

OFICINA DE MUSICOTERAPIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II: ANÁLISE COMPORTAMENTAL SOBRE A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Weslene Gomes Rodrigues Hemerly¹
Margareth Marchesi Reis²

RESUMO

Essa pesquisa visa compreender sob a perspectiva dos usuários de um CAPS II Transtorno na grande Vitória os impactos da musicoterapia como processo terapêutico. Tem como objetivo compreender os impactos da musicoterapia como processo terapêutico dos usuários do CAPS II, identificar os benefícios da musicoterapia para os usuários do CAPS II; verificar as mudanças comportamentais dos usuários deste serviço a partir da oficina de musicoterapia e descrever como os usuários deste serviço lidam com o seu sofrimento com o uso do instrumento da musicoterapia como processo terapêutico considerando a relação destes usuários com a participação nas oficinas de musicoterapia incluída no Projeto Terapêutico Singular (PTS) como uma das ferramentas do processo psicoterapêutico. A musicoterapia tem registro de sua importância nas equipes de saúde dos hospitais dos Estados Unidos com benefícios advindos com a música na redução do sofrimento. A pesquisa contribui para maior domínio acerca do tema com intervenções mais adequadas. A pesquisa utiliza o grupo focal de formação homogênea com coleta de dados num estudo de campo, adesão voluntária dos participantes, os dados foram interpretados com base na metodologia de análise qualitativa descritiva à luz da Teoria da Análise do Comportamento. Conclui que a participação dos usuários nas oficinas de Musicoterapia do CAPS é mantida por (R-) ao evitar o aversivo e alivia o sofrimento. Possibilita a emissão de comportamentos para alguns usuários durante as oficinas e fora delas que tem como consequência a obtenção de (R+) que potencializam os usuários para atuarem no ambiente de forma mais adaptativa.

Palavra-chave: Musicoterapia. CAPS II. Projeto Terapêutico Singular.

ABSTRACT

This research aims to understand, from the perspective of users of a CAPS II Disorder in Greater Vitória, the impacts of music therapy as a therapeutic process. Its objective is to understand the impacts of music therapy as a therapeutic process for CAPS II users, to identify the benefits of music therapy for CAPS II users; verify the behavioral changes of users of this service from the music therapy workshop and describe how users of this service deal with their suffering with the use of the music therapy instrument as a therapeutic process considering the relationship of these users with participation in music therapy workshops included in the Singular Therapeutic Project (PTS) as one of the tools of the psychotherapeutic process. Music therapy has a record of its importance in the health teams of hospitals in the United States with benefits

¹ Graduanda do Curso de Psicologia do Centro Universitário Salesiano. lemaawgr@gmail.com

² Psicóloga/Ufes, Mestre em Saúde Coletiva/Ufes, margareth.marchesi@terra.com.br.

arising from music in reducing suffering. Research contributes to greater mastery of the topic with more appropriate interventions. The research uses the homogeneous training focus group with data collection in a field study, voluntary adherence of the participants, the data were interpreted based on the descriptive qualitative analysis methodology in the light of the Behavior Analysis Theory. It concludes that the participation of users in the CAPS Music Therapy workshops is maintained by (R-) to avoid the aversive and alleviate suffering. It enables the emission of behaviors for some users during and outside the workshops, which results in obtaining R+ that empower users to act in the environment in a more adaptive way.

Keyword: Music therapy. CAPS II. Unique Therapeutic Project.

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da musicoterapia como ciência ocorreu a partir de tratamentos alternativos junto aos ex - combatentes da I e II guerra mundial. As equipes de saúde dos hospitais dos Estados Unidos observaram os benefícios advindos com a música na redução do sofrimento físico e psíquico. A musicoterapia, como expressão cultural, alivia o sofrimento e gera impactos terapêuticos (TYSON, 1981).

Segundo Bruscia (apud HOLANDA; PUCHIVAILO, 2004) seu uso científico ocorreu nos hospitais onde aconteciam os recitais com a escuta, o ensino e a aprendizagem da música.

A música tem sido historicamente associada ao cuidado humano (PODOSKY apud HOLANDA; PUCHIVAILO, 2004).

A musicoterapia como processo terapêutico também é explicada por (BARCELOS; TEIXEIRA; RIBEIRO et al., 2018 p. 1055):

[...] a musicoterapia é uma terapêutica que não apenas oferece humanização em determinados cuidados em saúde, mas ao mesmo tempo contribui para o alívio da dor, tratamentos de distúrbios psicossomáticos, físicos e espirituais. Para adeptos da musicoterapia, evidencia-se uma sensação de paz, alegria, alívio, descontração e bem-estar.

O emprego da musicoterapia com objetivos terapêuticos junto à pacientes com transtornos mentais tem sido foco de estudo. Levantamentos bibliográficos indicam que o uso da musicoterapia junto às pessoas com transtornos mentais pode contribuir para ganhos terapêuticos com a melhora nas interações sociais. Existem registros de experiências em ambientes hospitalares que promoveram a quebra na rotina que transformou os hospitais em ambientes mais prazerosos, com o fortalecimento das relações sociais, culturais, biológicas e psíquicas (BARCELOS et al., 2018).

Ainda segundo Barcelos e outros (2018) a musicoterapia permite que seja realizada a análise comportamental das pessoas por meio da utilização dos sons que fizeram parte da história de vida dessas pessoas. Este aspecto torna o trabalho espontâneo com ganhos nas interações humanas, contribuindo para o estabelecimento de vínculos que permitem a expressão corporal, a fala e a possibilidade de fazer emergir o sofrimento físico e psíquico do usuário em uma proposta terapêutica, o que representa pode beneficiar o usuário a partir de uma condição estabelecida que o potencializa lidar com os padrões repetitivos presentes no transtorno mental.

O trabalho de revisão bibliográfica de Oliveira e outros (2021) analisa os ganhos com a intervenção da musicoterapia junto às crianças com transtorno do espectro autista. Esse artigo evidencia que a música é uma forma lúdica que possibilita o desenvolvimento da linguagem, das habilidades motoras, das interações sociais que refletem na melhoria do desempenho escolar, além de potencializar a interação da criança com a família.

As contribuições nas intervenções com crianças com transtorno do espectro autista também são reforçadas quando tomamos a música em suas características e potências psicoterapêuticas. Sendo assim, pode-se dizer que a música é marcada por ritmos que atuam no sistema nervoso central que contribuem para avanços na cognição, interação e nos comportamentos que podem resultar na redução de comportamentos estereotipados presentes no autismo (OLIVEIRA et al., 2021).

Oliveira e outros (2021) ainda citam o uso da musicoterapia num Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) que atende crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e que tem dificuldades em estabelecer e manter vínculos sociais. Neste estudo há registros de que realizar oficinas e atividades que envolvem a musicoterapia contribuiu para os avanços na comunicação verbal e não verbal, assim como, auxiliou na ruptura de silêncios e na redução dos comportamentos padronizados com aumento significativo da autoexpressão das crianças. O trabalho mostrou que a musicoterapia, como processo terapêutico, possibilita a melhoria na comunicação e na socialização dessas crianças com avanços significativos no perfil clínico e psicológico.

A utilização da musicoterapia como intervenção terapêutica junto aos transtornos mentais tem como finalidade obter avanços na mobilidade motora, expressão física, expressão emocional e nos relacionamentos sociais na direção do alcance do bem-estar físico e psíquico (LEINIG apud BARBOSA, 2014).

Em 1950 a musicoterapia transformou-se em profissão; e atualmente há profissionais musicoterapeutas atuantes em setores como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRUSCIA apud PUCHIVAILO; HOLANDA, 2004).

As atividades com musicoterapia também podem ser realizadas por outros profissionais como o Psicólogo, o Terapeuta Ocupacional e demais profissionais que compõe a equipe de saúde dos CAPS (CARDOSO, 2018).

