

## TROCAS AFETIVAS E PSICOSSOCIAIS EM MUSICOTERAPIA: GRUPOS NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS

Leonardo Nascimento Cardoso<sup>20</sup>  
Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha<sup>21</sup>

### RESUMO

Com base em conceitos advindos da reforma psiquiátrica e da musicoterapia social, o presente trabalho investigou e descreveu as trocas afetivas e psicossociais geradas no decorrer de interações sonoro-musicais de dois grupos musicoterapêuticos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD. Na pesquisa, de caráter qualitativo, foram utilizadas técnicas da análise temática para encontrar temas emergentes em relatórios musicoterapêuticos referentes aos processos de ambos os grupos. Os temas recorrentes foram agrupados e categorizados em quadros que mostraram as diferentes formas de expressão dos grupos quando estes interagiram por meio da música. A análise dos quadros revelou que as atividades musicoterapêuticas vivenciadas pelos grupos construíram-se em situações sociais, que possibilitaram relações psicoafetivas.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica; musicoterapia social; trocas afetivas e psicossociais; Centro de Atenção Psicossocial.

### EMOTIONAL AND PSYCHOSOCIAL EXCHANGES IN MUSIC THERAPY: GROUPS IN THE CENTER OF PSYCHOSOCIAL CARE, ALCOHOL AND DRUGS

### ABSTRACT

Grounded in the psychiatric reform and social music therapy theory, this study investigated and described the emotional and psychosocial manifestations that occurred when two groups met to make music together at an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center - CAPS AD. In this research, the authors adopted a qualitative method to search for emergent themes on music therapy reports related to the processes of both groups. The recurrent themes were grouped and categorized on charts displaying different ways the groups expressed themselves while interacting through the music. The charts analysis revealed that the groups' music therapy activities turned out to be social situations that led people to psycho affective relationships.

**KEYWORDS:** Psychiatric Reform; social music therapy; psychosocial and affective exchanges; Psychosocial Attention Center.

---

<sup>20</sup> Bacharel em Musicoterapia pela Faculdade de Artes do Paraná, agente de reabilitação em saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial. Email: leocoroado@hotmail.com

<sup>21</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. Email: rose05@uol.com.br  
Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4775078J6>

Loucura nem sempre significou doença. A chamada “doença mental” foi um objeto construído historicamente no ocidente, com o pressuposto de erro da razão. Na Europa, durante os séculos XV a XVII, o hospital constituiu-se como imperativo para todos aqueles considerados desviantes, loucos ou possuídos. Desde então, estas pessoas passaram a sofrer exclusão social, maus tratos, punição e mortificação de suas subjetividades (AMARANTE, 1995).

Os hospitais não tinham como objetivo oferecer um tratamento médico aos internos. As pessoas hospitalizadas eram esquecidas, pois não deveriam mais fazer parte da sociedade. Entre elas estavam inválidos pobres, velhos em situações miseráveis, mendigos, desempregados, portadores de doenças mentais ou venéreas; aqueles que em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, apresentavam alteração no comportamento (FOUCAULT, 1984). Durante o século XVIII, estas antigas casas de internamento paulatinamente foram sendo reservadas apenas para os portadores de “doença mental”, tomando maior caráter médico.

Na Itália, entre as décadas de 1960 e 1970, o médico psiquiatra Franco Basaglia iniciou um movimento prático-discursivo em oposição à lógica de compreensão e de tratamento destinado aos portadores de transtorno mental. Ele propôs uma reforma no modelo assistencial psiquiátrico italiano, como já havia acontecido anteriormente durante as décadas de 1940 e 1950 em outras partes do mundo, como Inglaterra e França. Precursor da Reforma Italiana, Basaglia realizou uma mudança paradigmática no saber e na prática psiquiátrica que culminou na desinstitucionalização dos internos em hospitais psiquiátricos e na construção de dispositivos substitutivos na comunidade como os serviços clínicos de hospitais gerais.

No Brasil, o internamento de pessoas com “transtornos mentais” remonta a meados do século XIX, nas Santas Casas de Misericórdia. Desde então, a atenção destinada aos “insanos” foi tomada como sinônimo de internação em hospital psiquiátrico. Em 1978 surgiu no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), responsável por reformas estratégicas neste campo. Esse movimento organizou críticas ao hegemônico modelo psiquiátrico clássico, e procurou entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico. Iniciou-se a partir de então um movimento para o

fechamento dos manicômios brasileiros e para a substituição do modelo de assistência à saúde (AMARANTE, 1995). Dez anos mais tarde, com a proclamação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei 8.080/1990, criou-se o Sistema Único de Saúde – SUS. Essa instituição possibilitou as condições para a implantação de novas políticas de saúde como a humanização do serviço e a inserção de novas profissões na área da saúde.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, amparada pela lei 10.216/2001, tomou como referência a Reforma Italiana. A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil tem como objetivo reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade. O objetivo é a substituição do modelo psiquiátrico de isolamento social e de tratamento essencialmente medicamentoso por uma nova rede de assistência à saúde. Essa política também tem como objetivo qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG). Conforme informações obtidas no Portal do Ministério da Saúde as internações, quando necessárias, devem ser realizadas em hospitais gerais ou em CAPS/24 horas, sem o isolamento social (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Segundo o Ministério da Saúde “é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo e comunitário” (BRASIL, 2004, p.13). O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população, realizar acompanhamento clínico nas modalidades intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, promover a reinserção social de seus usuários pelo “acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13) Os CAPS são os principais dispositivos do processo de Reforma Psiquiátrica, criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e atualmente regulamentados pela Portaria GM 336/02.

