



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**DANILO TEMÓTEO DA SILVA**

**RODAS DE EXPRESSÕES DE MÚSICA E DANÇA COM USUÁRIOS DE  
SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**CAJAZEIRAS-PB**

**2015**

**DANILO TEMÓTEO DA SILVA**

**RODAS DE EXPRESSÕES DE MÚSICA E DANÇA COM USUÁRIOS DE  
SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Francisca Bezerra de Oliveira

CAJAZEIRAS-PB  
2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
André Domingos da Silva - Bibliotecário CRB/15-730  
Cajazeiras - Paraíba

S586r Silva, Danilo Temóteo da  
Rodas de expressões de música e dança com usuários de saúde  
mental: relato de experiência. / Danilo Temóteo da Silva. Cajazeiras,  
2015.  
47f. : il.  
Bibliografia.

Orientador (a): Profa. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira.  
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Saúde mental – Cajazeiras - PB. 2. Centro de Atenção  
Psicossocial - CAPS. 3. Música. 4. Inclusão social. I. Oliveira,  
Francisca Bezerra de. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616.89(813.3)

DANILO TEMÓTEO DA SILVA

**RODAS DE EXPRESSÕES DE MÚSICA E DANÇA COM USUÁRIOS DE  
SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em  
Enfermagem, do Centro de Formação de  
Professores da Universidade Federal de Campina  
Grande, como requisito para obtenção do título de  
Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Francisca Bezerra de Oliveira (Orientadora)

UAENF/ CFP/ UFCG

---

Prof. Dr. Eder Almeida Freire (Membro Efetivo)

UAENF/ CFP/ UFCG

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Lucia Oliveira Bezerra (Membro Efetivo)

UANEF/ CFP/ UFCG

*Dedico este trabalho às pessoas que lutam diariamente ao meu lado, transmitindo fé, amor, alegria, determinação, paciência, e coragem, tornando os meus dias mais felizes e bonitos. Aos meus queridos pais, Joselito e Darcilene, as irmãs mais lindas do mundo, Camila e Fernanda e a minha amada esposa, Suiane. Sem vocês eu não seria nada!*

*“Se um homem não descobriu nada pelo qual morreria, não está pronto para viver”. Martin Luther King Jr.*

## AGRADECIMENTOS

*Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pois sem ele, jamais teria se quer imaginado chegar até aqui. Sei que há muito ainda o que percorrer, mas tenho certeza que a sua companhia me trará força, paz, saúde e sabedoria para continuar a trilhar o caminho certo. Muito obrigado Senhor!*

*Aos meus pais, Joselito e Darcilene, que se doaram inteiros e renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, pudessem realizar os meus.*

*As minhas irmãs Camila e Fernanda, que são grande parte da minha fonte de forças nesta longa trajetória de vida, permanecendo sempre presentes na partilha de minhas conquistas e frustrações.*

*A minha esposa, meu porto seguro e companheira, por estar incansavelmente ao meu lado, incentivando e acreditando sempre no meu trabalho.*

*A todos os membros da minha família que direta ou indiretamente contribuíram para que eu vencesse todos os obstáculos e superasse mais essa etapa da minha vida.*

*Aos meus amigos, que sempre acreditaram em mim e entenderam minhas ausências em nosso ciclo social. Nos momentos de desânimo, vocês não sabem o quanto me alegrava e tornava a minha carga mais leve.*

*À minha Orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Francisca Bezerra de Oliveira, pela paciência, compreensão e dedicação durante essa trajetória, por me incentivar e compartilhar conhecimentos e proporcionar novas perspectivas.*

*Ao meu co-orientador e amigo, Prof. Dr. Fabio Marques, pelo seu cuidado e dedicação, por sua relevante contribuição para a minha formação acadêmica e pessoal.*

*A todos os colegas de classe que sempre elevaram minha autoestima, nos momentos mais difíceis em que pensava não conseguir seguir em frente. E em meio a tantas divergências*

*de pensamentos, conseguimos elevar cada vez mais o nosso conhecimento dia após dia. Agradeço de coração pela acolhida e por todo o apoio e confiança depositados em mim.*

*Aos meus amigos Bruno, Joab e Gleyson, por todo o companheirismo ao longo dessa jornada árdua de extensas noites de estudos, por cada vez que pensei em desistir de algo e vocês não permitiram. Sem eles não saberia o significado da amizade sincera, desinteressada e motivadora.*

*Muito Obrigado a todos os usuários e funcionários do CAPS, por terem compartilhado suas vivências, anseios, esperanças e pela sublime contribuição no processo de construção dessa pesquisa. Sem vocês nada faria sentido!*

## RESUMO

SILVA, Danilo. Temóteo. **Rodas de expressões de música e dança com usuários de saúde mental: Relato de experiência.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2014.

A atenção em saúde mental avança na perspectiva dos princípios da Reforma Psiquiátrica, desconstruindo saberes e formas de lidar com o usuário em sofrimento psíquico, com ênfase no sujeito, família, comunidade, trabalho interdisciplinar e inclusão social. Este trabalho tem como objetivo descrever a experiência vivenciada e as atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão "Rodas de expressões de música e dança com usuários de saúde mental", do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). Estudo do tipo descritivo, configurando-se como um relato de experiência, desenvolvido com 15 usuários do CAPS de Cajazeiras – PB, no período de outubro de 2014 a março de 2015. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados o registro da experiência em um diário de campo, prontuários dos usuários, relatório final do projeto e relatórios do serviço. Este trabalho permitiu um transitar constante entre teoria e dados empíricos, com respaldo em autores que defendem a Reforma Psiquiátrica, bem como alguns em autores que trabalham com a temática de música e arte. Os resultados apontam que a maioria dos sujeitos é do sexo feminino, na faixa etária entre 46 a 56 anos, solteiros, analfabetos e com diagnóstico de esquizofrenia. Em relação à utilização da música e da dança constatou-se que as mesmas podem se constituir como uma estratégia valiosa de cuidado em saúde mental, sendo possível trabalhar a autoestima, a sociabilidade, a comunicação, a alegria, o compromisso e novas formas de subjetividade dos usuários. Em saúde mental é preciso ousar e desenvolver práticas que busquem devolver ao sujeito a possibilidade de criação genuína de sua existência, isto é, que o auxilie na construção de relações de expressão, de criação na qual o usuário se reapropriar da subjetividade, produzindo um processo de singularização.

**Palavras – chave:** Saúde mental. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Música. Inclusão social.



## ABSTRACT

SILVA, Danilo.Temóteo.**Wheel music and dance expressions with mental health users: Experience report.** Work Completion of course (Undergraduate Nursing) – Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2014.

The mental health care advances on the perspective of the theories about the Psychiatric Reform, deconstructing the knowledge about it and way it is handled patients in mental suffering, emphasizing patients, family, community, interdisciplinary work and social inclusion. This study aims to describe the experience and activities in Extension Project "Music and dance expressions with mental health users," from the Psychosocial Care Center (known in Brazil and forward at this study by the Portuguese acronym CAPS II). This is a descriptive study, configured as an experience report, and developed with 15 users from CAPS Cajazeiras, Paraiba, Brazil. In the period between October 2014 until March 2015. It were used as instruments of data collection the record of experience in a diary, medical charts of users, final project report and service reports. This research provides a constant transition between empirical data and theory, with support authors who defends the Psychiatric Reform, as well as some authors who work with the topic of music and art. The results showed that most participants were female, aged between 46 to 56 years old, singles, illiterate and diagnosed with schizophrenia. About the uses of music and dance, it was verified that they can constitute as a helpful strategy for mental health care, making it possible to work self-esteem, sociability, communication, joy, commitment and new forms of subjectivity of users. In mental health, we must dare and to develop practical which seek give back to the individual the possibility of genuine creation of his existence. Practices that help building relations of expression which the user reappropriated subjectivity, producing a singularity process.

