

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MÚSICA**

MÁRIO HENRIQUE BORGES DE OLIVEIRA COSTA

**A MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES
AUTOMUTILADORES**

**GOIÂNIA
2019**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese

2. Nome completo do autor

MÁRIO HENRIQUE BORGES DE OLIVEIRA COSTA

3. Título do trabalho

A MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES AUTOMUTILADORES

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
 - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Regina De Oliveira Zanini, Professor do Magistério Superior**, em 09/04/2021, às 13:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **MARIO HENRIQUE BORGES OLIVEIRA COSTA, Discente**, em 10/04/2021, às 11:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1992790** e o código CRC **14C6DFC8**.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MÚSICA**

MÁRIO HENRIQUE BORGES DE OLIVEIRA COSTA

**A MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES
AUTOMUTILADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pesquisa e Pós-Graduação *Stricto-Senso* da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás como pré-requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Música.

Área de Concentração: Música na Contemporaneidade

Linha de Pesquisa: Música, Educação e Saúde.

Orientadora: Dra. Claudia Regina de Oliveira Zanini

**GOIÂNIA
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Costa, Mário Henrique Borges de Oliveira
A MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES
AUTOMUTILADORES [manuscrito] / Mário Henrique Borges de
Oliveira Costa. - 2019.
CXVI, 118 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Cláudia Regina de Oliveira Zanini.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Escola
de Música e Artes Cênicas (Emac), Programa de Pós-Graduação em
Música, Goiânia, 2019.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui lista de figuras.

1. Musicoterapia. 2. Automutilação. 3. Adolescentes. 4. Saúde
Mental. I. Zanini, Cláudia Regina de Oliveira, orient. II. Título.

CDU 78



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

ESCOLA DE MÚSICA E ARTES CÊNICAS

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 122019 da sessão de Defesa de Dissertação de Mario Henrique Borges Oliveira Costa, que confere o título de Mestre em Música, na área de concentração em Música na Contemporaneidade.

Aos vinte e sete dias do mês de setembro de dois mil e dezenove, a partir das quatorze horas e trinta minutos, na sala duzentos e dezesseis da Escola de Música e Artes Cênicas, Campus Samambaia, reuniu-se a banca examinadora da prova em epígrafe, indicada pela Coordenadoria de Pós-Graduação, aprovada pelo Conselho Diretor e designada pelo Diretor da Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, composta pelos professores doutores Cláudia Regina de Oliveira Zanini (orientadora e presidente da mesa EMAC/UFG), Fernanda Albernaz do Nascimento (membro titular interno EMAC/UFG) e Profa. Dra. Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha (membro externo UNESPAR, via videoconferência). Durante a arguição os membros da banca não fizeram sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido o candidato aprovado pelos seus membros. Proclamados os resultados pela Professora Doutora Cláudia Regina de Oliveira Zanini, presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos vinte e sete dias do mês de setembro de dois mil e dezenove.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

“A MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES AUTOMUTILADORES”

Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Albernaz do Nascimento Guimarães, Usuário Externo**, em 09/04/2021, às 10:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Regina De Oliveira Zanini, Professor do Magistério Superior**, em 09/04/2021, às 13:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tereza Raquel De Melo Alcântara Silva, Professora do Magistério Superior**, em 14/04/2021, às 20:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosemyriam Ribeiro dos Santos Cunha, Usuário Externo**, em 16/04/2021, às 19:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1992792** e o código CRC **572AD72C**.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que me concedeu do dom da vida, dedico também a memória de meu pai, Anquiles de Oliveira Costa e a minha mãe Laudicena Maria Borges O. Costa, cujos foram sustentáculos e maiores incentivadores nesta minha trajetória, e aos meus irmãos por todo amor envolvido.

METADE

*Que a força do medo que tenho
Não me impeça de ver o que anseio;
Que a morte de tudo em que acredito
Não me tape os ouvidos e a boca;
Porque metade de mim é o que eu grito,
Mas a outra metade é silêncio...*

*Que a música que eu ouço ao longe
Seja linda, ainda que tristeza;
Que a mulher que eu amo seja pra sempre amada
Mesmo que distante;
Porque metade de mim é partida
Mas a outra metade é saudade...*

*Que as palavras que eu falo
Não sejam ouvidas como prece
E nem repetidas com fervor,
Apenas respeitadas como a única coisa que resta
A um homem inundado de sentimentos;
Porque metade de mim é o que ouço
Mas a outra metade é o que calo...*

*Que essa minha vontade de ir embora
Se transforme na calma e na paz que eu mereço;
E que essa tensão que me corrói por dentro
Seja um dia recompensada;
Porque metade de mim é o que penso
Mas a outra metade é um vulcão...*

*Que o medo da solidão se afaste
E que o convívio comigo mesmo
Se torne ao menos suportável;
Que o espelho reflita em meu rosto
Um doce sorriso que me lembro ter dado na infância;
Porque metade de mim é a lembrança do que fui,
A outra metade eu não sei...*

*Que não seja preciso mais do que uma simples alegria
Para me fazer aquietar o espírito
E que o teu silêncio me fale cada vez mais;
Porque metade de mim é abrigo
Mas a outra metade é cansaço...*

*Que a arte nos aponte uma resposta
Mesmo que ela não saiba
E que ninguém a tente complicar
Porque é preciso simplicidade para fazê-la florescer;
Porque metade de mim é plateia
E a outra metade é canção...*

*E que a minha loucura seja perdoada
Porque metade de mim é amor
E a outra metade... também.*

Oswaldo Montenegro

AGRADECIMENTOS

Empeço agradecendo a minha estimada orientadora Professora Dra. Claudia Regina Zanini, por sua generosidade em aformalar conhecimento. Foram muitos os encontros nos quais tive a oportunidade de me capacitar a produzir pesquisa e avolumar minha prática clínica.

Agradeço ao CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil na pessoa de Kety Monteiro Loureiro, gestora desta unidade, a qual deu todo o apoio e respaldo na realização desta pesquisa e aos nobres colegas de trabalho que numa dinâmica interdisciplinar e horizontalizada contribuíram na discussão de questões norteadoras acerca da população pesquisada.

Meus agradecimentos a psicóloga Lorena Alves Cristóvão da Silva, por avaliar e se dedicar incontestavelmente na aplicação dos questionários quantitativos, conferindo lisura e transparência nesta etapa do processo.

Agradeço também a amiga e colega de profissão Ms. Elvira Alves dos Santos por contribuir no compartilhamento de fontes de pesquisa, por compartilhar suas experiências na academia, e ter a paciência em ouvir meus ais no decorrer desta extensa jornada.

Agradeço a Cristina Alves Bernardes por seu notável incentivo no início desse processo, uma luz na condução do projeto de pesquisa.

Agradeço aos meus familiares e amigos que compreenderam minhas ausências em muitos momentos para seguir realizando esse projeto.

E finalmente, e não menos importante, gratulo todos os usuários do CAPSi, participantes desta pesquisa. Suas colaborações foram imprescindíveis nesta produção científica, pois sem os mesmos ela não seria possível.

RESUMO

A disseminação da prática da automutilação em redes sociais nos apresenta um problema que vem preocupando os especialistas na área da Saúde Mental e Educação. Esse aumento na prevalência do comportamento de automutilação tem sido considerado pelos psiquiatras como uma “epidemia” de um castigo autoinfligido para, na ótica dos jovens, minorarem sofrimentos emocionais ou psicológicos. Professores e profissionais da área da saúde chamam à atenção a respeito do desconhecimento dos pais e/ou responsáveis que muitas vezes não percebem o comportamento autolesivo dos filhos. Diante disso, surge o ensejo dessa pesquisa. Trata-se de uma pesquisa de intervenção do tipo antes e depois, de metodologia mista, que buscou investigar as possíveis contribuições da Musicoterapia no tratamento de um grupo de adolescentes automutiladores acolhidos no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Para a coleta de dados quantitativos foram utilizadas a Escala de Impulsividade de Barrat - versão 11 (*Barrat Impulsivity Scale - BIS-11*) e a Escala de Comportamento de Automutilação (*Functional Assessment of Self-Mutilation - FASM*). Os atendimentos (intervenções musicoterapêuticas) foram realizados em grupo fechado de nove participantes, em um período de três meses, semanalmente, com duração entre 50 e 60 minutos. Durante os encontros foram utilizadas as experiências musicais de recriação musical, audição musical e composição musical. Os resultados demonstraram uma diminuição dos comportamentos de automutilação, bem como uma diminuição da impulsividade. As experiências de recriação e audição contribuíram efetivamente para o resultado descrito, enquanto a experiência de composição contribuiu para a regulação, estruturação, expressão, comunicação e ressignificação dos sentimentos e emoções, e ainda para a interação interpessoal por meio de identificação. Concluímos que o estudo evidenciou a consolidação da Musicoterapia na atenção à saúde mental do adolescente, uma vez que possibilitou compreender melhor o fenômeno da automutilação e suas facetas nesta população, além de contribuir para a diminuição dos comportamentos autolesivos nos participantes deste estudo.

Palavras-chave: Musicoterapia, Automutilação, Adolescentes, Saúde Mental.

ABSTRACT

The spread of the practice of self-mutilation in social networks presents us with a problem that has been concerned with specialists in mental health and education, who have organized lectures and events on the subject. This increase in the prevalence of self-mutilation behavior has already been considered by psychiatrists as an “epidemic” of self-inflicted punishment for young people with emotional or psychological distress. Teachers and health professionals draw attention about the ignorance of parents and / or guardians who often do not understand the self-injurious behavior of their children. Given this, arises the opportunity of this research. This is a quasi-experimental, before and after, mixed-method study that sought to investigate the possible contributions of music therapy in the treatment of a group of self-using adolescents admitted to the Children's Psychosocial Care Center (CAPSi). For quantitative data collection, the Barrat Impulsivity Scale version 11 (Barrat Impulsivity Scale - BIS-11) and the Functional Assessment of Self-Mutilation Scale (FASM) were used. The visits (music therapy interventions) were conducted in a closed group of up to ten participants, over a period of three months, weekly, lasting between 50 and 60 minutes. During the meetings the musical experiences of musical re-creation, musical hearing and musical composition were used. Results showed a decrease in self-mutilation behaviors as well as a decrease in impulsivity. The experiences of recreation and hearing effectively contributed to the described result, while the composition experience contributed to the regulation, structuring, expression, communication and resignification of feelings and emotions, as well as to interpersonal interaction through identification. We consider that the study was of significant relevance in consolidating Music Therapy in adolescent mental health care, since it made it possible to better understand the phenomenon of self-mutilation and its facets in this population.

Keywords: Music Therapy, Self-Mutilation, Teens, Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Fatores familiares e de personalidade associados com adolescentes em quatro estados de identidade	24
Tabela 1 - Caracterização dos participantes/usuários da pesquisa	65
Tabela 2 - Caracterização da amostra acerca dos comportamentos de automutilação ...	66
Tabela 3 - Resultado da comparação dos itens do FASM antes e após a avaliação.....	66
Tabela 4 - Resultado da comparação das razões (FASM 2) antes e após a avaliação ...	67
Tabela 5 - Resultado da comparação dos domínios do BIS 11	68
Tabela 6 - Resultado da comparação dos itens do BIS 11 antes e após a avaliação	68
Figura 1 - Letra da canção “Era uma vez”	76

SUMÁRIO

RESUMO	10
ABSTRACT	11
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	12
1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE	18
2.1.1 Caracterização da Adolescência	18
2.1.2 Comportamentos de Riscos na Adolescência	25
2.1.2.1 Depressão e Ansiedade na adolescência	29
2.1.2.2 Abuso de drogas na adolescência	33
2.1.2.3 Violência na adolescência	36
2.1.2.4 Principais causas de morte na adolescência	39
2.1.2.5 Suicídio na adolescência	40
2.2 AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	42
2.2.1 Principais funções da automutilação	47
2.3 MUSICOTERAPIA E SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE	49
2.3.1 Musicoterapia e Promoção da Saúde	49
2.3.2 Musicoterapia e Saúde Mental	53
2.3.3 As Canções em Musicoterapia	57
3 METODOLOGIA	60
3.1 TIPO DE PESQUISA	60
3.2 LOCAL DA PESQUISA	60
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	60
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	61
3.5 ENCAMINHAMENTO DOS PARTICIPANTES	61
3.6 ATENDIMENTOS MUSICOTERAPEUTICOS	61
3.7 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	62
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	63
3.9 ANÁLISE DE DADOS	63
4 RESULTADOS E ANÁLISES	64
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	64

4.2 DADOS QUANTITATIVOS	65
4.2.1 Dados dos questionários FASM e FASM-2	65
4.2.2 Dados do questionário BIS-11	67
4.3 DADOS QUALITATIVOS	69
4.3.1 Descrição das Sessões e Análise Musicoterapêutica	69
4.4 DISCUSSÃO DOS DADOS	91
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES.....	111

1. INTRODUÇÃO

“Cortar na própria carne” não é uma metáfora para muitos adolescentes. A disseminação da prática da automutilação em redes sociais dá uma pista sobre um problema que preocupa um número crescente de especialistas na área da saúde mental e escolas, que têm organizado palestras e eventos sobre o tema. Psiquiatras já falam em “epidemia” de um castigo autoinfligido para, na ótica dos jovens, minorarem sofrimentos emocionais ou psicológicos. Os profissionais alertam que grande parte dos pais sequer percebe que os filhos têm se cortado com canivetes, lâminas de barbear e até lâminas de apontadores de lápis.

Segundo Levenkron (1999), o jovem que quer um piercing ou uma tatuagem, costuma precisar de alguém que o faça e, sem a intenção de procurar a dor que daí resulta, tem que a suportar. Por outro lado, o jovem que corta a si mesmo, pode estar num estado de transe e procura, intencionalmente, a dor e o sangue. Neste último caso, o (a) adolescente que se corta e sangra, espera afastar os medos, aliviar a tensão e sentir-se algo reconfortado ou gratificado; procura a dor pelo seu efeito suavizante no estado psicológico doloroso ou conturbado que vivencia; até que, os medos voltam, sente vergonha e receia não ser bem aceito socialmente, pelo que tenta esconder as feridas.

Saraiva (1997) afirma que os comportamentos de automutilação cresceram de forma dramática nos últimos 40 anos e são cada vez mais comuns entre os adolescentes nas sociedades contemporâneas, em meios urbanos.

Nesse sentido, para Giusti (2013) a automutilação é definida como todo e qualquer comportamento consciente de agressão contra o próprio corpo sem intenção suicida. Assim, observa-se uma grande prevalência de TCI (Transtorno de Controle do Impulso) em automutiladores, uma vez que a automutilação possui características impulsivas e compulsivas sendo que o componente impulsivo é maior se comparado com o componente compulsivo. Existem várias formas de automutilação, as mais frequentes são: arranhões, mordidas, queimaduras, cortes superficiais entre outros. Os sintomas de automutilação além de estar associado com o transtorno de personalidade borderline, também é encontrado nos casos de depressão, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno bipolar. A mesma autora menciona que a automutilação ainda é um comportamento pouco conhecido e estudado. Um dos fatores que colaboram com isso é a falta de definição do que seria esse comportamento. As pesquisas consideram

vários comportamentos de forma heterogênea quando falam em automutilação, resultando em divergências nos resultados.

Muehlenkamp (2005) e Favazza (2006) sugerem que a automutilação deve ser uma síndrome comportamental distinta, haja visto que, até o momento, não há um consenso sobre o que deve ser considerado automutilação ou se devem existir subtítulos. Isso acontece por dificuldade dos clínicos e pesquisadores em concordarem com um único nome e definição para esse comportamento.

