

***O que sinto, não me sinto: diferentes discursos sobre saúde mental em um centro de atenção psicossocial gerados em encontros de musicoterapia***

Kamylla Paola dos Santos<sup>2</sup>

Rosemyriam Cunha<sup>3</sup>

Lorena Avellar de Muniagurria<sup>4</sup>

**RESUMO**

Com base na musicoterapia social e na antropologia da saúde, este trabalho investigou os diferentes discursos a respeito da saúde mental entre participantes de um grupo de musicoterapia e a equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial. Os dados foram obtidos em encontros musicoterapêuticos, assembleias e prontuários e categorizados por análise temática. Notou-se divergências entre o pensamento da equipe, pautado na visão biomédica, e dos participantes, que formularam discursos de acordo com seus contextos de vida, singulares e complexos.

**Palavras-Chave:** Musicoterapia Social; Discurso Médico; Loucura.

**ABSTRACT**

Based on Social Music Therapy and on Anthropology of Health, this academic work investigated the different discourses about mental health between the participants of a Music Therapy group and a multidisciplinary team from a Psychosocial Care Center. Data were obtained during music therapist meetings, assemblies and medical records, and categorized by thematic analysis. Divergences were found between the thoughts of the team, guided by the biomedical vision, and the participants, who formulated speeches according to their contexts of life, unique and complex.

**Keywords:** Social Music Therapy, Medical Discourse; Madness.

---

<sup>2</sup> Bacharel em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná, graduanda de Ciências Sociais pela Universidade Federal do Paraná. Contato: kamyllapaola@gmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Educação pela Universidade Federal do Paraná, professora no curso de Musicoterapia da Faculdade de Artes do Paraná, líder e pesquisadora do Grupo de Pesquisa, Mestre em Psicologia da Infância e Adolescência, Universidade Federal do Paraná, Gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

<sup>4</sup> Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professora substituta do Departamento Antropologia da Universidade Federal do Paraná.

## O QUE SINTO

*O remédio é louco  
E eu tomo um pouco  
Uma dose excessiva  
Não vejo a vida*

*Tomo pra ficar legal  
E se não tomo passo mal  
Vivo num mundo de fantasia  
E é só assim que sinto alegria*

*Grito, rio e choro  
Me fecho onde eu moro  
Às vezes sem saída  
Não consigo resolver a vida*

*Se estou internado  
Coração quebrado  
Conhecendo gente  
De todos os estados*

*Depressão, bipolar  
E muitos F's mais  
Entre tanto problema  
Não me encontro, não sinto paz*

*É o que sinto, não me sinto  
(Participantes do CAPS II)*

## 1 INTRODUÇÃO

Esta é a letra de uma canção construída pelos participantes do grupo de musicoterapia, do qual fui mediadora, em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II da região metropolitana de Curitiba. A composição O que Sinto resultou das manifestações verbais e musicais que esses sujeitos expressaram em relação a si mesmos, à loucura, aos diferentes diagnósticos que receberam no decorrer de sua existência, às peculiaridades dos internamentos e medicamentos aos quais foram submetidos e à dificuldade em cultivar relacionamentos com as pessoas. Estas construções surgiram no decorrer dos encontros de musicoterapia, quando os participantes recriaram canções, improvisaram ritmos, trocaram ideias e compuseram melodias.

Além de participar desse grupo como mediadora, tive a oportunidade de participar das reuniões de parte da equipe multiprofissional do CAPS que era composta por psiquiatras, psicólogos, assistente social, enfermeiros, terapeuta ocupacional e oficina de artes visuais. Nessa equipe me inseri como

oficineira de musicoterapia. Nas reuniões de equipe, pude escutar os discursos que os profissionais faziam sobre temas semelhantes aos expressados no grupo de musicoterapia, porém formulados sob a perspectiva médica.