**Keywords:** Mental health. Psychosocial Care Center. Music. Social inclusion.

## **LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFP	Centro de Formação de Professores
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RT	Residências Terapêuticas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UAENF	Unidade Acadêmica de Enfermagem
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1</b>	Caracterização dos usuários segundo os dados socioeconômicos epidemiológicos.	<b>30</b>
-----------------	---	-----------

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1</b>	Relatos dos usuários do CAPS II acerca dos estímulos desenvolvidos durante e após as rodas de música e dança.	<b>38</b>
-----------------	---	-----------

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 GERAL .....	17
2.2 ESPECÍFICOS .....	17
<b>3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>18</b>
3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....	18
3.2 MÚSICA: UMA TECNOLOGIA LEVE DE CUIDADO .....	21
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2 LOCAL DE PESQUISA.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	25
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	25
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	25
4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	26
4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	26
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	28
5.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS DO CAPS II.....	29
5.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: PROJETO DE EXTENSÃO EM AÇÃO.....	32
5.3.1 METODOLOGIA DO PROJETO.....	32
5.3.2 DINÂMICA DAS RODAS DE MÚSICA E DANÇA.....	33
5.3.3 FORMAS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	35
5.3.4 RESULTADOS OBTIDOS.....	35
5.3.5 DIFICULDADES ENCONTRADAS .....	36
5.3.6 FALA DOS USUÁRIOS .....	37
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>45</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A loucura foi decodificada em doença mental no final do século XVIII e início do século XIX, implicando a hipótese de falta da Razão do “louco”. Logo, o portador de doença mental era impossibilitado da Razão completa e, portanto, da livre escolha. Surge, assim, o paradigma asilar objetivando o isolamento do “louco” em uma instituição psiquiátrica, devido à alienação mental. Os cuidados eram calcados no tratamento moral e visava à disciplina do paciente, o restabelecimento da Razão, ou seja, a sua liberdade. Todavia, o asilo, ambiente da libertação dos alienados, mostrou-se um lugar da exclusão, omissão e aflição das subjetividades (CASTEL, 1978; OLIVEIRA, 2002).

O paradigma asilar perdurou durante, aproximadamente, um século e meio em todo mundo. No Brasil, esse paradigma passou a ser questionado, devido à mercantilização da saúde, à cronificação, à estigmatização do doente mental e às condições de trabalho, surgindo, no final da década de 1970, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), sendo o protagonista na construção da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995; OLIVEIRA, 2002).

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo, está articulada a um conjunto de iniciativas operado nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural que objetivam transformar a relação entre sociedade e loucura, transformando ‘sujeitos objetivados em sujeitos de direito’ (AMARANTE, 2007).

A partir da Reforma Psiquiátrica, novos serviços de cuidado em saúde mental norteados pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) foram implantados, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (RT), Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, dentre outros. Esses serviços nominados de substitutivos sugerem ações, cuja finalidade é reintegrar o portador de sofrimento mental e sua família ao contexto social, por meio de uma equipe interdisciplinar, bem como procuram estabelecer uma visão diferente de atenção ancorada no projeto terapêutico singular (PTS), consubstanciado em um conjunto de ações pactuadas entre diversos atores: usuários, familiares, profissionais do CAPS e de outros serviços, assinalando o sofrimento mental e a necessidade do usuário como pontos centrais (YASUI, 2010).

Nesse sentido, o CAPS é o serviço estratégico de atenção diária ao usuário de saúde mental constituído com a finalidade de suprir os internamentos manicomialis pelo acolhimento aberto na comunidade. Deve-se constituir como espaço de encontros, de

agenciamentos de experiências subjetivas, de construção de autonomia, cidadania e inclusão social, na perspectiva da clínica ampliada (YASUI, 2010).

A clínica ampliada deve ser um caminho compartilhado por especialistas de diversas áreas para dar conta da complexidade do sofrimento mental, de causalidade de ordem: biológica, social, cultural, psicológica (CUNHA, 2005).

Atualmente, um dos maiores problemas enfrentados pelo CAPS simboliza justamente essa necessidade de um trabalho intersetorial, tendo a atenção básica, a família e as comunidades como parceiras, nesse processo, por meio de ações, condutas, projetos, oficinas diversificados capazes de proporcionar a (re)inserção social e a produção de novas subjetividades ao sujeito em sofrimento mental (OLIVEIRA, 2012).

Desse modo, é importante a interlocução entre saúde mental e arte. A arte tem seu modo de ser que passa pela estética e pelo agenciamento de novas subjetividades (AMARANTE; NOCAM, 2012).

De acordo com Leonardi e Pedrão (2012) a música e a dança são formas de arte e experiências que podem favorecer o encontro, a troca, a existência, a escuta, a abertura, o acolhimento, a alegria, o movimento, o sentimento de pertencimento, de pessoas que se encontram fragilizadas, com sentimentos de perdas: de amores de trabalho, de estudos, de autoestima, de relações interpessoais, etc., como é o caso da pessoa em sofrimento mental.

A partir da idéia de que a música e a dança podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida de usuários de saúde mental; professores e estudantes da Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF), do Centro de Formação de Professores (CFP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), sensíveis com as questões vinculadas aos usuários do CAPS, resolveram desenvolver o Projeto de Extensão “Rodas de expressões de música e dança com usuários de saúde mental”.

Têm-se como pressupostos básicos que esses sujeitos em sofrimento psíquico, apesar das limitações e fragilidades, têm direito a uma vida alegre e a cidadania. Além disso, postula-se que esse Projeto de Extensão por meio da música e da dança pode favorecer espaços de promoção da autoestima, da melhoria das relações interpessoais e das comunicações dos usuários.

Assim, decidi participar efetivamente como voluntário do Projeto de Extensão “Rodas de expressões de música e dança com usuários de saúde mental”, desenvolvido no CAPS II de Cajazeiras – PB. Nesse projeto tenho tido a oportunidade de perceber a importância e os desafios colocados para a equipe que compõe o mesmo de trabalhar com usuários que apresentam dificuldades de interação social, com perdas em várias dimensões

da vida (trabalho, amores, estudo, família e amigos), mas ao mesmo tempo pessoas acolhedoras, sensíveis, solidárias e com necessidades de atenção.

Por ser um projeto de relevância social e cultural e pela experiência enriquecedora que o mesmo tem me proporcionado, decidi relatar essa vivência como forma de compartilhá-la com as pessoas sensíveis aos problemas e as questões relacionadas à saúde mental.

Desse modo, o problema em estudo permite-nos formular algumas questões primordiais:

- Qual o perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários participantes do grupo de música e dança do CAPS?
- Como se dá a dinâmica de desenvolvimento grupal?
- Quais as principais práticas desenvolvidas nessa atividade?
- Em que medida a utilização da música e dança poderá contribuir para a promoção da autoestima e da melhoria da comunicação e das relações interpessoais dos usuários do CAPS?



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Descrever a experiência vivenciada e as atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão “Rodas de expressões de música e dança com usuários de saúde mental”, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar o perfil epidemiológico e socioeconômico dos participantes do Projeto de Extensão.
- Verificar a importância deste Projeto de Extensão para a melhoria da autoestima, da comunicação e das relações interpessoais dos usuários do CAPS II.

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica é um processo social, complexo, em construção e teve início, no Brasil, no final da década de 70. A reforma busca romper o modelo “hospitalocêntrico” (calcado no isolamento) para um modelo de base comunitária, estimulando mudanças de práticas, saberes e formar de lidar com o sofrimento mental. Dentre os atores importantes nesse processo destacam-se: profissionais, artistas, familiares e usuários (OLIVEIRA, 2002; 2012; BRASIL, 2005).

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi inspirado na trajetória do psiquiatra italiano Franco Basaglia, ganhando força com a criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) – primeiro grupo brasileiro responsável pela mobilização em torno dessa causa, posteriormente denominado de Movimento de Luta Antimanicomial. Esses movimentos lutavam não só pela Reforma, mas também contra a chamada “indústria da loucura” existente no país, em que se intensificava a hospitalização, a medicalização e tornava crônico o quadro dos pacientes com o intuito de aumentar os lucros das indústrias farmacêuticas e de instituições privadas. (OLIVEIRA, 2002, 2012).

O processo da Reforma Psiquiátrica divide-se em dois pontos importantes: a centralidade nas estratégias de desconstrução da idéia do sujeito louco como ameaçador para a convivência social, ou seja, a construção de um novo ambiente para a loucura e o fortalecimento dos serviços substitutivos. Esses serviços devem proporcionar ao usuário acolhimento, escuta e atenção integral capazes de substituir a lógica manicomial dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2009).

