



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

de Freitas Pimentel, Adriana; Machado Barbosa, Ruth; Chagas, Marly
A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e
protagonismo
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 15, núm. 38, julio-septiembre, 2011, pp. 741-754
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119940005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo*

Adriana de Freitas Pimentel¹

Ruth Machado Barbosa²

Marly Chagas³

PIMENTEL, A.F.; BARBOSA, R.M.; CHAGAS, M. Music therapy in the waiting room in a primary healthcare unit: care, autonomy and protagonism. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.741-54, jul./set. 2011.

Receptiveness is a guideline of the National Humanization Policy that establishes the basic principles of the National Health System (SUS). The waiting room is part of the theoretical and practical discussion of receptiveness. The need for actions to promote implementation of this guidance has inspired the creation of the first research on music therapy at a primary healthcare unit. This article presents the results from this research, which had the aim of contributing towards the reception through music therapy in the waiting room, by means of the operational category of waiting. The methodology consisted of a qualitative approach and involved interviews and music therapy activities. The results revealed the users' outrage about the long waiting times and turned the place into an area of care, autonomy and protagonism. The research showed that music therapy is a strategy to be disseminated to other primary healthcare units.

Keywords: Primary healthcare. Humanization of assistance. User embracement. Music therapy. Waiting room.

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização que concretiza os princípios básicos do Sistema Nacional de Saúde (SUS). A sala de espera insere-se na discussão teórica e prática do acolhimento. A necessidade de ações que fomentem a implantação desta diretriz inspirou a realização da primeira pesquisa sobre a musicoterapia em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), cujo objetivo foi contribuir para o acolhimento com a prática musicoterápica na sala de espera, por meio da categoria operacional – espera. A metodologia incluiu entrevistas e atividades musicoterápicas. Resultados revelam a indignação dos usuários quanto à longa espera e a transformação do local em um espaço de assistência, autonomia e protagonismo. A pesquisa aponta a Musicoterapia como estratégia para ser difundida em outras UBS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Humanização da assistência. Acolhimento. Musicoterapia. Sala de espera.

* Elaborado com base em Pimentel (2009).

^{1,2} Programa EICOS (Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social), Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Guineza, 435. Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20.755-330. drica.oficina@gmail.com

³ Curso de Graduação e Pós-graduação de Musicoterapia, Conservatório Brasileiro de Música, Centro Universitário.

Introdução

O acolhimento, diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) e concretizador dos Princípios Básicos do SUS (Gomes, Pinheiro, 2005; Solla, 2005; Merhy, Campos, Cecílio, 1994), deve estar presente de forma transversal em toda Unidade Básica de Saúde (UBS). No encontro com o outro, em qualquer local da UBS, é necessária, aos profissionais de saúde, uma postura de escuta, de cordialidade e de predisposição para resolver os problemas trazidos pelos pacientes.

Uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários. Neste ínterim, o vínculo entre eles se forma e fortalece as relações entre os atores envolvidos no serviço à saúde (Gomes, Pinheiro, 2005; Solla, 2005; Merhy, Campos, Cecílio, 1994).

Um dos maiores problemas enfrentados pelo SUS é a realidade das filas e o tempo de espera que os usuários suportam para conseguirem ser atendidos. Por isso, a sala de espera recebe atenção privilegiada para as ações em prol da humanização na atenção básica e passa a ser utilizada como local de execução de atividades do acolhimento.

A sala de espera está presente na maioria dos dispositivos de atenção à saúde, como nos hospitais e unidades básicas. É um lugar público, dinâmico, onde as pessoas aguardam o atendimento de saúde. Um espaço onde estão presentes a subjetividade e as pluralidades (cultura, etnia), que emergem através do processo interativo, que ocorre por meio da linguagem (Teixeira, Veloso, 2006). O termo 'sala de espera' é polissêmico, porque nem sempre esta atividade é realizada em uma sala. Pode ser num corredor, um hall, um espaço ao ar livre (Paixão, Castro, 2006).

As atividades da sala de espera são direcionadas frequentemente à educação em saúde. Equipes de enfermagem e psicólogos costumam utilizar esse ambiente para divulgar programas de saúde, tirar dúvidas, criar vínculos com os usuários, ajudando no desenvolvimento do acolhimento na UBS. Esta realidade gera críticas em relação ao trabalho realizado neste local, como a limitação da visão de acolhimento pela equipe de enfermagem que focaliza todas as suas ações para atividades que somente envolvam tema sobre educação em saúde (Deslandes, Dias, 2006; Gomes et al., 2006; Silveira et al., 2004).

A partir destes fatos, surgem discussões a respeito dos limites do acolhimento e sobre a necessidade de maiores reflexões sobre o assunto. A existência de filas e o prolongado tempo de que precisam dispor para a resolutividade de seus problemas ainda fazem parte das grandes dificuldades que os usuários enfrentam. As maiores dificuldades para a implementação do acolhimento na UBS estão: na adesão dos profissionais e, sobretudo, na dos médicos; na inclusão de novos atores nas equipes multiprofissionais; na relação entre os usuários e as equipes profissionais; nas divergências entre as equipes, e na construção de meios para desenvolver o acolhimento (Solla, 2005; Franco et al., 1999; Merhy, 1999). É grande o desafio imposto à proposta do acolhimento.

A Psicossociologia traz contribuições pela ampliação do horizonte teórico do conhecimento. Oferece uma possibilidade de diálogo entre várias disciplinas, como a sociologia, a antropologia e a psicologia. A Psicossociologia, desdobramento da Psicologia Social, se dedica ao estudo de grupos, sociedades, organizações e comunidades em situações cotidianas, englobando discussões sobre gênero, etnia, representações simbólicas culturais, modernidade e pós-modernidade, e analisa a implicação destes temas na relação humana. Esta análise se dá por meio das palavras, das representações, das condutas no contato consigo e com o outro, levando em consideração a subjetividade presente nesta relação (Certeau, 2007; Bauman, 2003; Azevedo, Braga Neto, Sá, 2002).