Constatai que havia diferenças entre os discursos dos participantes do grupo em relação ao dos profissionais e que, em um primeiro momento, eu estava sendo “contaminada” pelo discurso da equipe – ou seja, estava incorporando esse discurso de maneira acrítica. Percebi então que a visão que tinha da situação interferia na prática que eu realizava e decidi observar as divergências entre os discursos que se manifestavam nas reuniões e nos encontros de musicoterapia. Esse esforço analítico permitiu que eu passasse a apurar minha escuta em relação ao que os participantes manifestavam nos encontros.

As discrepâncias entre as perspectivas de construção de discursos em um mesmo contexto cultural, o CAPS, porém baseadas em premissas diferentes (HELMAN, 1994), despertaram meu interesse em realizar essa pesquisa. Entendeu-se que uma investigação sobre esse tema poderia colaborar para a construção do campo de conhecimento da saúde mental e da musicoterapia. Para tanto, empreendeu-se uma análise dos temas provenientes dos discursos da equipe e dos participantes, a partir das observações dos processos de musicoterapia e também da leitura dos prontuários dos participantes.

## **2 OFICINA DE MUSICOTERAPIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REVISÃO SOBRE DOENÇA, LOUCURA, CAPS E MUSICOTERAPIA SOCIAL**

A sociedade ocidental considera o modelo biomédico como padrão dominante na área da saúde, particularmente da etiologia das doenças de ordem física e mental que cria “seus mecanismos de aproximação, de propaganda e de imposição” (MINAYO, 1988, p.370). Este modelo é fundamentado nos conceitos de normalidade e patologia e vê a saúde ou a doença a partir do conteúdo, diferentemente da visão de normatividade, proposta pelo filósofo e médico francês Georges Canguilhem (1979), que vê a saúde-doença a partir do sujeito. No modelo médico, se o sujeito não se adéqua aos parâmetros ditados como saudáveis, ele é tido como anormal.

Canguilhem (1979) questiona essa abordagem por considerar suas formulações dos conceitos de saúde e doença muito limitadas. Segundo ele, a normalidade só pode ser considerada individualmente, ou seja, a saúde do indivíduo é considerada a partir de sua própria história e vivência. Nessa visão de saúde, considera-se a capacidade do sujeito de criar novas normas em meios diferentes.

Cada sujeito se percebe no seu estado de ser de uma forma específica, e não é possível enquadrar essa percepção em um mesmo catálogo universal. Helman (1994), médico que também atuou na área da Antropologia da saúde, define essa dualidade de visão como enfermidade (*disease*) e doença (*illness*). A enfermidade ou *disease*, que corresponde à perspectiva médica, enfatiza o estado orgânico, os aspectos físicos da doença. Essa perspectiva está baseada na racionalidade científica, na mensuração de dados e no dualismo mente-corpo. Nessa visão, a enfermidade é considerada um desvio dos valores normais. Já a concepção de doença (*illness*) direciona-se para a percepção que o indivíduo tem do seu estado. Corresponde à resposta subjetiva do sujeito e de todos que o cercam, por isso, está relacionada tanto à visão do próprio indivíduo como também à percepção de todos que se relacionam com ele. Além disso, “a definição de doença (*illness*) não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere à mesma” (HELMAN, 1994, p.104).

Esta forma de pensar o sujeito e suas formas de considerar a vida, especificamente a saúde, é característica do pensamento social. Essa visão entende o ser humano como um sujeito social, que é ativo e afeta, assim como é afetado constantemente pela trama social que o constitui, que são os outros sujeitos, as instituições, grupos dos quais ele faz parte. Sob essa perspectiva, ele é visto como alguém singular e ao mesmo tempo social, constituinte de um grupo, entrelaçado pelas demandas dos outros sujeitos e pelas demandas que a sociedade exige. “Um sujeito social pode ser ilustrado com a ideia de ser humano como um sujeito singular na trama que o produz, que é social, e que se constrói em um mundo que também é construído” (GUAZINA, 2008, p.113).

