta de restaurá-la, o espaço destinado para a vacina e curativos não está adequado aos padrões de higiene e preservação do material, exigidos para o funcionamento do mesmo.

A unidade geralmente é mais procurada de manhã, durante o atendimento médico da ESF. A sala de espera fica lotada e é possível notar uma fila na recepção para marcação de consulta de usuários não cadastrados. A ESB tem seus agendamentos feitos por hora marcada, assim não há aglomeração dos pacientes.

Os pacientes agendados chegam à Unidade por volta de 7:30h, as 8:00h começa o atendimento feito pelas auxiliares e técnicos de enfermagem. Eles aferem a pressão arterial (PA), conferem o peso corporal e anotam estas informações que são repassadas aos médicos. Depois deste momento alguns aguardam a consulta sentados em bancos coloridos (estilo banco de praça), que ficam dispostos um atrás do outro enfileirados. Algumas pessoas preferem ficar de pé, ocupando o espaço do corredor. As crianças presentes brincam e correm durante a espera. Os adultos conversam.

Todos os dias uma usuária vai a unidade vender salgadinhos, café, chocolate quente e balas. Esta senhora conhece todos os profissionais e muitos usuários que também aproveitam o momento para vender produtos em *magazines shops* (revistas como Avon e Forever).

Entre 12:00h e 13:00h a unidade fica vazia, surgindo apenas alguns usuários que precisam de algum tipo de informação. À tarde a dinamicidade volta, sendo a farmácia e a recepção os setores mais movimentados. Vários usuários procuram a unidade neste período para terem acesso aos resultados de exames, informações, remédios, atendimento no Ambulatório de Saúde Mental Infante-Juvenil e na Equipe de Saúde Bucal. Poucos procuram os médicos neste período. Os dias de exame preventivo, pré-natal e palestras são os mais movimentados.

A Paisagem Sonora¹⁵ da sala de espera da unidade se constitui das conversas dos usuários, o chamamento feito pelos técnicos e auxiliares de enfermagem com o nome do próximo a ser atendido, do som do rádio da sala da ESB que ao abrir e fechar a porta rompe o espaço interno da sala sendo ouvido na sala de espera. Além, das portas se abrindo e fechando, de um cachorro que às vezes entra sem ser convidado, das falas dos profissionais que passam pelos corredores e das crianças correndo e brincando.

4.2 Procedimento do Trabalho de Campo

4.2.1 – Fase Exploratória

O trabalho de campo contou com uma Fase Exploratória que teve como objetivo o reconhecimento do campo e a percepção da pesquisadora para as possíveis categorias de análise. A observação participante já se fez presente com registro no diário de campo, colhendo dados que permitiram desenhar o panorama do serviço com relação ao acolhimento.

Contamos com dois ajudantes de pesquisa que foram capacitados para esta tarefa. Estes ajudantes recebiam os usuários e os encaminhavam para a sala de espera, onde se realizava a musicoterapia e apresentavam o termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa. Cada ajudante fez uso do diário de campo que contribuiu de forma complementar as anotações realizadas no diário de campo da pesquisadora.

Fizemos quatro intervenções na sala de espera com a Musicoterapia. Fizemos um círculo no centro da sala de espera com os bancos disponíveis e colocamos os instrumentos dispostos no chão no ponto central da circunferência. Alguns usuários que chegavam antes das 8:00 h assistiam a arrumação. A musicoterapia foi realizada com grupo aberto, ou seja, os participantes eram livres para entrarem e saírem do grupo quando quisessem, ainda que as atividades estivessem em andamento.

Como a Sala de Espera é um espaço dinâmico, de confluência do cotidiano dos diversos atores, mesmo o trabalho sendo direcionado aos usuários não foi vedado o acesso a outras pessoas presentes como os agentes de saúde, enfermeiros e médicos, por exemplo.

Por meio da observação participante tivemos contato com os usuários que revelavam quais eram as impressões quanto ao serviço: suas queixas, elogios, opiniões sobre a qualidade

¹⁵ Paisagem Sonora é um termo utilizado por Schafer, (2001) que está sendo empregado aqui para delimitar o universo sonoro do ambiente da sala de espera. Este conceito está descrito no capítulo 3.

do serviço e como se sentiam quanto estavam na unidade. Podemos ver também como se davam as relações entre os profissionais e os usuários, e como eram atendidos na unidade.

Fizemos relatórios de observação durante as atividades que contribuíram para as anotações do diário de campo. Realizamos quatro atividades em dias diferentes. Sessenta pessoas participaram das atividades incluindo usuários e profissionais.

O perfil dos grupos com relação a sexo e idade se manteve da seguinte forma:

Grupo A: 12 pessoas sendo 11 mulheres e 1 homem

Grupo B: 16 pessoas sendo 14 mulheres e 2 homens

Grupo C: 6 mulheres

Grupo D: 27 pessoas sendo 26 mulheres e 1 homem

Tivemos um total de 57 mulheres e 3 homens. A faixa etária correspondeu a uma variação de 18 a 70 anos de idade. 09 profissionais participaram das vivências.

Abaixo apresentamos algumas observações que fizemos desta etapa exploratória:

♪ Algumas pessoas fazem questão de tocar um instrumento, mesmo com problemas motores graves.

♪ Observamos que algumas pessoas comentam que há muito tempo não cantam e que seu tempo já passou. Mas no decorrer da sessão se soltam e se expressam, parecendo mais felizes ao término de sua participação, com sorriso no rosto.

♪ As gestantes expressam seu sentimento pelo bebe que está a caminho para o grupo. Dedicam músicas para ele e oferece músicas para as outras pessoas. Falam de suas experiências e quando a enfermeira está presente na sessão recebem orientações também.

♪ Os usuários não precisavam ser convidados para participarem da musicoterapia, eles se aproximavam unindo-se ao grupo de forma espontânea.

♪ Cinco Agentes Comunitários de Saúde, duas Auxiliares de Enfermagem e duas Enfermeiras participaram.

♪ Algumas pessoas utilizam o espaço para expressar seus pensamentos com relação ao serviço da unidade. Falam dos médicos, da demora na entrega de exames, a desorganização para chamar os pacientes para o atendimento.

♪ As pessoas se aproximam do local arrumado para a sessão e ficam sem espaço para verem a movimentação da dinâmica do serviço, ficando preocupadas, dificultando sua participação de forma integral na atividade.

Este trabalho exploratório assumiu um caráter fundamental na formulação da metodologia que seria aplicada para o levantamento dos dados. Trabalhamos com dois procedimentos para ter maior rigor metodológico segundo Giere (1984): um sem a

musicoterapia, para controle, e outro com a musicoterapia. Cada procedimento contando com dois grupos para critérios de comparação e análise. A utilização de metodologia quantitativa se deu pelo pioneirismo desta pesquisa. Essa é a primeira investigação sobre a atuação da Musicoterapia em uma UBS e em Sala de Espera.

Após a Fase Exploratória decidimos: a) trabalhar com a categoria Espera – por termos observado que a maioria das queixas se relacionavam ao tempo da espera para assistência e por reconhecermos este tema como importante ponto a ser transformado dentro dos parâmetros da P.N.H. através das ações do acolhimento; b) recrutar apenas um ajudante de pesquisa que apresentava o consentimento livre e esclarecido aos participantes e ajudava distribuindo instrumentos durante a musicoterapia – observamos que não era necessária a presença de dois ajudantes porque as pessoas não precisavam ser convidadas para se aproximarem do local da vivência musicoterápica e que poucos usuários chegavam depois da explicação dada sobre a Pesquisa para o grupo presente; c) arrumar a sala fazendo um semi-círculo para manter o contato visual com a porta de entrada para os consultórios e a compor melodias com os nomes das pessoas para que soubessem claramente quem estava sendo chamado para a assistência – esta decisão foi em função da aglomeração das pessoas no círculo dificultando a percepção da dinâmica dos consultórios e pela preocupação do usuário em não ouvir seu nome ser chamado para assistência porque estavam cantando.

Em seguida passamos para a pesquisa de campo propriamente dita.

4.2.2 – A Pesquisa de Campo

Separámos quatro grupos participantes da Pesquisa, satisfazendo os dois procedimentos propostos: procedimento sem musicoterapia e procedimento com a Musicoterapia.

- ♪ Grupos A – sem musicoterapia (segunda-feira)
- ♪ Grupos B - sem musicoterapia (quinta-feira)
- ♪ Grupos C – com musicoterapia (segunda-feira)
- ♪ Grupos D - com musicoterapia (quinta-feira)

Assim, tivemos em duas segundas-feiras um grupo que não participou da musicoterapia e outro que participou respectivamente, repetindo o mesmo processo em duas quintas-feiras. As entrevistas foram realizadas em todos os quatro grupos e continham perguntas sobre: por que esperavam, como se sentiam durante o momento da espera, solicitando que falassem sobre a espera pelo atendimento médico. Os conteúdos das entrevistas é que trouxeram material para a análise dos dados.

Tivemos a colaboração do musicoterapeuta Rodrigo Rodrigues que atuou como o único ajudante durante esta fase da pesquisa de campo. Sendo capacitado pela Pesquisadora para a tarefa de esclarecer os usuários sobre o trabalho na medida em que chegavam a Unidade, de convidá-los a participarem da pesquisa e solicitar que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

Procedimento sem a musicoterapia – Grupos A e B.

Os grupos se constituíram de todas as pessoas presentes na sala de espera, tendo média de 16 pessoas por dia. As entrevistas foram direcionadas aos usuários coletando informações sobre a espera e foram realizadas da seguinte forma: primeiramente nos apresentamos para o grupo, explicamos e lemos em voz alta o Consentimento Livre e Esclarecido tirando as dúvidas expostas com relação à Pesquisa. Esta explanação incluiu a informação de que não teríamos a vivência musicoterápica durante a espera pelo atendimento médico.

Solicitamos àqueles que aceitassem participar da Pesquisa que permanecessem na Unidade após a assistência, para a entrevista. Algumas pessoas preferiram ser entrevistadas sozinhas, em duplas e às vezes em trios. As respostas foram coletadas individualmente em virtude da quantidade de ruídos¹⁶ no local. Esperávamos os pacientes serem atendidos para entrevistá-los evitando que a entrevista fosse interrompida para dar lugar a assistência.

O ajudante de pesquisa esclareceu os usuários sobre o trabalho na medida em que chegavam a Unidade após o momento de explanação em grupo. Foram coletados os dados pessoais de identificação do usuário como nome, sexo e idade. O Consentimento Livre e Esclarecido era apresentado nessa ocasião solicitando a assinatura do participante.

Mantivemos nestes grupos sem musicoterapia – Grupos A e B – a arrumação rotineira da sala de espera na UBSVO¹⁷ para ser fiel a realidade vivida pelos os usuários diariamente.

Procedimento com a musicoterapia – Grupos C e D:

Os grupos mantiveram a média de 16 pessoas por dia como nos Grupos A e B. O procedimento realizado com estes grupos foi o mesmo apresentado anteriormente com a exceção da realização da musicoterapia: nós nos apresentamos para o grupo; explicamos e lemos em voz alta o Consentimento Livre e Esclarecido tirando as dúvidas expostas com relação à Pesquisa; comunicamos que teríamos a vivência musicoterápica durante a espera

¹⁶ O termo ruído está associado aos inúmeros sons misturados no ambiente que sobressaiam em relação à voz dos usuários

¹⁷ A sala possui bancos coloridos (estilo banco de praça), que são arrumados um atrás do outro de maneira a ficarem enfileirados.

pela consulta. Solicitamos àqueles que aceitassem participar da Pesquisa permanecem na Unidade após a consulta médica para a entrevista sobre a espera. Esta medida foi adotada evitando que a entrevista fosse interrompida para dar lugar ao atendimento clínico.

Os usuários tiveram a opção de participar ou não e foram informados de que a prática da musicoterapia na sala de espera da UBSVO seria uma intervenção pontual com fins voltados para a Pesquisa e sendo assim, ao término do trabalho de campo seriam suspensas as atividades.

Como nos grupos anteriores, algumas pessoas preferiram ser entrevistadas sozinhas, em duplas e às vezes em trios. As respostas foram coletadas individualmente em virtude da quantidade de ruídos no local. Esperávamos os pacientes serem atendidos para entrevistá-los

O ajudante de pesquisa esclareceu os usuários sobre o trabalho na medida em que chegavam a Unidade já com o grupo em atividade. Foram coletados dados pessoais de identificação do usuário como nome, sexo e idade. O Consentimento Livre e Esclarecido era apresentado nessa ocasião solicitando a assinatura do participante.

A sala de espera foi arrumada de maneira condizente com o trabalho que seria posto em prática: arrumamos os bancos de forma a ficarem um de frente para o outro como um semicírculo, aberto para o lado que fica de frente para a entrada dos consultórios.

Dessa forma, permitíamos que mais usuários se aproximassem e ocupassem o espaço em pé, e podíamos observar a dinâmica do atendimento. (A identificação da necessidade de formarmos um semicírculo foi adquirida na etapa exploratória, quando percebemos que os usuários se aglutinavam no círculo fechando a passagem e a visibilidade da entrada dos consultórios, onde é feita a chamada para a assistência).

No centro deste semicírculo havia um tapete de E.V.A. (emborrachado) com instrumentos musicais de percussão e o violão apoiado no chão. O gravador ficava no banco junto à pesquisadora.

A musicoterapia teve duração de aproximadamente 40 min. e foi realizada da seguinte forma: dividimos o momento da prática musicoterápica em três fases. A primeira se constituiu de um aquecimento realizado através da técnica de recriação, ou seja, trouxemos músicas que constituem o ISO cultural¹⁸, reconhecido durante a fase exploratória e cantamos utilizando o violão (a pesquisadora) e um instrumento de percussão escolhido no momento pelo ajudante de pesquisa, estimulando a participação cantada dos usuários. Na segunda fase solicitávamos sugestões do grupo, somando ao trabalho o ISO grupal¹⁹ e gestáltico²⁰. Na

¹⁸ ISO Cultural - Identidade sonora própria de uma cultura musical comunitária.

¹⁹ ISO Grupal - Identidade sonora ligada à história social onde o indivíduo está inserido.

terceira fase, após terem cantado e sugerido suas canções, estimulávamos as pessoas a pegarem os instrumentos de percussão disponíveis e tocar. O violão que era executado pela pesquisadora, também podia ser tocado pelos usuários. (este método surgiu a partir das experiências vividas na fase exploratória)

Durante toda a musicoterapia o princípio de ISO instituído por Altshuler, *apud* Benenson (1985), visto anteriormente, foi observado respeitando-se o tempo de cada participante e o humor expressado, escolhendo diante das músicas sugeridas a que mais convinha com o momento.

Utilizamos a técnica de composição na terceira fase da atividade. Os usuários criaram músicas com o seu nome, e com os nomes das pessoas presentes que eram chamadas para serem consultadas. Após o atendimento médico as entrevistas foram realizadas.

²⁰ ISO Gestáltico - Identidade sonora construída a partir das vivências de toda a vida, desde sua fase intra-uterina.

4.3 Análise dos Dados

Os dados coletados através das entrevistas foram codificados e categorizados. As informações do diário de campo e da observação participante serão expostas neste capítulo completando as informações sobre os dados e farão parte da discussão.

Fizemos inicialmente a análise temática do material das entrevistas, trabalhando com temas, como unidades de registros. “Na verdade, o tema é a unidade de registro que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1997, pág. 105). Então, de posse da transcrição de cada entrevista partimos para a leitura deste material identificando e recortando as unidades de registro, os núcleos de sentido, como diz Bardin.

Após esta etapa passamos à categorização, organizando os dados brutos e classificando elementos, como se colocássemos em gavetas. Dessa forma, classificamos e agregamos os dados. Por fim, chegamos à inferência e a interpretação, trabalhando com as significações das mensagens. Fazendo perguntas, buscando causas. Realizamos as interpretações com base no quadro teórico ou levantando pistas a partir da leitura do material.

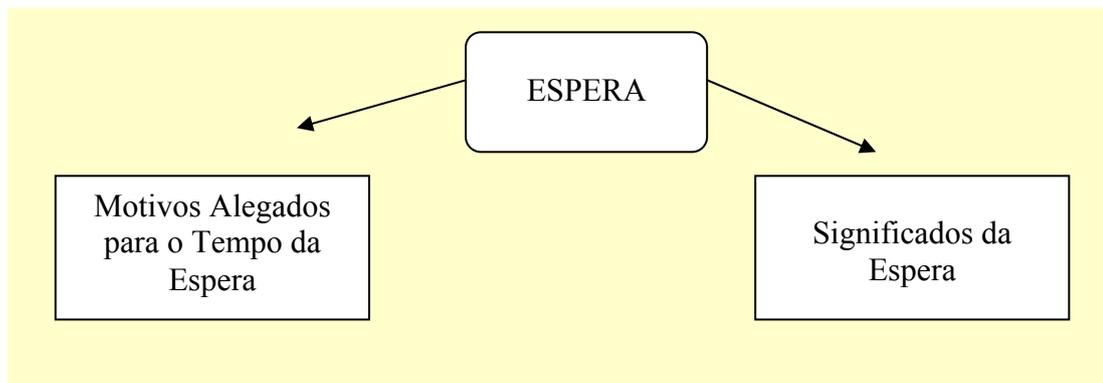
Podemos observar que os dados coletados apresentavam o tema e à medida que as pessoas aproveitavam o momento de escuta proporcionado pela entrevista traziam também suas opiniões sobre todo o serviço oferecido na UBSVO.