Para MacRae e Vidal (2006) a questão do uso de drogas só pode ser compreendida em toda sua complexidade. Nesse sentido, a drogadição passa a ser

considerada como um fenômeno expressivo, cujos efeitos, consequências e funções são construídas pelos grupos que as utilizam social e culturalmente. Porém, a ilegalidade do consumo de algumas substâncias psicoativas (SPA) e a valoração moral negativa em relação a estas, têm colocado o usuário, seja ele esporádico, nocivo ou dependente, em um lugar de marginalização e exclusão. É comum que essas pessoas sejam associadas à periculosidade, a irresponsabilidade civil e ao ócio, o que dificulta sua adesão a tratamentos, quando necessários (BRASIL, 2004).

No Estado do Paraná, com a publicação da Portaria n.º 52, de 21 de janeiro de 2004, do Ministério da Saúde, foi enfatizado o investimento na rede comunitária de assistência que priorizou a instalação de CAPS, ambulatórios e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Hoje, há mais de 70 CAPS em funcionamento no Estado, os quais oferecem 14.680 vagas para tratamento com serviços abertos (CRM/PR, s/d). Os centros especializados no atendimento de dependentes químicos são mais de 15, sendo quatro em Curitiba e outros localizados na zona metropolitana.

O CAPS no qual esta pesquisa foi desenvolvida era constituído por uma equipe multiprofissional composta por médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, assistente social, enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar administrativo, agente operacional e por profissionais responsáveis pelo núcleo de oficinas terapêuticas. Atuavam nesse núcleo um musicoterapeuta e oficinairos de consciência corporal, de improvisação em artes cênicas e de artes visuais.

Este ambiente, fértil em propostas para o acolhimento de pessoas que buscavam pelo apoio da equipe do CAPS, acatou a proposta de um estágio de musicoterapia. Durante a vivência do estágio foi possível observar que os participantes manifestavam formas diversas de interações sociais e de expressão de afetividades quando se reuniam no contexto musicoterapêutico. Estas expressões, aqui denominadas trocas sociais e afetivas, englobaram queixas e depoimentos, repertório de canções, melodias, ritmos e gêneros musicais solicitados, e a expressão corporal dos participantes.

Este conjunto de expressões foi considerado como uma possibilidade positiva de reabilitação e de produção de situações coletivas de vida para os grupos aqui em foco. Esses fatos despertaram o interesse para o desenvolvimento dessa pesquisa que

investigou as manifestações afetivas e psicossociais que se desencadaram quando os grupos se expressaram por meio de sons e músicas no contexto musicoterapêutico.

## *MUSICOTERAPIA E SAÚDE MENTAL*

Existem descrições de atividades sonoras e musicais humanas desde os primórdios da história. Essas ações, em geral, foram relacionadas às práticas de saúde, convívio social e à comunicação não-verbal. No século XX, no período pós-segunda guerra, a música foi integrada às iniciativas terapêuticas utilizadas para a reabilitação de soldados traumatizados, neuróticos e psicóticos em hospitais dos Estados Unidos. Desde então, se solidificaram práticas e pesquisas que constituíram a musicoterapia em uma ciência e disciplina.

A musicoterapia é um processo sistemático de intervenção, em que o profissional musicoterapeuta utiliza técnicas específicas para promover mudanças nos estados físico, afetivo, cognitivo, sócio-cultural ou espiritual, seja de um único indivíduo ou grupo. “É um campo da ciência que estuda o ser humano, suas manifestações sonoras e os fenômenos que decorrerem da interação entre as pessoas e a música, o som e seus elementos” (CUNHA; VOLPI, 2008, p.86), inseridos dentro de uma experiência musicoterapêutica.

A prática da musicoterapia fundamentada na concepção de um sujeito social compreende um trabalho sustentado pelo pensamento teórico-conceitual de um sujeito inserido na sociedade e que “interage, troca experiências, se constitui como pessoa, transforma-se ao mesmo tempo em que contribui com a construção e transformação do meio no qual vive” (CUNHA, 2006, p. 1).

A prática da musicoterapia social não está relacionada com um local específico de atuação, como no caso da área de prática social, mas sim, com seu referencial teórico. Faz-se importante reconhecer que toda e qualquer população é parte de uma realidade social, bem como qualquer ação dos profissionais e dos campos de conhecimento e, não somente a ideia de “social” aplicada unicamente em territórios associados às populações vulneráveis, onde há riscos de vida, precariedade,

criminalidade, aprisionamento, pessoas em situação de rua e violência - verbal, física, moral (GUAZINA, 2008).

Neste trabalho, considera-se que a saúde vai além de um estado de normalidade/anormalidade ou saúde/doença. O adoecimento é uma nova dimensão da vida dos seres e como qualquer experiência de vida, passa a ser parte constitutiva do sujeito (CANGUILHEM *apud* GUAZINA; TITTONI, 2009). Logo, o ser saudável pode ser entendido como aquele que tem uma capacidade para adaptar-se a novas situações da vida, bem como produzir novas alternativas de vida frente às situações potencialmente nocivas à saúde. Pretende-se que essa pessoa consiga construir estratégias para superar a realidade imposta, transformar sua condição e produzir novas subjetividades.

A partir destes pressupostos, pode-se inferir, no que diz respeito à constituição de subjetividades, que nos encontros de musicoterapia estão presentes elementos como ritmos, timbres, intensidades, canções e sonoridades, aqui entendidos como eventos musicais. Esses eventos musicais podem ser considerados como dados da realidade social dos indivíduos que integram um grupo. Logo, entender esta produção é também refletir sobre as ações, sentimentos, modo de viver e de pensar, manifestados de forma não-verbal (SILVA, 2010).

