

II Encontro de *Musicoterapeutas* do Sistema Único de Saúde (SUS)

..... Anais do evento - 28 set 24



II Encontro de *Musicoterapeutas* do Sistema Único de Saúde (SUS)

Anais do evento - 28 set 24

Coordenação Comissão SUS 2024 - Rafaela de Lima Zerbini

**Comissão Organizadora do
II Encontro de Musicoterapeutas do SUS**

Rafaela de Lima Zerbini (coordenadora)
Silene Jacinto
Sony Regina Petris
Débora Priscila Panhoto
Fernanda Ortins Silva
Synarah Pereira da Costa Mendes

Comissão Científica

Silene Jacinto (coordenadora)
Renato Tocantins Sampaio
Clara Marcia Piazzetta
Claudia Zanini
Fernanda Ortins Silva
Andressa Toledo

Organização dos Anais

Silene Jacinto

**Projeto gráfico,
diagramação e capa**
Cláudia Schaun Reis

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Encontro de Musicoterapeutas do Sistema Único de
Saúde (2. : 2024 : Brasília, DF)
II Encontro de Musicoterapeutas do Sistema Único
de Saúde (SUS) [livro eletrônico] : anais do
evento : 28 set 2024 / organização Silene Jacinto ;
coordenação Rafaela de Lima Zerbini, Comissão SUS da
UBAM, Comissão Científica da UBAM. -- Brasília, DF :
União Brasileira das Associações de Musicoterapia/
Revista Brasileira de Musicoterapia RBMT, 2024.
PDF

Vários autores.
ISBN 978-85-94394-10-1

1. Musicoterapia 2. Saúde pública 3. Sistema
Único de Saúde (Brasil) I. Jacinto, Silene.
II. Zerbini, Rafaela de Lima. III. Comissão SUS da
UBAM. IV. Comissão Científica da UBAM. V. Título.

25-275661

CDD-362.109

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 362.109

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Sumário

Prólogo - Rafaela de Lima Zerbini	4
<i>Andréa Toledo Farnettane</i>	
Desafios da gestão de CAPS em área de conflito no Rio de Janeiro: relatos de experiência de uma musicoterapeuta	5
<i>Synarah Pereira da Costa Mendes</i>	
A implantação da Musicoterapia na Atenção Primária à Saúde em Colinas do Tocantins-TO: a prática e os impactos no Cuidado Integral à Saúde	22
<i>Frederico Gonçalves Pedrosa</i>	
Evidências sobre as práticas musicoterapêuticas em serviços da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte	35
<i>Maria da Conceição de Matos Peixoto</i>	
Trajetória de uma servidora pública com a Musicoterapia	47
<i>Alice Sales Rangel, Marcia Bulcão de Moraes e Silene Aparecida Santana Jacinto</i>	
O trabalho da Musicoterapia no contexto da equipe multidisciplinar do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto-HUPE/UERJ ..	56
<i>Rosana Maria Ojeda</i>	
Laço mãe bebê como co-construção corporal-sonoro-musical - a escuta ampliada, aquém e além das palavras	67
<i>Isamin Ribeiro Macena e Fernanda Ortins Silva</i>	
Relato de experiência: estágio em um CAPS AD III de Goiânia	75
<i>Simone Santos de Oliveira Defanti</i>	
Desafios e alta complexidade do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial: atuação da Musicoterapia em Niterói	85
<i>Ricardo Francisco de Oliveira</i>	
Território, crise e acolhimento: reflexões a partir das observações de um profissional Musicoterapeuta da atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro ..	96
<i>Silene Aparecida Santana Jacinto</i>	
O trabalho da Musicoterapia numa pousada para usuários da Rede de Atenção Psicossocial	105

Prólogo

Em 2024, os integrantes da Comissão SUS estiveram implicadxs na realização de atividades que fortalecessem os espaços em conjunto. Para além das ações fundamentais dessa comissão, o grupo esteve comprometido durante este ano na realização de duas atividades com o objetivo mencionado: a montagem e realização do II Encontro de Musicoterapeutas do SUS e a elaboração de um grupo de trabalho que pudesse concretizar a demanda percebida e tema do evento, “As diferentes práticas nos diferentes níveis de complexidade do SUS na Musicoterapia”.

Para isso, foi necessário congregiar colegas para participarem de mesas de debates; convidar a comunidade de musicoterapeutas para apresentarem pesquisas pertinentes à temática; chamar a comunidade também para a participação no evento; convidar colegas para aproximarem outros olhares na construção documental sobre a temática.

Realizo, ocupando a cadeira de coordenadora dessa comissão, meus sinceros agradecimentos aos colegas que colaboraram pela categoria para o desenrolar dessas atividades promovidas pela Comissão. Cada pessoa fez a diferença, e deixo meu agradecimento pessoal aos colegas que toparam trabalhar como Comissão Organizadora e Comissão Científica. Com vocês, esse evento foi possível!

Sendo assim, apresentamos os anais deste evento que promoveu, não apenas pelo nome, mas pela essência de sua experiência, um encontro potente e necessário para estarmos e dialogarmos com nossos pares. Os artigos publicados nas próximas páginas constituem algumas pesquisas submetidas, aprovadas e apresentadas no II Encontro de Musicoterapeutas do SUS.

Boa leitura!

Rafaela de Lima Zerbini

Desafios da gestão de CAPS em área de conflito no Rio de Janeiro: relatos de experiência de uma musicoterapeuta

Andréa Toledo Farnettane



Resumo

Na implantação do Centro de Atenção Psicossocial CAPS III João Ferreira uma das primeiras indagações que me fizeram foi: -...Você tem noção do Território que irá trabalhar?... traduzindo: -... Você tem a noção da violência deste território que irá enfrentar? ... e minha resposta foi: já ouvi falar, não conheço, mas estou disponível para conhecer e fazer parte de uma implantação neste território junto a uma equipe de saúde mental para pensar mudanças e construir estratégias para ações e condução dos casos frente às dificuldades apresentadas. Completei: -... não trabalho no heroísmo, mas trabalho no fazer o cuidado, cuidado com os usuários de saúde mental e cuidado a mim e aos os colegas frente às dificuldades que, de certa forma, aparecem como violências!... Venho contar essa experiência ao longo destes 14 anos no território do Complexo do Alemão que é sinônimo de violência! Além de conflitos entre facções e de facções para com a polícia estes são conflitos severos e desafiadores sim, pois o CAPS III funciona 24hs e não pode ser fechado. Preconceitos, traumas, ser silenciado, ser rejeitado, passar por discriminações, passar por maus-tratos, precisar de outros dispositivos de cuidados clínicos e não ser olhado e passar por descaso, são violências também vivenciadas neste território e desafiadoras. Quais são as saídas, as ideias, as estratégias que nos permitem mudar, fazer e assim cuidar, dentro de tantas limitações e, fazendo das ações deste dispositivo de saúde o CAPS/SUS um lugar de promoção de vida.

Palavras-chave: Desafios- área de conflito- experiência- Musicoterapeuta

Introdução

O território do Complexo do Alemão é um território violento que quando citado nas redes sociais, em rodas de conversas, em qualquer meio de discussão, a primeira reação é uma reação de preocupação por ser citado sempre em situações de conflitos entre facções e de facções para com a polícia e, no meio desses conflitos temos que fazer chegar a saúde, temos que estar presentes e saber lidar, e saber criar saídas de cuidados para poder

Andréa Toledo Farnettane é Musicoterapeuta pela Faculdade de Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música – RJ (1993), Especialista em Psicossomática e em Saúde Mental (IPUB/UFRJ); Diretora do CAPS 24hs – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) – João Ferreira da Silva Filho. Especialização em Saúde Mental Instituto de Psiquiatria (IPUB)/ Centro de Ciências de Saúde (CCS)/ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) / NUPPSAM / MS -Conclusão: 2003. / Pós-Graduação “Latu-Sensu” (6a- turma) Universidade Gama Filho – Rio de Janeiro -Conclusão: 1998. Musicoterapeuta -Graduada pela Faculdade de Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música – CEU - Rio de Janeiro – RJ -Conclusão: 1993. Musicoterapeuta Estatutária – pela Fundação Municipal de Saúde -Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes (RJ) – Concurso Público – Atuante na Reabilitação Municipal de Campos dos Goytacazes - RJ - Desde - Agosto 2002. Diretora do CAPS 24hs – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) – João Ferreira da Silva Filho -Município do Rio de Janeiro – AP3.1 – Complexo do Alemão – RJ Atuante Desde a implantação - Abril 2010. <http://lattes.cnpq.br/4980021360902464> - e-mail: farnettanea@gmail.com.

estar e saber cuidar para não sofrer ou ser vítima da opressão que nos faz calar e paralisar diante de tantos conflitos.

Nossa lei é Não lançar mão do manicomial a quem procura ou nos é encaminhado, quais são as ideias, modelos, saídas estratégicas, que são o diferencial que nos permitem o ato de fazer, fazer o diferente tanto no ato de cuidar mas também no ato de nos cuidar dentro de tantas demandas massacrantes para dar conta. Como construir alternativas para lidar e nos resgatar neste trânsito de estar, ser, cuidar e nos cuidar, como cavar possibilidades com tantas limitações. Alertas como o acesso seguro nos acompanha para darmos conta de onde podemos chegar sem sofrer tanta violência e assim levar e oferecer saúde no território. Construir parcerias para alcançar casos graves e que não conseguem sair necessitando cuidados domiciliares e criar espaços de liberdade de expressão e de trocas para também tratar da violência que carregamos e fazer destes encontros e espaços um lugar de vida.

Perguntas como: - “você tem certeza de que quer trabalhar neste CAPS? Você sabe o quanto este território é violento?” São perguntas que me fizeram e que eu, como gestora ao entrevistar profissionais novos a somar a equipe, até hoje faço no processo seletivo.

Falo da importância da existência dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e da importância do CAPS III João Ferreira da Silva Filho no território do Complexo do Alemão junto à Atenção Primária e seus desafios para se fazer presente. As ferramentas e frentes de trabalho possíveis para se fazer presente e atuante. São desafios dentro e fora da instituição. O estar junto a equipe multiprofissional, ter o cuidado de não transformar o CAPS III com funcionamento 24hs, diariamente, em um mini hospício e cuidar para dar dignidade e humanização a quem nos procura e a quem nos é encaminhado.

Desenvolver ações em áreas de elevados níveis de conflitos e violência urbana favorecendo a promoção da saúde, a articulação comunitária, o fortalecimento das redes sociais, a identificação e potencialização de atividades e recursos disponíveis disparando ações com base territorial que se ajustam aos princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica. O CAPS III é um serviço que se apresenta neste território como parceiro nestes objetivos e parceiro para com outros serviços em função das ações intersetoriais favorecendo a integração de projetos sociais e setores afins. Me cabe como direção cuidar da estrutura física como um todo, oferecendo um espaço agradável tanto para os usuários como para com toda a equipe de profissionais que atuam no cuidado e isso é também cuidar da equipe.

Histórico

Estou neste CAPS III João Ferreira desde a implantação em 2010. Em 2019 fui convidada, pela Superintendência de Saúde Mental do RJ a assumir a direção do CAPS III João Ferreira da Silva Filho, Centro de Atenção Psicossocial com funcionamento 24 horas e com 9 leitos de acolhimento a crise e mais cinco residências terapêuticas com 34 moradores com histórico de longa institucionalização que somados estão sob minha direção 117 profissionais de saúde composta por médicos/psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais,

terapeutas ocupacionais, agentes territoriais, oficinaira, enfermagem, acompanhantes terapêuticos e cuidadores, coordenadores, administrativo, copeiras, higienização e porteiros. O CAPS fica localizado na área programática 3.1 Zona Norte do município do Rio de Janeiro no famoso Complexo do Alemão grande área de conflitos, mistura de facções que mandam e determinam leis, limitações no território muitas vezes difíceis de lidar. O CAPS se apresenta como um lugar de cuidado, um lugar que luta por direitos humanizados para com todas as pessoas que de certa forma foram abandonadas, esquecidas, discriminadas, e maltratadas. Essa luta para mudança, de fazer mudar o olhar, o cuidado, o tratamento dando direitos iguais às pessoas com algum tipo de transtorno mental se fez através de Leis e Portarias criadas e colocando-as em prática, mas vou falar de uma experiência que vai além deste cenário. Quais os meios, quais fórmulas, quais são as saídas, quais os modelos para não sermos protagonistas do manicomial e para que a gente não lance mão de ações manicomiais nunca mais a quem procura ou nos é encaminhado, quais são as ideias, modelos, saídas estratégicas, que são o diferencial que nos permitem o ato de fazer, fazer o diferente tanto no ato de cuidar mas também no ato de nos cuidar dentro de tantas demandas massacrantes para dar conta. Como construir alternativas para lidar e nos resgatar neste trânsito de estar, ser, cuidar e nos cuidar. Como cavar possibilidades com tantas limitações? Alertas como o acesso seguro nos acompanha para darmos conta de onde podemos chegar sem sofrer tanta violência e assim levar e oferecer saúde no território. Construir parcerias para alcançar casos graves e que não conseguem sair necessitando cuidados domiciliares e criar espaços de liberdade de expressão e de trocas para também tratar da violência que carregamos e fazer desses encontros e espaços um lugar de vida.

Direção de um Trabalho

A responsabilidade compartilhada dos casos com a rede de Saúde; buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde do território, de modo a estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental na comunidade; realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, fornecendo-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas por essas equipes e participar de reuniões e encontros semanais para discussão e construção dos casos clínicos. Dentro das potencialidades da Ação Matriciamento, podemos destacar a diminuição da estigmatização e encaminhamentos das demandas por parte da Atenção Primária; aproximação com outros dispositivos da rede através do contato com a Clínica da Família; afinidade, comunicação e vinculação entre equipes; maior inserção no território, organização em duplas e/ou trios de matriciadores, cuidado compartilhado para clientela que não tem perfil de CAPS, construção de ferramentas grupais em conjunto com a Atenção Primária e sensibilização das equipes de Atenção Básica para com os casos Graves.

O CAPS III João Ferreira da Silva Filho mantém contato diário com as emergências, via telefone, para averiguação se há usuários do território em internação nesses dispositivos com o objetivo de discussão do caso e transferência para o acolhimento noturno.

Quando não há vagas disponíveis na unidade realizamos, quando possível, a visita institucional para atendimento ao usuário e familiares.

Temos a direção para com todo esse trabalho oferecer o espaço de reunião com supervisão clínica, espaço obrigatório e que faz parte da carga horária para todos os profissionais, onde exercitamos a função de pensar os casos, dialogar, cuidar da clínica e cuidar das ações individuais e grupais. A supervisão se torna um espaço de formação para o próprio dispositivo clínico, um espaço de aprendizado mútuo constante e enfrentamento dos desafios das direções ético-clínicas de um CAPS III.

Como gestora tenho a flexibilidade de deixar o profissional exercer um trabalho clínico institucional não engessado, onde criar, recriar, pesquisando a sua própria prática se faz necessário. Se o profissional tem a humildade de ouvir a si próprio e ao outro para somar em equipe, este é um caminho possível para que possa cada vez mais ter a coragem de fazer, de mudar, de romper com o costume formal e transformar a sua prática e o seu saber em clínica.

Pontos importantes que se transformaram em um norte de trabalho no conceito de CAPS

Doença Mental X Sofrimento Psíquico – adoecimento através das relações sociais/ relação da vida – Hospício é uma prática Moral, o sujeito é pertencente a vida, é pertencente a um território e como pensar o CAPS III sem hospício/ atender as demandas do usuário e não atender as demandas das Instituições X Comunidades Terapêuticas que Isolam o sujeito;

Usuário na Centralidade do Tratamento – Contexto Histórico e produção de Sintomática;

Interdisciplinaridade e intersetorialidade;

Territorialidade.

Fortalecimento e incentivo ao trabalho territorial; investimento em espaços de formação; Incentivo à discussão profissional em pautas de raça e gênero, compreendendo seus atravessamentos na saúde mental da população e dos profissionais; empenho nas orientações e avaliações contínuas de cada profissional, reuniões regulares da gestão interna bem como supervisão de gestão; esforço contínuo para sustentação das direções de trabalho no cotidiano do CAPS.

Ações e deveres para com a Clínica da Atenção Psicossocial

No CAPS III João Ferreira da Silva Filho procuramos organizar o processo de trabalho realizado pela equipe multiprofissional **pelas frentes**: atenção à crise, trabalho territorial incluindo o matriciamento e a desinstitucionalização e como **dispositivos clínicos**: acolhimento dia, acolhimento de terceiro turno, acolhimento noturno, acolhimento de primeira vez, convivência, grupos terapêuticos, atividades terapêuticas e oficinas, reuniões de início e final de turnos para organização do dia, reunião de equipe com a pre-

sença do profissional supervisor clínico e atendimentos individuais, como **ferramentas de trabalho**: a dispensação das medicações, construção do Projeto Terapêutico Singular, duplas de referências, visitas institucionais e domiciliares promovendo o cuidado clínico aos sujeitos com intenso sofrimento psíquico. O território de abrangência corresponde ao Complexo do Alemão e parte do Complexo da Penha, RJ – incluindo os seguintes bairros: Bonsucesso, Olaria, Ramos, Inhaúma, Penha e Penha Circular.

Conversa Inicial

É impossível falar da Atenção Psicossocial sem falar do SUS - Sistema Único de Saúde. Quem trabalha em CAPS é profissional do SUS, assiste a população e qualquer pessoa o qual o procure e/ou precise, o acesso é livre, falamos de Atenção Psicossocial a população como um todo. O profissional do SUS cuida da pessoa usando a rede de cuidados, oferece a rede de cuidados para ajudar no seu sofrimento físico, mental e social. Hoje em dia falamos muito em REDE, que REDE é essa? É a REDE de cuidados que qualquer pessoa tem e deve ter acesso para se tratar. Essa REDE de Cuidados nos dá liberdade para buscar e somar com outros lugares possíveis dentro do território e fora deste para que a pessoa possa ter o cuidado direcionado e assim poder se tratar adequadamente no que for preciso.

Contextualização

O CAPS III João Ferreira da Silva Filho foi pensado estrategicamente para existir dentro de um Complexo de Saúde, ou seja, na mesma estrutura temos o CAPS, a UPA do Alemão, a Clínica da Família Zilda Arns e a Academia Carioca do Alemão, e no território do Complexo do Alemão para alcançar e oferecer saúde e prevenção e promoção de saúde às pessoas que pertencem e habitam este território. A apresentação deste serviço no território se deu através das articulações entre o CAPS III João Ferreira e a Clínica da família Zilda Arns/ Atenção Primária que nos atendimentos em conjunto eram avaliados a necessidade de conhecer o caso para ver se o mesmo se beneficiaria do CAPS ou se só um apoio matricial às equipes dariam conta. As Clínicas da Atenção Primária são montadas por uma equipe multiprofissional, a maioria dos agentes comunitários de saúde que fazem parte do quadro de equipe das clínicas, tem como pré-requisito ser morador do território que irá cuidar. O mapeamento por cada equipe das Clínicas de Saúde é realizado por profissionais, agentes comunitários de saúde ACSs, que conhecem e habitam o território facilitando o acesso de profissionais que somam as equipes e não habitam. Os agentes comunitários de saúde facilitam a inclusão desta população local no cuidado clínico como também ajudam na inclusão aos outros profissionais, as outras especialidades no território de referência. Quando iniciamos nossas atividades no CAPS, através dos atendimentos em conjuntos, Inter consultas via matriciamento, fomos apresentados ao Território e realizando oferecendo assistência de Saúde Mental a quem pudesse se beneficiar. Trabalhamos na quebra do estigma e do preconceito estabelecido e estruturado,

levamos em conta o que este território pode e deve favorecer, levamos em conta os laços afetivos como relações pessoais, familiares, amigos; quais os serviços existentes de saúde no território e que podemos contar e que podemos fortalecer na assistência, o social como moradia, trabalho, escola, esporte; a parte financeira que conta e o cultural, religioso e de lazer. É um território de riscos, há violências mas também é um território promissor e como podemos transformá-lo junto a este usuário um território de moradia e promissor na saúde e no cuidado como um todo.

O CAPS III João Ferreira da Silva Filho

Em 10 de junho de 2010, foi inaugurado o CAPS João Ferreira Filho, para atender a população residente das comunidades que compõem o Complexo do Alemão, bem como das que compõem o Complexo da Penha. O CAPS João Ferreira se destaca no município do Rio de Janeiro por ser o segundo a ser inaugurado já no formato tipo III, ou seja, funcionando 24 horas por dia e 7 dias por semana.

O CAPS possui nove leitos de acolhimento noturno e à crise, distribuídos em quatro quartos. Todos os quartos possuem aparelho de ar condicionado, o que na realidade climática do Rio de Janeiro é um diferencial bastante importante. No que se refere aos quadro de funcionários, o CAPS possui na gestão uma diretora, um coordenador técnico, uma coordenadora administrativa, uma coordenadora de SRT. Além disso, há também 9 enfermeiros, 15 técnicos de Enfermagem, 2 terapeutas ocupacionais, 3 assistentes sociais, 4 psicólogos, 2 auxiliares administrativas, 2 médicos psiquiatras, uma oficinaira, 3 agentes territoriais, 2 copeiras, 4 porteiros, 6 auxiliares de serviços gerais.

Há cinco Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) sob a coordenação do CAPS III João Ferreira, totalizando 33 moradores. Todos os SRT são tipo II, ou seja, com cuidadores nos períodos diurnos e noturnos. A composição da equipe responsável pelos SRT é: Uma coordenadora dos SRT; três acompanhantes terapêuticas, que dividem suas funções entre as cinco casas; 5 técnicos de Enfermagem e 40 cuidadores.

Com relação a cobertura populacional, o CAPS III João Ferreira abrange a área de sete unidades de atenção primária à saúde. Todas com Estratégia de Saúde da Família. Em levantamento feito junto a essas unidades, são 216.228 usuários cadastrados na ESF na área de abrangência do CAPS III João Ferreira e, no mesmo, possui atualmente cerca de 797 usuários acompanhados.

Parcerias mais consistentes do CAPS III João Ferreira posso citar a UPA do Alemão e a Clínica da Família Zilda Arns, que ficam no mesmo espaço (contêiner) em que se localiza o CAPS III João Ferreira, compõem um complexo de serviços bastante articulado que possibilita uma parceria cotidiana muito potente para os três dispositivos.

O CAPS III João Ferreira, a partir do compartilhamento e discussão de casos do território, realiza trabalho em parceria com o CAPSad Miriam Makeba e com o CAPSi Visconde de Sabugosa, que também cobrem nossa região; também trabalhamos em parceria com o Consultório na Rua da área 3.1, para o compartilhamento do cuidado dos usuários que estão em situação de rua. Ações de matriciamento nas unidades de atenção primária

cobertas pelo CAPS, junto às equipes ESF e NASF e EMulti e a depender da unidade de atenção básica, são realizadas em conjunto com outros CAPS do território.

Clínica Ampliada e a Intersetorialidade

Temos como dinâmica de Clínica Ampliada em CAPS atuações em diversos espaços internos e externos, internos pode citar atendimentos referentes às especialidades de cada profissional e atendimentos que cada profissional pode e exerce na clínica ampliada na atenção psicossocial e que são ações clínicas que o profissional de saúde aprende e realiza fortalecendo sua clínica como atendimento de primeira vez, oficinas e grupos terapêuticos, matriciamento. Grupos e oficinas realizadas pelos profissionais atualmente no CAPS: Grupo Fique Esperto (jornal/artesanato); Grupo Ouvindo Vozes; Oficina de Expressão Livre (artes em geral); Oficina Pagode na Varanda; Oficina Panos e Fios; Grupo de Emprego Apoiado; Oficina Teatro do Oprimido; Oficina de Ancestralidade; Grupo de Familiares; Grupo Mulheres Protagonistas de Sua História. Espaços externos, são as práticas que também nos fortalece como profissionais onde somos solicitados e solicitamos nas discussões de casos que envolve o cuidado entre instituições e diferentes setores em saúde pública que atuam em função de produção da saúde e na formulação, acompanhamento no território, damos o nome de ações que correspondem a Intersetorialidade. O CAPS é um serviço dinâmico, formador, é um trabalho interdisciplinar com uma equipe multidisciplinar que dentro de suas ações faz e promove o acompanhamento de usuários com internações de longa permanência, promove a vinculação com os serviços de referência de seu território, através da elaboração de um projeto terapêutico, trabalha na reinserção através da circulação pelos espaços da cidade, teatros, praias, parques, espaços e encontros culturais, shows, exposições, shoppings, restaurantes, trabalha os laços familiares, nos casos de desinstitucionalização, quando há possibilidade, pode-se trabalhar o retorno familiar, e realiza o trabalho de reinserção e moradia em residências terapêuticas vinculadas aos CAPS, trabalha a autonomia através do acompanhamento de seu cotidiano em diversos casos e situações que possam favorecer na clínica do sujeito, frentes como acompanhamento de usuários em moradias assistidas, acompanhamento de usuários em abrigos, clínicas de apoio aos hospitais gerais e em manicômios judiciais também são demandas dessa clínica que podemos exercer.

Dos grupos terapêuticos, nos quais utilizamos a arte como ferramenta para dar voz aos usuários, proporcionamos que este possa sair de seu mundo isolado para ganhar novos horizontes e ter e dar caminhos para que ele se autorize a frequentar e conhecer outros espaços na cidade que expressam também a arte diversificada como exposições, peças de teatro, museus, cinema, shows, projetos culturais e artísticos dentro e fora de seu território.





Humanização e atenção: CAPS para a promoção da saúde mental

Centro de Atenção Psicossocial tem como missão principal o cuidado integral de todas pessoas com sofrimento psíquico

Ranieri Soares

No dia 18 de maio é celebrado no Brasil o Dia da Luta Antimanicomial, data que surgiu em 1987. Por mais de 12 anos, tramitou em Brasília a luta por uma atenção à saúde mental, na defesa dos direitos das pessoas que necessitam do tratamento, buscando formas de assistência e implementação de espaços que substituíssem os manicômios.

Os CAPS foram criados para suprir a ausência dos manicômios, não com a ideia de substituir os hospitais psiquiátricos, mas para agir de forma mais rápida e independente.



Parte da equipe da Unidade CAPS III João Ferreira Silva Filho

Contudo, o acesso aos Centros de Atenção Psicossocial ainda é pouco difundido para os moradores das favelas. O estigma associado às pessoas que adoecem com doença mental é tratado de forma discriminatória, o que impede a busca por tratamento e a participação na sociedade. O estigma é uma barreira para a busca por tratamento e a participação na sociedade. O estigma é uma barreira para a busca por tratamento e a participação na sociedade.

sável pela área do Complexo do Alemão, para entender o funcionamento e a história do aparelho. O Centro fica dentro do complexo de saúde do Alemão, junto a outros espaços de saúde. Desde sua implementação, a unidade tem a missão de matriciamento, uma modalidade de assistência para pensar intervenções de atendimento. O trabalho possui parceria com outros espaços de saúde, como as Clínicas da Família, o acolhimento de crise e a desinstitucionalização. Para Es-

tefani, coordenadora da equipe de seguimento, o CAPS é porta de acesso a outros espaços. "O CAPS é porta de entrada para mil coisas... cultura, lazer".

É um aparelho de portas abertas, que atua de forma humanizada e na redução dos estigmas. O atendimento e acolhimento é contrário aos estabelecidos dentro dos manicômios. Segundo a diretora da unidade, Andrea, os pacientes precisam de cuidado integral. "O paciente precisa de um cuidado inteiro, não só da mente, mas do corpo como um todo".

O CAPS III João Ferreira Filho funciona todos os dias, 24 horas. Com uma equipe multidisciplinar, atende até 100 pessoas mensalmente. São oferecidas

oficinas que estão relacionadas a arte e cultura, empregabilidade, ancestralidade negra e possuem um bloco de carnaval chamado "Se Pirar a Gente Cuida", que desfilou em 2019, 2020 e 2023.

Segundo um paciente que quis manter anônimo, as oficinas são uma forma de transmitir o que está sentindo: "Quando começo a usar cores escuras é porque estou pedindo ajuda". Uma forma de humanizar o atendimento e fortalecer a luta antimanicomial.

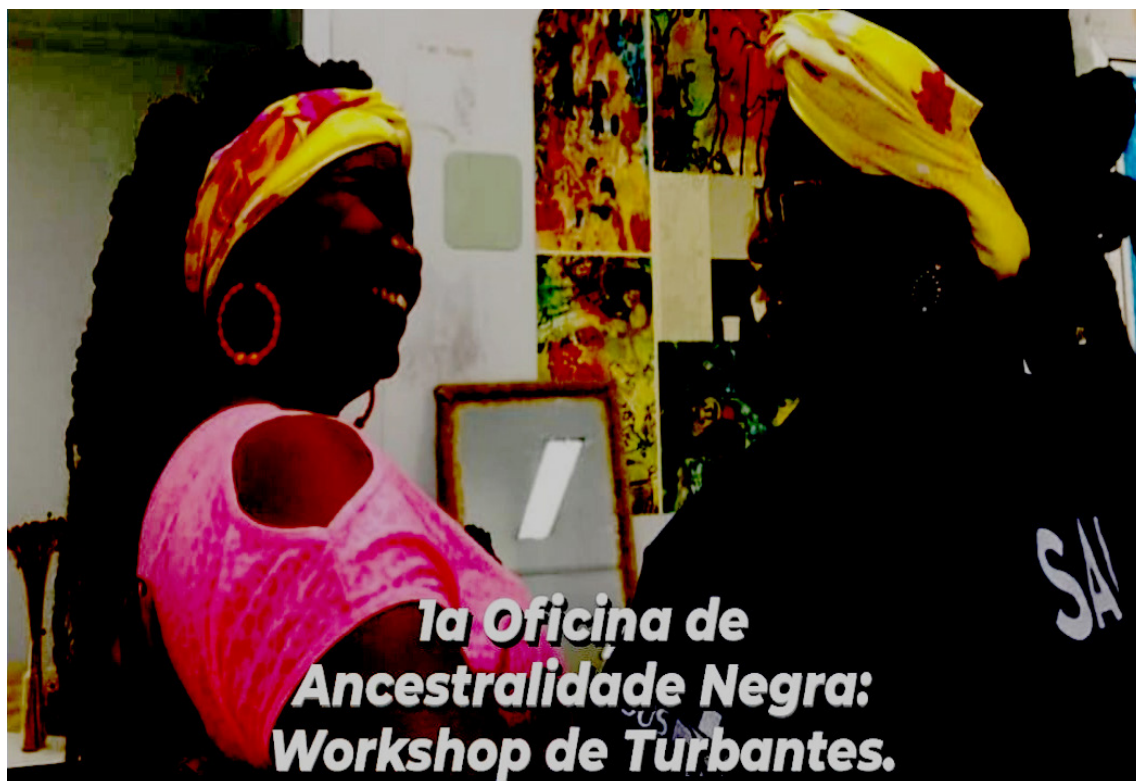
O endereço do CAPS III João Ferreira Filho é a Estrada do Itararé, 951, Ramos. O telefone de contato é: 2270-8688. Funciona 24 horas por dia, todos os dias, inclusive aos finais de semana e feriados.