No final dos anos 80 alguns acontecimentos marcaram a trajetória desse processo no Brasil, dentre os quais se destacam: a 8ª Conferência Nacional em Saúde; I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que estabelecia como prioridade os investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica; o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ficou conhecido como o congresso de Bauru-SP, cuja bandeira de luta foi “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Nesse congresso amplia-se o sentido político-conceitual acerca do Movimento Antimanicomial, desencadeando uma nova etapa. (AMARANTE, 1995; OLIVEIRA, 2002, 2012).

Enfim, a nova etapa [...] consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. (AMARANTE, 1995, p.85).

O primeiro momento expressivo dessa dimensão no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorre em 1989, quando o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, propôs uma lei que regulamenta os direitos dos portadores de transtornos mentais e aponta para progressiva extinção dos manicômios no país, que somente foi aprovada pelo Congresso Nacional após 12 anos de tramitação, sendo hoje conhecida como a Lei Paulo Delgado ou da Reforma Psiquiátrica - a Lei 10.216/01 (AMARANTE, 2007; OLIVEIRA, 20012).

A Lei da Reforma Psiquiátrica amplia os espaços de atenção à pessoa com transtorno mental até então existentes, ao afirmar a finalidade de inclusão social para os doentes mentais, expandindo os limites da luta pela transformação do modelo de assistência psiquiátrica tradicional, fortalecendo a possibilidade de adoção de um modelo que reconheça a igualdade dos seres humanos e respeite as diferenças nessa igualdade (AMARANTE, 2007).

No entanto, é no transcorrer dos anos 1990 e dos primeiros anos do século XXI que a área da saúde mental, diferentemente das demais políticas sociais, incorpora seus maiores investimentos em termos legais como: a portaria 336/2002 que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a portaria 106/2000 que regulamenta a construção de serviços do tipo Residências Terapêuticas (RT), a Lei 10.708/2003 que se refere ao Programa de Volta Pra Casa, a Política Nacional de Álcool e outras Drogas de 2008, assim como outras orientações que deram corpo a essa dimensão (AMARANTE, 2007; OLIVEIRA, 2012).

Tais políticas públicas têm como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial, que devem estar integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte visando garantir o exercício pleno da cidadania do usuário (VILLELA; SCATENA, 2004).

Em 2002, foi instituída a portaria GM nº 251 que estabelece as diretrizes e normas para a assistência hospitalar no intuito de desencadear a reestruturação do sistema a partir de uma reclassificação dos hospitais psiquiátricos. Nessa nova classificação, fica estabelecido que o hospital psiquiátrico atenda somente as internações de indivíduos com

quadro agudo (considerado paciente acometido pela doença em caráter recente ou temporário), ou seja, internações de curta permanência, e não mais crônico (considerado paciente acometido pela doença em caráter permanente), em que o paciente permanece no regime de longa internação (BERTOLETTI, 2011).

Em 2003, o Governo Federal junto ao Ministério da Saúde promove o programa de financiamentos para os novos serviços extra-hospitalares, juntamente com o processo de gestão e redução do número de leitos hospitalares psiquiátricos, tendo como objetivo a desinstitucionalização (BERTOLETTI, 2011).

A desinstitucionalização não é sinônimo de desospitalização, mas sim de um movimento mais abrangente. Desinstitucionalizar significa romper com o atendimento à doença, abstraindo a pessoa que a possui. Significa abandonar o paradigma da razão, da produtividade, do ajustamento social e da norma. É o rompimento com o paradigma que entende a loucura como sinônimo de incapacidade e periculosidade, e com toda a prática que justifica, adota e advoga medidas de tutela e de exclusão. Evidentemente, tais rupturas não acontecem por determinação legal ou pelo empenho solitário de um profissional em particular. Trata-se da reconstrução de um pensamento, de uma época, que exige mais participação, compromisso e inclusão. Significa a desconstrução de um pensamento que aceita como natural o atendimento ao doente mental de forma asilar, carcerária, priorizando o isolamento (AMARANTE, 2007; YASUI, 2010)

Com o avanço no campo da saúde mental, os CAPS passaram a ser serviços estratégicos para a Reforma Psiquiátrica brasileira. É em meio ao advento dessas modalidades de atenção que acontecem as possibilidades de um arranjo de equipamentos de saúde substitutivos ao Hospital Psiquiátrico no país (BRASIL, 2005).

Os CAPS são serviços acessíveis e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS), constituídos por uma equipe interdisciplinar: enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, pedagogo, técnico em enfermagem, monitores, dentre outros. Esses serviços devem oferecer espaços de tratamento, reabilitação, de produção de novas subjetividades a usuários em sofrimento mental (OLIVEIRA, 2002).

Trabalhar nessa perspectiva em saúde mental é importante porque envolve nesse processo uma multiplicidade de atores sociais: usuários, familiares, profissionais, pessoas da comunidade, que interagem, dialogam e atravessam a instituição. Essa nova postura em saúde mental proporciona uma dimensão plural e a comunicabilidade entre diversos sujeitos, linguagens, práticas, saberes, tendo como princípio básico a construção da cidadania e a (re)inserção social do sujeito em sofrimento mental. A ideia é a construção de

uma rede com articulação de múltiplos equipamentos da cidade como instituições, associações, cooperativas, dentre outros, e não apenas de projetos de saúde (OLIVEIRA, 2002; BRASIL, 2005).

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil avançou significativamente no investimento da desinstitucionalização. Porém ainda se faz necessário muitas ações e estratégias de mobilização social e política que possam fomentar este processo no país (MELO, 2012).

É preciso caminhar na direção de maiores investimentos em mobilizações políticas e sociais que possam garantir, de forma sólida, um maior compromisso político, social e econômico com as políticas públicas, assim como a política nacional voltada para o campo da saúde coletiva e da atenção psicossocial (MELO, 2012).

### 3.2 MÚSICA: UMA TECNOLOGIA LEVE DE CUIDADO

Embora a música venha sendo empregada para fins terapêuticos desde os primórdios da humanidade, somente nas últimas décadas, ela começou a ser entendida como ciência e profissão. Sua primeira utilização como forma de humanização e cuidado à saúde foi proposta em 1859, pela enfermeira Florence Nightingale, tendo sido empregada nos veteranos da guerra da Criméia. Posteriormente, Isa Maudllsen e HarrietAyerSeymor, ambas enfermeiras, utilizavam a música como recurso terapêutico para alívio da dor física e emocional dos soldados feridos (LEINIG, 1997).

A partir dos anos 40 do século XX, estudos científicos abordaram a música como método terapêutico na Europa e Estados Unidos, sendo lançadas as primeiras bases de suas práticas atuais, através da observação de seus efeitos entre os convalescentes de Guerra, principalmente os da Segunda Guerra Mundial, gerando assim uma grande contribuição a essa pesquisa (ARAÚJO; SILVA, 2013).

Com efeito, começou-se a entender como a música exerce ação terapêutica no corpo e na mente humana, validando, então, o que muitos já percebiam: seu grande poder em proporcionar emoções, relaxamento físico e mental, florescer sentimentos positivos e recordações de momentos felizes e tristes. Nos últimos anos inúmeros estudos científicos demonstraram uma grande relação dos efeitos fisiológicos que a música produz no organismo humano, tais como: alterações nas frequências cardíaca e respiratória, alteração

na pressão arterial, relaxamento muscular, aceleração do metabolismo e a redução de estímulos sensoriais como a dor (LEINIG, 1997).

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são classificadas como: dura, leve-dura e leve, e estas se interrelacionam à medida que surge a necessidade de implementá-las na assistência. As tecnologias duras são equipamentos tecnológicos tais como máquinas, normas e estruturas organizacionais; as leve-duras referem-se aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como o processo de enfermagem; e as leves são tecnologias relacionais utilizadas na produção de vínculo (MERHY, 2002).

As tecnologias leves são indispensáveis para a produção de relações recíprocas e de interação, bem como para efetivação do cuidado por meio do resgate da singularidade e encontro da subjetividade, identidade, autonomia e cidadania, uma vez que demonstram a preocupação do profissional e expressam seu afeto, atenção aos desejos e reivindicações do paciente passando a valorizar a visão holística, opondo-se ao modelo biomédico (MERHY, 2002).