O estudo sobre sala de espera, segundo Merhy (1997), enfatiza a importância das atividades de acolhimento em espaços de mediação nos quais se produz a relação de escuta e responsabilização. A partir do encontro entre os profissionais e usuários, constituem-se os vínculos e compromissos que devem nortear os projetos de intervenção. Neste processo, o trabalhador utiliza o saber, que é sua principal tecnologia, tratando o usuário como sujeito portador de direitos.

As atividades neste local são integrantes de um projeto amplo de acolhimento, pois o mesmo possui caráter transversal (Brasil, 2006). Deve ser realizado em toda a Unidade, em todos os setores, durante o encontro com o outro. A necessidade de utilizar o pensamento crítico constante, a criação, o 'trabalho

vivo' (Merhy, Pinto, 2007; Merhy, Onocko, 1997) é fundamental para não oferecer uma única atividade e acreditar que se está concretizando a proposta ampla de acolhimento.

Para este artigo, traz-se uma proposta de intervenção prática que favorece a interdisciplinaridade, contribuindo para o debate em curso sobre a humanização, acolhimento e sala de espera, por meio dos resultados da pesquisa "A musicoterapia na sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde: os usuários rompem o silêncio", voltada à recepção dos usuários com a utilização da musicoterapia. O objetivo da pesquisa foi contribuir para o acolhimento por meio da prática musicoterápica na sala de espera em uma UBS. A pesquisa buscou apreender os motivos e significados que os usuários atribuem ao tempo em que aguardam seu atendimento médico, o que configurou a categoria operacional 'espera', objeto desta investigação.

A prática da musicoterapia se dá por meio de métodos de improvisação, composição, recriação ou da audição, facilita a expressão e a produção dos sentimentos, pensamentos e atos dinamicamente transformados no contato com o outro. Essa prática se difere da simples utilização da música na sala de espera (Chagas, Pedro, 2007).

A justificativa de trazer a prática da musicoterapia para a UBS apoia-se nas contribuições desta profissão ao desenvolvimento da humanização na atenção hospitalar (Vianna, 2008; Chagas, 2004; Fialho, 2004; Sá, 2004). O estudo anterior, realizado por Pimentel (2005), levantou as convergências entre a Política Nacional de Humanização e a musicoterapia, apontando as possibilidades da atuação musicoterápica em sua operacionalização. Puderam-se verificar os ganhos possíveis de se contar com a musicoterapia em uma equipe multiprofissional voltada para a humanização.

A ideia de intervir nos serviços de atenção à saúde por meio da musicoterapia surgiu no estudo acima mencionado. Originou-se da inquietação, como sanitarista, de idealizar as mudanças necessárias aos serviços de saúde, e, como musicoterapeuta, reconhecer, na musicoterapia, um potente instrumento mobilizador. Em continuidade ao estudo anterior e com o recorte necessário para uma qualificada pesquisa de mestrado, elencou-se, como prioridade de atuação, o trabalho na sala de espera, e estabeleceu-se a ideia da intervenção relatada neste artigo, que traz os resultados da pesquisa realizada.

Aspecto teórico

O conceito de tecnologia leve (Merhy, Onocko, 1997), representada pelas relações interpessoais, compõe o quadro teórico da discussão deste artigo. Tal tecnologia é produzida no trabalho vivo em ato e está presente no processo de relações, no encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. Neste momento criam-se cumplicidade, vínculo, aceitação e produção de responsabilidade.

O trabalho vivo é aquele que valoriza o pensamento crítico, a subjetividade das relações e o contato com o outro (Silveira et al., 2004; Negri, 2002). É o motor da produção, da inovação, e está presente no processo de desenvolvimento de todo trabalho. Porém, o produto não está acabado ao término de sua criação, ele é repensado, avaliado, recriado e adaptado. Esta perspectiva nos distancia da ideia do trabalho com um início e um fim. A cada desafio nasce uma abordagem, um novo caminho. Esse movimento contínuo gera uma dinamicidade presente em toda ação viva. O trabalho vivo aparece em oposição ao trabalho morto, como: regras fechadas, protocolos rígidos e trabalhos mecânicos que são reproduzidos automaticamente. O trabalho vivo é catalisador, produzindo mobilização (Negri, 2002).

No espaço de mediação, surge o contato com o outro. É neste encontro que se desmonta a arena tensa constituída dos conflitos de interesses e subjetividades. A notável dificuldade de estabelecer a qualidade do contato humano torna-se um dos maiores obstáculos para a consolidação da prática humanizada (Sá, 2004).

O conceito de cotidiano foi trazido ao estudo como meio de aproximação da realidade do serviço de saúde buscando entender o dia a dia da UBS. O termo cotidiano, através do olhar curioso e, sobretudo, investigador, de Michael de Certeau (2007), ganha vida e cientificidade unindo estudos sobre a cultura popular e o comportamento social, atravessando a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história e a economia. O estudo do cotidiano compreende como as pessoas se apropriam, com o tempo, dos conhecimentos científicos e constroem um novo saber, unindo, aos conhecimentos científicos, os culturais, vinculados à crença, à etnia e às tradições, estabelecendo-se, assim, um novo senso comum.

Levigard e Barbosa (2010) demonstram a emergência do conceito de cotidiano como instrumento de análise de realidade social.

A musicoterapia é uma carreira que suporta técnicas próprias e específicas, e seu principal instrumento é o som.

A prática musicoterápica difere-se da prática de um músico por vários motivos, dentre eles: a musicoterapia tem formação específica em nível de graduação e pós-graduação; possui um arcabouço teórico próprio que insere, além da música, disciplinas adequadas a sua prática do cuidado, como psicopatologia, neurologia, psiquiatria, psicologia da música, neurociência, entre outras; o mais importante na prática musicoterápica não é a estética, mas, sim, o que é expresso pelo sujeito; a escuta do musicoterapeuta é treinada para perceber e reconhecer a subjetividade do cliente, intervindo quando necessário; o musicoterapeuta utiliza, como instrumento de trabalho, todo material sonoro (sons de ruídos, do ambiente, de objetos, e não só da música propriamente dita), e o conceito de música para a musicoterapia é diferente do conceito de música para o músico.

