

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA  
INTERPROFISSIONALIDADE**

**THIAGO CELMIR VIEIRA MARQUES DOS SANTOS**

**PROMOVENDO SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA MÚSICA NO CAPS-AD AMOR E  
ESPERANÇA EM ARAPIRACA-AL**

**MACEIÓ-AL  
2021**

**THIAGO CELMIR VIEIRA MARQUES DOS SANTOS**

## **PROMOVENDO SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA MÚSICA NO CAPS-AD AMOR E ESPERANÇA EM ARAPIRACA-AL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ma. Tereza Angélica Lopes de Assis.

Coorientador: Msto. Luiz Martins Barros da Silva Júnior

**MACEIÓ-AL  
2021**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
NÚCLEO DE SAÚDE PÚBLICA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA INTERPROFISSIONALIDADE**

**Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL)**

Aluno concluinte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 26/11/2021

**Título do TCC:**

**PROMOVENDO SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA MÚSICA NO CAPS-AD  
AMOR E ESPERANÇA EM ARAPIRACA-AL**

**Situação:** Aprovado

**Banca Examinadora:**

Profa. Ms. Tereza Angélica Lopes de Assis  
Professor Orientador

Profa. Ms. Quitéria Maria Ferreira da Silva  
Examinador 2

Profa. Ms. Suely do Nascimento Silva  
Examinador 1

Profa. Dra. Margarete Pereira Cavalcante  
Coordenação do Cesp2019

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, pelo dom da vida. Dedico também à minha mãe e meus familiares, por todo o suporte e amor dados a mim; e à minha esposa, por todo apoio e companheirismo ao longo do tempo.

## AGRADECIMENTOS

À professora orientadora, Tereza Angélica Lopes de Assis, que conduziu o trabalho com paciência e dedicação, sempre disponível para compartilhar todo seu vasto conhecimento.

Aos meus pais, pelo apoio e motivação que me permitiram concluir com agradável satisfação esta especialização, pelo enraizamento da crença no poder da educação.

À Prefeitura do Município de Arapiraca, pela disponibilidade institucional que favoreceu a realização deste curso para complemento da qualificação profissional.

Aos colegas do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPSad), pelo estímulo ao estudo e à capacitação profissional, compreendida como investimento e qualificação pessoal e para a equipe. E por compartilharmos os momentos de angústia e alegria que fizeram parte da construção do saber.

## RESUMO

O presente projeto de intervenção é o trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública, com ênfase na interprofissionalidade, da Universidade Federal de Alagoas. O projeto “Promovendo Saúde Mental através da Música” surgiu através de análise da vivência cotidiana no CAPS-AD Amor e Esperança, localizado no município de Arapiraca/AL, onde se percebeu que há vários grupos e oficinas realizados, mas nenhum diretamente relacionado com a música – importante instrumento no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas, utilizado como recurso terapêutico para o desenvolvimento emocional e cognitivo do indivíduo e a manutenção da saúde mental. O objetivo é propor a implantação de oficinas de música junto aos usuários do CAPSad Amor e Esperança, bem como colaborar na constituição de vínculos e desenvolvimento de mudanças pessoais e coletivas, auxiliando na capacidade de reconstruir identidades, integrar pessoas, por meio de seu poder de inserção social e redução da ansiedade, proporcionando a construção de autoestima e identidades positivas, além de funcionar como importante meio de comunicação. O desenvolvimento do projeto visa dinamizar as atividades em grupo e a potencialização das ações desenvolvidas na instituição, bem como auxiliar na reabilitação psicossocial dos usuários do serviço, além da realização da oficina de forma contínua, sendo parte da dinâmica do equipamento. Nessa perspectiva, propõe um olhar integral sobre os sujeitos, vendo-os de forma complexa e compreendendo suas expressões, seus sentimentos, suas subjetividades e o contexto histórico, seu modo de viver e ver o mundo, valorizando e respeitando as singularidades de cada um.

**Descritores:** Serviços de Saúde Mental. Abuso de Álcool. Abuso de Drogas. Psicologia. Música.

## ABSTRACT

This intervention Project integrates a course completion work at the specialization on public health, emphasizing interprofessional, at Universidade Federal de Alagoas (UFAL). The project, titled “Promoting mental health through music” emerges from the analysis of Love and Hope CAPS-AD quotidian, the equipment is located in Arapiraca/AL. In this unity, we have a lot of groups and workshops, but none of them with approximation to music – an important instrument on the treatment of drugs and alcohol addicted, being used also as a therapeutic resource to the individuals emotional and cognitive development, as well as the maintaining of mental health. It aims to purpose an intervention Project to implement music workshops with CAPS-AD users, as well as to collaborate with the constitution of bonds, personal and collective changes, helping on the identity reconstruction capacities, to integrate people, through its social insertion power and anxiety reduction, proportioning the self-esteem development and positive identities, besides working as an important mean of communication. The development of this project aims to dynamize group activities and to potentialize actions at the institution, as well as to help onto psychosocial rehab of services users, and also to realize continue workshops as part of equipment routine. In this perspective, it purposes an integral look to the individuals, their feelings, subjectivities and its historical context, their lifestyle, and world vision, respecting their singularities.

**Keywords:** Mental Health Services. Alcohol abuse. Drugs abuse. Psychology. Music.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
UFAL	Universidade Federal de Alagoas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>SITUAÇÃO PROBLEMA .....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo geral .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivo específico.....</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>5.1</b>	<b>A música como instrumento da promoção da saúde. ....</b>	<b>17</b>
<b>5.2</b>	<b>A importância da reinserção social e do cuidado integral dos usuários do CAPS-AD .....</b>	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>7.1</b>	<b>Plano de intervenção .....</b>	<b>27</b>
<b>7.2</b>	<b>Público-alvo .....</b>	<b>27</b>
<b>7.3</b>	<b>Desenho da operação .....</b>	<b>27</b>
<b>7.4</b>	<b>Resultados esperados .....</b>	<b>29</b>
<b>7.5</b>	<b>Viabilidade .....</b>	<b>29</b>
<b>7.6</b>	<b>Orçamento .....</b>	<b>29</b>
<b>7.7</b>	<b>Financiamento .....</b>	<b>30</b>
<b>7.8</b>	<b>Parcerias estabelecidas/responsáveis .....</b>	<b>30</b>
<b>7.9</b>	<b>Recursos necessários .....</b>	<b>30</b>
<b>7.10</b>	<b>Cronograma de execução.....</b>	<b>30</b>
<b>7.11</b>	<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.....</b>	<b>30</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>
	<b>APÊNDICE A – Declaração de Anuência .....</b>	<b>37</b>
	<b>APENDICE B – Termo de Aceite e Compromisso de Orientação.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A política de saúde mental no Brasil tem seu início no final dos anos 1970, apresentando um desenvolvimento em contraponto ao sistema psiquiátrico vigente no país, caracterizado por baixa qualidade de cuidados e pela frequência de violações dos direitos humanos; tal sistema era formado por muitos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