O interesse por esta temática pesquisada em um CAPS II se deu em decorrência da experiência adquirida nos estágios supervisionados. A atuação neste local nos despertou a atenção pelas oficinas, em especial, pela oficina de musicoterapia e os impactos dela como processo terapêutico nos usuários. Queríamos compreender se existia benefícios psicoterapêuticos sob a perspectiva dos usuários deste serviço.

A pesquisa tem como objetivo geral compreender os impactos da musicoterapia como processo terapêutico dos usuários do CAPS II, sob a perspectiva destes usuários. Para isso buscamos: identificar os benefícios da musicoterapia para os usuários do CAPS II; verificar as mudanças comportamentais dos usuários deste serviço a partir da oficina de musicoterapia e descrever como os usuários deste serviço lidam com o seu sofrimento físico e psíquico com o uso do instrumento da musicoterapia como processo terapêutico.

O trabalho justifica-se do ponto de vista social, pois a musicoterapia contribui para o fortalecimento da clínica ampliada, para a potencialização do tratamento terapêutico com vistas no Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído a partir da articulação de condutas terapêuticas direcionadas para o indivíduo ou para o coletivo, o PTS é fruto

de debates coletivos realizados pela equipe multidisciplinar e seus diferentes e articulados saberes para a disseminação de novas disciplinas dentro do contexto clínico da psicose, além de colaborar para uma sociedade mais tolerante e inclusiva frente aos transtornos mentais ao possibilitar o fortalecimento dos vínculos e das relações sociais dos usuários.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (apud ABP, 2011) o Brasil conta com 50 milhões de pessoas afetadas pelos transtornos mentais ocupando a terceira posição no mundo, com destaque para a depressão que atinge 20% dos adolescentes e é tida como a causa de um número significativo de suicídio nessa fase de vida. Este panorama está em crescimento e se agrava com a pandemia da Covid 19 num país marcado por atitudes preconceituosas fato que fez com que a Associação Brasileira de Psiquiatria lançasse desde 2011 a campanha contra a Psicofobia que são atitudes preconceituosas com quem tem transtorno mental e que atrapalham o tratamento terapêutico. Dessa forma, a pesquisa justifica sua relevância científica pois irá colaborar para o enriquecimento do estudo sobre os impactos do desenvolvimento de oficinas de musicoterapias no cuidado da saúde mental e contribuirá para o movimento da luta antimanicomial e a promoção da saúde mental a partir do olhar e prática da clínica ampliada.

Para compreender tal fenômeno será utilizada como vertente a abordagem da Teoria da Análise do Comportamento e o Behaviorismo Radical de Skinner. De antemão, cabe destaque ao termo mental empregado por outras abordagens, ressaltamos ainda que a Análise do Comportamento não considera a divisão mente e corpo. Para Skinner, (1974) o organismo é um só e interage com o ambiente, onde o pensar é tido como um comportamento privado porque não pode ser observado por outras pessoas.

Conforme Skinner (apud MARTIN, 2018) o comportamento operante é a manutenção de um comportamento mantido pelas consequências. Este tipo de comportamento envolve a tríplice contingência: evento antecedente, resposta e consequência.

A consequências dos comportamentos modificam a ocorrência do comportamento que envolvem os antecedentes que funcionam como estímulos discriminativos para a resposta da pessoa. As consequências são de reforço positivo (R+) ou reforço negativo (R-). No (R+) ocorre a apresentação do reforço já no (R-) acontece a retirada ou se evita o aversivo (fuga e esquiva), ambos podem aumentar ou manter a frequência do comportamento diante do antecedente que funciona como estímulo discriminativo. Em relação as consequências com punições positivas (P+) e punições negativas (P-). Nas (P+) ocorre a apresentação de aversivo no ambiente e na (P-) acontece a perda de reforçador no ambiente, os dois tipos de punições podem diminuir a frequência do comportamento (MEYER, 1997; SKINNER, 1953/2003 apud BERNARDO, 2015).

Os teóricos da Análise do Comportamento utilizam em suas análises a Análise Funcional. Guilhardi (2017) considera a Análise Funcional como a responsável pela ocorrência do comportamento que ocorre vinculado às contingências em que o comportamento é emitido. A Análise Funcional tem o objetivo de entender qual a função do comportamento para a pessoa que se comporta.

Matos, (apud Guilhardi, 2017, p. 9) considera que a Análise Funcional é o estudo das “contingências comportamentais” em que o comportamento da pessoa ocorre de modo contextualizado. Ainda segundo esta autora o (a) terapeuta comportamental considera os comportamentos e sentimentos, mas na prática o profissional trabalha com contingências de reforçamento.

Andery et al (apud GUILHARDI, 2017, p. 3), destaca que essas autoras estão “sintonizadas com Skinner, e apontam que a análise de contingências de reforçamento é o instrumento que operacionaliza o fazer análise funcional”.

“Uma análise funcional nada mais é do que uma análise das contingências responsáveis por um comportamento ou por mudanças nesse comportamento. ” (Matos, 1999, p.46)

A musicoterapia como processo terapêutico, pode ser entendida como estímulos que alteram o ambiente e podem ter a função de gerar reforçadores para os envolvidos. As respostas ao estímulo discriminativo som: cantar, tocar e dançar podem ter consequências para os envolvidos com ampliação do seu repertório comportamental que poderá tornar possível a melhora nas suas inter-relações sociais e promover ganhos no processo terapêutico (MOREIRA, 2007).

Dessa forma, a musicoterapia ao alterar o ambiente com o estímulo discriminativo “som” poderá evocar respostas de cantar, dançar e falar que podem gerar consequências para os usuários, como por exemplo, os sentimentos nomeados de alegria e felicidade ou até alívio no caso de consequência de (R-), estas consequências podem manter o comportamento de participar das oficinas e o contato com o ambiente das oficinas podem favorecer a emissão de comportamentos de consequência de (R+) nas oficinas e para além delas, num ambiente reforçador e não punitivo semelhante às oficinas de musicoterapia que ocorrem no CAPS II onde o estudo foi realizado.

Essa terapêutica pode ser avaliada por meio da escuta e da análise qualitativa com a descrição das falas dos usuários sobre como se sentem quando se comportam durante a oficina de musicoterapia e fora delas. Esses aspectos comportamentais têm funções na vida dos indivíduos e podem evocar respondentes que são nomeados de sentimentos, quando ocorrem junto com o comportamento de cantar, falar e dançar. Desta forma, tais comportamentos podem representar ganhos terapêuticos e aumentar repertório comportamental dos usuários, e dessa forma, contribuir para melhoria da condição do usuário em lidar com os sintomas decorrentes do transtorno, além de potencializar a sua interação com o ambiente. Cabe destacar que para a análise do comportamento os sentimentos são comportamentos nomeados ao longo da história de aprendizagem de cada indivíduo e ensinados pela comunidade verbal a cada indivíduo de modo contextualizado (MOREIRA, 2007).

Essas consequências geradas poderão ter a função de reforço negativo com evitar/retirada o aversivo ou reforço positivo definido por Skinner (apud MOREIRA, 2007 p. 101) “Um reforçador positivo é um evento que, quando apresentado, imediatamente, após um comportamento, resulta no aumento da frequência desse”, dessa forma, as consequências reforçadoras seja por reforço negativo ou positivo poderão contribuir para manter o comportamento de participar das atividades e, concomitantemente, ampliar a comunicação, a expressão corporal, a interação social dos participantes e a melhoria nos vínculos sociais, acrescidos ao aumento do repertório social que poderá promover ganhos terapêuticos para os usuários e romper com o isolamento social, frequentes nas pessoas com transtornos mentais.

1.1 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II

O CAPS II transtorno é um dispositivo de saúde referência para pessoas com transtornos mentais graves e outras psicopatologias psiquiátricas, não sendo possível lidar sozinho com os sintomas que fazem parte dos transtornos mentais, sendo necessário, portanto, intervenções que são realizadas por equipes multidisciplinares.