Qualquer pessoa pode participar da musicoterapia, mesmo as que possuem limite de afinação, dificuldade rítmica, deficiência física e/ou mental ou que não saibam tocar nenhum instrumento. O musicoterapeuta é treinado a se adequar ao outro em relação ao tom, ao repertório, ao jeito de tocar, à interpretação e às mudanças⁴ que o outro faz nas músicas propostas. Assim, a execução das atividades que esta pesquisa se propôs não pode ser realizada por um músico, e sim por um profissional musicoterapeuta, graduado em Instituição de Ensino Superior reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

A musicoterapia valoriza o que a pessoa consegue fazer musicalmente⁵, e busca estimular a atuação dela a partir do que expressa. Instiga a utilização de instrumentos, do canto, do corpo como instrumento sonoro, e a percepção e apropriação⁶ dos sons que envolvem o ambiente. O participante é mobilizado a sair da postura passiva.

Um dos conceitos que fazem parte do corpo teórico da musicoterapia e que foi trazido para a pesquisa é o de paisagem sonora: conjunto de sons que estão inseridos em determinado ambiente e a forma com que influenciam no comportamento das pessoas presentes. Este conceito, criado por Schafer (2001), contribui para o entendimento de como os sons presentes no ambiente da sala de espera afetam diretamente as pessoas, considerando o simbolismo psíquico que guarda cada som.

A pesquisa

O estudo apoiou-se na necessidade do desenvolvimento de ações que sejam aplicadas de forma a modificarem as práticas de saúde, que possam influenciar no modo de agir das pessoas contribuindo para a transformação do modelo de atenção aos cuidados da saúde. A intervenção musicoterápica foi pontual, com intuito de atender a investigação proposta pela pesquisa realizada.

Metodologia

O enfoque qualitativo desse trabalho voltou-se para o estudo da Espera como tema principal, levantando a contribuição da musicoterapia na sala de espera. Foi direcionado a contribuir com o acolhimento, no momento em que os usuários adultos aguardam o atendimento em uma UBS no município de Nova Iguaçu. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme resolução 196/1996 do

⁴ Mudanças na música seriam os erros que os músicos ou, até mesmo, pessoas leigas reconhecem quando são cometidos com mais visibilidade. Para a musicoterapia, estes erros são mudanças que foram feitas e podem ser explicadas por vários motivos: propositalmente, para expressar determinado pensamento; inconscientemente, expressando algo que pode ser refletido e elaborado pelo participante, por exemplo.

⁵ Considera-se musical, para a musicoterapia, todo som que o participante faça: sons nasais, sons corporais, sons com objetos, músicas completas. Para a musicoterapia, os sons não precisam ser sequenciados nem organizados para serem musicais.

⁶ Apropriar-se do som do ambiente significa dizer que se pode utilizar um som do ambiente para criar uma música, para reproduzi-lo modificando-o sonoramente e/ou para imitá-lo e falar sobre ele.

Conselho Nacional de Saúde. Durante a coleta de dados, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa de campo passou, inicialmente, por uma fase exploratória, com observação participante, atividades musicoterápicas e escuta dos atores nela envolvidos, a fim de identificar os problemas e o tema central que norteou a investigação. Nesta fase, a intervenção foi planejada estabelecendo o procedimento adotado.

Os instrumentos de pesquisa adotados foram: revisão bibliográfica, observação participante, atividades musicoterápicas, entrevistas e diário de campo. A metodologia foi organizada de modo a trabalhar com quatro grupos de investigação em dias distintos: dois grupos passaram pela prática musicoterápica e dois grupos de controle não passaram pela intervenção.

As entrevistas foram realizadas em todos os grupos após a consulta médica. O material das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo (Bardin, 1997), como será visto mais adiante. A observação participante e o diário de campo da pesquisadora estiveram presentes durante toda a investigação.

Nas atividades realizadas na sala de espera, foram aplicados métodos que possibilitam a participação de todos os integrantes do grupo. Mesmo sem saber tocar, as pessoas puderam se expressar cantando, tocando, criando letras, ritmos e melodias. Essa abordagem foi utilizada porque promove liberdade de expressão, fomenta o protagonismo e a autonomia.

O campo de estudo

A UBS⁷ cobre 100% da população cadastrada e comporta três Equipes de Saúde da Família (ESF), três Equipes de Saúde Bucal (ESB) e uma Equipe do Ambulatório de Saúde Mental Infante-Juvenil⁸. Todas compartilham a mesma sala de espera.

A ESB agenda os pacientes por hora marcada e atende no horário previsto. Os usuários agendados para os médicos chegam à Unidade aproximadamente às 7h30min. Às 8h começam os atendimentos realizados pelas técnicas de enfermagem, que aferem a pressão arterial e conferem o peso corporal. Após, os usuários aguardam a consulta sentados em bancos coloridos (estilo banco de praça), que ficam dispostos um atrás do outro, enfileirados. Algumas pessoas preferem ficar de pé. As crianças presentes brincam e correm durante a espera. Os adultos conversam.

Entre 12h e 13h, a unidade fica praticamente vazia. À tarde, vários usuários procuram por resultados de exames, informações, remédios e pelos atendimentos no Ambulatório de Saúde Mental e na equipe de Saúde Bucal. Os dias da semana em que são realizados o exame preventivo, pré-natal e palestras são os mais movimentados.

Sujeitos de pesquisa

Foram adotados três critérios de inclusão para escolha dos sujeitos: ser adulto; ser usuário da Unidade, e aceitar participar da pesquisa. Contamos com 67 pessoas entre 18 e 73 anos de idade. Todos participaram das entrevistas e foram organizados em quatro grupos. Grande parte destes usuários são moradores do próprio bairro e pertencem à cobertura do PSF da UBS. Como o Ambulatório de Saúde Mental Infante-Juvenil tem uma área territorial grande, abrangendo muitos bairros, alguns usuários se deslocam por grande distância até chegarem a esta Unidade de Saúde.