## 2.1 O CAPS

O CAPS<sup>5</sup> – Centro de Atenção Psicossocial - tem como objetivos promover a reinserção social dos usuários através de ações intersetoriais, como o esporte, a cultura, o lazer e o trabalho. O CAPS integra a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS, que é a rede básica de saúde nacional. Considera-se que este seria o lugar privilegiado de construções de uma nova lógica de atendimentos e de relação com os transtornos mentais, em que o sujeito passaria a ser escutado e seu discurso deveria ser considerado. Essas iniciativas visam minimizar o sofrimento psíquico, oferecer suporte emocional para usuários e familiares, promover uma atenção diária, melhorar a qualidade de vida dos usuários e seus familiares através de uma equipe multiprofissional com assistência contínua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Existem três tipos de atendimentos para essas pessoas: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo<sup>6</sup>.

Uma das atividades disponíveis no CAPS são os encontros de Musicoterapia que, no caso dessa pesquisa, tem como base teórica uma visão social. A Musicoterapia Social é caracterizada pelo referencial teórico que a conceitua, e não pela área de prática. Esse referencial teórico está fundamentando na noção do sujeito social, já citado anteriormente como um ator social que vive em uma trama social, na qual está se relacionando constantemente (GUAZINA, 2008). Esses atores são também construtores de subjetividades a respeito de si mesmo e da realidade na qual estão inseridos (SILVA, 2008).

Utilizou-se nessa pesquisa uma diferenciação das formas de denominar os sujeitos. O CAPS define sua população como usuários, termo utilizado por todo o Sistema Único de Saúde (SUS). Nos encontros de musicoterapia,

---

<sup>5</sup> O primeiro CAPS surgiu em 1986 na cidade de São Paulo a partir de um intenso movimento social de trabalhadores da área de saúde mental, pacientes e familiares, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e para isso pressionaram o governo para que substituísse os manicômios por serviços extra-hospitalares. O CAPS é subdividido em CAPS AD – Alcool e outras Drogas, CAPSi – infantil, CAPS I, CAPS II e CAPS III – transtornos mentais de diferentes níveis de complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

<sup>6</sup> O atendimento intensivo é diário e é direcionado para as pessoas com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou com grandes dificuldades no convívio social e familiar. O atendimento semi-intensivo direciona-se aos usuários que ainda necessitam de atenção direta da equipe para se estruturar e agir com autonomia. O atendimento não-intensivo é destinado para as pessoas que não precisam de suporte contínuo da equipe.

achou-se mais conveniente, inclusive devido à base teórica social aqui assumida, empregar o termo participante para se referir aos sujeitos da pesquisa. Isso porque estes são ativos e protagonistas no processo musicoterapêutico, e não estão apenas recebendo cuidado ou usando o equipamento, mas interferindo e construindo constantemente.

Na presente pesquisa, os participantes dos encontros de musicoterapia tiveram a oportunidade de expôr suas concepções de doença, expressar musicalmente seus sentimentos e transgredir o controle imposto sobre seus corpos. A produção musical é uma importante ferramenta que possibilita essa transgressão. A música é feita, dita, tocada e cantada como manifestação corporal. Em musicoterapia essa manifestação corporal, influenciada pelo musical, é um rico material de expressão do sujeito e de suas demandas (FREGTMAN, 1990).

### **3 CAMINHOS METODOLÓGICOS**

Esta pesquisa, de caráter qualitativo, foi desenvolvida no decorrer de um processo de musicoterapia em grupo. A pesquisa qualitativa tem como premissa entender e descrever o contexto de determinado objeto de estudo (DYNIEWICZ, 2009), que nesse caso foram as vivências de 10 encontros de musicoterapia. A construção dos dados foi feita a partir da leitura de informações de prontuários dos participantes, bem como a partir observação participante.

Os prontuários foram disponibilizados pela equipe de saúde. Constavam nesses documentos os registros das consultas e as opiniões da equipe multiprofissional sobre o estado de saúde do usuário. Além das observações destacadas dos prontuários, um diário de campo serviu de base para as anotações da observadora que também construiu relatórios técnicos de cada encontro realizado.