O CAPS II é um equipamento de saúde que faz parte da assistência à Saúde Mental dentro do Sistema Único de Saúde. Oferece serviços como: acompanhamento médico psiquiátrico, fornecimento de medicação, elaboração do projeto terapêutico singular pelo profissional de referência, psicoterapia e estímulo à integração entre a família do usuário e a comunidade. O CAPS II é um serviço que tem por princípio atender demandas espontâneas e encaminhamentos realizados pelos setores que compõem a rede de atenção psicossocial como a Unidade Básica de Saúde da Família e demais setores que integram a rede de Atenção Psicossocial (SESA, 2015).

Os CAPS foram criados em decorrência do processo de desinstitucionalização que data da década de 90, sendo uma conquista atribuída também ao movimento da Reforma Psiquiátrica (LANCETTI, 2001). Trata-se de um serviço substitutivo, de base territorial, que possui portas abertas, cuja concepção do cuidado se diferencia da lógica centrada no hospital (TENÓRIO, 2002).

A Reforma Psiquiátrica brasileira pauta-se em um modelo construído de modo coletivo com o objetivo de mudar o padrão da atenção e a gestão do cuidado, teve como marco o fechamento de enfermarias e pavilhões do hospital Psiquiátrico de Trieste, na Itália (MACIEL, 2008).

O CAPS II é um serviço da Saúde Mental que ordena a Rede Atenção Psicossocial, a RAPS, sendo normatizado pelo decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei de organização do Sistema Único de Saúde lei nº 8080/90. Esse decreto institui as regiões de saúde por espaços geográficos delimitados por grupos de municípios limítrofes, identidades socioeconômicas e culturais, transportes compartilhados, meios de comunicação, dentre outros; com a finalidade de organizar, planejar e realizar as ações e serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde (GARCIA; REIS, 2018, p. 22-23).

A RAPS é normatizada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011, revogada pela Portaria Ministério da Saúde de Consolidação nº 3/2017 que sofreu alterações pela Portaria Ministério da Saúde do nº 3.588/2017.

A Raps foi elaborada numa estrutura marcada pela integralidade desde o acesso à ampliação. A Raps tem impressa a marca da regionalidade e busca atingir o objetivo de ajudar a pessoa a reelaborar o adoecimento e, dessa forma, promover saúde e não doença, fora da lógica manicomial (CARDOSO, 2018).

A intersetorialidade é contemplada por Maciel (2008) no trabalho de atenção psicossocial com diálogo entre os setores da Rede de Atenção Psicossocial do campo da saúde no geral.

O movimento da Reforma psiquiátrica configura-se como um processo de luta contínua histórica, técnica, política e social que ainda tem como grande desafio o rompimento da lógica tutelar instituída e fundamentada na clínica disciplinar que

destina ao sujeito um lugar de passividade. Romper com esse modelo ainda é um processo que se constrói coletivamente, pois ainda lidamos com aspectos próprio do modelo hospitalocêntrico como direcionar o cuidado pautando-o no diagnóstico e não no sujeito, desta forma reproduzindo o modelo de tutela, negando a possibilidade de autonomia do sujeito com transtorno mental. Como alternativa à essa clínica disciplinar nasce a Clínica ampliada com o olhar para quem sofre, contemplando questões subjetivas, familiares e sociais que não anula o sujeito (MACIEL, 2008).

O CAPS é parte importante da RAPS, pois é um espaço para a prestação de um serviço substitutivo ao modelo manicomial. Esse serviço funciona no modo aberto e comunitário e conta com a equipe multiprofissional com trabalho interdisciplinar formada por Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Farmacêuticos, Assistentes Sociais, Artistas, Terapeutas Ocupacionais e Equipe de Apoio (SESA, 2015).

O CAPS onde realizamos este estudo está localizado no prédio do CRE Metropolitano em Cariacica – ES, é denominado CAPS Cidade e segundo a Secretaria de Estado de Saúde - ES (2015) é classificado como CAPS II destinado para cidades com população entre 70 mil e 200mil habitantes,

No CAPS II são desenvolvidas ações de assistência, educação e reinserção social. Na assistência acontecem: a ação diária, a consulta psiquiátrica, as oficinas terapêuticas, as consultas de enfermagem, o acolhimento diário e as visitas domiciliares. Na educação são desenvolvidas: o apoio matricial às Estratégias de Saúde da Família e capacitação/supervisão de casos, a capacitação aos agentes comunitários de saúde, a reunião técnica de equipes para discussão de elaboração de projeto terapêutico singular (PTS), a supervisão clínica, o campo de estágio da psicologia, da psiquiatria, do serviço social, da enfermagem, das artes e da terapia ocupacional. Na inserção social acontece: o grupo de geração de renda, a participação na economia solidária, as atividades de lazer e cultura, a articulação intersetorial - assistência educação e justiça – participação no núcleo de luta antimanicomial e qualificação socioprofissional e reinserção no mercado de trabalho através de parcerias (SESA, 2015).

Este serviço utiliza como ferramentas terapêuticas as diversas oficinas com o objetivo de reinserção social que contemplam artesanatos, economia e renda, fala livre, Saraus, Karaokê, pinturas e, assim, essa clínica se amplia e convida outras profissões como atores, artistas à participação, convocando também a musicoterapia para se envolver nessa clínica como possibilidade psicoterapêutica para os usuários.

1.2 A CLÍNICA AMPLIADA

O processo da luta antimanicomial configurada como um movimento social com o objetivo de questionar e transformar as formas de tratamento e o conceito da sociedade sobre a loucura, Amarante, (2007) soma-se a busca pela ruptura da lógica tutelar que contesta a clínica disciplinar com a anulação do sujeito, isso fez nascer a Clínica Ampliada como alternativa de uma nova prática que considera as questões subjetivas, familiares e sociais das pessoas (MACIEL, 2008).

Essa prática retirou os holofotes da doença e destacou o doente concreto que deu início ao debate sobre uma prática para além do manicômio, com o objetivo de possibilitar o exercício de um sujeito ativo e de posse de seus direitos, construindo com isso uma sociedade melhor (VIEIRA, 2013)

“Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o sujeito e seu contexto como objeto de estudo e de práticas da clínica. Trata-se da ampliação do objeto de estudo e práticas” (GASTÃO, 20, p. 57). Essa afirmação resulta numa clínica de ampliação que inclui o sujeito, o seu mundo e a doença.

A clínica praticada no CAPS é a clínica ampliada, ela não se limita a um setor, campo, abordagem ou área, essa clínica se espalha pelos diversos saberes na busca da promoção da saúde mental, tendo como proposta o cuidado sustentando na promoção da saúde ao considerar a complexidade em torno do ser humano e suas questões subjetivas, familiares e sociais que possam estar dificultando o modo de fazer andar a vida do sujeito. Essa clínica tem o objetivo de desfocar o olhar para a doença e lançá-lo para aquele que sofre (CAMPOS, 2001).

A clínica ampliada convida os diversos saberes para desempenhá-la de modo multiprofissional e interdisciplinar dentro do CAPS, ela convoca a Musicoterapia para abraçá-la. A partir dessa compreensão pretende-se nessa pesquisa compreender os impactos da musicoterapia como processo terapêutico dos usuários do CAPS II e interpretá-la de forma qualitativa e descritiva à luz da Teoria da Análise do Comportamento.

2. METODOLOGIA DA PESQUISA

2.1 DELINEAMENTO:

A pesquisa enquadra-se na abordagem qualitativa descritiva, pois permite maior aprofundamento de temas complexos, "a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis" (GIL, 2008, p. 42).

Será adotado o estudo de campo definido por (GIL, 2008, p. 53):

Tipicamente, o estudo de campo focaliza uma comunidade, que não é necessariamente geográfica, já que pode ser uma comunidade de trabalho, de estudo, de lazer ou voltada para qualquer outra atividade humana. Basicamente, a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo. Esses procedimentos são geralmente conjugados com muitos outros, tais como a análise de documentos, filmagem e fotografia.