O DSM-V propõe que a automutilação seja uma entidade diagnóstica à parte. A falta de homogeneidade na descrição da automutilação dificulta as pesquisas, tanto epidemiológicas como clínicas. Uma melhor caracterização clínica e psicopatológica da automutilação é fundamental para que as intervenções terapêuticas mais efetivas possam ser desenvolvidas.

É normal, em algum momento da adolescência, que a pessoa tenha que tomar decisões que irão afetar toda a sua vida futura, como o seu futuro trabalho, o seu futuro parceiro sexual, a sua futura relação com ele mesmo, quer como uma pessoa ‘bem sucedida’, quer como um ‘falhado’. As consequências das tensões ou das perturbações podem ser tão sérias quanto às próprias perturbações e é por esta razão que devemos pensar em ajudar o adolescente sempre que for possível (Laufer, 2000). É preciso evitar que muitos jovens se isolem e desistam de viver, ao tropeçar nos problemas, desilusões e dificuldades que, inevitavelmente, surgem.

O processo de entendimento acerca da automutilação, leva tempo, mas é gratificante quando alcançado. E mesmo que muitos nunca compreendam o que leva uma pessoa a remover uma parte do corpo, trate-as com o mesmo respeito que você gostaria de ser tratado.

Salienta-se, neste espaço de pesquisa uma abordagem psicossocial. Um diferencial que outorga maior eficiência ao atendimento, onde o caráter multiprofissional do atendimento realizado na unidade de saúde pesquisada congrega profissionais de diversas áreas do conhecimento (médicos, psicólogos, musicoterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros). Consta que a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade são premissas fundamentais para um atendimento de qualidade, pois as disciplinas precisam instaurar entre si canais de comunicação e de cooperação para estruturar referenciais teórico-metodológicos ampliados para a atenção à saúde dos adolescentes (SOUSA E MOREIRA, 2012).

O presente estudo procura compreender o comportamento de automutilação. A temática, em especial, foi escolhida devido ao caráter social e a necessidade de expor a situação que é vivida por crianças e adolescentes. Dessa forma no decorrer desta investigação, nos propusemos a articular as preferências musicais dos adolescentes com os seus pensamentos, as suas crenças e seu imaginário simbólico, como importante elemento ou dimensão estruturante das representações sociais acerca da automutilação na adolescência.

Como objetivo geral tem-se analisar de que forma musicoterapia pode contribuir no tratamento de um grupo de adolescentes que apresentam o fenômeno da automutilação, e como objetivos específicos foram traçados os seguintes: compreender o fenômeno da automutilação em adolescentes; identificar as formas, os meios utilizados, e as razões da automutilação de um grupo de adolescentes; verificar os efeitos da musicoterapia nos níveis de impulsividade relacionados a automutilação; avaliar se a musicoterapia influencia na frequência de comportamentos autolesivos; descrever as experiências musicais utilizadas no processo musicoterapêutico.

Dessa forma, a partir da contextualização trazida, o presente estudo apresenta o referencial teórico relativo à temática, como suporte para a realização da pesquisa de campo, abordando conceitos acerca: da Adolescência, Automutilação na Adolescência e ainda, Musicoterapia e saúde mental do Adolescência. Em seguida realizamos a descrição da metodologia e estratégias de ação utilizadas na pesquisa e apresentamos os resultados e as análises dos dados. Finalmente, são expostas a Discussão dos Dados e as Considerações Finais, onde refletimos sobre o trajeto percorrido na realização da pesquisa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE

2.1.1 Caracterização da Adolescência

Historicamente o livro “A história social da infância e da família” lançado no início dos anos 60 pelo historiador francês, Phillippe Ariès, é o grande marco no estudo do conceito de infância e adolescência. De acordo com o historiador, até o final do século XVIII as crianças eram vistas como um adulto em miniatura, não havendo assim, uma concepção de infância como etapa distinta na evolução das pessoas. Essa concepção passa a ser modificada a partir do século XIX, a partir das transformações sociais trazidas pela Revolução Industrial. A instituição de leis trabalhistas, bem como a responsabilização dos pais pela escolarização dos filhos influenciaram uma nova mentalidade sobre a família, o qual as crianças foram se separando do mundo dos adultos, surgindo o conceito de infância como um período do desenvolvimento com características próprias. Dessa maneira, ao distinguir crianças e adultos, surge a percepção de uma fase intermediária, com características também particulares: a adolescência. (AMARAL, 2007).

Segundo Araújo e Oliveira (2010), o desenvolvimento humano pode ser qualificado como acontecimento complexo, dinâmico e situado em marcos espaço-temporais concretos, integrando o processo de construção do indivíduo. Nesse sentido, as autoras apontam que a adolescência emergiu como um construto no discurso médico e pedagógico, sendo que, em meados do século XIX, passou a ser conceitualizada como um período com características peculiares, marcado por processos e comportamentos relativamente normativos específicos e previsíveis, diferenciados da infância e da idade adulta.

Diante do exposto, a OMS (2017) considera que adolescência é um momento do ciclo vital, bem como da identidade social estabelecida recentemente na história civilizatória e consolidada no século XX. Essa identidade, no entanto, está diretamente associada com o modo de vida do mundo capitalista, onde a sociedade passa a pleitear o espaço social, o pertencimento comunitário, a sobrevivência na sociedade. Nesse sentido, a adolescência, além do desafio da sobrevivência no mundo capitalista, impõe também um desafio psíquico, o de como se tornar sujeito em um mundo societário tal qual estabelecemos na modernidade, com suas múltiplas referências simbólicas.

Herbert (1991) considera a adolescência como o período marcado entre a imaturidade da infância e a esperada maturidade da idade adulta, onde se observa um

estágio transicional entre a irresponsabilidade e a responsabilidade. No entanto, na cultura ocidental, a sociedade industrial e urbana, não lança mão de ritos de passagem que demarquem socialmente e fisicamente a entrada do adolescente na idade adulta, como acontece em outras culturas. Dessa forma, segundo o autor, a iniciação na idade adulta na contemporaneidade, se arranjaria de vários pequenos eventos, de ordem prioritariamente psicológica, tais como a individualização, escolha sexual, obtenção de uma identidade indicando que a infância acabou. De acordo com a visão do autor a puberdade se trata:

Do fenômeno biológico pelo qual, de maneira generalizável, deveriam passar os seres humanos, onde ocorreriam mudanças físicas e fisiológicas a partir da ação dos hormônios. Momento de eclosão dos caracteres sexuais secundários, que culminaria na aptidão biológica de homens e mulheres a reproduzir. Teríamos assim que a puberdade é universal, enquanto a adolescência é histórica, porque circunscrita a determinado tempo e lugar (p.16).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) caracteriza a adolescência como uma fase transitória do mundo da criança para o mundo do adulto, ou seja, é a segunda década da vida de uma pessoa, um período de desenvolvimento pessoal quase tão rápido quanto o primeiro, sendo marcada como uma época de mudanças físicas e emocionais, de amadurecimento do corpo e da mente, onde o indivíduo se torna mais questionador e mais independente. A OMS define adolescentes como jovens entre 10 e 19 anos.

Eisenstein (2005) define a adolescência como um período de transição entre a infância e a vida adulta, assinalado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social.

Nessa perspectiva, segundo o UNICEF (2011), devido às diferenças de experiências que separam os adolescentes mais jovens dos mais velhos, é útil avaliar esse período em dois momentos distintos: a) fase inicial da adolescência (dos 10 aos 14 anos de idade), quando começam as mudanças físicas marcadas pela aceleração repentina do crescimento, seguida pelo desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias. Nessa fase observa-se mudanças relacionadas ao raciocínio e a tomadas de decisões, comportamentos impulsivos, busca por ajustamento de sua

aparência ou comportamento para enquadrar-se em um grupo, podendo sentir-se confusos em relação a sua identidade pessoal e sexual; e, b) fase final da adolescência (dos 15 aos 19 anos de idade), quando as principais alterações fisiológicas já ocorreram, embora o corpo ainda esteja em desenvolvimento. Nessa fase, o pensamento analítico e reflexivo torna-se bastante ampliado, fazendo com que o adolescente adquira maior clareza e confiança em relação a sua identidade e em suas opiniões. Nesse período observa-se também o desenvolvimento da capacidade de avaliar melhor os riscos e a tomada de decisões, embora seja nessa etapa que o indivíduo esteja mais sujeito a adquirir práticas nocivas à saúde tais como consumo de cigarros, álcool e outras drogas. As meninas, na fase final da adolescência, têm maior probabilidade de desenvolver depressão e distúrbios alimentares, como consequências de suas ansiedades. No entanto, apesar dos riscos, a fase final da adolescência é marcada pelo idealismo e esperança, uma vez que é o período em que esses ingressam no mundo do trabalho ou avançam em sua educação, estabelecem sua própria identidade e sua visão de mundo.

Senna (2012) aponta que, na história do estudo científico da adolescência podemos identificar duas fases teóricas sobrepostas, sendo que a primeira fase ocorreu do início do século XX até os anos de 1970 e é caracterizada pela realização de estudos descritivos e não-teóricos e a segunda fase, que começa por volta dos anos de 1970, onde a ciência passa a ter seu foco na avaliação de modelos teóricos e hipóteses, com vistas a justificar os processos de desenvolvimento humano influenciados por contextos amplos e diversificados, destacando-se pelo interesse crescente por modelos sistêmicos e estudos longitudinais, e, também, pela plasticidade e diversidade dos processos, no curso de vida.

Relacionada a primeira fase, destaca-se o estudo de G. Stanley Hall, publicada em 1904, no qual o autor descreve a adolescência como uma fase de trânsito universal e indefectível, conceituando-a como um segundo nascimento, admitindo o crédito da cultura ao mesmo tempo em que ressalta as desigualdades individuais do adolescente e sua característica de flexibilidade/maleabilidade (ARNETT, 1999).

Um segundo grupo de teorias baseou-se nos pressupostos da psicanálise de Freud (apud SENNA, 2012) proclamando a pessoa como composta de um recipiente de impulsos biológicos básicos, reconhecendo o surgimento de um marcado entendimento da sexualidade humana a cada diferente fase do curso vital. Para o autor o adolescente reexperimenta as fases do desenvolvimento infantil por meio de uma reativação de impulsos sexuais e agressivos (na forma madura e genital), onde o adolescente para administrar seus conflitos, lança mão da intelectualização como mecanismo de defesa

para lidar com a sua revolta emocional, promovendo a transformação de seus interesses relacionados as questões concretas do corpo para as questões mais abstratas. Logo, os conflitos da puberdade são considerados normais e até necessários ao seu funcionamento ‘adaptativo’, na busca por um novo sentido de personalidade e papel social.

Lopes de Oliveira (2006) cita a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erickson enfatizando a interação entre as dimensões intelectual, sociocultural, histórica e biológica afirmando que o desenvolvimento é caracterizado por sucessivos estágios previsíveis, evidenciando a influência dos ambientes e o impacto da experiência social durante todo o ciclo de vida. Na adolescência, enquanto etapa do desenvolvimento, o indivíduo encontra-se numa crise normal e saudável a ser ultrapassada, essa crise é desencadeada pelo desenvolvimento da identidade, que está em constante mudança, e que depende das experiências e informações adquiridas nas interações diárias do adolescente com outros.

O terceiro grupo de teorias de desenvolvimento, apontado por Senna (2012), é identificado por eleger fatores socioculturais da adolescência, sugerindo que os comportamentos próprios da adolescência são adaptação do meio social de convivência imediato, tais como amigos, familiares, entre outros, bem como de sua cultura. Dessa maneira, os antropólogos sociais e culturais buscando compreender a turbulência atribuída à adolescência, associam a rebeldia contra a autoridade ao idealismo do jovem, bem como a sua cultura e ao meio social ao qual está inserido.

Ainda nesta primeira fase, um quarto grupo de teorias da adolescência, que tem como precursor Jean Piaget ressaltando que o adolescente expõe características específicas de compreender a sua realidade e elaboram sistemas filosóficos, éticos e políticos como esforço de se adequar e mudar o mundo, decorrente do desenvolvimento do pensamento formal através da assimilação e da acomodação de novas estruturas. Dessa maneira ao especificar os processos cognitivos do desenvolvimento e reconhecer que os comportamentos adolescentes têm sua gênese nas transformações em sua forma de pensar, próprias do início desta fase, é o que provocam receios nos adultos (SENNA, 2012).

Em relação a segunda fase dos estudos científicos sobre a adolescência, Goosens (2006) supõe que os novos modelos apontavam para um olhar contextualista, enfatizando a pessoa e o ambiente na sua dinâmica de relações bidirecionais, assim como a função do tempo e do espaço no desenvolvimento de cada indivíduo. Dessa forma, as interações da pessoa com o meio passam a ser concebidas como um fenômeno psicológico que implica

considerar a pessoa em desenvolvimento progressivo determinado pelo grande potencial para transformações sistemáticas definidas por meio das relações com o ambiente social ao qual o indivíduo está inserido, em qualquer período de sua vida, e ainda o significado do desenvolvimento humano inserido no contexto socio-histórico em que ele acontece.

A perspectiva sistêmica foi fundamental para a compreensão das questões de investigação sobre o desenvolvimento humano, onde o desenvolvimento está associado a um conjunto de processos de mudanças contínuas, sistematizadas, estabelecidas a partir das interações sociais e ambientais dentro de um determinado tempo e espaço. Assim, o desenvolvimento humano é interativo e depende de inúmeros fatores, que ocorrem através de forças internas e externas que atuam de modo complementar e bidirecional, no sentido de proporcionar adaptação, equilíbrio e harmonia do sistema durante as mais diversas situações. (SIFUENTES, DESSEN e LOPES DE OLIVEIRA, 2007; DESSEN e COSTA JUNIOR, 2005).

Schoen-Ferreira e Aznar-Farias (2010) assinalam que, ao mesmo tempo em que é proposta a universalidade do estágio da adolescência, observa-se que ela depende de uma inserção histórica e cultural, que determina, portanto, variadas formas de viver a adolescência, de acordo com o gênero, o grupo social e a geração.

Souza e Silva (2018), em consonância com argumentos de Vigotski, sugerem que a constituição da subjetividade, além de fruto da evolução biológica, como um processo interno, é também resultado de uma relação construída histórica e culturalmente com o mundo, de forma que o desenvolvimento da psique acompanha as mesmas leis que norteiam a expansão histórica da humanidade. A compreensão do desenvolvimento a partir das dimensões filogenética (história geral do desenvolvimento da humanidade) e ontogenética (história do desenvolvimento de cada pessoa) é o epicentro na perspectiva histórico-cultural, permitindo a investigação do desenvolvimento humano a partir de uma teoria. Para Vigotski (apud SOUZA e SILVA, 2018) “existe uma relação dialética permanente no período de transição para a adolescência, entre os processos de significação desse corpo-sujeito no mundo e os elementos externos que ele interpreta e também modifica” (p.26).

Os mesmos autores comentam que a adolescência é um dos períodos críticos no desenvolvimento, pois trata-se de um episódio relacionado com as mudanças corporais, que estão diretamente associadas aos processos de interiorização das experiências, e que estão conectadas na complexidade das possibilidades de atuação do indivíduo no mundo.

A respeito dessa crise, Quiroga e Vitalle (2013) afirmam que:

Quando o adolescente não mais necessita ancorar uma representação de si sobre um adulto, mas pode ancorar-se num mundo construído para ele, então essa crise deixa de existir para tornar-se possível; isto é, o adolescente não mais precisará esperar que passe esta dolorida etapa de espinhas e trajes constrangedores, pois ele será, com efeito, um indivíduo em fase de mutação, mas uma mutação situada agora num processo legítimo de construção, no qual não poucas vezes concorre a protagonista da sociedade em sua total dimensão. (QUIROGA E VITALLE, 2013, p.12)

Os mesmos autores articulam que o adolescente, em oposição, ao vincular a sua representação social àquilo que se concebe como processo histórico, isto é, a do indivíduo sujeito à crise, ou do indivíduo à procura da construção da identidade, possa idealizar agora outras representações sociais, apoiado finalmente pelo percurso sociocultural mais recente, que o reconhece como grupo social, no qual o adolescente dispõe de representatividade simbólica validada pela mídia, pelo consumo, pelo cinema, pelo esporte, dentre outras produções culturais.