O processo de reforma psiquiátrica surge a partir de movimentos sociais formados por trabalhadores da área da saúde, sindicalistas, associações de familiares e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Segundo Almeida (2019), as primeiras reformas implementadas tiveram papel decisivo no desenvolvimento de um modelo adaptado às especificidades do contexto brasileiro – a cidade de Santos, em São Paulo, foi um desses modelos, sendo fundamental para os primeiros passos na construção de uma política nacional de saúde mental.

Na década de 1980, com as mobilizações em direção à redemocratização do país e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, surgiram as primeiras demonstrações práticas e efetivas, em nível legislativo, administrativo e financeiro, voltadas para a reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Mediante as violações dos direitos humanos nos hospitais psiquiátricos da época, as reformas tiveram com foco inicial a melhoria das condições de vida nessas instituições e das ações de promoção direcionadas ao processo de desinstitucionalização. Tais ações objetivavam a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários, tendo como núcleo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), inspirados nos centros de saúde mental desenvolvidos na Itália e em outros países europeus (ALMEIDA, 2019).

Em 23 de dezembro de 2011, a Portaria n.º 3.008 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs). A RAPs tem como finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aquelas cujo sofrimento decorre do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). A Política Nacional de Saúde Mental, até então, era fortemente orientada pelas diretrizes da reforma psiquiátrica, cujo marco é a Lei n.º 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que discorre sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

O cuidado integral é indispensável na atenção à saúde mental, pois envolve todo o contexto e a subjetividade da pessoa. É por meio desse cuidado que os princípios do SUS são colocados em prática, promovendo, dessa forma, a autonomia necessária para que usuários do serviço de saúde tenham a possibilidade de utilizar seus mecanismos e dispositivos, contribuindo em seu tratamento. A liberdade no cuidado condiz com a autonomia prevista nesse processo, enfatizando a singularidade e tudo o que diz respeito à pessoa com transtorno mental, bem como o que pode contribuir no seu tratamento (BRASIL, 2015).

Em 2 de fevereiro de 2019 o Ministério da Saúde (MS) divulgou a Nota Técnica n.º 11/2019, versando o esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. O texto revisa as portarias e resoluções publicadas de dezembro de 2017 a janeiro de 2018. A nota anuncia que passam a fazer parte da RAPs: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); o Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidade Terapêuticas; e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidade Ambulatoriais Especializadas (BRASIL, 2019, p. 3).

A Nota Técnica publicada em fevereiro de 2019 divulga a inclusão dos hospitais psiquiátricos entre os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial. Anuncia que a ampliação da oferta de leitos hospitalares qualificados faz parte da Política Nacional de Saúde Mental e estabelece que a substituição dos leitos pelos demais pontos de atenção da RAPs não será mais incentivada. Além da inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPs, a nota defende o financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia; a possibilidade de internação de crianças e adolescentes; e a abstinência como uma das opções na política de atenção às drogas. Enquanto o texto que institui a RAPs se preocupa com a promoção e o respeito aos direitos humanos, além da inclusão e reinserção social das pessoas com transtornos mentais, a Nota Técnica pouco fala sobre direitos humanos ou estratégias de desinstitucionalização, representando um retrocesso da reforma psiquiátrica e um desmonte da política nacional de saúde mental brasileira (CRUZ *et al.*, 2020).

O CAPS tem como objetivo “[...] oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13). Dentro dos serviços de reabilitação social prestados pelo CAPS estão as oficinas terapêuticas. Conforme o redirecionamento para o modelo assistencial de saúde mental proposto pela Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, as oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecidas pelos CAPS, serviços hoje considerados reguladores da assistência em saúde mental (BRASIL, 2001).

Campos e Kantorski (2008) acrescentam que, no interior da reforma psiquiátrica, as oficinas terapêuticas compõem os trabalhos mais benéficos para a expressão, o autocuidado e a reinserção do indivíduo com transtorno mental em seu ambiente familiar e social. De acordo com o Ministério da Saúde, as oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS, apontando-as como

Atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários, que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania (BRASIL, 2004, p. 20).

A Portaria n.º 849, de 27 de março de 2017, inclui uma série de práticas na política nacional de práticas integrativas e complementares, dentre elas a musicoterapia. A Portaria descreve a musicoterapia como a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce, de forma ampla e diversificada, sobre o indivíduo. No

desenvolvimento humano, a música é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e o movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida (BRASIL, 2017).

Desse modo, as oficinas terapêuticas com músicas são atividades promotoras de encontro, desdobramento de possibilidades, acolhimento, inovação e renovação mental e física, além de meios de expressão da liberdade e de convivência dos diferentes através de inclusão nas atividades artísticas e musicais.

Mediante a necessidade de ampliação e fortalecimento da RAPS no município de Arapiraca, em Alagoas (AL) – principalmente no tocante à pessoa com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas –, foi idealizado um serviço específico para prestar assistência aos usuários e seus familiares, de modo que surgiu o CAPS-AD amor e esperança. Especializado em saúde mental, o equipamento atende pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme projeto enviado ao MS, baseado nas portarias de n.º 3088/2011 e n.º 366/2002. O equipamento funciona com equipe multiprofissional composta por: (2) psicólogo; (2) assistente social; (2) psiquiatra; (1) clínico geral; (2) enfermeiros; (2) técnicos de enfermagem; (1) nutricionista; (1) educador físico; (1) farmacêutico; (3) monitores; (1) artesã; (2) serviços diversos; (1) cozinheira; (1) auxiliar de cozinha; (1) porteiro; (1) guarda patrimonial; (1) auxiliar de farmácia; (1) assistente administrativo (1) recepcionista; e (1) gerente de unidade.