A observação participante aconteceu concomitante ao desenrolar das atividades musicoterapêuticas. Para preservar a identidade dos participantes no presente artigo, os nomes reais foram omitidos com a utilização de nomes fictícios.

Na primeira etapa da pesquisa, que teve como objetivo delimitar o local onde ela seria realizada, foi escolhido o CAPS II. Após escolhido o local, a pesquisadora formulou um projeto de trabalho que foi submetido e aprovado por um Comitê de Ética e entregue para a instituição. O projeto, de número 2200, foi aprovado com o parecer consubstanciado número 28.

O único critério de participação estabelecido foi a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual os participantes concordaram em participar nas etapas e ações da investigação. Como resultado, obteve-se um grupo misto de 16 sujeitos, com predominância do gênero masculino, sendo 12 usuários deste sexo e 4 do sexo feminino, num recorte etário entre 21 e 55 anos. Como o processo musicoterapêutico já estava em andamento, esta pesquisa se construiu em um recorte desse processo.

A segunda etapa da pesquisa correspondeu à própria observação participante do grupo no decorrer de 10 encontros de musicoterapia. A observação aconteceu entre os meses de junho e agosto, nas terças-feiras. Cada encontro durava uma (01) hora (das 14h às 15h). Os recursos utilizados para o desenvolvimento do processo foram: instrumentos musicais de percussão, violão, flauta e voz. Estratégias como a expressão corporal e jogos lúdico-musicais também foram utilizadas. Destaca-se que a pasta de cifras com o repertório do grupo foi um recurso importante para apoiar as expressões musicais de alguns dos participantes.

Na etapa de análise foi feito um exame detalhado dos dados coletados e seleção do conteúdo propício para a categorização (OLIVEIRA, 2007) do material. O próximo passo foi a análise e interpretação desse material, seguindo uma visão antropológica (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000) e musicoterapêutica. Essa fase do trabalho se caracterizou como uma análise de conteúdo, método que consiste em descobrir a frequência e recorrência de aparição de temas que pudessem significar algo para o grupo estudado e para esta pesquisa (DYNIEWICZ, 2009). Com a totalidade de dados categorizados, foi elaborado um quadro que mostrou os principais assuntos tratados nos prontuários e discursos.

Os dados descritos a seguir compreenderam as manifestações verbais e musicais do grupo surgidas nos encontros de musicoterapia e nas assembleias entre participantes e equipe multiprofissional. A partir do quadro, as categorias

foram agrupadas conforme a recorrência dos temas. O resultado dessa análise está disponibilizado a seguir no Quadro 1.