Corredor que leva a sala que são realizados as oficinas







Inserção no mercado de trabalho

Uma das ações dentro da dinâmica do CAPS III João Ferreira é o acolhimento e acompanhamento de pessoas com sofrimento psíquico/transtorno mental. É uma equipe multi/interdisciplinar que atua de forma transdisciplinar objetivando o acompanhamento clínico e inserção social, em concordância a REFORMA PSIQUIÁTRICA. O trabalho, a ocupação pode organizar o sujeito e proporciona a este o exercício da cidadania. Dois fatores dificultam o processo de cidadania e dignidade do sujeito que são o desconhecimento desta clínica e o preconceito social. Participamos da criação do **PROJETO DE INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO no Município**. Os Técnicos de Referência indicam os usuários que podem se beneficiar do Projeto tendo como desejo do sujeito trabalhar. Os assistidos que compõem o projeto são indicados por profissionais intimamente vinculados ao seu cuidado (REFERÊNCIA), após minuciosa avaliação. Ocorrem grupos quinzenais nos quais são abordados temas pertinentes a empregabilidade e a lógica do trabalho. É efetuado pelo ORDENADOR do projeto, semanalmente, visitas a empresas para estabelecer parcerias. Mensalmente ocorre reunião com toda a REDE DE SAÚDE MENTAL -SMS E TRABALHO RJ- coordenada por representante da Superintendência de Saúde Mental SMS-RJ na qual são discutidas as ações e realizado avaliações e planejamentos. Os usuários inseridos no mercado de trabalho dão continuidade ao acompanhamento clínico no CAPS III João Ferreira.

Desenho e efeitos da violência nos territórios dos complexos do Alemão e da Penha na atualidade

Os complexos do Alemão e da Penha compõem conjuntos de favelas, as quais com realidades territoriais e sociais bastante de vulnerabilidades, atravessadas pela pouca presença do Estado no que concerne à qualidade de vida, ou seja, são territórios com moradias precárias; com alto índice de desemprego; com grande insegurança alimentar; com a presença do movimento de facções que vendem drogas e condição de exposição ostensiva de armas nas comunidades. Atualmente as operações policiais são bem menos frequentes, o que é extremamente importante para a população, porque na prática isso significa uma redução significativa de troca de tiros pelas ruas das comunidades. No entanto, ao mesmo tempo que houve redução de operações policiais, quando há entrada da Polícia nas incursões policiais atualmente, as mesmas têm sido muito mais truculentas. Um número muito maior de pessoas é atingido e morre a cada operação policial nos complexos do Alemão e da Penha na atualidade.

Nos últimos anos, a dinâmica da organização do tráfico no território mudou significativamente, haja visto que: 1) A quantidade de bocas de fumo se multiplicou intensamente; 2) Os atores armados têm se multiplicado; 3) Se perdeu a noção de territorialidade no movimento, ou seja, os atores dos territórios têm sido deslocados para outros territórios da mesma facção, e como consequência, perde-se a referência entre os moradores e os atores do tráfico, são todos desconhecidos entre si.

Esse conjunto de elementos têm impactado nos moradores e usuários do CAPS III

João Ferreira no seguinte sentido: 1) A depender da região em que o, usuário mora, os usuários têm achado mais difícil conseguir se movimentar em segurança para acessar o CAPS; 2) O território tem sido muito mais hostil e, até violento em alguns momentos, para os comportamentos considerados socialmente inadequados dos usuários em sofrimento psíquico. As consequências dessas mudanças da dinâmica da violência do território, têm impactado também a condução clínica do cuidado pelo CAPS, no sentido de:- Tornar mais difícil a segurança dos profissionais na circulação territorial, diminuindo as visitas domiciliares em relação ao período anterior a essas mudanças; perdeu-se a referência de líderes comunitários diante de todas essas mudanças, de forma que atualmente é extremamente difícil o CAPS conseguir se articular com sujeitos de liderança nas comunidades para tratar assuntos e casos dos nossos usuários dentro desses territórios.

Matriciamento - processo de construção compartilhada entre equipes que favorece a porta de entrada e porta de saída nas Unidades de Saúde.

O CAPS III João Ferreira da Silva Filho é referência no território para 7 unidades da atenção primária (Estratégia de Saúde da Família – ESF) e tem como direcionamento realizar o matriciamento em todas as 7 clínicas. Este mapeamento e direcionamento é realizado junto a CAP 3.1 – Coordenação de Área Programática. Somos um CAPS ligados a CAP 3.1 - SUBPAV e tudo relacionado ao CAPS, RH, estrutura, higienização, todo e qualquer serviço que for necessário a funcionalidade da Unidade CAPS III João Ferreira, as solicitações devem ser tratadas junto à CAP 3,1. A ação do matriciamento deve ocorrer na unidade básica de saúde – Clínica da saúde, com frequência quinzenal por parte da equipe de profissionais do CAPS, essa disponibilidade é construída e tratada junto à gestão das Unidades de saúde. Todas as ações que a equipe realiza, incluindo a do matriciamento, devem ser registradas no Prontuário Carioca. Nas Unidades com NASF, as equipes dos NASF devem matricular as equipes da ESF- Estratégia de saúde da família nos casos leves e moderados. Os casos graves e mais complexos serão matriciados pelo CAPS junto às ESF. Os NASFs e equipes eMulti devem tomar ciência dos casos complexos e graves para que posteriormente estes casos deixem de ser do CAPS e voltem para as ESF com suporte dos mesmos, um cuidado mais ambulatorial. No matriciamento deve-se fazer a porta de saída dos CAPS, para os casos que estão estáveis há tempo considerável, e que poderão continuar o cuidado em saúde mental na atenção primária, ficando o CAPS na retaguarda de cuidado em caso de piora ou crise.

Direitos e Deveres

É fundamental a participação do usuário na construção de seu Projeto Terapêutico Singular – PTS, essa construção é um caminho da clínica humanizada que fortalece o vínculo do usuário com o CAPS e com os profissionais. Trabalha-se também na construção de caminhos para melhorar a relação familiar e/ou responsáveis e laços sociais como um

todo. Trabalhar com familiares e/ou responsáveis como parceiros de cuidados. Um outro fator que procuramos tratar e ter nas ações de cuidado é fundamental, é o fator COMUNIDADE. A articulação com a comunidade, o usuário pertence a uma comunidade e dentro desta comunidade há serviços públicos nas áreas da educação, lazer, esporte, trabalho, transporte, cultura, que são parceiros e se transformam em ferramentas no acompanhamento do sujeito para que este possa existir como qualquer outro cidadão exercendo seus direitos e deveres individuais e coletivos, em igualdade e em liberdade. O LOUCO passa a ser inserido como alguém com transtorno mental na sociedade, ele têm direitos e deveres como um diabético, como alguém que tem um câncer, como qualquer cidadão que necessite de cuidados em saúde. O cuidado é humanizado, não existe mais manicômios no município do Rio de Janeiro, todos, ou a maioria, de usuários com histórico de longa internação foram transferidos para os Serviços Residenciais Terapêuticos, são moradores e vinculados aos CAPS e as Clínicas de Saúde para tratamentos fora manicômio, passamos a ter novas relações com a loucura onde muitos saíram dos hospícios e passaram para a qualidade de moradores na cidade como qualquer outro cidadão. Falamos aqui de uma reconstrução de trajetória de vida e de uma reformulação de ouvir e enxergar as pessoas com algum transtorno mental como pessoas. Essa transformação de cuidado também atravessa o modo de agir e ser e de estar somando em uma equipe voltada à atenção psicossocial. Para quem se identifica e acredita na clínica ampliada da Atenção Psicossocial somos atravessados constantemente por desafios, enfrentamentos, no cuidar e tratar as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e deixar claro de que - **CUIDAR SIM, EXCLUIR NÃO! ACOLHIMENTO SIM, RECOLHIMENTO NÃO!**

Considerações Finais

Venho ressaltar a importância de ser e me ver como uma profissional que tinha nas mãos uma chance de abraçar um caminho na Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro a qual me foi depositado um voto de confiança, pela AMT-RJ Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro, para trilhar uma trajetória que não começou em 2010, mas sim em 1998, no meu primeiro CAPS. Tantos enfrentamentos, tantos desafios, quantas responsabilidades, só sei que o que me incentivou na vida e não me fez desistir foi exatamente ser Musicoterapeuta e me tornar uma profissional da Saúde Mental, profissional de tantas frentes e de buscar tantas frentes me fez ser reconhecida e chegar na gestão com muita responsabilidade. Na implantação do Centro de Atenção Psicossocial CAPS III João Ferreira da Silva Filho, venho lembrar que: uma das primeiras indagações que me fizeram foi: -...Você tem noção do Território que irá trabalhar?... traduzindo: -... Você tem a noção da violência deste território que irá enfrentar? ... e minha resposta foi: já ouvi falar, não conheço, mas estou disponível para conhecer e fazer parte de uma implantação neste território junto a uma equipe de saúde mental para pensar mudanças e construir estratégias para ações e condução dos casos frente às dificuldades apresentadas. Completei: -... não trabalho no heroísmo, mas trabalho no fazer o cuidado, cuidado com os usuários de saúde mental e cuidado a mim e aos os colegas frente às dificuldades que, de certa forma,

aparecem como violências!... Venho contar essa experiência ao longo destes 14 anos no território do Complexo do Alemão que é sinônimo de violência! Além de conflitos entre facções e de facções para com a polícia estes são conflitos severos e desafiadores sim, pois o CAPS III funciona 24hs e não pode ser fechado. Preconceitos, traumas, ser silenciado, ser rejeitado, passar por discriminações, passar por maus-tratos, precisar de outros dispositivos de cuidados clínicos e não ser olhado e passar por descaso, são violências também vivenciadas neste território e desafiadoras. Construímos ações através de trocas de saberes, construímos em conjunto/ em equipe ações individuais e em grupos para lidar com as crises dos usuários frente a seus sofrimentos e que tem seus quadros agravados devido a tantas diversas violências sofridas. Essas saídas, ideias, estratégias que nos permitem mudar, fazer e assim cuidar, dentro de tantas limitações, fazem deste dispositivo de saúde o CAPS/SUS- um lugar de promoção de vida. Eu espero que este meu relato de experiência neste caminho da Saúde Mental e no dispositivo de Saúde CAPS – Centro de Atenção Psicossocial possa ajudar a muitos outros profissionais de saúde a despertar interesse não só de conhecer, mas também de atuar neste campo da clínica ampliada e fazer o diferencial no driblar a violência em ações responsáveis e responsivas no cuidar, promovendo saúde, dignidade aos usuários de Saúde Mental.

Referências Bibliográficas:

Lei No.8.080 de 19 de setembro de 1990

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA No. 106, De 11 de Fevereiro de 2000

MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEI No. 10.216, de 6 de Abril de 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA No. 336 de 19 de Fevereiro de 2002

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N0. 3.088 de 23 de Dezembro de 2011

Leituras e vídeos complementares:

A História da Saúde Pública no Brasil – 500 anos na busca de soluções. Canal Saúde Distribuidora FIOCRUZ

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, a Política de Saúde Mental e os Desafios Atuais com Paulo Amarante. Canal Fórum de Debates e Entrevistas.

Fechamento da antiga Colônia Juliano Moreira é vitória da Luta antimanicomial. Matéria Jornal O GLOBO.

O que abrir para fechar: a experiência do Instituto Municipal Juliano Moreira. Canal Saúde. Distribuidora FIOCRUZ.

CHIAVERINI, Dulce Helena. Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental Coletiva, 2011.

AMARANTE, Paulo e CRUZ, Leandra Brasil. Saúde Mental, Formação e Crítica. Rio de Janeiro. Laps, 2008.

COSTA, Clarice Moura e FIGUEIREDO, Ana Cristina. Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 2004.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e a Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Editora

FIOCRUZ, 2007.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho e CAMPOS, Fernanda Nogueira. Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates. São Paulo: Zagodoni, 2012

COSTA, Clarice Moura. O Despertar para o Outro – Musicoterapia. São Paulo: Summus, 1989.

LIMA, D. K. R. R. G - GUIMARÃES, J.. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? Saúde em Debate, v. 43, n. Saúde debate, 2019

Portaria de Consolidação no. 3/GM/MS, 28 de setembro de 2017- Anexo V. Diretrizes, Objetivos e normativas da RAPS -, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento e transtornos mentais, incluindo aquelas com problemas em decorrência do uso de álcool e outras Drogas.

PORTARIA No. 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012 – Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III).

PORTARIA No. 1.028, DE 10. DE JULHO DE 2005 – RD.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular – 2.ed.- Brasília: Ministério da saúde, 2007.60 p.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. – Brasília: Ministério da saúde, 2015.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção Primária à saúde.#3: Projeto Terapêutico Singular/NASF – AB, 2018.

A implantação da Musicoterapia na Atenção Primária à Saúde em Colinas do Tocantins-TO: a prática e os impactos no Cuidado Integral à Saúde

Synarah Pereira da Costa Mendes



Resumo

O presente relato de experiência profissional trata-se do processo de implantação da Musicoterapia no município de Colinas do Tocantins no ano de 2017, que se iniciou com a apresentação da Proposta para a gestão da Secretaria de Saúde. Direcionou-se a oportunidade para a Coordenadora das equipes de Atenção Básica, onde a profissional Musicoterapeuta ingressou na equipe NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família- Atenção Básica) e participou da Capacitação/treinamento com equipe Multiprofissional. Após a realização do contrato e cadastramento no CNES como Musicoterapeuta- Manutenção NASF-AB, apresentou-se as possibilidades de atendimento das necessidades e projetos da Política de Atenção Primária à Saúde, para atender as demandas dos territórios abrangidos pelas Unidades Básicas de Saúde.

A musicoterapia atendeu de forma grupal e individual, os usuários de forma integrada com os profissionais das Equipes de saúde, favoreceu o processo de promoção, prevenção e autocuidado em saúde em atendimentos pontuais, técnicos e eficientes. A Musicoterapia foi reconhecida por promover a qualidade dos cuidados ofertados em saúde e melhorando a participação dos usuários nos programas da Atenção Primária do município.

Palavras-chave: Implantação da musicoterapia, Atenção básica, atuação do Musicoterapeuta.

1. Introdução

Colinas do Tocantins é um município brasileiro do Estado do Tocantins. Sua população é de aproximadamente 33.967 habitantes segundo dados do último Censo (IBGE/2022), sendo o sexto mais populoso do Estado.

O sistema de saúde segue os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, oferecendo serviços de saúde gratuitos e universais para a população. A estrutura de atendimento está organizada, fazendo uso do Sistema Integrado de Regulação (SISREG), visando gerenciar a marcação de consultas, exames e outros serviços de saúde, organizando o fluxo de pacientes e otimizando os recursos disponíveis na rede pública.

O município possui doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), seguindo as políticas, agendas e as normas prioritárias do Ministério da Saúde (Brasil-Humaniza SUS/2011), compreendendo os princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade.

Synarah Pereira da Costa Mendes é Musicista pelo Conservatório e Centro Interescolar de artes Raul Belém (MG/2002), Musicoterapeuta pela Universidade Federal de Goiás (2006), atualmente no Centro Especializado em Reabilitação Auditiva, Intelectual, Física e Visual (CER IV) e Membro da Comissão SUS da UBAM. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5053713049593804> E-mail: syh.saudebeleza@gmail.com.

de. A atenção primária à saúde (APS) é geralmente o primeiro ponto de contato, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, que pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Na sua essência, a APS cuida das pessoas e não apenas trata doenças ou condições específicas.

Esse setor oferta atenção integral o mais próximo possível do ambiente cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades. Isso inclui um espectro de serviços que vão desde a promoção da saúde (por exemplo, orientações para uma melhor alimentação) e prevenção (como vacinação e planejamento familiar) até o tratamento de doenças agudas e infecciosas, o controle de doenças crônicas, cuidados paliativos e reabilitação.

A APS está enraizada no compromisso com a justiça social e a equidade e no reconhecimento do direito fundamental ao mais alto padrão atingível de saúde, conforme ressaltado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]”.

O conceito de Atenção Primária à Saúde tem sido repetidamente reinterpretado e redefinido. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma definição coesa baseada em três componentes:

- Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção;

- Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais, bem como das pessoas), por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores; e

- Empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas.

Renovar a atenção primária à saúde e colocá-la no centro dos esforços para melhorar a saúde e o bem-estar é fundamental por três razões:

1. A atenção primária à saúde está bem posicionada para poder responder às rápidas mudanças econômicas, tecnológicas e demográficas, que impactam a saúde e o bem-estar;

2. A atenção primária à saúde é uma forma altamente eficaz e eficiente de agir sobre as principais causas de problemas de saúde e riscos ao bem-estar, bem como de lidar com os desafios emergentes que ameaçam a saúde e o bem-estar no futuro. Também tem se mostrado um investimento custo-efetivo, pois há evidências de que a atenção primária

de qualidade reduz os gastos totais em saúde e melhora a eficiência, por exemplo, reduzindo as internações hospitalares. Agir sobre as cada vez mais complexas necessidades de saúde exige uma abordagem multissetorial que integre: políticas de promoção da saúde e prevenção; soluções que atendam às comunidades; e serviços de saúde centrados nas pessoas. A atenção primária à saúde também inclui os principais elementos necessários para melhorar a segurança sanitária e prevenir ameaças à saúde, como epidemias e resistência antimicrobiana, por meio de medidas como educação e engajamento comunitário, prescrição racional e um conjunto básico de funções essenciais de saúde pública, incluindo vigilância. O fortalecimento dos sistemas na comunidade com a descentralização dos serviços de saúde contribui para a construção de resiliência, o que é fundamental para resistir a choques nos sistemas de saúde;

3. Uma atenção primária à saúde mais forte no mundo é essencial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde e à cobertura universal de saúde. Contribuirá para alcançar objetivos que vão além do objetivo específico de saúde (ODS3), incluindo aqueles ligados à pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, água potável e saneamento, trabalho e crescimento econômico, redução da desigualdade e ação climática.

Uma vez que “A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento”(REVISTA BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA, p. 4, 1996), a proposta de incluir os atendimentos de musicoterapia encontra-se nitidamente ligados aos objetivos do Ministério da saúde, provendo a qualificação ampliada para os usuários do município de Colinas do Tocantins.

2. Desenvolvimento

Após o período de contratação, treinamento e capacitação da equipe Nasf-Ab, que atualmente se chama equipe E-Multi, o estudo e análise do território para levantamento de demandas junto a todos os membros de cada uma das doze equipes de saúde da família, a profissional Musicoterapeuta iniciou com intervenções musicais com o grupo de idosos, utilizando as técnicas Musicoterapêuticas da Re-criação musical, Improvisação e Composição musicais, com o objetivo de promover o acolhimento, possibilitar interação e engajamento nas palestras de Educação em saúde. A profissional Musicoterapeuta entra em ação direta e em contato com as necessidades da população e procurou-se potencializar os trabalhos ofertados pelas equipes de saúde, para agir em prol de modificações, dentro das possibilidades oferecidas pela realidade do Município nas UBS's.

Durante o período de atuação com a Musicoterapia, foram promovidos e desenvolvidos os seguintes planos/projetos de atendimento aos usuários:

A - Musicoterapia com Idosos - Projeto “Canções da vida”



Locais de atendimento aos idosos:

- UBS: nas atividades de Educação em saúde e palestras temáticas preconizadas pela Atenção Básica;
- No CCI (Centro de Convivência do Idoso): com atividades Musicoterapêuticas em grupos semanais;
- Nos CRAS (Centro de Referência em Assistência Social): atendimentos em grupo quinzenais;
- Na ILPI (Instituição de Longa Permanência do idoso) /CASA LAR: em atendimentos individuais e em grupo;
- No domicílio: para atendimentos dos idosos acamados que necessitam de cuidados em seu lar, que se encontravam em situação de perda de sua autonomia, mobilidade e fatores psicoemocionais que necessitam de intervenções pontuais para promover sua reabilitação.



Objetivos específicos:

- Realizar atendimentos Musicoterapêuticos em grupo para idosos nos programas do NASF e das Unidades Básicas de Saúde do Município de Colinas do Tocantins;
- Possibilitar vivências musicais que ampliem a autoexpressão e o resgate da autoestima;
- Estimular a interação, cognição e memória através da Re-criação musical, do canto coral, da Improvisação e da Composição musical;
- Promover o resgate e a valorização da história sonora musical de cada indivíduo e do grupo através gravações e apresentações musicais planejadas e como resultado de processo Musicoterapêutico.
- Colaborar para a manutenção da capacidade funcional do idoso através de atividades musicais.



B - Musicoterapia com gestantes e puérperas- Projeto “Ninar”



Atendimentos grupais realizadas junto a equipe multiprofissional nas UBS (Unidades Básicas de Saúde)

Objetivos específicos:

- Realizar atendimentos Musicoterapêuticos com gestantes durante o período de pré-natal ao nascimento nos programas do NASF e Unidades Básicas de Saúde do município de Colinas do Tocantins;
- Promover qualidade do desenvolvimento do vínculo mãe-bebê através de atividades Musicoterapêuticas;
- Ampliar o repertório de gestantes e mães através da técnica de Re-criação musical, do canto, da Improvisação e da Composição musical;
- Possibilitar espaço para estimulação, relaxamento, comunicação entre mãe-bebê, envolvendo experiências afetivas através de experiências musicais estruturadas.



C - Atendimento/ consulta domiciliar e/ou ambulatorial em Musicoterapia



Objetivos específicos:

- Realizar apoio ao atendimento compartilhado em equipe multiprofissional nos processos de reabilitação e manutenção da saúde de usuários acamados/domiciliados através da musicoterapia;
- Orientar os usuários, familiares e outros profissionais sobre a utilização da música com fins terapêuticos.

D - Abordagem cognitiva comportamental e uso da Musicoterapia no PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT)

- Participar da abordagem e tratamento do fumante desde a entrevista inicial, teste de Fargestron e atendimentos em grupo no Programa realizado na Atenção primária à Saúde.

E - Atendimento interdisciplinar e apoio Matricial com a equipe do CMAEE (Centro Municipal de Atendimento Especializado em Educação)

- Realizar oficinas de Musicoterapia para pais e alunos usuários do CMAEE,
- Promover oficinas de capacitação e utilização da música no contexto da Educação Especial.



F - PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA -PSE e EDUCAÇÃO EM SAÚDE:



- Possibilitar a Educação dos eixos temáticos em saúde utilizando a interação através da linguagem musical no contexto escolar, comunidade e Unidades Básicas de Saúde.



3. Resultados

Ofertou-se para a população Colinense uma proposta potencialmente ampla de atuação da Musicoterapia. Os benefícios para os usuários dos serviços de saúde no SUS foram palpáveis e contemplados pelas equipes de saúde, pela gestão municipal e pela secretaria do estado do Tocantins. A profissional Musicoterapeuta obteve notório reconhecimento pelas ações de saúde ofertadas à população idosa do município, conferindo uma Moção de Elogio à secretaria Municipal de saúde de Colinas do Tocantins.

Diante do processo de implantação da musicoterapia no campo da Atenção primária à Saúde, observou-se como impactos e resultados da Musicoterapia na Atenção Primária:

- Amplo espaço para atuação da MUSICOTERAPIA na prevenção, promoção e cuidado na saúde em consonância com os aspectos preconizados pelo SUS: acessibilidade, acolhimento, integralidade e continuidade do cuidado na rede.
- Formação e qualificação do VÍNCULO entre os usuários e equipes de saúde, aproximando e promovendo a autonomia do cuidado (Educação em saúde);
- Maior engajamento e participação dos usuários nas atividades coletivas que passaram a manter assiduidade nas consultas e tratamentos disponibilizados nas UBS, diminuindo de forma significativa e notória os agravos de doenças e situações psicoemocionais.
- A Musicoterapia possibilitou atendimento HUMANIZADO e potencializou a comunicação entre as equipes de saúde e a rede de apoio de forma integral através da equidade nas ações (Matriciamento).
- Reconhecimento por parte dos profissionais, dos gestores do município e do estado (Moção de reconhecimento) sobre a importância da utilização da música em todos os seus aspectos como agente promotor da saúde e aplicada por profissional devidamente habilitado e qualificado;
- A Musicoterapia promoveu o cuidado dos cuidadores (Equipes de Saúde e familiares dos usuários) através das vivências/experiências em Musicoterapia;

Vale ressaltar também os desafios durante o percurso: o profissional Musicoterapeuta ainda não compõe oficialmente a lista de Profissionais do NASF, não compunha o quadro de cargos e salários aprovados pela prefeitura, necessitando de constantes renovações de contratos. Houve uma Criação de demanda no campo de atuação requerendo mais profissionais Musicoterapeutas, porém ainda há falta desses no Tocantins.

Os Procedimentos mais registrados foram:

010101001-0: Atividade Educativa/ orientação em grupo na atenção básica

010103002-9: Visita domiciliar /institucional por profissional de nível superior

030101003-0: Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)

030108001-1: Abordagem cognitiva comportamental do Fumante (por atendimento/paciente)

Plataforma E-SUS, CDS (Atividades Coletivas), Atendimento Individual na UBS e AD, PTS e relatos de evolução SOAP.

4. Considerações Finais

O Sistema Único de Saúde como um todo é beneficiado por ter a Musicoterapia como oferta de serviço potente para promoção da saúde aos usuários. O profissional Musicoterapeuta devidamente habilitado possui a competência técnica, conhecimento científico sobre a aplicação da música como elemento terapêutico, olhar clínico ampliado sobre os aspectos de saúde-doença e pode intervir de forma eficaz nos diferentes campos na rede de atenção à saúde.

5. Referências

Divulgação dos Resultados -Censo Demográfico 2022. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://censo2022.ibge.gov.br/apps/pgi/#home>, acessado em 16 de setembro de 2024. Última atualização das notas: 14/06/2024.

Barcellos, L. R. ., & Santos, M. A. . (1996). A Natureza Polissêmica da Música e Musicoterapia. Brazilian Journal of Music Therapy, (1). Recuperado de <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/6>

Definição de Atenção primária à saúde em <https://apsredes.org/inovacao-na-aps-forte> , acessado em 28 de setembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: cadernos de textos: cartilhas da política Nacional de Humanização. Brasília, DF, (2011a). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilha_politica_humanizacao.pdf, acesso em 30 de setembro de 2024.

Fotos de arquivo pessoal e devidamente autorizadas pela instituição e pacientes.

Evidências sobre as práticas musicoterapêuticas em serviços da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte

Frederico Gonçalves Pedrosa



Resumo

Com a regulamentação da atividade dos musicoterapeutas, torna-se imperativo levantar dados substanciais sobre a eficácia da musicoterapia em contextos de saúde pública. Este trabalho objetiva apresentar insights sobre como a categoria pode demonstrar evidências de seus efeitos. Aqui apresentaremos uma discussão por meio de dados já publicados em pesquisas nacionais que tratam sobre temas caros à musicoterapia no contexto da reforma psiquiátrica, como impactos da audição musical para redução de estresse e temas importantes expressos em canções de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias. As técnicas apontadas por esta discussão como aprimoramentos são a análise quantitativa intrassubjetiva de dados e a mineração de textos. Serão apresentados dois aplicativos que auxiliam na mensuração intraindividual dos sujeitos participantes de ações musicoterapêuticas. A intenção é fornecer uma base sólida para que musicoterapeutas indiquem dados fiáveis e as políticas públicas possam reconhecer a musicoterapia, cada vez mais, como uma intervenção eficaz, promovendo sua integração em mais serviços da rede de saúde mental.

Palavras-chave: Musicoterapia, Avaliação, Psicometria, Saúde Mental.

1. Introdução

A lei 14.842 de 2024, que dispõe sobre a atividade profissional do musicoterapeuta, representa um marco histórico e exige um olhar crítico sobre as evidências que sustentam a prática da musicoterapia, especialmente no campo da saúde mental psicossocial (Brasil, 2024; Chagas, 2024).

A partir desse novo panorama legal, torna-se crucial aprofundar a investigação sobre a eficácia da musicoterapia em diferentes contextos da saúde pública. A construção de dados robustos e confiáveis é fundamental para fortalecer a legitimidade da profissão e garantir sua integração em serviços públicos de saúde (Pedrosa, 2023). A necessidade de produzir, demonstrar e disseminar trabalhos técnico-científicos que evidenciem os benefícios e os desafios da musicoterapia na saúde mental não é tema novo na literatura nacional e internacional (Costa; Vianna, 1984; Bunt; Hoskyns, 1897). A publicação de pesquisas, a participação em eventos científicos e a elaboração de diretrizes curriculares são estratégias essenciais para consolidar a prática da musicoterapia como um campo de conhecimento sólido e reconhecido (Chagas, 2024).

Frederico Gonçalves Pedrosa é docente do curso de Musicoterapia da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutor em Música (Universidade Federal de Minas Gerais, 2023), mestre em Música (Universidade Federal do Paraná, 2017), bacharel em Musicoterapia (Faculdade de Artes do Paraná, 2010) e especializando em Inteligência Computacional e Artificial (Universidade Federal de Viçosa). Lattes: CV: <http://lattes.cnpq.br/9227138663195042>. e-mail: frederico.musicoterapia@gmail.com.