Oferece tratamento mediante adesão voluntária, acolhendo de forma humanizada em seus diversos níveis de complexidade, e tem como missão fomentar assistência qualificada às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas em ambiente inclusivo, acolhedor, direcionando para a redução de danos, reinserção social e cuidado aos familiares, com base nos princípios e diretrizes do SUS.

Os profissionais prestam serviços aos usuários e seus familiares seguindo o princípio de reinserção social. O CAPS-AD atende a 2.100 usuários, com funcionamento de segunda a sexta-feira, no horário das 8h às 17h. Tem como públicos adultos e adolescentes (a partir de 12 anos) de ambos os sexos que façam uso abusivo de álcool e/ou outras drogas. Através de grupos de apoio psicológico e social, o atendimento se estende aos familiares dos usuários.

O projeto surgiu através de análise da vivência cotidiana no CAPS-AD Amor e Esperança, a partir da percepção de que há vários grupos e oficinas sendo realizados, mas nenhum diretamente relacionado com a música, que se revela um

importante instrumento no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas. A música pode ser utilizada como recurso terapêutico para o desenvolvimento emocional e cognitivo do indivíduo e a manutenção da saúde mental, para além de auxiliar na capacidade de reconstruir identidades, integrar pessoas por meio de seu poder de inserção social e redução da ansiedade – proporcionando a construção de autoestima e identidades positivas – e de funcionar como importante meio de comunicação.

## 2 SITUAÇÃO-PROBLEMA

*A potencialidade terapêutica da música pode ser utilizada como instrumento no cuidado de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas?*

A Portaria n.º 849, de 27 de março de 2017, inclui uma série de práticas – dentre as quais figura a musicoterapia – na política nacional de práticas integrativas e complementares. A Portaria descreve a musicoterapia como a utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e restabelecer funções do indivíduo para que este possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

É importante destacar que a utilização terapêutica da música se deve à influência que esta exerce, de forma ampla e diversificada, sobre o indivíduo. No desenvolvimento humano, ela é parte inerente de sua constituição, pois estimula o afeto, a socialização e movimento corporal como expressões de processos saudáveis de vida (BRASIL, 2017).

Desse modo, as oficinas terapêuticas com músicas são atividades promotoras de encontros, desdobramento de possibilidades, acolhimento, inovação e renovação mental e física, além de serem meios de expressão da liberdade e de convivência dos diferentes através de inclusão nas atividades artísticas e musicais.

### 3 JUSTIFICATIVA

O presente projeto surgiu através de análise da vivência cotidiana no CAPS-AD Amor e Esperança, ante a percepção de vários grupos e oficinas sendo realizados sem que nenhum deles guardasse relação direta com a música. A música é um importante instrumento no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, podendo ser utilizada como recurso terapêutico para o desenvolvimento emocional e cognitivo e a manutenção da saúde mental. Além de auxiliar na capacidade de reconstruir identidades, integrar pessoas – por meio de seu poder de inserção social e redução da ansiedade, proporcionando a construção de autoestima e identidades positivas – e funcionar como importante meio de comunicação.

## 4OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo geral:

Propor um projeto de intervenção para implantação de oficinas de música junto aos usuários do CAPSad Amor e Esperança.

### 4.2 Objetivos específicos:

- Inserir a música como recurso terapêutico para o desenvolvimento emocional e cognitivo e a manutenção da saúde mental;
- Promover a reinserção social por meio da interação de convivência e troca de experiências;
- Propiciar aos usuários um espaço de reflexão, sensibilização e expressão.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 A música como instrumento da promoção da saúde

A música está presente na existência humana e manifesta-se das mais variadas formas. É concebida de diferentes maneiras – cultural, artística, educacional e terapêutica –, sendo universal e possuidora de capacidade e poder de integrar e reunir saberes distintos e distantes.

A música é composta por vários aspectos estruturais, tais como melodia, harmonia, ritmo, tempo, sons etc., sendo que a estrutura musical formada pelos aspectos citados se constitui pela integralidade dos mesmos, caracterizados pela totalidade, pela multiplicidade organizada. Também remete à natureza de outros processos envolvidos na música, como os perceptivos, motores, cognitivos, psíquicos, emocionais e espirituais – todos entrelaçados e interdependentes. Percebemos, pois, que a música é parte integrante da natureza e da existência humanas, posto que o homem é um entrelaçamento de múltiplos componentes (LEVITIN, 2006).

A música, o canto, a expressividade compreensiva, a expressividade compreensiva-e-motora, corpoativas, a dança, são dimensões ontológicas da natureza não humana, do mundo feito pelo homem, do humano em sua especificidade e propriedade. Não são, definitivamente não são, apendiculares ou facultativos. São indispensáveis ao corpo, indispensáveis à existência, indispensáveis à natureza, indispensáveis ao mundo, indispensáveis à qualidade de vida, e à capacidade para a vivência e expressividade das potências, das possibilidades e possibilizações da ação: para a *atualização*: atualização que configura o processo pelo qual tornarmo-nos o que somos através da ação (FONSECA, 2011, página eletrônica).

Em uma perspectiva fenomenológica e existencial, o processo pelo qual tornamo-nos o que somos não se constitui de forma fragmentada, reducionista, dividida em dimensões psíquicas, culturais, sociais entre outras. Constitui-se na experimentação fenomenológica, na vivência compreensiva, implicativa e dialógica que dá abertura para o desdobramento e atualização de possibilidades, bem como para o múltiplo, para a totalidade significativa que chamamos de *gestalt* (FONSECA, 2011).

A designação de *gestaltificação* para o fluxo de organiz/ação da consciência, ação, pré-reflexiva buscou, de um modo muito fértil, captar o processo de organiz/ação do fluxo vivencial de integração da vivência das possibilidades em seus desdobramentos como ação. Na sua vivência, as possibilidades se dão como *gestalts*. Como totalidades significativas. *Totalidades significativas, gestalts*, compostas, enquanto tais, por outras totalidades significativas, por outras *gestalts*. Todas as totalidades significativas são compostas por outras possibilidades, por outras totalidades significativas, na sucessão interminável dos processos de formação de figura e fundo. (FONSECA, idem, ibidem).