O vocabulário utilizado durante as entrevistas contou com termos utilizados pelos usuários, como posto de saúde, postinho, duração da espera, consulta com o médico em vez de consulta médica, etc. Alguns destes termos já trazem consigo um significado que algumas vezes não corresponde ao utilizado na academia. Esta observação foi importante no estabelecimento de uma boa comunicação entre a pesquisadora e os participantes durante a coleta dos dados.

Após separar o material seguindo como tema central a Espera, levantamos os dados mais frequentes das entrevistas: dados referentes ao tempo de espera que refletiam os motivos da espera prolongada na unidade e as informações sobre as sensações mobilizadas com a espera expressando o significado atribuído pelos usuários. Dessa forma organizamos o material referente à Espera em duas ramificações: Motivos alegados para o tempo da espera e o Significado da espera.

A figura abaixo ilustra este raciocínio.

Figura 1



Os quadros que veremos a seguir mostram trechos das entrevistas realizadas com os usuários da UBSVO organizados através do levantamento e análise dos dados referentes à categoria Espera. Cada travessão corresponde à fala de um entrevistado. A transcrição foi feita com o intuito de manter a forma legítima da expressão falada sendo fiel ao modo de expressão de cada um participante.

Na análise dos dados apresentaremos quadros com trechos das entrevistas separados por subcategorias, trabalho feito durante o momento da análise. Porém, em anexo podemos observar todos os trechos em um único quadro referente a cada grupo de entrevistados. (Anexos 3, 4, 5 e 6)

4.3.1 Análise do Material das Entrevistas

Grupo A / Sem Musicoterapia (segunda-feira)

Este foi o primeiro grupo entrevistado. Veremos no quadro abaixo um perfil traçado a partir dos dados sobre o sexo e a idade dos participantes.

Quadro 4: Dados sobre sexo, idade e número total de entrevistados / Grupo A								
Sexo		Idade						Total de entrevistados
M	F	18/ 29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	
01	16	05	00	05	04	02	01	17

A maioria do grupo era feminina, apenas um homem compareceu a unidade para a consulta médica. A entrevista foi realizada em uma segunda-feira, dia de atendimento pediátrico, clínico geral, odontológico e psicológico. O atendimento em grupo para a recepção²¹ no Ambulatório de Saúde Mental não estava em funcionamento neste dia.

Quadro 5: Motivos alegados para o tempo da espera / Grupo A	
Motivo	Trecho das entrevistas sem musicoterapia
Horário do médico	<p>_ a minha consulta ta marcada pra 08:00 h já são 09:00h, cadê o médico? É agora? _...ninguém sabe a hora que ele vai chegar... todo mundo na espera...</p> <p>_ Me mandaram chegar 8:15 h e até agora não me atenderam... os médicos num tão nem aí...</p> <p>_ Me mandaram chegar aqui antes das oito... mas não adianta nada... os médicos não chegam.</p> <p>_ é... é igual a mim ... da outra vez foi a mesma coisa... demorou uma hora e pouca... pra ser atendida. Os médicos são assim...</p> <p>_ ...tem realmente essa demora dele chegar as nove...</p> <p>_ ah, tem que chegar as oito, oito e meia, tem meia hora de tolerância, mas o médico só chega nove e meia... é complicado, né?...</p> <p>_ ... queria que fosse mais rápido, o médico tinha que chegar na hora.</p>
Poucos médicos	<p>_ Demora... porque é muita gente e pouco médico.</p> <p>_ tem vezes que é rápido, tem vezes que demora... Quando tem muita gente é tumultuado... não tem médico pra todo mundo...</p>
Forma de marcação	<p>_ ...fica toda vida... pra marcar... eu acho assim: você tem que chegar aqui... e ser atendida... entendeu? sem marcar... né?</p> <p>_ Tinha que ser igual a antigamente ... você chegava ali marcava... se fosse de manhã, era de manhã... se fosse de tarde era a tarde...</p> <p>_ antes era por ordem de chegada ... você chegava e era atendida. Bem melhor do que agora... Tinha que ter um limite, né? de esperar...</p> <p>_ ah, é assim: a gente chega aqui... a gente tem que marcar uma consulta... mesmo muito mal tem que marcar consulta e ainda vai atender no outro dia...</p>

O grupo rapidamente se mobilizou para expressar seus pensamentos durante a entrevista. Todos os que estavam presentes se manifestaram. Aproveitaram a oportunidade para colocarem suas opiniões sobre todos os serviços oferecidos na UBSVO.

Os dados obtidos revelam, de imediato, que os usuários não gostam de esperar, pois a sua insatisfação quanto ao tempo da espera é expressa com clareza. Podemos observar através dos relatos trazidos pelas entrevistas que a maior queixa é o horário médico. Das 13 pessoas que falaram sobre o motivo da espera 7 apontaram o atraso dos médicos, enquanto os outros dividiram as suas opiniões. Embora a forma de marcação, utilizada pela unidade, leve em

²¹ O Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil utiliza o termo *recepção* para indicar o primeiro momento em que os usuários falam sobre o problema que o levou a procurar o serviço. É considerado como o primeiro atendimento.

consideração a singularidade de cada usuário - sendo visitado pelo ACS para marcar a consulta de forma personalizada - e ofereça condições de acesso para as marcações de consultas, alguns usuários apresentam preferência pelo período em que a consulta era realizada por ordem de chegada.

Podemos notar através da observação participante que o motivo revelado pelos usuários sobre a grande demanda pela consulta em relação ao número de médicos disponíveis está associado ao horário médico. Analisaremos os trechos abaixo para uma leitura mais clara dos dados:

“_Demora... porque é muita gente e pouco médico”.

“_ tem vezes que é rápido, tem vezes que demora... Quando tem muita gente é tumultuado... não tem médico pra todo mundo...”

Verificamos que há acúmulo das pessoas aguardando a consulta porque o médico chegou tarde. Dessa forma, atrasa o atendimento e passa a sensação que tem muitos usuários para poucos médicos atenderem. O termo “às vezes é rápido” refere-se aos dias em que o médico chega na hora e não acumula os atendimentos.

Através das sensações mobilizadas pela espera e expressadas nas entrevistas levantamos dados sobre os significados dados pelos usuários para este deste momento que aguardam o atendimento:

Quadro 6 – Significados da espera / Grupo A	
Significado	Trechos da entrevista sem musicoterapia
Aceitação / Postura Passiva	_ Mas você não paga plano de saúde e é obrigado a ficar aqui... É muito sofrido, mas fazer o quê? A gente fica na mão deles. _ Tem que esperar, né? Eu preciso... _ tem que esperar, né? Eu preciso...Olha as pessoas como é que fica, tudo agoniada ó... _ Esperar a gente espera. Tem que esperar mesmo... mas não que demorasse tanto! Tem que ter muita paciência! Já reclamei várias vezes mas não fizeram nada! _ é... é igual a mim ... da outra vez foi a mesma coisa... demorou uma hora e pouca... pra ser atendida. Os médicos são assim...
Paciência / impaciência	_ ...eu não tenho paciência... Num é bom não... espera... e quando espera o tempo todo e não tem médico? _ ...Tem que ter muita paciência!
Sufrimento	_ ...É muito sofrido, mas fazer o quê? A gente fica na mão deles... _ ...fica nesse sofrimento...
Agonia	_ ...Olha as pessoas como é que fica, tudo agoniada ó... _ ...Fico agoniada... Isso quando você espera e o médico atende, né? do contrário é... quando o médico não vem sua ficha não vai pra outro médico. É uma coisa desagradável.
Ruim	_ ah, é muito ruim. _ Num é bom não
Chato	_ É muito chato!
Horrível	_ Horrível. _ É Horrível. Porque o tempo que você pára aqui... e fica aqui sentado... você tem

	um monte de coisa pra fazer em casa, né? fica nesse sofrimento...
Revolta	<ul style="list-style-type: none"> _ ... cadê o médico? E agora? _ É a demora do atendimento... ninguém sabe a hora que ele vai chegar... todo mundo na espera... _ ... os médicos num tão nem aí... _ ... mas não adianta nada... os médicos não chegam. _ você tem que chegar aqui... e ser atendida... entendeu? _ Tinha que ter um limite, né? _ ... não deixar de um dia pro outro.
Impotência / desmotivação	<ul style="list-style-type: none"> _ não adianta fazer nada... _ fazer o quê? A gente fica na mão deles... _ Já reclamei várias vezes, mas não fizeram nada...
Saudade	<ul style="list-style-type: none"> _ Antigamente era ótimo. _ Antes era por ordem de chegada ... você chegava e era atendida. Bem melhor do que agora...
Perda de Tempo	<ul style="list-style-type: none"> _ Porque o tempo que você pára aqui... e fica aqui sentado... você tem um monte de coisa pra fazer em casa, né? _ ...e quando espera o tempo todo e não tem médico?

É interessante notar que as pessoas que demonstram revolta não parecem ter uma postura passiva ou sentirem-se desmotivadas. Já algumas pessoas que apresentaram uma postura passiva expressam uma sensação de impotência, desmotivação.

Durante a observação participante podemos reparar que os usuários, apesar das queixas, dificilmente se levantam para reclamar, preferindo criar burburinhos ao seu redor. Porém, durante a entrevista alguns deixam claro o desejo de expressar seus pensamentos e a insatisfação de não encontrarem na unidade de saúde uma pessoa que lhes “*deem ouvidos*”, como eles mesmos disseram. Após a entrevista fomos procurados para continuarmos conversando sobre o serviço. Quando um ACS presenciava este momento as pessoas se exaltavam e falavam de forma mais forte suas opiniões e os profissionais se afastavam. Estas informações estão registradas no diário de campo.

Grupo B / Sem Musicoterapia (quinta-feira)

Este foi o segundo grupo entrevistado. A entrevista foi realizada em uma quinta-feira, tendo atendimento odontológico, pediátrico e ginecológico além da clínica médica geral, porém um dos médicos estava ausente neste dia.

Abaixo veremos o perfil do grupo contendo os dados de sexo e idade dos participantes.

Sexo		Idade						Total de entrevistados
M	F	18/29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	
01	15	02	03	03	04	03	01	16

Novamente notamos que a maioria das pessoas presentes na Unidade Básica de Saúde de Vila Operária era feminina. Havia apenas dois homens, sendo que um deles se recusou a participar da entrevista, permanecendo no local em silêncio.

Os usuários pareciam receptivos, embora parecessem cansados, desanimados ao falarem de suas queixas durante a espera. Alguns se exaltavam irritados com a situação relatada. Este sentimento parecia estar direcionado ao tema, revelando uma insatisfação com o tempo de espera pelo atendimento.

A partir da análise dos dados montamos o quadro abaixo com os motivos alegados para o tempo da espera.

Motivo	Trecho das entrevistas sem musicoterapia
Horário do médico	<p>_ É ... depende do médico... depende do horário que o médico chega ... dependendo dele... Se ele chegar tarde a gente vai ficar aqui também, né? esperando, né?...</p> <p>_ Depende muito mesmo do médico... cheguei oito hora já verifiquei a pressão já... Dá pra agüentar...</p> <p>_ ah, tem que esperar quase três horas... depende do médico... fica esperando quase três horas... olha...é... hoje tá calor né? mas... eu não gosto muito de esperar, né?</p> <p>_ Eu também... demora muito a chegar... fica cansativo...</p> <p>_ O médico chega atrasado... o médico chega atrasado, mas não esquento não... tem que relaxar e esperar. A pressão sobe, cê fica de mau-humor, se estressa... então não tem o que fazer...Mesma coisa, o médico demora mesmo...</p> <p>_ Às vezes demora um pouco... não tem tempo não... por causa dos médicos né? que às vezes eles atrasa, assim, né? às vezes eles também tem coisa pra resolver, né? normal, aí tem que esperar...</p> <p>_ ... vou chegar em cima e brigar com ele? Não... tem que ser paciente e esperar ele chegar.</p> <p>Não tem horário não. Depende do médico, da hora que ele chegar... eu já fui</p>

	<p>lá... perguntei e ele não chegou. Mas isso não é um problema do posto... é dos médicos... Então tem que esperar mesmo...</p> <p>_ O atendimento até funciona, mas a gente espera muito tempo pra consultar. Cheguei 08h30min h são 10h30min h e nada. O médico não tá aí e eu já estou impaciente...</p> <p>_ ... O médico chegou mas acumulou muita gente pra atender e por isso demorou. Eles nunca chegam na hora certa.</p>
Falta do médico	<p>_ ... Ainda vim hoje pra vê se sou atendida, não sei se vou... mas ontem eu não fui atendida... o médico não veio né?, mas eu vim em jejum. Aí eu vim oito horas em jejum... e ele demorou muito... aí não deu... não agüentei e fui pra casa...</p>
Forma de marcação	<p>_ ... ninguém vai na minha casa marcar não...</p> <p>_ Se fosse igual a antigamente... a gente chegava e era atendido na hora. Por ordem de chegada.</p> <p>_ Devia ser por ordem de chegada... ontem tive aqui e esperei tanto que passei mal e tive que ir embora....</p>

Os dados expressos no quadro acima reiteram o já visto, de que os usuários não gostam de esperar, pois, revelam a queixa principal do grupo entrevistado: o horário do médico. 11 pessoas das 15 que relataram opiniões sobre o motivo da espera, indicam ser o atraso do profissional médico o principal motivo para a espera prolongada pelo atendimento.

Pela observação participante podemos constatar que é raro o médico faltar. Este fato justifica a existência de uma única menção quanto a este problema nas entrevistas realizadas. A forma de marcação é expressa como um motivo para a espera, embora os Agentes Comunitários de Saúde marquem as consultas durante as visitas e a Unidade estabeleça um dia para as pessoas cadastradas de cada área territorial irem pessoalmente marcar sua consulta. Todos os usuários que estavam aguardando a consulta médica já estavam marcados para este dia, sendo assim, a marcação não interfere diretamente na espera pelo atendimento médico.

É importante ressaltar que obtivemos uma resposta com a informação de que a espera é rápida. Sendo o quadro apresentado com os motivos alegados para o tempo da espera esta resposta não foi contemplada, mas sim considerada como um dado relevante, pois no decorrer de sua fala apresenta uma espécie de método para que não fique esperando.

_ “É rápido... eu chego sempre em cima do horário, não vejo nada de anormal não... isso é normal... não tenho nada a reclamar não... pra mim tá bom...”

Ela chega em cima do horário já sabendo que o médico vai atrasar. Dessa forma, ela não fica muito tempo aguardando.(Anexo 3) No entanto, é chamada a atenção pelas técnicas de enfermagem por não ter chegado cedo no horário predeterminado para pesar e verificar a pressão²².

²² Todas as pessoas marcadas para a consulta médica tem a P.A. e o peso corporal verificado. Caso algum paciente chegue atrasado as técnicas de enfermagem, responsáveis por este serviço, não deixam de fazer a

Quadro 9 – Significados da espera / Grupo B	
Significado	Trechos da Entrevista sem musicoterapia
Aceitação / Postura Passiva	<p>_ não tem tempo não... por causa dos médicos né? que às vezes eles atrasa, assim, né? às vezes eles também tem coisa pra resolver, né? normal, aí tem que esperar...</p> <p>_ Depende muito mesmo do médico... cheguei oito hora já verifiquei a pressão já... Dá pra agüenta...</p> <p>_ ...não vejo nada de anormal não... isso é normal... não tenho nada a reclamar não... pra mim tá bom...</p> <p>_... eu tenho um monte de coisa pra fazer mas tenho que ir ao médico também... fazer o quê?</p> <p>_ tem que esperar né? tem que esperar...</p> <p>_ não vejo nada de anormal não... isso é normal... não tenho nada a reclamar não... pra mim tá bom...</p> <p>_ Mas isso não é um problema do posto... é dos médicos... Então tem que esperar mermo...</p>
Paciência / impaciência	<p>_ Agora vim pegar o número pra hoje né?... tem que esperar né? tem que esperar... tem que ter paciência, né?</p> <p>_ ah... assim... u é? a única coisa que eu posso falar assim, é que tem que ter paciência, né? vou chegar em cima e brigar com ele? Não... tem que ser paciente e esperar ele chegar. _ ah, tem que ter muita paciência... ... e eu já estou impaciente...</p>
Menosprezo	<p>_ Mesma coisa, o médico demora mesmo... e ... ah... bem ... ninguém olha pra tua cara, né? _ porque eles... não tão ligano não...</p>
Estresse / Mal estar físico	<p>_ ...pressão sobe ...se estressa...</p> <p>_ ah, tem que ter muita paciência... senão... eu me irrita, fico logo nervosa e quem se dá mal; sou eu... porque eles... não tão ligano não...</p> <p>_ muito falatório, todo mundo fica falando ao mermo tempo... dá até dor de cabeça às vezes. _ esperei tanto que passei mal e tive que ir embora...</p>
Ruim	<p>_ fica esperando quase três horas... olha...é... hoje tá calor né? mas... eu não gosto muito de esperar, né?</p>
Cansaço	<p>_ Eu também... demora muito a chegar... fica cansativo... _ muito cansativo... ainda mais se tiver com criança...</p>
Tristeza	<p>_ cheguei 08h fui saí daqui ia dá meio dia e não fui atendida... fiquei triste... Ainda vim hoje pra vê se sou atendida, não sei se vou...</p>
Revolta	<p>_ Se ele chegar tarde a gente vai ficar aqui também, né?</p>
Impotência / desmotivação	<p>_ tem que relaxar e esperar. A pressão sobe, cê fica de mau-humor, se estressa... então não tem o que fazer... _ Não... tem que ser paciente e esperar ele chegar.</p>
Mudança de Humor	<p>_ “O médico chega atrasado, mas não esquenta não... tem que relaxar e esperar. A pressão sobe, cê fica de mau-humor, se estressa... então não tem o que fazer...”</p>
Saudade	<p>_ Se fosse igual a antigamente... a gente chegava e era atendido na hora. Por ordem de chegada.</p>

A partir destas falas levantamos alguns pontos que nos chamaram a atenção durante a análise como, por exemplo, o trecho destacado abaixo:

aferição, mas chamam a atenção pelo atraso, justificando que esta conduta prejudica o bom andamento do serviço.