A inserção da musicoterapia no SUS, como parte das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), já é uma realidade em diversos serviços. No entanto, a atuação do musicoterapeuta no contexto da saúde mental psicossocial ainda carece de maior visibilidade e compreensão (Pedrosa; Loureiro; Garcia, 2022). A complexidade dos desafios enfrentados pelos usuários dos serviços de saúde mental exige do musicoterapeuta uma atuação ética, qualificada e embasada em evidências. A avaliação dos efeitos da musicoterapia, tanto em nível individual quanto coletivo, é fundamental para orientar a prática clínica e garantir a qualidade do cuidado oferecido e fazem parte das atribuições do musicoterapeuta (UBAM, 2018).

Um dos principais desafios enfrentados pelos musicoterapeutas que atuam em serviços públicos de saúde mental é a escassez de recursos para avaliação no contexto brasileiro em saúde mental (Pedrosa; Loureiro; Garcia, 2023). A dificuldade em coletar dados e realizar análises complexas pode comprometer a produção de evidências robustas e a avaliação crítica da prática. Nesse sentido, este trabalho aponta a utilização de técnicas de análise de dados, como a análise intraindividual de dados psicométricos e a mineração de textos, como ferramentas para fortalecer a prática e a pesquisa em musicoterapia. A mineração de textos, por exemplo, permite a extração de informações relevantes de dados textuais, como relatos de sessão ou letras de canções, abrindo novas possibilidades para a compreensão dos processos terapêuticos e a identificação de padrões de resposta à musicoterapia (Pedrosa; dos Reis, 2023).

A partir da análise de dados já provenientes na literatura, referentes à pesquisas realizadas no contexto da saúde mental brasileira, este estudo busca identificar os limites e as potencialidades da musicoterapia na promoção da saúde mental da população.

2. Desenvolvimento

Embora a avaliação tenha sido parte integrante da prática da musicoterapia desde o início dos anos 1960 (Gaston, 1968), o impulso para usar medidas padronizadas na pesquisa e prática da musicoterapia aumentou neste último século (Cripps; Tsiris; Spiro, 2016). Isso foi incentivado por várias mudanças no campo, incluindo o desenvolvimento de práticas baseadas em evidências e a expectativa de que o uso de instrumentos de medidas possa contribuir para o entendimento sobre os efeitos e a eficácia das intervenções musicoterapêuticas (Cripps; Tsiris; Spiro, 2016).

Zmitrowicz e Moura (2018) fazem um levantamento de instrumentos psicométricos no contexto brasileiro e apontam que instrumentos bem construídos, e com evidências de validade, permitem uma avaliação com base científica em meio à subjetividade da música e das emoções. Validade diz respeito ao grau em que as interpretações propostas para os escores de um teste encontram respaldo em evidências científicas sólidas. A validade de um teste é um parâmetro contínuo que depende da quantidade e da qualidade das evidências que o suportam. Assim como na validade, a fidedignidade não é uma propriedade fixa de um teste, mas depende da função do instrumento, da população em que é administrado, das circunstâncias e do contexto de aplicação (AERA; APA; NCME, 2014).

Instrumentos psicométricos de mensuração são usualmente chamados instrumen-

tos de avaliação, no contexto da musicoterapia (Gattino, 2021). No entanto, a avaliação pode ser definida “um processo estruturado de preparação, coleta, análise, interpretação e elaboração de conclusões sobre os dados avaliados, bem como de documentação e comunicação de dados musicais e não musicais sobre processo musicoterapêutico” (Gattino, 2021, p.15). Neste sentido, podemos considerar vários outros aspectos resultantes do processo musicoterapêutico como instrumentos de avaliação, tais como canções compostas em sessão e a confecção de relatórios.

Desta forma, este trabalho lançará mão de alguns dados de estudos já publicados para apontar de que forma poderíamos realizar indicações robustas sobre a mudança e a trajetória de participantes, além verificar o uso de técnica de mineração de textos que objetive a indicação de análise dos resultados de sessões em dados não estruturados musicoterapêuticas. Neste sentido, serão utilizadas a monografia Efeito de diferentes estilos musicais nos níveis de estresse em um processo musicoterápico (Trautmann, 2021) e o artigo Análises quantitativas de dados qualitativos: uso de técnicas de mineração de textos para a análise de canções (Nascimento; Nilo; Pedrosa, 2022) bem como nos aplicativos Estimação da trajetória individual: modelo de 4 parâmetros logísticos e modelo harmônico linear (Pedrosa, 2024a) e Cálculo do Índice de Mudança Confiável (RCI) (Pedrosa, 2024b).

3. Resultados

3.1. Mudanças intrassubjetivas

3.1.1. Índice de Mudança Confiável

O IMC, proposto por Jacobson e Truax (1991), é uma medida estatística usada para avaliar se a mudança observada em um indivíduo é significativa e não apenas fruto da variação aleatória. O IMC calcula a diferença entre os escores pré e pós-intervenção de uma pessoa e determina se essa diferença excede a variação esperada devido ao erro de medida. Se a mudança exceder um limite positivo específico, ela é considerada Mudança Positiva Confiável (MPC), indicando que a intervenção teve um efeito positivo confiável. No sentido oposto, se a mudança exceder um limite negativo específico indica-se que a intervenção teve um Mudança Negativa Confiável (MNC). Por fim, se essas mudanças não passarem dos limites estabelecidos, diz-se que houve uma Ausência de Mudança Confiável (AMC).

Para exemplificar a utilização do IMC nos valeremos de uma pesquisa que teve como objetivo mensurar a influência da escuta musical na diminuição de estresse mensurado por um teste psicométrico, com desenho antes e depois. 20 pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, participaram de sessões de escuta (Trautmann, 2021). Cada pessoa foi instruída a fazer o preenchimento da Escala de Sintomas de Estresse (ESE) – um instrumento psicométrico de autorrelato, composto por 28 itens dicotômicos que inventaria sintomas de estresse – e a escolher um repertório musical, definido individualmente, pela declaração dos participantes referentes a quais músicas foram julgadas por eles como relaxantes a partir do gênero musical. Ao final, os participantes preencheram o ESE novamente.

As consignas para a escuta foram que cada participante, ouvisse o repertório musical escolhido, uma vez por dia, em uma sequência de sete dias, sem estar realizando outra atividade que competisse significativamente com a intervenção a nível atencional. A pesquisa apontou que houve redução significativa nos níveis de estresse $t(19) = -3,976$ com $p = 0,001$. Ademais, apontou-se que, no nível intraindividual, 17 dos 20 participantes apresentaram diminuição dos sintomas relatados após a intervenção de escuta musical. Esta aferição não consegue indicar se essa mudança tem um impacto estatisticamente significativo ou se se deu ao acaso, no nível intrasubjetivo.

Os valores resultantes da ESE de cada indivíduo foram tabulados e apresentados no texto original, por isso conseguimos extrair estes. Uma estratégia para verificar se as mudanças dos sujeitos são estatisticamente confiáveis é por meio do levantamento de Índice de Mudança Confiável (IMC).

Para calcular qual a mudança dos participantes desta pesquisa utilizou-se um aplicativo (Pedrosa, 2024b). Na figura 1 demonstra-se a interface do aplicativo em que se insere os escores do tempo 1 de todos os participantes e, posteriormente, os escores do tempo 2. Ao inserir o índice de confiabilidade o software calcula prontamente os valores de IMC, sua interpretação e apresenta um gráfico (figura 2).

Figura 1: Interface do aplicativo Cálculo do Índice de Mudança Confiável (RCI)

Estimador do Índice de Mudança Confiável (RCI)

Este aplicativo calcula o Índice de Mudança Confiável (RCI) e também a Recuperação Confiável, para determinar mudanças confiáveis em variáveis medidas ao longo do tempo. Para isso:

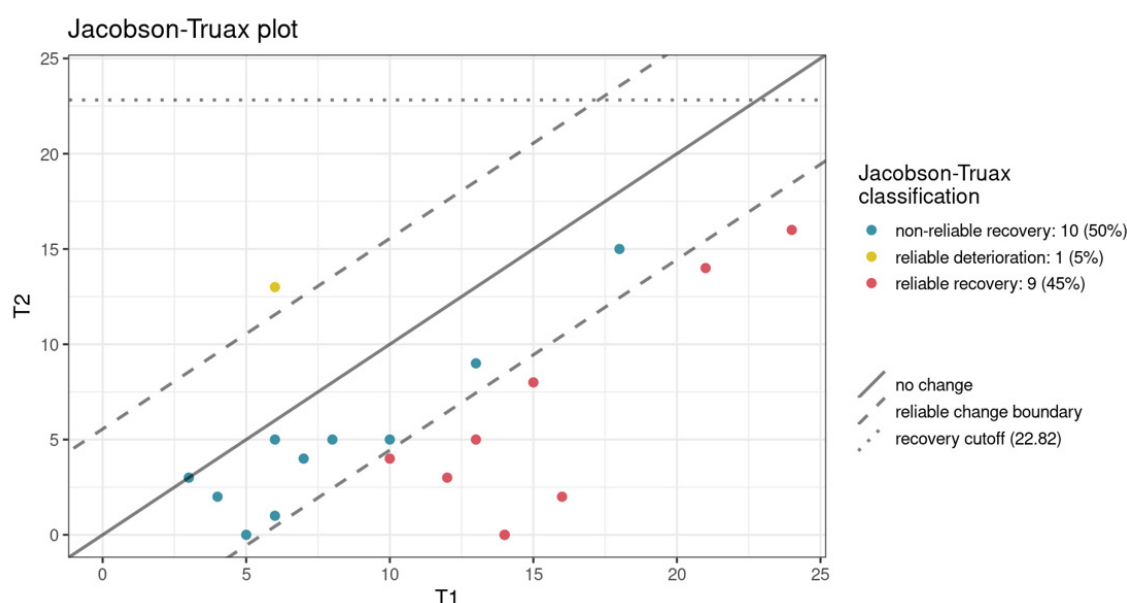
- 1 - insira o número de participantes, o nome da variável medida e a confiabilidade (por exemplo, alfa de Cronbach ou ômega de McDonald) da variável.
- 2 - escolha calcular o ponto de corte a partir da amostra ou especificar um valor de corte.
- 3 - insira os valores para cada participante na primeira medição (T1) e na última medição (T2).
- 4 - clique no botão Calcular RCI.

Os resultados na tabela mostrarão se a mudança é uma Mudança Positiva Confiável (MPC), Mudança Negativa Confiável (MNC) ou Ausência de Mudança Confiável (AMC). Além disso, o gráfico ilustrará as mudanças em termos de Recuperação Confiável.

Número de Participantes: 20		T1	T2	RCI	Interpretacao
Nome da Variável Medida: Estresse		6	1	-1.76	AMC
Confiabilidade da Variável: 0.88		6	5	-0.35	AMC
☐ Valor mais alto é melhor		14	0	-4.94	MNC
Opção de Ponto de Corte: ☒ Calcular a partir da amostra		18	15	-1.06	AMC
		10	4	-2.12	MNC
		13	5	-2.82	MNC
		4	2	-0.71	AMC
		3	3	0.00	AMC
		16	2	-4.94	MNC

Nota: como a escala mensura estresse, valores e mudanças negativas confiáveis são as mudanças esperadas. AMC = ausência de mudança confiável, MNC = mudança negativa confiável, MPC = mudança positiva confiável. Elaborado pelo autor

Figura 2: Interface do aplicativo Cálculo do Índice de Mudança Confiável (RCI)



Nota: como a escala mensura estresse, valores mudanças negativas confiáveis são as mudanças esperadas, por isso os pontos abaixo da diagonal traçada indicam mudança positiva confiável (reliable recovery), os pontos acima da diagonal traçada são mudanças negativas confiáveis (reliable deterioration) e os pontos entre as linhas traçadas são mudanças não confiáveis (non-reliable recovery). Elaborado pelo autor.

Em posse destes dados verifica-se que a maior parte da população (50%) experienciou ausência de mudança confiável, ainda que se tenha apontado por um teste interindividual que, na média, houve uma mudança estatisticamente significativa. No entanto, 45% da população experienciou mudanças positivas confiáveis, o que pode indicar que, para uma parte da população, uma semana de escuta musical foi o suficiente para diminuição significativa de estresse. Por outro lado, 5% da população observou aumento de sintomas de estresse, de forma divergente do esperado.

Ainda que este índice tenha apontado para importantes variações intraindividuais, ela ainda possui limitações quanto às informações sobre a trajetória do indivíduo. Isso é relevante porque muitos dos processos musicoterapêuticos e/ou intrapsíquicos não são exclusivamente lineares, mas podem ter flutuações importantes. Desta forma examinaremos a seguir a possibilidade de indicação de mensuração da trajetória do indivíduo.

3.1.2. Trajetória do Indivíduo

Ao apontar o 13º participante da pesquisa de Trautmann (2021), verifica-se que seus escores de ESE começaram em 21 e terminaram em 14. Imagine que este participante se autoadministrou o instrumento de mensuração durante os 7 dias e que os escores foram 21, 24, 19, 21, 14, 15, 14. Percebe-se que existe uma variação dos escores e que existem movimentos ascendentes e descendentes de variação. Para verificar a trajetória utilizou-se o

aplicativo Estimação da trajetória individual: modelo de 4 parâmetros logísticos e modelo Harmônico Linear (Pedrosa, 2024a). Neste aplicativo insere-se os escores do participante, separados por vírgulas, e ele retorna com dois gráficos e interpretações seminais sobre as trajetórias do sujeito. Na figura 3, verifica-se o primeiro retorno que é o modelo Harmônico Linear (Pedrosa, 2024c).

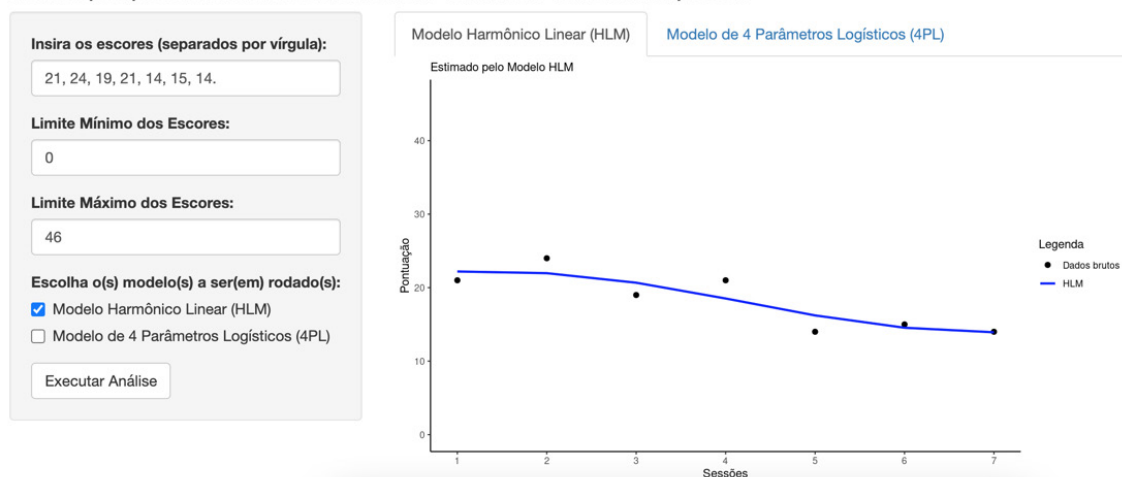
O modelo Harmônico Linear é composto por seis parâmetros: a) o intercepto harmônico representa o ponto de partida ou o valor médio inicial dos dados, sem considerar variações cíclicas ou tendências lineares; a) o coeficiente senoidal determina a amplitude do componente de seno, indicando o grau de oscilação dos dados em torno do intercepto harmônico; b) o coeficiente cossenoidal define a amplitude do componente de cosseno, contribuindo, junto com o coeficiente sinusoidal, para descrever o padrão de oscilação dos dados; c) a tendência linear captura uma tendência subjacente de crescimento ou declínio ao longo do tempo; d) a frequência reflete a rapidez das oscilações cíclicas no modelo; e) o intercepto linear é o valor inicial da componente linear do modelo; e f) o coeficiente linear (*slope*) representa a inclinação dessa linha de tendência, indicando a taxa de crescimento ou declínio linear nos dados (Pedrosa, 2024c).

Na figura 3 verificamos que, no que pese o aspecto cíclico da distribuição dos dados, é possível aferir um padrão harmônico e indicar que trajetória do indivíduo indica declínio. O modelo Harmônico Linear (Pedrosa, 2024c) explicou 79% da variação nos dados, e o teste de normalidade dos resíduos informou que o modelo não apresenta problemas com suas suposições. O coeficiente de seno é 3,66, e o coeficiente de cosseno é -0,21, apontando um padrão cíclico nos dados. A tendência linear é -0,3, e a frequência é 0,76, indicando que os dados seguem um padrão harmônico, mas também possuem uma tendência linear. Estes resultados também aparecem descritos no aplicativo, abaixo do gráfico.

Figura 3: Modelo Harmônico Linear

Estimação da trajetória individual: modelo de 4 parâmetros logísticos e modelo harmônico linear

Nota: Como o modelo 4-PL gera múltiplos ajustes durante a análise para selecionar o melhor modelo, o processo pode levar alguns minutos. Para assegurar uma estimativa precisa da trajetória individual, recomenda-se o uso de instrumentos de medida que apresentem evidências robustas de validade no contexto intrapessoal.



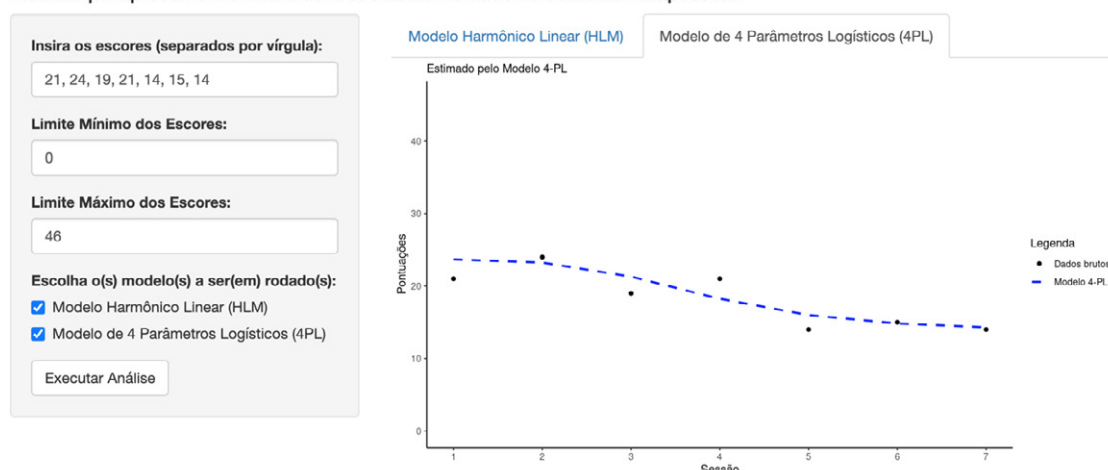
Elaborado pelo autor

Há também a possibilidade de se verificar a trajetória do indivíduo pelo modelo de 4 parâmetros logísticos (4pl) (Gomes; Farias apud Araújo; Farias, 2024) que faz indicações importantes sobre a trajetória do sujeito. Este modelo pressupõe um desenvolvimento em formato de sigmóide, verificando 1) a assíntota inferior: o limite inferior do escore previsto; 2) assíntota superior: o limite superior do escore previsto; 3) o ponto de inflexão: o valor do número de sessões que marca a transição entre a fase de crescimento inicial e a fase de estabilização; 4) e a inclinação: determinando a transição entre as assíntotas inferior e superior. Utilizando o mesmo caso hipotético, verificamos a estimação da trajetória do indivíduo por meio deste modelo na figura 4.

Figura 4: Modelo de 4 parâmetros logísticos

Estimação da trajetória individual: modelo de 4 parâmetros logísticos e modelo harmônico linear

Nota: Como o modelo 4-PL gera múltiplos ajustes durante a análise para selecionar o melhor modelo, o processo pode levar alguns minutos. Para assegurar uma estimativa precisa da trajetória individual, recomenda-se o uso de instrumentos de medida que apresentem evidências robustas de validade no contexto intrapessoal.



Elaborado pelo autor

O modelo de 4 parâmetros logísticos (4PL) indica um declínio na trajetória e explica aproximadamente 74% da variância nos dados. O valor da assíntota inferior é 13,72, representando a pontuação mais baixa estimada pelo modelo, e o valor da assíntota superior é 23,7, representando a pontuação mais alta estimada pelo modelo. O ponto de inflexão ocorre na sessão 3,84, que marca o momento de maior mudança nas pontuações. A inclinação da curva, -4,63, reflete a taxa de mudança ao redor desse ponto. As indicações dos parâmetros, bem como a interpretação seminal de seus significados estão dispostas abaixo do gráfico, no aplicativo.

Em posse destas interpretações, cabe ao musicoterapeuta verificar qual dos modelos se adequa mais a trajetória do indivíduo levando em consideração se existe uma teoria que explique o desenvolvimento do construto avaliado, bem como outros aspectos de tratamento e história do usuário.

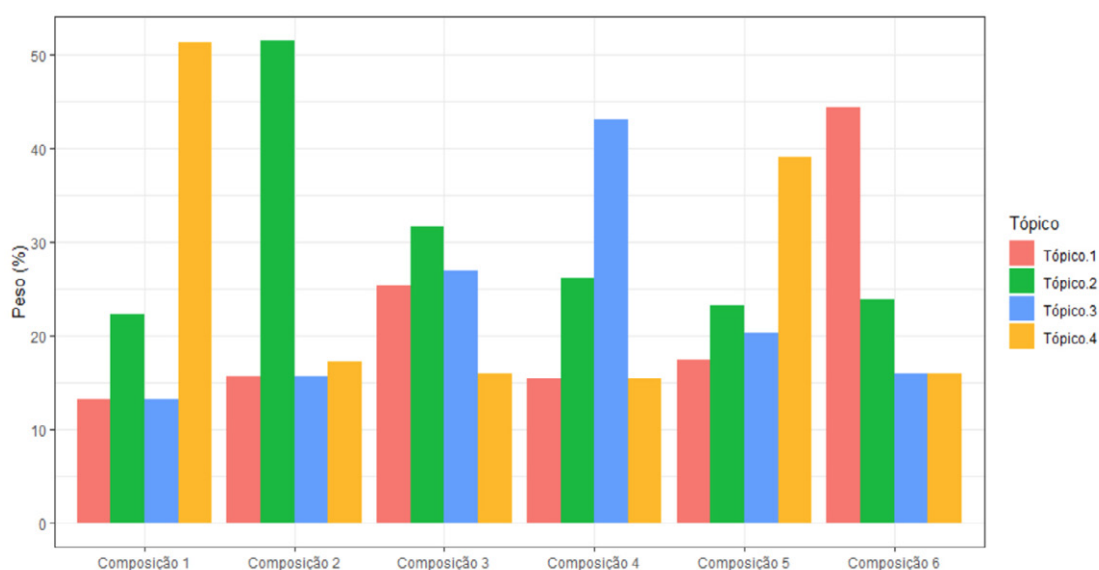
A seguir exporemos brevemente sobre o tratamento de dados textuais.

3.2. Mineração de textos

Dados não estruturados, como textos de relatórios ou composições de canções, muitas vezes apresentam um desafio para a avaliação. No caso de canções, isto se torna ainda mais desafiador, dado que as letras não se apresentam sozinhas, mas acompanhadas de melodia, harmonia, arranjos, timbres e refletem contextos sociais (Nascimento; Nilo; Pedrosa, 2023). No entanto, estudos brasileiros em Recuperação de Informação Musical (MIR), apontam que a extração de características sonoras das canções fornece conteúdo, enquanto as letras subsidiam o entendimento do contexto das canções (Junior et al., 2019). Como as abordagens de contexto exigem menor custo computacional e apresentam melhores resultados, quando comparadas com abordagens baseadas no conteúdo da música (Bello et al., 2018), Nascimento, Nilo e Pedrosa (2023) optaram por utilizar as letras das canções compostas em sessões de musicoterapia com pessoas usuas prejudiciais de substâncias para identificar os temas principais destas e os quantificar a sua prevalência por composição.

As letras das seis canções compostas, bem como os áudios das sessões, estão disponíveis no texto original, aqui apontaremos apenas o processo de mineração por meio do Voyant Tools, aplicativo que não exige escrever códigos. Os autores realizaram uma redução de dimensionalidade, por meio da técnica de Análise de Componentes Principais e verificaram que o valor de quatro tópicos explicaria bem a organização dos documentos. Ao verificar estes tópicos, nomearam o tópico 1 como “Superando adversidades”, o tópico 2 como “Sentimentos positivos”, o tópico 3 como “Confrontando os vícios” e o tópico 4 como “Sonhos e família”. Em posse destes tópicos conseguiram quantificar a formação destas canções por presença (em porcentagem) dos tópicos.

Figura 5: porcentagem de cada tópico por composição.



Elaborado por Nascimento, Nilo e Pedrosa (2023).

Na figura 5 verificamos que o tópico sentimentos positivos teve um declínio entre as composições 2 e 5 e que o que versa sobre o confronto dos “vícios” teve um aumento considerável entre as sessões 1 e 4. Estas considerações podem indicar que o processo musicoterapêutico partiu de um primeiro momento em que se trabalhou mais sentimentos positivos com a população atendida e que, posteriormente, houve maior ampliação de consciência (Pedrosa, 2023) sobre os prejuízos do uso de substâncias.

4. Considerações finais

Este estudo buscou explorar como práticas de mensuração podem colaborar para o levantamento de evidências para as práticas musicoterapêuticas em serviços vinculados ao SUS, a fim de consolidar a musicoterapia como prática essencial no cuidado em saúde mental. A regulamentação da profissão impulsiona a necessidade de aprofundar a investigação sobre os benefícios e os limites da musicoterapia (Chagas, 2024).

Este estudo, a partir da análise de dados de trabalhos já publicados, bem como de de hipotetizações, demonstrou a relevância da utilização de técnicas de análise de dados, como a análise intrassubjetiva e a mineração de textos, para fortalecer a prática em musicoterapia e apontar, com provas científicas, a eficácia de ações musicoterapêuticas. A mineração de textos, em particular, permite extrair informações relevantes de dados textuais, como relatos de sessão, abrindo novas possibilidades para a compreensão dos processos terapêuticos e a identificação de padrões de resposta à musicoterapia.

Ferramentas como os aplicativos “Estimação da trajetória individual” e “Cálculo do Índice de Mudança Confiável (RCI)” (Pedrosa, 2024a; Pedrosa 2024b), podem ser recursos promissores para a mensuração intraindividual dos sujeitos participantes de ações musicoterapêuticas, auxiliando na produção de evidências mais robustas sobre os efeitos da musicoterapia. Esses aplicativos, aliados a técnicas de análise quantitativa e mineração de textos, podem fornecer uma base sólida para que políticas públicas reconheçam a musicoterapia como uma intervenção eficaz, promovendo sua integração em mais serviços da rede de saúde mental.

É fundamental que a categoria se engaje em um compromisso contínuo com a pesquisa, a ética e a qualidade do cuidado oferecido, buscando constantemente aprimorar as ferramentas de avaliação e fortalecer a produção de evidências científicas. A regulamentação da profissão é um passo fundamental para esse processo, mas somente por meio de um esforço conjunto, com investimento em pesquisa e aprimoramento das práticas, será possível garantir que a musicoterapia ocupe o lugar de destaque que merece na promoção da saúde mental da população.

5. Referências

AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION (AERA), AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA), NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT IN EDUCATION (NCME). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Psychological Association, 2014.

ARAÚJO, J. de; FARIAS, H. B. Avaliando a trajetória do processo psicológico do indivíduo por meio de modelos. I Congresso Brasileiro de Psicometria e Análise de Dados, Porto Alegre, 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/381741254_Avaliando_a_trajetoria_do_processo_psicologico_do_individuo_por_meio_de_modelos. Acesso em: 5 dez. 2024.

BRASIL. Lei nº 14.842, de 11 de abril de 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2024/lei/L14842.htm. Acesso em: 5 dez. 2024.

BUNT, L. G. K.; HOSKYNS, S. L. A Perspective on Music Therapy Research in Great Britain. Journal of British Music Therapy, Londres, v. 1, n. 1, p. 3-6, 1987. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/135945758700100102>. Acesso em: 6 dez. 2022.

CHAGAS, M. A regulamentação da atividade profissional do musicoterapeuta: uma conquista coletiva. Rio de Janeiro: Editora Musicoterapia Brasil, 2024. Disponível em: https://ubammusicoterapia.com.br/wp-content/uploads/2025/01/Livro_regulamentacao_profissao_MT_10dez24.pdf

COSTA, C. M.; VIANNA, M. N. Musicoterapia - uma pesquisa sobre sua utilização para pacientes esquizofrênicos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 178-185, 1984.

CRIPPS, C.; TSIRIS, G.; SPIRO, N. Outcome measures in music therapy: A resource developed by the Nordoff Robbins research team. 1. ed. Londres: Nordoff Robbins, 2016.

GASTON, T. E. Music in therapy. Nova York: The MacMillan Company, p. 409-481.

GATTINO, G. S. Fundamentos de Avaliação em Musicoterapia. Porto Alegre: Forma & Conteúdo, 2021. Disponível em: https://vbn.aau.dk/ws/portalfiles/portal/454422252/Fundamentos_de_avaliacao_em_musicoterapia_ficha_isbn.pdf. Acesso em: 6 dez. 2022.

JACOBSON, N. S.; TRUAX, P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Washington, DC, v. 59, n. 1, p. 12-19, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>.

BELLO, J.P.; GROSCHE, P.; MÜLLER, M.; WEISS, R. Content-based methods for knowledge discovery in music. In: Bader, R.; Rolf, K. (Orgs.). Springer Handbook of Systematic Musicology. 1. ed. Berlim: Springer, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-662-55004-5_39.

JUNIOR, J. S.; ROSSI, R.; LOBATO, F. Uma abordagem baseada em letras para a descoberta de conhecimento da música brasileira: O sertanejo como um estudo de caso. Anais do Encontro Nacional de Inteligência Artificial e Computacional (ENIAC), Porto Alegre, p. 949-960, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5753/eniac.2019.9348>.

NASCIMENTO, F. F.; NILO, K. P. L.; PEDROSA, F. G. Estudo de caso sobre canções compostas em musicoterapia com pessoas com uso prejudicial de substâncias. *Brazilian Journal of Music Therapy*, Rio de Janeiro, n. 35, p. 23–49, 2024. Disponível em: <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/417>. Acesso em: 5 dez. 2024.