Aliando a psicanálise ao campo da antropologia cultural, Erikson (1976 apud OLIVEIRA, 2006) constrói o triângulo pai-mãe-filho, através de um modelo que coloca as dimensões institucional, sociocultural, histórica e biológica em interação reunindo de um lado a dimensão familiar, no segundo a dimensão tempo-sociedade-cultura e no terceiro o próprio indivíduo. Segundo o autor, a adolescência seria correspondente à quinta crise normativa, definida em torno do conflito entre identidade e difusão de papéis, onde o adolescente necessita integrar seu passado e futuro, através de um processo de recapitulação e antecipação. Para Oliveira (2006), é uma fase que impulsiona o indivíduo a uma reconstrução da própria identidade, ao analisar sua integração no plano espaço-temporal, envolvendo o passado, com suas identificações e conflitos, ao futuro, com suas perspectivas e antecipações.

A busca da identidade é uma percepção lógica do *self*, fundamentada a partir de metas, valores e crenças com os quais a pessoa encontra-se solidamente comprometida, sendo evidenciada durante a adolescência. Segundo a teoria de Erikson (1950), citada por Papalia e Feldman (2013), demonstra-se que o esforço de um adolescente para compreender o *self* faz parte de um processo saudável e vital fundamentado nas realizações das etapas anteriores, ou seja, na confiança, autonomia, iniciativa e produtividade, e lança os alicerces para lidar com os desafios da idade adulta. Para o autor, a principal tarefa da adolescência, é confrontar a crise de identidade versus confusão de

identidade, ou confusão de identidade versus confusão de papel, a fim de que o adulto se torne único com um papel valorizado na sociedade, dotado de uma capacidade de percepção coerente do self. Erikson aponta que a identidade forma-se quando os jovens resolvem três questões importantes: a escolha de uma ocupação, a adoção de valores sob os quais viver e o desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória (PAPALIA e FELDMAN, 2013).

Os mesmos autores descrevem ainda quatro tipos de estados de identidade descritos pelo psicólogo James E. Marcia, ou também conhecida como estados do ego (self), sendo que as quatro categorias diferem de acordo com a presença ou ausência de crise e compromisso: a) realização de identidade - a crise que leva ao compromisso; b) execução – compromisso sem crise; c) moratória – crise sem ainda haver compromisso; d) difusão de identidade – nenhum compromisso, nenhuma crise.

Para Marcia (apud KROGER, 2003), crise é definida como um período de tomada de decisão consciente e compromisso como o investimento pessoal em uma ocupação ou em um sistema ideológico. Ele encontrou relações entre o estado de identidade e certas características como ansiedade, autoestima, raciocínio moral e padrões de comportamento. Desenvolvendo a teoria de Marcia, outros pesquisadores identificaram variáveis de personalidade e familiares adicionais relacionadas com o estado de identidade, tais como são apresentados na tabela a seguir.

Quadro 1. Fatores familiares e de personalidade associados com adolescentes em quatro estados de identidade*

FATOR	Realização de identidade	Execução	Moratória	Difusão de identidade
FAMILIA	Os pais encorajam a autonomia e a ligação com professores; as diferenças são exploradas dentro de um contexto de reciprocidade	Os pais envolvem-se excessivamente na Vida de seus filhos; as famílias evitam a expressão de diferenças	Os adolescentes frequentemente se envolvem em uma disputa ambivalente com autoridade dos pais	Os pais não intervêm na educação dos filhos ou não estão disponíveis para eles.

PERSONALIDADE	Altos níveis de desenvolvimento do ego, do raciocínio moral, da autoconvicção, da autoestima, do desempenho sob pressão e da intimidade	Níveis mais altos de autoritarismos e pensamento estereotipado, obediência à autoridade, relacionamentos dependentes, baixo nível de ansiedade	Muito ansioso e receoso do sucesso; níveis elevados de desenvolvimento do ego, do raciocínio moral e da autoestima	Resultados mistos, com baixos níveis de desenvolvimento do ego, do raciocínio moral, da complexidade cognitiva e da autoconvicção; baixa capacidade de cooperação
----------------------	---	--	--	---

FONTE: PAPALIA e FELDMAN, 2013

Essas categorias não são estágios, elas representam o estado do desenvolvimento da personalidade em um determinado momento, e elas provavelmente mudam em qualquer direção à medida que os jovens se desenvolvem. Ao final da adolescência, um número cada vez maior de pessoas se encontra na fase de moratória ou de realização, procurando ou encontrando sua própria identidade (KROGER, 2003).

Vale salientar que a opção por trazer diferentes olhares para este objeto de estudo se deu em razão do caráter multi/interdisciplinar dos serviços prestados na unidade de saúde mental onde foi realizada esta pesquisa, com o desejo de construir pontes a partir de perspectivas distintas.

2.1.2 Comportamentos de Riscos na Adolescência

Retomando à conceitualização da Organização Mundial da Saúde (2017), a adolescência corresponde a um período em que: a) o indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual; b) os seus processos psicológicos e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a adulta; c) a transição do estado de dependência econômica total passa a outro de relativa independência. Assim sendo, podemos observar a impossibilidade de imposição de limiares específicos à adolescência, sendo que este termo corresponde a uma classificação social que abrange desde sua composição como nas implicações, onde sua cronologia entre 10 e 18 anos, somados as questões relacionadas aos aspectos hormonais e fisiológicos, as conquistas e funções cognitivas, os parâmetros sócio afetivos, a construção dos recursos intrapsíquicos e as macro dimensões históricas, sociais e morais, favorecem discussões e debates acerca das dimensões biopsicossociais que interagem na

construção da identidade e da ação adolescente no mundo contemporâneo (BRASIL et al, 2006).

A adolescência é caracterizada pela busca de autonomia sobre as decisões, emoções e ações, pelo desenvolvimento de habilidades e a vivência da sexualidade. Ou seja, é uma fase que proporciona oportunidades para o crescimento não só em termos de dimensões físicas, mas também em competência cognitiva e social, autonomia, autoestima e intimidade (PAPALIA e FELDMAN, 2013).

De acordo com a OMS (2017), a população adolescente representa atualmente 17,9% do total dos brasileiros com pouco mais de 34 milhões de pessoas. Embora seja uma parcela expressiva da população, a adolescência, como processo psicossocial obteve severas transformações sobre seu conceito e, por conseguinte, sobre o entendimento dos sujeitos que ela compreende. Ganhando evidência primeiramente pelos problemas sociais associados a esta fase da vida, como demandantes de proteção familiar e estatal até que, recentemente, alcançaram o reconhecimento como sujeito de direitos. Assim sendo, um conjunto de práticas classificadas como comportamentos de risco passaram a exigir uma visão detalhada e políticas específicas.

Diante da variedade característica deste processo de desenvolvimento, houve a necessidade de buscar uma compreensão cautelosa no que diz respeito às experiências peculiares da adolescência, onde se destaca a de situação de risco psicossocial, compreendida como toda e qualquer vivência em que o jovem experimenta o estresse de forma significativa em sua vida, seja por questões de características pessoais, seja pelas socioambientais (AMPARO, ALVES e CÁRDENAS, 2004)

Dessa maneira, as descobertas dessa faixa etária possibilitam uma maior exposição às violências e aos comportamentos de riscos ao seu bem-estar físico e mental, que incluem altas taxas de mortalidade por acidentes, homicídio e suicídio (EATON et al., 2016). No entanto, os jovens que contam com relações de apoio com os pais, a escola e a comunidade tendem a desenvolver-se de forma positiva e saudável (YOUNGBLADE et al., 2007).

Segundo Sapienza e Pedromônico (2005), o conceito de risco (ou fator de risco) a priori estava associado ao modelo biomédico, sendo frequentemente relacionado ao termo mortalidade. No entanto, a partir da década de 1980, o termo foi associado aos estudos sobre desenvolvimento humano, que procuravam estabelecer e detectar os fatores de risco ou as adversidades, ponderando sua influência no desenvolvimento de crianças e

adolescentes, a fim de planejar intervenções voltadas à redução de problemas comportamentais dessa população.

Poletto, Koller e Dell'aglio (2009) salientam que os fatores de risco podem ser definidos como processos ativos, manifestados com dinamicidade nos contextos socioculturais de cada indivíduo que juntos ou isolados ocasionam resultados disfuncionais. Os autores consideram como condições negativas no desenvolvimento de crianças e jovens, fatores como: empobrecimento/pobreza, baixa escolaridade, ocupação de baixo status dos pais/cuidadores, ausência de rede de apoio social e afetiva.

Feijó e Oliveira (2001), por sua vez, definem comportamento de risco como a predisposição do adolescente em se envolver com atividades que comprometam sua saúde física e mental. Essas atitudes podem ser desenvolvidas devido as características exploratórias do jovem, bem como pela influência dos grupos sociais aos quais ele pertence (grupo de iguais, família). Nesse sentido, Karaman e Çok (2007) enfatizam que comportamentos de risco são muito frequentes nessa fase do desenvolvimento, devido ao caráter de excessiva vontade (em que assume os comportamentos), com resultado de riscos negativos para a saúde e são iniciados durante a adolescência precoce, havendo um acentuado aumento na adolescência tardia. Feijó e Oliveira (2001) chamam a atenção para a identificação precoce dessas condutas, uma vez que a concretização desses comportamentos pode ter consequências significativas na vida dos adolescentes, tanto no nível individual, quanto nos níveis familiar e social

Agostini et al. (2014) observaram que os fatores de risco estão relacionados às características como gênero, problemas genéticos, carência de habilidades cognitivas e sociais, características emocionais e psicológicas restritas, violência, ausência ou fragilidade de suporte social ou afetivo e o baixo nível socioeconômico.

Deste modo, Brasil et al (2006) consideram que o termo comportamento de risco está relacionado às atitudes e comportamentos peculiares que ameaçam o desenvolvimento saudável do adolescente, podendo superar situações aversivas. Para os autores essas condutas encontram-se interligadas às relações constituídas com pessoas, objetos e símbolos por meio de seus afazeres diários, bem como através de desempenho de papéis e da internalização de significados, tanto no seu microssistema, quanto na integração deste com o macrossistema.

Papalia e Feldman (2013) apontam que os comportamentos de risco e as atitudes explosivas emocionais podem ser reflexo da imaturidade do cérebro adolescente. Segundo as autoras, a disposição para um comportamento de risco é resultante da

interação de duas redes cerebrais: a) uma rede socioemocional, mais ativa na puberdade, que é sensível a estímulos sociais e emocionais, tal como a influência dos pares, e b) uma rede de controle cognitivo, que amadurece mais gradualmente até o início da idade adulta, responsável por regular as respostas a estímulos.

Em acordo com esse pensamento, Yurgelun-Todd (2002) sugere que o desenvolvimento ainda imaturo do cérebro permite que as emoções se sobreponham à razão, fazendo com que alguns adolescentes tomem atitudes contrárias às advertências e aos conselhos dos adultos. Para Bjork et al (2004), tal fato acontece devido aos sistemas corticais frontais, associados à motivação, impulsividade e adicção, ainda não estarem desenvolvidos, podendo justificar as condutas dos adolescentes em busca de aventura e novidades, bem como a dificuldade de concentração e planejamento de metas de longo prazo.

Kuhn (2006) explica que da metade ao final da adolescência, o cérebro dos jovens tem menos conexões neuronais, no entanto mais fortes, mais regulares e mais eficazes, o que torna o processamento cognitivo muito mais eficiente. Esse processo é bidirecional, sendo que as atividades e as experiências dos jovens irão determinar quais conexões neuronais serão mantidas e fortalecidas, ou seja, os adolescentes que estimulam seus cérebros aprendendo a coordenar seus pensamentos, a perceber conceitos abstratos e a dominar seus impulsos estarão constituindo as bases neurais que utilizarão por toda vida.

Em relação a saúde física e mental dos adolescentes Papalia e Feldman (2013), destacam que nove em cada 10 adolescentes de 11 a 15 anos em países industrializados ocidentais se consideram saudáveis, segundo um levantamento conduzido pela Organização Mundial de Saúde. As autoras apontam que os problemas de saúde estão relacionados a fatores como estilo de vida ou pobreza. Assim, os adolescentes de famílias menos abastadas tendem a se queixar de muitos problemas de saúde e de sintomas mais frequentes, enquanto adolescentes de famílias mais abastadas tendem a ser mais saudáveis e fisicamente mais ativos.

A concepção de risco na adolescência, na perspectiva de Brasil et al (2006), assume um formato singular na medida em que se relaciona à exposição, violência, drogas e precocidade das experiências sexuais. Estas condições aparecem como de risco para o desenvolvimento quando é encontrado pelo adolescente no dia a dia de sua comunidade, ou seja, quando permeiam seus processos proximais; e também por sua dimensão macrossistêmica, em que questões políticas, culturais e ideológicas amparam padrões antagônicos à saúde do desenvolvimento.

Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001) descrevem os principais comportamentos de risco como: uso e/ou abuso de substâncias tóxicas; condução de veículo sem respeitar as leis de trânsito; vivência de uma sexualidade com relações de risco, tendo como consequências doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidez não desejada; escolha de esportes perigosos; adoção de comportamentos colocando o adolescente sob exposição a distrações ou acidentes; alteração súbita de peso; e, na maneira de agir ou de se vestir, e ainda, maior exposição a problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, que geralmente aparecem pela primeira vez durante a adolescência. A complexidade dos comportamentos de risco suscita ao adolescente um problema relacionado à violência consigo e ao próximo, e também, preocupação da saúde pública.

A seguir relatamos alguns comportamentos de risco característicos da adolescência tais como: depressão e ansiedade, abuso de drogas, violência, causas de morte na adolescência e suicídio.

2.1.2.1 Depressão e Ansiedade na adolescência

A adolescência é marcada por eventos significativos para o indivíduo tais como a escolha profissional, a entrada no mercado de trabalho, a saída da infância e a entrada no mundo adulto, e por essa razão pode ser considerado como um período turbulento, uma vez que o jovem passa por diversas transformações, tanto físicas, quanto sociais, repercutindo também no âmbito psicoafetivo. Dessa maneira, a adolescência é um período vulnerável à instalação de sintomas depressivos e de ansiedade, por ser uma fase de instabilidade e reorganização emocional (GROLLI, WAGNER e DALBOSCO, 2017).

Em acordo como esse pensamento, Lima et al. (2018) discorrem que a adolescência é uma fase peculiar de transformações, intrínseco ao processo de formação do indivíduo, englobando o desenvolvimento do autoconceito, autoestima e opiniões mais complexas. Assim, o adolescente irá se deparar com uma variedade de novas situações, como o aumento de responsabilidades, exigências e modificações sociais, familiares e afetivas, o desenvolvimento da autonomia e independência, a necessidade de se adaptar as novas propostas, sendo que esses eventos acontecem rapidamente sem levar em consideração as diversidades dos modos de viver a vida. Dessa forma, a entrada no universo adulto, pode gerar dúvidas, incertezas, inseguranças e inquietações, bem como mudanças de comportamento com amigos e familiares, podendo resultar em outras comorbidades como: fobia, stress, alterações no sono e bulimia.

Em estudo, Monteiro e Lage (2007 apud Lima et al, 2018) demonstram que a depressão é uma resposta a uma desorganização orgânica, o qual o adolescente se encontra desamparado, ressaltando os sintomas físicos. Fukuda et al. (2016) constataram que os sintomas depressivos, podem ser observados entre os 10 a 13 anos de idade, sendo que os comportamentos negativos nas relações sociais, perturbações do tipo externalizante e internalizante, principalmente depressão, ansiedade e agressividade, começam a ser percebidos com maior evidencia por volta dos 11 a 16 anos de idade.