Eventos não-musicais também fazem parte da constituição subjetiva no ambiente terapêutico, como por exemplo: manifestações verbais, manifestações de colaboração, confrontação de fluxos de poder, informações visuais, fatores externos e outros. O conjunto dos eventos musicais e não-musicais contribui para a construção de uma trama social, na qual os participantes podem se entrelaçar como colocado por Silva, “conviver, misturar-se, confundir-se heterogeneamente e descobrir diferenças antes impensadas” (SILVA; MORAIS, 2007, p. 141). A partir dessas descobertas, as pessoas podem produzir situações de trocas sociais significativas.

#### *TROCAS AFETIVAS E PSICOSSOCIAIS EM MUSICOTERAPIA: GRUPOS NO CAPS-AD*

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir da identificação e análise das manifestações afetivas e psicossociais registradas em 16 relatórios de encontros

musicoterapêuticos, feitos entre os meses de maio a junho de 2010. Esses relatórios referiam-se ao processo musicoterapêutico de dois grupos distintos. Cada grupo foi representado por um conjunto de oito relatórios que continham a descrição detalhada das expressões musicais e das manifestações comunicativas não-verbais e verbais que ocorriam entre os participantes. Procurou-se destacar desses relatos as trocas afetivas e psicossociais ocorridas no desenvolvimento dos encontros. Antes de ser iniciado, o trabalho foi aprovado por um Comitê de Ética.

Os grupos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: pessoas inseridas no tratamento do CAPS-AD, na faixa etária de 25 a 60 anos e que tivessem sido encaminhadas para a musicoterapia pela equipe multiprofissional do CAPS. Esses grupos foram selecionados por apresentarem características diferentes entre si.

Um dos grupos foi composto por pessoas que não possuíam familiaridade com a execução de instrumentos musicais, porém mostravam interesse na exploração sonora e na recriação musical, aqui identificado por G1. O outro grupo foi formado por pessoas que possuíam conhecimento prévio de música – eram capazes de executar diferentes ritmos, possuíam a habilidade de posicionar a mão em acordes no violão e nomeá-los. Todos os componentes desse grupo, aqui denominado G2, tocavam instrumentos musicais de forma convencional e tinham interesse em composição musical.

Os participantes de ambos os grupos eram pessoas que não apresentavam sequelas mentais ou físicas do uso abusivo de substâncias psicoativas. Eram adultos capazes de tomar decisões com autonomia, apesar de terem passado por internamento em hospitais psiquiátricos. A situação laboral era comum a todos: estavam impossibilitados de exercer uma profissão devido a seus históricos de saúde.

Os dados foram construídos por meio da leitura e releitura dos relatórios. Após o estudo criterioso dos textos foram estabelecidas, a priori, as seguintes categorias: os objetivos do musicoterapeuta, as técnicas por ele utilizadas, e as expressões musicais, verbais e corporais dos participantes. Posteriormente, os temas recorrentes encontrados nos relatórios foram agrupados sob a categorização preestabelecida.

O agrupamento em categorias mostrou-se adequado para a análise, pois segundo Gill (2003), essa forma de classificação mostra tanto a variabilidade quanto a consistência dos dados. A partir da categorização foi feito o cruzamento dos dados dos

grupos. A análise dos dados cruzados foi realizada com base na proposta de reflexão em ação de Fuks (2007) que se fundamenta no processo de recuperar as experiências, conectá-las com os sentimentos para que possam emergir novas compreensões dos atos e situações de onde eles se manifestam.

No cruzamento dos dados as informações dos dois grupos foram comparadas com o objetivo de encontrar possíveis convergências e divergências entre os elementos destacados. Decidiu-se realizar este paralelo uma vez que os grupos apresentaram características distintas no que se refere ao conhecimento musical, tendo em vista que o G1 não possuía conhecimento formal de música, enquanto o G2 possuía e seus componentes sabiam tocar instrumentos musicais.

Os termos 'convergente' e 'divergente' foram aplicados para indicar apenas a aproximação dos dados. Em nenhum momento foi cogitada a comparação das ações dos grupos, uma vez que a diversidade e individualidade que caracteriza as formações grupais foram preservadas, independente do conhecimento musical dos agrupamentos. Dessa forma, esse cruzamento dos fenômenos revelou uma realidade que se refere apenas aos grupos aqui investigados. No entanto, esse modelo de avaliação fica aqui apresentado como uma sugestão de instrumento para a verificação das estratégias que distintos grupos constroem para concretizar sua expressão e identidade(s).

### *GRUPO 1: PROCEDIMENTOS MUSICOTERAPÊUTICOS E MANIFESTAÇÕES DO GRUPO*

O G1 foi formado por 13 homens, entre as idades de 25 e 55 anos, que se encontraram uma vez por semana durante o período de maio a junho de 2010, totalizando oito encontros. Os integrantes deste grupo haviam sido recentemente inseridos no CAPS e ainda não se conheciam. O espaço de reunião foi sempre a sala de musicoterapia do CAPS. Cada encontro teve a duração de 1h e 15min. Os homens presentes neste grupo eram dependentes do uso de substâncias psicoativas e já tinham passado por internamentos em hospitais psiquiátricos da região. No CAPS, estavam inseridos entre as modalidades de tratamento intensivo ou semi-intensivo.