PEDROSA, F. G. Escala de Avaliação dos Efeitos da Musicoterapia em Grupo na Dependência Química (MTDQ). Tese (Música). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2317-6377.2023.45027>.

PEDROSA, F. G. Estimação da trajetória individual: modelo de 4 parâmetros logísticos e modelo harmônico linear. [Software]. 2024a. Disponível em: https://fredpedrosa.shinyapps.io/app_pt/.

PEDROSA, F. G. Cálculo do Índice de Mudança Confiável (RCI). [Software]. 2024b. Disponível em: https://fredpedrosa.shinyapps.io/jt_pt/.

PEDROSA, F. G. Harmonic Linear Model. [Software]. 2024c. Disponível em: <https://github.com/FredPedrosa/HarmonicLinearModel>.

PEDROSA, F. G.; LOUREIRO, C. M.V.; GARCIA, F.D. Musicoterapia na Dependência Química: Uma Revisão Integrativa. *Música Hodie*, Goiânia, v. 22, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/mh.v22.70651>.

PEDROSA, F. G.; REIS, J. Análises quantitativas de dados qualitativos: uso de técnicas de mineração de textos para a clínica musicoterapêutica. *Revista InCantare*, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 1-17, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33871/2317417X.2022.16.1.8293>.

TRAUTMANN, G. H. H. Efeito de diferentes estilos musicais nos níveis de estresse em um processo musicoterápico. Monografia (Especialização em Musicoterapia). Brasília: UniCEUB, 2021.

ZMITROWICZ, J.; MOURA, R. Instrumentos de avaliação em musicoterapia: uma revisão. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, Rio de Janeiro, v. XX, n. 24, p. 114-135, 2018. Disponível em: <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/46/40>. Acesso em: 3 dez. 2020.

Trajectoria de uma servidora pública com a Musicoterapia

Maria da Conceição de Matos Peixoto



Resumo

O presente trabalho tem como objetivo compartilhar minha trajetória profissional construída a partir da inserção no sistema público de saúde. Buscarei refletir como o meu compromisso profissional com o serviço público é construído. Utilizarei, para isso, a linguagem narrativa, mais comprometida com as elucidações pessoais deste processo.

Palavras-chave: saúde pública – caps – musicoterapia

Introdução

O presente trabalho é um relato de minha trajetória de musicoterapeuta e da inserção profissional no Centro de Atenção Psicossocial, porém é muito mais sobre o compromisso com a função pública.

Inicialmente posso dizer que meu perfil de servidora pública nasceu na adolescência quando eu era uma participante do Movimento Jovem da Medianeira, em Oswaldo Cruz. Subúrbio do Rio de Janeiro. Nessa comunidade vivi sob uma liderança progressista e recebi lá os primeiros ensinamentos sobre a educação dialógica. Além disso uma rebeldia ao modelo tradicional de ensino me incentivou a desenvolver a criatividade e a autonomia no uso de habilidades alternativas quando comecei a catequizar. Então reuni minha musicalidade e algumas estratégias utilizadas pelos professores que eu admirava.

Novamente na década de 80, com referências de valores progressistas, descobri rapidamente o que significava uma atividade de grupo capaz de facilitar o engajamento das pessoas no processo de formação cidadã. Já cursava licenciatura em Letras e os estágios em escola pública me ensinaram muito rapidamente os desafios da escolarização dos adolescentes. Eles são capazes de tirar qualquer professor da zona de conforto! Neste período, trabalhei em colégios de iniciativa privada e em escolas públicas de Curitiba, ainda no sistema CLT.

Em 1990 conclui a graduação em Musicoterapia pela FAP (atual UNESPAR) e as professoras Eulide Weibel (PR), Sandra Rocha (GO) e Cecília Conde (RJ) foram muito importantes em meu processo de formação. Elas incentivaram a expansão do meu potencial a serviço da integralidade da vida.

Vivendo em 1995 na cidade de Goiânia assumi cargo de professora através de concurso com vínculo estatutário na Secretaria Municipal de Educação, enquanto cursava

Maria da Conceição de Matos Peixoto possui graduação em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná (1991) e mestrado em Música pela Universidade Federal de Goiás (2011). Especialização em Educação Social e Terapia Comunitária Integrativa. Tem experiência na área de saúde mental, atuando nas áreas clínica e comunitária. Servidora pública desde 1987. É musicoterapeuta do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) desde 2005 e atualmente exerce seu trabalho profissional em Resende, RJ e como educadora social, é parceira na Ong Movimentação coordenando oficinas de formação cidadã em vários municípios.

especialização de Psicopedagogia, fase na qual solidifiquei minha educação política na perspectiva da metodologia freiriana. Em 2000 a reforma psiquiátrica levou a Goiânia as novas unidades de CAPS. Em 2002 aconteceu na rede municipal um concurso público para Musicoterapia com vagas para a Saúde Mental. Em 2005 atendo convocação para assumir a função musicoterapêutica, também com vínculo estatutário, agora na Secretaria de Administração Municipal, para o cargo de analista em cultura e desportos.

O acolhimento da Scheila Alves Cunha, que na ocasião era presidente da Sociedade Goiana de Musicoterapia, foi fundamental para a nova etapa da minha vida. Nesta época felizmente encontrei uma equipe incrivelmente engajada com a reforma psiquiátrica. Mais uma vez convivendo com um grupo orientado por valores progressistas. Afinal o movimento de desinstitucionalização da loucura foi possível devido aos servidores públicos comprometidos com a democratização das oportunidades no cuidado com a saúde mental. E me ensinou muito Dorcas Guimarães Soares, sobre o dia-a-dia dedicado ao processo de inclusão em contexto antimanicomial quando ocupava, na capital goiana, a função de coordenadora técnica do Caps Esperança.

Desde então iniciei minha trajetória musicoterapêutica em uma unidade de atenção à saúde psicossocial com a intenção de contribuir para a execução da Política Nacional de Saúde Mental.

Novos desafios me conduziram a assumir concurso em Resende, um município do Rio de Janeiro. Entretanto, como relatei anteriormente, o meu compromisso com o serviço público não nasceu com a aprovação no concurso.

Em Resende cheguei no ápice da crise do Ministério da Saúde, desencadeada com o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff. Motivada com as muitas possibilidades de contribuir com a Musicoterapia, eu me esforcei para integrar a equipe. E me deparei com uma equipe se esforçando para enfrentar os desafios da abordagem psicossocial ainda que a gestão pública tivesse uma orientação medico-centrada.

Logo, não foi suficiente dominar os conhecimentos sobre Lei Orgânica do SUS nem da Reforma Psiquiátrica para um engajamento com o movimento antimanicomial e com a abordagem psicossocial.

Desenvolvimento

Ser um servidor público é muito mais do que ocupar individualmente um cargo conquistado por uma categoria profissional. É viver o compromisso com o código de ética do coletivo a que pertence. É colaborar com projetos que fortaleçam o crescimento da profissão. É organizar os serviços disponíveis e em função das desigualdades posicionar-se a favor de alguém, em um grupo em relação a outro grupo (CODO, 2020). E quando me refiro ao servidor público da saúde, novas configurações são evidenciadas.

Na configuração do Sistema Único de Saúde encontra-se, sob a abordagem psicossocial, uma equipe multidisciplinar e nela o trabalho profissional do musicoterapeuta.

A abordagem psicossocial é uma das diretrizes para viabilizar a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) as pessoas com trans-

tornos mentais graves recebem assistência individual e grupal (BRASIL, 2004). O CAPS é um serviço de saúde pública estruturado pelo Ministério da Saúde para realizar atividades de tratamento medicamentoso psicofármaco; atendimento a grupo de familiares; encontros terapêuticos individuais e grupais.

Além das unidades de CAPS fazem parte das diretrizes da PNSM a Residência Terapêutica, o Ambulatório Especializado em Saúde Mental, o Programa de Geração de Renda e o Centro de Convivência e Cultura. Estas diretrizes visam contribuir para a inclusão social das pessoas assistidas pelo CAPS.

Como parte também da proposta psicossocial toda unidade de CAPS deve oferecer atividades comunitárias (Exemplo: festa junina, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parques e cinemas, entre outras.); atividades de suporte social (projetos de inserção no trabalho, encaminhamento para a entrada na rede de ensino, para emissão de documentos, apoio à formação de associação de usuários e/ou familiares) e atividades culturais (oficinas terapêuticas, visita a espaços de cultura: museus, festivais de música, comemoração cívica, etc) (BRASIL, 2004).

O profissional musicoterapeuta faz muito pelo CAPS através de suas competências, capaz de beneficiar a saúde mental das pessoas. Enquanto técnico especializado o profissional musicoterapeuta gera acolhimento e apoio aos usuários e familiares em situação de sofrimento psíquico. Ele é mediador entre as pessoas assistidas pelo CAPS e o contexto em que elas vivem, por isso a valorização deste profissional é essencial para que ele exerça suas funções de forma plena e eficiente. No entanto, muitos entraves existem para o desenvolvimento de uma prática musicoterapêutica consistente em saúde pública.

Frequentemente ele precisa desempenhar muitas funções tais como avaliação de usuários no hospital de emergência; busca de usuários em situação de rua; visita domiciliar; reunião de matriciamento com equipes da saúde básica; atendimento às famílias e/ou aos usuários como plantonista para manejo de crise; atendimentos aos usuários de sua referência territorial quando solicitado, ou sempre que a necessidade exigir. Faz parte das suas atribuições a organização de grupos de convivência; a participação nas reuniões da equipe técnica; o preenchimento de prontuários; a elaboração de relatórios ao Ministério Público; a realização de encaminhamentos para outros serviços, e como esperado por toda a equipe, o planejamento musical das datas comemorativas celebradas na unidade.

Faz parte da realidade a falta de incentivo para capacitação profissional, para a aquisição de novos instrumentos musicais, E também para a execução de projetos culturais (por ex. transporte para condução dos usuários a um espetáculo musical, uma sessão de cinema, um fórum de saúde mental ou uma oficina no centro de cultura da cidade), inviabilizando o projeto antimanicomial.

Outro desafio enfrentado pelos profissionais musicoterapeutas com vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) é a realidade de ausência da participação da Musicoterapia no preenchimento do BPA (Boletim de Produção Ambulatorial), e de rejeição do CBO (Classificação Brasileira de Ocupação) referente ao código de acolhimento inicial e também, talvez por isso, ausência de plano de carreira condizente com outros profissionais de curso superior. Tudo desafiando a Musicoterapia, de fato, a enfrentar cotidianamente o

risco de invisibilidade e exclusão nas propostas da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) para o município.

De acordo com a Lei 2333/22 promulgada pela Câmara Municipal de Resende, município do Rio de Janeiro, faz parte das atribuições do profissional musicoterapeuta, entre outras, integrar equipe interdisciplinar, participar e colaborar em estudos de casos, em avaliação e acompanhamento terapêutico de pacientes. Ele deve também elaborar laudo clínico, fazer registros dos casos de atendimento, manter atualizados os prontuários dos pacientes; orientar e participar de reuniões de pais ou familiares de pacientes. Todas estas atribuições fazem parte do dia-a-dia de uma equipe que se propõe ser interdisciplinar.

Nesta dinâmica, a Musicoterapia vive na luta de reconhecimento, pois, no entendimento da abordagem psicossocial, somos todos técnicos em saúde mental. E isso é suficiente para colocar equivocadamente a especialidade de cada categoria profissional em segundo plano, ao mesmo tempo que os profissionais musicoterapeutas permanecem trabalhando em espaços inadequados e utilizando material sucateado.

Em 2006, Bianca Bruno Bárbara em artigo intitulado “Interdisciplinaridade em Reforma” já levantava as seguintes questões: como reconhecer as especificidades de cada membro da equipe sem compartimentar o cuidado? Como quebrar a tradução da centralização do saber médico? Como delinear a direção do tratamento diante dos recursos clínicos disponíveis?

Tal questionamento precisa fazer parte dos debates promovidos pelas associações de musicoterapia. Esta realidade agrava-se se considerarmos que a publicação do Manual Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004) não faz referência em nenhum momento à Musicoterapia, mas faz menção superficial à realização de oficinas musicais. Sendo parte das atividades expressivas elas devem ser conduzidas por um oficineiro que apresente habilidades musicais para conduzir os grupos.

A oficina terapêutica é uma valiosa estratégia de atendimento, contudo, torna-se importante ressaltar que esta nomeação reproduz uma dicotomia entre oficina e grupo terapêuticos com a qual os dispositivos da reforma deveriam romper, ou seja, o psiquismo e a interioridade versus o social e o político (JUCÁ & COLABORADORES, 2010).

Para muitos dos usuários dos CAPS o recebimento de assistência através da atividade expressiva é seu único meio de tratamento, além da ação medicamentosa mas os critérios de encaminhamento de usuários às oficinas de música nem sempre há clareza sobre os objetivos do Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Muitos relatos positivos em revistas científicas fazem referência à Musicoterapia nas unidades de CAPS espalhados em todos os estados brasileiros. Da mesma maneira, no dia-a-dia da UBS (Unidade Básica de Saúde), as intervenções musicoterapêuticas transformam a sala de espera em um espaço para expressar, cuidar de si, criar, interagir e refletir sobre o serviço (PIMENTEL, BARBOSA & CHAGAS, 2009)

É evidente que nos últimos anos ocorreu um crescimento considerável de musicoterapeutas qualificados atuando em instituições públicas, no entanto, a inserção deste profissional ocorre, na maioria dos casos, em regime de disposição de outros serviços tendo o profissional que se adaptar às condições precárias de trabalho, salários baixos e tabela de

remuneração desatualizada.

De um lado observo a presença da Musicoterapia em vários estados brasileiros e o compromisso dos colegas com outros cidadãos, e isso certamente é uma conquista. De outro lado, a Musicoterapia, na luta por reconhecimento, deslumbrando a possibilidade de trilhar também um outro caminho, cuja alternativa refere-se à inclusão entre as PNICS (Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde).

Quando o Ministério da Saúde incentiva e fortalece a inserção, o reconhecimento e a regulamentação das PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) é porque são importantes estratégias para fortalecer as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Elas tem como ênfase a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde na atenção básica. Desde sua aprovação com a Portaria 971 é possível notar as contribuições destas práticas para a saúde pública (BRASIL, 2006), de tal forma que o Ministério da Saúde decide ampliar a PNPIC, com a Portaria 849, incluindo mais treze práticas terapêuticas (BRASIL, 2017). Tudo isso porque Saúde é resultado de um movimento de vir-a-ser, dinâmico e integrado com os vários aspectos que constituem a complexidade humana (PEIXOTO, 2011).

A perspectiva progressista em serviço público impulsiona o profissional a compreender que dados epidemiológicos por si só não revelam a complexidade que é a conquista da saúde integral ou saúde psicossocial.

Neste lugar é possível a Rede PICS fazer muitas transformações em relação ao modelo hospitalocêntrico, pois a maioria das modalidades terapêuticas integrativas tem se destacado por promover mudanças em hábitos e estimular a participação ativa da pessoa frente aos conflitos gerados com o sofrimento. Mais que isso: as modalidades grupais abrem outras possibilidades, em uma perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa, que articula saberes, práticas, vivências e espaços de saúde (Nascimento & Oliveira, 2020).

Recentemente, meu interesse no estudo das PICS Grupais se expandiu a partir do desdobramentos de minha inserção na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como terapeuta comunitária no Ambulatório Especializado em Saúde Mental e como facilitadora de dança circular em oficinas terapêuticas em eventos socioeducacionais.

E assim, posso afirmar que o caminho das Práticas Integrativas e Complementares é um importante espaço para a inserção de ações transversalizadas, cujo núcleo de atendimento deve ser ocupado também pela Musicoterapia, pois o público participante pode vir da saúde básica, do nasf, do creas, da secretaria de educação e muitos outros dispositivos conforme necessidade.

Por isso ressalto a urgência da categoria musicoterapêutica iniciar nova mobilização ao Ministério da Saúde em relação à institucionalização da Musicoterapia no serviço de saúde mental. Mas para isso acontecer nossa categoria profissional deve ser incluída nas portarias do SUS.

Considerações Finais

Para pensar a contribuição que a Musicoterapia é capaz de ocupar, no serviço público, eu me coloco a refletir constantemente: Por que eu faço o que faço do jeito que faço? Como fugir da armadilha da desmotivação quando descubro que não faço somente musicoterapia no CAPS? Posso dizer que minha competência musicoterapêutica está afinada com um posicionamento progressista?

A partir deste posicionamento político, há muitos anos me coloquei disponível para transversalizar os princípios da Política Nacional de Saúde Mental, a Política Nacional de Promoção à Saúde, a Política Nacional de Saúde da População Negra e a Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Para o profissional musicoterapeuta é necessário clareza quanto aos princípios e diretrizes das políticas públicas com as quais ele vai precisar dialogar (dependendo do público ao qual ele se dedica e definir o quanto de disposição ele vai reservar para enfrentamento, sem adoecer, de um ambiente, cada vez mais medicalizado).

Há que se ressaltar que as políticas públicas orientadas pelos valores progressistas são baseadas na gestão participativa e na corresponsabilidade da população, sobretudo, em relação às instituições e ao seu cotidiano. Foi com esta compreensão que aceitei convites para me tornar conselheira de saúde, para ser participante do comitê de saúde da população negra e ministrante de cursos de formação continuada promovida pela Superintendência da Igualdade Racial de Goiânia.

A partir deste posicionamento a escuta musicoterapêutica é orientada pelo diálogo participativo de pessoas cujo sofrimento psíquico é transversalizado por violências de gênero, de raça, de homofobia e de intolerância religiosa. Neste contexto, as oficinas terapêuticas promovem o fortalecimento da autonomia voltado para a compreensão crítica da realidade social.

Penso que todas as ações em direção ao reconhecimento da Musicoterapia entre as modalidades de PICS Grupais pertencem a um movimento em defesa da promoção em saúde. Sendo assim, defendo a participação da Musicoterapia no âmbito das PICS Grupais, pois cria possibilidades de existirem grupos itinerantes com participação dos artistas, lideranças e demais membros da comunidade.

Para ocupar este lugar, o profissional musicoterapeuta possui muitas competências capazes de beneficiar a saúde das pessoas à medida que os direitos humanos passam a fazer parte do cotidiano dos grupos populacionais vulneráveis (PCD, povos originários, quilombolas, homossexuais, pessoas com AIDS/DST, povos ciganos, etc.), em favor da construção de uma sociedade livre de misoginia, intolerância religiosa, racismo e homofobia. Nada tão progressista como esta transversalização das PICS Grupais que está no processo de se fazer ser.

Sou uma servidora pública que defende um olhar para as mudanças culturais com princípios centrados no bem de todos e nunca a partir de interesses individuais ou agendas partidárias. Neste caso a perspectiva progressista ganha novo contorno na condição de musicoterapeuta comunitária dedicada à saúde pública, e, na condição de educadora

social a serviço voluntário em uma organização da sociedade civil.

Se na adolescência a busca do vale encantado definiu o sistema tonal do meu engajamento comunitário, a maturidade estabeleceu o campo harmônico dos meus valores progressistas.

Referência Bibliográfica

BÁRBARA, Bianca Bruno. Interdisciplinaridade em reforma. Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano X. n.8 2006,p. 100-108

BARUCCI, Herbert - Luta por reconhecimento: a filosofia social do jovem Hegel, segundo Honneth Ravagnani. Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em filosofia. UNESP. Disponível em <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/kinesis/article/view/4291>>

BRASIL/MS, PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html

BRASIL/ CNS. Para entender a gestão do SUS, Brasília, CONASS, 2003. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, Manual de Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2004 Disponível http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Portaria. 971/2006. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Portaria. 849/2006. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html

CODO, Wanderley - A arte de não fazer: estratégias e consequências para a qualidade do trabalho e o bem-estar do trabalhador. In: Saúde mental e trabalho no serviço público. Wanderley Codo, Analía Soria Batista, Remígio Todeschini. SP. LTr, 2020. Disponível em <http://nevis.unb.br/biblioteca/livros/item/97-saude-mental-e-trabalho-no-servico-publico-codo-soria-batista-todeschini-2020>

NASCIMENTO, Maria Valquiria N & OLIVEIRA, Isabel F. - As práticas integrativas e complementares grupais no SUS e o diálogo com a educação popular. Curitiba, Editora CRV, 2020.

OLIVEIRA, Edineia F. & GARCIA, Maria Lúcia. O financiamento federal dos CAPS no Brasil: a caixa de Pandora. UFES, Vitória/ES. 2024 Disponível em <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/tpqRzFfjvLD8tjN8DGy7Gjd/?format=pdf>

PEIXOTO, M.Conceição M. Musicoterapia Comunitária em um bairro de Goiânia: uma contribuição para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Goiânia, UFG, 2011. Disponível em https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/270/o/MARIA_DA_CONCEI%C3%87AO_DE_MATOS_PEIXOTO.pdf?1337620213%20

PIMENTEL, Adriana de F, BARBOSA, Ruth M. & CHAGAS, Marly. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonis-

mo. Revista Interface: Comunicação, saúde e educação. v.15, jul./set. 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/dR4F4sMYLZQ47C79ZKD57pH/?format=pdf&lang=pt>

PINTO, Vanessa A. Martins - Oficinas Terapêuticas na Saúde Mental: um olhar na perspectiva dos usuários do CAPS, RJ, UFRJ/ EEAN, 2011. Disponível <https://www.mpmt.mp.br/portalcao/news/766/79338/as-oficinas-terapeuticas-uma-abordagem-alternativa-dos-caps-em-favor-da-saude-mental/5>

RESENDE\CÂMARA MUNICIPAL: Plano de Cargos e Salários dos Servidores Públicos do Município de Resende, 2002. Disponível em https://resende.rj.gov.br/images/plano_de_cargo_salario_vigor.pdf

O trabalho da Musicoterapia no contexto da equipe multidisciplinar do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto-HUPE/UERJ

*Alice Sales Rangel,
Marcia Bulcão de Moraes e
Silene Aparecida Santana Jacinto*



Resumo

O presente artigo apresenta o trabalho desenvolvido pela Musicoterapia no Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) do Rio de Janeiro, RJ, uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Relata o processo de inserção do Musicoterapeuta na equipe multidisciplinar e o desenvolvimento do trabalho clínico e acadêmico realizado nos primeiros anos do serviço ambulatorial, que tem possibilitado a expansão da Musicoterapia no NCP, tanto em carga horária, quanto em número de profissionais e espaços de atuação. Traz também a experiência clínica vivenciada pelas musicoterapeutas desde setembro de 2023.

Palavras-chave: Musicoterapia; Cuidados paliativos; Equipe Multidisciplinar; Sistema Único de Saúde (SUS)

Introdução

O Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) atua no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) desde janeiro de 2009. A ideia nasceu em 2007, através da criação de um grupo de professores que estruturaram um projeto piloto para atender pacientes portadores de doenças neoplásicas do CUCC – Centro Universitário de Controle do Câncer do HUPE. E assim é definida a proposta:

“Implementar um núcleo multidisciplinar de cuidados paliativos voltado para os pacientes com câncer avançado, (...) integrado sob a ótica da dignidade do morrer. Tem como um dos objetivos apoiar o HUPE, retirando do corpo do hospital geral pacientes que necessitam de um enfoque diferenciado.”

Preceitua-se, ainda, no projeto piloto que “O NCP tem também por objetivo apoiar outras clínicas do HUPE e, portanto, não atende por demanda espontânea, somente com encaminhamento interno.”

Alice Sales Rangel é Advogada pela UFRJ (2006), Musicoterapeuta pelo Conservatório Brasileiro de Música (2017) e Especialista em Cuidados Paliativos pela UERJ em 2023. Musicoterapeuta do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto, <http://lattes.cnpq.br/0159076628750943> - alicesinger@gmail.com

Marcia Bulcão de Moraes é Musicoterapeuta e Paliativista, Hospital Universitário Pedro Ernesto. Graduação em Música - Licenciatura - UNIRIO- 2004; Pós graduação em Musicoterapia - CBM - 2019, Certificada em Tanatologia e Cuidados Paliativos pela EKR - Fundação Elisabeth Kübler Ross Brasil 2020, <http://lattes.cnpq.br/5065664246605188> - mtmarciabulcao2018@gmail.com

Silene Aparecida Santana Jacinto é Musicoterapeuta pela Faculdade Paulista de Artes (2010), Especialista em Neurociências pelo IPUB/UERJ (2017) e em Cuidados Paliativos pelo Instituto Albert Einstein (2022). Musicoterapeuta do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0484820129412571>. E-mail: silenejacinto@gmail.com

Nessa esteira, a musicoterapia passou a estar presente na equipe multidisciplinar em 2011 contando com a musicoterapeuta colaboradora Elisabeth Petersen, junto a vários profissionais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, dentre outros.

Além do atendimento ambulatorial, a Musicoterapia também atua na área da educação. O NCP tem como um de seus objetivos a iniciativa educativa acerca da prática dos Cuidados Paliativos e a criação de uma cultura no contexto hospitalar sobre a relevância da visão paliativista na linha de cuidados a pacientes com diagnósticos ameaçadores à vida. Isso também implica divulgar o conhecimento específico de cada área, através de simpósios, seminários, rodas de conversa, educação continuada da equipe e congressos, iniciativas nas quais a musicoterapia tem também estado presente. Ainda, são recebidos no ambulatório alunos e estagiários em treinamento e prática de Medicina, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Assistência Social. E a eles também é oportunizado acompanhar a atuação da Musicoterapia durante o período em que estão inseridos no ambulatório.

Ademais, tem havido uma demanda de pareceres de Medicina e Enfermagem pela Musicoterapia no atendimento intra hospitalar, o que tem gerado atendimentos em outros espaços do hospital (UTI pediátrica, enfermaria de clínica médica, enfermaria de urologia, enfermaria de hematologia, dentre outras). Isso tem contribuído para o conhecimento de outros profissionais e pacientes acerca do que se trata o trabalho da musicoterapia e de sua presença no HUPE.

A trajetória da Musicoterapia no NCP

A musicoterapia foi introduzida no contexto do ambulatório pela musicoterapeuta Elisabeth Petersen, que à época atuava como colaboradora.

Em 2011 o artigo “Cuidados Paliativos no Hospital Universitário Pedro Ernesto” assinado pelos médicos Rodolfo Acatauassú Nunes e Lilian Hennemann-Krause foi publicado na Revista do HUPE/UERJ e os colaboradores escreveram artigos, cada um sobre a sua área de atuação. Elisabeth Petersen apresenta o “Artigo 8: Buscando Novos Sentidos à Vida: Musicoterapia em Cuidados Paliativos.”

Em 2015 o artigo “Cuidados paliativos: o valor da pessoa e sua história no HUPE”, assinado por quatro profissionais da equipe do NCP e por Petersen descreve sua competência e prática diária de atuação no ambulatório. “Musicoterapia em cuidados paliativos na assistência ambulatorial” é o trecho do artigo dedicado à musicoterapia.

Em 2019 a musicoterapeuta Marcia Bulcão se coloca disponível para continuar o trabalho da musicoterapia no contexto do NCP. Nessa época, faz o curso de Tanatologia e Cuidados Paliativos pela Fundação EKR Brasil.

Em 2022, com a criação da pós-graduação multiprofissional em Cuidados Paliativos vinculada à Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, as atividades da Musicoterapia são ampliadas e ela passa a integrar o currículo da formação.

Na primeira turma, a musicoterapeuta Alice Sales é uma das alunas. Conclui a formação em 2023 e é chamada a integrar a equipe, junto de Márcia Bulcão, em setembro de 2023.

Nessa ocasião, sob a organização da Dra Andréa Castro, como coordenadora do NCP, o serviço passa a ser denominado “Projeto de Expansão da Assistência Oncológica do Centro Universitário de Controle do Câncer-HUPE”. Consequentemente, vários novos profissionais são chamados para integrar o Projeto e a Musicoterapia é contemplada com 30 horas semanais.

Após seis meses, já em 2024, mais uma musicoterapeuta com formação em Cuidados Paliativos pelo Hospital Albert Einstein, Silene Jacinto, é convidada a integrar a equipe.

Hoje o Projeto expandiu-se e segue crescendo. O NCP atua no ambulatório, no intra hospitalar e no Telessaúde. A musicoterapia segue no ambulatório, está ganhando espaço no intra hospitalar e esperando outras oportunidades de atuação.

Cuidados Paliativos

Por definição, os Cuidados Paliativos se referem a um conjunto de cuidados que visam melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças graves e que ameaçam a vida. Nesta abordagem prioriza-se o alívio do sofrimento, por meio do tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, buscando promover o bem-estar e a dignidade do paciente durante todo o processo. (OMS, 2018)

Os cuidados paliativos têm por base os princípios bioéticos de: Respeito à autonomia; Beneficência, Não maleficência e Justiça. Para que haja autonomia nas tomadas de decisões é fundamental que haja compreensão sobre o diagnóstico, prognóstico e prognóstico, incluindo os riscos e benefícios de cada opção. A beneficência e maleficência dizem respeito ao dever moral de agir em benefício do outro, e não causar danos intencionalmente. (Paiva, 2014)

O tratamento de pessoas em cuidados paliativos têm como pontos norteadores: controlar a dor e outros sintomas; oferecer suporte emocional, social e espiritual; fortalecer a autonomia do paciente; promover a comunicação aberta e honesta; envolver a família no cuidado do paciente e ajudar o paciente a viver com o máximo de conforto e dignidade. (ANCP, Ministério da Saúde, 2023)

Em maio deste ano o Ministério da Saúde anunciou a Política Nacional de Cuidados Paliativos visando proporcionar mais dignidade e qualidade de vida de todos que enfrentam doenças graves, crônicas ou em estágio avançado. A política se guiará em três eixos com foco em: ampliação das equipes multiprofissionais, promoção de informação qualificada e garantia do acesso a medicamentos e insumos necessários. (Ministério da Saúde, 2024)

Núcleo de Cuidados Paliativos

O NCP do HUPE/UERJ conta atualmente com uma equipe multidisciplinar com-

posta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e musicoterapeutas.