De acordo com Bruscia (2000), as experiências recreativas envolvem executar, reproduzir, transformar e interpretar qualquer parte ou o todo de um modelo musical existente, com ou sem audiência, objetivando promover identificação e empatia, desenvolver habilidades de interpretação e sentimentos, aprender a desempenhar papéis específicos nas diversas situações interpessoais e melhorar habilidades interativas e de grupo. Corroborando com esse entendimento, Barcellos (2009) afirma que a canção pode permitir a revisão necessária da realidade individual do paciente, pondo, dessa forma, possibilidades de recriação de sua história através do imaginário e a reescrita/ressignificação daquilo que precisa ser revivido e elaborado.

Segundo Fonseca (2011), quando apreciamos os aspectos estruturais da música, podemos integrá-los a diversas características e particularidades da condição humana – principalmente enfatizando o aspecto vivencial –, pois no paradigma reducionista, da ciência marcada pela dicotomia sujeito\objeto, causa e efeito, onde a objetividade e o que é mensurável são o mais importante, afastando o homem do modo de ser vivencial, com o privilégio da consciência e do conhecimento em detrimento do corpo, dos sentidos, dos sentimentos, das emoções, da arte, da vida e do mundo. Esse é um ponto fundamental da filosofia de Nietzsche, a afirmação da vida e do devir sobrepujando o niilismo, fortemente caracterizado nos valores da cultura ocidental.

Na sua primeira obra, publicada em 1872 e 1874, *O nascimento da tragédia no espírito da música*, Nietzsche (2011) analisa a cultura grega tomando como ponto de partida o mito dos deuses Apolo e Dionísio, distinguindo aspectos fundamentais destas divindades mitológicas – tais como a forma, a medida, a embriaguez, a arte e a música, e o trágico. Para Nietzsche, se dá na afirmação dos aspectos dionisíacos o trágico artístico, da música da arte de afirmação da vida e do devir, e quando privilegamos essa postura trágica desdobramos as possibilidades e vivemos de

forma criativa e afirmativa, sendo a música elemento fundamental para propiciar este modo de ser.

A cada acorde dado, a cada melodia criada uma relação íntima e recíproca, que se dá pela criatividade, emerge dando abertura para o dialógico. Em *Do diálogo e do dialógico*, Buber (1982) afirma:

Torna-se evidente para a reflexão espontânea que, desde sua origem, toda arte é essencialmente dialógica: toda música é dirigida a um ouvido que não é o do próprio músico, toda escultura, a um olho que não é o do escultor; também a arquitetura é dirigida às pessoas que medem a obra. Todas elas dizem àquele que as recebe, algo que só pode ser dito nesta linguagem única (não um 'sentimento', mas um segredo percebido) (BUBER, 1982, p. 60).

A relação dialógica não é própria apenas da música e da arte, mas da existência, do ser-no-mundo. Como diz Craveiro, uma vez que a música vem do homem e volta para ele com força total, toca-o em suas mais variadas dimensões: biológica, pessoal, cultural e arquetípica. Com isso ela pode conduzi-lo a outros tempos e lugares, colocar em movimento suas energias corporal e psíquica, transgredir padrões pré-estabelecidos, desenvolver relações intra e interpessoais, propiciar transformações psicoemocionais, cognitivas e espirituais (CRAVEIRO, 2003).

Música... forças sonoras que conduzem à formação de imagens, à visualização de cores, cenas, formas, texturas etc. Música que narra, que descreve, que disserta. Música que faz percorrer o tempo numa velocidade inconcebível... música que conduz a um estado de pura virtualidade/.../música que conduz a outros estados de humor e de consciência...música que, muitas vezes, organiza e, outras tantas, desorganiza...música que, em alguns momentos, equilibra e, em outros, causa reação totalmente contrária...música-corporalidade, música-tempo...multiplicidades... (CRAVEIRO DE SÁ, 2003, p. b131).

A atividade musical, enquanto parte inerente da vivência do homem ou de uma cultura, tem o poder de ser criada e recriada através da ação do desdobramento de possibilidades. E essa dimensão pode ser vivida tanto de forma individual quanto coletiva, pondo a recepção de significados e sentidos socialmente partilhados, vivências coletivas e singulares da música. Tal caracterização era fortemente evidenciada na Grécia Antiga; de acordo com Najat Nasser (1996):

À época a música estava vinculada a todas as manifestações sociais, culturais e religiosas. Dentre todas as artes, era a mais relevante, ao ponto de ser tão importante quanto o próprio idioma. Acreditavam que, como forma de expressão, tinha o poder de influenciar e modificar a natureza moral do homem e do Estado. Por isso, a formação musical era um requisito básico na educação de qualquer cidadão livre, pois caberia a ela direcionar a conduta moral, social e política de cada indivíduo. “A música deveria exaltar as boas qualidades no indivíduo e ao mesmo tempo suscitar o significado de ordem, dignidade, capacidade de decisões rápidas, além do equilíbrio, simplicidade e temperança” (NASSER, 1996, p. 242).

Os gregos acreditavam que a educação musical estruturaria o indivíduo e o Estado, sendo fator determinante nas normas da conduta moral. Outro ponto interessante é que acreditavam na existência de uma correlação entre sons musicais e processos naturais capazes de influenciar a conduta humana.

Para os povos gregos, cujo alguns conceitos são reconhecidos até hoje, a doença era por eles considerada um desequilíbrio entre elementos que constituem o ser humano. A música através de sua ordem e harmonia tinha uma função de permitir um domínio das emoções e de alterar o estado de espírito, de promover uma catarse. A cada modo rítmico e melódico, os gregos atribuíam uma expressão. Os modos eram então combinados de tal maneira que pudessem proporcionar alteração de estado de espírito, o domínio das emoções, a catarse. A doutrina grega do etos baseava-se na convicção de que a música afeta o caráter e de que os diferentes tipos de música o excitam de forma diferente (VARGAS, 2012, p. 945).

A potencialidade terapêutica da música é algo inerente à sua natureza, podendo ser utilizada e acessada de maneira espontânea e natural, sendo necessário apenas deixar a música se fazer presente, mas sem descartar sua utilização de maneira direcionada, sendo concebida de diferentes formas – cultural, artística, educacional e terapêutica.