Nesse contexto, sendo a tecnologia uma ação intencional sobre a realidade na busca de bens/produtos fundamentados em um conjunto de conhecimentos, é certo que a utilização da música terapêutica está relacionada a uma tecnologia leve de cuidado voltada para a produção de acolhimento, vínculo e autonomização (BERGOLD; ALVIM, 2009).

No intuito de desenvolver novas e criativas tecnologias de cuidado que incluam a música terapêutica, é fundamental distinguir que sua influência sobre o ser humano é ampla e diversificada, abrangendo aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais. Os estímulos musicais podem alterar a respiração, circulação sanguínea, digestão, oxigenação e dinamismo nervoso e humoral. Também estimulam a energia muscular, reduzem a fadiga e favorecem o tônus muscular. Podem aumentar a atenção e estimular a memória, baixar o limiar da dor e se constituir como um importante recurso contra o medo e a ansiedade (SEKEFF, 2002).

É válido destacar que a utilização da música como aliado tecnológico de cuidado depende totalmente da constituição estabelecida entre o indivíduo e a música, os experimentos que ela tem, e sua união com a cultura e com seus roteiros de vida. As informações musicais são absolvidas de formas distintas por cada pessoa, ficando difícil encontrar regras gerais; para uma música ser instigante ou relaxante, por exemplo, há a influência da vinculação que se institui com ela, do anseio musical do indivíduo, seus argumentos e culturas (JOURDAIN, 1998). Além disso, a música evidencia as singularidades de cada indivíduo, suas experiências pessoais, familiares e culturais.

Desse modo, precisamos avaliar a maneira como cada pessoa recebe os estímulos sonoros em cada período de tempo: “a qualidade das respostas é que vai determinar se o som está sendo utilizado de forma correta ou incorreta” (CONDE, 1997).

Para o uso da música é preciso primeiro determinar se a intervenção musical interessa e faz sentido para a pessoa e, então, acessar suas necessidades e preferências musicais, além de lhe facultar o controle sobre as escolhas das músicas (HALSTEAD; ROSCOE, 2002). É importante observar que uma seleção de músicas inapropriadas, que não façam parte do universo sonoro da pessoa, pode atuar como mais um fator de estresse (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006).

As pesquisas até então realizadas ainda não são conclusivas quanto ao modo mais adequado do uso da música no processo saúde-doença-cuidado. Sendo assim, é fundamental que o profissional seja sensível à forma como a música afeta a si mesmo e à pessoa sob seus cuidados.

Por fim, cabe destacar que os defensores da Reforma Psiquiátrica há alguns anos vem utilizando a cultura/arte para transformar a concepção que a sociedade criou sobre a loucura desde os primórdios da institucionalização da psiquiatria. Desse modo, é importante a interlocução entre saúde mental e música tida como uma arte. A arte tem seu modo de ser que passa pela estética e pelo agenciamento de novas subjetividades (AMARANTE; NOCAM, 2012).

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o desenvolvimento e participação efetiva em um Projeto de Extensão, intitulado: “Rodas de expressões de música e dança com usuários de saúde mental”. Procura-se destacar a dinâmica de desenvolvimento do grupo.

O estudo descritivo objetiva a descoberta de um fenômeno ou população, sua relação com outras variáveis, de modo que sua característica mais significativa está no emprego de instrumentos de coleta de dados, tais como a observação sistemática e/ou questionários (FIGUEIREDO, 2007).

### 4.2 LOCAL DE PESQUISA

O cenário escolhido para a realização do trabalho foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), localizado no município de Cajazeiras – PB. A escolha deste local de pesquisa surgiu por se tratar de um serviço inovador, favorável a produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico, construindo novos conceitos e novas formas de vida e saúde.

O município de Cajazeiras/PB é considerado a 6ª maior cidade do estado, com uma população estimada em 58.446 habitantes, predominantemente urbana (77%). Atua como importante centro urbano regional devido sua localização estratégica, aliado ao seu dinamismo econômico, cultural e educacional, fazendo fronteira com os estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco (IBGE, 2010).

De acordo com a Secretaria de Saúde, atualmente Cajazeiras dispõe de uma rede de atenção em saúde mental: um CAPS II, um CAPS ad, um CAPS i e uma residência terapêutica. Além disso, está em tramitação o projeto de criação de cinco leitos de atenção integral em saúde mental no Hospital Regional desse município.



### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por 35 usuários intensivos e semi-intensivos em tratamento no CAPS II. O universo de pesquisa ou população, segundo Stevenson (1981), consiste no todo pesquisado, do qual se extrai uma parcela que será examinada e que recebe o nome de amostra. A amostra foi constituída por quinze 15 usuários em tratamento no CAPS II, os quais participaram do Projeto de Extensão “Rodas de expressões de música e dança com usuários de saúde mental”, na vigência de outubro de 2014 a março de 2015.

### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Usuários do CAPS II, localizado no município de Cajazeiras – PB e que tenham participando de pelo menos três encontros de “Rodas de expressões de música e dança com usuários de saúde mental”.

### 4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que participaram menos de três encontros, durante a vigência do projeto de outubro de 2014 a março de 2015. A participação no projeto foi voluntária.

### 4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da participação efetiva do pesquisador nas atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão através de rodas de música e dança, com os usuários do CAPS II, no período de outubro de 2014 a março de 2015. As anotações dessa experiência foram registradas em um diário de campo, bem como a partir de dados coletados nos prontuários dos usuários, nos relatórios do serviço, por meio de um roteiro questionários (Apêndice 1), objetivando identificar o perfil socioeconômico e epidemiológico: sexo, idade, estado civil, faixa etária, grau de instrução e diagnóstico.

#### 4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi solicitada a coordenadora do CAPS II a permissão para desenvolver o projeto de extensão em tela, sendo prontamente aceito. Posteriormente, foi realizada uma reunião com os usuários dessa instituição, buscando explicar os objetivos propostos no referido projeto:

- Possibilitar aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Cajazeiras – PB a melhoria das relações afetivas, a comunicação e as trocas sociais, por meio de rodas de música e de dança;
- Estimular à comunicação, a melhoria da autoestima de usuários em sofrimento psíquico, através de rodas de música e de dança;
- Favorecer a criação de vínculos, de novas subjetividades, de movimento, de criação e de uma vida mais alegre;
- Estimular o desenvolvimento da criatividade de alunos de Enfermagem na busca da socialização de saberes, aprimorando o seu processo formativo como profissional cidadão.

A partir da participação efetiva nas ações do projeto, do registro das atividades realizadas em um diário de campo, bem como dos dados coletados nos prontuários e no relatório final, foram descritas as atividades desenvolvidas no projeto de extensão, no período de outubro de 2014 a março de 2015.

#### 4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O perfil dos usuários do CAPS foi realizado de forma descritiva por meio do índice de frequência e percentual, sendo confrontados com a literatura pertinente.

As atividades desenvolvidas no projeto de extensão foram descritas minuciosamente, destacando-se: número de usuários participantes, número de encontros realizados, equipe de professores e estudantes, dinâmica de desenvolvimento do grupo de música, as dificuldades e as possibilidades para os usuários a partir da realização deste projeto de música. Foram destacadas também algumas falas dos usuários acerca da importância do referido projeto no processo de melhoria da qualidade de vida do usuário, com ênfase na autoestima, comunicação e relações interpessoais.

Em relação aos autores que respaldaram este trabalho, podem ser destacados aqueles que trabalham o processo da reforma psiquiátrica, como: AMARANTE (1995; 2007; 2012); OLIVEIRA (2002; 2007; 20012) e YASUI (2010), dentre outros, bem como alguns autores que tem como recorte de estudo a música e arte, dentre eles: SEKEFF, (2002); BERGOLD; ALVIM; CABRAL, (2006); LEONARDI; PEDRÃO (2012).