O fluxo de atendimento se inicia a partir do encaminhamento, que pode ser feito a partir do atendimento ambulatorial ou após internação. A partir daí é agendada a Reunião Acolhidas, para explicar como se dá o trabalho do núcleo, apresentar os primeiros conceitos sobre Cuidados Paliativos, acolher as demandas iniciais e tirar as principais dúvidas. Na sequência é agendada a Consulta de 1ª vez, onde o paciente é atendido e avaliado por todos os profissionais da equipe, seguindo em atendimento ambulatorial presencial e no Telessaúde.

A periodicidade dos atendimentos, tanto presenciais quanto online, é determinada a partir da pontuação obtida na PPS (Palliative Performance Scale) e pode ser revista a depender de novas demandas ou alterações importantes no quadro clínico.

As escalas de avaliação são parte importante do trabalho do paliativista pois permitem mapear e identificar as demandas de forma mais clara, contribuindo para que o tratamento e as intervenções sejam aplicados com maior eficácia. Destacamos abaixo as mais utilizadas nos atendimentos do NCP:

- A *Escala Numérica* (EN) é utilizada para mensuração da dor, considerando desde a ausência de dor até a pior dor possível. A dor está entre os sintomas mais frequentes e incapacitantes de pessoas em cuidados paliativos. Identificá-la e tratá-la de forma adequada é um dos primeiros passos do tratamento.

- A *Palliative Performance Scale* (PPS) é uma ferramenta utilizada para avaliar o desempenho funcional e o prognóstico de sobrevida de pacientes oncológicos. A avaliação é realizada a partir dos domínios: deambulação, nível de atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão oral e nível de consciência. (INCA, 2022)

- A *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) avalia a intensidade dos sintomas, considerando: dor, fadiga, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, perda de apetite, sensação de bem-estar, dispneia e sonolência. Ao contemplar sintomas físicos e psicológicos permite que o paciente seja avaliado e tratado de maneira mais integral e abrangente. (INCA, 2022; Monteiro, 2010)

Em relação ao perfil de pacientes atendidos, a maioria é advinda da clínica de Oncologia. Dentre as principais dificuldades encontradas, uma delas está nos encaminhamentos tardios. Grande parte dos pacientes é encaminhada em estágios de doença já muito avançados, condições clínicas agravadas e que dificultam o acompanhamento em tratamento ambulatorial. Também observamos que ainda há certa resistência de algumas equipes ao trabalho do NCP, em parte pelo desconhecimento sobre cuidados paliativos e a visão de que o tratamento paliativo se opõe ao tratamento curativo, quando na verdade eles são complementares, podem ser concomitantes e um não precisa excluir o outro. O encaminhamento prévio possibilita traçar estratégias mais eficazes e condizentes com a realidade e expectativas de cada indivíduo.

Quanto à estrutura física, o espaço do ambulatório é dividido em boxes, onde cada paciente é atendido. O primeiro profissional que realiza o atendimento no dia faz as avaliações e identifica as principais demandas, a partir delas os outros profissionais vão sendo

direcionados para o atendimento. A estrutura física do ambulatório também é um dos desafios para o atendimento musicoterapêutico, visto que o espaço físico é pequeno e dificulta a utilização dos instrumentos musicais. E como todos os pacientes estão sendo atendidos no mesmo espaço, apenas separados por divisórias, o isolamento sonoro e a privacidade não são adequados, exigindo muito cuidado no manejo da música e dos sons, porque o que pode trazer benefícios para um pode ser iatrogênico para o outro. Isso exige das profissionais musicoterapeutas um refino na sensibilidade e atenção na troca com a equipe, para administrar situações em que a intervenção se apresente não benéfica ao contexto.

A atuação da Musicoterapia no NCP

A musicoterapia é aplicada de forma individualizada, considerando as demandas previamente identificadas, as partilhas do paciente acerca de sua história de vida, possibilidades de enfrentamento do diagnóstico e como isso se relaciona às suas preferências de repertório. Dessa forma, torna-se potente aliada no alívio de sintomas como dor, ansiedade, depressão, tristeza, segundo relato dos próprios pacientes.

Lidar com a finitude é tarefa complexa e desafiadora para todos, pacientes, familiares e profissionais de saúde. São muitos os sentimentos, as memórias, os anseios, os medos. E não raras vezes essas questões são mais angustiantes e incômodas que os sintomas físicos. Uma das grandes potencialidades da Musicoterapia está em dar voz a emoções muitas vezes indizíveis através das palavras. Nos atendimentos os afetos são sensibilizados e a experiência musical consegue dar suporte a despedidas, declarações, ao resgate de experiências vividas, e à criação de novas memórias e momentos vividos ao lado de pessoas amadas.

A re-criação musical está entre as técnicas mais aplicadas, favorecendo, a partir da identificação com canções já conhecidas dos pacientes, a expressão de sentimentos e emoções que os acompanham durante o processo.

O fato de sermos um “país de canções” faz com que nos aproximemos do cantar com naturalidade desde muito cedo. As canções trazem em suas letras conteúdos que possibilitam a elaboração do vivido e sentido; ao haver identificação com as canções é possível que o indivíduo se aproprie e simbolize, expressando por meio do cantar da letra o que não era até então possível oralizar.

Em relação aos recursos utilizados, o ambulatório ainda não possui equipamentos específicos para a musicoterapia, de modo que cada uma das profissionais faz uso de seus próprios instrumentos, sendo eles: pandeiro, ukulele e violão. Também se utilizam de vídeos ou recursos de áudio, quando necessário.

São realizados em média de 60 atendimentos por mês, totalizando mais de 360 no primeiro trimestre.

MANEJO DE SINTOMAS – relato de experiência

No âmbito dos Cuidados Paliativos os pacientes frequentemente estarão sofrendo

de muitos acometimentos físicos. A identificação destas demandas e o manejo dos sintomas precisa ser um dos primeiros passos do atendimento. Sem um controle mínimo dos desconfortos físicos, outras questões, como aspectos emocionais e sociais, dificilmente poderão ser cuidadas.

Dentre estes sintomas, a dor está entre os mais comuns e desafiadores, sendo frequentemente a principal causa de limitações funcionais e sociais. A dor é considerada o 5º sinal vital e é um sintoma multifatorial, que é afetado continuamente não apenas por aspectos fisiológicos, mas também por questões emocionais, sociais e até mesmo espirituais. A partir desta compreensão podemos entender porque abordagens multidisciplinares podem proporcionar resultados mais eficazes e duradouros. (Ministério da Saúde, 2023; Sampaio, 2021)

Em um dos atendimentos no NCP esta importância da abordagem multidisciplinar pode ser observada de forma bem clara. O paciente encontrava-se deitado na maca, com a mão cobrindo o rosto. E logo no início da abordagem responde que está com dor. 10/10 segundo a Escala Numérica, utilizada para avaliar o nível de dor, sendo 10 o número utilizado para se referir à pior dor já experimentada. (Sampaio, 2021). Ele refere ainda que estava sem dormir bem há vários dias por este motivo. Avaliando seu último horário de medicação foi observado que estava se aproximando o horário da próxima dose. Após conversa com a médica e a enfermagem, a medicação foi administrada e o atendimento musicoterapêutico pode ser retomado.

O paciente diz que gosta muito de música mas que não está bem hoje e não deseja atendimento. De acordo com as informações de seu prontuário, o último atendimento musicoterapêutico foi mais animado e vibrante, condizente com suas condições à época. O que realmente não seria o mais adequado neste momento, de modo que sua recusa fazia sentido. É muito comum supor que a utilização da música será para animar, alegrar. Mas na musicoterapia, não necessariamente.

Sua lesão é na região da mandíbula e ele continuava com a mão cobrindo a face, talvez por conta da dor. No entanto, a luz branca da sala estava logo acima de seu rosto, o que poderia estar aumentando seu desconforto. Ele aceita a sugestão de apagarmos a luz e seguimos com a iluminação indireta da sala lateral.

Em relação à música, ele havia dito que gosta de samba, mas que às vezes também gostava de ouvir luvor. Então após esses ajustes de medicação e da iluminação, uma canção é oferecida e ele aceita ouvir. Acertamos a escolha de Aline Barros, ele diz que gosta bastante, canto “Sonda-me”, alguns tons abaixo do original e da forma mais suave possível. Ele adormece e consegue dormir por uns 20, 30 minutos enquanto aguarda a ambulância para levá-lo de volta pra casa.

REENCONTRO – relato de experiência

Paciente JR, 27 anos, com câncer renal como doença de base. Internado na enfermaria da Urologia. Relata (à enfermeira e à terapeuta ocupacional do intra-hospitalar) gostar muito de música, que estava aprendendo a tocar violão, mas está hemiplégico à direita (é destro) e por isso interrompeu. Seus gêneros favoritos são música pop e MPB. Gosta

muito de cantar e de atuar, mas diz que “fica tímido”, pois a voz sofreu alterações devido ao tratamento e à necessidade de estar quase todo tempo deitado. Refere muita frustração por não poder realizar essas atividades. A musicoterapia é acionada por meio de parecer.

Chego à enfermaria onde está JR. A enfermeira do NCP que atua no intra hospitalar está comigo.

Eu me apresento. Ele está acompanhado de um dos esposos (era casado com dois homens e se referia a eles como “meus esposos”).

Pergunto como ele está e diz que está com dor. Na noite anterior havia referido dor 8. Foi feita morfina e naquele momento referia dor 6.

A voz estava com pouca projeção e tímida.

Digo que me falaram que ele gosta de música e de cantar. Pergunto sobre sua relação com a música, se gostaria de me contar sobre. Ele fala que sempre gostou de atuar, de cantar, que fez curso de teatro. Mas que desde a cirurgia e por conta de consequências pelo agravamento da doença, não cantava mais. Que a posição sempre no leito o atrapalhava. Digo que entendo. Que sou cantora também e sei como é difícil cantar deitado, administrar o controle do ar, a emissão vocal. Converso um pouco sobre e proponho exercícios de respiração e vocalises simples. Ele topa e vamos fazendo juntos.

Então, a voz falada dele já se apresenta com mais presença.

Entramos na questão do repertório. Ele diz gostar de pop e MPB. Fala de algumas bandas e cantores. Pergunto se há alguma música que ele gostaria de pedir naquele momento. Ele diz que prefere que eu escolha.

Dedico “Enquanto houver sol”

*“quando não houver saída,
quando não houver mais solução,
ainda há de haver saída
nenhuma ideia vale uma vida ...
enquanto houver sol ainda haverá...”*

e digo antes de começar que escolho a canção pela mensagem. Ele canta comigo o refrão. A voz não está mais tímida como no início do encontro. Quando a música acaba, ele diz que não conhecia e “nem é ligado em Titãs”, mas disse ter gostado muito da letra, “ela conversou comigo”.

Ele pede pra eu fazer outra. Na mesma sintonia ofereço Girassol, da banda Cidade Negra. Ele segue cantando junto comigo as partes que sabe. Ao final, falo um pouco sobre a letra e coadunando ao fato de um dos esposos estar presente e muito conectado a ele, digo que podemos ser girassóis uns na vida dos outros. Que os girassóis na ausência do sol olham uns para os outros.

Digo pra ele: “Você tem dois: seus dois esposos presentes nesse cuidado. Quando parece que o sol não saiu, você olha pro lado e se vê cercado desses sóis.” Ele sorri, olhando pro esposo que está ao seu lado.

Em seguida ele me pede uma canção “O tempo não para”, de Cazuza. E nessa hora a

voz se faz presente, sem qualquer titubeio.

Ele canta em plena presença, inclusive se expressando facialmente e com movimentos com parte do corpo, mesmo deitado. Digo que o fato de o tempo não parar não significa que não haja tempo pra viver. Todos nós só temos o hoje, independente de diagnóstico. Sobre o amanhã, nada sabemos. E que enquanto houver vida ela merece ser afirmada e vivida.

Nesse momento, o atendimento já está tomado de pessoas ao redor, equipe, outros pacientes, todos foram vê-lo cantar. O palco do artista, que hoje é o leito, irradia luz pra toda a enfermaria. A “plateia” aplaude ao final.

Ele diz que depois do encontro sentiu vontade de voltar a cantar. E eu digo “você já voltou a cantar. Você canta, no presente. Todos aqui somos testemunhas.” Ele se emociona e agradece.

“Pra mim foi ótimo”

“A partir de hoje estou me permitindo que a música volte a fazer parte da minha vida”

Ao final do atendimento, perguntado pela enfermeira como se sentia e em que nível estava a dor, referiu dor ZERO!

Esse caso foi levado à reunião de equipe semanal pela enfermeira da equipe que estava presente no atendimento.

Dias depois ele teve alta e segui o acompanhando por WhatsApp. Gravei e enviei músicas de que ele gostava, como faço com pacientes que se vinculam à musicoterapia.

Um tempo depois ele partiu e o esposo, que eu havia conhecido na internação, escreveu a seguinte mensagem, encaminhada junto com uma linda foto de J.R:

“Obrigado! Você conseguiu alegrar muito ele lá no hospital. Agradeço muito todo o cuidado que você e toda a equipe aí do HUPE tiveram com ele”

LUTO ANTECIPATÓRIO E DESPEDIDAS – relato de experiência

Num atendimento de primeira vez, R. comparece um tanto relutante em ser acompanhado pela equipe do NCP. Suas primeiras experiências de tratamento da doença pulmonar, agora em estágio avançado, não haviam sido boas. Ao longo da tarde ele foi atendido pelos demais profissionais da equipe multidisciplinar, que buscaram compreender não apenas suas demandas clínicas, mas o que era mais importante para ele neste momento. Ele estava acompanhado das filhas, uma delas que também seguia seu exemplo profissional, como professora. Neste dia, o atendimento da Musicoterapia foi o último a ser realizado com R., que neste momento já estava um pouco mais à vontade com a equipe e com as questões pertinentes aos cuidados paliativos. Quando me aproximei com o violão e me apresentei ele disse já ter tido contato com a Musicoterapia anteriormente em um dos locais que trabalhou e ressaltou a importância da música nesta área. Ele que é sociólogo, tornou-se mais reflexivo neste momento e compartilhou conosco mais do que sintomas e desconfortos, contou sobre sua vida profissional, hobbies, viagens em família e conseguiu então expressar o que era mais importante para ele nesta situação: dizer para as filhas o quanto as amava e o legado que gostaria de deixar para elas. Seguiu dizendo que

gostaria de ouvir a música que melhor lhe traduz tudo isso, “O caderno” de Toquinho. Foi um momento de muita emoção e lágrimas para todos, inclusive para a equipe, que neste momento já havia finalizado os outros atendimentos e pode acompanhar o que se ouvia ecoar através das divisórias do box.

*“A vida segue sempre em frente, o que se há de fazer?
Só peço a você um favor, se puder
Não me esqueça num canto qualquer”*

Para dar maior contorno e suporte terapêutico a este momento de tantas emoções, seguimos com Toquinho e finalizamos cantando “Aquarela”.

*“Vamos todos numa linda passarela
De uma aquarela
Que um dia enfim descolorirá”*

Frases após a Musicoterapia

“Senti a cura de Deus em mim”; “Só vou embora porque tenho horário na químio. Se não, ficava pra mais música”; “Um lindo trabalho! Aqueceu nossos corações”; “tem um ditado que sempre quis te dizer: “Deus sempre estará contigo” É sempre um prazer escutar sua voz e suas palavras”; “As músicas parecem fogo que entra aquecendo e eleva a gente”.

Considerações finais

Os resultados benéficos da musicoterapia podem ser observados na avaliação das escalas de sintomas, nos relatos dos pacientes e também nas observações da equipe multidisciplinar. Embora os benefícios da Musicoterapia em cuidados paliativos sejam amplamente reconhecidos, ainda há espaço para expandir o campo de pesquisa e aplicação. Aprofundar os estudos nessa área pode revelar ainda mais formas de aliviar o sofrimento dos pacientes e melhorar sua qualidade de vida durante esse período tão delicado.

Expandir o alcance da Musicoterapia para ambientes que ofereçam cuidados paliativos, visando beneficiar um maior número de pacientes pode agregar mais uma possibilidade potente à linha de cuidados que visa oferecer cuidado integral e complexo às demandas também complexas do atravessamento de doenças que ameaçam a vida.

Referências bibliográficas

Dreher, S. A Canção: Um canal de expressão de conteúdos simbólicos e arquetípicos. Psicologia Argumento, Curitiba, v. 23, n. 42 p. 55-63, jul./set. 2005

Krause, L. H. Nunes, RA. Cuidados Paliativos no Hospital Pedro Ernesto. RevistaHUPE/UERJ, Ano 11, Abril/Junho de 2012. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/issue/view/673>

Ministério da Saúde. Manual de cuidados paliativos / Maria Perez Soares D'Alessandro (ed.) ... [et al.]. – 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Cuidados Paliativos, 2024. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html

Paiva, F. C. L. de ., Almeida Júnior, J. J. de ., & Damásio, A. C.. (2014). Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Revista Bioética, 22(3), 550–560. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014223038>

Petersen, E. Buscando novos sentidos à vida: musicoterapia em cuidados paliativos. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, v. 4, n. 11, p. 63-69, jun. 2012.

Petersen, E. Cuidados paliativos: o valor da pessoa e sua história no Hupe. Revista Hupe, vol.14,suplemento1, 2015 Cuidados paliativos . Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/17778>

SAMPAIO, S. G. dos S. M.; MOTTA, L. B. da; CALDAS, C. P. . Dor e Internação Hospitalar em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.], v. 67, n. 3, p. e–131180, 2021. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1180. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1180>. Acesso em: 9 dez. 2024.

World Health Organization (WHO). Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

**Laço mãe bebê como co-construção
corporal-sonoro-musical - a escuta
ampliada, aquém e além das palavras**

Rosana Maria Ojeda



Resumo

Um bebê se desenvolve a partir de experiências estruturantes mediante o laço que vai construindo com um outro cuidador, que produzirão as inscrições para sua subjetivação. Este laço primordial é uma co-construção, o bebê é capturado pelo outro e ele, pela sua vez, convoca a esse outro cuidador na sua função materna. Esta co-construção pode ser vista como um ato criativo, uma composição ou uma dança conjunta, feito de trocas significantes corpo-sonoro-musicais, além das palavras envolvidas. Estes intercâmbios, interpessoais e intersubjetivos, dão contorno e proporção à relação como também constroem e dão a largura, grossura e elasticidade necessárias para que o laço suporte o complexo percurso pelo qual a criança precisa atravessar durante a infância. Portanto, este laço é fundante do que esse bebê virá a ser.

Palavras-chave: Musicalidade, encontros, intercâmbios, intersubjetividade.

*Este artigo foi apresentado originalmente na Primeira jornada da CIPPA Latinoaméri-
ca (CIPPA - Coordenação Internacional de Psicoterapeutas Psicanalíticos e membros Asso-
ciados que trabalham com pessoas com autismo).*

*A intervenção que dá origem ao presente Relato de Experiência foi realizada no NÚ-
CLEO BEBÊS COM SINAIS DE RISCO EM SAÚDE MENTAL, pertencente ao Serviço do
Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, integrado ao funcionamento do CAISM.*

Introdução

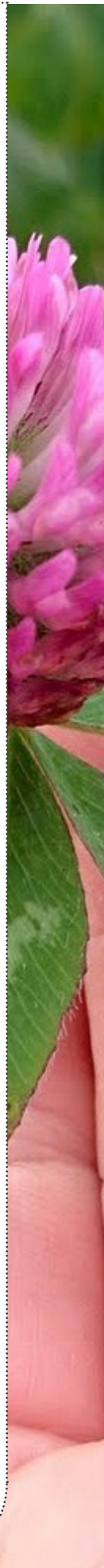
Participar de um painel como este, com uma breve apresentação, me levou a pensar sobre o que de mais importante posso transmitir hoje dentro do tema proposto.

Achei interessante, então, fazê-lo sobre questões como quais são os conceitos que, entendo, norteiam minha clínica, como penso a clínica de crianças autistas e como promover o desenvolvimento na perspectiva da musicoterapia, que, sem dúvida nenhuma, encena, estrutura e facilita o desdobramento (*) do corpo e da sensorialidade.

Quero, então, compartilhar alguns conceitos que tenho em mente em toda cena clínica.

Levando em consideração que, tanto as estruturas orgânicas quanto as psíquicas e as

Rosana Maria Ojeda é Especialista em Estimulação Precoce. Psicanalista. Especialista em Psicomotricidade Musicoterapeuta e Supervisora no Núcleo Bebês com Sinais de Risco em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. Membro da REDE BEBÊ Brasil. Email: rosanaojeda_64@hotmail.com



cognitivas não estão decididas e se encontram em plena estruturação durante a Primeira Infância:

- Entendo por desenvolvimento o processo pelo qual o sujeito vai se constituindo, como efeito de um desejo parental e vai utilizando seu corpo, que ele inerva, para se apropriar de suas habilidades e ferramentas com as quais conhece o mundo, em nome do seu próprio desejo.

- O Outro Primordial, portanto, tem um papel fundante na estruturação subjetiva da criança em desenvolvimento.

- O corpo é um receptáculo de inscrições e neste processo o prazer tem um valor estruturante. (Jean Bergès)

- Os problemas de desenvolvimento respondem à lógica da complexidade e a causa é multifatorial.

- Filipo Muratori (neuropsiquiatra e psicanalista) descreve o autismo como “um distúrbio da intersubjetividade” e, também, como uma “difusa e variada anomalia da conectividade cerebral”.

- Trabalhamos a intersubjetividade não só do ponto de vista intrapsíquico, mas também em relação às experiências e vivências de interação e trocas com o outro e com o meio que, sabemos, são determinantes nesse processo e, também, no armado dos modos pelos quais nos relacionamos e nos vinculamos.

- O corpo e os órgãos sensoriais, por meio dos sentidos, captam e são responsáveis por levar ao cérebro os estímulos percebidos do mundo externo, bem como todas as informações necessárias com as quais organizamos e elaboramos as respostas sobre as experiências que vivemos com os outros.

- Mas, a forma como sentimos o mundo, no entanto, varia e depende, também, da experiência singular e dos processos culturais.

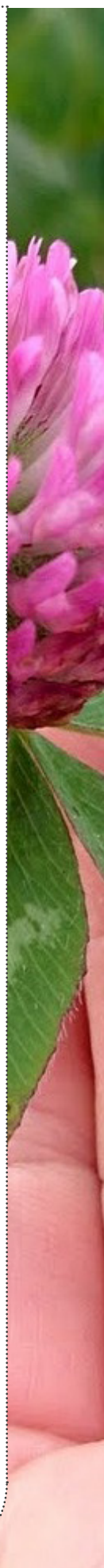
- As experiências favorecem a plasticidade neuronal e aumentam sua efetividade se se dão algumas condições tais como, por exemplo: interesse, protagonismo, desejo, prazer e repetição desta experiência de maneira prazerosa, ou seja, a criança como sujeito ativo da experiência e não como objeto passivo da mesma.

- A noção de epigenética nos ensinou que essas experiências com o meio ambiente e a modulação afetiva delas, possibilitam a mudança de informação dos padrões genéticos.

- Quando falamos de modulação afetiva falamos de experiências com emoção autêntica, a partir de uma posição verdadeira, com envolvimento genuíno que nos afeta a modo de cocriação, e não de um “como se”.

- É importante ter em conta que estas duas noções (neuroplasticidade e epigenética) deixam um espaço, uma abertura às inscrições necessárias para poder pensar que um diagnóstico ou certas condições orgânicas nem sempre sentenciam um destino.

- O conceito de Estrutura nos permite pensar que no desenvolvimento humano cada elemento de um Sistema, seja ele qual for, está determinado e numa relação de interdependência com cada elemento do sistema ao qual pertence. (Julieta Jerusalinsky, “Enquanto o futuro não vem”). Este conceito de Estrutura nos dá uma noção de dinamismo e



transformação possível.

- A constituição psíquica e o organismo são a base estrutural onde se sustenta o desenvolvimento da criança. E, como pontuamos anteriormente, são independentes, portanto, o desenvolvimento não é autônomo.

Entendo que o sintoma concebido como um enigma na sua dimensão significativa, é uma resposta a uma forma particular de estruturação subjetiva que se estabelece a partir das experiências e do modo pelo qual as marcas simbólicas do Outro Cuidador Primordial efetuaram-se na criança e organizaram seu corpo.

Entendo, também, pela minha experiência clínica, que o sintoma se expressa de forma polimórfica, ou seja, “os seres humanos se expressam de diferentes formas através de diferentes linguagens”. (Rene Rusilion, Palestra: Rumo a novos paradigmas para o pensamento e a prática psicanalítica) e, portanto, para poder captá-lo em toda a sua dimensão, **os convido a ampliar a sua escuta para além da palavra** na vinheta clínica que partilharei com vocês, na qual mergulharemos na experiência corporo-sonoro-musical (construção e organização de materiais corporo-sonoro-musicais que são um modo de transmissão e expressão de um sujeito que conformam um relato).

Antes, quero diferenciar a **música** (que é um produto da cultura e pode ser utilizada como um recurso, um estímulo, como condicionamento ou para fins recreativos) da **musicalidade** como inerente à espécie humana. A musicalidade é a capacidade que temos de perceber, expressar e representar por meio de formas sonoras estéticas que se organizam pelas qualidades sonoras da experiência e, dessa forma, compõem um discurso sonoro (construção de um relato) o qual é o objeto da Musicoterapia.

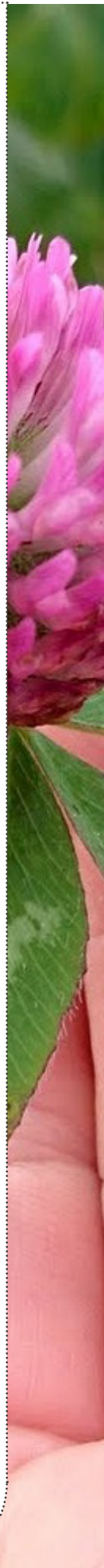
As qualidades sonoras são: som/silêncio, ritmo, tempo (padrões regulares simétricos de tempo), velocidade (rápido/devagar), intensidade (som forte/som fraco), duração (som curto/som longo), entonação (variação de tom), timbre (identidade sonora), altura (agudo/grave), alternância de escuta, expressividade e intenção.

Desenvolvimento: vinheta clínica

Uma colega do Serviço onde trabalhamos, o Núcleo de Bebês com Sinais de Risco em Saúde Mental, do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, me pede que a substitua numa sessão, na qual ela não poderá estar presente, para atender uma criança chamada Rafael, de dois anos de idade.

Essa colega me conta que Rafael é um menino agitado, que não responde ao seu nome quando chamado, que presta pouca atenção quando lhe pedem algo, que só se interessa quando lhe é oferecida uma brincadeira que lhe chame muito a atenção, que mesmo assim dá pouca continuidade às brincadeiras das quais participa, que não fala e apenas emite sons, que é bastante instável, indiferenciado e desorganizado corporalmente e que sobe e desce da maca da sala o tempo todo, sem parar.

Me conta, também, que a mãe é uma jovem com dificuldades causadas pelo uso e dependência de drogas, que questiona e não quer aceitar várias das intervenções que as te-



rapeutas realizam, se mostra um pouco insegura exagerando seus jogos e sua forma de se dirigir à criança, em algumas oportunidades, inclusive, imita o tom de voz e a prosódia da terapeuta e em outras rejeita as intervenções estabelecendo uma competição e justificando seu acionar o tempo todo com dizeres do tipo “*eu já vi isso*” ou “*eu já fiz isso*”.

Da mesma forma, minha colega os relata muito indiferenciados corporalmente com Rafael, como “grudados”, ela diz que essa mãe não deixa muito espaço para as produções de Rafael, antecipando-se rapidamente às suas ações e falas, e que eles têm um “jogo” entre eles que se repete nas sessões. Como exemplo, ele me conta uma cena na qual Rafael sobe na maca da sala e a mãe o baixa reiteradas vezes, quase mecanicamente, dizendo de forma repetitiva, monocorde e como que sem vontade, uma e outra vez a frase “*pulo de super-herói*”.

No dia da sessão em que a substituí, entrei na sala e depois de nos apresentarmos perguntei à mãe quais são as músicas que o Rafael gosta e ela me disse que gosta muito de músicas de super-heróis e esclarece “*mas só o comecinho, não ela toda inteira*”. Depois de um momento em que tocamos um pouco de piano, Rafael começou a subir na maca reiteradamente, exatamente como minha colega havia descrito, e sua mãe o colocou no chão, com um gesto entre cansado e apático, quase automaticamente, dizendo, de maneira estereotipadamente monocorde, aquela frase: “*pulo de super-herói*”.

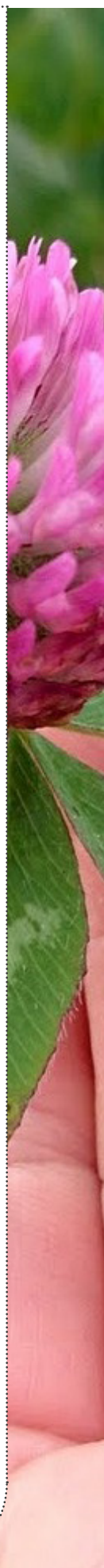
Percebo que esse “pulo de super-herói” transmite em sua musicalidade e em sua repetição, um mesmo tempo, velocidade, duração, altura, intensidade e entonação. **Escuto na musicalidade desse dizer** uma falta de vitalidade e de afetividade, uma mãe desimplificada, porém, ao mesmo tempo a mãe mostra e “dá a ver” (no dizer de Jean Bergès) um querer fazer o que o filho gosta, mas parece não ter força suficiente para fazer aquele pulo pretendido, o que só lhe permite fazer o “comecinho” de um pulo, um “mini pulo” e penso... “*que super mini-herói*”.

Num momento em que a “brincadeira” para e o Rafael ainda está sobre a maca, lhe digo, aproximando-me devagar e abrindo as mãos com um gesto de querer pegá-lo, “*posso te pegar?*”, “*Vou te pegar...*”, “*Você quer pular como um super-herói?*”, “*Você gosta de música de super-herói?*”.

Ao mesmo tempo, olho para a mãe com cumplicidade, tentando incluí-la, e ela me devolve um olhar de aceitação para continuar a brincadeira.

Ele olha para mim e espera por mim, eu lhe antecipo novamente: “*vamos pular como um super-herói*” e lhe digo “*se prepara para voar*” e ele se prepara e me olha.