Portanto o estudo de campo permite um maior aprofundamento Gil (2008). Destacamos aqui que o local de realização desta pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS Cidade) localizado no prédio do Centro Regional de Especialidade (CRE) Metropolitano localizado no município de Cariacica- ES. O CAPS II compõe a rede de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA) é um serviço substitutivo fruto dos processos de desinstitucionalização e da luta antimanicomial. O CAPS II atende usuários com transtorno mental grave e vulnerabilidade onde são desenvolvidas as oficinas, em específico, a de Musicoterapia (SESA, 2015).

2.2 AMOSTRA/PARTICIPANTES:

A pesquisa envolveu 09 usuários do CAPS II, sendo destes: 06 mulheres e 03 homens. A faixa etária dos participantes está entre 25 a 60 anos, sendo estes pertencentes a dois grupos distintos, um da oficina de Sarau e outro da Oficina de Karaoquê. Vale lembrar que ambas as oficinas utilizam a musicoterapia como técnica psicoterapêutica.

O Sarau são eventos onde acontecem encontros de pessoas para desenvolver atividades com músicas, conversa e dança. A palavra Sarau deriva de *seranus*, entendido como prática noturna que visa a interação cultural entre pessoas. Na atualidade essa prática tem ocorrido em ambientes diversificados (PUC, 2010).

O Karaoquê trata-se de prática de cantos de músicas com técnicas de pré-gravação com legendas das letras das músicas para acompanhamento. As músicas foram selecionadas e acompanhadas pelos participantes (INFOPÈDIA).

2.3 INSTRUMENTOS:

Adotamos como instrumento de coleta de dados a técnica de grupos focal constituído de modo homogêneo onde os “membros são similares nas dimensões essenciais com respeito à questão da pesquisa” (FLICK, 2012, p. 120).

Adota o grupo focal com subtemas disparadores (APÊNDICE A) pois ele promove o aprofundamento, a reflexão com um grau de complexidade considerável, comparado aos métodos tradicionais. O grupo focal ao permitir a discussão e as trocas entre os participantes sobre os temas disparadores de forma crítica, se distingue das entrevistas e dos questionários, pois permite um debate mais crítico e aprofundado de questões subjetivas (BACKES, COLOMÉ, ERDNANN & LUNARD, 2011).

2.4 PROCEDIMENTOS:

Foi apresentada a proposta da pesquisa e solicitado autorização (APÊNDICE B) à Coordenação do CAPS II mediante assinatura dos termos de consentimento.

Após a aprovação da pesquisa pela direção do CAPS II, iniciou-se a coleta de dados que ocorreu durante o mês de outubro de 2021. Os participantes formaram grupos de modo aleatório. Foram formados dois grupos: o grupo de usuários do Sarau com 5 participantes e o grupo de usuários do Karaoquê com 4 participantes. A duração média dos encontros foi de 40 minutos, em horários e salas diferentes, porém dentro do CAPS II. O encontro teve como moderador o próprio pesquisador, sob supervisão da professora orientadora da pesquisa. As atividades tiveram o formato de rodas de conversas a partir dos subtemas disparadores.

A pesquisadora explicou para os usuários sobre o tema que foi pesquisado e perguntou para o usuário se ele está disposto a contribuir com a pesquisa. Após o aceite, foi agendada a participação da pesquisadora na respectiva oficina, uma vez que esta já fazia parte das atividades do CAPS II. Neste dia, após a oficina os usuários do CAPS que aceitaram participar da pesquisa, falaram sobre a oficina de acordo com os temas disparadores propostos.

No dia definido, a pesquisadora antes de iniciar a atividade do grupo focal com os subtemas disparadores leu juntamente com os usuários do CAPS II o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), ressaltando que as informações pessoais seriam mantidas em sigilo; e que caso ocorra alguma consequência durante aquele momento, o participante teria apoio da coordenadora

da pesquisa. Depois dos esclarecimentos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando com a posse de uma das vias deste. Ficou registrado no TCLE que a qualquer momento o participante poderia retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa em qualquer etapa em que ela se encontrasse. A pesquisadora ressaltou que se o usuário tiver interesse, poderá entrar em contato com os resultados obtidos após a conclusão do artigo.

2.5 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE:

Os dados foram coletados através do grupo focal de formação homogênea como instrumento para a coleta de dados num estudo de campo, com subtemas disparadores (APÊNDICE A) que promove trocas entre os participantes e o debate COLOMÉ, ERDNANN & LUNARD, 2011).

Com o intuito de viabilizar a análise de dados foram realizadas gravações e transcrições dos encontros. Em outro momento foi feita análise funcional do comportamento para isso foi realizada uma leitura minuciosa dos dados com o objetivo de compreender o todo. Numa segunda leitura dos dados coletados foi possível a identificação de comportamentos que contextualizados esclarecem a sua função junto à musicoterapia, assim como, o entendimento pelos usuários dos impactos desses comportamentos a partir da musicoterapia no seu processo terapêutico.

Para compreender tal fenômeno foi utilizada como vertente a abordagem da Teoria da Análise do Comportamento e o Behaviorismo Radical de Skinner, pois a musicoterapia como processo terapêutico pode ser entendida como estímulos antecedentes que podem alterar o ambiente e modificar a resposta do indivíduo gerando consequências que são reforçadores positivos Guilhardi (2017) para os envolvidos, dessa forma, esse tipo de estímulo, pode contribuir, nesse caso, para ganhos no processo terapêutico com a ampliação do seu repertório comportamental e assim eles podem colaborar para a ruptura do isolamento social, frequente nos transtornos mentais.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS:

Com o compromisso de garantir ao participante seus direitos com fundamento no documento que trata da pesquisa que envolve seres humanos Resolução nº 466/2012 de 12 de dezembro do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), foi confeccionado termo de autorização (APÊNDICE B) para a realização da pesquisa junto ao CAPS II, assim como, foi confeccionado o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) informando sobre o anonimato e sigilo necessários para a execução e participação do indivíduo na pesquisa.

Foi explicado pela pesquisadora, que caso ocorra certo desconforto durante as oficinas, serão prestados os devidos cuidados visando a preservação de sua saúde mental. Entretanto, os participantes possuem o direito de recusar-se a realizar a atividade proposta e retirar seu consentimento, também terão a liberdade de questionar acerca de qualquer procedimento.

A pesquisa cumpre os preceitos contidos no código de ética do psicólogo artigo 16 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) com garantia do anonimato do participante, adesão voluntário, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) e garantia no acesso aos resultados da pesquisa e também, o artigo 17 do mesmo código que exige dos professores, orientadores e supervisores que

cobrem o cumprimento do contido no artigo 16 do CFP, pelos estudantes ao realizar a pesquisa (CFP, 2014).

Os usuários da amostra, após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, participaram desta pesquisa de forma voluntária. Foram prestadas todas as informações necessárias e dirimidas as demais dúvidas surgidas. Com o intuito de garantir o sigilo e o anonimato foram utilizadas as nomenclaturas “US1 a US5” para o grupo de usuário do Sarau e “UK1 a UK4” para o grupo de usuário do Karaoquê.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização do grupo focal possibilitou uma escuta mais apurada que facilitou a compreensão da função do comportamento dos usuários de participar das oficinas de musicoterapia do CAPS II. A partir dos seus relatos foi realizada uma análise da função do comportamento atrelada aos objetivos desta pesquisa. Os subtemas disparadores balizaram a participação ativa dos usuários no grupo focal.

Em relação à compreensão dos usuários sobre impactos da musicoterapia no seu processo terapêutico, foi identificado a função do comportamento de ir para as oficinas de musicoterapia como estímulo discriminativo para consequência de reforço negativo com alívio do sofrimento para os pesquisados.

Também foi identificado nas falas de alguns participantes a emissão de comportamentos realizados durante as oficinas de musicoterapia que tem como consequência a obtenção de reforços positivos conquistados na interação pessoal entre os usuários e, em alguns casos, estes comportamentos são modelados, ampliados e generalizados para além das oficinas de musicoterapia do CAPS II.