⁷ Por um cuidado ético, a UBS não será identificada explicitamente.

⁸ A pesquisadora fez parte da equipe do Ambulatório de Saúde Mental, no período em que se deu a pesquisa, sendo uma das profissionais da UBS na ocasião.

Procedimentos

As atividades foram realizadas em quatro dias, que foram constituídos por grupos de usuários diferentes. Todos aguardavam o atendimento médico na sala de espera. Os quatro grupos participaram com o seguinte procedimento: em dois deles, realizou-se a atividade musicoterápica com duração de quarenta minutos, e, nos outros dois, não se realizou a atividade musicoterápica como meio de comparação para se obter maior rigor metodológico (Giere, 1984).

Todos os grupos passaram pelas entrevistas após a consulta médica. O procedimento adotado foi igual para todos os quatro grupos, com exceção da prática musicoterápica e da explicação referente a ela:

Grupos sem musicoterapia - abordagem e apresentação da equipe: os usuários presentes foram abordados com a apresentação da equipe de pesquisa (pesquisadora e ajudante de pesquisa); convite: foi feito o convite de participação na pesquisa; TCLE: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido em voz alta e as dúvidas expostas foram elucidadas antes da assinatura; consulta Médica: paciente se dirige à consulta médica; entrevista: realizada após a consulta.

Grupos com musicoterapia - abordagem e apresentação da equipe: apresentação da equipe de pesquisa para os usuários presentes; convite: os usuários foram convidados a participarem da pesquisa; TCLE: leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elucidação das dúvidas e a assinatura do mesmo; esclarecimento sobre a prática musicoterápica: comunicação sobre a realização da atividade de musicoterapia durante a espera pelo atendimento e aviso de que esta seria uma intervenção pontual com fins voltados para a pesquisa; musicoterapia: realização das atividades musicoterápicas, nas quais o participante escolhia o instrumento para tocar, sugeria canções, cantava e compunha; consulta médica: os pacientes chamados saíam da atividade para serem atendidos pelo médico; entrevista: realizada após a consulta.

A sala de espera, nos dias da prática musicoterápica, foi arrumada de maneira condizente com os métodos utilizados, satisfazendo dois fatores importantes ao desenvolvimento da atividade: permitir que, ao sentarem, as pessoas pudessem se ver, e que todos tivessem acesso aos instrumentos disponíveis no local. Então, formou-se um semicírculo com os bancos. Os instrumentos foram postos no centro e a abertura do semicírculo ficou direcionada para os consultórios médicos, para que os usuários pudessem acompanhar a dinâmica do atendimento.

A pesquisa foi direcionada aos usuários, porém, não foi vedada a aproximação dos profissionais que transitavam pelo espaço, pois este é um local de circulação da UBS. Assim, o profissional podia parar, observar e participar, se quisesse, junto com os usuários.

Análise dos dados

As entrevistas continham perguntas sobre o momento da espera pela consulta médica. O material coletado foi codificado e categorizado. Inicialmente, houve a análise temática do material das entrevistas, trabalhando com temas como unidades de registros (Bardin, 1997). De posse da transcrição das entrevistas, partiu-se para a leitura do material, identificando, recortando as unidades de registro e categorizando-as. Os dados mais frequentes foram organizados em duas ramificações: motivos alegados para o tempo da espera e o significado da espera. As informações do diário de campo e da observação participante fizeram parte da discussão.

Observou-se que, além da temática espera, os usuários aproveitaram o momento de escuta proporcionado pela entrevista e trouxeram suas opiniões sobre todo o serviço oferecido na UBS. Os trechos das entrevistas, que foram selecionados para este artigo, trazem nomes fictícios, evitando a identificação dos participantes.

Nos grupos sem musicoterapia, os usuários apresentaram vários motivos para a espera prolongada, como: o atraso do médico, a forma de marcação, a existência de poucos médicos com relação à demanda local e a falta do médico ao serviço. Porém, a maioria dessas queixas não aponta, com clareza, o motivo central da espera pelo atendimento. A forma de marcação da consulta não altera o tempo da espera de atendimento, porque os usuários já estão com as consultas marcadas; os médicos raramente faltam o serviço e a ESF cobre 100% da sua área, tendo médicos suficientes para isso.

Apesar destas queixas, dificilmente, durante o período em que estavam esperando, levantavam-se para reclamar, preferindo criar burburinhos ao seu redor. Reclamavam uns com os outros e, quando os médicos chegavam, faziam silêncio. Porém, durante a entrevista, alguns deixaram claro o desejo de expressar seus pensamentos e a insatisfação de não encontrarem, na unidade de saúde, uma pessoa que lhes 'desse ouvidos'.

Uns se expressavam em tom triste, outros pareciam ser indiferentes, e havia aqueles que demonstravam insatisfação, apesar de aceitarem a situação, mas a maioria dos entrevistados demonstrou agitação ao expressar suas queixas sobre o serviço. Foi possível notar a revolta destes usuários, que aumentavam o tom de voz quando os ACS passavam pelo local da entrevista.

Seguem alguns trechos das entrevistas realizadas nos grupos que não tiveram a intervenção musicoterápica: "o médico demora muito a chegar... fica cansativo..." (Márcia); "A pressão sobe, cê fica de mau-humor, se estressa... então não tem o que fazer..." (Fabiana); "eu me irrita, fico logo nervosa e quem se dá mal, sou eu... porque eles... não tão ligano não..." (Bárbara); "tem que esperar, né? Eu preciso... Olha as pessoas como é que fica, tudo agoniada ó..." (Júlia).