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo acatou os aspectos éticos da Resolução nº 446/2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta a pesquisa em seres humanos, assegurando aos participantes informações sobre os objetivos, anonimato, liberdade de aceitação e desistência da participação em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o mesmo, bem como a assinatura do termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice II). (BRASIL, 2012).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A escolha e a delimitação da atividade de música e dança para usuários do CAPS II de Cajazeiras – PB, como objeto de análise, com destaque no perfil socioeconômico e epidemiológico desses sujeitos e na dinâmica de desenvolvimento do grupo, possibilitou a todos participantes e a equipe do projeto uma implicação nessa instituição, de modo que fomos parte integrante de todo o processo grupal ali desenvolvido.

Os pressupostos básicos que nortearam esse estudo: a música enquanto modalidade de atenção possibilitava aos participantes espaços para a criação de vínculos, a construção de relações interpessoais, a comunicação e a melhoria da autoestima, fazendo-as interagir, incessantemente com os fatos e seus significados e com o próprio sistema de valores do pesquisador, constituindo-se um campo propício para um trabalho acadêmico dessa natureza.

Assim, os resultados expostos relacionam-se, inicialmente, com a caracterização do perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) da cidade de Cajazeiras/PB, participantes do projeto de extensão de música e dança, através de uma tabela, sendo confrontada com a literatura pertinente. As variáveis de identificação do perfil dos usuários foram às seguintes: sexo, idade, estado civil, grau de instrução, renda familiar e diagnóstico.

Posteriormente foram relatadas as atividades desenvolvidas no projeto de extensão, no período de outubro de 2014 a março de 2015, obtidos dos dados do relatório final, destacando-se: o número de participantes, os encontros semanais, a dinâmica de desenvolvimento grupal, a participação do grupo em atividades da cidade, as dificuldades e as possibilidades para os usuários do CAPS, por meio desse projeto de rodas de música e de dança. Por fim, destacam-se algumas falas dos usuários acerca da importância do referido projeto no processo de produção de emoções, vínculos, comunicação e relações interpessoais.

## 5.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS DO CAPS II

No Brasil o número de estudos com enfoque epidemiológico e socioeconômico na área de saúde mental, ainda é insipiente. Todavia, o interesse por esse campo de pesquisa vem aumentando significativamente. Os estudos epidemiológicos ganharam notoriedade a partir do momento que se percebeu a sua importância para a detecção, controle, prevenção das doenças que acometem a população, como também ao ser considerado um recurso importante para o planejamento das ações de saúde, principalmente, na área da saúde mental (MEDEIROS, 2005).

A tabela a seguir apresenta os dados referentes ao grupo de usuários/participantes do Projeto de Extensão de música e dança do CAPS II.

Os sujeitos desse estudo caracterizam-se por 08 (53,5%) pertencentes ao sexo feminino e 07 (46,5%) ao masculino. Esses dados confirmam que na maioria dos estudos epidemiológicos, há predominância do sexo feminino nos serviços de saúde, justificada pelo fato das mulheres se preocuparem mais com a promoção da saúde, a prevenção da doença, como também de serem mais susceptíveis a doenças, dessa forma, procurarem mais os serviços de saúde que os homens (ROUQUAYROL *apud* MEDEIROS, 2005).

Quanto à faixa etária apresentam entre 35 e 67 anos, com predominância na faixa entre 35 e 45 anos. De acordo com a OPAS/OMS (2001), 10% dos transtornos mentais e comportamentais estão presentes na fase jovem adulta, no entanto, não devem ser desconsiderados casos na população infantil e de jovens, além de distúrbios na velhice. A predominância na faixa etária de 46 a 56 anos corresponde ao período de alta prevalência de doenças crônicas, favorecendo maior susceptibilidade aos transtornos mentais.

De acordo com a tabela, 10 (67%) dos participantes são constituídos por pessoas solteiras, seguida de 03 pessoas (20%) divorciadas, e apenas 01 pessoa (6,5%) casada.

Segundo Costa e Silva e Oliveira (2008) o grande número de usuários constituído por solteiros é compreensível, tendo em vista o estigma ainda dominante no imaginário social de que a pessoa com transtorno mental é um ser imprevisível e incapaz de estabelecer laços afetivos e sociais.

No que se refere ao grau de instrução percebe-se que 08 (53,5%) eram analfabetos, 06 (40%) cursaram o ensino fundamental incompleto e apenas 01 (6,5%) possuía o ensino médio incompleto.

Pesquisas realizadas por Louzada (2003) e Souza (2007) são congruentes com os resultados aqui apresentados, esses estudos mostraram também que a maioria dos pacientes possuía apenas formação fundamental incompleta. No entanto, concorda-se com Costa e Silva e Oliveira (2008) que independentemente do nível de escolaridade do usuário, as expectativas e as representações dos pacientes acerca do processo saúde-doença, podem determinar uma maior ou menor adesão ao processo terapêutico, e não apenas o nível de escolaridade.

Em relação à renda familiar, observa-se na tabela, que a maioria dos usuários 11 (73,5%) afirma ganhar entre um a dois salários mínimos e 03 (20%) não souberam responder.

Alguns usuários têm o Benefício de Prestação Continuada (BPC), integrante do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, assegurado pela Constituição Federal de 1988, que garante a transferência de um salário mínimo a idosos de baixa renda e às pessoas com deficiência. Isso tem ajudado na composição da renda familiar.

Por meio do levantamento nos prontuários dos usuários, e de acordo com a CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças, em sua versão 10ª), verificou-se que 05 (33,5%) dos usuários apresentavam o diagnóstico de Esquizofrenia. Outros transtornos diagnosticados foram Retardo Mental Moderado 03 (20,0%); Transtorno de Ansiedade 02 (13,5%); Retardo Mental Grave 02 (13,5%); e Transtorno Psicótico Agudo 01 (6,5%), Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno de Personalidade, respectivamente, 01 (6,5%), para cada.

Esses achados de prevalência da Esquizofrenia nos sujeitos participantes deste estudo corroboram com os dados de Androeli, et al. (2004), cuja pesquisa revelou maior incidência dessa doença (629 de 1.440 – 43,68% – dos pesquisados), bem como com os resultados de Silva e Oliveira (2008), quando afirmam que dos 105 participantes da pesquisa, (32,30%) apresentavam esquizofrenia. A esquizofrenia constitui a forma mais complexa de transtorno mental, quanto mais precoce mais difícil é o seu prognóstico, apresenta uma prevalência de 1 a 1,5% da população em geral. É rara antes dos 10 anos e depois dos 50; frequentemente tem início na adolescência ou na idade adulta jovem. Esse transtorno mental tem igual prevalência em homens e mulheres. Em geral, o resultado para o sexo feminino é melhor do que para o masculino, pois os homens apresentam a esquizofrenia mais precocemente que as mulheres (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007).

**Tabela 1 - Caracterização dos usuários segundo os dados socioeconômicos epidemiológicos. Cajazeiras - PB, 2015.**

Variáveis	Usuários do Sexo		Usuários do Sexo	
	Feminino		Masculino	
	N	%	n	%
<b>Gênero</b>				
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>53,5</b>	<b>07</b>	<b>46,5</b>
<b>Faixa etária</b>				
35-45	04	26,5	03	20,0
46-56	02	13,5	03	20,0
57-67	02	13,5	01	6,5
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>53,5</b>	<b>07</b>	<b>46,5</b>
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	05	33,5	05	33,5
Casado	-	-	01	6,5
Divorciado	02	13,5	01	6,5
Viúvo	01	6,5	-	-
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>53,5</b>	<b>07</b>	<b>46,5</b>
<b>Grau de instrução</b>				
Analfabeto	05	33,5	03	20,0
Fundamental Incompleto	03	20,0	03	20,0
Fundamental Completo	-	-	-	-
Médio Incompleto	-	-	01	6,5
Médio Completo	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>53,5</b>	<b>07</b>	<b>46,5</b>
<b>Renda familiar</b>				
Até 1 salário mínimo	01	6,5	-	-
Entre 1 e 2 salários mínimos	05	33,5	06	40,0
Não soube responder	02	13,5	01	6,5
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>53,5</b>	<b>07</b>	<b>46,5</b>
<b>Diagnóstico</b>				
Esquizofrenia	02	13,5	03	20,0
Transtorno de Ansiedade	02	13,5	-	-
Transtorno de Personalidade	-	-	01	6,5
Retardo Mental moderado	01	6,5	02	13,5
Retardo Mental grave	02	13,5	-	-
Transtorno Psicótico Agudo	01	6,5	-	-
Transtorno Afetivo Bipolar	-	-	01	6,5
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>53,5</b>	<b>07</b>	<b>46,5</b>

Fonte: pesquisa de campo, 2015.