Segundo a OMS (2012), atualmente se reconhece uma prevalência de depressão na adolescência, em torno de 20%. Estudos enfocando variáveis sociodemográficas pertinentes à prevalência de depressão indicam que ela pode ser maior em meninas do que em meninos e em adolescentes com menor nível socioeconômico (GERMAIN e MASCOTTE, 2016; PATIAS, et al, 2016). Em seus achados, Germain e Mascotte (2016) também encontraram uma associação entre uma percepção mais negativa do apoio dos amigos e da família e uma identidade vocacional menos definida.

Outros fatores de risco mencionados por Papalia e Feldman (2013) para a depressão incluem: ansiedade, medo do contato social, eventos estressantes, doenças crônicas como diabetes ou epilepsia, conflito entre pais e filhos, abuso ou negligência, uso de álcool ou drogas, atividade sexual e ter um dos pais com histórico de depressão, sendo que problemas de imagem corporal e transtornos da alimentação podem agravar os sintomas depressivos.

Lima et al (2018) apontam que os principais fatores que podem desencadear a síndrome depressiva em adolescentes, são os conflitos familiares, a situação social, o padrão de beleza, substâncias psicoativas, que demarcam as extremidades socioeconômicas e culturais, expondo os jovens as alternativas e limites de sua realidade. Segundo os autores, a associação entre os vínculos instituídos com pais e filhos com o desenvolvimento da depressão em adolescentes, podendo ser identificado os seguintes fatores: falta de interação com os pais ou irmãos, problemas financeiros, problemas com álcool e drogas em geral, divórcio dos pais ou novos casamentos instituídos pelos genitores, violência com o adolescente ou entre os próprios pais, em alguns casos, além da agressão física, há a agressão sexual.

Desde a década de 1980, as pesquisas sobre depressão em adolescentes vem demonstrando que os sintomas apresentados são semelhantes aos sintomas que se manifestam em adultos, que incluem fadiga, tristeza, irritabilidade, dificuldades de apetite (excesso ou falta), problemas com o sono, anedonia, e ainda, alterações somáticas e

cognitivas que afetam expressivamente a funcionalidade do indivíduo, com duração de pelo menos duas semanas (CAMPOS, DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2018).

No entanto, os pesquisadores Lima et al, (Ibid.), em suas descrições, salientaram alguns sintomas peculiares do adolescente deprimido, como: fadiga, linguagem arrastada, locomoção lenta, pensamentos de lamentação e ineficácia, visões pessimistas quanto ao futuro, ideação ou atos suicidas, automutilação, distúrbios de sono, inapetência, humor irritado, abuso de álcool, medo, baixo limiar a frustração. Observa-se ainda, comportamentos tais como: o choro frequente, interesse diminuído em atividades que antes eram prazerosas, energia física e mental diminuídas.

Relativo aos sintomas, estudos na perspectiva da terapia cognitivo-comportamental, reforçam que a depressão é conceituada através da tríade cognitiva, que consiste em três padrões cognitivos, em que a pessoa deprimida subestima a si mesmo, como um ser indesejável, com nenhum ou pouco valor, observando e interpretando os acontecimentos e o ambiente ao seu redor sob uma perspectiva negativista, esperando apenas sentimentos e eventos ruins do futuro, como perdas e fracassos (BECK, 2013; WANG et al.,2013).

Segundo Lima et al (2018), o transtorno depressivo pode estar relacionado com o enfrentamento de dificuldades e obstáculos socioeconômicos, podendo suscitando desequilíbrio familiar, obtendo como resultados: separação dos pais, a falta de comunicação intrapessoal, violência doméstica entre outras. Situações como essas de desarmonia familiar geram elementos que devem ser analisados, visto que são fontes significativas e propulsoras ao desencadeamento do transtorno depressivo nos adolescentes.

Segundo Rodrigues e Horta (2011), a depressão, atualmente pode ser considerada como um dos problemas de saúde mental de maior prevalência no mundo, em que a presença de sintomas depressivos causa prejuízos à qualidade de vida dessas pessoas e seus familiares, justificando a necessidade de identificar os sintomas precocemente. Miranda e Shaffer (2013), chamam a atenção para a necessidade de investigar a presença de ideação suicida, logo que percebida uma sintomatologia depressiva em adolescentes, uma vez que, conforme explicam Lima Braga e Dell’Aglío (2013), o suicídio é uma causa de morte bastante comum entre jovens de 15 a 24 anos.

A ansiedade, por sua vez, é definida como uma sensação antecipada de perigo iminente ou futuro, tratando-se de uma resposta emocional associada ao instinto de luta ou fuga, desencadeando condutas de evitação e tensão muscular (APA, 2014). A

ansiedade passa a ser compreendida como um problema de saúde mental, quando as emoções como medo e ansiedade se intensificam ou se evidenciam de forma disfuncional, prejudicando a vida diária e as atividades do dia a dia dos indivíduos GROLLI, WAGNER e DALBOSCO, 2017).

A ansiedade é um fenômeno que pode ser conceituado através de um modelo cognitivo, caracterizando-se por percepções de ameaça, perigo e medo exagerados, acompanhados de uma subestimação do sujeito acerca de sua própria capacidade de enfrentamento da situação. O indivíduo com ansiedade acaba apresentando uma tendência a processar informações de forma enviesada, interpretando algumas situações como exageradamente ameaçadoras (OLIVEIRA, 2011).

Além do desenvolvimento de outras psicopatologias, ressalta-se que problemas relacionados aos sintomas depressivos e de ansiedade também são comuns na adolescência. Destaca-se que essa etapa do desenvolvimento humano é compreendida como uma fase delicada, em que, muitas vezes, o indivíduo pode manifestar oscilações de humor, que também podem levá-lo a envolver-se em comportamentos de risco. Dados da literatura apontam, com frequência, sintomas comórbidos entre depressão, ansiedade e uso de substâncias psicoativas, principalmente (PFEIFER et al., 2011).

Segundo Grolli, Wagner e Dalbosco, (2017) a ansiedade é um fenômeno que está associado a diferentes fatores biológicos, sociais ou psicológicos, podendo afetar cada indivíduo de diferentes maneiras. Segundo os autores o gênero parece ser uma variável importante, com a maior prevalência de sintomas de ansiedade entre as meninas, quando comparadas aos meninos.

Os transtornos de ansiedade estão entre as doenças psiquiátricas mais comuns na adolescência, com uma prevalência em torno de 10 a 30% (POLANCZYK e LAMBERTE, 2012). Estudos indicam que 75% dos adolescentes com a presença de psicopatologia clínica, também apresentam sintomas de ansiedade ou depressão. E ainda, dos adolescentes com sintomas depressivos, cerca de 25% a 50% também satisfazem critérios para diagnóstico de algum transtorno de ansiedade (TA). No entanto, dos adolescentes com diagnóstico primário de TA, cerca de 10% a 15% apresentam sintomas depressivos como comorbidade (GARBER e WEERSING, 2010).

Miguel, Gentil, e Gattaz (2011), consideram que nos adolescentes, a ansiedade está mais relacionada às competências, às ameaças abstratas e às situações sociais, sendo menos frequentemente associada a situações/pessoas/objetos desconhecidos, separação de cuidadores e danos físicos.

Segundo Estanislau e Bressan (2014), os adolescentes acometidos por transtornos de ansiedade, em geral apresentam baixa autoestima, dificuldades de relacionamento interpessoal, déficit de memória percepção e prejuízo no pensamento, baixo desempenho escolar acarretando evasão escolar e prejuízo no processo. Os autores ponderam que o transtorno de ansiedade social, podem preceder o abuso e a dependência do álcool e outras substâncias ilícitas, intensificando os sintomas.

Brito (2011) aponta as principais perturbações da ansiedade: a) Ansiedade de Separação - O adolescente manifesta receio em se separar dos seus pais e da sua casa, demonstrando-se preocupado com sua saúde e a saúde de seus pais, podendo ter dificuldades para dormir sozinho e até se recusar a sair de casa; b) Perturbação de Ansiedade Generalizada - O adolescente tem uma preocupação excessiva e persistente em diversas áreas como a escolaridade, as relações sociais, familiares, a saúde, acontecimentos mundiais e desastres naturais; c) Perturbação de Pânico – Apresenta-se em episódios agudos de ansiedade intensa acompanhados de sintomas físicos e emocionais, sem causa aparente, onde o adolescente sente um medo intenso, acompanhado por sintomas físicos como sudorese excessiva, dor no peito, náuseas, tonturas e dificuldade em respirar; d) Fobias – Entende-se por fobia, a manifestação de um medo irracional perante uma situação ou objeto específico; e) Fobia Social – apresenta-se em contextos sociais como acontecimentos musicais, desportivos, entre outros, onde o adolescente se sente desconfortável em ambientes não familiares, sendo que o desconforto desaparece, assim que o indivíduo deixa esses ambientes; e) Perturbação Obsessiva-Compulsiva - o adolescente apresenta obsessões em forma de pensamentos recorrentes sobre limpeza, contaminação, receio de ter agredido alguém, incluindo os pais, temas sexuais e outros. Estes pensamentos têm correspondência em comportamentos e rituais como frequente lavagem de mãos e outros locais do corpo, permanente revisão e controlo sobre as atividades desenvolvidas, toques repetidos, ordenação, contagem e acumulação de objetos.

2.1.2.2 Abuso de drogas na adolescência

Segundo Papalia e Feldman (2013), abuso de substâncias químicas diz respeito ao uso prejudicial de álcool ou outras drogas, sendo que o uso abusivo pode acarretar à dependência química, que pode ser fisiológica, psicológica ou ambas, e que provavelmente continuará até a idade adulta. Estudos demonstram que os adolescentes

estão entre os principais públicos que consomem esse tipo de substância, evidenciando que entre os escolares, 65% refere uso do álcool de forma abusiva, tornando-se um vício (QUENTAL et al, 2015).

Devido ao cérebro do adolescente ainda estar em desenvolvimento, as drogas se tornam especialmente perigosas, aumentando o risco de causar maior dependência (PAPALIA e FELDMAN, 2013). Corroborando com esse pensamento, Zeitoune et al (2012) mencionam que os adolescentes e adultos, estão mais suscetíveis ao consumo destas drogas, sendo que o uso dessas substâncias pode prejudicar o desenvolvimento pessoal, uma vez que alteram as funções fisiológicas, psicológicas e imunológicas do organismo de maneira transitória ou permanente.

Brasil et al (2006) consideram importante que ao conceber a droga como um fator de risco é preciso compreender esta como algo que desloca/transfere os adolescentes na procura pelo novo, os distanciando dos laços sociais e da confirmação de um sofrimento inerente a existência humana, sobretudo nessa fase de vida. Assim sendo, observa-se a necessidade de compreender a relação dos adolescentes com seus pares e seu universo de interações e como essas interações influencia e é influenciada pela relação que esses indivíduos estabelecem com as drogas.

Os autores (Ibid.) afirmam que existem uma relação dinâmica entre a formação da identidade do adolescente e o convívio com as relações históricas e socioculturais. Nessa perspectiva, do ponto de vista individual, os autores, citando Birman (1999) sugerem que o consumo de drogas como resultado de uma busca por um alívio rápido dentro de uma sociedade em que não há tempo a perder, pode ser explicado devido a adolescência ser um período de inúmeros conflitos psicossociais, onde o sujeito precisa de se integrar na sociedade, em busca de sua autoestima e independência, o que o coloca em uma posição de vulnerabilidade. Sob o enfoque dos microsistemas, consideram que as substâncias psicoativas, na atualidade, encontram sua expressão por meio do tráfico na configuração de subsistência e enriquecimento econômico, da desigualdade e da injustiça social carregando estigmas e preconceitos relativos as comunidades menos favorecidas economicamente que convivem com o comércio ilegal de drogas.

Segundo Ribeiro et al (2018), há uma estimativa de que 185 milhões de pessoas acima de quinze anos já consumiram drogas ilícitas, ou seja, 4,75% da população mundial, sendo que aproximadamente 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, cenário que encontra equivalência no Brasil.

O Relatório Mundial sobre Drogas divulgado pela UNODC (2018) revela que a quantidade de pessoas que utilizaram drogas em todo globo terrestre, ao menos uma vez ao ano em 2016, chegou a aproximadamente 275 milhões de pessoas, ou cerca de 5,6% da população global entre 15 e 64 anos. Considerando as vulnerabilidades, o relatório aponta que o uso de drogas e os danos associados a ele são os mais elevados entre os jovens, sendo que grande parte das pesquisas sugere que a adolescência precoce (12-14 anos), a tardia (15-17 anos) é um período de risco crítico para o início do uso de substâncias, podendo atingir o pico entre os jovens (com idade entre 18 e 25 anos).

Na concepção da UNODC (Ibid.) o uso e abuso de drogas pode ser decorrente de múltiplos fatores, apontando para inúmeras particularidades da personalidade do adolescente como predisposição para demonstrar baixa autoestima, ansiedade, impulsividade, rebeldia, engajamento em situações de risco, dificuldade de comunicação e interação familiar, bem como o abandono e problemas na busca de identidade.

O adolescente, em virtude das diversas transformações vivenciadas, se encontra em vulnerabilidade, ocasionando o aumento de exposição aos riscos. Dentre os vários fatores de risco para o uso abusivo de drogas, podemos citar: o fácil acesso ao contato com as substâncias, conflitos familiares graves, a dificuldade de se inserir em outros grupos de adolescentes e a falta de identidade própria. Estes fatores podem acarretar o uso de drogas de forma precoce, gerando uma fragilidade herdada ao uso de substâncias químicas e a vulnerabilidade ao efeito dessas (FILHO et al, 2007).

O Relatório mundial sobre drogas apresentado pela UNODC em 2012, apresentou dados sugerindo que a dependência química é responsável por grande parte da violência e criminalidade existentes nos grandes centros urbanos, originando o aumento da falta de segurança da população que se sente ameaçada por parte deste público, evidenciando o afastamento do adolescente. Segundo dados do Conselho Nacional de Justiça, referidos no relatório, cerca de 75% dos adolescentes em cumprimento de medidas sócio educativas são usuários de drogas, sendo que dentre os delitos mais cometidos pelos menores estão: o roubo, que representa 40% dos casos e o tráfico de drogas, 22% dos casos. O relatório revela ainda que em 90% dos casos, os primeiros atos infracionais acontecem entre 12 e 17 anos (UNODC, 2012).

2.1.2.3 Violência na adolescência

No Brasil a violência é considerada um grave problema de saúde, sendo apontado como a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade. A OMS definiu como violência o uso intencional de força física ou de poder, por ameaça ou por realização de fato, ou ainda a omissão de cuidados, cometido por responsáveis ou estranhos, surgindo como consequência, transtornos psicológicos, ferimentos, mal desenvolvimento e até a morte (CORDEIRO, 2015).

Brasil et al (2006) compreendem violência como intervenção física ou simbólica, realizada de forma impositiva e claramente amparada em relações de desequilíbrio de poder, de um indivíduo ou grupo contra outro. Nessa perspectiva, Cordeiro (2015) evidência que tais situações envolvem a violação do dever de proteção e coisificação, onde a vítima é manipulada ao bel prazer do agressor, como se fosse um objeto, sendo esquecidos os Direitos Humanos.