Puchivalio e Holanda (2014) ressaltam que o aprimoramento desse uso culminou no surgimento de uma profissão especializada no uso terapêutico dessa ferramenta: a musicoterapia. Os musicoterapeutas passaram a aprofundar seu corpo referencial em teorias de música, psicologia e pedagogia. O surgimento da musicoterapia enquanto profissão e disciplina ampliou e especializou ainda mais os estudos e pesquisas sobre a utilização terapêutica da música na saúde mental.

Segundo Puchivalio e Holanda (2014, p.137),

Após o surgimento da musicoterapia, temos diversos exemplos de experiências de utilização da música para o alívio de tensões, reestabelecimento de relações interpessoais, melhora da autoestima. Em muitas situações a musicoterapia ganhava notoriedade ao conseguir

acessar, afetar e se comunicar com indivíduos que não respondiam diante de outras intervenções terapêuticas.

A maioria dos trabalhos iniciais de pesquisa da musicoterapia estava relacionada à saúde mental e esta continua sendo uma área importante de atuação dos musicoterapeutas brasileiros. Durante o século XX, diversos modelos, como coloca Ruud (1990), foram sendo criados e muito deles baseados em concepções e conceitos de outras áreas, especialmente da psicologia.

As pesquisas musicoterápicas da atualidade direcionam seus esforços em compreender e descrever o trabalho da musicoterapia através de uma linguagem que dialoga com outras áreas do conhecimento, mas deixa de transplantar conceitos de outras áreas, conseguindo utilizar conceitos, adaptando-os à realidade da musicoterapia ou criando conceitos próprios. Tal movimento é compreendido como um amadurecimento da compreensão das especificidades da musicoterapia (PUCHIVALIO; HOLANDA 2014).

Hoje as possibilidades do uso da música no cuidado à Saúde Mental se ampliam ainda mais. Os grupos musicais formados por usuários dos serviços de Saúde Mental têm se demonstrado uma estratégia bastante recorrente nesse campo. Como pudemos verificar, há bastante variedade nos tipos de intervenções na Saúde Mental, mesmo ao longo da história, através da qual também vimos que a discussão dos efeitos “prejudiciais” da música e dos sons vinha sendo realizada desde muito cedo. Os xamãs deveriam saber muito bem os tipos de sons e musicais a serem aplicados para conseguir a cura, caso contrário, estariam piorando a situação do “doente” (CHAGAS; PEDRO, 2008). Desde então, continua a ser afirmado por estudiosos da música, musicologia, da musicoterapia, entre outros, o fato de a música possuir diversos usos e efeitos.

Nick (2005) afirma que o sofrimento está vinculado ao contexto familiar e social do indivíduo, sendo inconteste que um único saber isolado não dá conta dos fenômenos orgânicos, psíquicos, sociais, antropológicos e familiares, dentre outros que compõem a dimensão do sofrimento humano. Sem dúvida, a interdisciplinaridade fortalece o tratamento através da união de diferentes formas de saber e olhar o caminhar do indivíduo. O olhar interdisciplinar, portanto, enriquece o tratamento.

A complexidade do atendimento à Saúde Mental requer uma rede de disciplinas e profissões atuando conjuntamente. No cuidado à Saúde Mental é

importante pensar em como os diferentes tipos de atendimento podem acolher as singularidades dos sujeitos em sofrimento.

Após o surgimento da musicoterapia, temos diversos exemplos de experiências de utilização da música para o alívio de tensões, reestabelecimento de relações interpessoais, melhora da autoestima. Em muitas situações a musicoterapia ganhava notoriedade ao conseguir acessar, afetar e se comunicar com indivíduos que não respondiam a outras intervenções terapêuticas (NICK, 2005).

O surgimento da musicoterapia, enquanto profissão e disciplina, ampliou e especializou ainda mais os estudos e pesquisas relacionados à utilização terapêutica da música na saúde mental. Após o surgimento da musicoterapia temos diversos exemplos de experiências de utilização da música, seja para o alívio de tensões, reestabelecimento de relações interpessoais, melhora da autoestima. Em muitos momentos a musicoterapia ganhava reconhecimento ao conseguir acessar, afetar e se comunicar com indivíduos que não respondiam a outras intervenções terapêuticas (NICK, 2005).

## **5.2 A importância da reinserção social e do cuidado integral dos usuários do CAPS-AD**

A reinserção social é a finalidade dentro de toda política de saúde mental. A Lei n.º 10.216/01 estabelece que o tratamento dos portadores de transtornos mentais visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

No seu artigo terceiro, a Lei estabelece como responsabilidades do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais – com a devida participação da sociedade e da família –, a ser prestada em estabelecimento de saúde mental, as assim entendidas instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

O artigo segundo elenca os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, a saber: o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; ser tratada com humanidade, respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas

informações prestadas; e ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer o porquê de ser ou não necessária a hospitalização involuntária.

A pessoa portadora de transtorno mental tem ainda o direito ao acesso aos meios de comunicação disponíveis; a receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A Lei n.º 10.216/01, também conhecida como lei Paulo Delgado, tornou-se o fundamento dos documentos normativos reguladores das políticas de saúde mental e as políticas sobre drogas, no que se refere ao cuidado às pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Posteriormente à criação dos CAPSad, diversas outras políticas e portarias do Ministério da Saúde foram criadas, de modo a orientar o trabalho de profissionais da rede de atenção ao cuidado com usuários de drogas. Sanches e Vecchia (2018) constatarem que os documentos normativos mencionam como ações a *reabilitação psicossocial* e a *reinserção social* dos usuários de drogas, enquanto estratégias direcionadas à retomada dos vínculos sociais na comunidade (BRASIL, 2002a; 2004; 2005b; 2006; 2011; 2012a). Juntamente com esses dois termos, utiliza-se ainda a expressão *inclusão social*, ora relacionada às atividades no território (BRASIL, 2015), ora relacionada com a atividade do trabalho (BRASIL, 2012a).

A Portaria n.º 816, que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2002b), a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004) e a Portaria n.º 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), são exemplos de legislações que preconizam a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos usuários de drogas, considerando-os com os eixos centrais da rede de atenção ao cuidado.

Na Portaria n.º 130 de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24horas (CAPSadIII), a reabilitação psicossocial e a(re)inserção social são colocadas como ações a serem desenvolvidas. A reabilitação psicossocial inclui atividades que promovam o resgate da autonomia e alfabetização, a reinserção escolar, o acesso à vida cultural, a utilização do dinheiro, a possibilidade de administrar medicamentos, a inclusão pelo trabalho e a ampliação de redes sociais.