### 5.3 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: PROJETO DE EXTENSÃO EM AÇÃO

O início efetivo do Projeto de Extensão: “Rodas de música e dança com usuários de saúde mental”, no CAPS II ocorreu a partir de outubro de 2014, estendendo-se até março de 2015, tendo como objetivos principais: Possibilitar aos usuários do CAPS II de Cajazeiras – PB a melhoria das relações afetivas, a comunicação e as trocas sociais, por meio de rodas de música e dança; Favorecer a criação de vínculos, de novas subjetividades, de movimento, de criação e de uma vida mais alegre; e Estimular o desenvolvimento da criatividade de alunos de Enfermagem na busca da socialização de saberes, aprimorando o seu processo formativo como profissional cidadão.

O CAPS foi escolhido como espaço para o desenvolvimento desse Projeto de Extensão por se constituir em um lugar de tratamento, de reabilitação, de acolhimento, de relações interpessoais, de produção de novas subjetividades a pessoas com problemas psíquicos. Esse serviço procura ao mesmo tempo, ser um equipamento de saúde ativador dos recursos comunitários, de integração do usuário, família e sociedade (OLIVEIRA, 2002; AMARANTE, 2007; YASUI, 2010).

Além disso, algo de suma importância para a execução desse projeto foi o compromisso ético de professores e estudantes de enfermagem do CFP/UFCG que compreendem que a respeito de doenças ou outras limitações de ordem econômica e social, às pessoas em sofrimento psíquico têm direito à saúde, a uma vida alegre e a autonomia. Esse projeto é coordenado por professores que buscam na prática cotidiana, a ruptura com o modelo asilar, o estigma e a exclusão social.

#### 5.3.1 METODOLOGIA DO PROJETO

As reuniões aconteceram sistematicamente todas às quintas-feiras pela manhã, entre outubro de 2014 a março de 2015, através de uma equipe de trabalho composta por dois docentes (Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Francisca Bezerra, Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva) que tiveram o papel fundamental no monitoramento e desenvolvimento de todo o projeto, além de uma docente que participou do coral e cinco discentes, todos vinculados ao curso de graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF/CFP/UFCG. Os encontros de música e dança contou com aproximadamente 15 usuários intensivos e



semi-intensivos do CAPS II, que a partir dos contatos pré-estabelecidos demonstraram interesse em participar do referido projeto, com anuência da coordenadora da referida instituição.

Em um primeiro momento, decidiu-se realizar um levantamento bibliográfico pertinente a temática de saúde mental e de música e dança, objetivando respaldar as atividades referentes ao projeto. Entende-se que os profissionais devem ter consciência e formação para a utilização de um recurso terapêutico, para que ele não se torne iatrogênico como qualquer outra ferramenta terapêutica indicada de forma inapropriada.

Os referenciais teóricos são fundamentais para subsidiar pesquisadores, extensionistas, estudantes em seus trabalhos acadêmicos, possibilitando um transitar entre dados empíricos e teoria, bem como a organização e a sistematização dos achados encontrados (FIGUEIREDO, 2008).

### 5.3.2 DINÂMICA DAS RODAS DE MÚSICA E DANÇA

A dinâmica de desenvolvimento do projeto de música e dança apresentou em sua composição um caráter singular e aberto:

- Não abrangeu a totalidade dos usuários do CAPS II, na medida em que ocupou apenas um horário semanal. Desta maneira, possibilitou apenas a presença daqueles que, a partir do contato terapêutico, encontravam-se na instituição no dia de realização dos encontros (quintas-feiras), e que desejassem participar do projeto;
- Não houve participação mais efetiva dos profissionais do CAPS neste projeto.

Durante os cinco meses de desenvolvimento do projeto, foram realizados 11 encontros, sendo oito no CAPS II, com duração de aproximadamente duas horas, um no Círculo Operário e dois no CFP/UFCG, no município de Cajazeiras - PB, com a participação efetiva da equipe de extensão e dos usuários participantes do grupo de rodas de música e dança.

Toda experiência nova é geradora de ansiedades, de medos. De fato, os primeiros encontros foram caracterizados por um clima grupal de “apreensão” e “expectativa”, os participantes estavam preocupados com a aceitação do outro e com o que poderia vir a acontecer ali. Alguns usuários não participaram de início, colocando-se na posição de observadores.

Sendo assim, os primeiros encontros realizados no CAPS foram caracterizados por certa timidez da maioria dos usuários, enquanto outros se apresentavam mais extrovertidos,

foi assim que a interação entre eles e a equipe do projeto foi sendo construída. Após a realização de alguns encontros percebemos um movimento progressivo do grupo, tornando-se perceptível a entrega de ritmo, de vozes, de dança de encontros e agenciamento de experiências subjetivas, onde o sofrimento dava passagem à alegria e a apresentação da própria existência.

Além dessas atividades realizadas semanalmente no CAPS, outros encontros foram desenvolvidos na comunidade, como é o caso da participação do grupo no desfile cívico em alusão aos 151 anos do aniversário da cidade de Cajazeiras – PB. Naquela oportunidade foi possível mostrar o belíssimo trabalho realizado por toda equipe de profissionais do CAPS e apresentar o projeto “*Rodas de música e dança com usuários de saúde mental*” a toda sociedade e as autoridades que prestigiaram o evento. Esse dia foi importante, pois ficou nítida a satisfação de todos os presentes, através das danças, dos hinos e discursos proferidos, evidenciado, sobretudo, a partir do sorriso e da alegria dos usuários, que ao invés do isolamento, estavam circulando pelas paisagens da cidade, mostrando que é possível viver em sociedade.



**Figura 1** – Apresentação no desfile cívico de Cajazeiras - PB

Outro momento especial foi registrado com a participação do grupo em uma confraternização para comemorar as festividades de final de ano do CAPS, sendo realizado no Círculo Operário de Cajazeiras, onde compareceram todos os usuários e seus familiares.

Foi um dia ímpar na vida dessas pessoas, que juntamente com a equipe fizeram a festa, em um ambiente animado por um repertório variado, com canções especiais de fim de ano.

Nessa perspectiva, este projeto de música e dança buscou construir novas formas de subjetividades, de convivência com a diferença para que a sociedade possa dar continência e desmistificar o “olhar” que vê na pessoa com sofrimento psíquico, a ameaça (OLIVEIRA, 2002; YASUI; 2010).

Esses encontros trouxeram resultados positivos e possibilitaram a construção de expressões singularizadas, através de emoções manifestadas por pessoas que interagem e identificam suas ações por meio da musicalidade, confirmando estudos realizados por (MOSTAZO, 2012; SILVA; MORAIS, 2007).

### 5.3.3 FORMAS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Em meio ao desenvolvimento do projeto, o método de avaliação da equipe extensionista ocorreu de forma permanente e sistemática, por meio de encontros periódicos, com discussões e leituras pertinentes à temática, objetivando avaliar o andamento do processo prático das atividades. Além disso, as reuniões aconteciam todas as quintas-feiras pela manhã de forma ininterrupta para a realização da prática musical com os usuários, tornando-se necessárias constantes atualizações do repertório musical, para uma adequação as singularidades e desejos do grupo.

Nesse sentido, foram realizadas várias reuniões entre a equipe, os participantes do projeto e a coordenação do CAPS II, procurando avaliar de forma crítica o andamento do mesmo. Foi realizado também um rico acervo de anotações, fotografias e filmagens das atividades e reuniões desenvolvidas com o grupo, além da elaboração do Relatório Final do Projeto. De fato, é necessário ressaltar que ao longo de todo o andamento do projeto, houve comprometimento, assiduidade, confiança, vontade e espírito de equipe.

### 5.3.4 RESULTADOS OBTIDOS

A partir da realização dos encontros de música e dança, buscou-se a melhoria, o resgate e a promoção de aspectos importantes do usuário, tais como: autoestima, comunicação e relações interpessoais, auxiliando assim no processo de reabilitação e inclusão social dos usuários em sofrimento psíquico. Esse processo caracterizou-se como dinâmico, em construção e inacabado.