_ “O médico chega atrasado, mas não esquento não... tem que relaxar e esperar. A pressão sobe, cê fica de mau-humor, se estressa... então não tem o que fazer...”

Por sentir-se mal precisa aceitar a situação, e assim busca encontrar recursos internos para o enfrentamento da realidade, a sua capacidade de “relaxar”. E ainda assim afirma: “Não esquento não...”

Outro trecho que gostaríamos de ressaltar fala-nos sobre o pensamento do usuário quanto a espera pelo médico que não havia chegado: _ “...Mas isso não é um problema do posto... é dos médicos...”

Parece haver uma separação dos serviços médicos com os da Unidade de Saúde. Parece que os médicos não são “*problema*” do Posto de Saúde e sendo assim os usuários não têm o que fazer.

Pela observação foi possível testemunhar que, mesmo insatisfeitas, raras pessoas se levantavam e reclamavam com as enfermeiras. A maioria das pessoas reclamava, uns com os outros, e quando os médicos chegavam ninguém reclamava com eles. Em algumas frases notamos que as pessoas sentem-se incapazes de mudar a realidade. Uns se expressam em tom triste, outros parecem ser indiferentes e há aqueles que demonstram insatisfação, mas parecem aceitar esta situação. Algumas pessoas lançaram mão de recursos para enfrentar a situação de longo período de espera outros parecem não se importar apresentando uma postura passiva, relatando que o tempo prolongado de espera é normal ou que dá para aguentar.

As pessoas demonstraram interesse em participar da pesquisa expressando seus pensamentos com relação à espera do atendimento. Durante as entrevistas outros assuntos eram trazidos pelos usuários demonstrando a vontade de expor suas opiniões e apontando outros tipos de demanda para estudos e pesquisas futuras.

Os usuários nos procuravam depois da entrevista para continuarem falando suas opiniões quanto o serviço. Elogiavam as melhorias obtidas com a obra realizada recentemente no Posto, com o trabalho realizado pelas Enfermeiras, com as marcações feitas em casa através dos ACS e reclamavam do incômodo de esperar, queixando-se da falta de organização com relação aos horários do médico e com os das consultas marcadas.

Grupo C / Com Musicoterapia (segunda-feira)

Este foi o primeiro grupo de entrevistados que participaram da musicoterapia. O grupo se diferenciou dos outros anteriores por não apresentar nenhum homem. Vejamos no quadro abaixo:

Sexo		Idade						Total de entrevistados
M	F	18/ 29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	
00	17	04	03	03	02	03	2	17

A entrevista realizou-se em uma segunda-feira. No mesmo dia da semana no qual o primeiro grupo, sem a musicoterapia, foi entrevistado. Havia atendimento clínico geral, pediátrico, odontológico, psicológico. O atendimento em grupo para a recepção dos pacientes do Ambulatório de Saúde Mental Infanto-Juvenil não estava em funcionamento.

O grupo mostrou-se motivado para falar de seu pensamento com relação à espera pela assistência na UBSVO. Todos os presentes participaram.

Motivo	Trechos da entrevistas com musicoterapia
Horário do médico	<p>_ ...Os médicos chegam a hora que querem mesmo, então a gente fica aqui cuidando da gente...</p> <p>_ ... O médico chega tarde... aí... com isso aqui dá um... é... relaxa... é bem melhor.</p> <p>_ ...a pessoa não fica tão ansiosa assim ... pra quando o médico chegar... e então quando a gente chega lá dentro lá... já chega mais calma. Bem melhor.</p>

As pessoas continuam se queixando de ter que esperar pelo atendimento médico. Neste dia não houve falta do profissional médico, desta forma, não surgiram relatos sobre este fato. A marcação da consulta não altera o tempo da espera, pois, os usuários já estão com as consultas marcadas no momento da espera pelo atendimento. Este grupo foca no problema principal enfrentado pelo usuário durante a espera: o horário que o médico chega à unidade.

Quadro 12 – Significados da espera / Grupo C	
Significado	Trechos da Entrevista com musicoterapia
Ser Bom/ Legal	<p>_ ah é ótimo, né? Distrai a gente... muito bom. Os médicos chegam a hora que querem mesmo, então a gente fica aqui cuidando da gente...</p> <p>_ A espera é cansativa, né? O médico chega tarde... aí... com isso aqui dá um... é... relaxa... é bem melhor.</p> <p>_ Ah eu acho bom porque distrai a pessoa... a pessoa não fica tão ansiosa assim ... pra quando o médico chegar...</p> <p>_ Foi bom... Foi bom, foi mais agradável. O ambiente ficou melhor</p> <p>_ Muito legal!</p> <p>_ ... fica aqui no convívio com outras pessoas, né? discutindo o que eles gosta. É sempre bom.</p> <p>_ ah, eu acho muito bom! Muito bom mermo! ah, porque aqui não, a ba... a mu... aumenta nosso astral... entendeu?</p> <p>_ ... ah... ótimo. Bom, muito bom. Porque descontraí, né? Você fica mais leve... mais ... as crianças choram, gritam e... não tem paciência, né? as mães também, as avós... quer dizer é uma terapia pra nós, pros funcionários e pras crianças, né?</p> <p>_ Assim é bom de estar assim... com as pessoas, né?... é muito bom.</p>
Melhora / Mudança de humor	<p>_ ...cheguei aqui caidinha... agora... já... tô ótima!</p> <p>_ ...aumenta nosso astral ... a gente chega aborrecido e sai alegre...</p> <p>_ ...gente melhora... relaxa. Espero que continue porque tudo na saúde acaba...</p> <p>_ ...com essa terapia assim de música e instrumento até você desvia o pensamento de outras coisas, então você praticamente... já até melhora...</p>
Relaxamento	<p>_ A espera é cansativa, né? O médico chega tarde... aí... com isso aqui dá um... é... relaxa... é bem melhor.</p> <p>_ ...relaxa.</p>
Alegria / descontração	<p>_ ...Porque descontraí, né?</p> <p>_ ...alegra a gente...</p>
Calma	<p>_ ...ela chega mais calma...</p>
Agradável	<p>_ ...foi mais agradável.</p>
Leveza	<p>_ Você fica mais leve... mais ... as crianças choram, gritam e... não tem paciência, né? as mães também, as avós... quer dizer é uma terapia pra nós, pros funcionários e pras crianças, né?</p>
Distração	<p>_ Distrai a gente... Os médicos chegam a hora que querem mesmo, então a gente fica aqui cuidando da gente...</p> <p>_ Distrai até um pouco a mente...</p> <p>_ Eu acho que ajuda a você esquecer um pouco das tristezas... né?... quando você tá naquela ansiedade de procurar... por médico e médico... com essa terapia assim de música e instrumento até você desvia o pensamento de outras coisas, então você praticamente... já até melhora...</p>
União / Convívio	<p>_ ...fica aqui no convívio com outras pessoas, né? discutindo o que eles gosta. É sempre bom.</p> <p>_ Assim é bom de estar assim... com as pessoas, né?... é muito bom.</p> <p>_ Ficou melhor, todo mundo num grupo, cantando junto...</p>
Mudança no Ambiente	<p>_ ...foi mais agradável. O ambiente ficou melhor.</p> <p>_ ...alegra o posto... é ou não é? Tem horas que fica até... você só vê... criança... correndo pra lá correndo pra cá... pra lá e pra cá... eu acho uma boa...</p>

A observação participante nos permite perceber que as pessoas que trabalham fora são aquelas que mais se incomodam com a espera e se queixam com as enfermeiras. Mas ainda assim, são poucas. À medida que as pessoas iam chegando à UBS se aproximavam e

começavam a cantar. Algumas pessoas ficaram em pé deixando os bancos afastados, nos quais estavam sentadas, vazios.

As sensações expressas durante as entrevistas revelam a insatisfação dos usuários com a espera pelo atendimento. Com a musicoterapia as pessoas falam dos bons sentimentos, mas isso também deixa aparecer o sentimento oposto, a indignação com a espera, quando o usuário afirma que:

- “_ Eu acho legal... porque eu já estava aqui dormindo, né? (risos) A espera é cansativa, né? O médico chega tarde... aí... com isso aqui dá um... é... relaxa... é bem melhor.”
- “_ Ah eu acho bom porque distrai a pessoa... a pessoa não fica tão ansiosa assim ... pra quando o médico chegar... e então quando a gente chega lá dentro lá... já chega mais calma. Bem melhor.”
- “_ Foi bom... Foi bom, foi mais agradável. O ambiente ficou melhor”
- “_ Eu gostei muito. Assim é bom de estar assim... com as pessoas, né?... é muito bom.”
- “_ Adorei. A gente melhora... relaxa. Espero que continue porque tudo na saúde acaba... eles começam e logo acabam...”
- “_ Foi bom... Foi bom, foi mais agradável. O ambiente ficou melhor”
- “_ Ficou melhor, todo mundo num grupo, cantando junto”
- “_ ah... ah... ótimo. Bom, muito bom. Porque descontraí, né? Você fica mais leve... mais ... as crianças choram, gritam e... não tem paciência, né? as mães também, as avós... quer dizer é uma terapia pra nós, pros funcionários e pras crianças, né?”

Revelam que a espera é cansativa, que os médicos chegam tarde; que a espera não é relaxante; que as pessoas ficam ansiosas pela chegada e consulta com médico; que a espera é desagradável; que o ambiente da sala de espera pode melhorar; que as pessoas ficam isoladas durante a espera; que a idéia de que as ações na saúde são temporárias e tendem a acabar está preconcebida pelos usuários; que as pessoas ficam impacientes com a espera e que a espera prolongada oferece uma sensação de peso.

Alguns usuários conseguem perceber que a musicoterapia oferece assistência durante a espera pelo atendimento e sentem-se cuidando de si, como nos trechos que se seguem:

- “_ ah... ah... ótimo. Bom, muito bom. Porque descontraí, né? Você fica mais leve... mais ... as crianças choram, gritam e... não tem paciência, né? as mães também, as avós... quer dizer é uma terapia pra nós, pros funcionários e pras crianças, né?”²³
- “_ ah é ótimo, né? Distraí a gente... muito bom. Os médicos chegam a hora que querem mesmo, então a gente fica aqui cuidando da gente...”
- “_ Eu acho que ajuda a você esquecer um pouco das tristezas... né?... quando você tá naquela ansiedade de procurar... por médico e médico... com essa terapia assim de música e instrumento até você desvia o pensamento de outras coisas, então você praticamente... já até melhora... um pouco mais... fica aqui no convívio com outras pessoas, né? discutindo o que eles gosta. É sempre bom.”
- “_ eu mesmo cheguei aqui caidinha agora.. já... tô ótima!”
- “_ ah, eu acho muito bom! Muito bom mermo! ah, porque aqui não, a ba... a mu... aumenta nosso astral... entendeu? Au... aumenta o nosso astral. É isso aí. A gente chega aborrecido e sai alegre.”

²³ Este trecho está repetido porque exemplifica duas questões de análise: a insatisfação e a assistência pela musicoterapia.

A partir destes trechos notamos que a musicoterapia proporciona bem estar as pessoas suavizando suas angustias e potencializando a capacidade individual para o enfrentamento de seus problemas possibilitando que os usuários reflitam criticamente sobre o serviço sem causar estresse e mau estar com os relatos sofridos vividos por eles.

Durante a musicoterapia compomos melodias curtas com os nomes dos usuários que eram chamados para a assistência. Esta técnica foi utilizada como solução para a preocupação dos usuários quanto ao fato da atividade atrapalhar a audição dos nomes que são chamados pelas auxiliares de enfermagem, das pessoas que seriam atendidas. Então, nas vivências seguintes começamos a ajudar as auxiliares de enfermagens cantando o nome das pessoas que seriam chamadas. No trecho abaixo veremos como se deu este momento:

“Lina (usuária) estava com a Kátia (usuária) e durante o intervalo entre as músicas disse:

_ Eu não vou poder ficar aqui não. Nós vamos pra lá.

Adriana (pesquisadora) perguntou: _Por que?

Lina respondeu: _ a música não deixa a gente ouvir chamar. Vamos ficar do lado da porta lá...”

Quando o intervalo da chamada não coincidia com os intervalos das músicas, interrompíamos a música para fazer a chamada cantada indicando o momento da consulta médica.

As próprias pessoas do grupo se estimulavam dando força para cada um cantar. Entre as músicas conversavam sobre suas religiões, seus endereços, nomes, gostos musicais. Alguns moravam perto e não se conheciam ainda. Chamou-nos a atenção uma jovem, que apesar da dificuldade, por encontrar-se com bolsas e um bebê recém-nascido nos braços, fez questão de participar da musicoterapia, tocando o chocalho para seu neném. Todos a conheceram e souberam de sua história.

Algumas pessoas cantavam mais alto que as outras e assim era possível identificar a voz de alguns usuários, que acabavam recebendo elogios pelo seu desempenho. Quando apenas a pessoa que sugeria a música sabia cantá-la, todos nós a incentivávamos a solar e elas aceitavam o desafio e mesmo baixinho cantavam, sendo acompanhadas pelo grupo, nos momentos mais conhecidos como nos refrões, por exemplo.

Ao término da entrevista alguns usuários nos procuravam querendo saber se poderiam voltar outro dia para participar novamente ou se na próxima consulta estaríamos oferecendo a musicoterapia de novo.

Os momentos de convívio em grupo foram citados diversas vezes durante as entrevistas revelando a afirmação dos usuários quanto à falta do sentimento de pertencimento ao grupo. Durante a espera sentem-se isolados, cada um por si, enquanto durante as sessões de musicoterapia estavam vivenciando o contato consigo mesmos - através da sua voz, da sua

escolha musical, do seu potencial reconhecido pelo grupo, do reconhecimento de suas possíveis potencialidades na execução de um instrumento - com o outro - através da troca construtiva e segura em um ambiente acolhedor.

- _ Eu acho que ajuda a você esquecer um pouco das tristezas... né?... quando você tá naquela ansiedade de procurar... por médico e médico... com essa terapia assim de música e instrumento até você desvia o pensamento de outras coisas, então você praticamente... já até melhora... um pouco mais... fica aqui no convívio com outras pessoas, né? discutindo o que eles gosta. É sempre bom.
- _ Ficou melhor, todo mundo num grupo, cantando junto...
- _ Eu gostei muito. Assim é bom de estar assim... com as pessoas, né?... é muito bom.
- _ Eu acho a mesma coisa.
- _ ah... ah... ótimo. Bom, muito bom. Porque descontraí, né? Você fica mais leve... mais ... as crianças choram, gritam e... não tem paciência, né? as mães também, as avós... quer dizer é uma terapia pra nós, pros funcionários e pras crianças, né?
- _ Muito legal! Estar junto com outras pessoas e cantar! Muito bom mesmo!

Aqui começa a ser revelado não só as queixas pela espera demorada, mas a possibilidade de um convívio grupal, mas harmonioso. Os usuários começam a descobrir potencialidades.

Grupo D / Com Musicoterapia (quinta-feira)

Este foi o segundo e último grupo entrevistado na sala de espera após participarem da musicoterapia. A entrevista se deu em uma quinta feira da mesma forma que o segundo grupo entrevistado sem a participação da musicoterapia. O perfil do grupo seguiu os perfis dos dois primeiros grupos entrevistados. A presença maciça das mulheres e pouquíssimos homens como podemos ver no quadro abaixo.

Sexo		Idade							Total de entrevistados
M	F	18/ 29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	80/89	
02	14	03	03	03	04	02	00	1	16

Sendo quinta-feira as consultas eram para a clínica generalista, pediatria e ginecologia, além do atendimento odontológico e musicoterápico no Ambulatório de Saúde Mental Infante-Juvenil que quando havia a pesquisa era suspenso por ser a pesquisadora a musicoterapeuta do ambulatório.

Motivo	Trechos da entrevista com musicoterapia
Horário do médico	<ul style="list-style-type: none"> _... porque a gente espera o médico chegar... _ A gente chega cedo pesa depois fica sentado aqui esperando... aí quando o médico chega começa a chamar. _ ... aproveita que o médico vem tarde ...