O Guia AD, publicado em 2015 pelo Ministério da Saúde, visa orientar os profissionais dos serviços da RAPS de modo a potencializar as práticas e intervenções com usuários de drogas. O documento reafirma que as estratégias de RD devem focar na reinserção social desses usuários, tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo, buscando um equilíbrio entre as diversas esferas de sua vida e visando a coesão social. A inserção é relacionada ao mercado de trabalho e aos espaços de convivência na comunidade, enquanto a inclusão social aparece no Guia AD como atividade no território (SANCHES; VECCHIA, 2018).

Diante disso, compreendemos que reinserir os usuários nos espaços sociais vai além de um encaminhamento ou de uma articulação com outros setores. A reinserção social do usuário do CAPSad deve ser trabalhada na perspectiva da participação do próprio sujeito, reconhecendo-o como protagonista da sua história e responsável pela sua mudança e decisões construtivas.

## 6 PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

**Primeira etapa:** este projeto foi estabelecido através de análise da vivência cotidiana no CAPSad Amor e Esperança, onde percebemos vários grupos e oficinas sendo realizados, mas nenhum com relação direta com a música – que se revela um importante instrumento no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, podendo ser utilizada como recurso terapêutico para o desenvolvimento emocional e cognitivo do indivíduo e a manutenção da saúde mental.

**Segunda Etapa:** a partir daí foi realizada uma revisão bibliográfica, na Biblioteca Virtual de Saúde e em livros, na busca de evidências sobre o tema em estudo por meios dos seguintes descritores: serviços de saúde mental; abuso de álcool; abuso de drogas; psicologia; música. Foram selecionados artigos, livros e as portarias e cartilhas do Ministério da Saúde para embasamento teórico e favorecimento na construção da introdução, justificativa e revisão bibliográfica e o estabelecimento da metodologia aplicada para execução do projeto, todos devidamente listados no tópico referência.

**Método:** a partir do modelo de planejamento estratégico sistêmico, foi elaborado o projeto de intervenção para a criação do plano de ação para promoção de saúde mental através da música no CAPS-AD; através dele será feito um delineamento do problema a ser discutido para o trabalho, posteriormente, os nós críticos identificados, as propostas a serem trabalhadas e os atores envolvidos.

**Cenário/local da intervenção:** a execução do projeto consistirá na realização de oficinas com usuários em acompanhamento diário na instituição, bem como de uma reunião com a equipe técnica e a coordenação da instituição para explanação do projeto.

**Atores Sociais:** os atores envolvidos no projeto serão a equipe técnica do CAPS-ad (psicólogo, assistente social, nutricionista, enfermeiro e educador físico) e monitores.

**Instrumentos pedagógicos:** o CAPS-ad atende aproximadamente 30 usuários por dia, contudo, devido às circunstâncias pandêmicas e respeitando os protocolos de saúde vigentes, a capacidade atual de atendimento é de 10 usuários por dia. Sendo assim, o projeto será desenvolvido por meio de ações semanais, com uma média de 7 a 10 usuários participantes, com duração de uma hora, tendo como

facilitador o psicólogo; serão utilizadas metodologias ativas/participativas. O material para o desenvolvimento do grupo consistirá em letras de músicas e violão ou aparelho de som. A dinâmica aplicada pelo facilitador será a seguinte: nos encontros, o profissional, juntamente com o grupo, escolhe a temática a ser explorada e, a partir do tema, utiliza canções para trabalhar os aspectos emocionais, sociais, políticos e individuais. A liberdade de escolha do repertório tem como objetivo garantir aos usuários sua autonomia na oficina.

**Monitoramento e Avaliação do Projeto de Intervenção (metodologia que será utilizada para monitoramento e avaliação do Projeto de Intervenção no território):** ao final de cada oficina com os usuários será proposta uma avaliação sobre o desenvolvimento das atividades em cada dia, algo que servirá, ao final do projeto, como critério da avaliação da intervenção proposta.

**Avaliação:** após cada oficina será realizada reunião com os atores envolvidos para avaliação do grupo, visando manter a estratégia ou estabelecer possíveis modificações para maior efeito positivo diante da proposta de intervenção.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 Plano de Intervenção

O projeto surgiu através da análise da vivência cotidiana no CAPS-ad Amor e Esperança, onde se percebeu que há vários grupos e oficinas realizados, mas sem nenhuma relação direta com a música, que se revela importante instrumento no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas. As ações relativas ao nó crítico serão detalhadas nos quadros abaixo.

### 7.2 Público-alvo

Usuários do CAPS-ad Amor e Esperança.

### 7.3 Desenho da operação

O projeto será desenvolvido uma vez por semana durante quatro meses (o intuito é que seja integrado à rotina do equipamento, não se limitando a um período específico), com uma média de 7 a 10 usuários participantes, com duração de uma hora e tendo como facilitador o psicólogo. O material para o desenvolvimento do grupo será baseado em letras de músicas e uso de violões. A dinâmica acontecerá da seguinte forma: nos encontros, profissional e grupo escolherão a temática a ser explorada e, a partir do tema, serão utilizadas canções para trabalhar os aspectos emocionais, sociais, políticos e individuais. A liberdade de escolha do repertório tem por objetivo garantir aos usuários sua autonomia na oficina. Os encontros serão organizados e estruturados da seguinte maneira: 1) disposição das cadeiras em círculo; 2) apresentação individual dos participantes; 3) dinâmica de “quebra gelo”, ou de apresentação; 4) apresentação de canções aos usuários; 5) roda de conversa, reflexão e discussão sobre as músicas apresentadas no encontro; e 6) sugestão de músicas para serem apresentadas no encontro seguinte. Ao final de cada oficina, os usuários participantes avaliarão o desenvolvimento das atividades no dia, contribuindo com um material que, ao final do projeto, servirá como critério da avaliação da intervenção proposta. A cada oficina concluída será realizada uma

reunião com os atores envolvidos para avaliação do grupo, visando manter a estratégia ou estabelecer possíveis modificações que impliquem maior efeito positivo diante da proposta de intervenção.