No quadro 1 estão relacionados os objetivos musicoterapêuticos desenvolvidos durante o processo e as técnicas que foram utilizadas pelo musicoterapeuta. Consta



também o repertório musical do grupo, as temáticas das manifestações verbais, as manifestações corporais e expressões rítmicas.

QUADRO1: GRUPO1

CATEGORIAS	DADOS
<b>1. Objetivos do musicoterapeuta</b>	-Estabelecer vínculo com o grupo; -Proporcionar interação entre os membros; -Formar um espaço de acolhimento, de escuta mútua e bem-estar; -Possibilitar expressões afetivas e psicossociais.
<b>2. Técnicas musicoterapêuticas</b>	-Exploração de material sonoro-musical; -Improvisação; (ver BRUSCIA, 2000, p.124) -Recriação ( <i>Ibid.</i> , 2000, p. 126).
<b>3. Repertório Musical</b>	<b>Gêneros:</b> 1)Sertanejo: Menino da Porteira (Teddy Vieira), Rio de Lágrimas (Tião Carreiro). 2)Pop/Rock: Tente outra vez, Medo da Chuva, Maluco Beleza (Raul Seixas); Pais e Filhos (Legião Urbana), Não quero dinheiro (Tim Maia). 3)Hinos Evangélicos: Milagres (André Valadão), Conversão, Hino da Harpa Cristã.
<b>4. Manifestações Verbais</b>	<b>a) A música e o grupo foram considerados pelos integrantes favoráveis para:</b> -Proporcionar ocupação, distração e diversão sem uso de substâncias; -Fazer novas amizades; -Expressar conteúdos internos; -Desenvolvimento pessoal; -Ter um foco de atenção; -Ter paciência; -Auxiliar no tratamento; -Distanciar da realidade e deslocar o pensamento. - Articular conhecimentos práticos da vida cotidiana com o conhecimento musical. <b>b) Discutir ideias:</b> -Identificação com a produção musical ou atribuição de significado; -Associações livres dos participantes relacionadas às experiências com substâncias.
<b>5. Queixas</b>	-Perdas materiais; -Conflitos familiares; -Ficar muito tempo sozinho em casa, sem atividade; -Divórcio; -Falta de lugares para frequentar e participar de situações de trocas sociais; -Enfrentamento de situações de violência.
<b>6. Manifestações Rítmicas</b>	Estruturas rítmicas denominadas pelo grupo

	por: Batuque, Macumba, Samba, Sambinha, Saravá, Barulho, Fuzuê e Bagunça. 
<b>7. Expressão Corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Risos, sorrisos;</li> <li>-Organização do corpo no espaço: sentados um ao lado do outro, formando um quadrado;</li> <li>-Dirigiam o olhar para o foco de atenção.</li> </ul>

Os objetivos e as técnicas musicoterapêuticas foram trabalhadas com o G1 de acordo com as demandas apresentadas por esse grupo no início do processo terapêutico. Entre as solicitações dos participantes estavam o cantar músicas do repertório popular brasileiro, lembrar letras de canções, aprender a tocar os instrumentos musicais e conhecer outras pessoas.

De início, o musicoterapeuta tinha como objetivo estabelecer vínculo com o grupo e proporcionar respeito mútuo nas relações, de forma a construir juntamente com os integrantes um espaço de escuta e bem-estar, no qual se tornassem saudáveis as relações sociais e os fluxos de poder exercidos. Além disso, era necessário que os participantes atribuíssem credibilidade ao trabalho a ser oferecido e se sentissem seguros ou motivados para o possível retorno ao espaço da musicoterapia.

Para a concretização dos objetivos foram utilizadas técnicas próprias da musicoterapia, que estimulavam a exploração<sup>(3)</sup> das formas e dos timbres de instrumentos e de materiais sonoros. Outras atividades ofereceram a oportunidade da improvisação instrumental espontânea ou com referencial (BRUSCIA, 2000), a qual estruturou sonoridades produzidas pelo grupo. Também foram executadas canções da preferência dos participantes.

Quanto ao repertório do G1, predominou o gênero sertanejo, principalmente canções de Sergio Reis e Leandro e Leonardo. O pop/rock e os hinos evangélicos também foram solicitados. Foi característica do grupo a emissão da voz cantada, que expressou a letra das canções. As manifestações verbais espontâneas apareciam geralmente no início e no final dos encontros. Após a entrada do grupo na sala, o musicoterapeuta costumava realizar um acolhimento verbal inicial para ouvir as demandas do grupo no dia. Neste momento apareceram frequentemente expressões

de bem-estar ou a verbalização de queixas e perdas, relacionadas a: 1) perdas de vínculos sociais, como família, amigos, lugares para frequentar, atividades ocupacionais e de lazer; 2) perdas financeiras, como perda do emprego, bens materiais, objetos pessoais de valor afetivo; 3) sentimentos e emoções: impossibilidade de trabalhar, conflitos familiares, divórcio, distanciamento dos filhos, desentendimentos causados pelo uso abusivo e prejudicial da SPA, exclusão familiar, e autoestima abalada quanto ao papel de provedor da família 4) situações de violência no bairro.