	_ ... porque os médicos nunca chegam na hora mesmo... _ ...ficar esperando, né? pelo médico...
--	---

A queixa por ficar esperando continua aparecendo. Apesar de uma usuária relatar que a espera é rápida, como veremos no trecho abaixo, a maioria dos entrevistados refere-se à espera como um tempo prolongado e atribui a existência da espera pelo atendimento ao atraso do médico. Neste dia não houve falta do profissional médico e os usuários que aguardavam a consulta já estavam com a sua marcação agendada. Uma entrevistada afirma que geralmente é atendida rápido e fica surpresa com a prática musicoterápica na assistência durante a espera: “_ Pra mim eu acho que não influi em nada não... Minha opinião é essa. *Geralmente eu sou atendida rápido*. Eu chego cedo, sou atendida e vou embora... agora que eu fiquei surpresa, com o que aconteceu aqui, né? Com a música... Ficou animado, deu uma animação. Geralmente posto é meio triste assim... aí deu uma animação.” Porém, através da observação participante podemos constatar que o fato de ser atendida rápido é raro.

Quadro 15 – Significados da espera / Grupo D	
Significados	Trechos da Entrevista com musicoterapia
Bom Ser Legal Ser Ótimo Adorar / gostar	_ É bom, muito bom... aproveita que o médico vem tarde e fica aqui... todo mundo cantando junto... _... eu gostei. Minha primeira vez... nunca vi isso em hospital não, mas é legal _ Eu acho... muito legal. Muito bom. Quer dizer que a... a pessoa fica esperando... demora chegar a hora da pessoa ir pro médico... aí... ficar esperando dá até sono... aí... tendo um divertimento desse... é uma coisa muito legal... _ _ ah ... achei um espetáculo, eu adorei. Adorei. _ A gente espera com mais paciência, achei ótimo. _ É bom, é bom... _ ...é bom pra mente... _ eu gostei... _ ...eu achei ótimo, achei mermo. Cheguei aqui meio um pouquinho assim... chateada, mas quando... eu só senti o toque do violão... aquilo já me animou... entendeu? Quando eu ouvi todo mundo cantando também eu me animei. Adorei, adorei mesmo. Vale a pena!
Melhora Mudança humor	_ ...faz a gente esquecer as tristeza, entendeu? Se tiver sentindo dor a gente esquece... _ Cheguei aqui meio um pouquinho assim... chateada, mas quando... eu só senti o toque do violão... aquilo já me animou... entendeu?
Paciência	_ ... espera com mais paciência,
Diversão / Alegria / Animação	_ a gente se diverte, passa o tempo mais rápido do que ficar esperando, né? pelo médico... Música é sempre bem vida na nossa vida. _ ...tendo um divertimento desse... é uma coisa muito legal... a pessoa até esquece que tá doente, né?... a pessoa às vezes dorme aqui esperando... aí é chamado e... ôôôô ... tão te chamando ó. Aí a gente acorda e vê, né? Mas com isso assim, não acontece, né?” _ ... ainda tem algo pra fazer, se divertir, um atrativo, né... _ Ficou animado, deu uma animação. _ porque fica mais divertido. Eu acho assim.
Calma	_ Hoje foi mais bonito ainda, dá muita calma. Tira o falatório... o posto fica abençoado.
	_ ... O tempo passa mais rápido ... _ ...passa mais rápido o tempo.

O tempo parece passar mais rápido	<ul style="list-style-type: none"> _ ... o tempo tá passando mais rápido. _ É... pelo menos não deu pra esperar tanto... _ ...passa o tempo mais rápido que fica esperando, né?
Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"> _ ...mais relaxante, né.
Distração	<ul style="list-style-type: none"> _ Distrai... passa mais rápido o tempo. _ É bom, é bom... Porque distrai as pessoas, não é não? é bom pra mente... _ a pessoa até esquece que tá doente, né?.... _ esquece até um pouco do problema que tem.
União / Convívio	<ul style="list-style-type: none"> _ ...todo mundo cantando junto...
Mudança no Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> _ Tira o falatório... o posto fica abençoado. _ Geralmente posto é meio triste assim... aí deu uma animação.
Indiferença	<ul style="list-style-type: none"> _ Pra mim eu acho que não influi em nada não... Minha opinião é essa.
Surpresa	<ul style="list-style-type: none"> _ Pra mim eu acho que não influi em nada não... Minha opinião é essa. Geralmente eu sou atendida rápido. Eu chego cedo, sou atendida e vou embora... agora que eu fiquei surpresa, com o que aconteceu aqui, né? Com a música... Ficou animado, deu uma animação. Geralmente posto é meio triste assim... aí deu uma animação.

Este grupo contou com a presença de alguns profissionais²⁴ que se aproximaram espontaneamente no decorrer da atividade. As pessoas que aguardavam o atendimento estavam dispersas quando iniciou a musicoterapia, mas aos poucos foram se aglomerando e cantando. Alguns balançavam o corpo e cantavam empolgadas com um sorriso no rosto, outros de uma forma mais tímida acompanhavam somente cantando e notamos que alguns preferiam apenas observar. Nem todos os participantes tocaram instrumentos, alguns batiam palmas e outros batucavam nas pernas.

Os usuários à medida que se aproximavam e não tinha mais lugar para sentar, ficavam em pé perto dos instrumentos, do violão e do canto. As pessoas que optaram em sentar nos bancos mais distantes cantavam de lá mesmo e participavam do seu jeito.

Em meio às músicas, nos intervalos ou durante a próxima sugestão musical as pessoas trocavam impressões, conversavam sobre assuntos diversos perguntando nomes um dos outros, igreja que freqüentava, onde moravam.

As pessoas cantavam seus nomes e os nomes dos outros usuários quando eram chamados para a consulta médica. Desta forma, ficavam atentos para a chamada que se organizava de forma mais satisfatória para os usuários permitindo que não ficassem confusos e apreensivos em escutarem seus nomes.

Os dados analisados através das entrevistas revelam o descontentamento dos usuários com o tempo da espera e as sensações mobilizadas durante o momento em que aguardam o atendimento. Podemos identificar estes dados a partir dos trechos:

_ A gente espera com mais paciência, achei ótimo.

²⁴ Teremos contato com os depoimentos dos profissionais em outro momento, refletindo especificamente sobre a participação deles.

_ A gente chega cedo pesa depois fica sentado aqui esperando... aí quando o médico chega começa a chamar. Tendo esses instrumentos é muito melhor... Muito válido, né? mais relaxante, né...

_ É... pelo menos não deu pra esperar tanto... deu pra enganar... com a música... né? não sei depois... porque os médicos nunca chegam na hora mesmo... mas até então... eu gostei. Minha primeira vez... nunca vi isso em hospital não, mas é legal

_ Hoje foi mais bonito ainda, dá muita calma. Tira o falatório... o posto fica abençoado.

_ Ai, eu acho que pode ajudar muito. Porque às vezes a pessoa chega nooo médico já chega com “ai meu Deus...” aí quando deu a música assim né? como tá aqui agora aí o pessoal fica até... esquece até um pouco do problema que tem. (vai ser repetido)

Quando os usuários revelam que com a musicoterapia eles esperam com mais paciência, fica claro que sem a musicoterapia sofrem com a impaciência apontando, desta forma, seu descontentamento com a espera pelo atendimento. Seguindo este raciocínio podemos obter através da expressão dos usuários a sua avaliação quanto ao momento da espera.

Os dados revelam a demora do médico em chegar ao trabalho; o estresse que é promovido pela a espera ao atendimento; a sensação de que os problemas não tem jeito e que as ações oferecidas pelo sistema da saúde tentam enganar os usuários; o ambiente tumultuado; a preocupação e a ansiedade presente no momento em que antecede a consulta médica, a atenção dos usuários voltada para o problema que o levou a procurar assistência deixando mais tenso para o momento da consulta.

Este grupo relatou a sensação de o tempo passar mais rápido, apesar do tempo cronológico da espera ter sido o mesmo do grupo sem musicoterapia. O tempo sendo utilizado de forma criativa, promovendo a interação do grupo proporciona a sensação de que o tempo cronológico passa mais rápido. Fica evidente nestes trechos a insatisfação dos usuários com o tempo ocioso despendido para o atendimento médico. O termo “divertido” entoado de forma enérgica, feliz e surpreendida por ver-se feliz em uma UBS, revela a realidade tediosa, triste, passiva, que os usuários se encontram durante a espera pelo atendimento.

Alguns usuários sentem-se produzindo, utilizando o tempo da espera de uma forma útil, como vemos nos trechos que se seguem:

_ É bom, muito bom... aproveita que o médico vem tarde e fica aqui... todo mundo cantando junto...

_ É uma boa experiência. É melhor porque a gente espera o médico chegar... e... ainda tem algo pra fazer, se divertir, um atrativo, né... pra gente esperar...

_ eu gostei, porque o tempo, o tempo tá passando mais rápido.

_ É mais rápido... vamos dizer assim... O tempo passa mais rápido porque fica mais divertido. Eu acho assim.

_ Distrai... passa mais rápido o tempo.

_ a gente se diverte, passa o tempo mais rápido do que ficar esperando, né? pelo médico... Música é sempre bem vida na nossa vida.

Nos trechos que se seguem podemos notar que os usuários percebem que estão sendo assistidos pela musicoterapia:

_ Ai, eu acho que pode ajudar muito. Porque às vezes a pessoa chega nooo médico já chega com “ai meu Deus...” aí quando deu a música assim né? como tá aqui agora aí o pessoal fica até... esquece até um pouco do problema que tem. (Este trecho também está transcrito junto com os primeiros exemplos expostos anteriormente por expressar a preocupação e a tensão presentes no momento em que antecede a consulta médica e aqui aparece nos trazendo a percepção do usuário de que está sendo assistido)

_ ah... é uma coisa que ... faz a gente esquecer as tristeza, entendeu? Se tiver sentindo dor a gente esquece porque a alegria da gente é cantar, né? e quem canta seus males espanta, então... ah... eu achei ótimo, achei mermo. Cheguei aqui meio um pouquinho assim... chateada, mas quando... eu só senti o toque do violão... aquilo já me animou... entendeu? Quando eu ouvi todo mundo cantando também eu me animei. Adorei, adorei mesmo. Vale a pena!

“_ Eu acho... muito legal. Muito bom. Quer dizer que a... a pessoa fica esperando... demora chegar a hora da pessoa ir pro médico... aí... ficar esperando dá até sono... aí... tendo um divertimento desse... é uma coisa muito legal... a pessoa até esquece que tá doente, né?... a pessoa às vezes dorme aqui esperando... aí é chamado e... ôôôô ... tão te chamando ó. Aí a gente acorda e vê, né? Mas com isso assim, não acontece, né?”

_ ah... é uma coisa que ... faz a gente esquecer as tristeza, entendeu? Se tiver sentindo dor a gente esquece porque a alegria da gente é cantar, né? e quem canta seus males espanta, então... ah... eu achei ótimo, achei mermo. Cheguei aqui meio um pouquinho assim... chateada, mas quando... eu só senti o toque do violão... aquilo já me animou... entendeu? Quando eu ouvi todo mundo cantando também eu me animei. Adorei, adorei mesmo. Vale a pena!

_É bom, é bom... Porque distrai as pessoas, não é não? é bom pra mente...

4.3.2 Material do Diário de Campo

Neste item serão comentados trechos do Diário de Campo. Eles trazem situações vividas fora do tema espera, mas que foram facilitadas pelas atividades de musicoterapia. Estas observações farão parte da discussão e ajudam a fazer correlações sobre a complexidade do cotidiano da Unidade. Os nomes contidos nestes trechos que serão transcritos são fictícios evitando a identificação dos participantes.

Transcrevemos abaixo o relato de uma usuária que após participar da musicoterapia lembrou de uma experiência que passou com sua família no INCA quando teve acesso a Musicoterapia no Hospital:

“_Porque eu tive uma experiência. Na minha família mesmo... a minha mãe. O tempo que ela tava internada pra fazer uma cirurgia. Um tumor que ela tinha no ovário... pois quando ela²⁵ entrou na enfermaria ela levantou a enfermaria, ela começou a cantar. Desde as músicas do Padre Marcelo Rossi até do Zéca Pagodinho(e cantando completou) deixa a vida me levar, vida leva eu. Então é ótimo, entendeu? Ela costurou ali com a música, assim... a Míriam²⁶ mesmo sabe da história dela”

²⁵ O pronome ‘ela’ refere-se a musicoterapeuta da instituição.

²⁶ Miriam é um nome fictício que foi criado para não identificarmos a pessoa mencionada. Ela é a agente comunitária de saúde responsável pela área territorial da moradia desta usuária.

Tivemos um fato ocorrido no Grupo C que nos chamou bastante atenção e por isso será citado abaixo e discutido mais diante:

Uma senhora de 65 anos aguardava seu atendimento participando da Musicoterapia. Ela parecia tímida, dizia que preferia observar... Percebi que ela mexia o tronco para as laterais dançando suavemente e às vezes perguntava as pessoas presentes se sabiam do Dr. Wilson²⁷, mas a resposta era negativa. Então, a senhora voltava ao mesmo momento suave de antes.

Uma auxiliar de enfermagem se aproximou e avisou que o Dr. Wilson não viria a Unidade naquele dia, então a senhora desabafou musicalmente a raiva que estava sentindo pelo Dr. Wilson ter faltado ao trabalho.

Quando percebi que a senhora iria embora daquele jeito puxei a música “Trem das Onze” trocando a letra com o conteúdo que ela já tinha expressado durante a sessão e cantei: Não posso ficar nem mais um minuto com vocês, sinto muito gente mais não pode ser, onde eu moro é contra mão, seu perder a consulta que estava marcada agora só amanhã de tarde...

Nesta hora ela pegou a vez e voltou um pouco à melodia com outra letra dizendo: Eu perdi a consulta e agora tenho muita coisa pra fazer... tenho muitos netos e cuido de tudo sozinha, preciso ir pra cozinha, é muito chato vim à toa no posto...

Então cantei dizendo: então você é muito importante, cheia de compromissos e responsabilidade

Ela respondeu ainda cantando: sou é cheia de problemas e parou de cantar para tocar mais forte o instrumento cabuletê, girou e canalizou sua angustia. Depois, levantou o cabuletê e perguntou:

_ Quem quer segurar neste pau? E aí vocês querem segurar no pau? Disse essas palavras rindo maliciando sua conotação.

Ninguém aceitou o convite e então sugeri que ela escolhesse outra música para gente cantar. Ela escolheu “Maria, Maria”²⁸ e cantou forte com vontade. No meio da música devolveu o cabuletê e voltou a acompanhar balançando o corpo suavemente para as laterais. Depois disto foi embora.

Entendemos que diante desta situação, foi necessário fazer uma intervenção musicoterapêutica. Mas, como esta intervenção escapa ao foco da pesquisa, este trecho não foi categorizado. Está sendo citado, pois através deste dado percebemos que a musicoterapia foi canal de expressão de afetos que precisavam ser acolhidos.

Outro momento que gostaríamos de expor refere-se à ajuda recíproca do grupo, da importância que cada um dava ao outro em sua forma de expressão. Podemos perceber também a interação de alguns profissionais com os usuários.

“... Adriana²⁹ dirigiu-se a Aline perguntando:

_ Como você está se sentindo?

_ A mulher mais feliz do mundo! Não vejo a hora de ter ele nos meus braços! É um sentimento que eu não sei explicar... Disse comovida.

Adriana então perguntou: _ Qual música gostaria de cantar para seu bebê?

_ Eu sei que vou te amar.

²⁷ Este nome foi adotado para preservar a identificação do ator social.

²⁸ Maria, Maria – Milton Nascimento

Maria, Maria, é um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta
Maria, Maria, é o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas agüenta

Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria, mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania de ter fé na vida

²⁹ O nome Adriana refere-se à pesquisadora, todos os outros são fictícios como foi comentado no início deste item.

Neste momento Sofia (ACS) pegou o violão com a Adriana e tocou a música sendo acompanhada por todos.

Neste momento chegou um Senhor de nome Adolfo (usuário) que apresentava os movimentos da mão esquerda bastante prejudicados e uma dificuldade na marcha devido a uma seqüela proveniente de um derrame. Então, Jane (usuária) mesmo sem conhecê-lo, pegou um instrumento (pandeiro com pele), assim que ele sentou, e entregou a ele.

Adolfo ficou surpreso e disse que não conseguiria tocar. Adriana (pesquisadora) o incentivou dizendo que podia criar o seu jeito de tocar. Que cada um ali tocava do seu jeito.

Adolfo então olhou para o instrumento e solicitou que a Jane colocasse o instrumento embaixo do seu antebraço apoiando-o com a perna. Com a outra mão ele bateu com dificuldades porque apresentava problemas de coordenação motora.

Quando tocou parecendo que iria experimentar se daria certo, todos aplaudiram e então começamos a música...

Alguns usuários durante a atividade de musicoterapia relataram informações sobre a ambiência do local. Este é um ponto importante da Pesquisa porque pode ser uma das respostas para a questão investigada.

“Reparei que uma senhora lia um livro durante a musicoterapia. Aproximei e perguntei:

_ Está tudo bem? A Nice (usuária) olhou pra mim parecendo tranquila e respondeu:

_ Tá! Tá ótimo, eu tô aproveitando a ambiência para ler. Assim eu consigo ler. Com falatório não dá.

_ Observei o livro e notei que era um romance. Agradei a participação e voltei para o semicírculo...”

4.3.3 Material Referente aos Profissionais

Tivemos a participação dos profissionais durante alguns momentos em todos os grupos. Nos grupos A e B os usuários quando percebiam a presença destes, falavam mais exaltados e então eles se afastavam evitando contendas. Nos grupos C e D eram bem vindos, cantavam com as pessoas e todos participavam. Dentistas, auxiliares de enfermagem, técnicos de higiene bucal, enfermeiras e ACS. Os médicos passavam pela Sala de Espera, olhavam e sorriam para os usuários.