A partir deste entendimento considera-se que as oficinas de musicoterapia do CAPS II são instrumentos de potência para lidar com o sofrimento, pois possibilitam a obtenção de reforço positivo para os pesquisados que ao comportar-se obtêm ganhos nas suas interações sociais.

3.1 A FUNÇÃO DO COMPORTAMENTO DE IR PARA AS OFICINAS DE MUSICOTERAPIA COMO ESTÍMULO DISCRIMINATIVO PARA CONSEQUÊNCIA DE REFORÇO NEGATIVO

Grande parte dos participantes, classificou o comportamento de ir para as oficinas de Sarau e Karaoquê como sentimento de alegria, felicidade, liberdade, paz, proteção, serenidade, tranquilidade e desabafo.

Quando foi perguntado para os usuários sobre como se sentiam quando iam participar das oficinas de Sarau e Karaoquê, obtivemos os seguintes relatos:

Alegria, não é? (UK2, 2021).

É um desabafo a música (UK1, 2021).

Eu sinto uma alegria porque aqui é o meu segundo céu porque lá só vai ter paz (UK2, 2021).

Eu boto para fora tudo aquilo que eu tô sentindo [...] A música me faz feliz e me faz livre, quando chega aqui eu tô triste, começa ouvir as músicas aquilo vai saindo uma tristeza do meu coração, me completa (UK3, 2021).

Tá sendo uma proteção, me sinto protegida (US1, 2021).

Leveza tranquilidade, serenidade (US3, 2021).

Alguns dos relatos apresentados acima apontam os sentimentos dos usuários quando vão para as oficinas de musicoterapia que, no entendimento da Análise do Comportamento, são comportamentos privados identificados apenas por quem se comporta. A comunidade verbal nomeia e ensina o indivíduo a classificar estes comportamentos ao longo de sua história de vida (MOREIRA, 2010).

Os comportamentos citados foram referentes à função do comportamento de ir para oficinas de musicoterapia e apontaram que estas oficinas funcionam como ambiente para consequência de reforços negativo que possibilitam o alívio de possíveis aversivos para os usuários que participaram da pesquisa.

Ressalta-se que para a Análise do Comportamento, o condicionamento operante é o comportamento que é mantido pelas consequências, Skinner (apud MARTIN, 2018), a partir deste conceito pode ser entendido que o comportamento de ir para as oficinas de musicoterapia é mantido pela consequência de alívio de possíveis aversivos.

O usuário ao realizar fuga ou esquivas de ambiente punitivos busca e encontra nas oficinas de musicoterapia do CAPS II um ambiente acolhedor e não punitivo, onde se comportar é permitido, assim, o usuário aumenta as chances de se comportar para obter reforços positivos e, a partir da emissão de novos comportamentos que se modelados, ampliados e generalizados para além das oficinas de musicoterapia do CAPS II, podem contribuir na interação social dos usuários dentro e fora do CAPS II.

Cabe destacar que, historicamente, a sociedade puniu e pune estes usuários com rótulos, exclusões e a retirada de autonomia. Essa construção social criou um ambiente aversivo para os usuários que encontram acolhimento num ambiente como o das oficinas de musicoterapia de Sarau e Karaquê do CAPS II, este fato pode ser verificado em alguns dos relatos dos usuários:

Aqui é bom vocês são boas vocês, são humildes vocês, não humilha então aqui a gente encontra tudo nas igrejas somos humilhados [...] É que a gente encontra amor nas oficinas (UK2, 2021).

A preocupação da equipe por nós nos deixa tão feliz, entendeu? A preocupação deles por nós me deixa muito feliz (US3, 2021).

A música me faz feliz e me faz livre, quando chega aqui eu tô triste, Começa ouvir as músicas aquilo vai saindo uma tristeza do meu coração, me completa (UK3, 2021).

A análise das contingências na qual o comportamento ocorre é imprescindível para compreender a função reforçadora do comportamento (HUBNER, 2012).

Os relatos trazidos pelos usuários e usuárias das oficinas de musicoterapia do CAPS II mencionam a forma de tratamento acolhedora, não punitiva e contextualizada realizada pela equipe de saúde multiprofissional que oferece um tratamento com foco na Clínica Ampliada que tem como marca o cuidado integral da pessoa no território e a criação de vínculos (WAGNER, 2013).

As pessoas aqui faz com que a gente se sinta bem porque são semelhantes a gente, tem as dificuldades que a gente se identifica [...] O tratamento aqui é o carro forte da equipe (US3, 2021).

É a que a gente encontra amor nas oficinas (US2, 2021).

Tá sendo uma proteção, me sinto protegida (US1, 2021).

Leveza tranquilidade serenidade (US3, 2021).

Eu acho que tudo aqui é inclusão, eu acho importante o sarau para mim não me deixa triste eu fico bem satisfeito aqui (US5, 2021).

Nos relatos apresentados acima observa-se na fala de uma usuária, a identificação do comportamento de inclusão que sinaliza possíveis exclusões sofridas por ela fora do ambiente da oficina de Sarau do CAPS II. Este fato pode ajudar a esclarecer a função do comportamento desta usuária de participar das oficinas de Sarau, assim como, aponta a manutenção deste comportamento pela consequência de reforço negativo obtida com ele, uma vez que, ela evita a exclusão ao se inserir no ambiente da oficina de Sarau e, concomitantemente, mantém o comportamento de participar das oficinas.

3.2 COMPORTAMENTOS EMITIDOS DURANTE AS OFICINAS

Foram identificados alguns comportamentos emitidos durante as oficinas de Sarau e Karaoquê que funcionam como reforçadores para a obtenção de (R+) que promovem a variação e ampliação do repertório comportamental dos usuários com ganhos no seu processo terapêutico. Esses comportamentos são: distribuir folhas, interagir, ler, recitar, cantar, escutar, dançar e compartilhar.

A partir do disparador que faz a indagação sobre o que se faz na oficina de Sarau e Karaoquê obtivemos os seguintes relatos:

Eu distribuo as folhas de músicas (US1, 2021).

Interagir, a gente lê poesias também (US3, 2021).

Eu canto eu aprendo a lidar com todo tipo de pessoa, me deixa tranquilo o que eu faço no Sarau é escutar as músicas recitar poesia que eu gosto muito é isso (US5, 2021).

Eu danço com aquele senhor (US2, 2021).

Compartilhar a música com o próximo (US3, 2021).

Cantam, eu não canto alguns cantam, eu não eu só presto atenção (UK2, 2021).

Canto danço chorei agora eu fico ouvindo, mas eu já chorei também (UK1, 2021)

Canto quando eu tô feliz eu canto (UK3, 2021).

Eu não sei cantar (UK2, 2021).

Mas é bom cantar (UK1, 2021).

A liberdade de se expressar de variados modos, neste caso, ocorre devido a um ambiente não punitivo que se encontra nas oficinas de musicoterapia realizada numa contingência que contribui para a abertura da possibilidade de emissão de comportamentos, variação e ampliação do repertório comportamental.

O usuário ao emitir comportamentos com a função de obter como consequência reforço positivo e a confirmação desta obtenção, pode tornar a vivência o usuário mais leve porque estes reforços positivos são, geralmente, historicamente negados numa sociedade excludente frente ao diferente.

Destaca-se em última análise que para a TAC entende como punição negativa as contingências que privam o indivíduo ao retirar a possibilidade de obtenção de potenciais reforçadores Hubner, (2012). A sociedade ao negar o (R+), retira, exclui e pune o usuário, dessa forma, o impossibilita de emitir comportamentos para a obtenção de (R+) que poderiam contribuir para uma vida mais inclusiva e participativa.

Assim, considera-se que os comportamentos emitidos pelos usuários durante as oficinas de musicoterapia representam a possibilidade de obter este tipo de (R+).

3.2 O COMPORTAR-SE E A AMPLIAÇÃO DO REPERTÓRIO COMPORTAMENTAL PARA ALÉM DA OFICINA POR ALGUNS USUÁRIOS

A Respeito do subtema disparador relativo à emissão de comportamentos, semelhantes aos realizados nas oficinas de musicoterapia, emitidos fora do ambiente das oficinas de Sarau e Karaoquê do CAPS II, as repostas foram variadas.