Os comentários mais frequentes sobre a música, os efeitos terapêuticos do som e aproveitamento pessoal ou grupal das atividades musicoterapêuticas vivenciadas no G1 foram expressados após a conclusão das experiências musicoterapêuticas. Os participantes consideraram as atividades “boas para se ocupar”, “distrair”, “aprender”, usufruir do prazer e do bem-estar que a musicoterapia poderia oferecer durante a permanência no CAPS. Em suas falas afirmaram que a música era um foco de atenção que diminuía a ansiedade proporcionava um distanciamento da realidade e deslocava o pensamento do uso de drogas. O grupo foi considerado um espaço favorável para a comunicação entre seus participantes, para falar sobre a vida, ter paciência na escuta do outro, significar ou ressignificar o ambiente sonoro-musical, criar novas relações ou articular os conhecimentos práticos da vida cotidiana com o conhecimento musical, segundo as identidades de cada indivíduo.

As manifestações rítmicas que predominaram foram as semelhantes ao baião, a capoeira e a síncope de samba, executadas em instrumentos de percussão. Essas manifestações rítmicas foram denominadas por batuque, macumba, saravá, samba, sambinha, barulho, fuzuê e bagunça. Os mesmos padrões rítmicos foram executados em canções sertanejas como: Menino da Porteira, Sergio Reis e Rio de Lágrimas, Chitãozinho e Xororó.

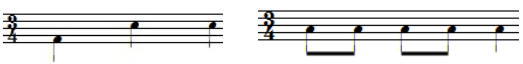
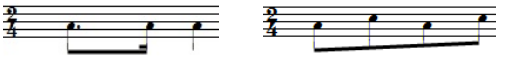


Durante os encontros e as execuções musicais foram frequentes os sorrisos e risos que surgiram como efeitos de comentários cômicos entre os membros do grupo. Os integrantes do grupo se colocavam no espaço sentados um ao lado do outro, formando um quadrado de acordo com a possibilidade de espaço da sala e dirigiram o olhar para o foco de atenção.

## GRUPO 2: PROCEDIMENTOS MUSICOTERAPÊUTICOS E MANIFESTAÇÕES DO GRUPO

O G2 foi constituído por seis homens, adultos entre 45 e 55 anos, que se reuniram uma vez por semana totalizando oito encontros. Todos os integrantes já se conheciam e estavam socialmente entrosados devido à convivência no CAPS ou em outras atividades em comum. A sala utilizada para o encontro foi a mesma do G1. Devido à solicitação feita pelos integrantes do grupo e com vistas ao melhor aproveitamento terapêutico, os encontros desse grupo duravam duas horas. Os participantes dependiam do uso de substâncias psicoativas ou estavam em período de abstinência e se encontravam em tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo ou processo de alta por melhora. Para a categorização dos dados foram estudados os oito relatórios, que continham a descrição das atividades realizadas no período compreendido entre maio e junho. Abaixo seguem as categorias de análise com os dados referentes ao G2:

QUADRO 2 – GRUPO 2

CATEGORIAS	DADOS
<b>1. Objetivos do musicoterapeuta</b>	-Proporcionar interação entre os membros; -Formar um espaço de acolhimento, de escuta mútua e bem estar; -Possibilitar expressões afetivas e psicossociais; -Expressar o referencial sonoro musical; -Ampliar o repertório de informações musicais.
<b>2. Técnicas musicoterapêuticas</b>	-Recriação (ver BRUSCIA, 2000, p.126) -Composição; ( <i>ibid.</i> , p. 127) -Audição ( <i>ibid.</i> , p. 129)
<b>3. Repertório Musical</b>	Gêneros: 1) Sertanejo: Esta noite como lembrança (João Mineiro e Marciano), Chico Mineiro (Tonico e Tinoco), Chalana (Almir Sater), Menino da Porteira (Teddy Vieira), Relógio Quebrado (Jaco e Jacozinho), Rainha do Paraná (Nascimento e Zeloni), Panela Velha (Sergio Reis), Grão de Areia (Barrerito), Homem de Pedra (Trio Parada Dura). 2) Forró: Morena Tropicana (Alceu Valença), Só quero um Xodó (Gilberto Gil).

	<p>3) Pop/Rock: Giramundo (Os Incríveis).</p> <p>4) Musica "Popular": Amor Perfeito (Amado Batista).</p> <p>5) Composições do grupo: Xote da Liberdade, A valsa das andorinhas e, Samba e Lambarizada.</p>
<b>4. Manifestações Verbais (temáticas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desejo de formar um grupo musical;</li> <li>-Prazer da experiência de tocar e cantar;</li> <li>-Identificação;</li> <li>-A importância da música na vida;</li> <li>-Articulação do conhecimento musical;</li> <li>-Desenvolvimento pessoal;</li> <li>-Comentários positivos sobre o desenvolvimento musical do grupo;</li> <li>-Assuntos sobre os eventos e atividades do CAPS.</li> </ul>
<b>5. Queixas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Depressão;</li> <li>-Exclusão social;</li> <li>-Conflitos familiares;</li> <li>-Divórcio;</li> <li>-Perdas de objetos de valor afetivo;</li> <li>-Problemas financeiros;</li> <li>-Enfrentamento de situações de violência.</li> </ul>
<b>6. Manifestações Rítmicas</b>	<p>-Elaboração de arranjos e estruturas rítmicas:</p> <p>Valsa <span style="margin-left: 100px;">Guarânia</span></p>  <p>Cururu <span style="margin-left: 100px;">Xote</span></p>  <p>Catira</p>  <p>Bugio</p> 
<b>7. Expressão Corporal</b>	<p>Grupo se dispunha conforme a necessidade de espaço exigido pelo instrumento que executavam. A bateria ficava sempre no canto da sala;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dirigiam o olhar para o foco de atenção.</li> </ul>

Os objetivos e técnicas citados no quadro acima foram trabalhados no G2 segundo suas demandas, verbalizadas no início do processo terapêutico. Os

integrantes manifestaram vontade de cantar músicas do repertório sertanejo, aprender a tocar instrumentos musicais, desenvolver seu potencial musical através de instrumentos e composições próprias.