## QUADRO 1 – PERSPECTIVAS DA EQUIPE DE SAÚDE E DOS PARTICIPANTES

TEMAS	SUBTEMAS	EQUIPE DE SAÚDE	PARTICIPANTES
<u>Doença</u>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Anotações retiradas dos prontuários</b> - Alucinações auditivas e delírio - Irritabilidade/ Agressividade - Associações frouxas de ideias/ - crítica flutuante - Ansiedade/ Taquipsiquismo - Déficit intelectual - Embotamento	<b>Discurso dos participantes</b> - Parafuso a menos - Gosta de imaginar coisas - Apagões - Corpo vulnerável às coisas da vida - Sufocação - Corpo pesado
	<b>CID<sup>7</sup></b>	<b>Códigos das doenças anotados nos prontuários</b> - F31.0, F20.0, F25, F29, F70, F32, F06 - Dúvida quanto ao CID - Mudança de diagnóstico	<b>Manifestações dos participantes em relação aos códigos do CID</b> - Dúvida em relação ao CID - Desconhecimento - Usam o CID como justificativa do estado de saúde - Questionamentos sobre a quantidade de CIDs
	<b>Internamento</b>	<b>Premissas escritas no Manual do CAPS</b> - Forma de tratamento - Evitar o internamento – política do CAPS - Internar quando o sujeito solicita ou quando o caso apresenta um caso severo	<b>Discurso dos participantes</b> - Comida ruim - Maus tratos - Fugas - Pedem para ser internados - Família pede para internar - Grande número de internamentos - Questionamento sobre os direitos e deveres dos hospitais e dos pacientes
	<b>Medicamento</b>	<b>Lista dos medicamentos encontrados nos prontuários</b> - Risperidona - Carbamazepina - Rivotril - Diazepam - Haldol - Propanolol - Clorpromazina - Carbonato de Litio - Biperideno	<b>Discurso dos participantes em relação à medicação</b> - Resistência ao uso de medicação. - Discordância quanto ao uso do mesmo medicamento em diferentes pessoas - Medicamento como causador da loucura - Excesso de medicação - Medicamento ajuda a não sentir sensações da doença - Uso incorreto de medicamento - Pedem remédios
	<b>Loucura e normalidade</b>	<b>Visão do CAPS a respeito da loucura</b> - Segue as premissas da Reforma Psiquiátrica	<b>Discurso dos participantes a respeito da loucura</b> - Todo mundo é louco - Ser normal é uma instituição da sociedade - Loucura como segregação - Questionamento sobre quem é louco
	<b>SPA<sup>8</sup></b>	<b>Tratamento disponibilizado pelo CAPS</b> - Encaminhamentos CAPS AD	<b>Substância Psicoativas utilizadas pelos participantes</b> - Crack, Cocaína, Uso abusivo de álcool, Maconha, Tinner, Cola, Chás
	<u>Relações Sociais</u>	<b>Família</b>	<b>Postura do CAPS</b> - Faz acompanhamento com a família por meio de visitas domiciliares. Nas consultas pede-se que um familiar acompanhe o usuário

<sup>7</sup> CID 10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Permite padronizar e catalogar doenças e problemas relacionados à saúde tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (DATASUS, 2008).

<sup>8</sup> Substâncias Psicoativas



	<b>Sociedade</b>	<b>Postura do CAPS</b> - O CAPS tem como objetivo a reinserção social dos usuários. Por isso, sempre são ofertados cursos em outros locais para os usuários.	<b>Histórico e discurso dos participantes</b> - Discriminação por conta da loucura - Brigas entre usuários e parceiros - Dificuldade em conseguir emprego - Agressividade - Sofreram abuso sexual - Dificuldade em ficar em lugares fechados com muita gente - Dificuldade de estar em grupo - Julgamento das pessoas - Situações de violência
	<b>Religião</b>	<b>Postura do CAPS</b> - Não considera como uma causa para o transtorno mental	<b>Discurso dos participantes</b> - Alguns participantes acreditam que tem transtorno mental devido a um trabalho feito, macumba - Solução está em Deus - Participantes oferecem canções religiosas para os outros - Delírios religiosos - Fanatismo
<u>Manifestações musicais</u>		<b>Postura do CAPS</b> - Passou a considerar os encontros de musicoterapia como um espaço de expressão dos usuários do CAPS - Importância para essa forma de tratamento	<b>Manifestações dos participantes</b> - Repressão de algumas canções consideradas pelos participantes como impróprias - Uso de canções do repertório brasileiro (rock, MPB, sertanejo) - Reflexões a partir das letras das canções - Uso dos instrumentos de forma não convencional - Violão como instrumento iatrogênico por trazer lembranças - Iniciativas de jogos musicais elaborados pelos participantes - Mudanças corporais após a audição, recriação e improvisação musical - Processo de estruturação rítmica do grupo

Fonte: Manual do CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), prontuários existentes no CAPS II, anotações de diário de campo e relatórios feitos pela estagiária.

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

O conjunto dos dados encontrados no Quadro 1 revelou a riqueza dos discursos que foram ouvidos no decorrer do processo musicoterapêutico, nas reuniões com a equipe e nas anotações dos prontuários. Embora todos os temas sejam interessantes e fundamentem o entendimento da população estudada, para os objetivos dessa pesquisa, serão aprofundadas apenas as descrições referentes aos seguintes temas: loucura e normalidade, relações sociais e produções musicais.