A maioria mencionou que desenvolve atividades semelhantes fora das oficinas de musicoterapia do CAPS II, mas existe uma minoria que não emite estes comportamentos fora das oficinas de musicoterapia do CAPS II.

Entre os que emitem estes comportamentos, muitos relataram que enfrentam os julgamentos das outras pessoas e, ao cantar são rotulados de doidos; e assim sofrem a punição positiva com a apresentação no ambiente de um estímulo aversivo Hubner, (2012), mas mesmo assim, estes usuários desempenham atividades semelhantes às das oficinas de Sarau e Karaoquê do CAPS II.

Outros emitem os comportamentos apenas em casa sozinhos e se esquivam do social e há também os que não desenvolvem as atividades fora do CAPS. Estes últimos usuários mencionam a falta de existência de outros ambientes fora do CAPS II para desenvolverem atividades semelhantes às das oficinas de musicoterapia do CAPS II.

Portanto tivemos os seguintes relatos atinentes ao disparador que evoca a possibilidade de comportar-se fora do CAPS II com atividades relacionadas à música e a poesia.

Já, eu já canto lá em casa agora eu tenho até um microfone, caixa de som, a gente ia nos karaokês, mas como agora com Covid não dá (UK1, 2021).

Eu faço lá em casa e canto na igreja (UK3, 2021).

Canto solo, Milton Nascimento, Cristina Mel (UK3, 2021).

Quando eu vou para casa do meu tio eu vou no karaokê para a gente cantar eu lembro dele garçom aqui nessa mesa de bar você já cansou de escutar centenas de casos de amor (US1, 2021).

A pesquisadora então intervém perguntando se na casa do tio seria possível cantar, o que provocou a continuidade dos relatos “Sim já, foi maravilhoso a gente se diverte muito” (US1, 2021).

Outros participantes mostram em seus relatos que não praticam atividades relacionadas a música e a poesia fora do CAPS II.

Não, nunca fiz não porque não tinha uma instituição, eu nunca participei de uma instituição só a escola né, na rodinha de amigo de companheiro (US3, 2021).

Não sei, se é questão financeira ou mais desânimo, não sei porque lá em B. tem uma escola de música lá, quando passo vindo para cá eu vejo a escola do ônibus, tem um monte de violino desenhado assim tal e tal, mas nem na igreja, quando eu tava indo na igreja eu nunca me interessei por tocar assim instrumento não, é mais para ouvir mesmo (US5, 2021).

A pesquisadora, com o intuito de coletar mais ideias e opiniões, usa o disparador que visa identificar convites para essas atividades fora do CAPS II “Um irmão uma vez me ofereceu para participar do grupo, só que eu não quis não para mim tocar contrabaixo, para cantar na igreja Batista em 2010” (US5, 2021)

Outro relato sobre a participação de atividades musicais fora do CAPS II “karaokê dos botecos lá perto de casa tem um boteco mesmo não bebendo porque eu já bebi, eu vou lá e canto” (UK1, 2021).

A interpretação dos dados relatados pelos usuários e usuárias demonstram que a ampliação repertório comportamental ocorre de modo diverso.

Alguns usuários (as) ainda não conseguem reproduzir os comportamentos das oficinas fora do CAPS II, eles alegam a falta de espaços que promovam contingências reforçadoras para o comportamento ocorrer e se manter.

Outros usuários (as) comportam-se de modo mais reservado para evitar aversivos, enquanto os demais usuários já conseguem não ficar sob controle dos aversivos presentes na maioria nos ambientes sociais existentes fora do CAPS II, fato que sinaliza ganhos terapêuticos para estes usuários das oficinas de musicoterapia do CAPS II.

3.3 A MUSICOTERAPIA COMO INSTRUMENTO DE POTÊNCIA PARA LIDAR COM O SOFRIMENTO.

Os dados coletados registram que os comportamentos semelhantes aos desenvolvidos nas oficinas de Sarau e Karaokê, são realizados por parte considerável dos usuários, no entanto, alguns conseguem atuar em público, outros apenas em ambientes restritos e alguns não atuam.

As justificativas para os comportamentos de ouvir música fora do CAPS; no ambiente social externo são abordadas por uma usuária como, por exemplo, o medo da violência. Diante deste medo, a usuária realiza esquivas, cabe destacar que também pode ser levantada a hipótese de tentativa de evitar os julgamentos dos outros, mas mesmo assim, a usuária emite os comportamentos em sua casa numa contingência de consequência de reforço negativo, pois evita a exposição a aversivos.

Fico só em casa ouvindo e arrumando a casa (UK4, 2021).

Coitada, UK4 não sai né UK4! (UK1, 2021).

Coitadinha (UK2, 2021).

Ah lá só tem igreja barzinho boca de fumo, uma atrás da outra (UK4, 2021).

Lá na boca de fumo não dá para cantar não (UK1, 2021).

Eu tenho medo de sair na rua (UK4, 2021).

Ter um tiroteio (UK1, 2021).

Outros usuários (as) conseguem se comportar em ambientes sociais externos ao CAPS II e quando sofrem a ação da punição (P+) Hubner (2012), eles têm repertório comportamental para enfrentar e se colocar de forma adaptativa como indivíduo possuidor dos direitos de se expressar, de se articular e, principalmente, de ser um indivíduo que não se resume ao laudo. Dessa forma, este indivíduo pode comportar-se de modo funcional sem ficar sob controle de aversivos.

Observa-se com este fato a mudança no comportamento de alguns usuários que após aprender e modelar um comportamento adquire a condição de interagir com o ambiente de maneira reforçadora para ele.

Como exemplo desta interação entre organismo e ambiente, obtivemos os seguintes relatos ao evocarmos a reação das pessoas ao verem os participantes cantando fora do CAPS II, em ambiente social mais amplo.

Tá doida, sim não tomou o remédio hoje não (UK1, 2021).

Meu sobrinho fala assim (UK2, 2021).

Tudo que você faz é coisa de doido (UK3, 2021).

Não tomou remédio (UK1, 2021).

Como vestido assim é doido vai tomar o remédio que tá doido demais (UK3, 2021).

Ficam julgando, eu já fui da igreja (UK4, 2021).

Julgam, a gente não tem liberdade, eu canto e brigo ainda (UK1, 2021).

A pesquisadora então busca enriquecer a coleta disparando sobre a reação das pessoas ao os verem cantando.

Sobre a reação dos participantes à reação das pessoas fora do CAPS, seguem os relatos.

Eu brigo, eu brigo no microfone ainda (UK1, 2021).

Você quer rir na minha cara? (UK2, 2021).

Falo com ele assim eu não vou parar de cantar (UK3, 2021).

Eu tenho medo, eles não fazem nada com a gente, mas eu tenho medo (UK4, 2021)

Medo de acontecer alguma coisa (UK1, 2021)

As pessoas ficam olhando se eu cantasse de máscara igual canta aqui tava bom. Na igreja eles manda tirar a máscara (UK4, 2021).

Mas não pode (UK2, 2021).

Fica só olhando, olhando, chegou a apresentar os membros, mas ninguém me conhece aí deixa você lá no chão, para baixo, mas em casa eu faço muita (UK4, 2021).

Os relatos acima apresentados demonstram como os usuários reagem à reação das pessoas numa situação de emitir o comportamento de cantar fora da oficina de musicoterapia.

Observa-se que alguns destes usuários reagem e enfrentam as situações aversivas. Eles cantam e se expressam na busca de reforçadores. Outros usuários paralisam seus comportamentos e sentem medo mesmo sem saber do quê. Isto indica que, possivelmente, algumas experiências vivenciadas em situações semelhantes ainda sinalizam aversivos sofridos na história de vida destas pessoas, fato que demandaria maior aprofundamento desta questão em pesquisas futuras.