Então eu o pego firmemente de seu corpo por dois pontos separados por uma distância suficiente para que fique bem sustentado, firme e que a posição permita que ele voe e, ao mesmo tempo que eu canto “*ta ta tannnn... ta ta ta ta tannnnnn...*” e entonando a conhecida trilha sonora do Superman, vou movendo seu corpo ao compasso da música e imito com movimentos, que eu provooco em seu corpo, as variações das qualidades sonoras que canto, subindo quando é mais agudo, descendo quando é mais grave, girando quando o som é mais longo e movendo-o com movimentos curtos quando o som é curto, como uma performance dança-sonoro-musical-corporal.



Ele está muito entusiasmado, organiza seu corpo em torno da atividade (o esquema corporal, a imagem corporal, a postura, o tônus, o equilíbrio, os movimentos, a firmeza e o esticar dos braços), acomoda a cabeça e o olhar na direção do espaço onde se dirige o voo e ri muito, assim como a mãe também o faz.

Termino a música com um final mais lento, ou seja, produzo um ralentando, direcionando a trajetória do movimento, para fazer com que o “destino final do voo” seja nos braços da mãe, entregando-lhe, assim, a ela o prazer da realização da brincadeira. Ela o recebe muito emocionada e feliz, o beija, o põe no chão e ele corre de volta para mim, estendendo os braços. Eu digo a ele: “*você quer mais?*” e ele responde que sim com a cabeça. Então, repetimos a brincadeira os três juntos.

Discussão

Entendo que as transformações só podem ser feitas desde dentro da díade mãe/filho em transferência e levando em consideração tanto o interesse e a atividade da criança quanto o desejo da mãe.

Assim, não estamos querendo que a criança simplesmente faça, mas produzindo a intervenção necessária para capturar à criança de maneira tal que “queira querer fazer” e, ao mesmo tempo, que essa intervenção convoque essa mãe a exercer sua função de maneira prazerosa e potente.

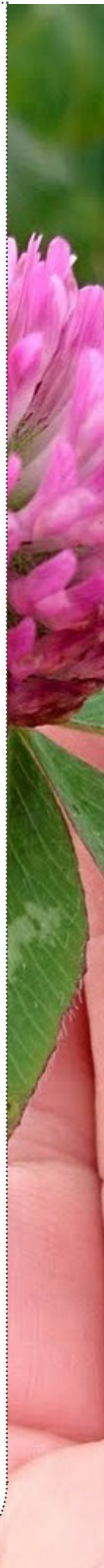
A montagem da cena sonoro-musical nos permitiu compartilhar o prazer e vivenciar o corpo no espaço e, tendo a musicalidade como suporte da experiência, conseguimos construir o sensório-motor juntamente com a escuta e o olhar dos outros que o antecipamos a ele na realização.

O sujeito se desenvolve mediante experiências de interação e intercâmbio com o outro e com o meio. Estes intercâmbios e interações interpessoais cuidador-bebê são corpo-sonoro-musicais, como formas de transmissão, expressão, experimentação, construção do outro, de si mesmo, do mundo e do sentido que as experiências tem para ele, construindo um mundo simbólico.

A musicalidade tem um papel preponderante no desenvolvimento humano e na construção dos laços primordiais, a modulação afetiva se expressa na intersonoridade porque sabemos que as primeiras trocas e interações interpessoais cuidador-bebê são corpo-sonoro-musicais e promovem a subjetivação, a comunicação e a linguagem.

Diz Victor Guerra: “Nascemos à intersubjetividade, entre outras coisas, a partir da musicalidade do encontro” e, ainda, adiciona.... “somos seres musicais e rítmicos, o que abre caminho para a estrutura possível da linguagem”.

É nesse espaço de intersubjetividade e nessa dimensão sonora, onde acontece a intervenção do Musicoterapeuta clínico oferecendo e usando a música como estrutura, não usando-a como recurso ou condicionamento musical, mas junto com o sujeito no seu processo de construção da subjetivação.



“Na musicoterapia, trabalhamos dentro de uma cena clínica, facilitando, no encontro com o outro, intercâmbios a partir da percepção, expressão e representação de emoções através de formas estéticas sonoras-musicais-corporais que possibilitam transformações dentro de um processo criativo a partir de experiências possíveis. Escutamos, nesses intercâmbios, uma produção discursiva que promove a subjetivação, a comunicação e a linguagem”.

Rosana María Ojeda

Considerações finais

Acredito que se a forma de estar da criança no mundo lhe causa sofrimento, teremos que produzir alguma transformação ou criação para que essa criança possa sustentar-se na sua existência de uma forma mais aberta, mais viva e menos rígida, que lhe permita ser, estar, pertencer e aportar algo à cultura na qual está inserido e aos laços humanos com os quais convive, não adaptando-se, mas apropriando-se das habilidades e ferramentas necessárias para alcançar os ideais culturais.

O Musicoterapeuta oferece as condições necessárias para iniciar, continuar e sustentar, a partir da disponibilidade estética e a capacidade criativa da pessoa Musicoterapeuta, a composição de uma produção (criativa, expressiva e inventiva) de formas estéticas, que conformam estruturas discursivas sonoras, as quais fazem de um dizer sonoro uma linguagem.

Estas estruturas discursivas são capazes de transmitir sentidos que permitem metaforizar e desdobrar situações conflituosas ou problemáticas e assim produzir reposicionamentos subjetivos, entendendo a capacidade criativa como um Processo de Criação, sendo este uma característica sublime que eleva ao ser a sua máxima capacidade humana.

Referências

JERUSALINSKY, A. e outros. *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. Editora Artes e Ofícios, Coleção Letra Psicanalítica, Porto Alegre, Brasil, 2021.

JERUSALINSKY, J. *Enquanto o Futuro não vem – A psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Editora Ágalma Psicanálise, Salvador, Brasil, 2002.

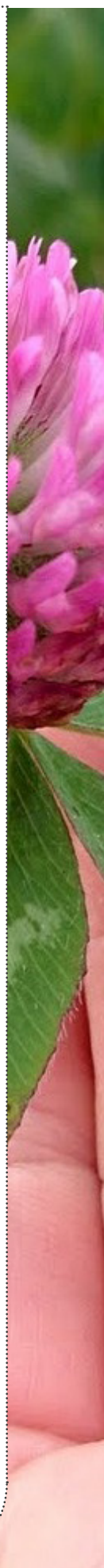
MURATORI, F. *O diagnóstico precoce no autismo: Guia prático para pediatras*. Editora Niip (Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce), Salvador, Brasil, 2009.

BERGÈS, J. *12 Textos de Jean Bergès - Escritos da criança, Volume 2*. Editora Centro Lydia Coriat, Porto Alegre, Brasil, 1988.

GARCIA YAÑEZ, Z. *Psicomotricidade e seus conceitos fundamentais: Esquema e Imagem corporais - Escritos da criança Volume 4*. Editora Centro, Lydia Coriat, Porto Alegre, Brasil, 1994.

LEVIN, E. *A especificidade da prática psicomotora - Escritos da criança Volume 4*. Editora Centro Lydia Coriat, Porto Alegre, Brasil, 1995.

OJEDA, R. e outros. *Artigo: O imprevisível e o ato criativo: a língua e a musicalidade na clínica da Primeira Infância*. Livro: Quando algo não vai bem com o bebê. Editorial Ágalma, Salvador, Brasil, 2020.



GAUNA, G., GIACOBONE, A. y LICASTRO L. Musicoterapia en la infancia. Editorial Diseño, Buenos Aires, Argentina, 2015.

ROUSSILLION, R. Conferência: Rumo a novos paradigmas para o pensamento e a prática psicanalítica, organizado por CEP – Centro de Estudos Psicanalíticos, São Paulo, Brasil, 2022.

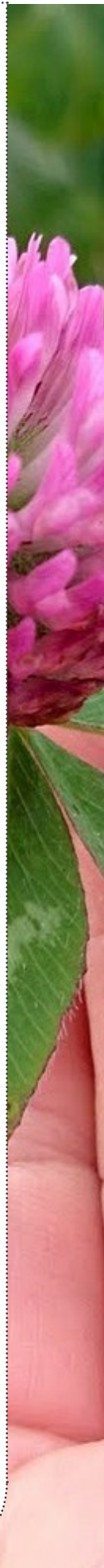
FREUD, S. Construções em análise (1937) – Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Editora Imago, Rio de Janeiro, Brasil, 1996.

FREUD, S. O interesse científico da psicanálise - Parte 1: O Interesse psicológico da psicanálise (1913) - Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Vol.13. Editora Imago, Rio de Janeiro, Brasil, 1996.

FREUD, S. O interesse científico da psicanálise - Parte 2: O interesse da psicanálise para as Ciências não-psicológicas (1913) - Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Vol.13. Editora Imago, Rio de Janeiro, Brasil, 1996.

Primer Congreso Internacional Virtual de Investigación en Psicoanálisis de bebés, niños y adolescentes, organizado pela APA – Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, Argentina (2022)

GUERRA, V. Vídeo “Indicadores de intersubjetividad 0-12 meses: del encuentro de miradas al placer de jugar juntos”, minuto 29, publicado pela Asociación Psicoanalítica del Uruguay, YouTube, 2023.



Relato de experiência: estágio em um CAPS AD III de Goiânia

*Lasmin Ribeiro Macena
Fernanda Ortins Silva*



Resumo

Este trabalho consiste no relato de experiência de estágio cumprido do dia 25/04 a 18/07/2024 no CAPS AD III de Goiânia, coordenado por uma musicoterapeuta e uma arteterapeuta. O grupo Ritmar a Vida acontece nas quintas-feiras e participei de 9 sessões. A maioria dos participantes eram homens. As atividades propostas utilizaram técnicas e experiências de canções projetivas (Brandão, Millecco & Millecco, 2001), recriação musical, audição musical e paródias. Foi utilizada a abordagem psicossocial com escuta ativa e conversas sobre assuntos expressados pelos usuários do grupo. Os objetivos terapêuticos eram aumentar as expressões de emoções e sentimentos, promover a socialização e conscientizar as razões do uso de substâncias químicas. Ao decorrer da sessão era perceptível a mudança na quantidade e qualidade das expressões dos usuários no começo, com falas mais curtas, pausadas e respostas objetivas, e ao final, conversavam e interagiram entre si espontaneamente, davam conselhos e mostravam interesse pelas histórias fazendo perguntas e comentários sobre experiências em que se relacionavam. Com atividades musicoterapêuticas e de autorreflexão sobre o uso de substâncias químicas foi possível identificar que os participantes buscavam conscientemente quais os sentimentos e sensações que levavam ao desejo e ação de uso, questões que muitas vezes são feitas inconscientemente.

Palavras-chave: CapsAD III, Musicoterapia, Estágio.

Introdução

Antes da Reforma Psiquiátrica o tratamento de saúde mental era realizado em manicômios e hospitais psiquiátricos com internações de longo prazo e em lugares distantes, por ser entendido que as pessoas que precisavam desses serviços deveriam ser isoladas (Amarante e Torre, 2018). A Reforma Psiquiátrica ocorreu devido a promulgação da lei 10.216 no ano de 2001 e trouxe a substituição do modelo hospitalocêntrico do tratamento da saúde mental pelo modelo psicossocial (Breunig e Araújo, 2019).

O modelo psicossocial defende o tratamento que potencialize a reinserção das pessoas à vida familiar, social e comunitária com um tratamento de cuidado personalizado, ou seja, que se adeque ao usuário atendido (Amarante e Torre, 2001). Por conta disso, novos dispositivos e serviços de saúde foram criados e implementados devido à Política Nacional de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) (Breunig e Araújo, 2019). A

Iasmin Ribeiro Macena é Graduanda de Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Estagiária no CAPS AD III IPÊ. <http://lattes.cnpq.br/7061798932108597>. iasmin.macena@discente.ufg.br.

Fernanda Ortis Silva tem Doutorado em Educação, Mestrado em Música e Graduação em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás. Musicoterapeuta no CAPS AD III IPÊ. <http://lattes.cnpq.br/3454407707834996>. feortins@gmail.com.

Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde (MS) dita as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS) e em seu Anexo V, instrui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem como um dos dispositivos ao cuidado da Saúde Mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são lugares onde serviços de saúde são oferecidos para toda comunidade do Sistema Único de Saúde priorizando pessoas com intenso sofrimento psíquico e social decorrente de problemas de saúde mental. Existem diferentes modalidades de CAPS que destinam o público para os cuidados específicos, de acordo com a faixa etária, sofrimento e população. Os CAPS I, II e III atendem pessoas de todas as faixas etárias e é indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima 15 mil, 70 mil e 150 mil habitantes, respectivamente. O CAPS i (Centro de Atendimento Psicossocial Infantil) atende crianças e adolescentes e o CAPS AD atende adultos que (ab)usam de álcool e outras drogas (Brasil, 2024).

O CAPS AD III funciona por 24 horas, todos os dias da semana e possui leitos para o Acolhimento Noturno (AN) dos usuários. Conta com uma equipe multidisciplinar com profissionais administrativos e de apoio, médicos, psicólogos, educadores físicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, arteterapeutas e musicoterapeutas que atuam de forma multi, inter e/ou transdisciplinar para proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas (Brasil, 2012).

No modelo psicossocial o padrão de saúde é biopsicossocial, definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença pela Organização Mundial de Saúde, em 1948, portanto, segundo Breunig e Araújo (2019) é necessária a inserção, atuação e contribuição de profissões além de médico e citamos aqui, neste trabalho, a musicoterapia. O profissional musicoterapeuta faz parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) desde 2017 com inserção obrigatória nos planos de saúde (Brasil, 2017).

A Musicoterapia é o processo sistemático da utilização das experiências musicais e elementos da música que possibilita o terapeuta ajudar na promoção da saúde do usuário (Bruscia, 2016; Brasil, 2017), as sessões são feitas por um profissional qualificado e os objetivos terapêuticos são não musicais. A musicoterapia favorece possibilidades para o ser de ser. E o musicoterapeuta traça o objetivo de acordo com as necessidades, viabilidades e expectativas dos clientes (UBAM, 2018).

A atuação do musicoterapeuta nos CAPS é nas áreas social e comunitária e da saúde mental. A musicoterapia na área social e comunitária trabalha com a possibilidade de ampliar a inserção social do indivíduo na comunidade, usando a cultura da própria comunidade. E da saúde mental para potencializar as percepções de qualidade de vida das capacidades mentais, cognitivas e emocionais (Cunha e Beggato, 2024). Geralmente, pela grande quantidade de usuário que utilizam o serviço, as terapias dos CAPS são oferecidas para grupos.

São quatro experiências musicais: a audição musical, a re-criação musical, a improvisação musical e a composição musical (Bruscia, 2016). Na composição musical a (o) musicoterapeuta auxilia o indivíduo/grupo no processo de criação e escrita da música

durante o “fazer musical movido pela criatividade, busca de novidade e liberdade de expressão” (Barros e Ansay, 2016, p. 119). Para a composição musical em grupo é necessário que os participantes se comuniquem com argumentação e compartilhamento de ideias e sentimentos. Para tanto, o convívio social e comunicação são elementos essenciais tanto ao ato de compor como para a vida humana (Barros e Ansay, 2016).

Cunha (2019) relata que os grupos em musicoterapia formam um espaço grupal musicoterapêutico em que o próprio grupo produz sua sonoridade e a comunicação flui com sons, movimentos e troca de experiência. As ações feitas pelos indivíduos no grupo, ativa ou passiva, são formas de participar e para que seja potencializada é preciso que o foco esteja no espaço sonoro que todos conseguem criar juntos. No fazer musical em grupo a individualidade é considerada para acontecer coletivamente, a integração de todos os participantes culmina em uma construção sonora.

É importante que o indivíduo sinta segurança para criar, explorar e expressar. O musicoterapeuta serve de lugar seguro para a expressão de conflitos e de experimentação com novas formas de organização interna na relação com o indivíduo/grupo (Barcellos e Santos, 2021).

Para começar o tratamento do usuário no CAPS é preciso passar por acolhimento com um profissional da equipe de saúde em que é elaborado o seu Plano Terapêutico Singular (PTS) em conjunto. A partir desse encontro, encaminha o usuário e/ou a família para um grupo, oficina ou atendimento individual no dia e horário que se encaixe melhor em sua rotina.

Alguns CAPS oferecem vagas de estágio obrigatório para o curso de Musicoterapia, como o CAPS AD III onde ocorreu o estágio no 7º (sétimo) período no ano de 2024. Acompanhei a musicoterapeuta nas quartas e quintas-feiras no período de 25/04/2024 a 18/07/2024. Nas quintas-feiras é realizado o grupo Ritmar a Vida, que devido às férias, relotações ou motivos de saúde, a coordenação é alterada, no começo era coordenado pela musicoterapeuta e psicóloga, depois musicoterapeuta e educadora física e mais recentemente pela musicoterapeuta e arteterapeuta. Durante meu período de estágio participei do grupo como coordenadora juntamente com as profissionais.

Desenvolvimento

O grupo Ritmar a Vida acontece às quintas-feiras das 14:00 às 15:30, é aberto para todos os usuários que utilizam do serviço com configuração de grupo semiaberto. No período do estágio houveram 9 sessões. Comecei no campo de estágio em uma quarta-feira, dia anterior à realização do grupo Ritmar a Vida e participei do planejamento da atividade a ser realizada.

Foi utilizada a abordagem psicossocial nos atendimentos com escuta ativa e diálogos sobre assuntos que eram expressados pelos usuários participantes do grupo. As atividades propostas utilizaram as experiências musicais de recriação musical, composição musical e audição musical (Bruscia, 2016). No período de 25/04/2024 a 18/07/2024 foram realizados 9 atendimentos, com média de 8 de participantes por sessão, sendo a maioria

homem. As sessões ocorreram nas salas Baru e Acácia, bem como no pátio. O setting era organizado com as cadeiras em círculo. Os objetivos terapêuticos para o grupo foram aumentar as expressões de emoções e sentimentos, promover a socialização e conscientizar as razões do uso de substâncias psicoativas.

Na primeira sessão que estive no grupo a atividade foi sobre ‘razão e emoção’, os usuários precisavam definir se as características escritas nos papéis eram de emoção ou razão e depois escolher individualmente quais possuíam. Em seguida, houve uma discussão para entender que razão e emoção são complementares mesmo que pareçam opostas e é necessário um certo equilíbrio, trouxemos a música ‘Certas Coisas’ de Lulu Santos para exemplificar essa ambivalência.

Nas duas sessões seguintes propomos o questionário de canção projetiva, de Brandão, Millecco & Millecco (2001), e a colagem de versos das músicas escolhidas por eles. O grupo ao ser questionado sobre qual canção foi mais fácil escolher, disse que foi a lembrança do pai, que será apresentada no Quadro 1 a seguir. Ao final fizemos recriação da música “É preciso saber viver”, de Titãs.

A 4ª sessão foi na sala Acácia e fizemos colagem utilizando técnica Kintsugi em papel com temática de reflexão de traumas vividos. A técnica adaptada consistiu dos usuários rasgarem uma imagem de paisagem e a colarem posteriormente. Foi discutido se era possível ser inteiro mesmo depois de tantos rasgos, se era possível se reconstruir depois de errar e fizemos paródia da música “Erro Gostoso”, de Simone Mendes, apresentada no Quadro 1.

Quadro 1. Versos da música das sessões 2 e 3 e letra da paródia da sessão 4.

Versos das músicas da canção projetiva da 2ª e 3ª sessões

Eu não vou negar que sou louco por você / Sou maluco pra te ver... eu não vou negar; Você agora vai decidir; Eu venho cantando em homenagem ao grande herói da velocidade que parou na curva; Seus cabelos nos ombros caídos / Negros como a noite que não tem luar; Foi eu e o Chico Mineiro, também foi o capataz; Menininha meu amor, a solidão vai acabar comigo se ela não voltar; Secretária, que trabalha o dia inteiro comigo, estou correndo um grande perigo de parar no tribunal; Era um garoto que como eu; Amigo é coisa pra se guardar; Mulheres cabeças e desequilibradas / Mulheres confusas de guerra e de paz; Poderosa, olhar de diamante, nos envolve, nos fascina, agita o salão; Se o rebelde dentro de mim puder tocar o rebelde dentro de você; Quero dançar sim / Quero dançar meu amor.

Paródia da 4ª sessão Erro Desastroso

Calma, deixa eu respirar um pouco. Nós somos uns loucos. Olha eu tragando ela de novo. Quando cê entra na minha mente, na minha casa, eu perco a vergonha e fico inconsciente. Eu percebo a cada biritá, cê não gosta de mim, cê quer me destruir. Ah e agora como eu fico nessa casa com um sorriso ou choro no rosto. Cê vem aqui me acostuma errado quebra meus pedaços pra eu colar de novo. Eu preciso aprender a falar não um pouco pra esse erro desastroso. Calma, deixa eu respirar um pouco.

Na 5ª fizemos paródia da música “O Sol”, de Jota Quest, sobre saber escutar as dores e medos a fim de conhecer os limites, o querer e o merecimento. Na 6ª relataram suas recaídas e os sentimentos e sensações que têm quando estão em sobriedade, quando pedidos para descrever em uma palavra o que era a vontade de fazer uso de substâncias as palavras foram: Não pertencer, alegria, decepção, traição, vazio, desejo, solidão. A 7ª foi no pátio decorrente da pintura artística de flora e fauna que foi realizada em conjunto com uma profissional de artes, a equipe e os usuários. Enquanto a pintura e organização do espaço de convivência era realizada, fizemos a recriação de diversas músicas com o violão.

Na 8ª a discussão foi sobre a dificuldade de valorização de mão de obra e manter os acordos de preço por ser visto como usuário de drogas, mesmo não contando sobre isso. Para a 9ª sessão pedimos que cada usuário participante contasse uma história de alguma memória boa que não estivesse ligada ao uso de substâncias para a discussão sobre ter e criar boas memórias.

Resultados da discussão

Os objetivos para o grupo foram aumentar as expressões de emoções e sentimentos, promover a socialização e conscientizar as razões do uso de substâncias psicoativas, conforme visto anteriormente. E ao decorrer de cada sessão foi perceptível a mudança, quantidade e qualidade das falas e expressões dos usuários desde o começo do atendimento, onde as falas eram mais curtas, com mais pausas e respostas objetivas quando perguntados, e ao final, ao longo do processo, os usuários conversavam entre si espontaneamente, com leveza e partilhar de ideias e emoções.

Havia interação uns com os outros, davam conselhos e mostravam interesse pelas histórias, faziam perguntas e comentários compartilhando experiências próprias que se identificavam. Por meio de conversas e atividades com o objetivo de autorreflexão sobre o uso de substâncias químicas foi possível verificar que os participantes buscavam conscientemente quais os sentimentos e sensações que levavam ao desejo e ação de uso, outrora essas atitudes muitas vezes eram feitas inconscientemente.

Em todas as sessões, ocorria o acolhimento com pergunta de como os participantes estavam e como foi o uso de substâncias durante a semana que passou ou nas semanas que o usuário não frequentou o grupo. E geralmente, por meio desse aquecimento, é que surgiam os assuntos / temas das sessões de acordo com a queixa, demanda e necessidade dos participantes do grupo. Por vezes, quando as coordenadoras planejavam alguma atividade específica para a sessão, o acolhimento ainda acontecia como forma de escuta e acolhimento, para que todos pudessem se sentir ouvidos e preparados para a atividade. Neste trabalho, faremos a análise dos trechos das músicas e da paródia das sessões 2 e 4 para exemplificação do ocorrido durante o período de estágio.

Na 2ª sessão, depois de responderem ao questionário de canções projetivas, perguntamos qual música foi mais fácil de lembrar. O grupo escolheu a música que lembrava o pai, fato que nos causou estranhamento por ser o mês do dia das mães. Ao lembrar do pai, os participantes trouxeram que a primeira vez que beberam álcool em companhia do

genitor e mantiveram esse hábito como um momento de se conectar ao pai mesmo que inconsciente.

Além disso, durante a discussão, a escolha de falar sobre o pai apresentou outros sentidos e significados, dentre eles a necessidade de busca desse afeto familiar, que se apresentou com ausência na infância e que se estendeu até a vida adulta. Foi possível verificar como essa falta é presente no aqui e agora da vida dos participantes. O pai atua como facilitador de separação e independência do filho porque “ser pai é uma tarefa que introduz um terceiro elemento que desestabiliza a simbiose entre mãe e filho, fazendo surgir a falta, o desejo e um sujeito, onde antes havia a completude total e um objeto” (Silva e Stamato, 2016).

Os trechos escolhidos trazem menções a desejo (ex. sou maluco pra te ver) saudade (ex. a solidão vai acabar comigo se ela não voltar) e admiração (ex. Eu venho cantando em homenagem ao grande herói da velocidade que parou na curva). Porém, as falas racionalizadas destoavam do sentido da canção e eram carregadas de ressentimento e sentimentos negativos sobre o pai. Mostrando a ambiguidade dos sentimentos (amor e ódio), bem como uma angústia em reconhecer que a relação com o pai apesar de ruim ressoava afeto de compaixão, amor e perdão.

A 4ª sessão se iniciou com uma atividade em que cada um deveria escolher uma imagem e rasgá-la como quisesse. Após os rasgos deveriam colar novamente seus pedaços remontando a paisagem. Salienta-se que a técnica de colagem *Kintsugi* junta os pedaços quebrados de uma porcelana com ouro para que seus rachados fiquem visíveis mesmo depois de reparados. Em analogia a essa técnica, os erros e experiências vividos no decorrer da vida, representados por quebras e rasgos, podem até serem reparados mas que não volta a ser igual a fase anterior. A discussão do tema se deu sobre a pergunta: ‘É possível ser inteiro depois de ser rasgado?’. Assim, os participantes compartilharam seus erros e afirmaram que é complexo o processo de “se montar” inteiro de novo. Quanto mais pedaços, mais difícil fica e é preciso de ajuda.

Com isso a musicoterapeuta trouxe a música “Erro Gostoso”, de Simone Mendes, e alguns participantes se mostraram bem animados ao ver a relação da música com o tema da atividade, principalmente o refrão da música que diz “E agora como eu fico nessa casa? Com um sorriso ou choro no rosto? ‘Cê vem aqui, me acostuma errado cola meus pedaços pra quebrar de novo. **Eu preciso aprender a falar “não” um pouco pra esse erro gostoso**”, pois é de consenso que a droga é prazerosa e gostosa, ao contrário das consequências de seu uso contínuo que são desastrosas à vida do sujeito.

Fizemos uma paródia em conjunto, de modo que a música se encaixou completamente no tema. Cada participante teve a oportunidade de complementar a composição e se engajaram mais nessa parte. Fomos perguntando para o grupo como continuar a letra e à medida que escrevíamos cantávamos juntos. Todos os usuários cantaram a composição, em diferentes intensidades.

Um dos participantes que cantava com menos intensidade e não fazia contato visual com outros participantes, se manteve focado em sua imagem reconstruída abrindo novos rasgos. Uma representação de que suas feridas ainda estavam abertas e que não se sentia inteiro.

Quadro 2. Análise da letra da paródia Erro Desastroso.

Versos da paródia Erro Desastroso	Análise
<i>Calma, deixa eu respirar um pouco. Nós somos uns loucos</i>	Precisar de um tempo para pensar a relação de uso de substâncias psicoativas. Louco significando a perda de razão e insensatez.
<i>Olha eu tragando ela de novo.</i>	Uso constante de substâncias psicoativas.
<i>Quando cê entra na minha mente, na minha casa, eu perco a vergonha e fico inconsciente.</i>	Efeitos do abuso de substâncias psicoativas.
<i>Eu percebo a cada birita, cê não gosta de mim, cê quer me destruir.</i>	Reflexão sobre os efeitos negativos do (ab)uso de substância.
<i>Ah... e agora como eu fico nessa casa com um sorriso ou choro no rosto.</i>	Ambiguidade na relação de (ab)uso. Sentimentos de euforia, alegria, tristeza e disforia podem coexistir na vida dos usuários em seu uso de substâncias psicoativas.
<i>Cê vem aqui me acostuma errado quebra meus pedaços pra EU colar de novo.</i>	Precisar se recompor, na integralidade, física, mental, social e emocionalmente, mesmo depois de usar psicoativos. Infantilização por culpabilizar a substância pelo vício.
<i>Eu preciso aprender a falar não um pouco pra esse erro desastroso.</i>	É preciso aprender a ter autocontrole sobre o uso.
<i>Calma, deixa eu respirar um pouco.</i>	A dificuldade e demanda do assunto pede por um momento de calma. Para que se recomponha para continuar ou começar de novo.

O processo de autoconscientização sobre o abuso de substâncias psicoativas pode ser repetitivo, uma vez que os usuários precisam expressar diversas vezes sobre suas experiências, já que são casos graves e persistentes, o que pode desmotivar a continuidade do tratamento. A composição da paródia permitiu a exploração de uma forma diferenciada da qual os usuários estão acostumados. A expressão dos sentimentos e emoções foram compartilhados com todo o grupo de maneira criativa para manter a estrutura da música (Barros e Ansay, 2016).

Relato de experiência e considerações finais

Antes de ir para o estágio no CAPS AD III, como estagiária, tinha pouco contato com estudos sobre o público atendido, ou seja, adultos usuários de drogas. O conteúdo da graduação, muitas vezes, se dirige ao público infantil neurodivergente, por se ter mais

estudos na área, com uma maior procura de atendimento para a musicoterapia atualmente. Percebi que não conseguia ser ativa na coordenação do grupo porque me sentia desconfortável com o público em sua maioria masculina, além de ser a primeira prática de musicoterapia. No decorrer das sessões fui tentando ser mais compassiva comigo mesma e que estou em processo de aprendizagem.

Também tive dificuldade em entender como realizar o planejamento das sessões pelas variações na composição do grupo. Por ser de configuração semiaberta, nem toda sessão estão os mesmos participantes, além de ter usuários pela primeira vez que nunca tiveram contato com o grupo e/ou com as coordenadoras. Cada usuário se encontra em uma fase diferente de vida, idade e padrões de uso de substâncias psicoativas, o que torna o grupo muito diverso.