Observamos que os profissionais e os usuários se relacionavam de forma tranqüila, se ajudavam nas escolhas das músicas e na execução dos instrumentos. Alguns usuários aproveitavam o momento para tirarem dúvidas com os agentes de saúde e com as enfermeiras.

O trecho abaixo é um exemplo do que foi dito e refere-se Grupo D.

“...a música cantada em seguida foi *Por Enquanto* do Renato Russo. Sofia (ACS) acompanhou no ganzá e no pandeiro. A Musicoterapeuta perguntou mais uma vez à Claudia (usuária):

_ Lembrou da música que você queria cantar?

A resposta foi negativa, então Adriana dirigiu-se ao Marcos (ACS) com a mesma pergunta.

_ Não sei.

Neste momento uma usuária perguntou a ele:

_ Que tipo de música você gosta? Outras pessoas repetiram a pergunta dela como se estivesse fazendo eco.

_ Gosto de músicas calmas. Eu tenho algumas músicas.

_ Você compõe? Perguntou a Adriana (Pesquisadora) Então canta pra conhecermos a sua música!

Os usuários incentivaram Marcos a cantar, porque parecia ser muito tímido. Então, Marcos cantou alguns trechos de algumas músicas dele.

Quando terminou, todos bateram palmas e Marta (usuária) sugeriu que voltássemos a compor a música dos nomes e compôs primeiramente para a Bruna (Usuária) e depois para Augusta (enfermeira), mas logo a chamaram para o atendimento e ela fez o seguinte depoimento sobre a sessão: “Eu estava precisando me distrair, isso assim é muito legal, porque incentiva as pessoas a se unirem. Normalmente elas vem aqui e nem se falam...”

Agradecemos à participação dela e lembramos que antes dela ir embora iríamos nos encontrar novamente para fazermos a entrevista.

Os Agentes Comunitários de Saúde solicitaram sessões de musicoterapia em outro horário e direcionado para eles. Esclareceram que o trabalho é desgastante, por estarem muito próximos aos usuários enfrentando realidades de fome, miséria, doenças graves, contato com grupos que consomem drogas. Abaixo está transcrito um trecho desta longa conversa.

“ah, pra gente é muito bom, sabe? A gente precisa mesmo de um trabalho desse, mas só pra gente.... que é trabalhador, né? A gente fica mais forte pro trabalho. A gente vê cada coisa, que se te contar, você nem acredita. Tem vezes que é muito ruim. Eu vou rezando pelo caminho, pra fazer minhas visitas, mas é difícil...”

Após a entrevista fomos procurados por alguns profissionais que fizeram questão de expor suas opiniões, após vivenciarem conosco o momento.

“_ Achei legal, interessante, novidade... ah eu acho que isso aí faz até que as pessoas também ... ela acaba também... vamos dizer assim... tendo liberdade né? de expressar seus sentimentos... que as vezes a pessoa sai de casa tão... tão agoniada, alguma coisa assim... assim... aí fica no grupo unido... com o mesmo propósito... ah, pra mim... o pouquinho que fiquei ali... eu já entrei aqui, o pessoal aqui (se referindo a ESB que estava dentro da sala) tava até brincando comigo... “ah você tá feliz... tava cantando...” eu acho que faz bem!” (Auxiliar de Consultório Dentário)

“_ah! Tá muito bom... é... uni mais as pessoas, né?... ce vê... que todo mundo chega, todo mundo canta... é muito bom, muito proveitoso. Como trabalhadora eu acho ótimo. Muito bom pra gente se descontrair, trabalha até melhor o resto do dia... já que a gente não pode fazer um yoga... já a música já descontra bastante. Já vai mais feliz pra rua fazer o seu trabalho. É muito bom”. (ACS)

_ “ah... acho que deixa você mais relaxada, mas concentrada no trabalho, mais à vontade... achei muito legal”. (Dentista)

_ “ah, eu achei muito legal, a MT ajuda muito, as pessoas ficam mais relaxadas, muito lega”. (ACS)

“_Essa experiência tem trazido pra mim grande aprendizado... né? Participando assim... um pouco pela lateral (risos) do projeto que a Adriana tem feito... e... tem muito me estimulado a música, eu já gosto de música eu já toco... e... quando eu tô ali como participante eu me sinto... valorizada, me sinto bastante importante... e a música, né? é algo que toca profundamente, mexe com todo mundo, é uma linguagem só. Pra mim é isso”. (ACS)

_ “A musicoterapia ajudou a organizar os usuários na porta, porque quando eles estão esperando costumam a se aglomerar na porta criando confusão e deixando os profissionais nervosos. Assim, eles se afastaram ajudando a trabalharmos melhor”. (Técnico de Higiene Bucal)

_ “Eu concordo com ele, as pessoas saíam da porta e a gente podia trabalhar mais tranquilo, organizando melhor a chamada dos pacientes”. (Técnica de enfermagem)

4.3.4 Unindo os Dados

Observando os dados sobre o perfil dos grupos quanto a relação de sexo e idade obteremos um perfil bastante semelhante entre os grupos. A maioria feminina com a presença de nenhum, um ou dois homens participando. O quadro abaixo demonstra o montante final destes perfis.

Quadro 16 : Totalidade dos Dados sobre sexo, idade e número total de entrevistados								
Sexo		Idade						Total de Entrevistados
M	F	18/ 29	30/39	40/49	50/59	60/69	70/79	
04	63	14	9	14	14	10	5	67

É possível notarmos que a maior parte dos usuários da UBSVO, presentes nos quatro dias da pesquisa de campo, pertence às faixas etárias de 18 a 29 anos e de 40 a 59 anos. A maioria dos idosos que possuem idade acima de 70 anos é atendida em domicílio através das visitas da ESF. Talvez este fato justifique o pequeno número de idosos que procuram a Unidade. O atendimento pediátrico, clínico e odontológico se repetiu nos quatro dias sendo que em um destes dias tivemos a falta de um profissional médico (clínico e pediatra). Durante este mesmo período os atendimentos ginecológico e psicológico se alternaram.

É notável a procura maciça de mulheres pela assistência na UBSVO. Este fato merece um estudo específico. Um recorte sobre gênero investigando esta realidade. Porém, esta Pesquisa não comporta tal discussão, por estar comprometida com outra investigação, sendo nosso objetivo analisar a musicoterapia na sala de espera na UBSVO.

Comparando os quadros apresentados no item 4.3.1 deste capítulo, faremos a partir deste momento, observações quanto aos grupos organizados por dia da semana: segunda-feira – Grupos A (sem a musicoterapia) e o Grupo C (com a musicoterapia); quinta-feira – Grupos B (sem a musicoterapia) e o Grupo D (com a musicoterapia).

As entrevistas feitas na sala de espera sem a musicoterapia revelaram opiniões sobre o motivo pelo qual o tempo da espera é prolongado. Tivemos relatos sobre o horário que o médico chega a unidade, sobre a forma de como é feita a marcação, alguns apontaram a insuficiência de médicos com relação a demanda e até mesmo a ausência destes em alguns dias.

A espontaneidade era bastante visível em todos os grupos entrevistados, a vontade de se expressar, de aproveitar a oportunidade da escuta que era oferecida por meio da Pesquisa. Os dados dos Grupos C e D que participaram da musicoterapia, não possuem uma riqueza de argumentos que justificam o tempo da espera. A única informação que persistiu em todos os grupos foi a queixa com relação ao horário do médico chegar a Unidade.

Os dados coletados dos grupos C e D que passaram pela vivência musicoterápica, apesar de serem entrevistados a partir do mesmo roteiro que os grupos A e B revelaram outro aspecto da espera. A expressão dos usuários foi com relação às boas sensações, sentimentos e anseios que significavam o momento da espera revelando uma denúncia: o sofrimento mobilizado pela espera prolongada e a insatisfação dos usuários quanto ao serviço.

Comparando os quadros apresentados, vamos observar os grupos por dia da semana sem a musicoterapia e com a musicoterapia.

O quadro abaixo mostra a correlação entre os grupos A e C em referência aos motivos alegados pela espera, pois são os grupos relativos a segunda-feira. E entre os grupos B e D relativos à quinta-feira.

Motivo	Grupo B Sem MT	Grupo B Com MT
Horário do médico	8	3
Poucos médicos	2	0
Forma de marcação	4	0
Falta do médico	0	0

Motivo	Grupo B Sem MT	Grupo D Com MT
Horário do médico	11	5
Poucos médicos	0	0
Forma de marcação	3	0
Falta do médico	1	0

Embora o roteiro da entrevista tenha sido igual para todos os quatro grupos, podemos notar uma grande diferença de dados obtidos entre os grupos sem musicoterapia e com musicoterapia. Os dois grupos sem musicoterapia dividiram suas opiniões quanto aos motivos da espera pelo atendimento. Já os grupos com musicoterapia focaram a razão da espera no atraso do profissional médico que foi o motivo mais freqüente em todos os grupos: A, B, C e D.

Podemos observar que os grupos sem a musicoterapia dividiram as suas opiniões sobre os motivos para a existência da espera pelo atendimento, dispersando os dados. Porém, apontaram argumentos que não fundamentam a espera, como por exemplo, a forma de

marcação que foi pontuada como o segundo maior motivo para a espera pelo atendimento. As pessoas que estavam aguardando a consulta médica já estavam marcadas. Assim sendo, não esperaram para marcar e sim pra serem atendidas. A falta do médico foi um fato isolado, pois através da observação participante podemos verificar que é raro o médico faltar o trabalho. O argumento sobre o baixo número de médicos com relação à demanda local foi relatada apenas duas vezes durante toda a pesquisa e pela observações podemos verificar que o médico atende 18 pessoas por dia de atendimento, um número compatível com o pacto da Atenção Básica (BRASIL, 2006 b). Os grupos com musicoterapia apontaram um único motivo que foi o atraso do profissional médico. Este motivo foi o mais freqüente em todas as entrevistas, tanto nos grupos sem musicoterapia quanto nos grupos com musicoterapia. Podemos verificar diante desta discussão que a musicoterapia proporcionou condições para que as pessoas identificassem e se concentrassem no problema principal vivido pelos usuários da UBSVO, que é o atraso do profissional médico.

Abaixo poderemos observar os quadros com os significados estabelecidos para o momento da espera:

Quadro 19 - Segunda-feira

Significado sem Musicoterapia Grupo A	Significado com Musicoterapia Grupo C
Aceitação / Postura Passiva	Ser Bom/ Legal
Impaciência	Melhora / Mudança de humor
Sufrimento	Relaxamento
Agonia	Alegria / descontração
Ruim	Calma
Chato	Agradável
Horrível	Leveza
Revolta	Distração
Impotência / desmotivação	União / Convívio
Saudade	Mudança no Ambiente
Perda de Tempo	-

Nos dois grupos de entrevistas realizadas na segunda-feira encontramos uma concordância quanto à tensão do usuário se sentindo desrespeitado em seus direitos. O grupo sem musicoterapia expressa sentimentos desagradáveis que são mobilizados durante a espera e indicam suas opiniões sobre o serviço diante de suas perspectivas. Eles ficam impacientes, agoniados, sofrem com a espera, se revoltam e sentem-se perdendo seu tempo enquanto aguardam a consulta médica. O grupo com musicoterapia revela o descontentamento dos usuários através da comparação, feita por eles, com o momento da espera sem musicoterapia, que faz parte da rotina vivida por eles. Colocam que com a musicoterapia é agradável, se sentem leves e relaxados. Relatam que conseguem se distrair, ficar alegres, melhorar o humor. Ou seja, na rotina da UBS a espera é desagradável, sentem-se pesados, cansados, tensos, tristes, irritados e desrespeitados.

Ao mesmo tempo em que o grupo com musicoterapia expressa seu descontentamento revela que a musicoterapia transformou suas sensações, sendo assistidos durante a prática desta especialidade, proporcionando calma, união, mudança no meio ambiente, melhoria no humor e descontração, além de promover uma troca durante o encontro com o outro.

Quadro 20 - Quinta-feira

Significado sem Musicoterapia Grupo B	Significado com Musicoterapia Grupo D
Paciência / impaciência	Melhora / Mudança de humor
Menosprezo	Paciência
Estresse / Mal estar físico	Diversão / Alegria / Animação
Ruim	Calma
Cansaço	O tempo parece passar mais rápido
Tristeza	Relaxamento
Revolta	Distração
Impotência / desmotivação	União / Convívio
Mudança de Humor	Mudança no Ambiente
Saudade	Indiferença
-	Surpresa

Os grupos B e D tiveram as entrevistas realizadas em uma quinta-feira. Os dados dos dois grupos expressam o descontentamento com o serviço em relação à espera pelo atendimento. O grupo B - sem musicoterapia aponta um desequilíbrio da sua própria saúde expressando o mal estar físico, o estresse, a tristeza, o mau-humor promovido pelo tempo da espera. Já o grupo D – com musicoterapia revela a insatisfação presente dos usuários e manifesta os benefícios da assistência pela musicoterapia durante a espera pelo atendimento. Embora o grupo expresse a insatisfação sentem-se mais calmos, relaxados, produtivos, unidos e pacientes. Ou seja, mais equilibrados com relação a sua saúde.

Unindo os dados dos quatro grupos podemos observar que os grupos A e B – sem musicoterapia expressaram suas opiniões, quanto à espera pelo atendimento, de forma sofrida enquanto os grupos C e D – com musicoterapia revelam a mesma insatisfação dos grupos anteriores, porém, proporcionando sensações agradáveis.

Nos grupos A e B – sem musicoterapia, os significados “aceitação / postura passiva”, “revolta”, “impotência”, “desmotivação”, “perda de tempo”, “saudade”, “menosprezo”, foram identificados através da interpretação dada à expressão veiculada pela entrevista: através das palavras, dos gestos, do tom da voz, da postura corporal. Os outros significados que compõem o quadro assim como nos grupos C e D foram dados pelos próprios usuários. Ou seja, os grupos com musicoterapia expressaram seus sentimentos e emoções, de forma mais direta do que os grupos A e B.

As sensações: melhora de humor, relaxamento, alegria, descontração, calma, distração, união, convívio e mudança no ambiente aparecem nos dois grupos que tiveram as vivências musicoterápicas. Quando os usuários rompem o silêncio, expressam seus sentimentos de

indignação com a assistência. Através da musicoterapia expressam também sua sensibilidade, seu bom humor, alegria, sua potencialidade criativa. Vão se descobrindo.

5 Discussão

Os resultados da Pesquisa revelam o desrespeito sentido pelos usuários diante do atraso dos médicos. A musicoterapia deu voz para essa queixa e ao mesmo tempo permitiu que se sentissem assistidos.

Os quatro grupos manifestaram a insatisfação com o procedimento de trabalho com relação ao horário de chegada do médico na unidade. Relatam a crença de que não há nada a fazer porque os médicos se atrasam mesmo. Esta é uma discussão séria que revela a realidade vivida nas práticas de saúde em toda rede pública. Os usuários ficam aguardando a consulta sentindo-se impacientes, de mau-humor, cansados, estressados, preocupados, ansiosos e percebem o tempo destinado a espera como perdido.

A pesquisa revela estes sentimentos. Mas há uma diferença muito importante: nos grupos sem musicoterapia – grupos A e B as pessoas falam de forma sofrida, relatam o que estão sentindo, enquanto nos grupos com musicoterapia as pessoas revelam os sentimentos que iriam sentir se não houvesse tido a vivência. Ou seja, falam com segurança, com determinação e clareza sobre sua insatisfação remetendo a impaciência, a angústia, o cansaço, o sentimento desagradável de esperar, o mal estar físico, o estresse.

A musicoterapia, através das suas técnicas, além de facilitar o levantamento das opiniões sobre o momento da espera pelo atendimento, avaliando o serviço, proporcionou assistência aos usuários, que se manifestaram com segurança, foram ouvidos, sentiram-se mais leves, mais animados, calmos, pacientes, tolerantes, com o humor melhor e com a saúde mais equilibrada.

A oportunidade de expressão dos sentimentos, de percebê-los e de pensar sobre eles através da musicoterapia, aponta para a identificação de certo protagonismo por parte dos usuários – eles tiveram a oportunidade de falar, cantar, tocar e de serem escutados. Também parece despontar certa autonomia, através das escolhas de músicas e instrumentos. A conversação entre os próprios usuários e a valorização de sua performance na atividade pelos demais também apontam para autonomia e protagonismo.

Os participantes da pesquisa passaram a procurar-nos como referência de escuta da Unidade de Saúde Básica de Vila Operária. Porém, as pessoas dos grupos C e D, que participaram da MT, nos procuravam com mais frequência e cobravam a continuidade da atividade. Refletimos com isso que o vínculo entre o usuário e a Unidade ficava mais forte com a atuação da musicoterapia. Este fato é bastante relevante visto que o fortalecimento do

vínculo é uma das propostas que precisam estar presentes em todas as ações que visem o acolhimento, além da autonomia e do protagonismo.

As cobranças feitas pelos usuários e pelos profissionais para que a atividade não cessasse revelam o interesse deles pela inclusão da musicoterapia como estratégia metodológica na UBSVO. Vale lembrar que a proposta da pesquisa foi de uma intervenção pontual direcionada a sala de espera. Assim sendo após as quatro entrevistas com os grupos encerramos a atividade. Este aspecto foi esclarecido para todos os participantes.