A sala de espera sem a musicoterapia tem como características: o movimento dos profissionais que caminham pelo ambiente e não demonstram tempo para a aproximação com o usuário neste momento; as conversas, em duplas ou trios, e o silêncio de alguns usuários que aguardam a consulta médica. Porém, mesmo com a sala de espera lotada, os usuários revelam que se sentem sozinhos: "dá até sono, a gente fica aqui sozinho, esperando, esperando" (Raphael), "aqui fica cada um na sua, a gente espera sozinha" (Carla).

Os significados expressados em relação ao momento de espera pelo atendimento médico foram identificados como: 'postura passiva', 'sofrimento', 'impaciência', 'agonia', 'mau humor', 'revolta', 'impotência', 'perda de tempo', 'menosprezo', 'cansaço', 'tristeza', 'mal-estar físico' e 'estresse'.

Nos grupos com musicoterapia, à medida que os usuários chegavam à sala de espera e percebiam a realização da prática musicoterápica, aproximavam-se espontaneamente dos instrumentos, ouvindo as canções produzidas pelos outros usuários que já estavam presentes. Quando não havia mais lugar para sentar, ficavam de pé junto ao violão e ao canto. Constatou-se, assim, a capacidade de a musicoterapia unir as pessoas de lugares, jeitos, idades e crenças diferentes, formar um grupo, proporcionar a troca e a conversação entre os participantes. Mesmo as pessoas que optaram por sentar nos bancos mais distantes, cantavam de lá mesmo e participavam do seu jeito.

A sala de espera com a prática musicoterápica muda sua característica. Os usuários falam que estão juntos com outras pessoas e que isto é bom, apontam os momentos de canto coletivo como: "todos cantando juntos" (Joana), "todos juntos esperando" (Fátima), "a gente fica com todo mundo cantando e tocando" (Andrea).

Durante a atividade, compuseram melodias criando canções curtas com seus próprios nomes e com os nomes dos outros usuários. Aproveitavam para cantar estas canções logo que ouviam as auxiliares de enfermagem informando o próximo paciente que seria atendido pelo médico. Assim, a chamada passou a ser feita de forma cantada pelos próprios usuários, e todos conseguiam identificar o nome do paciente que seria atendido. Os participantes afirmaram que desta forma não ficavam confusos e apreensivos de escutarem seus nomes durante a chamada. Com isso, observamos uma maior satisfação dos usuários por meio dessa intervenção.

Percebia-se, através das composições musicais, que a sala de espera tornava-se um lugar de criação, de produção e de troca entre os participantes. Eles demonstravam maior autoconfiança e superação de seus limites, descobrindo novas habilidades à medida que tocavam, cantavam, improvisavam e recebiam respostas positivas do grupo que era conduzido pela musicoterapeuta.

Os grupos que vivenciaram a musicoterapia conseguiram eleger o motivo principal da espera: o atraso dos médicos. Conclui-se que a musicoterapia proporcionou um meio de avaliação do serviço, facilitando a percepção dos usuários para o real problema enfrentado por eles durante a espera: o horário que os médicos chegam à UBS.

Com a prática musicoterápica, as pessoas falam dos bons sentimentos, mas isso também deixa aparecer o sentimento oposto. Quando os usuários revelam que, com a prática musicoterápica, eles esperam com mais paciência, fica claro que, sem ela, sofrem com a impaciência, apontando seu descontentamento com a espera e a reação negativa que esta causa em seu bem-estar, em sua saúde.

Como exemplos, seguem alguns trechos acompanhados de comentário:

“Ah eu acho bom porque distrai a pessoa... a pessoa não fica tão ansiosa pra quando o médico chegar e então quando a gente chega lá dentro já chega mais calma. Bem melhor” (Sofia).

A usuária afirma que esperar causa ansiedade e que é melhor com a musicoterapia:

“O ambiente ficou melhor [...]” (Jurema).

Esta fala traz a ideia de que o ambiente pode melhorar e de que a musicoterapia deu conta disto:

“Tendo esses instrumentos é muito melhor. Muito válido, né? mais relaxante, né [...]” (Kátia).

Esse trecho traz à tona a tensão sentida pelo usuário durante a espera e enfatiza que gostou de participar, sentindo-se ativa durante a espera:

“A gente espera com mais paciência, achei ótimo” (Maria).

Mostra a impaciência que ficava implícita:

“Eu acho legal... porque eu já estava aqui dormindo, né? (risos) A espera é cansativa, né? O médico chega tarde, com isso aqui relaxa [...] é bem melhor” (Augusto).

Esta fala mostra que a espera é cansativa e que algumas pessoas assumem uma postura passiva enquanto aguardam o atendimento. Revela a tensão causada pela espera, aponta o motivo da espera prolongada e confirma que a atividade musicoterápica a ajudou a relaxar e a transformar o ambiente:

“Você fica mais leve, sem isso (referindo-se a musicoterapia) as crianças choram, gritam [...]” (Joséfa).

O trecho acima deixa claro que a paisagem sonora da sala de espera influi no bem-estar das pessoas que estão aguardando. A transformação sonora por meio da musicoterapia possibilitou a sensação de leveza sentida pela usuária.

Nos grupos com musicoterapia, alguns usuários perceberam que já estavam sendo assistidos durante a espera pelo atendimento médico. Sentem-se cuidando de si:

“Tem gente que não tem paciência, né? as mães também, as avós ... quer dizer é uma terapia pra nós, pros funcionários e pras crianças, né?” (Carla);

“Os médicos chegam à hora que querem mesmo, então a gente fica aqui cuidando da gente[...]” (Márcia); “quando você tá naquela ansiedade de procurar por médico e médico... com essa terapia assim de música e instrumento até você desvia o pensamento de outras coisas, então você praticamente já até melhora [...]” (Lena); “eu mesmo cheguei aqui caidinha agora já tô ótima!” (Jussara).

Resultados e discussão

A musicoterapia foi escolhida como estratégia de intervenção porque a sua prática envolve o encontro com o outro, o cuidado à saúde como o objetivo genuíno desta terapia, e o reconhecimento dos benefícios já alcançados na humanização hospitalar.