Mas com as orientações da preceptora e a vivência do estágio fui entendendo como poderia melhorar minha atuação. Foi necessário descobrir o que era comum ao grupo. Para fazer o planejamento foi preciso olhar para os fatores semelhantes a todos os participantes e como eles interagem entre si, se há interesse ou não na troca de experiências. Fui orientada a me atentar mais aos relatos do participante e ter empatia com o que este traz, para que assim a empatia se estenda a quem relata, uma vez que é impossível ter um olhar separado daquilo que é relatado e de quem relata. E para isso é preciso desenvolver a escuta ativa, empática e compassiva.

Assim, a musicoterapia atua nos CAPS com objetivo de potencializar as percepções de qualidade de vida dos usuários usando da cultura da comunidade para o desenvolvimento de capacidades cognitivas, emocionais e sociais. A música atua com a subjetividade do ser humano, de modo que o usuário expresse assuntos internos, que não consegue desvelar em palavras, com diversos elementos musicais além da letra de canções.

Os objetivos foram alcançados, os usuários do grupo conseguiram socializar durante as sessões expressando suas emoções e sentimentos através da fala e da música e conscientemente pensar sobre o uso de substâncias psicoativas. A musicoterapia facilitou os processos de autoconhecimento e sociabilização do grupo, uma vez que a música proporcionou mais integração dentro do grupo para que todos fossem escutados e mais leveza no momento de compartilhamento de algo tão pessoal e subjetivo.

Referências

Amarante, Paulo; Torre, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em debate*, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

Amarante, Paulo; Torre, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 52(6):1090-1107, nov. - dez. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTV-IwzxBQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 21/09/2024.

Barcellos, Lia Rejane Mendes; Santos, Marco Antonio Carvalho. A musicoterapia

no Brasil. Brazilian Journal of Music Therapy, [S. l.], n. 32, p. 4–35, 2022. DOI: 10.51914/brjmt.32.2021.378. Disponível em: <https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/378>. Acesso em: 23 jul. 2024.

Barros, Caroline Karasinski; Ansay, Noemi Nascimento. A experiência da composição musical na musicoterapia: revisão de literatura. Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XVIII nº 20. (p.117 - 140). 2016.

Brandão, M. R. E., Millecco Filho, & L.A., Millecco, R.P. É Preciso Cantar: Musicoterapia, Cantos e Canções. Rio de Janeiro: Enelivros. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em 18/07/2024.

Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em 19/07/2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial - (CAPS) Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps> Acesso em 18/07/2024.

Breunig, Felipe Freddo; Araújo, Gustavo. Possibilidades e desafios da musicoterapia na atenção psicossocial e na saúde mental coletiva: uma revisão integrativa sobre sua inserção no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI nº 26 ANO 2019. (p. 28 - 50).

Bruscia, Kenneth. Definindo Musicoterapia. Trad. Marcus Leopoldino 3º edição. Barcelona Publishers. 2016.

Cunha, Rosemyriam Ribeiro dos Santos. Reflexões sobre a prática da musicoterapia em grupo (p. 08-27). Revista Brasileira de Musicoterapia - Ano XXI, nº 26, ANO 2019.

Cunha, Rosemyriam Ribeiro dos Santos; Beggiato, Sheila Maria Ogasavara. Áreas de atuação do musicoterapeuta. Disponível em <https://ubammusicoterapia.com.br/institucional/musicoterapia/areas-de-atuacao/>. Acesso em 21/09/2024.

Silva, Marcela Barbosa da; Stamato, Maria Izabel Calil. Importância da figura paterna no desenvolvimento infantil: uma visão dos pais. Leopoldianum, n. 116, p. 149-166, 2016. Disponível em <https://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/view/693/566>. Acesso em: 21/09/2024.

UNIÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE MUSICOTERAPIA. Definição Brasileira de Musicoterapia. 2018. Disponível em: <https://ubammusicoterapia.com.br/definicao-brasileira-de-musicoterapia/>.

Desafios e alta complexidade do trabalho na Rede de Atenção Psicossocial: atuação da Musicoterapia em Niterói

Simone Santos de Oliveira Defanti



Resumo

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desempenha um papel crucial no cuidado à saúde mental no Brasil, buscando promover a reintegração social e a qualidade de vida de indivíduos com transtornos mentais. No entanto, os profissionais enfrentam desafios significativos, como a escassez de recursos, a falta de formação adequada e a resistência dos pacientes. Nesse contexto, a musicoterapia se destaca como uma intervenção eficaz, utilizando a música para facilitar a comunicação, promover a expressão emocional e auxiliar na reinserção dos usuários na sociedade. Este artigo explora a atuação da musicoterapia na RAPS, apresentando suas metodologias, benefícios e estudos de caso que evidenciam seu impacto positivo. Além disso, discute os desafios enfrentados na implementação dessa prática, ressaltando a importância da integração multidisciplinar e do reconhecimento da musicoterapia como uma ferramenta fundamental no cuidado em saúde mental. A pesquisa conclui que, para uma atuação mais efetiva, é necessário investir em formação contínua e políticas públicas que valorizem a musicoterapia na rede de atenção psicossocial.

Palavras-chave: Rede de Atenção Psicossocial; Musicoterapia; Saúde Mental; Desafios; Reabilitação.

1. Introdução

1.1 Contextualização da RAPS

A **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** é uma política pública brasileira. A RAPS é composta pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura. A RAPS foi definida pela [Portaria GM/MS 3.088/2011](#), incorporada na Portaria de Consolidação 03/2017. Recomenda a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do [Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada no Brasil com o intuito de transformar a forma como os cuidados em saúde mental são oferecidos. A partir da década de

Simone Santos de Oliveira Defanti é Musicoterapeuta pelo CBM (2006), Pós Graduada em Saúde Integrativa e Complementar USI, Terapeuta Sistêmica, Pós Graduada em MBA em Arte Educação, Licenciatura em Música. Servidora Pública em 2019 na Rede de Atenção Psicossocial de Niterói, lotada em 2022 no CAPSij Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude Monteiro Lobato e durante 2 anos na UAI Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil. Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4457597810248231> E-mail: simone.musicoterapeuta@gmail.com

2000, o país passou por uma reestruturação significativa no modelo de assistência, buscando desinstitucionalizar o tratamento de pessoas com transtornos mentais e promover uma abordagem mais humanizada e inclusiva com objetivo de reintegrar socialmente, promovendo a inclusão social e a autonomia das pessoas na sociedade. Proporcionando a atenção integral, considerando a pessoa como um todo, levando em conta todos os aspectos da sua saúde e bem-estar, envolvendo fatores biológicos, psicológicos e sociais. Visando também desenvolver ações que promovam o bem estar do sujeito em sofrimento, como estratégias de Redução de Danos. Redução do Estigma combatendo o preconceito e o estigma associados aos transtornos mentais.

1.2 Atenção Territorializada

Garantir que os cuidados em saúde mental sejam realizados no território em que o usuário resida, fortalecendo o vínculo entre o indivíduo, os serviços e a comunidade. Com essa abordagem, a RAPS busca promover uma transformação no cuidado em saúde mental, garantindo que as pessoas recebam assistência em um ambiente acolhedor e humanizado centrada nas necessidades das pessoas.

A RAPS é um modelo inovador que representa uma mudança paradigmática na abordagem da saúde mental no Brasil, priorizando o cuidado humanizado e a integração social. Este sistema não só oferece suporte clínico, mas também valoriza a participação ativa dos usuários em seu processo de recuperação. Nesse contexto, práticas como a musicoterapia emergem como abordagens complementares que podem enriquecer o atendimento, promovendo bem-estar e expressividade nos pacientes.

1.3 Desafios Enfrentados

Apesar dos avanços, a RAPS enfrenta diversos desafios:

- Escassez de Recursos: A falta de financiamento adequado limita a oferta de serviços e a capacitação de profissionais.
- Capacitação Profissional: A formação de equipes multidisciplinares ainda é uma lacuna, pois muitos profissionais não recebem treinamento específico em saúde mental.
- Estigma e Resistência: O preconceito em relação aos transtornos mentais muitas vezes impede que os indivíduos busquem tratamento, dificultando a adesão às terapias.
- Carga horária de 40 horas, que a longo prazo, gera sobrecarga nos funcionários que lidam com o sofrimento todos os dias ininterruptamente.

2. A Musicoterapia como ferramenta de intervenção

A saúde mental tem se consolidado como uma área prioritária dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Criada para oferecer um cuidado humanizado e integral, a RAPS busca promover a inclusão social e a qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais. Nesse contexto, a musicoterapia destaca-se como uma abordagem terapêutica complementar e eficaz, contribuindo para o fortalecimento de vínculos.

A musicoterapia utiliza a música e seus elementos constituintes – ritmo, melodia, harmonia – como ferramentas para promover o bem-estar, facilitar a comunicação e estimular a expressão emocional dos indivíduos. Diferente de outras formas de terapia, a musicoterapia transcende a comunicação verbal, oferecendo aos pacientes um meio alternativo e acessível para lidar com seus conflitos e traumas, auxiliar na redução de sintomas, promovendo a reintegração familiar e social, melhorando na comunicação e reduzindo o sofrimento psíquico.

2.1 Atuação do Musicoterapeuta na Rede de Atenção Psicossocial de Niterói

A prática da Musicoterapia no cuidado psicossocial, tem demonstrado resultados positivos. É realizado um trabalho multiprofissional explorando os territórios da cidade com atividades em parceria com o Centro Cultural de Convivência da Cidade, com elaboração de oficinas musicais para crianças, adolescentes e adultos. Nessas oficinas, cada usuário encontra nesse espaço um lugar seguro para compartilhar suas dores e, através dos recursos da arte, da música e seus elementos, se expressarem de maneira livre, tendo resultados potentes, principalmente, em se sentir pertencente a um lugar. Nesses grupos são aplicadas técnicas de improvisação (usuários e terapeutas), composição de canções (criação), audição musical guiada (músicas que são escolhidas são aceitas em conjunto), com cantorias acompanhadas por instrumentos musicais e danças. Cada usuário tem o seu momento e o grupo aprende a respeitar o estilo e gosto musical de cada indivíduo, em sua peculiaridade.

Para além dos grupos, também construímos um lugar de expressão da loucura da cidade, através do bloco de carnaval “Loucos Pelas Vida” que há 22 anos desfila pelas ruas da Cidade de Niterói. Todo ano preparamos a escolha do samba enredo, eleição de melhor samba, construção de alegorias e fantasias, todas desenvolvidas em conjunto, expandindo em outras oficinas, fazendo movimento, ampliando a criatividade entre pares, na rede do SUS e cidade.

O Bloco Loucos Pela Vida é formado por técnicos, usuários, familiares, sambistas da Cidade de Niterói, de fato, sendo um grupo que vive a inclusão do que se espera de um movimento antimanicomial, onde todos são iguais perante a arte e a música.

Entretanto, há muitas barreiras para vencer sob o olhar da cidade, no que diz respeito à loucura, igualdade e direitos. Todavia, os nossos usuários da saúde mental, ainda sofrem preconceito na cidade e na rede de saúde.





Musicoterapia em Niterói - Bloco Loucos Pela Vida

2.2 A multidisciplinaridade na prática

Os atendimentos na Raps, são realizados por uma equipe multiprofissional, que nem sempre, de fato, têm o entendimento de que todos somos técnicos em saúde mental, algo que me fez retomar, refletindo no texto de acordo com Chagas, Marly:

“Quando a interdisciplinaridade existe ao nível de troca de conhecimentos, é chamada por Vasconcelos (1997, p 24) de interdisciplinaridade auxiliar”.¹

É muito complexa essa atuação, mas ao mesmo tempo é enriquecedora quando a troca dos saberes acontecem.

2.3 Benefícios da abordagem interdisciplinar com a Musicoterapia

A. Trabalho em equipe interdisciplinar:

- Reuniões de equipe para discutir os casos dos usuários e planejar ações conjuntas, integrando o olhar do musicoterapeuta às intervenções de outros profissionais.
- Exemplo: Um psicólogo pode identificar que um usuário apresenta dificuldade em verbalizar suas emoções, e o musicoterapeuta pode intervir através de canções ou improvisações sonoras que ajudem nesse processo.

B. Atividades coletivas:

- Oficinas terapêuticas onde a música é usada como ferramenta central, com suporte de outros profissionais.

¹ CHAGAS, Marly. Dissertação de Mestrado” Musicoterapia Desafios de Interdisciplinaridade entre a Modernidade e a Contemporaneidade”, p 24.

- Exemplo: Um terapeuta ocupacional pode usar instrumentos musicais para trabalhar habilidades motoras, enquanto o musicoterapeuta foca na expressão emocional e social.

C. Apoio em crises e acolhimento:

Na abordagem de situações de crise, a música pode ser usada para promover calma e conforto em usuários agitados, com suporte de enfermeiros e psiquiatras.

D. Educação e prevenção:

Campanhas ou projetos musicais para sensibilização sobre saúde mental, envolvem educadores físicos e assistentes sociais.

- Integralidade do cuidado: A colaboração entre disciplinas assegura uma visão ampla das necessidades do usuário.

- Personalização do atendimento: A música permite criar intervenções específicas e ajustáveis às demandas individuais.

- Aumento do engajamento: O caráter lúdico da música estimula a participação ativa dos usuários nos serviços.

A interdisciplinaridade possibilita, ainda, a modificação dos campos disciplinares originais. As disciplinas envolvidas ampliam suas “capacidades heurísticas e mesmo seu índice de compatibilidade ou a sinergia que elas podem manter com outras disciplinas.” (ibidem, pp 64 - 65)².

Exemplo de atuação:

Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pode oferecer uma oficina semanal de musicoterapia voltada para usuários com transtornos de ansiedade e depressão. Nesta oficina:

- O musicoterapeuta conduz dinâmicas musicais.
- O psicólogo está presente para observar e, posteriormente, analisar reações emocionais.
- O terapeuta ocupacional adapta os instrumentos para usuários com limitações motoras.
- O assistente social trabalha para conectar os usuários com redes de apoio comunitário.

2.4 Musicoterapia na Convivência do CAPS

O espaço de Convivência em CAPS é outro ambiente potente para os usuários e familiares, onde o musicoterapeuta e outros técnicos podem usar desse espaço para aplicar as suas habilidades de acordo com a demanda do momento. Normalmente os usuários presentes apontam as possíveis apostas de cuidado para o momento. Seja uma brincadeira cantada, uma improvisação, roda com instrumentos musicais e cantorias, etc. Cabe à equipe estar atenta ao direcionamento da dinâmica que será possível trabalhar no grupo, que pode ser indicado ou por demanda espontânea. Segundo Figueiredo, Ana Cristina:

² CHAGAS, Marly. *Dissertação de Mestrado* “Musicoterapia Desafios de Interdisciplinaridade entre a Modernidade e a Contemporaneidade” pág. 41 ibidem, pp 64- 65

“O recurso ao coletivo se dá na própria convivência, que é uma característica privilegiada dos CAPS, por meio das diversas propostas de tratamento como oficinas terapêuticas; trabalho protegido; grupos de medicação; grupos e assembleias de pacientes e familiares; atividades conjuntas de lazer e esporte, enfim, o coletivo é a marca dessa clínica já definida como ampliada”³

A Música como ferramenta nesses espaços coletivos, se torna um meio potente de interlocução entre sujeitos, entre outros, entre muitos.



Musicoterapia em Niterói - Bloco Loucos Pela Vida

2.5 Desafios e cuidados

1. Articulação entre disciplinas: Demandas claras e comunicação constante são fundamentais para evitar intervenções desconectadas.

2. Respeito às especificidades: Cada profissional deve respeitar os limites e competências de sua área.

3. Capacitação contínua: Equipes precisam compreender o potencial e as limitações da musicoterapia e falta de recursos, como por exemplo, a falta de instrumentos musicais.

Na prática da Musicoterapia o olhar de cuidado tem sido ampliado com a atuação de um trabalho inter e multidisciplinar, expandindo as possibilidades, fazendo apostas, obtendo resultados positivos, levando os usuários a melhorarem a comunicação e expressão emocional.

O objetivo do trabalho é afetar positivamente a qualidade de vida dos usuários da rede.

³ FIGUEIREDO, A. C. “Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial”. *Mental* - ano III - n. 5 - Barbacena - nov. 3005 - p. 44-55

3. Desafios Enfrentados na Prática com usuários de alta complexidade e extrema vulnerabilidade

Os atendimentos realizados com os adolescentes em situação de rua e uso abusivo de álcool e outras drogas, acolhidos na Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI), funcionam, na maioria das vezes, na clínica peripatética.

“Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando - peripatetismo – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimentos.” LANCELOTTI, Antônio Capítulo 1 pág. 19⁴.

É um desafio enorme manter uma assiduidade no tratamento com esse público em específico; lidar com a resistência e o estigma, de uma população sem identidade. De fato, é muito desafiador trabalhar a reinserção desses sujeitos na família e sociedade. Por muitas vezes, nos deparamos sendo única referência na vida desses indivíduos, ouvindo frases como “essa é minha casa”, “você é meu responsável”, “você que cuida de mim”, ou uma cobrança demasiada, com falas agressivas e hostis, seguidas de diversas demandas.

É preciso se desencapar de valores, pessoas, para lidar com tal relação de cuidado, com usuários muitas vezes com quadros graves psiquiátricos, sem condições de fazerem uso contínuo de medicamentos, que os colocariam de forma instável, dentro da realidade de alta complexidade.

O trabalho em rede é essencial para os cuidados dessa população, pois a saúde, a assistência, a educação, o próprio conselho tutelar na infância, em articulações de parceria, são órgãos que quando funcionam na íntegra, fazem toda a diferença no cuidado.

Suprir a fome e as necessidades básicas, são as demandas mais urgentes desses usuários, e nesse meio, fazer as intervenções possíveis de cuidado, redução de danos e proteção à infância e juventude, onde acaba sendo a centralidade do cuidado.

Onde a música atua nesse campo? Na escuta delicada desse corpo em movimento, no silêncio quando não querem falar... e cuidar do tempo que nos cabe, enquanto terapeutas, de sabermos recuar quando necessário e avançar quando é de extrema importância, por exemplo, numa intervenção de uma internação, quando o indivíduo se coloca em risco pelo uso intenso de drogas ou pelas condições em que se expõe no território, pelo tráfico, furtos, vizinhança, etc...

Criar vínculo, ser referência de cuidado, mais próximos desses sujeitos, fazem toda diferença em nossa clínica.

4. Perspectivas Futuras

Há necessidade de maior reconhecimento da musicoterapia, de atualização nas metas internas de registros dos nossos trabalhos, que estão defasados desde 2012, pelo Ministério da Saúde, da profissão estar mais presente nos concursos públicos, pois a atuação da musicoterapia é de extrema importância no cuidado nas diversas áreas de atuação. Há urgência no reconhecimento dessa categoria como profissional da saúde.

⁴ [LANCELOTTI, Antônio “A Clínica peripatética”. Editora UCITEC 6ª Edição – São Paulo, 2011.](#)

Sugestões para políticas públicas que integrem a musicoterapia na RAPS e criação de programas específicos de Musicoterapia na RAPS:

Ações:

- Desenvolver programas-piloto em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para avaliar os resultados da musicoterapia no tratamento de transtornos mentais.
- Capacitação de profissionais de saúde para considerar os benefícios da musicoterapia.
- Parcerias com universidades para incluir musicoterapeutas em estágio, pesquisa aplicada e inclusão da Musicoterapia na Residência multiprofissional.
- Fomentar estudos sobre os benefícios da musicoterapia no tratamento de transtornos como depressão, esquizofrenia, ansiedade e dependência química.
- Financiamento de pesquisas em parceria com universidades e centros de referência em saúde mental.
- Organização de eventos e congressos para divulgar evidências científicas.
- Publicação de manuais e diretrizes fundamentadas em evidências para aplicação de musicoterapia na RAPS.
- Financiamento de pesquisas em parceria com universidades e centros de referência em saúde mental.
- Organização de eventos e congressos para divulgar evidências científicas.
- Publicação de manuais e diretrizes fundamentadas em evidências para aplicação de musicoterapia na RAPS.
- Avaliação contínua dos resultados para expandir o programa para outras unidades da RAPS.
- Estabelecer diretrizes para a aplicação da musicoterapia em contextos de saúde mental.
- Garantir orçamento para contratação de musicoterapeutas nas equipes multidisciplinares da RAPS com equiparação salarial.
- Criar espaços específicos para atividades musicais nos CAPS e em unidades da RAPS, fornecidos com instrumentos e infraestrutura adequados com instalação de salas de música para uso terapêutico.
- Disponibilização de instrumentos musicais adaptados para diferentes faixas etárias e habilidades.
- Promoção de oficinas regulares de musicoterapia, abertas à comunidade.
- Realização de grupos terapêuticos baseados em práticas musicais colaborativas.
- Incentivo a apresentações musicais como forma de expressão e integração social.
- Parcerias com instituições culturais para ampliar o alcance da musicoterapia.
- Ampliação do Financiamento e Contratação de Musicoterapeutas via concurso público graduados e profissionais especializados, garantindo a presença de musicoterapeutas capacitados nos serviços da RAPS e de toda a rede do SUS.
- Estabelecimento de cargos de gestão para musicoterapeutas nos CAPS e outros serviços da RAPS e SUS.
- Definição de tabelas de remunerações compatíveis com o mercado.



Atenção psicossocial atuando na Cidade de Niterói

5. Considerações finais

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representa uma evolução significativa no cuidado à saúde mental no Brasil, destacando-se por sua abordagem humanizada e centrada na reintegração social dos indivíduos. Apesar de sua importância, o modelo enfrenta desafios expressivos relacionados à escassez de recursos, à formação insuficiente de profissionais e ao estigma que permeia os transtornos.

Neste cenário, a musicoterapia surge como uma ferramenta poderosa e transformadora, capaz de potencializar os objetivos da RAPS para facilitar a expressão emocional, melhorar a comunicação e promover a integração dos usuários na sociedade. Como demonstrado, os benefícios dessa prática, além do campo terapêutico, estendem-se ao fortalecimento da identidade e da autonomia do sujeito.

Entretanto, a eficácia da implementação da musicoterapia na RAPS depende de um esforço conjunto para superar barreiras estruturais e culturais. Investimentos em formação continuada, reconhecimento institucional da prática e políticas públicas que integram, de forma sistemática a musicoterapia, são essenciais para garantir seu pleno potencial no contexto da saúde como um todo.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MUSICOTERAPIA. Diretrizes para a Prática da Musicoterapia. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial: Orientações e Diretrizes. 2011.

CHAGAS, M. (2001). Musicoterapia desafios da interdisciplinaridade entre a mo-

deriedade e a contemporaneidade. [Dissertação de mestrado], EICOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. Artigo recebido em: 24/10/2005 Aprovado para publicação em: 7/11/2005 na Mental - ano III - n. 5 - Barbacena - nov. 3005 - p. 44-55.

KERBLY, Luiza. Musicoterapia e saúde mental: uma perspectiva interdisciplinar. Revista de Musicoterapia, v. 5, n. 1, p. 45-60, 2021.

SOUZA, Mariana. O papel da musicoterapia na reabilitação psicossocial. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade de São Paulo, 2022.

LANCETTI, Antônio. A clínica peripatética. Editora UCITEC 6ª Edição – São Paulo, 2011.

Notas de Rodapé

1 https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

2 <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>

3 <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/4a-cngtes>

4 <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/4a-cngtes/publicacoes/documentoorientador-da-4a-cngtes.pdf>

Território, crise e acolhimento: reflexões a partir das observações de um profissional Musicoterapeuta da atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro

Ricardo Francisco de Oliveira



Resumo

Busca-se neste trabalho, a partir da vivência e experiência profissional enquanto musicoterapeuta, discutir as relações conflitantes, seus impactos na saúde mental e no cotidiano dos usuários do SUS, especificamente em uma unidade de Atenção Psicossocial (CAPS III), na cidade do Rio de Janeiro, tendo em vista à nova e desafiante descaracterização do território competido pelo poder paralelo. Em meio a um cenário dominado por disputas de território entre membros rivais, a rotina de vida, a convivência na unidade de saúde, a circulação rotineira entre usuários do SUS, familiares e profissionais, têm sofrido modificações que perpassam pela coação, violência e medo nos últimos anos no bairro de Jacarepaguá.

Dentre os diversos atravessamentos recentes, os reflexos da violência e da hostilidade vêm provocando instabilidades psicossociais, tais como fobias, ansiedades e crises frequentes nos usuários. Neste sentido, buscaremos aqui relatar as narrativas advindas dos pacientes, durante as crises, bem como os contextos musicais trazidos dentro e fora do setting e o acolhimento ofertado a estes que mais se veem vulneráveis diante do caos da violência urbana neste território.

Palavras-chave: Território / Crise / Acolhimento

Modalidade: Relato de experiência

Introdução

Quando nos referimos ao tema saúde mental é preciso pensar na gama de elementos intrínsecos e extrínsecos existentes e que compõem a psique humana e que reverberam em toda a vida do sujeito. As relações interpessoais, o lazer, a relação com o bairro e seus dispositivos sociais, o saneamento básico, o transporte, o acesso, as amplas relações com o território, as oportunidades, o trabalho, a educação, assim por diante, são fatores de relevância para a saúde mental.

“Saúde Mental não é apenas psicofarmacologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise, a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a sociologia, a história, a geografia (esta última nos forneceu o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas)”. (AMARANTE, 2007, p. 16)

Ricardo Francisco de Oliveira é formado em Música (UCAM), Especialização em Musicoterapia pelo CB-M-CEU/RJ (2010), Pós-Graduando em Geriatria e Gerontologia (NUCEH/UERJ). Foi Musicoterapeuta do CAPS III Torquato Neto - AP 3.2 (2021-2022), foi Musicoterapeuta do CAPS III Arthur Bispo do Rosário - AP 4.0 (2018-2024). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9585691422803769> / E-mail: ricardodeoliveiracontato@gmail.com

Neste prisma, faz-se necessária a reflexão acerca do quanto a saúde mental pode ter uma expressiva relação com os atravessamentos e tensões, consonâncias e dissonâncias às quais somos submetidos no meio em que vivemos.

A partir de um relato de experiências vividas no Centro de Atenção Psicossocial III Arthur Bispo do Rosário, no bairro de Jacarepaguá, buscarei trazer um discurso reflexivo a partir das intervenções, acolhimento e escuta aos usuários, diante de atravessamentos gerados pela violência e transformações territoriais observados ao longo da minha trajetória de seis anos no serviço.

Desenvolvimento

Uma breve reflexão

A reforma psiquiátrica ocorreu no Brasil de forma processual, tendo iniciado a partir de 1978, através dos movimentos de trabalhadores da saúde mental. A partir de então, a criação de um conselho consultivo, conferências regionais e nacionais, além da criação de diversas portarias, deram sustentação a criação da Lei 10.216, ocorrida no ano de 2001, que dispunha sobre a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando ao modelo assistencial em saúde mental”. (BRASIL, 2001).

A criação dos CAPS - Centros de Atenção Psicossociais - criados a partir da Portaria 336 (Fev/2002), surge no intuito de promover um cuidado humanizado, com reinserção dos usuários na sociedade, em liberdade, num modelo substitutivo ao manicômio, de forma multiprofissional com atuação baseada na ótica interdisciplinar. Sua organização, segundo o Ministério da Saúde, ocorre, portanto, da seguinte forma:

- CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. Podem ser no modelo II ou III. CAPSi II não possui leito de acolhimento a crise 24h, enquanto o modelo CAPSi III possui.
- CAPS: Centro de Atenção Psicossocial, estruturado para usuários adultos. Podem ser no formato II ou III. CAPS II não possui leito de acolhimento a crise 24hs, já o modelo CAPS III possui.
- APS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

O Cuidado integral pensado na atenção psicossocial, tem como premissa considerar o indivíduo (usuário do serviço SUS) um ser como um todo, levando-se em conta a sua saúde física, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Assim, o objetivo é proporcionar um tratamento humanizado e mais efetivo, com o fortalecimento de vínculo, respeitando e considerando fatores humanos e psíquicos do paciente.

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um dispositivo criado pelo Ministério da Saúde, a fim de que o cuidado às pessoas acometidas de sofrimentos psíquicos se dê de forma intersetorial e integrada a outros equipamentos. Portanto, compõem a RAPS¹: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticos (SRT),

¹ A portaria referente a Rede de Atenção Psicossocial, encontra-se disponível em: <http://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>

Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA), SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura. (BRASIL, 2011).

Território e crise, ou crise no território?

“O território é o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência” (SANTOS, 2006. P.13)

Ainda na ótica de SANTOS (2006), o território é o local onde o indivíduo se sente pertencido, onde se evocam memórias, identificações subjetivas, onde se estabelece vínculos, onde se circula e se estabelece uma intimidade.

Neste sentido, ROSAS (2024, p. 55) afirma que “o território engloba aspectos políticos, relações econômicas, simbólicas, relação de poder e se constitui através dos usos e das ações de seus agentes... que ali circulam”.

Em se tratando de mudanças nas características deste território ocasionadas pela tomada de poder, muitas características comuns começam a desaparecer, desconfigurando geografias, relações interpessoais, circulação de pessoas, segurança, sensação de pertencimento, dando lugar a outras formas de ser e estar nestes espaços. E não há como não se afetar com tais rupturas que atravessam histórias, sentimentos e memórias que fazem parte de um percurso de vida familiar muitas vezes de décadas.

“A saúde mental não se limita apenas ao que sentimos individualmente. Ela é uma rede de fatores relacionados. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Saúde Mental pode ser considerada um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade.

O bem-estar de uma pessoa não depende apenas do aspecto psicológico e emocional, mas também de condições fundamentais, como saúde física, apoio social, condições de vida. Além dos aspectos individuais, a saúde mental é também determinada pelos aspectos sociais, ambientais e econômicos”. (BRASIL, 2001.)

Nos relatos vindos dos usuários e familiares nos acolhimentos iniciais ou à crise, nos noticiários jornalísticos, nas estatísticas do poder público é comum recebermos dados, notícias de ações e enfrentamentos entre poder público e paralelo. Neste entremeio, os moradores são alvo da violência e de possível adoecimento mental.

Se para indivíduos que não são ou estão acometidos de transtornos mentais, tais embarras são de extrema dureza, para usuários da saúde mental tais rupturas trazem atravessamentos significativos, marcantes, dolorosos e desafiantes, pois além de lidar com suas questões de saúde, muitas vezes são incompreendidos, agredidos, ameaçados, excluídos, expulsos, mortos.