**QUADRO1 – Desenho de Operações para os “nós” críticos do problema relacionado ao problema falta de oficinas e grupos que utilizem a música como ferramenta terapêutica no CAPS-ad Amor e Esperança no município ARAPIRACA/AL**

<b>Nó crítico 1</b>	Falta de oficinas e grupos que utilizem a música como ferramenta terapêutica
<b>Operação</b>	Desenvolver oficinas de música junto aos usuários do CAPS para promover a reinserção social por meio da interação de convivência e troca de experiências
<b>Projeto</b>	<b>Promovendo Saúde Mental através da música no CAPS-ad Amor e Esperança em Arapiraca-AL</b>
<b>Resultados esperados</b>	O projeto visa a dinamização das atividades em grupo e a potencialização das ações desenvolvidas na instituição e o auxílio na reabilitação psicossocial dos usuários do serviço
<b>Produtos esperados</b>	Realização de Oficinas musicais, roda de conversa, reflexão e discussão sobre as músicas apresentadas nos encontros
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe técnica do CAPS-ad (psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico e educador físico), e monitores
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural/Organizacional:</b> sala ou espaço amplo e confortável
	<b>Cognitivo:</b> orientação autopsíquica e alopsíquica preservada e nível de consciência normovigil
	<b>Financeiro:</b> aquisição de folhas A4, <i>pendrive</i> , <i>data-show</i> , caixa de som, violão, impressão, <i>notebook</i>
	<b>Político:</b> articulação entre a Coordenação de Saúde Mental e Secretaria de Saúde
<b>Recursos críticos</b>	<b>Financeiro:</b> recursos para comprar instrumentos musicais
	<b>Político:</b> coordenadora do Caps não concordar com o projeto
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<b>Ator que controla:</b> secretaria de Saúde – conseguir doações de instrumentos – apresentar o projeto ao secretário de saúde e coordenadores de saúde mental
	<b>Motivação:</b> os usuários já se envolveram com o projeto, as evidências da inserção da música como recurso terapêutico são favoráveis para adesão dos usuários nesse tipo de atividade em grupo
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Dinâmica no início e espaço para o diálogo no decorrer do encontro com o objetivo de elucidação e conscientização dos temas abordados
<b>Responsáveis:</b>	Psicólogo e CAPS-ad
<b>Cronograma / Prazo</b>	Os encontros serão realizados semanalmente durante 08 semanas; Duração de 01 horas por encontro
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Ao final de cada reunião do grupo será feita uma avaliação pelos usuários participantes sobre o desenvolvimento das atividades neste dia, que ao final do ciclo de encontro servirá como critério da avaliação da intervenção proposta

## 7.4 Resultados esperados

O desenvolvimento do projeto visa dinamizar as atividades em grupo e a potencialização das ações desenvolvidas na instituição, bem como auxiliar na reabilitação psicossocial dos usuários do serviço, além da realização da oficina de forma contínua, sendo parte da dinâmica do equipamento. Nessa perspectiva, a oficina propõe um olhar integral sobre os sujeitos, vendo-os de forma complexa e compreendendo suas expressões, seus sentimentos, suas subjetividades e o contexto histórico, seu modo de viver e ver o mundo, valorizando e respeitando as singularidades de cada um.

## 7.5 Viabilidade

Diante da análise de viabilidade e de cada ação proposta, foram construídos mecanismos de governabilidade dos entes envolvidos na execução do projeto para decidir, executar e manter as ações e operações essenciais para que o projeto seja exequível, não existindo déficit nos recursos existentes e necessários.

## 7.6 Orçamento Estimado

### QUADRO2 – Materiais necessários e orçamento

Material	Quantidade	Preço Unitário (R\$)	Preço Total	Fornecimento
<i>Notebook</i>	01	R\$ 1.200,00	R\$ 1.200,00	Psicólogo
Impressora	01	R\$ 400,00	R\$ 400,00	CAPS-ad
Impressão	30	R\$0,70	R\$ 21,00	CAPS-ad
Cartolina	05	R\$0,80	R\$ 3,50	Psicólogo
Caneta	01	R\$2,00	R\$ 2,00	Psicólogo
Marca texto	01	R\$3,00	R\$ 3,00	Psicólogo
<i>Pendrive</i>	01	R\$20,00	R\$ 20,00	Psicólogo
Violão	01	R\$ 2100,00	R\$ 2100,00	Psicólogo
TOTAL	-	-	R\$ 3.749,50	-

## 7.7 Financiamento

Os recursos e materiais necessários para a execução do projeto serão providos pelo executor do projeto e pela instituição, e estão descritos no quadro 2 do ítem 7.6 (acima).

## 7.8 Parcerias estabelecidas/responsáveis

Serão realizadas ações conjuntas com membros da equipe multiprofissional da instituição.

## 7.9 Recursos necessários

Serão utilizados materiais de escritório, violão, aparelho de som, *notebook* e auxílio dos membros da equipe multiprofissional da instituição, os quais estão descritos no quadro 2 do ítem 7.6 deste projeto.

## 7.10 Cronograma de execução

Discriminação	Meses						
	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
Fase 1: reunião com equipe técnica							
Fase 2: realização da oficina							
Fase 3: realização da oficina							
Fase 4: realização da oficina							
Fase 5: realização da oficina							

OBS: O intuito do projeto é ser integrado à rotina do equipamento, não se limitando a um período específico.

## 7.11 Gestão, acompanhamento e avaliação

Ao final de cada oficina será feita uma avaliação, pelos usuários participantes, acerca do desenvolvimento da atividade, contribuindo com informações que, ao final do projeto, servirão como critérios de avaliação da intervenção proposta. Também

será realizada reunião com os atores envolvidos para avaliação do grupo visando manter a estratégia ou estabelecer as possíveis modificações para maior efeito positivo diante da intervenção.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encontros realizados por meio de oficinas possibilitam uma visão geral do atendimento às pessoas sofrendo em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, promovendo sua reinserção social por meio da interação de convivência e troca de experiências através da musicoterapia como recurso terapêutico de desenvolvimento emocional e cognitivo – além da manutenção da saúde mental –, propiciando aos usuários um espaço de reflexão, sensibilização e expressão.