Os resultados da pesquisa revelam os significados expressados em relação ao momento da espera, destacando-se o desrespeito sentido pelos usuários diante do atraso dos médicos em todos os grupos participantes.

A musicoterapia facilitou a expressão para esta queixa e, ao mesmo tempo, permitiu que fossem assistidos. Durante as atividades, os participantes interagiram através do canto, dos instrumentos musicais, dos movimentos corporais, das gargalhadas, do choro, dos olhares. Neste momento, encontravam-se presentes: emoções, lembranças, sofrimentos e alegrias.

A musicoterapia possibilitou trabalhar com as conexões de sentimentos, símbolos e histórias, permeando o tecido subjetivo que preenche o espaço da vivência.

A sensação de não-pertencimento ao grupo fragiliza as pessoas, que acabam sentindo-se incapacitadas, fracas para lutar pelos seus direitos, buscando por mudanças positivas no serviço. O sentimento de pertencimento através da atividade musicoterápica fortalece a capacidade grupal e dá voz ao pensamento desta comunidade formada todos os dias na sala de espera.

Em todos os grupos, os dados apontam a insatisfação dos usuários, que se sentem desrespeitados pela espera prolongada. Esta é uma constatação séria, que revela a realidade nas práticas de saúde em toda rede pública. Os usuários aguardam a consulta sentindo-se impacientes, de mau humor, cansados, estressados, preocupados, ansiosos e perdendo tempo.

Nos grupos em que houve a intervenção, a musicoterapia, além de facilitar o levantamento das opiniões sobre o momento da espera pelo atendimento, refletindo e avaliando o serviço, proporcionou assistência, autonomia e protagonismo aos usuários. Foram ouvidos e sentiram-se leves, valorizados, animados, calmos, pacientes, tolerantes, e com o humor, a saúde e o bem-estar físico melhorados.

A oportunidade de expressão dos sentimentos, de percebê-los e de pensar sobre eles, aponta para a identificação de certo protagonismo por parte dos usuários – eles tiveram a oportunidade de falar, cantar, tocar e de serem escutados. Também parece despontar certa autonomia. Através das escolhas de músicas e instrumentos, puderam transformar a realidade da sala de espera.

Como o instrumento principal da musicoterapia é o som, foi inevitável a transformação da paisagem sonora que, antes, se constituía do som das portas abrindo e fechando, do burburinho das pessoas conversando, das crianças correndo, da voz das técnicas de enfermagem chamando os pacientes para a consulta, dentre outros.

A paisagem sonora passou a constituir-se dos sons dos nomes dos pacientes sendo cantados, dos instrumentos tocados, do coral simples que uniu as vozes de todos os usuários. Os participantes relataram que com a prática musicoterápica: “o ambiente ficou melhor” (Zilda); “aquela confusão, acabou, todo mundo falando ao mesmo tempo” (Luciola).

A musicoterapia fortaleceu o vínculo entre o usuário e a UBS, pois os participantes das atividades com musicoterapia, mais frequentemente, procuravam a equipe de pesquisa para falar sobre o serviço. Este fato é bastante relevante, visto que o fortalecimento do vínculo é uma das propostas que precisam estar presentes nas ações de acolhimento.

Alguns profissionais participaram da musicoterapia junto com os usuários. Estiveram presentes: 67% das enfermeiras das ESF, 56% dos ACS, 100% das Técnicas de Enfermagem, 100% da equipe de Serviços Gerais e 67% das Auxiliares de Consultório Dentário da ESB.

Os profissionais e os usuários se relacionavam de forma igualitária durante as atividades. Todos cantavam, sugeriam e escolhiam músicas. As opiniões dos profissionais, assim como a dos usuários, não eram sempre aceitas pelo grupo, fazendo-os conversar e discutir sobre a escolha e seus gostos pessoais. Alguns usuários aproveitavam a circunstância para tirar dúvidas com as enfermeiras.

O participante, durante a atividade, escolhia o instrumento exercitando sua criatividade, iniciativa, liderança e reproduzia as canções do seu jeito, protagonizando a sua participação na atividade proposta, descobrindo novos potenciais. A presença de todos juntos fazendo música pôde suscitar, através da prática musicoterápica, a valorização dos profissionais e dos usuários, ou seja, a valorização do sujeito, a inter-relação das equipes que estavam presentes e destas com os usuários, possibilitando a produção de sujeitos. Mesmo que os profissionais não fizessem parte da pesquisa, sua participação espontânea teve relevância pela interação mantida com o usuário, constituindo-se como um achado que merece ser pontuado.

Sem a musicoterapia, observamos que os médicos passavam pela sala de espera e não cumprimentavam os usuários. No entanto, com a prática musicoterápica mediando esta relação, sorriam para os pacientes quando atravessavam a sala de espera.

Cada momento de musicoterapia é único, marcado por suas diferenças e semelhanças, e esta característica nos permite perceber o papel de protagonistas que as pessoas assumem durante o processo de criação na vivência musicoterápica, seja na atitude de tocar e escolher um instrumento, de cantar sua canção preferida, de dançar, de escolher as músicas que o grupo vai ouvir e executar.

Em termos conceituais, a musicoterapia se constitui como tecnologia leve, um saber específico que é posto em prática por meio do 'trabalho vivo' em ato (Merhy, Pinto, 2007; Merhy, 1999; Merhy, Onocko, 1997), dependente da existência do encontro entre as pessoas, mediando as relações, considerando a subjetividade e a tensão presente neste cenário, estimulando a criatividade, a troca, a expressão, a vivacidade do ser.

É importante ressaltar que a música mecânica, aquela que é reproduzida no aparelho de som, não envolve as pessoas de tal modo a organizar os sons do ambiente. As pessoas continuariam passivas ouvindo música. Neste caso, a música mecânica, na sala de espera, seria mais um ruído tumultuando, ainda mais, o ambiente e prejudicando o bem-estar e a saúde dos presentes. A proposta da musicoterapia neste espaço é fomentar a participação das pessoas, produzindo autonomia, protagonismo e oferecendo assistência na sala de espera.