Melo, Souza e Bezerra (2017) consideram que a violência é questão multifacetada, afligindo a saúde individual e coletiva. Assim sendo, concede múltiplos significados que compreendem as relações interpessoais, sinalizadas pela desigualdade social e conseqüentemente dominação de classes, onde uma parte da população domina e se apodera de bens e serviços, desfavorecendo a outra parte da população, esta, muitas vezes, em situação de desemprego e baixa escolaridade. Nesse contexto, crianças e adolescentes se sobressaem como um dos grupos humanos mais vulneráveis a situações de violência, em sua maior parte no ambiente doméstico e familiar.

A violência, sob o olhar de Cordeiro (2015) é uma conduta aprendida, multifatorial, que reflete os fatores de risco relacionados às características individuais do agressor e da vítima, à história familiar, a questões socio-históricas e culturais, atuando de modo que a vítima fica aprisionada nesse sistema. Dentre os diversos fatores destacam-se: abuso de drogas, especialmente álcool e crack, transtornos psicológicos ou psiquiátricos, filho não desejado ou que exige cuidados devido a doença neurológica ou crônica, pessoas com necessidades especiais, pais imaturos, histórico de agressividade entre os pais, pobreza extrema (relacionada especialmente a abuso físico e negligência), desigualdade socioeconômica (ou violência estrutural); marginalidade, desemprego, analfabetismo; impunidade dos agressores, naturalização da violência – atitude cultural ou historicamente aceita (utilizar tapas ou bater com objetos, castigos excessivos, trancar em quartos ou armários).

Segundo relatório “Um rosto familiar: A violência na vida de crianças e adolescentes”, lançado pelo UNICEF (2017), em algum lugar do planeta, a cada 7 minutos uma criança ou um adolescente, entre 10 e 19 anos de idade, morre, vítima de alguma forma de violência. Dados do relatório apontam que em 2015, a violência fez mais de 82 mil vítimas nessa faixa etária.

O UNICEF (2017) ressalta que todas as formas de violência vivenciadas por crianças e adolescentes, independentemente da natureza ou gravidade do ato, são prejudiciais, uma vez que causam dor e sofrimento, afetando também o senso de auto estima desses indivíduos evitando seu desenvolvimento típico. O UNICEF chama atenção ainda para a violência velada, que dificulta a prevenção e a superação, uma vez que há a impunidade dos autores e a exposição prolongada, a violência fazendo com que a vítima passe a acreditar na normalidade da violência.

O relatório destaca ainda dados relativos a violência sexual, demonstrando que apesar de que o risco de violência sexual ocorra em qualquer idade, independentemente do sexo, as meninas particularmente são mais vulneráveis após a puberdade. Estudos indicam que 9 milhões de meninas, em todo o mundo, entre 15 e 19 anos, foram forçadas a ter relações sexuais ou outros atos sexuais no ano de 2016. E ainda, que 9 em 10 meninas adolescentes que relataram sexo forçado dizem que ocorreu pela primeira vez com alguém próximo ou conhecido por elas (UNICEF, 2017).

Santos et al (2018) menciona que no mundo todo, anualmente, estima-se que cerca de 40 milhões de crianças e adolescentes sofram abuso sexual. Considerando as conjunturas em que esses episódios acontecem, bem como a possível vinculação das vítimas em relação a seu agressor, e ainda fatores como medo e do constrangimento associados a dificuldades de denunciar esse tipo de violência, pode ser que esta estimativa esteja subdimensionada.

Mekuria, Nigussie e Abera (2015) discriminam como principais impactos dessa violência, sequelas psicológicas tais como: baixa autoestima; transtornos de ansiedade, pânico e estresse pós-traumático; depressão e pensamentos suicidas; raiva, nervosismo e agressão; distúrbios sexuais; e baixo desempenho escolar. Ullman e Peter-Hagene (2016), descrevem que os familiares das vítimas, também podem sofrer o impacto dessa violência, que se manifestará por meio dos relacionamentos futuros e no meio social em que vivem esses indivíduos.

Outro dado apontado no relatório (Ibid.) refere-se a taxa de homicídio no Brasil, no ano de 2014, os dados demonstraram que a taxa de homicídios entre adolescentes

homens negros foi quase três vezes maior que entre os brancos. Todavia, há uma tendência que esses adolescentes continuem a viver em comunidades com níveis mais elevados de homicídio, com desigualdade social e de renda, disponibilidade de armas, presença de tráfico de drogas, uso generalizado de drogas e álcool, falta de oportunidades de emprego e com desorganização e segregação urbana.

Esses dados vão ao encontro do estudo realizado por Brasil et al (2006), indicando que no Brasil, o alvo preferencial de morte por homicídio compreende adolescentes e jovens adultos masculinos, em especial procedentes das chamadas classes populares urbanas, onde pode-se observar uma profunda integração entre as vivências cotidianas dos processos proximais (experiências de abandono, de agressão, de instabilidade afetiva) e os aspectos macros sistêmicos como a urbanização sem planejamento, a ausência de políticas públicas efetivas nas áreas de saúde e educação, emprego, entre outros fatores.

Em relação a violência contra adolescentes nas comunidades e nas ruas, Borges e Cano (2017) enfatizam que é um fenômeno próprio da urbanização e precisamente estabelecido pelas desigualdades sociais e econômicas nesses espaços. A violência urbana é singularizada pelos assassinatos por armas de fogo, acidentes de trânsito e exploração sexual, sendo suas maiores vítimas os adolescentes moradores de comunidades populares e de periferias que, muitas vezes, encontram-se em situações de vulnerabilidade diante das ações de grupos criminosos e da repressão das forças de segurança. Condições como ausência de políticas públicas eficientes e transformadoras, de opções de educação, de oportunidades de emprego, propiciam a abertura de ações de aliciadores que recrutam crianças e adolescentes para o tráfico de drogas e armas.

Segundo o Borges e Cano (Ibid.) o valor do Índice de Homicídios na Adolescência (IHA, 2014) para os 300 municípios com população acima de 100 mil habitantes em 2014 era de 3,65, ou seja, para cada 1.000 adolescentes que completam 12 anos, 3,65 morrem vítimas de homicídio antes de chegar aos 19 anos de idade. Essa alta incidência de homicídios indica que, se as circunstâncias que prevaleciam em 2014 não mudarem, aproximadamente 43.000 adolescentes serão vítimas de homicídio no Brasil entre 2015 e 2021, apenas nos municípios com mais de 100.000 habitantes.

Segundo o UNICEF (2017), as mortes violentas também se tornam mais comuns na adolescência, cerca de 119.000 mortes violentas entre adolescentes abaixo dos 20 anos de idade, ocorreram em 2015; os dados indicaram que 2 em cada 3 vítimas tinham entre 10 e 19 anos. O relatório sugere ainda que adolescentes mais velhos, de 15 a 19 anos, são

particularmente vulneráveis, sendo três vezes mais propensos a morrerem violentamente do que os adolescentes mais jovens entre os 10 e os 14 anos.

2.1.2.4 Principais causas de morte na adolescência

Papalia e Feldman (2013) mencionam que a morte na fase da adolescência geralmente é considerada trágica e acidental. No entanto, observa-se que a frequência de mortes violentas nessa faixa etária reflete uma cultura violenta, bem como a inexperiência e a imaturidade dos adolescentes, que frequentemente os levam a correr riscos e assumir comportamentos descuidados. Morte por acidentes automobilísticos, ou seja, colisões envolvendo veículos automotores, e armas de fogo são as principais causas de morte entre adolescentes, responsáveis por aproximadamente um terço de todas as mortes na adolescência (MINIÑO, 2010).

Segundo a OMS (2017) estima-se que 1,2 milhão de adolescentes morrem por ano no mundo, sendo aproximadamente, três mil por dia. De acordo com a entidade, as principais causas de mortes entre adolescentes brasileiros de 10 a 15 anos são, nesta ordem: violência interpessoal, acidentes de trânsito, afogamento, leucemia e infecções respiratórias. Já jovens na faixa de 15 a 19 anos morrem em decorrência de violência interpessoal, acidentes de trânsito, suicídio, afogamento e infecções respiratórias.

A OMS (Ibid.) destacou ainda que em 2015, os acidentes no trânsito foram a principal causa de morte de adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, resultando em aproximadamente 115 mil mortes. Sendo a maioria adolescentes homens, com idades entre 15 a 19 anos. O retrato para as meninas difere muito, sendo a principal causa de morte entre as adolescentes mais jovens, com idade entre 10 e 14 anos, são as infecções respiratórias inferiores, como pneumonia. Complicações na gravidez, tais como hemorragia, sepse, obstrução do trabalho de parto e complicações decorrentes de abortos inseguros são a principal causa de morte entre meninas de 15 a 19 anos.

O suicídio e a morte acidental por autoagressão foram a terceira causa de morte entre adolescentes em 2015, resultando em cerca de 67 mil óbitos. A autoagressão ocorre em grande parte entre os adolescentes mais velhos e globalmente é a segunda principal causa de morte para as adolescentes mais velhas (OMS, 2017).

2.1.2.5 Suicídio na adolescência

Moreira, e Bastos (2015) mencionam que o comportamento suicida pode ser classificado em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado, sendo que a ideação suicida pode ser encarada como considerável preditor de risco para o suicídio efetivo quando associada com fatores de risco como depressão, consumo de álcool e drogas, ausência de supervisão dos pais, baixa autoestima e violência física.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), o suicídio é a segunda principal causa de morte para pessoas de 15 a 29 anos de idade, necessitando ganhar atenção das autoridades. O Brasil é o 8º país com maior ocorrência de casos, o índice dos casos de suicídio entre jovens nos últimos 25 anos mostra um crescimento de mais de 30%. Entretanto, esse índice pode estar subestimado uma vez que é considerado para estatística oficial os dados extraídos das causas de morte registradas nos atestados de óbito.

A ideação suicida é um eminente fator de risco para o comportamento suicida, sendo uma característica frequente no período da adolescência, uma vez que faz parte do processo de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de problemas existenciais tais como, compreender o sentido da vida e da morte. (LUCA, COSTA e SOUZA, 2017).

Luca, Costa e Souza (Ibid.) apontam em seu estudo que a prevalência de ideação suicida em adolescentes é de aproximadamente 36%, sendo que 67% dos adolescentes com ideação suicida são do sexo feminino. O estudo menciona ainda que apesar da prevalência de ideação suicida ser maior em meninas, o suicídio concretizado tem mais incidência no público masculino, visto que homens tendem a se apropriar de métodos mais incisivos de cometê-lo (tais como armas de fogo, saltos de alturas, etc.). Em relação a idade, os dados apontaram que 50% dos jovens têm 16 anos e 33,3% tem 15 anos de idade, ou seja, 83,3% dos casos de ideação incidem no auge da adolescência, o período de maior transição que está situado entre os 15 e 16 anos de idade.

Em relação entre as questões econômicas e taxas de tentativas de suicídio, Veras, Silva e Katz (2017), encontram dados que revelam maior risco para os extratos econômicos extremos (mais ricos ou mais pobres). No que se refere à escolaridade, os dados indicaram que grande parte dos adolescentes encontravam-se fora da faixa educacional, observando que o insucesso escolar pode dificultar a elaboração de projetos futuros pelo adolescente, causando desesperança, pelo sentimento de impotência, denotando uma percepção de si mesmo como incapaz de resolver os problemas.

Braga e Dell'aglio (2013) observam que o suicídio é encarado pelo jovem como recurso de alívio, sendo que ele é resultante de uma combinação de diversos fatores, que abarca desde pressões sociais até fatores biológicos, como as mudanças hormonais somadas aos problemas psicológicos. Dessa maneira, não há como considerar uma associação direta e exclusiva entre o suicídio na adolescência e um ambiente escolar negativo ou um ambiente familiar negativo, uma vez que o suporte familiar durante a adolescência se configura um fator protetivo ao suicídio de grande relevância.

Nessa perspectiva, Veras, Silva e Katz (2017) enfatizam que a estrutura familiar, comprova ser um eficiente meio de transmissão de informação relacionadas a saúde, promovendo e propiciando um bom suporte social, bem como revela ser um fator protetor eficaz contra possíveis comportamentos de risco, presentes no cotidiano e nos estilos de vida dos adolescentes.

Câmara e Pereira (2010) relatam que as diversas situações vivenciadas no ambiente familiar, quando não são bem compreendidas e analisadas pelos adolescentes, podem levar a um desequilíbrio emocional, desencadeando um ato suicida. Dessa maneira, Javier e Carlos (2009) reforçam que tanto a ideação, quanto as tentativas de suicídio podem ser influenciadas pelo processo saúde-doença da família e por alterações na dinâmica familiar, onde os conflitos, a desestrutura, a quebra de vínculos, as privações econômicas e sociais são fatores que podem acarretar comportamentos de risco à saúde dos adolescentes.

Batista, Maranhão e Oliveira (2018) afirmam que o desenvolvimento do desejo suicida envolve um estado de sofrimento decorrente de diversas causas, tais como: solidão, depressão, enfermidades, problemas conjugais e de relacionamento, dificuldades financeiras, bullying, luto, uso de drogas, dentre outros. Segundo os autores, as ideações suicidas merecem especial atenção, uma vez que podem acarretar consequências negativas, estando diretamente associadas a problemas de autoestima, transtornos mentais e comportamentais, dificuldades de enfrentamento, bem como prejuízos na habilidade de gerenciar relações interpessoais. Nessa perspectiva, é importante ponderar a estimativa de que os indivíduos que já tentaram suicídio uma vez possuem cem vezes mais chances de efetivarem o suicídio em algum momento da vida, havendo assim, a necessidade de uma observação e de cuidados mais contundentes.

Ao entender a dinâmica da construção da identidade na interação entre as dimensões da pessoa, do processo, do tempo e do contexto, a temática do suicídio apresenta-se como um indicador significativo na análise dos fatores de risco vividos pelos

jovens. Assim, como um tema relacionado à violência, com características de impacto subjetivo fortemente marcadas, o tema do suicídio apresenta dados inerentes às dimensões pessoais destes jovens, sendo que os motivos elencados priorizam as interações no microssistema familiar e, também, a constituição dos recursos psíquicos imprescindíveis para a sustentação bio-psico-social de qualquer indivíduo e, na perspectiva da situação de risco, fatores de proteção potenciais para a vivência resiliente (BRASIL et al, 2006).

2.2 AUTOMUTILAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Existe um senso inato de autopreservação que leva os indivíduos a buscarem comportamentos e contextos que denotem longevidade durante a vida. No entanto, esses mesmos indivíduos, muitas vezes se engajam em comportamentos inconsistentes com essa busca, não-saudáveis ou prejudiciais a si mesmos. Um exemplo desse tipo de comportamento é a conduta autolesiva, ou autolesão, praticada de forma intencional e que causa danos físicos e psicológicos aos indivíduos que se engajam em tal comportamento (NOCK, 2010).

De modo geral, lidar com indivíduos que apresentam comportamentos de autolesão muitas vezes pode significar um desafio para profissionais de saúde mental, professores e conselheiros escolares. Dadas as consequências do comportamento, físicas e psicológicas tanto para os indivíduos quanto para familiares e pessoas próximas, a preocupação em entender porque indivíduos possuem conduta autolesiva tem crescido e o número de estudos científicos e clínicos desse comportamento aumentou desde meados do ano 2000 (SILVA e SANTOS, 2015). Além disso, entender as causas que levam o indivíduo a autolesão pode ser útil também para ajudar a explicar o engajamento em outros tipos de comportamentos prejudiciais, como abuso de substâncias psicoativas, por exemplo.

Em sua denominação mais aceita, autolesão se refere a um conjunto de comportamentos que resultam em dano intencional ao indivíduo, com o conhecimento de que podem ou vão trazer algum grau de injúria física ou psicológica. Na literatura encontramos duas classificações para o comportamento autolesivo: no primeiro, o ato de se lesionar é a intenção do comportamento (diretamente “injuriosos” ou lesivos), ao passo que no segundo, a autolesão é produto ou resultado de uma ação deliberada que não objetivava tal dano (NOCK, 2010).