AMARANTE (2007, p.82), fala que a crise também pode se tratar de um processo social. Pois, pode ser entendida como resultado de diversos fatores que podem, inclusive, envolver terceiros, familiares, ou não conhecidos. Assim, salienta acerca da importância

dos dispositivos de saúde mental em estarem atentos a acolher estas crises, proporcionando uma boa escuta e estabelecendo vínculos.

Acolhimento

É comum nos depararmos com usuários em momentos de crise, sejam dentro da unidade, trazidos por familiares, ou ambulâncias - após alta dos serviços hospitalares de emergência, que atuam de forma assistir aos usuários em seus territórios, que não conseguem chegar aos CAPS no momento de franca crise -, ou àqueles que chegam por seus meios próprios.

Muitos deles vêm com suas dores, instabilidades, inseguranças, comumente atreladas às questões que vão para além da falta de psicofármacos, somente. Alguns trazem reflexos de suas dores causadas pela exclusão, pela falta de rede de apoio e pelos inúmeros atravessamentos que são erupcionados pela modificação constante do cenário, marcado pela violência urbana.

Em variados momentos pudemos nos deparar com usuários que chegavam machucados, outros que chegavam para atendimentos de primeira vez (acolhimento inicial) com discurso marcado pela violência, usuários em atenção à crise após passarem por momentos delicados no território. Em algumas ocasiões, os discursos vinham emaranhados em meio a conteúdos delirantes, fugas de pensamento, agitação ou um completo mutismo. Entretanto, era possível notar muitos se endereçando à música desde a expressividade participativa, percutindo um instrumento, escutando uma canção, ou no cantarolar de uma melodia como possível forma de autorregulação, de comunicação, de pouso, de acolhimento - dentro ou fora do Setting.

“Quando nos deparamos com as demandas de saúde mental, a escuta e o acolhimento são elementos centrais e, muitas vezes, suficientes para o cuidado. A medicação pode ser indicada, mas nem todo caso será necessário. Tristeza, raiva, ansiedade, angústia e frustração são comuns e frequentes em determinadas situações, principalmente quando estamos passando por momentos difíceis, como o luto pela perda de alguém importante ou um adoecimento grave. Pessoas em sofrimento podem ter suas relações e atividades diárias afetadas pelo mal-estar que estão vivenciando. É importante considerar a fala do outro como uma necessidade legítima de saúde. Casos mais complexos podem precisar do apoio da equipe multiprofissional no trabalho em conjunto com as equipes de saúde da família”. (Cartilha de Demandas da Saúde Mental, A.P 3.2, SMS/RJ, 2023)

Musicoterapia no setting, no acolhimento, no CAPS

Minha experiência no território da área programática 4.0 (AP), se deu de agosto de 2018 a abril de 2024, em um CAPS III, ou seja, uma unidade que contava com leito de acolhimento noturno, com capacidade para 10 leitos, 24 horas.

A jornada de trabalho da equipe de saúde multiprofissional diarista (não incluindo a categoria de enfermagem, técnicos de enfermagem e médico) é basicamente composta por uma jornada de trabalho de 30 horas semanais. A maioria dos profissionais são contratados por Organização Social (OS), salvo alguns poucos que são profissionais concursados.

Participa-se da reunião de início de turno, logo no início da manhã, e ao fim da tarde, há também uma reunião de fim de turno. Nesta última, pontos preciosos sobre a rotina do dia, as intercorrências, as oficinas, as demandas dos territórios, as visitas domiciliares, passagens acerca dos acolhidos bem como a evolução do mesmo, os matriciamentos, o espaço de convivência, são trazidos para esta reunião. A ideia é que a transmissão seja clara e bem informativa para que todos os profissionais da unidade de saúde possam estar a par das demandas e atualizações principais que envolvem o serviço.

O papel de um musicoterapeuta dentro de um serviço de atenção psicossocial, assim como o de outros profissionais que compõem a equipe técnica, não se restringe apenas à prática própria de sua formação profissional. É necessário que o mesmo participe da convivência com os usuários, que participe do acolhimento inicial, da atenção à crise, das visitas institucionais e domiciliares, que possa assumir a referência técnica dos casos de determinados pacientes, que esteja ativo nas articulações com os familiares e com o território. Assim, é necessário organizar bem os fluxos e ações com planejamento, em equipe. Desde a minha entrada como musicoterapeuta no CAPS/ABR, buscamos realizar as sessões em grupo com os usuários uma vez por semana.

Mudamos de unidade física por 3 vezes, sendo uma por conta da queda da ponte de acesso ao CAPS devido às fortes chuvas. Assim fomos para uma local “transitório” onde permanecemos por pouco mais de um ano. Logo fomos para um local, onde antes servia como núcleo psiquiátrico, denominado Núcleo Teixeira Brandão - todos na Colônia/Jacarepaguá.

Na primeira e na terceira unidade em que o CAPS/ABR esteve, pude contar com uma sala ampla (setting) e com alguns instrumentos musicais, na maioria percussivos (tam tam, chocalhos, ganzá, pandeiros, clavas...), além de violões.

Na primeira unidade as sessões eram lotadas, chegando a ter mais de 30 usuários dentro do setting, sendo alguns de Residências Terapêuticas (SRTs)² e outros que vinham de suas casas, alguns acompanhados por seus familiares. A sessão era aberta aos usuários, entretanto, procurávamos discutir previamente em equipe sobre quais os usuários demonstraram interesse e, nos casos dos usuários mais graves, qual profissional poderia estar junto dando suporte. Muitos deles eram de SRTs.

No decorrer desses quase seis anos em que pude estar no serviço, foi possível notar que muitos laços, muitas recriações musicais, muitas improvisações, muitas composições surgiram. Algumas falavam de amor, de romances que surgiram no percurso e na convivência do CAPS. Houveram canções de despedida de toda forma: de agradecimento, de tristezas e também de muitas alegrias. Canções de dor, canções de amor.

Quando a chuva chegou e levou parte da ponte de acesso ao CAPS, foi preciso nos mudar, em pleno período de pandemia, para um equipamento provisório, onde antes fora o extinto Núcleo Rodrigues Caldas. Perdemos a sala (setting), perdemos a presença de muitos usuários, perdemos o som dos tambores, as canções. O silêncio fez uma pausa

² **Serviço de Residência Terapêutica (SRT)** são dispositivos atrelados aos CAPS, que têm como função acolher, em forma de moradia, aos usuários desinstitucionalizados das antigas e extintas unidades psiquiátricas de longa permanência e que não conseguiram suporte social e retorno familiar.

difícil para todos nós por alguns meses neste período de restrição e afastamento. Porém em fevereiro de 2021 nos mudamos novamente para esta que seria a nossa terceira “casa”

O CAPS III Arthur Bispo do Rosário, continua no mesmo espaço físico desde então, o Núcleo Teixeira Brandão, no bairro da Taquara, Colônia, em Jacarepaguá, Rio de Janeiro/RJ.

Caso A: JP, homem preto retinto, interessado por capoeira, morador da comunidade nas proximidades da Praça Seca.

Aqui, trago um pequeno e valioso relato da antiga referência de JP, a profissional Terapeuta Ocupacional, Aline Silva, que me autorizou a torná-lo público, através deste trabalho, contribuindo com informações ainda mais cuidadosas.

“_Lembro de uma situação que ficou muito marcada pra mim que foi a questão do território. O JP morava há tempos na praça seca, a família era de lá e acredito que ainda seja. Mesmo assim, o poder paralelo não compreendia a questão psíquica dele. Ele era ameaçado. Nos delírios ele dizia ser dono de umas casas e carros. Mas na realidade não eram dele e isto teve um preço...

Ele começou a ter medo daquele território e passou a recusar a própria casa... Daí começou aquele movimento dele não querer mais voltar para aquele território, demandando desejos de morar nos hospitais, CAPS, SRT, ou em outras casas”, narra.

Em minha conversa com a Aline, nos lembramos que JP, chegou a receber alguma ajuda de uma tia, irmã da mãe dele. Mas com o tempo os familiares foram desaparecendo. A equipe, por sua vez, também tinha muita dificuldade em acessar o local onde JP viveu com a sua família, dada a hostilidade deste território. Também lembramos que o mesmo passou a frequentar uma igreja por alguns anos. O mesmo chegou a nos dizer que gostava de capoeira, mas que era coisa do demônio, passando a não mais frequentar estes espaços. Durante muitos momentos, JP trazia repertórios de canções de capoeira durante as sessões em grupo de Musicoterapia. Porém, muito rapidamente começava a apresentar falas de conteúdo místico-religioso e tais canções eram interrompidas.

Aline, complementa: “_...essa questão toda da vivência nesse território, com a pobreza e a violência, fazia também com que ele acreditasse que o melhor pra ele seria ‘ser branco’... ele ficava andando com um livro em que a capa era um homem branco. Ele dizia que era o pai dele. Ele dizia que queria uma mulher loira. Dizia que as pessoas da família dele não eram a família verdadeira e que a mãe era Maria Madalena”.

JP foi para uma SRT no início de 2024, onde até o presente momento reside – em liberdade, porém cuidado na ótica da atenção psicossocial. Em uma ocasião recente, antes da minha saída em abril deste mesmo ano, JP entra na sala onde estávamos em grupo no fazer musical, toca suas canções de capoeira, percutindo ao atabaque. Em seguida traz, como canção simbólica, o refrão: “Eu vou ficar, ficar com certeza, maluco beleza...”. E, tomado por um sorriso largo e pueril, verbaliza, enfaticamente:

“É muito bom ser enxergado do jeito que se é!”

Caso B: M.S, jovem, negra, mãe solo, moradora de uma comunidade no Tanque, sub-bairro de Jacarepaguá.

Chegou pela primeira vez à unidade via SAMU, advinda da Coordenação de Emergência Regional (CER), após episódio de desorganização psíquica e agitação psicomotora. Chegou a entrar dentro do carro de um membro do poder paralelo, que a havia ameaçado de agressão física nas proximidades de sua casa. Após saída do acolhimento, aparecia somente quando se sentia muito perseguida ou advinda de alguma emergência psiquiátrica, ou da CER.

Em suas muitas crises, muitas intervenções só eram possíveis no “um a um”, e, mediadas pelas canções do Belo, Jorge Vercilo, Sorriso Maroto, Alcione, Ludmila - seus artistas prediletos. Nestes episódios de instabilidade, por muitas vezes maníacos, com sintomas psicóticos e agitação psicomotora, era possível graças ao vínculo estabelecido, entender a dor através de sua fala, de sua expressão corporal. Muitas vezes a música era o caminho para que seu corpo pudesse falar o que as palavras não podiam dizer naquele momento. Houveram muitos momentos em que a melodia trazida, catarticamente, era nosso ponto de entendimento, dando lugar a um equilíbrio, reencontro e calma.

Trechos de músicas cantadas durante o acolhimento:

1. “Por que você não vai embora de vez, por que não me liberta dessa paixão, por quê?...”
2. “Era só dizer pra mim, que não queria mais, que tudo se acabou, como um vento forte que passou...”

Esta mãe solo, queria ter seu relacionamento afetivo com a família e seu ex-parceiro de volta, evidenciando querer “poder ter o que todo mundo tem”. Sua mãe se dizia estar exausta de estar neste lugar de cuidado. MS era agredida por familiares, por algumas pessoas da comunidade e pelo poder paralelo (física, psicológica e moralmente).

MS, durante os momentos de maior vulnerabilidade em seu território, mesmo sendo expulsa da comunidade, quando em crise e após a entrada do poder paralelo, entendeu que encontraria acolhimento através das suas canções, através da escuta profissional, no CAPS e que teria suporte. E até a minha saída da unidade nunca mais precisou ir pra emergência ou chegar via SAMU.

Considerações finais

Uma vez entendendo que somos todos um compêndio vasto formado por relações que ocorrem de forma ampla, podemos considerar que o meio em que somos submetidos é responsável por transformações significativas na psique humana. Assim, todos somos impactados pelos fenômenos e eventos sociais diversos, pois fazemos parte do todo.

Sabemos que alguns familiares e usuários, receosamente, se veem impedidos de participar, não somente do grupo de musicoterapia, mas também das diversas oficinas, da convivência, da assembleia do CAPS e de vários outros equipamentos da RAPS da Área Progra-

mática. Muitos, por vezes, davam notícias de que o medo e a insegurança trazidos a partir das modificações do território, não só do bairro da Taquara-Colônia, mas de toda Jacarepaguá, eram os principais motivos, desse afastamento, das atividades ou das festividades.

Não ilesos às transformações marcadas pela violência em nosso território de trabalho, em muitos momentos nós profissionais também nos deparamos com enfrentamentos e desafios pessoais, inseguranças e receios.

Por fim, os atravessamentos no território são reais e persistentes. Todavia, não em medidas desvantajosas aos desejos, investimentos e apostas que sustentam os potentes serviços de saúde deste território, que seguem garantindo acesso e direitos aos seus usuários.

O SUS persiste!

Referências

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Definição da RAPS através da Portaria GM/MS 3.088/2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental> (acesso em 29 de novembro de 2024)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Projeto de Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm (acesso em 29 de novembro de 2024)

Cartilha de Demandas da Saúde Mental. Elaborada pela Equipe Multiprofissional da SMS - Clínica da Família Izabel dos Santos, Ap 3.2, através dos profissionais: Andrea Costa, Gabriela Bomfim, Julia Tostes, Juliana Borga, Mariana Robin, Rafaela Ravazzi, Thais Franco, Valéria Alves - Estratégia de Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2023. (Não publicada)

ROSAS, Maristela. Corpos em Disputa na Saúde e na Cidade: os impactos da mudança de modelo de saúde sobre o espaço urbano. São Paulo: Dialética, 2023.

SANTOS. Milton. O dinheiro e o território. In Territórios, Territórios. Niterói/ Rio de Janeiro: PPGeo/UFF; DPA Editora, 2006.

O trabalho da Musicoterapia numa pousada para usuários da Rede de Atenção Psicossocial

Silene Aparecida Santana Jacinto



Resumo

A Pousada Sertão Carioca é um dispositivo recém-inaugurado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município do Rio de Janeiro - RJ que tem como objetivo ser um serviço de retaguarda para os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da região, seus familiares e cuidadores. Atualmente o serviço, que tem como proposta oferecer atividades de lazer, turismo e bem-estar, conta com Educador físico, Massoterapeuta e Musicoterapeuta, além de hospedagem e alimentação. O objetivo deste trabalho é apresentar como tem se desenvolvido a atuação da Musicoterapia nesta nova proposta dentro da RAPS, avaliar os ganhos e desafios observados até aqui e propor reflexões acerca das possibilidades para a Musicoterapia no SUS.

Palavras-chave: Musicoterapia; Saúde mental; Rede de Atenção Psicossocial

Introdução

As estratégias de assistência e tratamento para pessoas portadoras de transtorno mental passaram por diversas transformações ao longo da história recente. Com um passado repleto de negligências e violações aos direitos humanos básicos, onde apenas se considerava a doença e não o ser humano por trás dela, essas transformações passaram não apenas pela mudança no modo de enxergar o outro, mas também pela utilização da arte e do afeto como possibilidades de cuidado. (AMARANTE, 2007) A indignação de profissionais e familiares com essa realidade deu início à luta manicomial no Brasil, que resultou na criação da lei nº 10.216 em 2001 e possibilitou que a Reforma Psiquiátrica passasse a ser concretizada, buscando mais dignidade para essas pessoas. (BRASIL, 2001).

Tratamentos que outrora foram baseados em confinamento, violência física e psicológica, foram sendo substituídos pelo cuidado em liberdade e posteriormente estruturados com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Instituída após dez anos da Lei da Reforma Psiquiátrica a partir da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a RAPS (BRASIL, 2011). A RAPS é responsável por organizar e estabelecer os fluxos de atendimento a pessoas com transtornos mentais, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo desde os casos mais graves até aqueles de menor complexidade. O acolhimento desses indivíduos e de seus familiares desempenha um papel central na identificação das necessidades assistenciais, no alívio do sofrimento e no planejamento de intervenções terapêuticas e farmacológicas individualizadas. Em situações de crise, os usuários podem ser atendidos em qualquer uni-

Silene Aparecida Santana Jacinto é Musicoterapeuta graduada pela Faculdade Paulista de Artes em 2010, especialista em Neurociências pelo IPUB/UFRJ em 2017 e em Cuidados Paliativos pelo Einstein em 2022. Atua na Rede de Atenção Psicossocial do RJ e no Núcleo de Cuidados Paliativos da UERJ. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0484820129412571> E-mail: silenejacinto@gmail.com



dade da RAPS, composta por serviços com diferentes finalidades, garantindo assistência integral e gratuita no âmbito do SUS. Ela é organizada pelos seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Atenção às Urgências e Emergências, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação.

A Pousada Sertão Carioca se insere neste último componente, surgindo com uma proposta pioneira de ampliar as possibilidades de cuidado aos usuários da RAPS para além do tratamento de saúde e medicamentoso, oferecendo um espaço de turismo e lazer. A musicoterapia se insere neste contexto por sua especificidade que permeia a música e a saúde.

Proposta de criação da Pousada Sertão Carioca

Dispositivo recém-inaugurado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município do Rio de Janeiro - RJ, a Pousada Sertão Carioca tem como objetivo ser um serviço de retaguarda para os usuários dos Centros de Atenção Psicossocial da região, seus familiares e cuidadores. Localizada no antigo Núcleo Franco da Rocha, último núcleo da Colônia Juliano Moreira a ser desativado, em outubro de 2022, o espaço foi rebatizado de Espaço Maria Rosenda, em homenagem a uma ex-interna, e hoje além da Pousada abriga um centro de convivência e aprendizado, não apenas para pacientes psiquiátricos, mas para a comunidade do entorno também.

Infraestrutura e atividades oferecidas

Idealizado numa proposta de estrutura hoteleira, a Pousada Sertão Carioca possui quartos duplos ou triplos e pensão completa (café, almoço e jantar). Também conta com varanda, copa, espaço para refeições e convivência com televisão. Fazem parte de sua decoração diversas obras do Museu Bispo do Rosário, com artistas plásticos que outrora foram internos da Colônia Juliano Moreira.

Todos esses detalhes buscam trazer nova vida ao espaço e ressignificar a história do local em direção à novas perspectivas de cuidado e acolhimento.

A Pousada oferece atendimento a usuários de CAPS, CAPSi e UAA, desde que não estejam em crise, visto que já existem dispositivos na Rede voltados à esta finalidade.



A equipe conta atualmente com equipe administrativa, copeiragem, limpeza e profissionais para atendimento nas áreas de Musicoterapia, Massoterapia, Atividade física e Turismo e também prevê a contratação de Terapeuta ocupacional.

As reservas são realizadas inicialmente pelos dispositivos de origem dos usuários, de acordo com a disponibilidade de vagas. É necessário que o profissional de referência preencha uma ficha de cadastro com informações sobre o usuário e seu tratamento atual, para que a equipe da Pousada possa receber este usuário e planejar os atendimentos de acordo com o perfil e demandas de cada usuário.

Os atendimentos podem ser realizados em grupo ou individualmente, a partir da avaliação da equipe da Pousada e das demandas apresentadas pelos usuários. Ademais, a convivência e a socialização entre os hóspedes é sempre estimulada durante as estadias, buscando promover a reinserção social e a formação de vínculos sociais.

A proposta da Pousada também é voltada para a reinserção social e integração comunitária, contando com atividades desenvolvidas em conjunto com Centros de Convivências, Clínicas da Família, e outros dispositivos importantes da região, como a Fiocruz Mata Atlântica, que oferece cursos, oficinas e trilhas voltadas para ampliar o conhecimento do meio ambiente e da região, e o Museu Bispo do Rosário, que guarda um acervo de arte contemporânea com grande relevância para a história da saúde mental no Brasil.

Musicoterapia: singularidades da atuação num contexto de lazer e turismo

Sabemos que as profissões de saúde estão inseridas em espaços para além dos tradicionais, atuando em ambientes educacionais, sociais, de lazer, dentre outros. No entanto, dentro da abrangência da Saúde Mental, um dispositivo voltado especificamente para o lazer e turismo é algo inédito. Logo a atuação do Musicoterapeuta neste cenário também, de modo que não haviam referências de trabalhos similares e o trabalho foi sendo construído a partir da observação das demandas trazidas com cada hóspede e na experimentação de propostas, settings e configurações diversas.



Anamnese: Em atendimentos terapêuticos não convencionais e com intervenções pontuais como estes, a anamnese não ocorre da mesma forma que num processo terapêutico convencional e de longo prazo. Neste contexto, ela se inicia na avaliação da ficha de cadastro enviada pelo profissional de referência e segue com a observação dos hóspedes desde a sua chegada para o check in e seu comportamento nos primeiros momentos ali no espaço. As diárias geralmente tinham início pela manhã e a primeira atividade do dia era o café, que acabava também se tornando um momento propício para esta observação e para fazer um primeiro contato com os hóspedes, tentando identificar o perfil de cada um e possíveis demandas.

Setting: Espaços internos e atendimentos individuais ou mais introspectivos eram utilizados quando se observava a necessidade de trabalhar com foco na introspecção e em questões mais íntimas e sensíveis, enquanto espaços externos ou de convivência eram utilizados para favorecer a socialização e a interação entre os hóspedes. Inclusive não era incomum que aqueles que por diversos motivos não aceitaram participar inicialmente, se sentissem atraídos e viessem se juntar ao grupo. Atendimentos: São realizados individualmente em situações em que a demanda observada pelo profissional ou apresentada pelo hóspede necessite ser trabalhada de forma privada e em demandas de maior atenção, como iminência de crises, por exemplo. As sessões individuais eram voltadas às necessidades de cada usuário, promovendo o autoconhecimento e a expressão emocional.

Os atendimentos em grupo são realizados com objetivo de promover a socialização, a comunicação, a autonomia e a interação dos usuários. Através da re-criação, improvisação ou criação musical, se dá a interação social, a comunicação não verbal e a expressão

criativa, incentivando a cooperação e a participação mais ativa dos hóspedes.

Com o intuito de enriquecer as atividades propostas também eram realizados atendimentos em conjunto com outros profissionais, integrando mais de uma abordagem, como Auriculoterapia, Cromoterapia, Alongamento, Atividades físicas, lúdicas, dentre outras.

Especificamente na Musicoterapia, eram frequentes atendimentos em conjunto com o Educador físico, com atividades para estimular aspectos motores, sociais e lúdicos, e com a Massoterapeuta, trabalhando com foco em relaxamento, aspectos emocionais e sensoriais.



Pousada Itinerante: Atendimentos realizados em outros dispositivos públicos da região, como Clínicas da família, CAPS, Centro de convivência, Museus, etc. Esta modalidade tem o intuito de tornar o trabalho da Pousada mais conhecido pela região, não apenas pelos usuários, mas também pelos profissionais. Neste âmbito, o desafio para a musicoterapia foi o de realizar atendimentos em espaços novos, com usuários e demandas

ainda desconhecidos, e muitas vezes sem as condições necessárias, como espaços barulhentos, sem uma sala ou espaço apropriado, e com público itinerante. Por outro lado, apesar das dificuldades encontradas, também são vivenciados momentos de escuta qualificada, expressividade e acolhimentos, além de tornar a musicoterapia mais conhecida pela população.

Benefícios da Musicoterapia para os usuários

A Musicoterapia é um dos serviços ofertados há bastante tempo nos dispositivos da RAPS do Rio de Janeiro. Já tendo seus benefícios reconhecidos e experienciados por inúmeros usuários e profissionais da região.

Neste espaço em que a proposta se difere um pouco dos dispositivos tradicionais de saúde, estes benefícios também puderam ser observados, evidenciando o impacto positivo da Musicoterapia para a saúde mental. Dentre os principais benefícios observados neste período destacamos:

- **Redução do Estresse e Ansiedade** - A música como ferramenta para relaxamento, diminuindo os níveis de estresse e ansiedade, proporcionando sensação de bem-estar e tranquilidade.

Não raramente usuários da RAPS vivenciam situações de estresse e tensão, advinda de conflitos familiares, financeiros, sociais e do próprio quadro clínico apresentado pela doença, como episódios delirantes e persecutórios. Em muitos dos atendimentos, especialmente os interdisciplinares, os hóspedes se mostravam mais tranquilos, relatavam diminuição da ansiedade e tensões.

- **Melhora da Comunicação e Interação Social** - A música como um meio de comunicação não verbal, facilitando a expressão de sentimentos, promovendo a interação social e a comunicação entre os usuários.

Dificuldades para comunicar sentimentos e necessidades, bem como expressar-se eram características encontradas na maioria dos hóspedes atendidos, afetando a socialização, a interação e a resolução de situações vividas. Através da música, foi possível observar que muitas dessas barreiras eram vencidas, emoções vinham à tona e eram partilhadas, acolhidas e validadas.

- **Promoção de autonomia e cidadania** - A música como um canal para a expressão criativa, incentivando a autonomia, a autoestima e o desenvolvimento de habilidades pessoais.

A dignidade do indivíduo ainda é algo constantemente ameaçado ou violado para muitos portadores de doenças mentais. A simples presença de um dispositivo como este já mostra seus efeitos com a surpresa dos hóspedes ao chegarem e serem bem recepcionados, tratados com cordialidade e afeto. Apesar de ser observado um desenvolvimento nos serviços de saúde e um atendimento mais acolhedor a estes usuários, na maior parte dos espaços da sociedade estes indivíduos ainda

são tratados com hostilidade e falta de empatia, fruto da estigmatização ainda existente. A escuta musicoterapêutica, a validação e ampliação de suas vozes, desejos musicais e expressões individuais mostrou-se muitas vezes profundamente transformadora. Em muitas situações os hóspedes relataram o quanto saíram fortalecidos e comovidos após o atendimento, por estarem se sentindo vistos, acolhidos e respeitados.



Desafios e dificuldades encontrados

Apesar de toda beleza vivenciada e dos frutos que ainda podem ser colhidos por este trabalho, é importante se refletir também sobre os desafios e dificuldades encontrados para o desenvolvimento da Musicoterapia.

1. Diversidade de perfis: Num mesmo dia de hospedagem, podem se encontrar usuários com perfis, diagnósticos e necessidades muito diferentes, como dependência química, psicóticos, deficiência intelectual, além dos acompanhantes de cada um, que apesar de não serem usuários da RAPS, também eram hóspedes e participavam dos atendimentos, trazendo suas próprias questões para os atendimentos. Apesar dessa diversidade ser positiva em alguns aspectos, como estimular a convivência entre in-

divíduos diferentes e exercitar a compreensão de realidades distintas da sua, também é algo bastante desafiador para o atendimento em grupo, exigindo do musicoterapeuta uma adaptação constante das técnicas e abordagens.

Embora seja possível realizar atendimentos individualizados e propor grupos de acordo com cada perfil e demandas terapêuticas, favorecer a socialização entre os hóspedes é parte importante do trabalho da Pousada e o atendimento musicoterapêutico é, em geral, um espaço bastante propício para facilitar essas interações. Eram propostas atividades de re-criação musical onde todos pudessem se expressar e fazer escolhas, no entanto, em alguns momentos o manejo de tantas diferenças se tornava complicado, havendo situações em que foi necessário interromper o atendimento e dividir os participantes em grupos menores.

2. Espaço em construção: Por ser um dispositivo recém inaugurado alguns espaços ainda estão sendo finalizados, como por exemplo a sala de musicoterapia, e os instrumentos musicais que estão em fase de aquisição. A falta de recursos materiais e estruturais

acaba por limitar um pouco a aplicação da Musicoterapia de forma mais completa e eficiente. Se por um lado, essas questões favorecem a criatividade na exploração de recursos e espaços diferentes, como a televisão enquanto fonte sonora, os jardins enquanto espaço de atendimento, dentre outros. Em outros momentos, algumas situações acabam gerando certas dificuldades, causadas por questões climáticas, por exemplo, como calor excessivo, chuva ou causadas pela falta de um espaço delimitado à terapia como isolamento sonoro, acesso de pessoas externas adentrando no atendimento em momentos delicados, etc. Esta escassez de recursos e materiais ainda é a realidade de muitos serviços de saúde, e apesar de ser contornada de diversas formas pelos profissionais, não pode deixar de ser pontuada para que possamos evoluir não apenas em nossas práticas, mas também no reconhecimento da profissão perante os órgãos responsáveis.

3. Baixa divulgação e adesão dos serviços: Como um serviço inédito e ainda desconhecido pela grande maioria dos profissionais de saúde e usuários da RAPS, a procura pelo dispositivo ainda tem sido baixa, em parte por muitos serviços ainda não conhecerem o trabalho ou apresentarem certa resistência ao encaminhamento de usuários. Esta última ainda não muito bem compreendida, mas observada por equipes que mesmo tendo conhecimento do serviço ainda não realizam encaminhamentos. Sabe-se também que muitos destes dispositivos trabalham com equipes reduzidas e altas demandas de trabalho, o que também pode ser um dificultador em concluir os encaminhamentos.

Considerações finais

Ao longo de nove meses de atendimento e construção de um trabalho musicoterapêutico dentro desta proposta até então inédita, foi possível observar que a Musicoterapia se constituiu como um espaço onde todos poderiam ter voz e vez, tendo validadas suas vivências, emoções e subjetividades. Este movimento de reconhecimento e visibilidade do indivíduo enquanto sujeito se mostrou com grande potencial terapêutico, tanto para catarse de sentimentos reprimidos, quanto no fortalecimento da autonomia e autoestima, que costumam estar sempre muito prejudicados nestes casos.

Pessoas portadoras de transtornos mentais foram historicamente excluídas da sociedade e privadas de seus direitos básicos enquanto cidadãos. A existência de um espaço como a Pousada Sertão Carioca é um marco importante no resgate da dignidade desses indivíduos e na resignificação da ocupação desses espaços pelos usuários da RAPS. A presença da Musicoterapia neste dispositivo é um avanço significativo no reconhecimento das potencialidades de nossa profissão para produção de autonomia, subjetividades, bem-estar e reinserção social.

Referências

BRASIL. Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011(*). Brasília: Diário Oficial da União. BRASIL.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz,

2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Definição da RAPS através da Portaria GM/MS 3.088/2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental> (acesso em 29 de novembro de 2024)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Projeto de Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm (acesso em 29 de novembro de 2024)