As angústias, os medos, os preconceitos e estigmas inerentes ao sofrimento psíquico – construídos e reforçados pelos vieses histórico, social e cultural da sociedade – emergem através das falas e das rodas de conversas como desdobramento de possibilidades de compreensão das diferenças, experiências, capacidade de criar e se refazer na multiplicação dos saberes de cada um.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 35, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>. Acesso em: 11 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/02, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2002<sup>a</sup>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 816, de 30 de abril de 2002**. Institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Política Nacional Sobre drogas**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2005b.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei n.º 11.343, de 24 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas-Sisnad. Brasília: Ministério da Justiça, 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto n.º 6.117, de 22 de maio de 2007**. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool. Brasília: Ministério da Justiça, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS-AD III). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas**. Brasília: Ministério da Justiça, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: GuiaAD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 11/2019 - GMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, fev. 2019.

BRASIL. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. v. 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em: 5 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 5 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, 75 Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html). Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. Ministério das Cidades. **Dados Estatísticos do Sistema Nacional de Indicadores Urbanos – SIU (Perfil Municipal – Arapiraca)**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: [www.cidades.gov.br/sniu](http://www.cidades.gov.br/sniu). Acesso em: 5 out. 2019.

BUBER, M. **Do diálogo e do dialógico**. Tradução de Marta Ekstein de Souza Queiroz e Regina Weinberg. São Paulo: Perspectiva, 1982.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BARCELLOS, L. R. M. **A música como metáfora em musicoterapia**. 2009. Tese (Doutorado em Música) – Universidade Federal do Estado Do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab Educ Saude**, v. 18, n. 3, 2020.

CALDAS DE ALMEIDA, J. M. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad Saúde Pública**, 2019.

CAMPOS, N. L.; KANTORSK, L. P. Música: abrindo novas fronteiras na prática assistencial de enfermagem em saúde mental. **R Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 88-94, jan-mar, 2008.

CHAGAS, M.; PEDRO, R. **Musicoterapia desafios entre a modernidade e a contemporaneidade**: como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad e Bapera, 2008.

CRAVEIRO DE SÁ, L. **A teia do tempo e o autista**: Música e Musicoterapia. Goiânia: UFG, 2003.

FONSECA, A. H. L. **Força, e forma estética de expressão**: Música, Canto, Dança, e Ontologia, 2011. Disponível em:  
<https://sites.google.com/site/eksistenciaescola/eksistencia/forca-e-forma-esteticas-de-expressao>. Acesso em: 44 out. 2019.

FONSECA, A. H. Lisboa da. **Metodologia Gestaltificativa**. 2011. Disponível em:  
<https://sites.google.com/site/eksistenciaescola/eksistencia/metodologia-gestaltificativa>. Acesso em: 4 out. 2019.

LEVITIN, D. J. Em busca da mente musical. In: ILARI, B. (org.). **Em busca da mente musical: ensaios sobre os processos cognitivos em música** – da percepção à produção. Curitiba: UFPR, 2006.

NIETZSCHE, F. W. **O nascimento da tragédia**. 2. ed. São Paulo: Escala, 2011.

NICK, E. Musicoterapia em Saúde Mental. Jornada Científica de Musicoterapia. Musicoterapia: Teorias e Práticas Contemporâneas, 5., Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Anais...**[s.e.]: 2005.

NASSER, N. **O ethos na música Grega**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

PUCHIVAILO, M. C. HOLANDA, A. F. A história da musicoterapia na psiquiatria e na saúde mental: dos usos terapêuticos da música à musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano XVI, n. 16, p. 122-142, 2014.

PIAZZETTA, C. M. O Desenvolvimento da Pesquisa em Musicoterapia no Brasil. **Anais do XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia**, Goiânia, GO, Brasil, 2006.

RUUD, E. **Caminhos da Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

SANCHES, L. R.; VECCHIA, M. D. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão da literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30178335>. Acesso em: 6 ago. 2021.

VARGAS, Maryléa Elizabeth Ramos. Influência da Música no Comportamento Humano: Explicações da Neurociência e Psicologia. **Anais do Congresso 79 Internacional da Faculdade EST**, São Leopoldo: 2012. Disponível em: Acesso em: 02 ago. 2020.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Declaração de anuência



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPIRACA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS-AD)

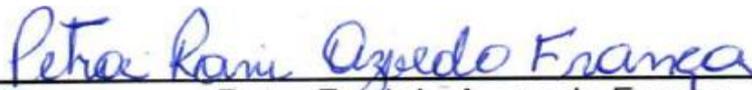
### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins autorizar a construção do projeto de intervenção intitulado **PROMOVENDO SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA MÚSICA NO CAPS-AD AMOR E ESPERANÇA DE ARAPIRACA-AL**, realizado por **THIAGO CELMIR VIEIRA MARQUES DOS SANTOS**, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Me **TEREZA ANGÉLICA LOPES DE ASSIS**. A será apresentado como critério para conclusão do Curso de Especialização Lato Sensu em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade, do Núcleo de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas (NUSP/FAMED/UFAL).

Destaco que o Projeto de Intervenção proposto têm relevância institucional, e que a instituição participará da elaboração e execução do mesmo.

Sendo assim, autorizo sua execução, desde que os envolvidos/as comprometam-se a utilizar os dados coletados e as informações provenientes da intervenção exclusivamente para construção do Projeto de Intervenção.

Arapiraca, 19 de Agosto de 2021



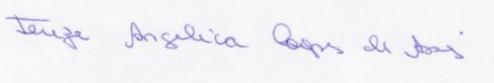
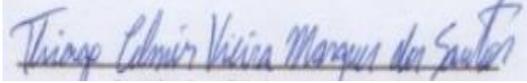
Petra Rani de Azevedo França  
Gerente  
Caps-Ad Amor e Esperança

## APÊNDICE B – Termo de Aceite e Compromisso de Orientação

### TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

Eu, TEREZA ANGÉLICA LOPES DE ASSIS, RG nº 625092, declaro que aceito o compromisso de (orientar / co-orientar) o Projeto de Intervenção PROMOVENDO SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA MÚSICA NO CAPS-AD AMOR E ESPERANÇA DE ARAPIRACA-AL à ser desenvolvido pelo(a) profissional especializando/a Thiago Celmir Vieira Marques dos Santos como Projeto de Intervenção do Curso de Especialização Lato Sensu em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade, do Núcleo de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas (NUSP/FAMED/UFAL)- no período 2020-2021.

Arapiraca, 20 de Agosto de 2021.

 Nome e assinatura do orientador	 Nome e assinatura do Discente
--	---