Desde o início e ao longo do desenvolvimento das atividades, evidenciou-se o verdadeiro sentido do projeto, os objetivos propostos, a dinâmica de funcionamento e a sua importância na contribuição do processo de uma vida mais saudável e menos sofrida. O vínculo construído entre a equipe e os usuários, a partir dos encontros grupais, possibilitou uma constante melhora nas relações interpessoais e na comunicação dos usuários.

Algo constatado, a cada encontro musical os usuários sentiam-se mais a vontade, como também participavam de forma mais ativa, alegre, faziam sugestões de melodias, tons, acordes a serem tocados, convidavam os membros do projeto para dançarem e cantavam no microfone. Esses momentos de encontros plenos enriqueciam o ambiente, proporcionando a satisfação à equipe por saber que a caminhada não fora em vão, e que as estratégias disseminadas no início renderia resultados positivos.

Nesse sentido, as expectativas foram satisfatórias, uma vez que todo o planejamento inicial foi cumprido de maneira plausível, ou seja, tudo o que foi pensado, discutido e arquitetado antecipadamente pela equipe foi realizado com sucesso, contribuindo para o desenvolvimento e bem-estar dos usuários, e de uma forma geral, promovendo o restabelecimento daquilo que lhes é de direito e que jamais deveria ser contestado: o respeito, a dignidade e o desejo de serem felizes.

### 5.3.5 DIFICULDADES ENCONTRADAS

As maiores dificuldades encontradas no transcorrer das atividades estavam relacionadas com a falta de uma estrutura física apropriada para a realização dos encontros com o grupo, apesar do ambiente cedido para as práticas ter sido a sala principal do CAPS, necessitaria de um espaço mais aberto para que não afetasse na acústica do som e nem impedisse os movimentos corporais dos participantes proporcionados pela dança. Outra dificuldade foi montar um repertório adequado para as apresentações, devido à necessidade de uma maior atenção e um olhar minucioso na classificação das canções e seus efeitos positivos, adicionando-as a lista para os próximos encontros e descartando aquelas que proporcionavam desconforto ou sentimentos negativos aos mesmos.

Há que se pontuar as dificuldades que tiveram que ser superadas para isso, considerando tratar-se de pessoas acometidas de um agravo psíquico que lhes limita e impõe restrições na relação com o tempo, com o espaço, com as pessoas e com as coisas (SILVA; FONSECA, 2002).

Essas dificuldades em parte foram superadas pela equipe, resultando em um gratificante trabalho. O retorno veio em meio aos resultados apresentados, proporcionando assim melhorias irrefutáveis na autoestima, comunicação e singularidade de cada usuário, tornando seus fardos mais leves e suas vidas mais felizes.

### 5.3.6 FALA DOS USUÁRIOS

A música utilizada de forma terapêutica neste trabalho intencionou fazer a mente dos participantes trilharem caminhos insonháveis, e possibilitar estímulo à memória empático-afetiva-comunicativa, podendo se reverter em uma estratégia para a retomada de sentimentos e lembranças do passado de sensações prazerosas. A música é capaz de formar a trilha sonora de nossos dias, possibilitando um retrospecto da vida, um reviver de lembranças e emoções relacionadas a eventos significativos, que, por sua vez, podem facilitar o encontro de significados, de estímulos e propósito da existência (HALSTEAD, 2012).

Serão destacados, no quadro a seguir, os estímulos desenvolvidos a partir da realização das rodas de música e dança.

**Quadro1:** Relatos dos usuários do CAPS II acerca dos estímulos desenvolvidos durante e após as rodas de música e dança.

Estímulos	Relatos dos usuários
Cognitivos	<p><i>“Gostei muito da música (nessa mesa de bar), pois cada vez que eu escuto lembro muito do meu irmão querido.” (F.S.O., usuária do CAPS II).</i></p> <p><i>“Tem músicas boas, que faz eu me lembrar da minha juventude, tempo bom que não volta mais né?!” (G.Q.S., usuária do CAPS II).</i></p>
Relações Interpessoais	<p><i>“Muito bom, todo mundo dançando e cantando, vocês tocam o que agente pede e agente se sente bem com o coração alegre da vontade de ficar o dia todo aqui.” (I.J.D., usuária do CAPS II).</i></p> <p><i>“Fico esperando esse dia chegar, contando nos dedos[...] vocês chegam e agente canta, brinca e</i></p>

	<i>conversa. É felicidade de viver a vida.” (S.L.S., usuária do CAPS II).</i>
Autoestima	<p><i>"Me sinto especial porque vocês gostam muito de mim, cantaram até uma música com meu nome, obrigado a todos.” (M.H.B.G., usuária do CAPS II).</i></p> <p><i>“Todo mundo gosta quando eu canto, acho que minha voz é boa e eu ainda treino no karaokê todo dia.” (F.Q., usuária do CAPS II).</i></p>
Espiritualidade	<p><i>“Gostei muito, pois a música deixa agente feliz! Chega bem perto de Deus”. (E.S.R., usuária do CAPS II).</i></p> <p><i>Fico alegre, pois penso em Jesus Cristo, e ele me dá forças. [...] a música me faz sentir bem com o mundo. E louvar ao senhor. (C.G.F., usuária do CAPS II).</i></p>

Desse modo, as falas dos usuários revelaram que o projeto de música e dança no CAPS foi avaliado como ferramenta de cuidado, facilitador de construção de relações interpessoais e melhora nas comunicações. “Pensar na produção de cuidados significa ouvir a melodia e o ritmo da canção entoada (ou latente) de cada um, de quem tomamos à delicada e complexa tarefa de cuidar” (YASUI, 2010, 159).

A música também teve o poder do efeito tranquilizador provocado nos sujeitos participantes deste projeto, fazendo emergir sensações mais profundas, tornando-se visível os pensamentos expressados de espiritualidade e de fé às lembranças das suas crenças, refletindo no aumento da esperança da recuperação da saúde (ARAÚJO; SILVA, 2013).

A autoestima também relatada nos discursos dos usuários é considerada como uma maneira que o indivíduo enxerga-se frente a si mesmo ou aos outros, e conseqüentemente, interfere de forma positiva ou negativa no modo em que a pessoa lida com o ambiente e as dificuldades que esse ambiente possa proporcionar. Desse modo, tem relação íntima com a saúde mental e o estado de bem-estar psicológico e social proporcionado pela música (CORDEIRO; FREITAS; AZEVEDO, 2013).

A partir da realização deste Projeto de Extensão foi possível identificar novas tecnologias de cuidado em saúde mental, por meio da musicalidade, tecidos a cada

encontro, norteados por “uma ética da autonomia, da singularização e da inclusão social” (YASUI, 2010, 152). É preciso ousar, arriscar e dar um passo a frente, criando espaços de acolhimento, de encontros, de aprendizagem, de construção de vínculos, de continência e de escuta na prática em saúde mental.

Esses momentos grupais aqui relatos foram vividos com bastante intensidade, por todos os participantes, tanto no momento de realização dos encontros, como neste momento, ao buscar descrevê-los. Afinal estamos falando de vida, de gente, de sentimento, de sofrimento existencial, buscando construir espaços e dar voz aqueles que muitas vezes foram impedidos de expressar suas singularidades e historicidade.

Corroboramos com Oliveira e Fortunato (2007) que em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, deve-se ter o entendimento “da prática como invenção permanente, como produção de novas formas de abordagem [...], as abordagens em saúde mental devem ser construídas não baseadas em verdades científicas, mas em função de eficiências ético-estético-existencial” (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007, p. 161).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho propôs-se a relatar e discutir as atividades desenvolvidas no projeto de Extensão “Rodas de música e dança com usuários de saúde mental”, no CAPS II. A ideia surgiu a partir do engajamento efetivo da equipe extensionista nessa modalidade grupal, composta por profissionais e estudantes da área de saúde. A equipe esteve implicada em todo o processo do trabalho, desde a apresentação do projeto na instituição, bem como nos encontros da equipe e de música e dança com usuários.