### 4.1 SE ESTOU INTERNADO, CORAÇÃO QUEBRADO...

Consta no Manual do CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004, que a população atendida nos Centros de Atenção Psicossocial apresenta intenso sofrimento psíquico, com transtornos mentais severos e/ou persistentes. Essas pessoas, chamadas de usuários (do serviço) tem, em sua

maioria, histórico de internações psiquiátricas, bem como de uso de medicamentos.

Por ser um equipamento proveniente da Reforma Psiquiátrica, o CAPS critica as formas de tratamento tradicionais em Saúde Mental, como por exemplo, a internação. Esta é entendida, por esse equipamento, como “a permanência diurna e noturna em hospital especializado com medicamentos para redução dos sintomas da doença e que muito frequentemente não favorece a melhora do paciente por provocar o isolamento social e a perda de laços afetivos” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004, p.48).

Porém, na prática, a realidade é outra. Ainda é muito comum o internamento dos sujeitos em estado de sofrimento psíquico grave. Enquanto a estagiária convivia e trabalhava no CAPS, verificou-se o considerável número de internamentos ocorridos. Quatorze dos dezesseis participantes já haviam passado por internamento em hospitais psiquiátricos, sendo que parte deles estiveram em regime hospitalar mais de 10 vezes. Em relatos ouvidos nos encontros e em descrições nos prontuários, os participantes contaram que constantemente procuravam “fugir do hospital”, e que muitas vezes, conseguiam.

Alguns afirmaram que, quando estavam em intenso sofrimento psíquico, pediam para ser internados, mas quando estavam no hospital, não aguentavam os maus tratos. Clara, que já foi internada mais de 20 vezes, confessou que havia sido amarrada várias vezes por médicos quando era internada e questionou: “qual o direito eles tem de nos amarrar?”. Mas, em leitura de prontuários, verificou-se que Clara já solicitou internação para a equipe alegando ser o único espaço para ela poder se recuperar. Essa mesma participante questionou num dos encontros se “a equipe de CAPS visitava os usuários quando estavam internados” e disse que era “uma atitude muito importante para a recuperação destes”.

#### **4.2 UMA DOSE EXCESSIVA, NÃO VEJO A VIDA....**

Nos encontros de musicoterapia, o assunto de internamento aparecia junto com os discursos a respeito do medicamento. Parte dos participantes criticava o uso dos remédios, enquanto outros achavam essencial o tratamento

medicamentoso. Mesmo com reclamações dos remédios, todos os participantes concordavam que estes podiam ajudá-los de alguma forma. Notou-se que, conforme Minayo (1988) o sistema biomédico, que ainda é o dominante na sociedade ocidental, permeia todas as áreas e grupos sociais, mas configura-se para cada um, de forma específica: o veredicto médico é ao mesmo tempo aceito e relativizado.

#### **4.3 VIVO NUM MUNDO DE FANTASIA....**

A temática do “ser louco ou ser normal” foi constante nos encontros de musicoterapia. O próprio repertório musical de alguns participantes revelou que esse assunto era tema de reflexão e de pertinência em suas vidas. Músicas do cantor Raul Seixas, como Sociedade Alternativa, Maluco Beleza, e a do Grupo Harmonia Enlouquece, Sufoco da Vida, expressavam o que os participantes pensavam a respeito da loucura. Eles questionavam as formas da medicina e da sociedade pensar a respeito dos sujeitos em sofrimento psíquico, ou popularmente conhecidos como “loucos”.

O histórico da maioria dos participantes, obtidos nos prontuários, revelou aspectos das tensões familiares, decorrentes da descoberta do transtorno mental. Separações, perda da guarda de filhos, rejeição, manipulação foram temas recorrentes. Esses fatos foram corroborados no discurso de Raul, que sofreu o abandono da família quando começou a apresentar sintomas de transtorno mental. Ele viveu em situação de rua durante anos, e só foi aceito novamente pelos familiares quando seu pai faleceu e os irmãos precisaram repartir a herança e, para isso, precisaram da sua aprovação.