Para a concretização dos objetivos foram utilizadas técnicas próprias da musicoterapia, as quais estimularam a execução e o canto de músicas selecionadas pelos integrantes do grupo. As técnicas também permitiram a expressão da musicalidade do grupo e a manifestação de traços das identidades de cada indivíduo. Os participantes mostraram seus conhecimentos e o potencial de produção musical, como novos arranjos em músicas recriadas e a produção de letras para suas composições. O musicoterapeuta investiu nesse potencial através de mostras de áudios de grupos musicais formados no contexto da saúde mental e em musicoterapia.

Na trajetória de vida dos membros deste grupo a música sempre esteve presente, seja na família, nos bares, em festas, em casa ou na igreja. Eles conheciam um vasto repertório sertanejo “de raiz”, os nomes das músicas, os ritmos, os intérpretes ou compositores. Assim, no repertório musical do G2, o gênero predominante foi o sertanejo, principalmente nas canções de João Mineiro e Marciano, Sergio Reis, Milionário e José Rico. Os estilos pop/rock, forró e música popular também foram executados nas canções de Gilberto Gil e Amado Batista.

Manifestações verbais espontâneas ocorriam durante os encontros. O grupo manifestou vontade de formar um grupo musical - que foi realmente constituído - para tocar o repertório e as composições criadas. O grupo foi denominado pelos seus integrantes como “Grupo Parceria Musical”. Este movimento possibilitou a eles uma diferente percepção de si mesmos, cujo foco não estava no sentimento de exclusão, incapacidade ou improdutividade, mas sim nas experiências de tocar, aprender e criar em grupo. Expressaram contentamento em poder realizar apresentações musicais nos eventos e confraternizações do CAPS-AD/Piraquara e consideraram a música como um fator de integração da comunidade. Segundo depoimentos relatados em grupo, os participantes compararam as atividades por eles vivenciadas, semelhantes ao processo de compor uma canção, mas que neste caso, estavam compondo a própria vida. Comentaram que o grupo tocava bem e mostrava bom desenvolvimento. Quanto às queixas verbalizadas, os participantes do grupo disseram enfrentar: depressão,

exclusão social, conflitos familiares, divórcio, perdas materiais, problemas financeiros e situações de violência.

As manifestações rítmicas que predominaram foram as células de valsa, guarânia, cururu, xote, catira e bugio, assim identificadas e denominadas pelos próprios integrantes do grupo. Estes ritmos foram vivenciados nas canções sertanejas ou regionalistas, que influenciaram a musicalidade e o repertório do grupo. Nos encontros o grupo se dispunha no espaço físico da sala conforme a necessidade exigida pelos instrumentos que executavam, como: bateria, violão, pandeiro, chocalho, agogô e triângulo. Os participantes tocavam de forma espontânea e os violonistas possuíam conhecimento das notas musicais, acordes, cifras e batidas padrões.

Durante os encontros foram frequentes os sorrisos e expressões de contentamento dos participantes com a música que era produzida. Apresentavam capacidade de escuta mútua e dirigiam o olhar para o foco de atenção.

A partir da observação dos dados do quadro G1 e quadro G2, foram analisadas as possibilidades da existência de convergências e divergências entre as manifestações apresentadas pelos grupos. Decidiu-se, então, realizar o cruzamento dos dados apresentados nas tabelas como forma de aproximar as realidades vivenciadas nos encontros, mesmo considerando a especificidade que identificou cada grupo. A seguir estão disponibilizados o cruzamento de dados e a aproximação entre os grupos, feitos com base na análise anteriormente discutida.

QUADRO 3: CRUZAMENTO DE DADOS

<b>CATEGORIAS</b>	<b>CONVERGÊNCIAS ENTRE O PROCESSO DO G1 E G2</b>	<b>DIVERGÊNCIAS ENTRE OS PROCESSOS DO G1 E G2</b>
<b>OBJETIVOS</b>	Proporcionar interação; Formar um espaço de acolhimento e escuta; Possibilitar expressão afetiva	G1- Estabelecer vínculo G2- Expressar o referencial sonoro e ampliar suas informações musicais
<b>TÉCNICAS MUSICOTERAPÊUTICAS</b>	Recriação	G1- Exploração e improvisação G2- Composição e audição
<b>REPERTÓRIO MUSICAL</b>	Sertanejo	G1- Pop/Rock, hinos religiosos G2- Composições próprias
<b>MANIFESTAÇÕES VERBAIS (temáticas)</b>	Fazer amizades Desenvolvimento pessoal Articulação dos conhecimentos	G1- Distração, ocupação, foco de atenção G2- Comentários positivos sobre o grupo e eventos do

	Identidade musical	CAPS
<b>QUEIXAS</b>	Conflitos familiares Situação de violência Perdas materiais	
		G2- Depressão, divórcio, exclusão social, problemas financeiros
<b>MANIFESTAÇÕES RÍTMICAS</b>	Padrões rítmicos	G1- Ritmos e suas nomenclaturas: Barulho, macumba e samba
		G2- Arranjos musicais, execução e nomenclatura de ritmos
<b>MANIFESTAÇÕES CORPORAIS</b>	Risos, sorrisos, Sentados em formação quadrangular Olhar para o foco de atenção	

Em relação às ações convergentes, ambos os grupos desenvolveram objetivos que demandaram maior entrosamento entre os participantes. Essa integração possibilitou condições favoráveis à escuta e ao acolhimento das demandas apresentadas pelos integrantes do grupo no dia, fato considerado importante para a socialização de experiências e a expressão afetiva. O estabelecimento de vínculo entre os participantes e destes com o musicoterapeuta foi objetivo para o G1, pois as pessoas iniciavam o processo e ainda não se conheciam. As metas centradas na produção musical foram mais vivenciadas pelo G2, cujos participantes já se conheciam e tinham vínculo grupal.