Percebe-se uma nova forma de fazer e pensar saúde. A utilização da sala de espera como espaço de criação; de expressão livre; de produção; de rompimento com o silêncio nocivo, com a monotonia, com a passividade e com a sensação de tempo perdido. Mostra o fazer e o pensar a saúde diante do trabalho vivo, na relação cotidiana entre os usuários e os profissionais de saúde, e a pertinência da inserção de novos profissionais na arena.

Paralelamente a este fato, emergiu, desta experiência, a expressão do sentimento de desrespeito: o que antes só aparecia como queixa, pode ser decodificado como uma sensação, presente nos usuários, de estarem sendo desrespeitados. No que se refere aos profissionais, observa-se que tiveram um retorno imediato ao serem tocados pela musicoterapia.

Logo após a coleta de dados, o Ambulatório de Saúde Mental da UBS - ao qual a pesquisadora era vinculada - saiu da Unidade. Isto dificultou a devolução imediata da pesquisa. Porém, recentemente, conseguiu-se retornar à UBS e reunir a equipe para apresentar os resultados obtidos. Como o dia a dia da Unidade é dinâmico, nem todos os atores envolvidos estavam presentes. Escolheu-se o horário de almoço para facilitar a participação dos profissionais. Dessa forma, contou-se com 67% da ESF, 80% dos ACS, 67% da ESB, estando presente: ACS, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, auxiliares de higiene bucal, dentista e a coordenação da UBS. Os médicos continuaram os atendimentos neste período e não participaram deste momento.

A receptividade dos profissionais foi positiva. Demonstraram interesse e gosto por terem participado da pesquisa como anfitriões para o desenvolvimento de temas fundamentais e comuns nos serviços de saúde. Os primeiros pontos destacados pela equipe foram: a alegria sentida, no ambiente, com as atividades; a harmonia, no ambiente, com os sons organizados, e o aumento da predisposição dos profissionais no trabalho. Após, ressaltaram a surpresa que tiveram com os sentimentos expressos pelos usuários e levantaram a situação principal que norteia a espera: o atraso dos médicos. Na discussão, foram apontadas as dificuldades que são encontradas para solucionar a questão, como: salários defasados; vínculo precário; falta de insumos, de estrutura e logística, e a desvalorização do profissional. A equipe trouxe o argumento de que estes problemas giram em torno de todos os profissionais de saúde, e não somente dos médicos. Enfatizaram a necessidade do investimento pessoal, fruto da automotivação, para garantir o mínimo de efetividade nos serviços oferecidos e a busca permanente de melhorias das condições encontradas, hoje, nos serviços de saúde.

Em continuidade à proposta de devolução, afixou-se o resumo do trabalho nos murais da Unidade para o acesso dos usuários, e as enfermeiras se comprometeram a passar, para os profissionais ausentes, os achados da pesquisa, levando esta discussão para outras reuniões. Encerrou-se a apresentação mantendo-se aberta a reflexão e a discussão fomentada pela investigação. Acredita-se que a difusão desta pesquisa possa sensibilizar gestores, profissionais médicos e de outras áreas.

Considerações finais

O estudo realizado teve o objetivo de contribuir para o acolhimento com a prática musicoterápica na sala de espera, por meio da categoria operacional espera. Revelou a espera pelo atendimento, a dinâmica do serviço à saúde, as relações interpessoais. A fundamentação teórica embasou a utilização de uma nova forma de intervenção na sala de espera de uma UBS: a musicoterapia.

A pesquisa possibilitou inserir, na sala de espera, uma inovação. Trouxe a atenção básica às possibilidades das experiências bem-sucedidas na assistência hospitalar.

A pesquisa revelou a indignação dos usuários quanto à espera prolongada e frequente. A prática musicoterápica potencializou a expressão, fomentando o protagonismo e a autonomia.

Possibilitou conhecer o pensamento dos usuários com relação à acessibilidade ao serviço, satisfazendo a ideia da prática das ações de acolhimento. Diferentemente das práticas habituais voltadas para a Educação em Saúde, desenvolvidas na sala de espera, a pesquisa apontou uma nova metodologia pioneira no Brasil. A musicoterapia, como estratégia de acolhimento na sala de espera, visa inserir, gradualmente, um espaço de promoção de conversas, de escuta, de aproximação de todos os atores envolvidos com a saúde.

A musicoterapia não tem o objetivo de enganar os usuários otimizando o tempo da espera para ser sentido de forma mais rápida. Tem o objetivo de acolher, estimular, escutar os usuários, de maneira que se sintam seguros, capazes de colocarem suas opiniões sobre o serviço, e oferecer assistência durante a espera pelo atendimento.

O dia a dia desta UBS pode ser vislumbrado por um novo olhar, mediante a estratégia de intervenção proposta: a partir da valorização dos profissionais, dos usuários e da integração destes; do desenvolvimento da expressão; da paisagem sonora harmonizada; da autonomia e do protagonismo dos usuários que foram estimulados à autoconfiança, a descobrirem novas potencialidades e a superarem limites.

A sala de espera tornou-se um espaço para cuidar de si, criar, interagir, refletir sobre o serviço e expressar-se. A sensação do tempo perdido e de ociosidade deu lugar à produtividade, ao protagonismo, à formação de novos sujeitos.

A atividade proporcionou uma escuta qualificada, uma integração igualitária entre os profissionais e usuários, além de promover uma aproximação e valorização destes atores, construindo uma rede de conversação.

A Psicossociologia assumiu o papel fundamental para toda a investigação, mantendo-a viva e alimentando a discussão teórica por meio de um olhar amplo que estuda as relações com o outro considerando as diversas faces existentes neste cenário. O estudo proposto englobou: a cultura, a história, o tempo, o cotidiano, a ciência e a subjetividade. A musicoterapia configura-se como tecnologia leve e como trabalho vivo em ato. A potência mobilizadora presente na prática musicoterápica possibilita a expressão de opiniões, promovendo um espaço seguro, dando suporte, cuidando e assistindo os usuários em suas necessidades.