Em relação aos comportamentos indiretamente autolesivos, não existe intencionalidade de causar dano a si, mas sabe-se que eles são realizados porque resultam em prazer ou diversão durante o ato (comer assiduamente em *fast food*, por exemplo), com o dano como um efeito colateral indireto e na maioria das vezes involuntário e a longo prazo (COMPLETO, 2014). Comportamentos diretamente autolesivos são aqueles nos quais há intenção de causar dano a si mesmo, seja ele em qualquer grau de severidade, que acontecem com objetivo de regulação afetiva ou sinalização social e se classificam em suicidas ou não suicidas, de acordo com a intenção de letalidade do comportamento (NOCK, 2010).

Comportamentos autolesivos suicidas subdividem-se em: ideação (pensar sobre comportamentos lesivos que podem levar à morte), plano (considerar um método específico cuja finalidade é empregá-lo para morrer) e tentativa (engajar-se em comportamentos potencialmente danosos com a intenção de morrer). Já os comportamentos autolesivos não suicidas classificam-se em ameaça ou gesto suicida (o indivíduo leva outros a acreditar que ele tem a intenção de morrer, entretanto sua intenção é sinalização social), pensamentos autolesivos (pensamento de engajar-se em comportamentos autolesivos, mas não fazê-lo) e conduta autolesiva propriamente dita, nos níveis leve, moderado ou severo. Mais especificamente, a conduta autolesiva é um comportamento direto e deliberado de autolesão sem intenção suicida, e este será o fenômeno explicitado neste trabalho (NOCK, 2010).

Segundo Parks (2011), o primeiro incidente autolesivo é acidental ou impulsivo, quando a pessoa sente raiva, medo ou ansiedade de forma tão esmagadora que não sabe como expressá-los. A conduta autolesiva atua promovendo um senso momentâneo de alívio, às vezes seguido de vergonha e culpa, até que fortes sentimentos surgem de novo fazendo com que a pessoa se sinta emocionalmente sobrecarregada, levando-a a procurar alívio novamente em comportamentos autolesivos, que podem aumentar em frequência e grau. Assim, a pessoa é reforçada positivamente em direção ao comportamento autolesivo, dada sua associação com sensações positivas, principalmente o alívio imediato.

A partir dos conceitos apresentados, faz-se necessário distinguir e destacar o conceito de automutilação utilizada e considerada nesse estudo que, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, é classificada como um comportamento de autolesão ao próprio corpo sem nenhuma intenção suicida. Pode ser considerada como

uma forma de sinalizar o sofrimento psíquico ao qual o indivíduo está vivenciando (APA, 2014).

Dessa maneira, Cunha e Lima (2018) apontam que a automutilação é uma maneira encontrada pelo indivíduo de proporcionar um alívio momentâneo a esse sofrimento psíquico. Para os autores, os eventos que desencadeiam a automutilação na adolescência estão relacionados ao nível de autocrítico do indivíduo em seu ego, distorção interna e baixa autoestima, uma vez que nesse período o jovem passa por uma fase de invisibilidade social, a automutilação é uma forma encontrada pelo mesmo de interagir com o mundo, dar visibilidade ao sofrimento psíquico. O funcionamento familiar é outro aspecto de grande relevância no comportamento do auto dano, pois a ausência da figura materna ou paterna pode significar um fator contributivo para tal conduta.

Segundo Guisti (2013), a automutilação é um comportamento que pode acontecer em diversas ações, por uma mesma pessoa, tornando-se assim uma prática repetitiva, que se manifesta na adolescência por volta dos 13 a 14 anos, podendo persistir por muitos anos. As formas mais constantes utilizadas como alívio psíquico são cortes superficiais na pele, aranhões, bater partes do corpo, queimaduras ou mordidas.

Cunha e Lima (2018) ressaltam que diante de conflitos psicoemocionais o adolescente por meio da automutilação busca apreender a atenção dos familiares trazendo à tona a dor psicológica que não consegue expressar de outra maneira, essa prática de conduta de automutilação seria considerada reforço positivo. Dentro do reforço negativo o adolescente utiliza o comportamento de auto dano, para regular emoções, sentimentos, pensamentos indesejáveis. Assim sendo, a automutilação é um meio que possibilita ao adolescente se libertar temporariamente de suas angústias internas, sendo que quanto mais a utilizam para obter o alívio esperado, mais necessidade eles sentem de se automutilar. Ao se depararem com a volta de suas angústias acabam por repetirem o processo, procurando o alívio que almejam.

Como já tratado anteriormente, a adolescência é vista como um período de alterações físicas e psicossociais que são fortemente influenciadas pelas interações do adolescente, seja com outros ou com diferentes contextos e situações, o que tende a constituir singularidades e caracterizar a heterogeneidade deste período. Tantas mudanças requerem um nível de adaptação que muitas vezes o adolescente não possui, tornando-o vulnerável a se engajar em comportamentos de risco. Assim, o jovem pode engajar-se em comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas, bem como os

comportamentos autolesivos, por exemplo, com vistas à adaptação a contextos considerados aversivos (SANTOS e FARO, 2018).

Em relação a essa fase, a literatura aponta que é o período em que a influência dos pares aumenta, fato comum que caracteriza a transição para a adolescência, coincidindo com o surgimento de autoinjúria nesta fase. Dessa forma, alguns aspectos da relação com os pares parecem influenciar a ocorrência do comportamento de automutilação, tais como problemas interpessoais e dificuldades emocionais. Além disso, ainda nesse período no ciclo de vida até o início da idade adulta, a autoimagem negativa tem sido associada à vulnerabilidade para autoinjúria (MUEHLENKAMP e BRAUSCH, 2012).

Nesse sentido, como afirma Bernardes (2015) quando um adolescente se automutila, tenta transferir sua dor interna para o externo, ferindo-se fisicamente, tornando suas angústias visíveis. Quando um adolescente chega ao ponto de escolher por esta prática, demonstram que suas aflições já estão o sufocando de tal forma, que ele procura a maneira mais conveniente para conseguir expressar suas dores internas as transcrevendo para pele, como se fosse um grito, sinalizando que algo está em desacordo.

De acordo com Guisti (2013), a sensação de alívio propiciado pelo comportamento de automutilação pode percorrer durante algum período, como: dias, horas ou raramente semanas, porém, mesmo sentindo o alívio, os sentimentos que ocasionaram a automutilação sempre retornam. Segundo a autora, o comportamento automutilante vem acompanhado de uma carga de sentimentos, ao mesmo tempo em que ele proporciona o alívio das dores emocionais, pode gerar sentimentos como culpa e vergonha pelo uso da prática acarretando novos sentimentos que geram sofrimento.

Estudos demonstraram que os principais fatores de risco associados com comportamentos de automutilação são: níveis elevados de psicopatologias, contextos estressores ou traumáticos na infância e influências prejudiciais do meio social proximal (HOOLEY e GERMAIN, 2014; BRICKMAN et al, 2014)

Klonsky e Lewis (2014) relatam que eventos de vida e situações relacionadas à amigos e familiares também podem estar envolvidos com a ocorrência do comportamento, visto que exercem papel importante no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Dessa forma, adolescentes que possuem uma relação parental inconsistente e insensível, têm maior probabilidade de se engajarem em comportamentos que tragam danos a si próprios.

Os mesmos autores ressaltam que fatores biológicos, como mudanças bioquímicas corporais, desempenham um papel relevante na autolesão e podem ser resultantes de

alguma ação específica ou mesmo condições médicas. Estes fatores incluem insônia, fadiga, doenças ou anomalias da tireoide ou hormonais, síndrome pré-menstrual, ingestão de substâncias psicoativas e outros que possam aumentar a vulnerabilidade ao estresse e, conseqüentemente, o risco de engajar-se em comportamentos autolesivos.

Santos e Faro (2018) apontam fatores cognitivos associados ao comportamento de automutilação, podendo ser um importante fator para o entendimento das causas que levam ao engajamento. Segundo os autores, é possível observar pensamentos recorrentes em indivíduos que se lesionam, que influenciam a probabilidade de o comportamento aumentar ou diminuir a frequência e intensidade, tais como: “só vou fazer um corte”, “isso é demais para suportar”, “eu mereço essa dor”, “me cortar alivia mais que qualquer outra coisa”, “a vida é uma droga”, “estou sozinho, não tenho amigos”.

Outro ponto ressaltado pelos autores é que assim como a cognição, experiências individuais afetivas parecem sinalizar a ocorrência da autolesão quando esta é realizada com o intuito de atenuar uma experiência de afeto negativo. Ou seja, emoções primárias típicas do contexto de comportamento autolesivos são raiva (dirigida a outro ou a si mesmo), ansiedade, estresse, tristeza, frustração, culpa, vergonha, nojo, sentimento de vazio, desesperança e solidão, algumas destas podendo tanto proceder como acompanhar a autolesão.

Nock (2010) sugere que indivíduos que se engajam em práticas autolesivas desejam esquivar-se de tarefas estressantes. Segundo o autor, parece haver diferença na relação com impulsividade de acordo com o tipo de comportamento autolesivo praticado: adolescentes que se cortam possuem níveis de impulsividade mais elevados que aqueles que ingerem substâncias nocivas, por exemplo, visto que o envenenamento requer maior nível de planejamento, o que reflete menor impulsividade em relação ao ato de se cortar.

Por fim, o estresse psicológico também é um fator associado ao comportamento autolesivo e a excitação fisiológica típica de eventos estressores parece ser mais exacerbada em indivíduos que se autolesionam, que causam danos a si mesmo como forma de lidar com o estresse. Ou seja, se as respostas do indivíduo, mesmo que desadaptativas, trouxerem alívio e forem consolidadas, tem-se um padrão de resposta que tende a se repetir sempre que um evento estressor ocorrer (NOCK e MENDES, 2008).

2.2.1 Principais funções da automutilação

Segundo Santos e Faro (2018) nas últimas décadas, a maioria das abordagens explicativas sobre a automutilação tem se concentrado em associá-la a síndromes nas quais comportamentos desse tipo são considerados desajustados e interpretados como sinais ou sintomas de algum tipo de patologia. A seguir são descritas explicações mais frequentes nos relatos teóricos.

Regulação Emocional

Uma das explicações mais associadas ao comportamento de automutilação é de que este teria a função de regular afetos negativos sentidos pelo indivíduo, como forma de minimiza-los, ou seja, a pessoa se engaja em comportamentos de automutilação após diversos eventos estressores, como uma forma de aliviar, regular, lidar com as emoções, sentimentos causados por eles. Assim, a priori, um estímulo provocaria uma resposta emocional negativa forte que, ao ser emparelhada com dificuldades para regular emoções, resultam em uma baixa tolerância ao distresse e leva a um desejo de evitar essa emoção negativa, cujo alívio se dá por meio da automutilação. Ao repetir o comportamento se torna uma resposta automatizada condicionada à excitação emocional. De modo geral, os indivíduos que praticam autoinjúria relatam como justificativa, a tentativa de suprimir pensamentos negativos indesejados. (JACOBSON e BATEJAN, 2014).

Nock e Prinstein (2004), que conceituaram automutilação a partir de uma teoria de aprendizagem comportamental, identificando quatro mecanismos distintos, porém possíveis reforçadores do comportamento objetivando a regulação emocional: a) *Reforço Automático Negativo* - pelo qual os estados de sentimentos negativos são diminuídos; b) *Reforço Automático Positivo* - pelo qual os estados emocionais desejados, autopunição aumentam; c) *Reforço Social Negativo* - no qual o comportamento autolesivo ocorre para evitar ou escapar de uma demanda interpessoal; d) *Reforço Social Positivo* - no qual a autolesão auxilia a pessoa a ganhar atenção de outras ou acessar materiais.

Comunicação/Sinalização social

Pesquisas sobre automutilação como um meio de sinalização social têm sido frequentes e justificam esses comportamentos como “razões para obter cuidados ou atenção dos outros”, “obter uma reação de alguém, mesmo que seja negativa” ou outras

afirmações do tipo para explicar a automutilação. Algumas das principais razões para engajar-se nesses comportamentos parecem ser pedir socorro ou comunicar a dor, principalmente em sujeitos que tenham problemas para pedir ajuda, usando a autolesão como um meio para isso (JACOBSON e BATEJAN, 2014).

Teoria de aprendizagem social e modelo social do efeito de contágio

Santos e Faro (2018) demonstra estudos que citam a teoria da aprendizagem social como forma de explicação da automutilação na qual indivíduos aprenderiam desde cedo que lesões/machucados de modo geral são associadas com cuidado, utilizando assim a automutilação como tentativa de atrair cuidado para si. Além disso, adolescentes também podem testemunhar outros recebendo atenção ou ajuda e imitar essa conduta objetivando conseguir os mesmos benefícios. Desse modo, se o indivíduo que se automutila é visto como alguém superior, de maior status social no grupo, outros podem imitar seu comportamento ou adotar uma postura competitiva em relação às lesões, o que pode levar a contágios.

Modelo integrativo de Nock

Dentre tantas diferentes abordagens visando explicar como e por que ocorre a automutilação, ao considerar o contexto geral do indivíduo, e não apenas uma faceta, um dos primeiros modelos integrativos etiológicos para explicar esse comportamento foi proposto por Nock (2010), no qual tanto fatores proximais quanto distais estão incluídos.

No modelo de Nock (Ibid.) os fatores de risco distais (predisposição genética para alta reatividade emocional ou cognitiva, abuso ou maus-tratos na infância, hostilidade ou criticismo familiar) interagem e resultam num alto risco de engajamento tanto para fatores de vulnerabilidade intrapessoais (emoções e cognições aversivas intensas e baixa tolerância ao distresse), como interpessoais (habilidades de comunicação pobres e baixa capacidade de resolução de problemas). O conjunto de vulnerabilidades inter e intrapessoais culminam em respostas ineficazes a eventos estressores (evento estressor desencadeia sobre ou sub excitação ou apresenta demandas sociais incontroláveis), que podem predispor a pessoa à várias psicopatologias, além de aumentar o risco de engajamento em comportamentos autolesivos por alguns fatores específicos de

vulnerabilidade (aprendizagem social, autopunição, sinalização social, pragmatismo, analgesia da dor, identificação implícita).

Em síntese, no modelo integrativo de Nock, a automutilação é um comportamento que resulta da combinação de vários fatores e circunstâncias ambientais e que é mantido por ser um meio eficaz imediato de regulação de experiências afetivas e situações sociais aversivas. O diferencial deste modelo é justamente tentar integrar achados de diversas outras abordagens e assim a automutilação seria explicada de forma multicausal. Um adolescente que se automutila pode ter influências social (relações proximais inconsistentes) e pessoal (cognições distorcidas) sendo que um fator não exclui o outro e ambos podem ser preponderantes para levar à prática do comportamento de fato, assim como reforçá-lo.

2.3 MUSICOTERAPIA E SAÚDE MENTAL DO ADOLESCENTE

2.3.1 Musicoterapia e Promoção da Saúde

A música está presente na vida do ser humano desde o princípio dos tempos, estando inseridas de diversas maneiras em todas as culturas, sendo utilizadas para várias finalidades por cada uma delas, dentre elas para intervir no tratamento terapêutico, no resgate ao equilíbrio, tanto do corpo como do espírito (MONTEIRO E FERMOSELI, 2014).

A utilização da música para fins terapêuticos se mostra antiga. Vargas (2010) relata que Aristóteles, atribuía a música valor curativo, considerando que as pessoas que sofriam de algum descontrole emocional, ao serem submetidas à experiências musicais, conseguiam reestabelecer o equilíbrio, pois ao ouvir melodias que elevam suas emoções e sentimentos ao fascínio, o ser retoma ao seu estado normal como se tivesse vivenciado um tratamento médico. No entanto, conforme relata Rodrigues (2016), somente após a segunda guerra mundial com alguns estudos feitos nos Estados Unidos, houve a implementação da musicoterapia, sendo criado o primeiro curso universitário de musicoterapia em 1944 na Michigan State University.