A sala de espera sem a musicoterapia tem como característica as conversas em duplas, em trios ou o isolamento de alguns usuários que ficam em silêncio. Os profissionais caminham pelo ambiente preocupados com as suas tarefas e não demonstram tempo para a aproximação com o usuário neste momento. Os usuários, mesmo aqueles em silêncio, não ficam sozinhos na sala de espera, no entanto falam que durante a musicoterapia estão junto com outras pessoas e que é bom. Isto revela um sentimento expresso de isolamento. A sensação de não-pertencimento ao grupo fragiliza as pessoas que acabam sentindo-se incapacitadas, fracas para agir em seu próprio benefício lutando pelos seus direitos, brigando por mudanças positivas no serviço. O sentimento de pertencimento ao grupo através da musicoterapia fortalece a capacidade grupal e dá voz ao pensamento uníssono desta comunidade que é formada todos os dias na sala de espera.

Constatamos que o material sonoro utilizado na MT transcende o espaço físico estipulado para a espera, fazendo com que todos participassem, aqueles mais tímidos mexiam levemente o corpo, ou batiam discretamente um dos pés e aproximavam-se gradativamente sem precisarem ser convidados.

Durante a prática da musicoterapia pudemos ver alguns profissionais participando, tanto na fase exploratória quanto na pesquisa de campo propriamente dita. Observamos que os profissionais e os usuários se relacionavam de forma igualitária. Todos cantavam, sugeriam músicas, ajudavam a escolher qual seria executada. As opiniões dos profissionais, assim como a dos usuários, não eram sempre aceitas pelo grupo, fazendo-os conversar e discutir sobre a escolha e sobre seus gostos pessoais.

Ressaltamos, porém, a dificuldade do médico de participar de forma mais efetiva das vivências. Os médicos durante as atividades de musicoterapia sorriam para os usuários. Este é um dado importante devido às dificuldades da relação médico-paciente.

As palavras de Craveiro de Sá (2004) nos alerta sobre o problema que se coloca como grande obstáculo na operacionalização da PNH que é a dificuldade do estabelecimento da

qualidade do contato humano, lidando com a subjetividade presente na relação. Observamos que os médicos passavam pela sala de espera e não cumprimentavam os usuários que estavam aguardando nos grupos sem musicoterapia. No entanto, sorriram com a presença da musicoterapia mediando esta relação.

Alguns usuários aproveitavam a circunstância para tirar dúvidas com as enfermeiras, por exemplo. A presença de todos juntos fazendo música pôde suscitar através da musicoterapia a valorização dos profissionais e dos usuários, ou seja, a valorização do sujeito, a inter-relação das equipes que estavam presentes e destas com os usuários possibilitando a produção de sujeitos.

Nos grupos A e B a valorização ocorreu em direção ao usuário, quando eles falavam de todos os assuntos referentes ao serviço, mesmo sem ter tido uma pergunta direcionada para isto. Falaram sobre suas opiniões para alguém que lhes dava crédito, que lhes davam ouvidos.

A valorização foi observada, nos grupos C e D quando um estimulava o outro a participar, quando se elogiavam, descobriam talentos, histórias, quando alguém mesmo com dificuldade motora era ajudado e conseguia tocar recebendo aplausos.

A partir deste cenário podemos pensar na musicoterapia como facilitadora do processo de comunicação, estimulando a conversação, a tomada de decisões e a integração entre os profissionais e os usuários. Estes elementos integram as recomendações para as ações direcionadas à humanização.

Poderemos analisar a musicoterapia na sala de espera também como integradora. Capaz de aglutinar as pessoas pela característica simples da expressão livre do indivíduo, sem cobranças da técnica instrumentista, sem julgar as escolhas realizadas durante a atividade, sem a preocupação de qualificar a expressão, mas valorizando o potencial que cada um traz em si de acordo com seus limites. Ou seja, através do ambiente acolhedor proporcionado pela atividade.

A musicoterapia utilizada como estratégia da sala de espera implica na percepção do terapeuta em saber reconhecer e lidar com o conteúdo sonoro expresso e utilizá-lo de forma a alcançar seu objetivo. As observações do terapeuta referente à vida pessoal e íntima de cada usuário não é revelada para o grupo, porque a proposta não é utilizar a musicopsicoterapia e sim, o seu saber como tecnologia leve no encontro com o outro oferecendo um trabalho vivo em ato. Este cuidado é necessário e extremamente importante na atuação da Musicoterapia na sala de espera.

Os Agentes Comunitários de Saúde reivindicaram a Musicoterapia, também para os profissionais, de forma exclusiva voltada para a necessidade deles. Explicaram que o trabalho

é estressante porque entram em contato muito próximo com a realidade local e acabam não só acolhendo a demanda da UBS em si, mas a demanda social da fome, da miséria, a desesperança, a falta de trabalho, as brigas domésticas, extrapolando a formação destes profissionais.

Outros profissionais mencionaram que a musicoterapia na sala de espera ajudou a organizar o serviço durante a espera. A vivência musicoterápica manteve os usuários entretidos no semi-círculo que foi formado, fazendo com que a porta de acesso aos consultórios médicos e dentários ficassem desobstruídas. Este fato contribuiu para que os profissionais trabalhassem mais tranquilos durante o período da atividade musicoterápica.

Alguns usuários falaram sobre a ambiência da sala de espera. Podemos discutir este fato a partir do contexto da paisagem sonora³⁰ da própria Sala de Espera. Descrevemos anteriormente no capítulo 3, os sons que compõem a paisagem local. Cada som escutado remete a um significado próprio para cada indivíduo através da sua experiência de vida. Portanto, o choro de uma criança pode significar algo ruim, quando seu sentido está relacionado a algum tipo de dor ou um desejo ainda não saciado. Para outra pessoa pode ser gostoso ouvir o choro por lembrar-lhe algo que precisa de ajuda por ser delicado e fofinho, por exemplo, podendo mesmo ser indiferente para outros que já estão acostumados a ouvir constantemente o choro. Esta variação é extensa porque os registros sonoros do choro, que é o exemplo que estamos usando, apresentam uma variação imensa quanto à intensidade, altura, timbre, ritmo empregado pela criança, instigando outras lembranças e sentidos novos a cada modalidade de choro.

Este exemplo nos serviu para pensarmos o quanto é vasto o estudo dos sons, e como é relevante para entendermos os efeitos que causam os sons da Sala de Espera nos usuários. Os sons da porta abrindo fechando, das pessoas falando, às vezes brigando, de um cachorro que surge sem ser convidado e late, da auxiliar chamando o nome dos usuários para serem atendidos etc.

Como o instrumento principal da Musicoterapia é o som, seria inevitável a mudança na Paisagem Sonora. Os sons oferecidos como as músicas, os aplausos, as vozes solos que se destacavam também passam pelo sentido simbólico individual de acordo com a vivência de cada um. Por isso, uns usuários significaram o momento como abençoado, outro divertido, relaxante, propício para uma leitura, bonito.

A musicoterapia na Sala de Espera favorece um ambiente acolhedor, rompendo com o falatório descrito pelos usuários organizando os sons.

³⁰ O conceito Paisagem Sonora está descrito no capítulo 3 que se dedica a falar sobre a MT.

Outro fato relevante foi a observação de que o som prejudicava a audição dos nomes dos usuários chamados pelas auxiliares de enfermagem para serem atendidos. Esta observação foi durante a etapa exploratória, o que possibilitou pensarmos em uma solução para o fato, e então começamos a compor pequeninas melodias com os nomes das pessoas. A música ficou conhecida como “música dos nomes” Para organizarmos esta idéia precisamos ter acesso a lista de chamada e passamos a fazer o que as auxiliares faziam sozinhas, só que agora, trabalhando juntos.

A observação inicial deste fato foi feita por uma usuária, o que nos remete a participação social. Foi através dela que o problema foi levantado e foi pensada uma solução. A segunda etapa que foi a criação de um novo processo de chamar, nos remete às mudanças no processo de trabalho, que mesmo sem ser o foco da pesquisa nos possibilitou observar. O trabalho conjunto entre nós e a equipe de enfermagem, nos remete a transversalidade da proposta de humanização e por consequência do acolhimento.

Durante as entrevistas sem musicoterapia a chamada para o atendimento fez parte da paisagem sonora habitual, não tendo aparentemente necessidade de mudanças com relação ao ambiente sonoro.

Podemos perceber o processo de desenvolvimento da expressão durante as etapas percorridas na musicoterapia³¹. Observamos a dificuldade que alguns usuários demonstram em sair de uma posição passiva (observando a vivência), para uma posição ativa (escolhendo músicas, cantando sozinho para todos ouvirem, tocando um instrumento).

É interessante notar que a postura passiva, a impotência, a desmotivação estiveram presentes nos significado dos grupos A e B, mas não tivemos como perceber a dificuldade na mudança desta postura, sem fazer nenhuma intervenção.

Diante deste fato a musicoterapia como estratégia metodológica poderia trabalhar estimulando e desenvolvendo a postura ativa dos usuários, compondo com as idéias deles, dando voz aos pensamentos deles, promovendo o protagonismo destes sujeitos.

Apesar de encontrarmos relatos nos grupos C e D sobre o tempo de espera ter sido sentido de forma mais rápida, gostaríamos de chamar atenção para o fato de que a musicoterapia na sala de espera não alterou tempo cronológico da espera. No entanto, rompeu o silêncio dos usuários, deu voz as suas queixas. O atraso médico que é a maior causa do tempo prolongado de espera pelo atendimento pode ser revelado pelos usuários. A musicoterapia não tem o objetivo de enganar os usuários otimizando o tempo da espera para

³¹ Essas etapas estão descritas na metodologia e referem-se ao aquecimento, estimulação para o canto e estimulação para sugerir músicas, cantar e tocar até atingirmos o final da vivência.

ser sentido de forma mais rápida. Tem o objetivo de dar voz aos usuários de maneira que se sintam seguros, capazes de colocarem suas opiniões e de serem ouvidas.

Esta pesquisa revelou a inquietação dos usuários quanto a espera pelo atendimento e o descontentamento por este fato tornar-se parte do dia-a-dia da UBSVO. Suas vozes puderam ser ouvidas e a devolução desta pesquisa dará continuidade ao processo de transformação desta realidade.

A Musicoterapia, pela capacidade de mobilizar a subjetividade presente durante a sua prática, se revela como instigadora e facilitadora da expressão e da troca dos sentimentos e pensamentos entre os participantes. A música é criada, experimentada, transformada, ressignificada no momento da vivência musicoterápica. Propiciando a iniciativa, o movimento, a criatividade, a inovação.

A Pesquisa revela que através de ações criativas catalisadas pela musicoterapia podemos tornar o tempo de espera, em um tempo produtivo. Gerador de invenções e reinvenções, levantando possibilidades de manifestações diretas que estimulem a criatividade no serviço, tanto dos usuários em sua participação, quanto dos profissionais promovendo a aproximação deles com os usuários e incentivando a partir desta aproximação novas reflexões sobre o serviço. Desta forma estamos trabalhando o acolhimento tendo o cotidiano como campo de experimentação e invenção de novas formas de proceder, refletindo sobre a atuação, da musicoterapia.

Lembramos as palavras de Sá, (2004) colocando em evidência a subjetividade que envolve toda ação humana: *“como todo trabalho, este é produzido por sujeitos e produtor de subjetividade. Não há humanização sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem”* (p.1).

Podemos refletir sobre a criatividade constante na musicoterapia, seja no modo de segurar um instrumento, na adaptação da letra de uma canção, no tom único da voz, no ritmo próprio presente no indivíduo, na música que é resgatada durante a atividade e que revela o cotidiano das pessoas na canção que marca o momento do *fazer* o almoço, do *fazer* uma criança dormir, do *fazer* compras, do *fazer* único de cada sujeito.

A Musicoterapia se constitui como tecnologia leve sendo um saber específico que é posto em prática através do trabalho vivo em ato, dependente da existência do encontro entre as pessoas, mediando às relações considerando a subjetividade e a tensão presente neste cenário, estimulando a criatividade, a troca, a expressão, a vivacidade do ser, como vimos no capítulo 1.

Esta prática se configura como *trabalho vivo*, sendo primeiramente desenhado e depois pensado e criado simultaneamente. Cada dia de atividade é único, marcado por suas diferenças e semelhanças. Esta característica presente na musicoterapia nos permite perceber o papel de protagonistas que as pessoas assumem durante o processo de criação na vivência musicoterápica, seja na atitude de tocar e escolher um instrumento, de cantar sua canção preferida, de dançar, de escolher as músicas que grupo vai ouvir e executar.

O título desta Pesquisa, “A Musicoterapia na Sala de Espera de uma Unidade Básica de Saúde: os usuários rompem o silêncio”, vai de encontro à importância dada na contemporaneidade ao estudo do cotidiano a partir de Certeau (2007) como campo de intervenção para promover mudanças no Modelo de Atenção a Saúde. Volta-se à necessidade do desenvolvimento de ações que sejam aplicadas de forma a modificar o cotidiano dos serviços de saúde, que possam influir no modo de agir das pessoas atingindo a tensão institucional revelada pelo usuário que se sente desrespeitado em seus direitos.

Acreditamos que as estratégias metodológicas - voltadas as rotinas de cada dispositivo de saúde - desenvolvidas através de ações que promovam a humanização possam contribuir fortemente com a transformação do modelo de atenção aos cuidados da saúde por estarem inseridas no dia-a-dia do serviço.

As respostas não se encontram em uma única teoria ou prática. A complexidade que envolve tal assunto nos possibilita refletir de vários ângulos para fomentarmos novas discussões que venham a contribuir com a continuidade das transformações conduzindo a assistência para uma realidade humanizada.

6 Considerações Finais

Esta Pesquisa está voltada a problematizar a espera, tendo como objeto de estudo a contribuição da musicoterapia como estratégia de acolhimento na sala de espera. Baseou-se no contexto contemporâneo da Saúde. Acreditamos na necessidade da inserção de novos atores na arena tensa que permeia as relações onde está inserido este campo e na necessidade da criação de novas ações que contribuam para modificar o modelo de atenção aos cuidados da saúde humanizando a assistência universal.

O estudo do cotidiano a partir de Certeau (2007) nos serviu de fio condutor, sendo considerado um campo fértil a investigações que pretendam atingir o modo de agir no dia-a-dia da saúde. Desta forma analisamos a musicoterapia na Sala de Espera como uma das estratégias metodológicas em uma Unidade Básica de Saúde, visando contribuir com as ações direcionadas ao acolhimento.

A prática da musicoterapia nos possibilitou inserir na Sala de Espera uma inovação. Trouxemos para a atenção primária as possibilidades das experiências bem sucedidas da musicoterapia na assistência hospitalar voltadas para a humanização.

A psicossociologia, nesta Pesquisa, assume o papel fundamental para toda a investigação mantendo-a viva e alimentando a discussão teórica através de um olhar amplo que estuda as relações com o outro considerando as diversas faces existentes neste cenário. O estudo proposto englobou a cultura, a história, o tempo, o cotidiano, a ciência, a rede de conexões sociais caracterizando os híbridos e a subjetividade das relações. (CHAGAS & PEDRO, 2001).

O Acolhimento como concretizador dos Princípios Básicos do SUS, deve estar presente de forma transversal em toda Unidade Básica de Saúde. Em todo encontro com o outro, em qualquer local da UBS, é necessário ter uma postura de escuta, de predisposição em resolver os problemas trazidos e de cordialidade. Esta pesquisa focou a sua investigação em uma parte deste processo, na recepção do usuário durante o tempo de permanência de espera para ser atendido na Unidade.

O Ministério da Saúde nos orienta na implantação do acolhimento colocando que cada unidade adaptará as tarefas à sua realidade e possibilidade, porém as ações que caracterizam o acolhimento dizem respeito a oito âmbitos colocados no cap. 1 desta dissertação. Destes oito âmbitos a Pesquisa “A Musicoterapia na Sala de Espera de uma Unidade Básica de Saúde: os usuários rompem” o silêncio se dedicou à recepção com escuta qualificada. A escuta que

podemos analisar corresponde a uma expressão subjetiva do usuário. As pessoas puderam falar sobre suas sensações, além de comentarem durante as vivências, sobre o serviço.

Dentre as dimensões do acolhimento tivemos como ênfase a Postura. Tal dimensão pressupõe uma atitude que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas, inclusive solidarizando-se com o sofrimento. Construindo a partir deste processo relações de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários. Podemos refletir que a pesquisa também apresentou uma dimensão técnica, utilizando a tecnologia leve do saber expressado no contato direto com o outro construindo uma metodologia que pudesse contribuir com a escuta, com a identificação e solução dos problemas.

A prática musicoterápica, no espaço da sala de espera, possibilitou conhecer o pensamento dos usuários com relação a acessibilidade ao serviço da UBSVO satisfazendo a idéia da prática das ações de acolhimento. Deu voz aos usuários e revelou sua indignação com o desrespeito pela espera prolongada e freqüente.

Diferentemente das práticas habituais voltadas para a Educação em Saúde desenvolvidas na Sala de Espera, a Pesquisa apontou uma nova metodologia pioneira no Brasil. A musicoterapia como estratégia de acolhimento na Sala de Espera visa inserir gradualmente, um espaço de promoção de conversas, de escuta, de aproximação de todos os atores envolvidos com a saúde na UBSVO.