A dificuldade de relacionamentos interpessoais foi uma das queixas mais frequentes dos participantes nos encontros. Casos de agressividade também apareceram nos prontuários: os usuários manifestavam agressão física e verbal contra companheiros, filhos e amigos. Além da agressividade, casos de fobia social, abusos moral e sexual, dificuldade de estar em grupo, apareceram no histórico e no discurso dos participantes.

#### 4.4 O PROCESSO MUSICOTERAPÊUTICO

Grande parte da produção de discursos, tanto verbais quanto musicais e corporais do grupo, surgiu nos encontros semanais de musicoterapia. Os principais objetivos do processo musicoterapêutico foram: auxiliar no processo de autonomia dos participantes, possibilitar uma melhor qualidade das trocas sociais entre os integrantes do grupo, utilizar a música como meio de expressão emocional e corporal. Discursos verbais permeavam os encontros, e foi a partir do conteúdo destes, juntamente com o conteúdo musical, que discussões a respeito dos temas já descritos no Quadro 1 surgiram.

A produção musical do grupo simbolizou, em algumas situações, as formas de controle e repressão que viviam no dia a dia. Nos primeiros encontros, Clara dizia que não podia cantar “certas canções”, pois estas eram proibidas. Quando a mediadora dirigia o olhar para ela, Clara parava de cantar e dizia que a mediadora estava “controlando a maneira que ela cantava”. Em musicoterapia, os conflitos provindos das relações de poder podem ser reconhecidos através da produção musical. As práticas musicais podem ser entendidas como uma produção social, pois elas estão ligadas às maneiras pelas quais os sujeitos se relacionam, se reconhecem e como reforçam, transgridem ou modificam as suas práticas de vida (GUAZINA; TITTONI, 2009). No decorrer do processo, Clara passou a se expressar mais livremente, inclusive cantando as canções que ela dizia serem proibidas no início.

Nas experiências recreativas (BRUSCIA, 2000), os participantes escolhiam músicas de seus repertórios, compostos por canções sertanejas e rock nacional. O trabalho com improvisações aconteceu durante todo o processo. Geralmente eram instrumentais e, em alguns momentos, houve improvisação com percussão corporal e voz. Nesses momentos, o grupo buscava se estruturar ritmicamente, e depois de vários encontros, passaram a ‘brincar’ durante as improvisações com jogos de pergunta e resposta e alternância de andamento.

Com o tempo o grupo passou a se manifestar verbalmente, expressando temas relevantes de suas vidas. Foi quando surgiu a ideia de criar uma música do grupo. O resultado desse trabalho, como já foi mencionado, é a canção apresentada no início deste artigo. O grupo intitulou a canção como: O que

Sinto, e nela todos puderam manifestar e desabafar o que pensavam sobre o medicamento, o internamento, a loucura, e os diagnósticos. Chamou a atenção que os temas por eles abordados foram os mesmos que foram tratados nessa pesquisa. Esse fato levou a crer que esses assuntos eram importantes para o grupo e que eles procuravam entender o sentido dessas manifestações em suas vidas.

## **5 REFLEXÕES FINAIS**

Foram apresentadas, ao longo deste artigo, diferentes maneiras de ver e pensar o transtorno mental. Constatou-se que o discurso da equipe multiprofissional estava atrelado ao padrão biomédico. Já os participantes das oficinas falavam de si e de suas circunstâncias de vida de uma forma criativa, ampla, ambígua, aproximando-se da realidade existencial do dia a dia. Quanto às relações sociais, percebeu-se que no CAPS havia a preocupação de trabalhar para a reinserção social, geração de trabalho e envolvimento familiar – o que de fato mostra-se necessário, dado as frequentes queixas dos participantes em relação ao tratamento preconceituoso muitas vezes recebido por parte da família e da sociedade.