Vargas (2010) comenta que a música tem se mostrado como uma eficaz ferramenta para estabelecer uma possibilidade terapêutica com indivíduos com prejuízos cognitivos e de relacionamentos inter e intrapessoais, uma vez que a música se apresenta como uma forma de manter a atenção da pessoa, por meio dos estímulos sonoros. Segundo a autora, a música é capaz de afetar cada ouvinte de modo singular, sendo que a

experiência de vida, os interesses pessoais, bem como o contexto cultural, determinam as respostas e sensibilidade frente a um estímulo musical, que podem ser observadas através de expressões comportamentais.

Rodrigues (2012) enfatiza que a música pode eliciar emoções e mobilizar processos cognitivos complexos como atenção dividida e sustentada, memória, controle de impulso, planejamento, execução e controle de ações motoras, entre outros, sendo que em várias destas funções, pode ser alcançado um bom desempenho por meio da prática nas atividades musicais sociais cotidianas. Como integrante da arte, a música possui a capacidade de favorecer a expressão de sentimentos, emoções, sensações, percepções e, conseqüentemente, organizar conteúdos internos (LIMA, OLIVEIRA e WILRICH, 2012).

De acordo com Muniz (2012), a música é uma ferramenta capaz de desenvolver a mente humana propiciando um estado agradável de bem-estar e equilíbrio, favorecendo a concentração, o raciocínio e o pensamento crítico e reflexivo. Além disso, a música promove integração do funcionamento cerebral promovendo ativações e conexões que permitem mudanças comportamentais significativas. O autor sugere que a música pode ser aplicada em pelo menos quatro funções terapêuticas, sendo elas: na melhora da atenção e concentração, na estimulação do desenvolvimento motor e cognitivo; nas habilidades comunicativas; na expressão emocional e na reflexão/sentimento da situação existencial.

Estudos apontam que a música é capaz de resgatar sentimentos positivos, melhorar a autoestima, transformar realidades, proporcionar alegria, relaxamento e tranquilidade, promovendo assim, bem-estar. Isso indica que ela exerce funções que vão além da simples distração, tornando-se um meio de comunicação capaz de ultrapassar os limites da expressão verbal. Ela permite a associação com experiências significativas do passado, que evocam memórias específicas, em que é possível resgatar emoções, imaginação e experiências vividas. Desta forma, ao articular a música com as experiências de vida e do cotidiano, a música pode ser utilizada como facilitadora no estímulo à memória, além de despertar sentimentos e vivências, e possibilitar a ressignificação de lembranças (ANTELO, 2008; SEIKI e GALHEIGO, 2010).

Rodrigues (2016) salienta que estudos recentes publicados, apontaram que o tratamento terapêutico com a utilização da música demonstrou efeito significativo na melhora tanto da dor aguda quanto da dor crônica, na alteração da frequência cardiorrespiratória e da pressão arterial, redução dos níveis de estresse e ansiedade, e

ainda, efeito positivo em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio. Segundo a autora, quando uma pessoa canta de forma expressiva e com alegria, produzem-se vibrações sonoras que alteram o estado emocional, fazendo com que haja um alívio das tensões corporais e sejam produzidas endorfinas melhorando o seu estado de humor.

A Federação Mundial de Musicoterapia (2011) define Musicoterapia como:

a utilização profissional da música e seus elementos, para a intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidiano com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectual, espiritual e de saúde e bem estar. (s/p)

Bruscia (2016) ressalta que a Musicoterapia é a combinação ativa de várias disciplinas em torno das áreas da música e da terapia, que se utilizam da linguagem, e de elementos musicais tais como: som, ritmo, melodia, harmonia, contraponto, entre outros. Sendo capaz de estimular diversas áreas cerebrais de uma pessoa por meio do envolvimento em atividades musicais de percutir ou tocar um instrumento, bem como cantar ou ouvir uma canção, seja na prática grupal ou individual. Segundo o autor, a musicoterapia é um processo interpessoal, sistemático e dinâmico que pode ser compreendido como uma sequência de intervenções que envolve terapeuta e paciente. Esse processo de intervenção se dá por intermédio da música e todas as suas facetas – física, emocional, mental, social, estética e espiritual – para prevenção, recuperação ou manutenção da saúde.

Segundo Cardoso (2010), o trabalho musicoterapêutico proporciona mudanças nos estados emotivos e psíquicos canalizando as tensões para o bem-estar, colaboração para o fluir das atividades em conjunto e a interação entre os indivíduos. Nesse sentido, Paredes (2012) aponta que a Musicoterapia é uma forma de tratamento que utiliza toda e qualquer manifestação sonora para produzir efeitos terapêuticos, sendo que através do uso da música, dos sons e do movimento, estabelece-se uma relação de ajuda, onde o objetivo é auxiliar o paciente em necessidades como: a prevenção, a reabilitação e a melhor interação do indivíduo com a sociedade.

Vargas (2012) salienta que a Musicoterapia pode auxiliar o indivíduo a expressar suas emoções e sentimentos, bem como propiciar um espaço onde a pessoa possa manifestar habilidades e potencialidades. A autor menciona ainda que o indivíduo pode alcançar sensações de prazer e satisfação através do cantar e da participação ativa ao ter a oportunidade de tocar diferentes instrumentos musicais.

De acordo com Bruscia (2016), para que a comunicação seja propiciada e para que a música seja considerada terapêutica, é necessário que haja a interação entre terapeuta e cliente por meio da música como ferramenta ativa no processo terapêutico, sendo que essa assume um papel integral no processo terapêutico, por vezes assumindo a função de parceiro do terapeuta e outras vezes facilitando ou induzindo a transformação no cliente, com uma pequena, ou mesmo sem, ajuda do terapeuta.

O mesmo autor (Ibid.) faz uma distinção entre: música como terapia, onde a música é utilizada como meio e ao mesmo tempo agente primário para a transformação terapêutica, ou seja, ela exerce uma influência direta sobre o indivíduo e sua saúde, e o terapeuta atua como facilitador visando auxiliar o paciente engajar-se no fazer musical, lhe apresentando a música ou a experiência musical de forma adequada e conduzindo o processo; e música na terapia, onde a música é utilizada para potencializar os efeitos da relação de ajuda terapeuta-paciente, sendo que a música não é o único agente de transformação, e sim mais um meio para facilitar o processo de e a relação terapêutica.

Para Bruscia (2000), intervir é sobretudo agir sobre alguém ou sobre algo, com a finalidade de transformar uma circunstância pré-existente e por conseguinte modificar o andamento dos eventos. Dessa maneira, considerando que a musicoterapia acontece quando há a intervenção de um terapeuta, quando há uma comunicação entre dois indivíduos, é certo afirmar que este terapeuta se baseia em um discurso sonoro-musical, para alcançar esse diálogo com o seu cliente. Este discurso é planejado e intencionado pelo terapeuta, mesmo que às vezes inconscientemente, para atingir algo específico, conduzir alguma mudança (MONTEIRO E FERMOSELI, 2014).

Segundo Andreolla (2009), a Musicoterapia, por meio das canções, ritmos, sons, instrumentos, favorece a sociabilização, a autonomia, os limites, a linguagem, a organização e a memória, estimula a expressão de sentimentos, oferece acolhimento e presença, colabora com a recuperação física, mental e emocional dos indivíduos.

Dessa forma, por meio do uso da linguagem musical e seus elementos e como um recurso não verbal, a musicoterapia pode intervir auxiliando no processo de recuperação, conectando o paciente às situações de maior potencialidade e condição física. Neste processo, estimula a autoconfiança, a autoestima e aumenta possibilidades para engajamento em propostas terapêuticas necessárias para reabilitação, principalmente quando a fala e a comunicação, inclusive mímica, apresentam-se bastante limitadas, ou restritivas devido a diferentes danos sejam físicos, emocionais ou mentais (MONTEIRO & FERMOSELI, 2014).

Os mesmos autores enfatizam que é fundamental que o musicoterapeuta tenha uma compreensão de onde o paciente está musicalmente, pois estará refletindo o seu mundo interno, e principalmente, que vá onde ele estiver. A comunicação é o principal objetivo do processo musicoterápico, sendo que essa comunicação se dá de forma não verbal por meio do corpo, dos instrumentos, dos sons. Dessa forma, por meio do ‘fazer musical’ os conteúdos intrapsíquicos, que são difíceis de serem colocados verbalmente ou não são ditos, são projetados nas expressões não-verbais, por meio das condutas psicomusicais.

2.3.2 Musicoterapia e Saúde Mental

Já na década de 1960, Gaston (apud PUCHIVAILO e HOLANDA, 2014) descreveu objetivos da Musicoterapia estabelecidos para tratamento de pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Segundo o autor os principais objetivos do processo musicoterapêutico para pacientes psiquiátricos eram: aliviar tensões, estabelecer ou reestabelecer relações interpessoais e melhorar a autoestima através de autoconhecimento, bem como favorecer a comunicação.

Alvin (1967 apud PUCHIVAILO e HOLANDA, 2014), por sua vez, cita que as aplicações mais utilizadas neste campo eram as recreativas, observando que essa intervenção, se mostrou eficiente para despertar sentimentos individuais e coletivos, e ainda que no trabalho com grupos favoreceu a integração entre os membros do grupo criando relações interpessoais baseadas em uma experiência emocional comum. Segundo a autora a música permitia que as defesas desaparecessem, estabelecendo caminhos entre a realidade e o mundo isolado em que muitas vezes os pacientes com enfermidades mentais se encontravam em busca de refúgio.

Na década de 80, Benenzon (1988) descreveu que a Musicoterapia na área psiquiátrica tinha como principal objetivo a abertura de canais de comunicação, a fim de facilitar a introdução de outras terapias, considerando a música como potencializadora de catarses, que são muitas vezes necessárias ao tratamento.

No mesmo período, as musicoterapeutas brasileiras Clarice Moura Costa e Martha Negreiros desenvolveram um trabalho intitulado “*Música: Uma linguagem terapêutica para psicóticos*”, onde consideram a musicoterapia como uma modalidade terapêutica centrada no processo ativo que acontece por meio dos elementos sonoros, produzidos pelos instrumentos musicais, pelo corpo e/ou pela voz. Nessa direção, as autoras

consideram que o fazer musical proporciona ao paciente direcionar as pulsões para uma ação psicomotora ritmicamente organizada, onde essas pulsões são representadas pela linguagem musical pelos sujeitos, e posteriormente atribui-se significado por meio de palavras, quando o terapeuta abre um espaço de escuta para que o paciente e/ou grupo relate em palavras o que foi expresso em música, em sons, através do fazer musical (COSTA e VIANNA, 1985).

As autoras (Ibid.) mencionam que o processo musicoterapêutico consiste numa sequência de acontecimentos intrapsíquicos, ou seja, um “*continuum* de forças e atos psíquicos que tem um fim reparador”. Dessa forma, o uso da música em musicoterapia possui efeito reparador, possibilitando que paciente revivencie as fases da percepção da sonoridade que estão na origem da aquisição da linguagem simbólica.

Em 2001 foi sancionada a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, promovendo dessa maneira transformações em algumas características dos atendimentos musicoterápicos que já vinham sendo mudados ao longo dos anos (PUCHIVAILO e HOLANDA, 2014).

Nessa visão, Zanini (2004) demonstra algumas possibilidades de atuação da Musicoterapia na área da Saúde Mental, relatando que a facilitação da expressão através dos instrumentos musicais, a concretude desses objetos pode favorecer o contato com a realidade de pacientes com transtornos psiquiátricos. Segundo a autora, no fazer musicoterápico se busca estar na mesma paisagem sonora, em sintonia com a musicalidade do paciente, através do fazer musical conjunto.

A Musicoterapia, atualmente, está inserida na saúde mental em busca de um novo olhar, um olhar voltado para o sujeito e sua reintegração e ressocialização. Dessa forma, ela se baseia a partir dos objetivos propostos pela Reforma Psiquiátrica, que compreende o sujeito como um participante ativo do processo no resgate de si e em suas relações interpessoais durante um momento de sofrimento intenso (ARNDT e VOLPI, 2012).

Segundo Kairalla e Smith (2013), a Musicoterapia utiliza-se da relação entre sons e as funções físicas e mentais do ser humano, para buscar alcançar seu bem-estar, superando seus desequilíbrios e ampliando seu potencial de ação. Assim, o objetivo da Musicoterapia para os pacientes na saúde mental é o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte, buscando sua autonomia e a reintegração do sujeito, à família e à sociedade. Assim, o

acompanhamento da musicoterapia ao paciente com sofrimento psíquico visa possibilitar as restaurações nas relações daquele que sofre, em um processo de resgate de si por meio de uma experiência criativa (GARROTE, 2008).

Arndt e Volpi (2012) mencionam a importância da canção no trabalho do resgate de si dos pacientes em saúde mental. Segundo as autoras, a utilização da canção permite o resgate de registro autobiográfico aos mais diversos níveis do desenvolvimento humano, de forma sutil, possibilitando assim, acessar conteúdos que estavam submersos.

Nesse sentido, Millecco, Millecco e Brandão (2001) informam que uma das funções do canto pode ser resgatar tudo aquilo que remete a experiências antes vivenciadas pelo indivíduo, permitindo assim o resgate de um momento passado, possibilitando a ressignificação, a reelaboração, e/ou que o indivíduo revivencie aquele momento no presente.

A narrativa propiciada pela música facilita a produção de sentido, podendo diminuir o sofrimento físico e psíquico do sujeito, auxiliando a pessoa a vivenciar as situações amortecendo a realidade, por meio da interação musical que acontece entre terapeuta e paciente que permite ao paciente uma melhor compreensão de fatores que estão contribuindo para o sofrimento, favorecendo assim para a diminuição desse, uma vez que a narrativa musical pode facilitar a expressão de conteúdos e sentimentos do sujeito, produzindo significados, levando-o ao alívio de tensões provocadas pelos mais diferentes tipos de sofrimentos (BARCELLOS, 2009).

Corroborando com esse pensamento, Arndt e Volpi (2012) mencionam que, ao se colocar na produção musical, o paciente traduz emoções e sentimentos por meio da escolha das canções, da escolha do instrumento musical, da tonalidade, do andamento, suas questões subjetivas, compondo assim o seu fazer musical juntamente com o terapeuta.

Ainda relacionado ao fazer musical, Kairalla e Smith (2013) mencionam que o paciente ao compor um trecho musical, começa também a acreditar no seu potencial para compor novas experiências existenciais. Dessa maneira, assim como na experiência no *setting* musicoterapêutico que o paciente começa a explorar diferentes formas pelas quais os sons podem ser arrançados, percebidos e interpretados com resultados que considera satisfatórios, ele passa a acreditar que também possa fazer novos arranjos, explorar novos fazeres em diversas situações vivenciadas em sua vida.

Bruscia (2000) explica que a relação entre processo criativo e terapia está associada a examinar a situação em detalhe, identificando problemas e os desafios,

podendo explorar as opções e alternativas, utilizando todos os recursos disponíveis a fim de experimentar o que funciona na solução de problemas e selecionar a opção mais prazerosa e satisfatória, conseqüentemente organizando as decisões em um produto que seja belo e significativo.

Wazlawick, Camargo e Maheirie (2007) ressaltam que a música em Musicoterapia utilizada nos CAPS, possibilita aos pacientes compartilhar problemas, interagir com o outro ao dar apoio e auxílio no processo de solução das dificuldades vivenciadas, bem como a participação das atividades grupais favorecem para o surgimento de sentimentos positivos e a construção de vínculos interpessoais. Dessa forma, a música funciona como uma intermediadora das relações desenvolvidas no *setting*, facilitando o estabelecimento de novos vínculos através da conscientização de si e do outro. Além disso, a Musicoterapia favorece a mediação das relações, a ampliação de conhecimentos e potencialidades pessoais e desenvolvimentos acerca das relações sociais e culturais da localidade.