A ação de cantar músicas que já eram conhecidas foi uma atividade realizada por ambos os grupos, porém a composição e a audição, técnicas que exigem a criação e sistematização de ideias musicais inéditas, foram mais exploradas pelo grupo G2. O G1 vivenciou experiências relacionadas à exploração e improvisação musical, as quais permitiram novas descobertas do universo sonoro e estruturação rítmico-musical.

As canções do gênero(4) sertanejo foram continentes para a expressão de sentimentos e manifestações sociais. Os grupos G1 e G2 mostraram em suas produções musicais que tinham este estilo internalizado, principalmente nos seguintes aspectos: a) nas referências sonoras: modo de cantar, tensão vocal, modo de tocar um padrão rítmico, contorno melódico, compasso binário ou ternário, qual instrumento utilizar e *performance*, como declamações introdutórias; b) na identificação com os temas abordados nas canções: amor, solidão, separação, perdas, fatos verídicos,



sofrimento, superação, enfrentamento de situações, religião, fenômenos sobrenaturais, aprendizagem, vida na zona rural, sonhos, autobiografia, lugares, cotidiano, cultura regional, cultura tradicionalista e modo de compreender a vida; c) nas reminiscências eliciadas pelo cantar: funções sociais da música, reunião em família, lembrança de pessoas queridas e d) nas formas de consumo, de vestimenta e aparência. Com relação às divergências de repertório, enquanto o G1 preferiu estilo pop/ rock e músicas religiosas, o G2 centrou-se na composição de musicais próprias.

Nas temáticas manifestadas verbalmente durante os encontros, ambos os grupos consideraram a atividade importante para a formação de novas amizades, para seu desenvolvimento como pessoas, para seu autorreconhecimento na produção musical e para a articulação de conhecimentos adquiridos durante a vida. Percebeu-se que somente o grupo G1 significou verbalmente as atividades vivenciadas como: “distração”, “ocupação” e “foco de atenção”, enquanto o G2 fez comentários positivos sobre suas execuções musicais em grupo e nas confraternizações e eventos do CAPS. Sobre as queixas apresentadas os grupos coincidiram quando remeteram-se aos conflitos familiares, situação de violência e perdas materiais. Outros sofrimentos como depressão, divórcio, exclusão social e problemas financeiros foram manifestados apenas pelo G2.

As manifestações rítmicas foram convergentes no que diz respeito a padrões rítmicos estruturados no fazer musical de ambos os grupos. O G1 denominou as estruturas rítmicas que executou como “barulho”, “macumba” e “samba”, possivelmente devido aos instrumentos de percussão que executavam. Já o G2, elaborou arranjos e composições e reconheceu sua criação como “valsa”, “guarânia”, “cururu”, “xote”, “catira” e “bugio”. As manifestações corporais que mais se repetiram nos grupos foram os risos e sorrisos. Os participantes se organizavam no espaço físico sentados em formato de quadrado e dirigiam o olhar para o foco de atenção. Através desses dados, percebeu-se que foi recorrente a fruição das experiências musicais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados nesta pesquisa revelaram que as ações de cantar, executar instrumentos musicais e criar canções, mediadas pelas técnicas e pelas intervenções do musicoterapeuta, construíram situações sociais nas quais se tornaram possíveis as trocas afetivas e psicossociais saudáveis entre os participantes dos dois grupos analisados. Estas trocas resultaram em interações ocorridas durante as experiências musicoterapêuticas, gerando ações integradas entre os membros inseridos na musicoterapia. Os indivíduos tiveram oportunidade de se reconhecer e serem reconhecidos, seja no respeito aos seus conhecimentos, aos limites de cada um, na solidariedade, nas expressões de ideias e na identificação de sua produção musical. As manifestações verbais reafirmaram estas experiências, como também o desenvolvimento individual e grupal durante o processo e o sentido de coletividade entre os grupos.

O trabalho musicoterapêutico proporcionou mudanças nos estados emotivos e psíquicos e canalizou as tensões para o bem-estar e fruição da atividade em conjunto, ao contrário do que acontece nos internamentos de isolamento social. As manifestações rítmicas mostraram a capacidade de elaboração, estruturação e organização dos referenciais sonoros. Os participantes maximizam as oportunidades de criação de situações coletivas de vida e autonomia. Segundo Kinoshita (1996) autonomia é “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com [autossuficiência] nem com independência” (KINOSHITA, 1996, p.56).

As questões de gênero masculino atravessaram esta pesquisa e influenciaram as manifestações afetivas e psicossociais dos grupos. Sabe-se que no modelo hospitalocêntrico hegemônico, as afetividades dos internos foram interdidas. Suas manifestações não eram consideradas relevantes para seu tratamento, mesmo porque não havia a noção ou a preocupação com a subjetividade. Os homens que participaram desta pesquisa, possivelmente enfrentaram o afastamento dos espaços socialmente valorizados na esfera pública. O ‘padrão’ cobrado do homem atual é o do Homem racional, ativo no público, na produção de conhecimento, provedor do lar, pressionado

a ser independente e autossuficiente em seus conteúdos emocionais. Isto muitas vezes pode levá-los a “desvalorizar ou negar necessidades afetivas em nome desta ‘razão social’” (SEIDLER *apud* GIFFIN, 2005, p. 52).