Cabe destaque o relato espontâneo de uma usuária que pesquisadora entendeu como relevantes, pois levanta questões silenciadas na sociedade e de difícil acesso porque ocorrem dentro do ambiente doméstico, mas que compareceram nesta pesquisa e por isso cabe ressaltá-los.

Nós que fazemos uso de medicação nós somos vistos pelos outros como marginalizados como se nós usássemos droga, infelizmente ou felizmente não temos culpa de ter adquirido uma enfermidade. Tem que passar pelo psicólogo e psiquiatra. Filho falou assim, mãe eu não vou no Caps com você porque meu pai falou que lá é lugar de doido. Acho que ele tá tomando remédio de dormir porque ele fica colocando defeito em mim dizendo que eu sou doida. Ele pegou meus remédios usou depois ficou precisando de remédio para dormir. Ah, não tava conseguindo dormir sem o remédio, remédios de pressão ele pegava e tomava, eu falei para de tomar meu remédio de pressão porque o médico não quer me dar receita e eu fico sem remédio, tenho pressão alta eu não posso ficar sem remédio, outro dia o meu Captopril acabou porque ele tomou aí eu falei olha vai na farmácia comprar Captopril, aí ele falou não, você tem que esperar a sua receita, eu falei não, a minha receita é para o final do mês e a gente está no início do mês eu não posso ficar sem remédio porque eu dou crise O problema relacionado a minha cabeça é também relacionado a minha pressão (UK3, 2021).

Percebe-se no relato acima da usuária, a crítica feita por ela aos julgamentos da sociedade que, segundo ela, equipara a pessoa que necessita de acompanhamento terapêutico e de medicação ao usuário de droga ilícita, este fato demonstra a criticidade da usuária sobre as possíveis punições sofridas por ela e outros usuários na sociedade.

Outro destaque é a fala desta usuária sobre o comportamento de seu filho que, segundo ela, se apropria do remédio da mãe, este relato indica uma possível violência sofrida pela usuária, dados que apontam a necessidade de outras pesquisas sobre o tema.

Diante do apresentado até aqui e do que afirma Hubner, (2012) o aumento do repertório comportamental pode ser compreendido a partir dos comportamentos desenvolvidos por condicionamentos operantes que permitem a modelagem a partir de contingências de reforçamento.

Entende-se que nas oficinas de musicoterapia quando os usuários emitem comportamentos de distribuir folhas, ler, recitar, cantar, escutar, dançar, compartilhar e, principalmente, interagir com a equipe de saúde e com os outros usuários, eles obtêm (R+). Os comportamentos emitidos pelo usuário neste ambiente passam pelo

condicionamento operante e são generalizados para além dos muros das oficinas do CAPS II de Cariacica.

Dessa forma, estes comportamentos modelados potencializam as pessoas para atuarem na sociedade com ganhos nas suas relações interpessoais que podem gerar reforços positivos para eles e, assim, melhorar a sua atuação sobre o ambiente, num movimento de participação na sociedade e de inclusão deste usuário nesta mesma sociedade que pode contribuir para um novo olhar sobre o usuário do CAPS II.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que a clínica praticada nas oficinas de musicoterapia do CAPS II é a Clínica Ampliada que articula os diversos saberes e que é ilimitada no alcance do atendimento das demandas individuais e coletivas que contemplam as questões subjetivas que compõe a complexidade humana. É a clínica que se insere de modo contextualizado na vida das pessoas e se sustenta na promoção da saúde de forma integral.

As oficinas de musicoterapia Sarau e Karaoquê são realizadas num ambiente de contingências de consequência de reforço negativo ofertado pelo serviço do CAPS II, elas contribuem no processo terapêutico dos usuários porque aliviam o sofrimento dos usuários ao evitar no ambiente do CAPS II as punições sociais sofridas por quem tem comportamentos que, no entendimento da Análise do Comportamento são tidos como disfuncionais porque comprometem a atuação do indivíduo sobre o ambiente.

A equipe multidisciplinar do CAPS II ao tratar o usuário de forma humanizada, integral e reforçadora possibilita que o usuário emita os comportamentos de distribuir folhas, ler, recitar, cantar, escutar, dançar, compartilhar e, principalmente, interagir com a equipe de saúde e com os outros usuários, e nessa relação os usuários obtêm (R+).

Após o processo de modelagem, alguns usuários conseguem ampliar o seu repertório comportamental e emitir estes comportamentos para além dos muros do CAPS II. Esta ampliação potencializa o usuário para atuar, se expressar e se colocar em contextos que demandam o enfrentamento de situações que envolvam o relacionamento interpessoal dos usuários dentro e fora do CAPS II.

Salienta-se que, embora não tenha sido foco desta pesquisa, cabe destacar que durante a análise dos dados foram percebidos relatos que apontam a hipótese de violência sofrida por uma das usuárias que relatou ficar sem os seus remédios para hipertensão porque o filho havia ingerido a sua medicação, assim como, o relato da posição de marginalização social do usuário do CAPS II. Essas falas indicam a necessidade de futuras pesquisas sobre o tema.

Acredita-se que a melhora nessas relações pode contribuir para o aprimoramento da interação entre os usuários e sociedade e pode, também, representar avanços nessa relação que poderão resultar em uma sociedade mais tolerante e inclusiva, todavia, esta pesquisa reconhece que o estudo sobre o tema não se esgota e carece de mais pesquisas nesta área, principalmente, sob a ótica da Teoria da Análise do Comportamento que registra poucas pesquisas na área pesquisada.

Por fim, a pesquisa reconhece que o encolhimento das políticas públicas que garantem a oferta dos serviços substitutivo como os CAPS II representam forte ameaça às conquistas sociais adquiridas até aqui no combate a lógica manicomial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Psicofobia: a Campanha**. Disponível em <<https://www.psicofobia.com.br/>> Acesso em 22 nov. 2021.

BACKES, Dirce Stein; COLOMÉ, Juliana Silveira; ERDMANN, Rolf Herdmann; LUNARDI, Valéria Lerch. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas**. O Mundo Saúde, São Paulo; n. 35, v. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf> Acesso em: 29 mar. 2019.

BARBOSA, Adriane Weigsding. **A influência da música no comportamento humano**. Arquivos do MUDI, v. 18, n. 2, p. 47- 62, 2014. Disponível em <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/view/25137>>. Acesso em: 16 jun. 2021

BARCELOS, Vagner Marins et al. **A musicoterapia em pacientes portadores de transtorno mental**. Revista de Enfermagem. Rev enferm UFPE on line., Recife, v. 12, n. 4, p. 1054-9, abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231436>> Acesso em 16 de jun 2021.

BERNADO, Luana de Andrade. **Um estudo de caso da relação entre o déficit de habilidades sociais e o transtorno de ansiedade na visão da análise do comportamento**. Disponível em: <Monografia_Aluna_Luana-de-Andrade-Bernardo.pdf (ibac.com.br)> Acesso em 21 out. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011**. Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Decreto-n%C2%BA-7.508-de-28-de-Junho-de-2011.pdf>> Acesso em: 15 de jun. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 03 de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/2012 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em 01 julho 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em 15 jun. 2021.

CARDOSO, Jordana Santos. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. Editora da Universidade Federal do Maranhão – EdUFMA. Maranhão, 06 de fevereiro de 2018. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10279>> Acesso em: 22 set. 2020.

CAMPOS, Rosana Onocko. **Clínica: a palavra negada** - Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, pp. 98-111, maio-ago. 2001.

CFP. **Código de ética do psicólogo**. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/documentos/confira-o-novo-codigo-de-etica-profissional-do-psicologo/>> Acesso em: 25 jun. 2021

ESPÍRITO SANTO. **Centro de atenção Psicossocial**. 10 de abril de 2018. Disponível em: <<https://caps-contato.site/caps-em-cariacica-es/>> Acesso em 01 jul. 2021

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. **CAPS ajuda pacientes psiquiátricos a se reintegrarem à sociedade**. 09 de fevereiro de 2011 Disponível em <<https://saude.es.gov.br/caps-ajuda-pacientes-psiquiatricos-a-se-reint>> Acesso em: 01 jul. 2021.