O dia-a-dia da Unidade de Saúde de Vila Operária pode ser vislumbrado por um novo olhar, mediante a estratégia metodológica proposta: a partir da valorização dos profissionais, dos usuários e da integração destes, da presença da música ao vivo se inserindo na paisagem sonora do serviço, do desenvolvimento da expressão, estimulando a autoconfiança e descoberta de novas potencialidades, da superação de limites.

A Musicoterapia na Sala de Espera facilitou a expressão do usuário quanto às suas idéias e sentimentos, promoveu a construção de uma rede de conversação e ativou o protagonismo quando escolhiam instrumentos, canções, compunham e cantavam. A vivência pela musicoterapia mobilizou um sentimento de pertencimento fortalecendo os usuários enquanto grupo, dando voz às angústias, aos sofrimentos, aos pensamentos com relação aos serviços prestados e durante a espera pelo atendimento.

A sala de espera com a vivência musicoterápica promove, através da propagação do material sonoro utilizado nesta prática, a ampliação do espaço físico estipulado para a espera, fazendo com que todos participem de alguma forma. Mesmos os mais discretos que movimentam pequenas parte do seu corpo acompanhando a canção.

Apesar de não terem sido convidados diretamente para participarem da vivência tivemos a presença de duas das três enfermeiras das Equipes de Saúde da Família, de quase todos Agentes Comunitários de Saúde, das Técnicas de Enfermagem, do único funcionário da equipe de Serviços Gerais e das Auxiliares de Consultório Dentário da Equipe de Saúde Bucal. Os médicos e técnicos da saúde mental - apesar de não participarem como os outros, manuseando os instrumentos, escolhendo músicas, cantando ou dançando - sorriam para os usuários ao passarem pelo local.

A continuação desta pesquisa poderia nos revelar algumas questões, como: caso prosseguíssemos por um tempo mais prolongado de pesquisa de campo, os profissionais médicos e os técnicos da Saúde Mental participariam mais efetivamente da vivência? Os usuários utilizariam o espaço para se expressarem compondo sobre o serviço, ou seja, colocando nas letras das músicas compostas por eles as suas opiniões? As vozes destes usuários seriam ouvidas? Qual repercussão das atividades na organização do serviço caso continuassem por mais tempo?

Enfatizamos que esta pesquisa está direcionada a uma parte do processo de acolhimento. Visa contribuir unindo-se a outras estratégias já utilizadas no serviço de saúde. Seus achados são provisórios, pois apontam para a necessidade de novas pesquisas quanto à contribuição da Musicoterapia na Humanização da Unidade Básica. Levantar a sua possibilidade quanto a fomentar mudanças no processo de trabalho, no desenvolvimento do empoderamento dos usuários, no incentivo à expressão do usuário promovendo a participação social, são exemplos de investigações possíveis dando continuidade ao estudo que iniciamos.

A partir desta hipótese poder-se-ia construir novos caminhos para a Musicoterapia na sala de espera direcionando a metodologia para o desenvolvimento da expressão dos sentimentos de revolta, impotência, angústia, ansiedade, tornando-os perceptíveis para o próprio usuário que os manifesta. Dessa forma, a atividade metodológica funcionaria como um espaço de expressão dos sentimentos e pensamentos, e de canalização da energia psíquica potencializada pelos sentimentos expressados sem a musicoterapia.

Estas são apenas algumas questões que poderiam ser levantadas dando continuidade a este trabalho.

A musicoterapia na sala de espera através desta pesquisa revela sua potência de escuta do usuário, proporcionando uma avaliação clara do serviço. Os usuários identificam claramente o motivo principal da espera pelo atendimento. A Musicoterapia pode ser inserida na sala de espera com o objetivo específico de escuta para a avaliação do serviço,

direcionando as atividades para este fim, criando meios de expressão através da composição e re-criação.

Podemos constatar que a musicoterapia configura-se como tecnologia leve e como trabalho vivo em ato. A potência mobilizadora presente na prática musicoterápica rompe o silêncio dos usuários possibilitando a expressão de opiniões, promovendo um espaço seguro, dando suporte, cuidando e assistindo os usuários em suas necessidades. O tempo de espera tornou-se um espaço para cuidar de si, local de produção, de denúncia, de refletir sobre o serviço, de criação e de auto-realização. A sensação do tempo perdido e de ociosidade deu lugar, através da intervenção musicoterápica, à produtividade, ao protagonismo, à formação de novos sujeitos.

A atividade proporcionou uma escuta qualificada, uma integração igualitária entre os profissionais e usuários, além de promover uma aproximação e valorização destes atores construindo uma rede de conversação. Proporcionou o fortalecimento do vínculo entre os usuários e a Unidade Básica de Saúde de Vila Operária.

Ressaltamos que esta é a primeira pesquisa realizada no Brasil sobre a Musicoterapia em uma Unidade Básica de Saúde e concluímos que a musicoterapia é uma estratégia válida para a Sala de Espera da Unidade Básica de Saúde de Vila Operária visando contribuir, como parte das ações para implantação do acolhimento, podendo ser incluída em outras Unidades Básicas de Saúde.

A complexidade em que se insere a saúde demanda ações conjuntas, integradas, com investigações e tentativas permanentes na busca de melhoramentos constantes. A musicoterapia pode ser muito instigante neste processo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. Leila. Rede de Relações Sociais: Um Processo Dialógico in **Documenta** n. 12/13. 2001-2002

ANDRADE, A. Elizabeth & DONELLI, S. M. Tagma Acolhimento e Humanização: Proposta de Mudança na Recepção aos Usuários do Setor de Emergência/Urgência do Hospital. Boletim da Saúde. Porto alegre. Vol. 18. n.2 jul-dez. 2004

AZEVEDO, S. Creuza; NETO, C.B.Francisco; SÁ, C.Marilene. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. Cad. Saúde Pública v.18 n.1 RJ jan/fev. 2002.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes **Cadernos de Musicoterapia 1**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992

_____ **Musicoterapia Alguns Escritos** Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

_____ A Utilização da Música como Elemento Terapêutico. In World Symposium of Music Therapy, Musicians Emergency Fund. Inc. Nova Iorque, 1982.

BARDIN, Laurence **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Edições 70, 1997.

BAUMAN, Zygmunt. **Em Busca da Política**. Trad. Marcus Penchel. 2000 Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zahar, 2004.

_____ **Comunidade – a busca por segurança no mundo atual**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zahar, 2003.

_____ **Amor Líquido – sobre a fragilidade dos laços sociais**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zahar, 2004.

BENENZON, Rolando O. **Manual de Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

BRASIL A, MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Acolhimento como uma Diretriz da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Elaborado por ABBÊS, Claudia. Secretaria de Atenção à Saúde -MS. 2006 . <http://portal.saude.gov.br> acessado em 24/07/07

BRASIL B, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 4 Secretaria de Atenção Básica Departamento de Atenção Básica. Brasília. DF. <http://portal.saude.gov.br> acessado em 20/06/07

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **ABC do SUS – doutrinas e princípios**. Ministério da Saúde – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília. D.F. 1990 <http://portal.saude.gov.br> acessado em 20/06/07

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf> acessado em 23/11/07

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites.** elaborado por NEGRI, Barjas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. <http://www.saude.gov.br>. Acessado dia 08 março de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas** Elaborado por SOUZA, R. R. São Paulo: Ministério da Saúde. 2002 <http://www.saude.gov.br>. Acessado dia 08 março de 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HUMANIZASUS.** <http://www.saude.gov.br>. Acessado em 23/08/2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da III Conferencia Nacional de Saúde – cuidar sim, excluir não. <http://portal.saude.gov.br> Acessado em 25 de abril de 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.** Brasília. DF. 2006. <http://portal.saude.gov.br> Acessado em 25 de abril de 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulação Médica das Urgências.** Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília. DF.2006 <http://portal.saude.gov.br> Acessado em 25 de abril de 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS DE A a Z.** CONASEMS. Brasília. DF.2004. <http://dtr2004.saude.gov.br> acessado em 12/05/07

BRUSCIA, Kenneth. **Definindo Musicoterapia.** 2ª ed. Tradução Marisa Conde. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CECÍLIO, O. Luiz Carlos Mudar Modelos de Gestão para Mudar o Hospital: Cadeia de Apostas E Engenharia de Consensos. <http://www.ccs.uel.br/> acessado em 08/11/08

CERTEAU, Michel. **A Invenção do Cotidiano - Artes de fazer.** vol.1 Trad. Ephraim Alves. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2007.

CONSASS. **Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS.** Seminário do Conselho Nacional de Secretários de Saúde para Construção de Consensos. 2007 www.conass.org.br acessado dia 13 de março, 2008.

CHAGAS, Marly. **Musicoterapia: Desafios da Interdisciplinaridade entre a Modernidade e a Contemporaneidade.** 2001. 84 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) Estudos Interdisciplinares em Comunidades e Ecologia Social - EICOS/UFRJ. Rio de Janeiro, 2001.

Projeto Encanto: Avaliando a Implantação de uma Proposta na Humanização Hospitalar. In: Anais do V Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. 2004.

CHAGAS, Marly & PEDRO, Rosa. **Musicoterapia – desafios entre a modernidade e a contemporaneidade.** Ed. Bapera. Rio de Janeiro, 2008.

Processos de Subjetivação na Música e na Clínica em Musicoterapia. 2007. 166 f. Tese (Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) Programa EICOS / URFJ. 2007.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. Implantação da Musicoterapia no Hospital de Urgências de Goiânia: contribuindo para a Humanização na Saúde Pública. Projeto de Extensão do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Musicoterapia - NEPAM - Escola de Música e Artes Cênicas da UFG. Goiânia, 2004.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9 (1): 7-14, 2004.

DESLANDES, F. Suely & DIAS, B.A.Marcos. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência in **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(12):2647-2655, dez, 2006.

DURSTON, John. ? **Qué es el capital social comunitario?** Serie Políticas Sociales. Ed. Naciones Unidas, Santiago de Chile, julio.2000.

FIALHO, Bianca Panetti de A. **As Possíveis Correlações da Musicoterapia com a Política de Humanização na Maternidade - Escola da UFRJ.** 2004. 33 f. Monografia (Graduação em Musicoterapia) – Conservatório Brasileiro de Música – Centro Universitário. Rio de Janeiro, 2004

FOUCAULT, Michel **A Microfísica do Poder** trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 1995.

FRANCO, Túlio.B., BUENO, Wanderlei S. & Merhy Emerson, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais/Brasil. **Cad Saúde Pública;** Vol15 nº2. 1999.

FROHNE, Isabelle. Musicoterapia na educação social e na psiquiatria. In: **Música e Saúde.** São Paulo: Summus, 1991.

GERSCHAMAN, Silvia A Política de Saúde no Brasil nos anos 90. **Revista Ciência & Saúde Coletiva - ABRASCO** Vol. 6 n. 2, 2001.

GIERE, Ronald. **Understanding Scientific Reasoning.** 2ed. N.Y. Winston: 1984.

GOLDENBERG, Mirian. A Arte de Pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em **Ciências Sociais.** 8ª Edição. Rio de Janeiro. São Paulo: Editora Record, 2004.

GOMES, Márcia C.P.A. & PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação** vol.9, no.17, p.287-301, Ago 2005.

GOMES, A.M. Annatália; MOURA, F.Rejane; ALBUQUERQUE, Conceição; SILVA, M. Raimunda. Sala de Espera Como Ambiente Para Dar Informações Em Saúde in **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (1): 7 - 18, 2006.

LABRA, Eliana Maria. Aspectos Teóricos da Implantação de Políticas. Subsídios para Analisar o SUS. Trabalho apresentado no VII Congresso de Saúde Coletiva, Brasília, D.F. 29 julho – 02 agosto 2003.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, D. Luciana; MACHADO, V. Cristiani Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. ABRASCO. Vol. 6(2): 269-291, 2001.

LIMA, T. Nísia **Um Sertão Chamado Brasil – Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional**. Tese de Doutorado/prêmio de Publicação. UCAM . Ed. Revan. Rio de Janeiro, 1998.

MATTOS, A. Ruben **O Processo de Construção do Método CENDES/OPS**. Série: Estudos em Saúde Coletiva n.046.Rio de Janeiro:UERJ/IMS,1993.

_____ **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p.39-64. 2001.

_____ Aula proferida na disciplina Planejamento e gestão em saúde no programa de pós-graduação de doutorado e mestrado da Universidade estadual do Rio de Janeiro – UERJ em _____ de 2007.

MENDES, E. V. As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde** . pp. 19-92, São Paulo: Hucitec. 1993

MENEZES, S. Ana Lydia. **A Humanização da Assistência Pré-Natal para Gestantes de uma Maternidade-Escola da Cidade do Rio de Janeiro**. 2005. 100 f. (Dissertação de Mestrado) Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Programa EICOS/UFRJ. 2005

MERHY, E.E, Malta DC, Ferreira LM, Reis AT. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde Debate**; 24:21-34. 2000.

MERHY, E.E, A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde In: **O SUS em Belo Horizonte**. São Paulo: Ed. Xamã, 1998. Disponível <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/> acessado em 12/12/07.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. & CECÍLIO, L. C. O. (org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec. 1994.

MERHY E. Emerson & ONOCKO, Rosana **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público**. Hucitec, SP. 1997.

MERHY E. Emerson & PINTO, A. Hêider Cuidado com o trabalho vivo em ato: interrogue-o? Rio de Janeiro 2007. (mimeo)

MERHY E. Emerson O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais **Rev. Ciência e Saúde Coletiva** Vol. 4 n. 2. Rio de Janeiro, 1999.

MESQUITA, A. J. C. - Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Rev. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev. 2004.

MINAYO, Maria Cecília. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec. ABRASCO. 1993

NEGRI, Antonio **O Poder Constituinte – ensaio sobre as alternativas da modernidade**. Trad. Adriano Pilatti. Ed. DP&A. Rio de Janeiro, 2002.

PAIXÃO, d Ávila R. N. & CASTRO, M.R. A. Grupo Sala de Espera: Trabalho Multiprofissional em Unidade Básica de Saúde. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. V. 20 n. 2. Jul.-Dez. 2006

PASSOS, Eduardo & BENEVIDES, Regina. Humanização na Saúde: um novo modismo? In **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. v.9, n. 17, p. 389-406, março/ agosto. 2005 <http://www.interface.org.br> acessado em 28/01/08

PEDRO, R.L.M.Rosa; NOBRE, A. C. Júlio. Dos Sólidos às Redes: Algumas Questões sobre a Produção de Conhecimento na Atualidade in **Documenta** n. 12/13. 2001-2002

PIMENTEL, F. Adriana. **Convergências entre a Política Nacional de Humanização e a Musicoterapia**. 2005. 40 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ 2005.

PIMENTEL, F. Adriana. **Musicoterapia e Promoção de Saúde**. 2003. 41f. Monografia. (Graduação em Musicoterapia). Conservatório Brasileiro de Música – CBM. 2003.

PIMENTEL. F.Adriana & BARBOSA. M. Ruth. Musicoterapia e Acolhimento na Humanização da Assistência em Saúde: Desafios e Conquistas In **Musicoterapia no Rio de Janeiro – Novos Rumos**. Org. COSTA, M.C. Ed. CBM. Rio de Janeiro, 2008.

PINHEIRO, Roseni. Aula proferida no Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, para alunos de mestrado e doutorado em 09 de outubro de 2007.

PUCCINI, Paulo de Tarso e CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 20 (5):1342-1353, 2004.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Antonio Carlos Pereira (Org.). Porto Alegre: ARTMED. Cap. 2. p. 28-49, 2003.

RAMOS, D. Donatela & LIMA, S. D. Maria Alice Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.19 n.1 Rio de Janeiro, Jan/Fev 2003.

SANTOS, S. Boaventura. **Um discurso sobre as ciências**. Ed. Afrontamento. Portugal. 1987.

SCHAFER, Murray R. **A afinação do mundo**. São Paulo. Editora UNESP, 2001.

SILVEIRA, A. F. Maria; FELIX, G. Lidiany; ARAÚJO, V. Daisy & SILVA, C. Iane Acolhimento No Programa Saúde da Família: Um Caminho Para Humanização da Atenção À Saúde. 2004. **Rev. Cogitare Enfermagem**. UFPR. V.9, n.1, 2004. <http://ojs.c3sl.ufpr.br> acessado em 10/01/09.

SOLLA, P.S. Jorge José. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. v.5 n.4 Recife out./dez. 2005.

SOUZA, Nelson Mello e. A megacidade e a transformação dos laços sociais *In* Org. NETO, Maria Inácia D'Ávila. **Desenvolvimento Social – desafios e estratégias**. Rio de Janeiro. UNESCO, 1995

TARRIDE, Mário Ivan. **Saúde Pública: Uma Complexidade anunciada** - 1ª Reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

TEXEIRA, Luiz Antônio. As Políticas de Saúde entre o Final do Império e a Primeira República. Texto base adotado para aula no curso de Especialização em Saúde Pública pela professora Eliana Labra em 02 agosto de 2004.

TEXEIRA, M. Silvia **Cotidiano da Saúde**. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo – Dossiê Saúde Pública Vol. 13. n.35 S.P. Jan/Abr. 1999.

TEXEIRA & VELOSO. O Grupo Em Sala de Espera: Território de Práticas E Representações Em Saúde. **Rev. Enfermagem Texto & Contexto** V.15 n.2 Florianópolis. abril-junho. 2006

TRESSE, Penchel Valfredo. **Acolhimento e Vínculo na assistência Prestada ao Portador de Diabetes em Uma Unidade Básica de Saúde no Município do Rio de Janeiro**. 2008. 97 f. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008.