A pesquisa foi direcionada a uma parte do processo de acolhimento, colaborando com a humanização do serviço. Mesmo que seus achados não possam ser generalizados, a primeira pesquisa realizada no Brasil sobre a musicoterapia em uma UBS parece indicar que a prática musicoterápica é uma estratégia válida, contribuindo para implantação do Acolhimento. Pode ser incluída em outras UBS, levando novos atores e iniciativas ousadas para a fomentação de mudanças nos serviços.

Seus resultados apontam para a necessidade de novas pesquisas quanto à contribuição da musicoterapia na humanização da atenção básica. Levantar a possibilidade de se fomentarem mudanças no processo de trabalho, no empoderamento dos usuários, no incentivo a sua expressão, promovendo a participação social, são exemplos de investigações possíveis.

A complexidade em que se insere a saúde demanda ações conjuntas, integradas, com investigações e tentativas permanentes na busca de melhoramentos constantes. A musicoterapia pode ser muito instigante neste processo.

Colaboradores

Adriana Pimentel é autora da dissertação de mestrado que deu origem a este trabalho, e redigiu o artigo. Ruth Barbosa orientou a pesquisa e participou da redação e revisão do artigo. Marly Chagas coorientou a pesquisa e participou da redação e revisão do artigo.

Referências

- AZEVEDO, S.C.; BRAGA NETO, F.C.; SÁ, C.M. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cad. Saude Publica**, v.18, n.1, p.235-47, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **O acolhimento como uma diretriz da política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção à Saúde, 2006.
- CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. v.2.
- CHAGAS, M. Projeto encanto: avaliando a implantação de uma proposta na humanização hospitalar. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 5., 2004, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música, Centro Universitário, 2004.
- CHAGAS, M.; PEDRO, R. **Processos de subjetivação na música e na clínica em musicoterapia**. 2007. Tese (Doutorado) - Programa EICOS de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- DESLANDES, F.S.; DIAS, B.A.M. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saude Publica**, v.22, n.12, p.2647-55, 2006.
- FIALHO, P.B. **As possíveis correlações da musicoterapia com a política de humanização na maternidade-escola da UFRJ**. 2004. Monografia (Graduação) - Conservatório Brasileiro de Música, Centro Universitário, Rio de Janeiro. 2004.
- FRANCO, T.B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais/Brasil. **Cad. Saude Publica**, v.15 n.2, p.345-53, 1999.
- GIERE, R. **Understanding scientific reasoning**. Nova York: Winston, 1984.

- GOMES, M.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, 2005.
- GOMES, A.M. et al. Sala de espera como ambiente para dar informações em saúde. **Cad. Saude Colet.**, v.14, n.1. p.7-18, 2006.
- LEVIGARD, Y.; BARBOSA, R. Incertezas e cotidiano: uma breve reflexão. **Arq. Bras. Psicol.**, v.62, n.1, p.84-9, 2010.
- MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Cienc. Saude Colet.**, v.4, n.2, p.305-14, 1999.
- MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E.E.; PINTO, A.H. **Cuidado com o trabalho vivo em ato: interrogue-o!** Rio de Janeiro, 2007. (mimeogr.)
- MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECÍLIO, L.C.O. (Orgs.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- NEGRI, A. **O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- PAIXÃO, R.N.; CASTRO, M.R.A. Grupo sala de espera: trabalho multiprofissional em unidade básica de saúde. **Bol. Saude**, v.20, n.2, p.71-8, 2006.
- PIMENTEL, A.F. **A musicoterapia na sala de espera em uma unidade básica de saúde: os usuários rompem o silêncio**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa EICOS, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.
- _____. **Convergências entre a Política Nacional de Humanização e a Musicoterapia**. 2005. Monografia (Especialização) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.
- SÁ, L.C. **Implantação da musicoterapia no Hospital de Urgências de Goiânia: contribuindo para a humanização na saúde pública**. Goiânia: NEPAM, Escola de Música e Artes Cênicas da UFG, 2004. (Projeto de Extensão do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Atendimentos em Musicoterapia).
- SCHAFER, M.R. **A afinação do mundo**. São Paulo: Ed. Unesp, 2001.
- SILVEIRA, A.F. et al. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enferm.**, v.9, n.1, p.71-8, 2004.
- SOLLA, J.J.P.S. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant.**, v.5, n.4, p.493-503, 2005.
- TEIXEIRA, E.R.; VELOSO, R.C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Enferm. Texto Contexto**, v.15, n.2, p.320-5, 2006.
- VIANNA, M.N. **Musicoterapia e aleitamento materno**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

PIMENTEL, A.F.; BARBOSA, R.M.; CHAGAS, M. La Musicoterapia en la sala de espera de una Unidad Básica de Salud (UBS): cuidado, autonomía y protagonismo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.741-54, jul./set. 2011.

La recepción es una directriz de la Política Nacional de Humanización, que concretiza los principios básicos del Sistema Nacional de Salud (SUS). La sala de espera se inserta en la discusión teórica y práctica de la recepción. La necesidad de adoptar medidas para promover esta directriz inspiró la creación de la primera investigación sobre Musicoterapia en una UBS, cuyo objetivo fue contribuir a la recepción, con la práctica de musicoterapia en la sala de espera, a través de la categoría operacional - espera. La metodología se basó en entrevistas y actividades de musicoterapia. El resultado reveló la indignación de los usuarios acerca de la larga espera y convirtió el lugar en un ámbito de la atención, autonomía y protagonismo. La encuesta muestra la Musicoterapia como una estrategia que debería ser extendida a otras UBS.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Humanización de la atención. Acogimiento. Musicoterapia. Sala de espera.

Recebido em 18/09/10. Aprovado em 22/12/10.