FLICK, Uwe. (2012). **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. São Paulo: Penso Editora, 2012.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regina Marina Soares. **Rede de atenção à saúde: Rede de atenção psicossocial**. São Luís: EDUFMA, 2018, p. 22-26.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUILHARDI, José Hélio. **Análise funcional e análise de contingência de reforçamento**. Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento Campinas, SP, Abril 2017. Disponível em <https://itcr Campinas.com.br/pdf/helio/analise_funcional_e_analise_de_contingencias_de_reforcamento.pdf> Acesso em 21 out. 2021.

HOLANDRA, Adriano Furtado; PUCHIVAILLO, Mariana Cardoso. **A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde a história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde**. Revista Brasileira de Musicoterapia Ano XVI nº 16. p. 122-142, 2014. Disponível em: <<https://www.revistademusicoterapia.mus.br/wp-content/uploads/2016/10/8-A-HIST%C3%93RIA-DA-MUSICOTERAPIA-NA-PSIQUIATRIA-E-NA-SA%C3%94DE-MENTAL-DOS-USOS-TERAP%C3%80AUTICOS-DA-M%C3%9ASICA-%C3%80-MUSICOTERAPIA-.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2021.

HUBNER, Maria Martha Costa; MOREIRA, Márcio Borges. **Fundamentos de psicologia**. Temas Clássicos da Psicologia sob a ótica da análise do comportamento, São Paulo, 27 abril 2012.

LANCETTI, Antonio. **Radicalizar a desinstitucionalização**. IN: Caderno de Textos da III Conferência Nacional. Brasília, DF, dezembro de 2001. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1251.pdf>> Acesso em 09 set. 2021.

MACIEL, Marcelo de Abreu. **Saúde mental e atenção psicopessoal**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 24, n. 4, pp. 942-943, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400027> Acesso em: 29 mar. 2021

MARTIN, Garry; PEAR. Joseph. **Modificação do comportamento**. O que é e como fazer. Roca, ed. 8, São Paulo, 2012.

MATOS, Maria Amélia. **Análise funcional do comportamento**. Estudos de Psicologia (Campinas) [online], v. 16, n. 3, p. 8-18, 1999. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X1999000300002>> Acesso em 22 mar. 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 03 de 28 de setembro de 2017. Disponível em:** <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em 22 mar. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em 22 mar. 2021.

MOREIRA, Márcio Borges; MEDEIROS Carlos Augusto. **Princípios básicos de análise do comportamento**. Artmed, Porto Alegre, RS, 2007.

OBSERVATÓRIO CAPIXABA DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS: **Caps no Espírito Santo**. Acesso em: <<https://ocid.es.gov.br/caps-no-espírito-santo>> Acesso em 25 jun. 2021.

OLIVEIRA, Francisca Vieira, et al. **Contribuição da musicoterapia no transtorno do espectro autista: revisão integrativa da literatura**. Journal of Nursing and Health, Pelotas, v. 11, n.1, p. 1-13, 01 de abr. 2021. Disponível em <

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/17779/12881>> Acesso em: 16 jun. 2021.

SKINNER, Burrhus Frederic. **About behaviorism**. Nova York: Kno, 1974.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n.1, pp. 26-59, 2002.

TYSON, Florence. **Psychiatric music therapy**: Origins and development. New York: Wiedner & Son, 1981.

VIEIRA, Monica. **Saúde Paidéia**. Trabalho, Educação e Saúde [online]., v. 2, n. 1 pp. 210-211, 2004 ,. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000100015>> Acesso em 01 julho 2021.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE DISPARADORES

GRUPO 1 “SARAU” (2ª à tarde 13:30)

1. Como ou o que você sente quando vem para a oficina de Sarau?
2. Do que você gosta na oficina de Sarau?
3. O que você faz na oficina de Sarau?
4. Como você se sente após a oficina de Sarau?
5. Você já fez essas atividades fora do CAPS? Se sim como foi? Se não por quê?

GRUPO 2 “KARAOKÊ” (5ª pela manhã 9h)

1. Como ou o que você sente quando vem para a oficina de Karaokê?
2. Do que você gosta na oficina de Karaokê?
3. O que você faz na oficina de Karaokê?
4. Como você se sente após a oficina de Karaokê?
5. Você já fez essas atividades da oficina fora do CAPS? Se sim, como foi? Se não por quê?



APÊNDICE B

Vitória, ____, de _____ de 201__.

À

Sra. Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Cidade

Carta de Anuência

Eu, _____, Coordenadora do CAPS Cidade autorizo, após os devidos trâmites, a realização do projeto de pesquisa intitulado: **“OFICINA DE MUSICOTERAPIA NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II: Sob a perspectiva dos usuários”**.

O responsável e orientador da pesquisa será Margareth Marchesi Reis, Psicóloga, CRP 16/440, mestre em Saúde Coletiva e Professora do Centro Universitário Católico Salesiano (UCV) com a co-participação da aluna Weslene Gomes Rodrigues Hemerly.

Comunico que a autorização para início da pesquisa será validada após apresentação da comprovação da submissão ao comitê de ética e pesquisa da (CEP) da Unisales a esta instituição.

Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Cidade

Margareth Marchesi Reis
Responsável e orientadora da Pesquisa
Psicóloga, CRP 16/440

APÊNDICE C

CENTRO UNIVERSITÁRIO SALESIANO PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: “OFICINA DE MUSICOTERAPIA NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II: Sob a perspectiva dos usuários”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: _____ **OBJETIVOS, JUSTIFICATIVA E PROCEDIMENTO DE PESQUISA:** A presente pesquisa tem como objetivo geral compreender os impactos da musicoterapia como processo terapêutico dos usuários do CAPS II, sob a perspectiva destes usuários. E tem como objetivos específicos identificar os benefícios da musicoterapia para os usuários do CAPS II; verificar as mudanças comportamentais dos usuários deste serviço a partir da oficina de musicoterapia e descrever como os usuários deste serviço lidam com o seu sofrimento físico e psíquico com o uso do instrumento da musicoterapia como processo terapêutico. Compreender tais aspectos promoverá o desenvolvimento da pesquisadora e dos interessados, assim como, promoverá o maior domínio acerca do tema pesquisado e possibilitará o desenvolvimento de intervenções mais adequadas durante a atuação do psicólogo e de outros profissionais. A pesquisa será realizada com a utilização do grupo focal de formação homogênea como instrumento para a coleta de dados com adesão voluntária dos participantes, onde os dados coletados serão interpretados por meio da análise qualitativa descritiva à luz da Teoria da Análise do Comportamento.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: A pesquisa não oferece riscos físicos, entretanto ao ser entrevistado o participante pode sentir-se desconfortável psicologicamente ao recordar-se de alguma experiência, caso ocorra, o indivíduo pesquisado terá suporte psicológico imediato dos pesquisadores visando minimizar e assegurar sua saúde mental, mantendo-se a garantia de sigilo.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: Realizar tal pesquisa possibilitará a promoção de discussões e um melhor entendimento acerca de uma realidade recorrente no país. Assim, ao compreender o fenômeno será possível agir

de maneira mais adequada nas intervenções e práticas psicológicas.

ANÁLISE ÉTICA DO PROJETO: O presente projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Católico de Vitória, cujo endereço é Av. Vitória n.950, Bairro Forte São João, Vitória (ES), CEP 29017-950, telefone (27) 33318516.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar a Prof.^a Margareth Marchesi Reis, pelo telefone de

trabalho (27) 33318500 ou (27) e também no endereço Av. Vitória n.950, Bairro Forte São João, Vitória (ES), CEP 29017-950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizada a pesquisa e pelo patrocinador (quando for o caso). Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO DO PARTICIPANTE VOLUNTÁRIO: Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____, expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Afirmo também que recebi via de igual teor e forma desse documento por mim assinado.

DATA: _____/_____/_____

Assinatura do Participante Voluntário

Assinatura do Pesquisador Responsável