VASCONCELOS, Wagner. SUS, o desafio da humanização *in* **Radis**, nº 27, novembro, Rio de Janeiro. FIOCRUZ, p. 13-14. 2004.

VERÍSSIMO S.D. & VALE, M.R.E. 2005 **Grupos de sala de espera no apoio ao paciente somático**. Revista SPAGESP v.6 n.2 Ribeirão Preto. 2005.

VIANA, V. Rejane. **A Humanização No Atendimento: Construindo Uma Nova Cultura**. 2004. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública – Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde) Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz. Brasília, 2004

VIANNA, S. N. Martha. **Musicoterapia e Aleitamento Materno**. 2008. 120 f. Dissertação. (Mestrado em Clínica Médica – Saúde da Criança e do Adolescente) Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Rio de Janeiro, 2008.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Maternidade-Escola
Comitê de Ética em Pesquisa



ANEXO 1

Rio de Janeiro, 03 de setembro de 2008.

MEMORANDO DE APROVAÇÃO

Informamos a V. S^a. Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – CEP/ME-UFRJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ME-UFRJ - Nº. 17/2008

Título do Projeto: *“O uso da Musicoterapia na sala de espera como estratégia de recepção e acolhimento dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde”*

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Adriana de Freitas Pimentel

Orientadora: Prof^a. Ruth Machado Barbosa

Instituições onde o trabalho de campo se realizará: Unidade Básica de Saúde de Vila Operária / Nova Iguaçu

Data da Qualificação: 05/06/2008

Data de recebimento no CEP/ME-UFRJ: 19/08/2008

Data de apreciação: 03/09/2008

Parecer do CEP/ME-UFRJ: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador(a) responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, que o CEP/ME-UFRJ deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças no método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso, o mesmo venha a ser interrompido.

Dr. Avo Basílio da Costa Júnior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Maternidade-Escola da UFRJ
CRM: 52.50381-1 - SIAPE: 1186327

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Participação na Pesquisa

O Uso da Musicoterapia na Sala de Espera como Estratégia de Recepção e Acolhimento dos Usuários de uma Unidade Básica de Saúde³²

Autora: Adriana de Freitas Pimentel

Declaro meu consentimento para a utilização dos dados que promoverei durante as sessões de musicoterapia e nas entrevistas para a pesquisa sobre o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de Vila Operária – Nova Iguaçu, realizada pela musicoterapeuta e sanitarista Adriana de Freitas Pimentel.

Tenho conhecimento de que esta pesquisa tem por objetivo estudar o acolhimento, tendo a musicoterapia na sala de espera como estratégia de recepção e acolhimento dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde. Declaro, ainda, que recebo uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo manter-me em contato para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários e aceito o convite para assistir à Defesa da Dissertação de Mestrado. Além disso, foi explicitado claramente a minha liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem nenhum tipo de prejuízo ou penalização para mim.

Declaro também que me foi garantido pela pesquisadora o sigilo das informações de dados que possam me identificar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2008.

Nome

Assinatura

Dados da Pesquisadora

Nome:

Telefone:

Endereço:

³² Por ocasião da defesa, a Banca sugeriu a alteração do Título da Dissertação para o atual. No entanto, os sujeitos assinaram o Termo com o título que estava em vigor por ocasião da pesquisa.

ANEXO 3

GRUPO A – Trechos selecionados da entrevista contendo o tema Espera.

Espera / sem musicoterapia
Trecho da Entrevista
<p>_ a minha consulta tá marcada pra 08h00minh já são 09h00minh, cadê o médico? E agora?</p> <p>_ É a demora do atendimento... ninguém sabe a hora que ele vai chegar... todo mundo na espera...</p> <p>_ Me mandaram chegar 08h15min h e até agora não me atenderam... os médicos num tão nem aí...</p> <p>_ Me mandaram chegar aqui antes das oito... mas não adianta nada... os médicos não chegam.</p> <p>_ é... é igual a mim ... da outra vez foi a mesma coisa... demorou uma hora e pouca... pra ser atendida. Os médicos são assim...</p> <p>_ Oh, a espera... Tem que marcar... fica toda vida... pra marcar... eu acho assim: você tem que chegar aqui... e ser atendida... entendeu? sem marcar... né?</p> <p>_ Tinha que ser igual a antigamente. Antigamente era ótimo. Você chegava ali marcava... se fosse de manhã, era de manhã... se fosse de tarde era a tarde... Fico agoniada...</p> <p>_ antes era por ordem de chegada ... você chegava e era atendida. Bem melhor do que agora... É muito chato! Tinha que ter um limite, né? de esperar...</p> <p>_ Agora a menina vai em casa, marca a minha consulta... tudo bem... tem realmente essa demora dele chegar às nove... como a menina falou... é horrível.</p> <p>_ ah, tem que chegar as oito, oito e meia, tem meia hora de tolerância, mas o médico só chega nove e meia... é complicado, né?... ah, é muito ruim. Mas você não paga plano de saúde e é obrigado a ficar aqui... É muito sofrido, mas fazer o quê? A gente fica na mão deles.</p> <p>_ ah, é assim: a gente chega aqui... a gente tem que marcar uma consulta... mesmo muito mal tem que marcar consulta e ainda vai atender no outro dia... aí se tiver com problema muito moço, muito grave... a gente pode até morrer, né? E não adianta fazer nada...</p> <p>_ Demora... porque é muita gente e pouco médico. Aí fica aquela multidão de gente... às vezes tem até briga aqui de confusão. Eu queria que tivesse mais médico assim... marcar um dia de manhã... pode ser de tarde até... marca de manhã e é atendido de tarde, mas não deixar de um dia pro outro. E pra criança também... tem pouco pediatra.</p> <p>_ tem vezes que é rápido, tem vezes que demora... Quando tem muita gente é tumultuado... não tem médico pra todo mundo... eu não tenho paciência... Num é bom não... espera... e quando espera o tempo todo e não tem médico?</p> <p>_ queria que fosse mais rápido, o médico tinha que chegar na hora.</p> <p>_ tem que esperar, né? Eu preciso... Olha as pessoas como é que fica, tudo agoniada ó...</p> <p>_ esperar a gente espera. Tem que esperar mesmo... mas não que demorasse tanto! Tem que ter muita paciência! Já reclamei várias vezes mas não fizeram nada!</p> <p>_ É Horrível. Porque o tempo que você pára aqui... e fica aqui sentado... você tem um monte de coisa pra fazer em casa, né? fica nesse sofrimento... Isso quando você espera e o médico atende, né? do contrário é... quando o médico não vem sua ficha não vai pra outro médico. É uma coisa desagradável.</p>

ANEXO 4

GRUPO B - Trechos selecionados da entrevista contendo o tema Espera.

Espera / sem musicoterapia
Trecho da Entrevista
<p>_ É ... depende do médico... depende do horário que o médico chega ... dependendo dele... Se ele chegar tarde a gente vai ficar aqui também, né? esperando, né?...</p> <p>_ Depende muito mesmo do médico... cheguei oito hora já verifiquei a pressão já... Dá pra agüenta...</p> <p>_ ah, tem que esperar quase três horas... depende do médico... fica esperando quase três horas... olha...é... hoje tá calor né? mas... eu não gosto muito de esperar, né?</p> <p>_ Eu também... demora muito a chegar... fica cansativo...</p> <p>_ o médico chega atrasado, mas não esquento não... tem que relaxar e esperar. A pressão sobe, cê fica de mau-humor, se estressa... então não tem o que fazer...</p> <p>_ Mesma coisa, o médico demora mesmo... e ... ah... bem ... ninguém olha pra tua cara, né?</p> <p>_ Às vezes demora um pouco... não tem tempo não... por causa dos médicos né? que às vezes eles atrasa, assim, né? às vezes eles também tem coisa pra resolver, né? normal, aí tem que esperar...</p> <p>_ Ah, minha filha! Eu ontem fiquei... cheguei 08h00minH fui saí daqui ia dá meio dia e não fui atendida... fiquei triste... Ainda vim hoje pra vê se sou atendida, não sei se vou... mas ontem eu não fui atendida... o médico não veio né?, mas eu vim em jejum. Aí eu vim oito horas em jejum... e ele demorou muito... aí não deu... não agüentei e fui pra casa... Agora vim pegar o número pra hoje né?... tem que esperar né? tem que esperar... tem que ter paciência, né?</p> <p>_ muito cansativo... ainda mais se tiver com criança...</p> <p>_ ah... assim... u é? a única coisa que eu posso falar assim, é que tem que ter paciência, né? vou chegar em cima e brigar com ele? Não... tem que ser paciente e esperar ele chegar.</p> <p>_ É rápido... eu chego sempre em cima do horário, não vejo nada de anormal não... isso é normal... não tenho nada a reclamar não... pra mim tá bom...</p> <p>_ você espera duas vezes: uma pra marcar e outra pra consultar com médico... porque ninguém vai na minha casa marcar não... ah, tem que ter muita paciência... senão... eu me irrita, fico logo nervosa e quem se dá mal; sou eu... porque eles... não tão ligano não...</p> <p>_ Não tem horário não. Depende do médico, da hora que ele chegar... eu já fui lá... perguntei e ele não chegou. Mas isso não é um problema do posto... é dos médicos... Então tem que esperar mermo...</p> <p>_ muito falatório, todo mundo fica falando ao mermo tempo... dá até dor de cabeça às vezes. Se fosse igual a antigamente... a gente chegava e era atendido na hora. Por ordem de chegada.</p> <p>_ O atendimento até funciona, mas a gente espera muito tempo pra consultar. Cheguei 08h30min h são 10h30min h e nada. O médico não ta aí e eu já estou impaciente...</p> <p>_ Devia ser por ordem de chegada... ontem tive aqui e esperei tanto que passei mal e tive que ir embora... Voltei hoje de novo, vamo ver. O médico chegou mas acumulou muita gente pra atender e por isso demorou. Eles nunca chegam na hora certa.</p>

ANEXO 5

GRUPO C - Trechos selecionados da entrevista contendo o tema Espera.

Espera / com musicoterapia
Trecho da entrevista
<p>_ ah é ótimo, né? Distrai a gente... muito bom. Os médicos chegam a hora que querem mesmo, então a gente fica aqui cuidando da gente...</p> <p>_ Distrai até um pouco a mente... e a gente acaba esquecendo a pessoa chamando a gente lá...</p> <p>_ Muito bom.</p> <p>_ Eu acho que ajuda a você esquecer um pouco das tristezas... né?... quando você tá naquela ansiedade de procurar... por médico e médico... com essa terapia assim de música e instrumento até você desvia o pensamento de outras coisas, então você praticamente... já até melhora... um pouco mais... fica aqui no convívio com outras pessoas, né? discutindo o que eles gosta. É sempre bom.</p> <p>_ Eu acho legal... porque eu já estava aqui dormindo, né? (risos) A espera é cansativa, né? O médico chega tarde... aí... com isso aqui dá um... é... relaxa... é bem melhor.</p> <p>_ Ah eu acho bom porque distrai a pessoa... a pessoa não fica tão ansiosa assim ... pra quando o médico chegar... e então quando a gente chega lá dentro lá... já chega mais calma. Bem melhor.</p> <p>_ Foi bom... Foi bom, foi mais agradável. O ambiente ficou melhor</p> <p>_ Ficou melhor, todo mundo num grupo, cantando junto...</p> <p>_ Eu gostei muito. Assim é bom de estar assim... com as pessoas, né?... é muito bom.</p> <p>_ Eu acho a mesma coisa.</p> <p>_ Muito legal! Estar junto com outras pessoas e cantar! Muito bom mesmo!</p> <p>_ ah, eu acho muito bom! Muito bom mesmo! ah, porque aqui não, a ba... a mu... aumenta nosso astral... entendeu? Au... aumenta o nosso astral. É isso aí. A gente chega aborrecido e sai alegre.</p> <p>_ eu mesmo cheguei aqui caidinha agora.. já... tô ótima!</p> <p>_ Adorei. A gente melhora... relaxa. Espero que continue porque tudo na saúde acaba... eles começam e logo acabam...</p> <p>_ ah... ah... ótimo. Bom, muito bom. Porque descontraí, né? Você fica mais leve... mais ... as crianças choram, gritam e... não tem paciência, né? as mães também, as avós... quer dizer é uma terapia pra nós, pros funcionários e pras crianças, né?</p> <p>_ eu acho uma boa... Eu acho bom. Porque dá sabedoria as pessoa quando fala das mensagens de Deus, alegra a gente, alegra o posto... é ou não é? Tem horas que fica até... você só vê... criança... correndo pra lá correndo pra cá... pra lá e pra cá... eu acho uma boa...</p> <p>_ É bom também... ensina a gente muitas coisas... a música...</p>

ANEXO 6

GRUPO D - Trechos selecionados da entrevista contendo o tema Espera.

Espera / com musicoterapia
Trecho da Entrevista
<p>_ A gente espera com mais paciência, achei ótimo.</p> <p>_ É uma boa experiência. É melhor porque a gente espera o médico chegar... e... ainda tem algo pra fazer, se divertir, um atrativo, né... pra gente esperar...</p> <p>_ A gente chega cedo pesa depois fica sentado aqui esperando... aí quando o médico chega começa a chamar. Tendo esses instrumentos é muito melhor... Muito válido, né? mais relaxante, né...</p> <p>_ eu gostei, porque o tempo, o tempo tá passando mais rápido.</p> <p>_ É bom, muito bom... aproveita que o médico vem tarde e fica aqui... todo mundo cantando junto...</p> <p>_ É mais rápido... vamos dizer assim... O tempo passa mais rápido porque fica mais divertido. Eu acho assim.</p> <p>_ Distrai... passa mais rápido o tempo.</p> <p>_ É... pelo menos não deu pra esperar tanto... deu pra enganar... com a música... né? não sei depois... porque os médicos nunca chegam na hora mesmo... mas até então... eu gostei. Minha primeira vez... nunca vi isso em hospital não, mas é legal</p> <p>_ a gente se diverte, passa o tempo mais rápido do que ficar esperando, né? pelo médico... Música é sempre bem vida na nossa vida.</p> <p>“_ Eu acho... muito legal. Muito bom. Quer dizer que a... a pessoa fica esperando... demora chegar a hora da pessoa ir pro médico... aí... ficar esperando dá até sono... aí... tendo um divertimento desse... é uma coisa muito legal... a pessoa até esquece que tá doente, né?... a pessoa às vezes dorme aqui esperando... aí é chamado e... ôôôô ... tão te chamando ó. Aí a gente acorda e vê, né? Mas com isso assim, não acontece, né?”</p> <p>_ Hoje foi mais bonito ainda, dá muita calma. Tira o falatório... o posto fica abençoado.</p> <p>_ ah ... achei um espetáculo, eu adorei. Adorei.</p> <p>_ Ai, eu acho que pode ajudar muito. Porque às vezes a pessoa chega nooo médico já chega com “ai meu Deus...” aí quando deu a música assim né? como tá aqui agora aí o pessoal fica até... esquece até um pouco do problema que tem.</p> <p>_ ah... é uma coisa que ... faz a gente esquecer as tristeza, entendeu? Se tiver sentindo dor a gente esquece porque a alegria da gente é cantar, né? e quem canta seus males espanta, então... ah... eu achei ótimo, achei mermo. Cheguei aqui meio um pouquinho assim... chateada, mas quando... eu só senti o toque do violão... aquilo já me animou... entendeu? Quando eu ouvi todo mundo cantando também eu me animei. Adorei, adorei mesmo. Vale a pena!</p> <p>_ É bom, é bom... Porque distrai as pessoas, não é não? é bom pra mente...</p> <p>_ Pra mim eu acho que não influi em nada não... Minha opinião é essa. Geralmente eu sou atendida rápido. Eu chego cedo, sou atendida e vou embora... agora que eu fiquei surpresa, com o que aconteceu aqui, né? Com a música... Ficou animado, deu uma animação. Geralmente posto é meio triste assim... aí deu uma animação.</p>

ANEXO 7

Roteiro da Observação Participante

Os itens abaixo desenham o roteiro da observação participante utilizado para o trabalho de campo. A idéia de organizar este roteiro e explicitá-lo em anexo foi inspirada pelo colega de turma de “Especialização em Saúde Pública” Tresse, (2008). Foi observado:

- ♪ Os serviços oferecidos pela UBS.
- ♪ Estrutura física da UBS.
- ♪ O que as pessoas procuravam na UBS identificando a demanda da população e o interesse dos usuários pelo serviço.
- ♪ Como eram atendidos com relação à cordialidade, triagem e a disposição dos profissionais em resolver seus problemas.
- ♪ O horário que os usuários chegavam a UBS
- ♪ As principais queixas dos usuários (que comentários costumam fazer)
- ♪ A relação entre os usuários e os profissionais
- ♪ O conteúdo das informações buscadas e recebidas.
- ♪ A opinião dos usuários com relação ao serviço
- ♪ O tempo de espera pelo atendimento
- ♪ O comportamento dos usuários durante a espera pela assistência
- ♪ A dinâmica dos usuários e dos profissionais durante a musicoterapia
- ♪ O comportamento dos usuários durante as entrevistas
- ♪ A reação dos usuários e dos profissionais frente aos problemas inesperados como falta de luz, falta de profissionais, do serviço inabilitado de vacina, por exemplo.
- ♪ O comportamento dos profissionais com relação ao acolhimento.