A partir da experiência nesse projeto percebe-se a importância e os desafios colocados para a equipe de música em trabalhar com usuários que apresentavam dificuldades de interação social, com perdas em várias dimensões da vida: trabalho, amores, estudo, família e amigos, mas ao mesmo tempo pessoas acolhedoras, sensíveis, solidárias e com necessidades de atenção.

Os primeiros encontros de “música e dança” foram caracterizados por um clima grupal de medo, apreensão e expectativa. Alguns usuários não participaram de início, colocando-se na posição de observadores, com certa timidez. Após a realização de alguns encontros, começou-se a perceber um movimento progressivo do grupo, tornando-se perceptível a entrega de ritmo, de vozes, de dança de encontros, de modo que o sofrimento dava passagem à alegria e a apresentação da própria existência.

A partir da realização deste projeto e das falas dos usuários fica evidente que a música pode se constituir como uma estratégia valiosa de cuidado em saúde mental. Com a musicalidade foi possível trabalhar a autoestima, a sociabilidade, a comunicação, a alegria, o compromisso e novas formas de subjetividade dos usuários. A música é uma ferramenta de integração social e vem se tornando cada vez mais um meio de desenvolver percepções e sensibilidades individuais que caminham em direção ao outro, valorizando significativamente as relações humanas.

Em saúde mental o mais importante é o usuário com suas fragilidades e necessidades. Nesse campo tão complexo é preciso ousar, ser solidário e criativo, criar espaços de acolhimento, de encontros, de aprendizagem, de construção de vínculos, de continência e de escuta. Práticas como a de música que busquem devolver ao sujeito em sofrimento psíquico à possibilidade de criação genuína de sua existência, isto é, que o auxilie na construção de relações de expressão, de criação na qual o sujeito se reapropriar da subjetividade, produzindo um processo de singularização.



Este trabalho relatado não se pretende conclusivo, constitui-se em reflexões para estimular outros questionamentos e reflexões. Cada tópico desenvolvido deve ser retomado, questionado e aprofundado. Nessa busca incessante, a intencionalidade é a mesma da primeira a última página deste trabalho: o relato de uma experiência de música e dança com usuários do CAPS - o desafio da construção criativa, ética e solidária de uma nova forma de cuidado em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

\_\_\_\_\_. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-7, jan./abr., 2009.

\_\_\_\_\_. (coordenador), - **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P.; NOCAM, F. (Orgs). **Saúde Mental e arte: práticas, saberes e debates**. São Paulo: Zagodoni, 2012. 212 p.

ARAÚJO, T. C.; SILVA, L. W. S. Música: estratégia cuidativa para pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enfermagem UFPE**. Recife, v. 7, n. 5, p. 1319-25, maio 2013.

BERGOLD, L.B.; ALVIM, N.A.T.; CABRAL, I.E.O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical.**Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.2, p.262-9, 2006.

BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. A música terapêutica como uma tecnologia aplicada ao cuidado e ao ensino de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev.Enferm**. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 537-42, jul/set. 2009.

BERTOLETTI, R. **Uma contribuição da arquitetura para a Reforma Psiquiátrica: estudo no residencial terapêutico Morada São Pedro em Porto Alegre**. 2011. 212 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - ,Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. 2011.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Saúde Mental**. 1ª Edição. Belo Horizonte, 2005. 149 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA), **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**, Rio de Janeiro, 2012.

CASTEL, R.A **ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CONDE, K.C. Considerações acerca do uso indiscriminado do som e dos seus efeitos no homem. **Rev. Bras. Musicoter.**, v.2, n.3, p.51-60, 1997.

CORDEIRO, R. C.; FREITAS, L. A.; AZEVEDO E. B. Musicoterapia como modalidade terapêutica complementar para usuários em situação de sofrimento psíquico. **Rev. enferm UFPE online**. Recife, v 7, p. :6725-31, 2013.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Métodos e metodologia na pesquisa científica**. 3. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

HALSTEAD, M.T.; ROSCOE, S.T. Restoring the spirit at the end of life: music as an intervention for oncology nurses. **Clin. J. Oncol. Nurs.**, v.6, n.6, p.333-6, 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010, **Tabela Estimativas das Populações Residentes**.

JOURDAIN, R. **Música, cérebro e êxtase: como a música captura nossa imaginação**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

LEINIG, C. E. **Tratado de musicoterapia**. São Paulo: Objetiva, 1997.

MEDEIROS, E. N. **Prevalência dos transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde em municípios paraibanos**. 2005. 136f. Tese. (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2005.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 84-95, jul./dez., 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, p. 67-92, 2002.

MOSTAZO, R. R et al. Experiências musicais vivenciadas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.11, n.2. p. 131-137, 2012.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2002.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. **Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica**. Vivência, EDFRN nº 32, 2007. p.155-161.

OLIVEIRA, F. B.; et al. **Reforma Psiquiátrica: saúde mental no contexto da saúde da família**. In: OLIVEIRA, F.B; LIMA JÚNIOR, J. F.; MOREIRA, M. R. C. Resgatando saberes e ressignificando práticas: interfaces no campo da saúde coletiva, Campina Grande: Editora da UFCG, 2012, p. 75-89.

SEKEFF, M.L. **Da música, seus usos e recursos**. São Paulo (SP): UNESP; 2002.

SILVA, A. L. S. e. FONSECA, R. M. G. S. da. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. vol. 36. no.4. págs. 358-66. 2002.

SILVA, J. C. C.; OLIVEIRA, F. B. O. Doença mental e (re) inserção social: uma relação possível e necessária. **Revista Pesquisa**, Campina Grande, v.2, n.2, p.225-242, 2008.

SILVA, R. S.; MORAES, M. Musicoterapia e saúde mental: relato de uma experimentação rizomática. **Rev. Psico, UFF**. Rio de Janeiro, v.38, n 2, p. 139-147, maio/ago, 2007.

STEVENSON, W. J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.

VILLELA, S.C.; SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. Brasileira Enfermagem**, v.57, n. 6, p. 738-41, 2004.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

**APENDICES**

## APÊNDICE I – Instrumento de Coleta de Dados

**ROTEIRO DE ENTREVISTA****QUESTIONÁRIO**

Dados sobre o usuário

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dados de identificação do participante do estudo

**1. Sexo:** ( ) F ( ) M

**2. Idade:** \_\_\_\_\_

**3. Faixa Etária:**

( ) Entre 35 e 45 anos.

( ) Entre 46 e 56 anos.

( ) Entre 57 e 67 anos.

**4. Estado civil:** ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a)

**5. Grau de instrução:**

( ) Analfabeto

( ) 1º Grau incompleto

( ) 1º Grau completo

( ) 2º Grau incompleto

( ) 2º Grau completo

**6. Renda familiar:**

( ) Menos de 1 salário mínimo

( ) De 1 a 2 salários mínimos

( ) De 3 a 4 salários mínimos

( ) Não sabe responder

**7. Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é Danilo Temóteo da Silva, sou acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG e convido o Sr. (a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**Rodas de música e dança com usuários de saúde mental**”.

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** O motivo que nos conduziu a realizar essa pesquisa foi analisar a influencia e os efeitos, que a música e a dança podem trazer ao portador de sofrimento psíquico. O objetivo dessa pesquisa é Descrever a experiência vivenciada e as atividades desenvolvidas no Projeto de Extensão “*Rodas de expressões de música e dança com usuários de saúde mental*”, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) do município de Cajazeiras - PB. O procedimento para a coleta de dados será da seguinte forma: o usuário ou seu responsável legal deve assinar esse termo, no qual tudo o que nele está inserido não deve ser violado, após será preenchido um roteiro de entrevista, contendo dados sócio-demográficos e questões norteadoras sobre a temática.

**DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:** Essa pesquisa é de caráter sigiloso, não apresenta nenhum risco à população estudada.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. O Sr. (a) não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na

última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao Sr. (a).

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a).

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. O (a) pesquisador (a) Danilo Temóteo da Silva certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o estudante Danilo Temóteo da Silva, através do telefone (83) 9149-9980 ou a professora orientadora Dra. Francisca Bezerra de Oliveira. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, situado à Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Casas Populares, Cajazeiras – PB, CEP: 58.900-000 ou através do telefone: (83) 3532-2000.

Nome	Assinatura do Participante da Pesqui	/ / Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	/ / Data