Quanto a questão da implantação dos CAPS atualmente, Silva (2007) nos alerta quanto à formação de “CAPScômios” ou “minicômios”: “CAPS com funcionamentos manicomiais” (p.18). Para a autora, os manicômios, como dispositivos de aprisionamento, mudaram de nome, de local, de logotipo e de crenças, mas ainda estão presentes na atualidade e, talvez, esquecer dessa premissa pode resultar no fortalecimento do modelo antigo de assistência à saúde. Assim, no decorrer dos encontros de musicoterapia foi possível considerar as trocas psicoafetivas dos participantes como fontes importantes de dignidade e integridade na relação humana. No CAPS-AD/Piraquara, a musicoterapia funcionou como um dispositivo da Reforma Psiquiátrica, com a intenção de reconhecer as pessoas e suas realidades tais como elas são, sem dar prioridade às patologias e sem excluí-las. Foi uma experiência musicoterapêutica ativa, de composição e recriação da vida, na qual este autor teve a oportunidade de estar e sonorizar junto aos participantes.

---

(3) Defino a “exploração de instrumentos” como uma experiência musical que o paciente escolhe para se engajar, ou uma técnica que, em muitos momentos, principalmente no início do processo ou sessão, o musicoterapeuta propõe, com o objetivo de: uma maior aproximação com os instrumentos, pois o(s) paciente(s) não está(ão) ainda familiarizado(s) com estes; um “aquecimento” para o início de uma sessão, como introdução para se utilizar posteriormente uma outra técnica; o desenvolvimento da percepção auditiva/visual e tátil; um momento do paciente consigo mesmo para um posterior entrosamento deste com os outros participantes de um grupo através do sonoro, e outros aspectos específicos que possam ser desenvolvidos (prazer, lazer...). No entanto, o musicoterapeuta deve estar atento, pois o fato de o paciente manter sua atenção no instrumento pode representar defesa ou resistência. Barcellos, L. R. M. *As ‘Experiências Musicoterápicas’ nos Cursos de Musicoterapia: uma pesquisa qualitativa – fenomenológica*. Rio de Janeiro, 2001.

(4) Por gênero se entende um conjunto de músicas que se caracterizam pela semelhança na “destinação ambiental, no conteúdo linguístico, na natureza instrumental e no caráter da comunicação e das estruturas ou formas musicais internas” (MAGNANI, 1996, p.110).

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica*. Cad. Saúde Públ., vol.11 nº3, Rio de Janeiro, 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1995000300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024)> Acesso: 25 abr. 2010.

BRASIL, *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, Ministério da Saúde, 2004. 86p.

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

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PANARÁ – CRMPR. Disponível em: <[http://www.crmpr.org.br/ver\\_noticias.php?id=945](http://www.crmpr.org.br/ver_noticias.php?id=945)> Acesso em 29 out 2010.

CUNHA, Rosemyriam. *Musicoterapia Social*. Palestra apresentada no XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, VI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia, II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia, 06 a 09 Set, Goiânia, 2006.

CUNHA, Rosemyriam; VOLPI, Sheila. *A prática da Musicoterapia em diferentes áreas de atuação*. R.cient./FAP, Curitiba, v.3, p.85-97, 2008.

FOUCAULT, Michael. *Doença Mental e Psicologia*. Tradução de L. Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

FUKS, Saúl. *Reflexiones acerca de las paradojas del empowerment*. In: SAFORCADA, Enrique et al. *Aportes de la Psicología Comunitaria: a problemáticas de la actualidad latinoamericana*. Buenos Aires: JVE Ediciones, 2007. p.19-49.

GIFFIN, Karen. *A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10 n.1, p. 47-57, 2005.

GILL, Rosalind. *Análise de discurso*. In: GASKELL, G.; BAUER, M.; (orgs). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 244-270.

GUAZINA, Laize. *Reflexões sobre 'o social' em Musicoterapia*. Anais X fórum Paranaense de Musicoterapia e I Encontro Sul-brasileiro de Musicoterapia, Curitiba, 2008. p.110-117.

GUAZINA, Laize; TITTONI, Jaqueline. *Musicoterapia Institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções*. *Psicologia e Sociedade*. São Paulo: ABRAPSO, v.21, p.108-117, 2009.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. *Contratualidade e reabilitação psicossocial*. In: PITTA, A. M. F. (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.55-59.

MACRAE, Edward; VIDAL, Sergio Souza. *A resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas*. Rev. Antropol. São Paulo, nº 2, vol 49, p.645-666. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-77012006000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-77012006000200005&script=sci_arttext)> Acesso 13 maio 2010.

MAGNANI, Sergio. *Expressão e comunicação na linguagem da música*. 2ª Ed, Belo Horizonte, Ed. UFMG, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=16134](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=16134)> Acesso em: 30 maio 2010.

SILVA, Lydio Roberto. *Musicoterapia: a música como espaço tempo relacional entre o sujeito e suas realidades*. Rev. do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia. Curitiba: Faculdade de Artes do Paraná, v.1, p.27-37, 2010.

SILVA, Raquel Siqueira; MORAES, Márcia. *Musicoterapia e saúde mental: relato de uma experimentação rizomática*. Rev. Psico, Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, v.38, nº 2, p. 139-147, maio/ago, 2007.

**Recebido:** 13/04/2011

**Aprovado:** 21/05/2011