Se, por um lado, a visão da equipe multiprofissional pareceu reproduzir algumas limitações do modelo biomédico, por outro, deve-se lembrar que o CAPS abriu espaço para as oficinas terapêuticas – entre elas, para o trabalho de musicoterapia que serviu como meio de expressão dos participantes. Ou seja, o CAPS incorporou na sua agenda diária espaços de ação dos usuários em atividades terapêuticas, além do trabalho com as famílias e a abertura para rever diagnósticos. Tratou-se de um evidente esforço de ressignificar a loucura. Contudo, embora essa tentativa fosse real, não parece ter havido uma ruptura total com o antigo paradigma da doença mental.

Percebeu-se, portanto, que havia uma incoerência nos discursos que eram produzidos naquele espaço. O CAPS, no recorte dessa pesquisa, configurou-se como um local que apresentava contradições. Seus objetivos se propunham a considerar o discurso dos sujeitos, mas suas ações os enquadravam em diagnósticos que muitas vezes não cabiam na singularidade

de cada indivíduo, e por isso eram constantemente alterados e questionados. Ao mesmo tempo em que a equipe considerava as produções dos usuários participantes do grupo de musicoterapia, como por exemplo a canção feita por eles, permanecia reproduzindo discursos pautados no modelo biomédico que diluíam os discursos dos participantes.

Os encontros de musicoterapia foram justamente um espaço institucional dentro do CAPS II aberto para a manifestação própria desses sujeitos, para suas expressões musicais, verbais, corporais. Os participantes passaram a ver o processo musicoterapêutico como um lugar de construção, desabafo e crítica. Esses encontros produziram, tanto para a estagiária quanto para o grupo, formas de pensar e significar as multiplicidades e contradições existentes nos discursos relacionados à vida dos participantes. Os sujeitos, no decorrer dos trabalhos, puderam refletir cantar e falar sobre formas de tratamento, loucura, relações sociais e as estratégias que construíram para dar conta de sua existência cotidiana.

O processo de composição da canção O que Sinto representou a dinâmica cognitiva e afetiva que foi vivida no decorrer das atividades musicoterapêuticas. A ação de produzir essa canção foi significativa, tanto para os participantes e estagiária, quanto para a equipe do CAPS, que reconheceu a denúncia impressa poeticamente nas estrofes da canção.

## REFERÊNCIAS

BRUSCIA, Kenneth E. **Definindo musicoterapia**. Tradução de Mariza Velloso Fernandez Conde. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Enelivros, 2000.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 1ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 1979.

DATASUS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – CID 10**, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 05/09/2011.

DYNIWICZ, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2ª Ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

FREGTMAN, Carlos Daniel. **Corpo, música e terapia**. Tradução de Maria Stela Gonçalves. 2ª. ed. São Paulo, SP: Cultrix, 1990.

GUAZINA, Laize. Reflexões sobre 'o social' em Musicoterapia. *In: Anais X Forum Paranaense de Musicoterapia*. Curitiba: AMT-PR, 2008.

\_\_\_\_\_ ; TITTONI, J.. Musicoterapia Institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções. *In: Psicologia & Sociedade*. São Paulo: ABRAPSO, v.21, 2009. p.108-117

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. Trad. Eliane Mussmich. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, out/dez 1988. p.363-381

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de Metodologia Científica: Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. São Paulo: Thompson Learning, 2007.

SILVA JUNIOR, José Davison da; CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. Musicoterapia e Bioética: um estudo da música como elemento iatrogênico. *In: Anais da XVII Anppom*. São Paulo, 2007. Disponível em: [http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso\\_anppom\\_2007/musicoterapia/musicoterap\\_JDSilvaJunior LCSa.pdf](http://www.anppom.com.br/anais/anaiscongresso_anppom_2007/musicoterapia/musicoterap_JDSilvaJunior LCSa.pdf). Acesso em : 05/11/2011.

SILVA, Raquel Siqueira. Musicoterapia e Práticas Coletivas. Uma experimentação na área da Saúde Mental. *In* COSTA, Clarice Moura (Org.). **Musicoterapia no Rio de Janeiro: novos rumos**. Rio de Janeiro: CBM, 2008.

VÍCTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.