No entanto, os mesmos autores enfatizam que as atividades musicais, além dos benefícios, podem evocar sentimentos negativos, e que uma seleção de músicas inapropriadas pode desencadear alteração nos níveis de estresse e ansiedade, uma vez que os sentimentos e as reações despertadas pela música não são iguais para todas as pessoas. Por isso, Seki e Galheigo (2010) alertam sobre a importância de se levar em consideração a relação de cada sujeito com a música, uma vez que a música reporta a singularidade de cada pessoa, suas vivências pessoais, familiares e culturais, e, portanto, poderá interferir de forma positiva ou negativa de acordo com cada experiência vivida.

De acordo com esse pensamento, Cunha e Volpi (2008) indicam que a música escolhida pelo musicoterapeuta deverá entrar em sintonia com o clima emocional que este encontra no ambiente da interação, tendo em vista as necessidades de expressão do participante. Em relação a música do paciente, é importante considerar que essa expressa, comunica elementos de sua subjetividade e o musicoterapeuta deverá apoiá-lo, interagindo musicalmente para responder a esta demanda afetiva-emocional. Nessa troca interativa, a música pode auxiliar na comunicação de elementos da subjetividade da pessoa, na elaboração de sentimentos e na modificação da percepção que o participante constrói de seu estado atual.

As autoras sugerem que a musicalidade que se concretiza no momento da interação apresenta sentidos que se referem à situação da qual emergem, uma vez que a música como uma linguagem simbólica na qual predominam os sentidos sobre os

significados comunica afetos plurais e os eleva ao individual. Ou seja, ao entrar em contato com melodias ou canções todo um processo cognitivo e emocional se ativa na pessoa, desencadeando sentimentos, recordações e imagens que amplificam a percepção de si e dos acontecimentos, possibilitando associações a vivências anteriores, culturais, livres e/ou sinestésicas.

2.3.3 As Canções em Musicoterapia

Segundo Shapira (2007), cada indivíduo sente e percebe a música a partir da audição interna construída pelo ele, como um fundo emocional que ressoa por trás dos pensamentos, constituindo assim a musicalidade inerente ao ser humano. Dessa maneira, a experiência musical envolve diretamente a relação e a percepção do sujeito acerca de sua visão de mundo, podendo então considerar que a produção sonora manifestada nas experiências musicais revela o sujeito, mostrando muito como ele está no mundo, falando de sua estruturação psíquica, bem como até os limites de sua música interna.

Bruscia (2016) explica que em Musicoterapia a experiência musical do cliente é utilizada como metodologia primária, isto é, os processos de avaliação diagnóstica e tratamento se dá a partir do envolvimento do cliente com os diferentes tipos de experiências musicais. O autor descreveu quatro tipos de experiências musicais distintas, sendo elas: Improvisação, Recriação, Composição e Audição. Cada experiência tem suas peculiaridades e é definida por seus processos específicos de envolvimento, onde requer diferentes tipos de atitudes e comportamentos sensoriais e motores, bem como distintas habilidades e capacidades cognitivas e perceptivas. Cada uma evoca diferentes tipos de emoções e provoca diferentes processos interpessoais, tendo assim suas aplicações e seus potenciais terapêuticos particulares.

A prática da Musicoterapia descrita nesse trabalho explora duas das experiências musicais propostas por Bruscia (2016), a recriação e a composição musical. Para o autor, “recriar é um termo mais amplo que inclui representar, reproduzir, realizar ou interpretar qualquer parte de um trabalho musical já existente, seja isto feito com ou sem uma audiência” (p. 128). Segundo Bruscia (2000), a experiência musical de recriação consiste na execução de uma música, ritmo, trecho musical, canção composta previamente, seja cantando ou tocando um instrumento, reproduzindo dessa forma qualquer tipo de forma musical apresentada como modelo. Dessa forma, é indicada para pessoas que necessitam de estrutura para desenvolver habilidades específicas e funções comportamentais, bem

como para auxiliar no entendimento e na adaptação de ideias e sentimentos de outros em busca de sua própria identidade, uma vez que as experiências recriacionais favorecem a identificação dos próprios sentimentos como o do outro.

Arndt e Volpi (2012) consideram que a recriação musical envolve um processo criativo efetivo, onde a canção ao ser recriada passa a ser de quem a executa, dominada por seu modo de interpretação, suas emoções e seus conteúdos subjetivos expressos na letra da canção e na construção de sentidos. Corroborando com esse pensamento, Craveiro de Sá (2006) menciona que ao reproduzir uma canção o cliente apropria-se dela, passando a ter um significado próprio quando ali re-criada.

Chagas (2001) aponta que a recriação oferece um lugar para autoexpressão em um processo de resgate de si, privilegiando a pessoa como o sujeito da ação. Dessa forma, o papel do musicoterapeuta é auxiliar o indivíduo nessa apropriação da canção favorecendo a conexão com todas as dimensões do seu ser, propiciando a resolução de conflitos a partir da possibilidade polissêmica da música e a capacidade do ser humano de significar as coisas.

Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001) enfatizam que o canto é um elemento estruturante presente em todas as etapas da vida humana, fazendo parte de seu universo simbólico em todas as culturas. Assim sendo, a canção se apresenta como veículo autoexpressivo que pode ser utilizado para facilitar a emersão e a liberação de conteúdos internos, uma vez que o cliente lança mão da música composta por outras pessoas em busca de expressar seus próprios sentimentos.

Os mesmos autores ressaltam ainda que a autoexpressão propiciada pelo canto, promove a comunicação, a integração do indivíduo consigo e com o outro, bem como favorece o vínculo terapêutico, uma vez que ao cantar o ser humano cria ordens e estruturas, projetando combinações de notas que permitem expressar os seus sentimentos e o que se sabe sobre o sentimento humano. Dessa forma, o canto é considerado como “o instrumento que habita nossos corpos, fazendo com que funcionemos como caixas de ressonância, de onde expressamos todo o movimento do que é vitalmente sentido” (p. 109).

Craveiro de Sá (2006) salienta que são muitas as potencialidades do uso terapêutico da canção, sendo esta capaz de promover a abertura do canal de comunicação, podendo ser utilizada como atividade projetiva e receptiva proposta para acessar o cliente afim de facilitar a expressão de conteúdos internos.

Arndt e Volpi (2012) mencionam que, em um de seus estudos, a utilização de canções permitiu dar voz ao sofrimento intenso dos sujeitos, por meio da escolha e da execução de canções. Dessa maneira, as autoras mencionam que a experiência de recriação musical propiciou um território seguro para a composição das identificações, dos insights, de resgate e de relação. Consideram que o repertório emergido do grupo, bem como a construção desse território de suma importância no trabalho terapêutico no favorecimento da abertura de um espaço para o acolhimento dos conteúdos emocionais manifestados por meio do repertório.

Austin (2008) afirma que os momentos mais significativos acontecem quando, em um trabalho musicoterapêutico, o cliente começa a cantar, uma vez que favorece o emergir de sentimentos poderosos, insights e memórias e os clientes fazem conexões profundas com eles mesmos. Barcellos (2009) enfatiza que é primordial que se entenda que a música é uma forma simbólica e que, por isto, tem o potencial de significar e ressignificar as experiências humanas e de promover a saúde.

Ao traduzir o sofrimento emocional, a canção traz lembranças, narra histórias, compõe momentos, e os conteúdos trazidos em canção, podem representar experiências muito dolorosas e a melodia e os acontecimentos musicais podem acolher a narração musicada, sendo que em outros momentos pode propiciar a sensação de alívio e promover o resgate do prazer, do ser, do desejo (ARNDT e VOLPI, 2012).

Segundo Barcellos (2009), a canção pode ser uma metáfora que permitirá a revisão necessária da realidade individual do paciente, recriando sua história através do imaginário, possibilitando que o mesmo reescreva, ressignifique o que necessita ser revivido para ser elaborado.

Aqui, o real e o ficcional, o verdadeiro e o falso, o representado com o imaginado, o universal e o particular – misturando o ficcional e realidade, separados pela lei do discurso, mas amalgamados no canto – podem estar a serviço da expressão do não-dito, mas sentido”. (p. 165)

Em Musicoterapia, lançar mão do uso da voz é compreender o que é postulado por Austin (2008), que na Musicoterapia a voz é o primeiro instrumento, ou seja, é com o que nós nascemos, é a voz do próprio corpo. Com a voz nos expressamos, com a voz entoamos nossos sentimentos, com a voz contamos sobre nós mesmos.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo do tipo antes e depois, de metodologia mista, que buscou investigar as possíveis contribuições da musicoterapia no tratamento de um grupo de adolescentes automutiladores acolhidos no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi).

Freire (2010) afirma que a pesquisa quantitativa/qualitativa é capaz de cruzar os dados quantitativos (objetivos) com os qualitativos (subjetivos), de forma a aumentar as possibilidades de aproximação com o objeto de estudo e de garantir maior confiabilidade/imparcialidade na análise dos resultados.

Esta pesquisa visou demonstrar os efeitos da Musicoterapia frente à multiplicidade de dimensões presentes na automutilação em adolescentes, uma vez que esta realidade é complexa. Vale salientar que, durante a pesquisa de campo, não houve alteração da conduta médica em relação a terapêutica medicamentosa.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na sala de Musicoterapia do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Água-viva. Unidade que pertence ao Distrito Sanitário Centro-Campinas, da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Goiânia-GO. Este local que foi escolhido em razão desta Unidade ser uma referência na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, além disso sua adequação em termos de espaço, por possuir os instrumentos musicais e materiais necessários para a realização da pesquisa.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. Usuários com idade entre 12 e 17 anos.
2. Usuários que apresentassem, a automutilação como principal fator motivador para a procura de tratamento, independente da presença ou não de outras comorbidades.
3. Disponibilidade para preencher os questionários utilizados no estudo.

4. Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais e/ou responsáveis, bem como o Termo de Assentimento de Participação pelos adolescentes.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Usuários com lentificação psicomotora, ou algum sintoma que implicasse em prejuízo da compreensão ou preenchimento dos questionários.
2. Usuários com quadros psicóticos ou depressão grave com ideação suicida proeminente onde a internação for indicada.
3. Usuário cuja automutilação fosse secundária a síndromes psicóticas, retardo mental ou outra síndrome com impacto invasivo no desenvolvimento.

3.5 ENCAMINHAMENTO DOS PARTICIPANTES PARA A PESQUISA

Primeiramente foi realizado um contato por telefone com os responsáveis pelos adolescentes com perfil para essa pesquisa, e aqueles usuários cadastrados que não atenderam aos critérios de inclusão foram encaminhados a outras modalidades de atendimento dentro do serviço ou, se necessário, a outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Os usuários foram avaliados pelos serviços de psiquiatria, psicologia e pelo musicoterapeuta autor deste trabalho. Para avaliação clínica descritiva dos usuários com automutilação, todos os prontuários foram revisados de forma sistemática para levantamento das características clínicas do quadro de automutilação (idade de início, tipos de automutilação empregados, motivos para automutilação, história de tratamentos prévios).

3.6 ATENDIMENTOS MUSICOTERAPÊUTICOS

Os atendimentos (intervenções musicoterapêuticas) foram realizados em um período de três meses, incluindo as etapas de avaliação inicial e final, bem como uma devolutiva para os responsáveis. A frequência dos atendimentos foi semanal, em dias e horários estabelecidos de acordo com a disponibilidade dos participantes da pesquisa.

Todas as intervenções tiveram duração entre 50 e 60 minutos e foram realizadas coletivamente, com um grupo fechado de até dez participantes, na etapa de intervenções musicoterapêuticas e, individualmente, nas etapas referentes às avaliações.

Durante os encontros foram utilizadas as experiências musicais de re-criação musical, audição musical e composição musical. Estas experiências foram escolhidas por se acreditar que, por meio de sua utilização, pudessem ser alcançados os objetivos estabelecidos para o trabalho musicoterapêutico. Os atendimentos musicoterapêuticos seguiram uma estrutura pré-estabelecida, contendo três momentos: de acolhimento e canção inicial; de desenvolvimento, realizado através de atividades semi-estruturadas utilizando as técnicas de re-criação, audição e composição musical; e, de finalização ou processamento, encerrando com uma palavra ou frase que significasse a experiência vivida para cada participante.

Durante toda a pesquisa, o musicoterapeuta/autor contou com a supervisão e a orientação da Prof^a. Dra. Claudia Regina de Oliveira Zanini, que auxiliou quanto à condução em todas as fases do presente estudo.

3.7 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Utilizou-se a Escala de Comportamento de Automutilação (*Functional Assessment of Self-Mutilation* - FASM). Esta escala aborda a ocorrência de onze diferentes tipos de automutilação durante o último ano, e nos casos afirmativos, sua frequência, formas, meios utilizados e razões da automutilação. Foi criada por Richardson et al (2007), sendo traduzida para o português por Sandra Scivoletto e Jackeline S. Giusti (GIUSTI, 2013).

A Escala de Impulsividade de Barrat - versão 11 (*Barrat Impulsivity Scale*) (BIS-11) também foi aplicada para avaliação da impulsividade, que é composta por 30 itens autoaplicáveis (Idid.) Esta escala contempla três dimensões da impulsividade: falta de atenção, impulsividade motora e falta de planejamento.

A obtenção de dados qualitativos, aconteceu no decorrer do processo musicoterapêutico por meio relatórios e gravações das sessões com o grupo, procurando conhecer a realidade estudada, suas características e seus problemas.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Música e Artes Cênicas e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás. Somente participaram desta pesquisa os usuários que assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE – Anexo 2) e que tiveram a assinatura de pais e/ou responsáveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 1).

3.9 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada comparando-se as pontuações individuais (escores) obtidas nas Avaliações Inicial e Final, realizadas pré e pós período de intervenções musicoterapêuticas, através da aplicação da escala FASM e BIS-11.

Os dados quantitativos foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão 23, adotando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A caracterização da amostra e descrição do BIS 11 e FASM foi realizada por meio de estatísticas descritivas, frequência absoluta (n) e relativa (%); e média e desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. A normalidade dos dados foi verificada a partir do teste de Shapiro-Wilk. A comparação da evolução do BIS 11 e FASM antes e após a avaliação foi realizado utilizando os testes de Wilcoxon e Qui-quadrado.

Quanto aos dados qualitativos, foram analisadas as interações dos participantes com a música, com os demais participantes e com o musicoterapeuta pesquisador, nas intervenções musicoterapêuticas propostas; e os dados coletados nas entrevistas iniciais e finais. Após o levantamento e a análise de todos os dados, os mesmos foram discutidos frente à revisão de literatura.

4. RESULTADOS E ANÁLISES

Este capítulo apresenta os resultados e as análises dos dados obtidos através dos dados quantitativos (questionários aplicados antes e após o processo musicoterapêutico) e dos dados qualitativos (gravações de áudio, relatórios de atendimentos e depoimentos finais), confrontando-os com a revisão de literatura apresentada anteriormente.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Inicialmente, foram entrevistados dez usuários. No entanto, um deles abandonou o atendimento institucional do CAPSi e participou somente de duas sessões iniciais do grupo. Assim, a presente pesquisa teve a participação de nove adolescentes sendo dois do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idades entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos. De acordo com os dados adquiridos no prontuário todos os participantes da pesquisa foram considerados de baixa renda, apesar do SUS receber qualquer usuário, tendo em vista os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Os dados apresentados a seguir foram obtidos a partir das fichas musicoterapêuticas aplicadas no início da pesquisa. Dos participantes do grupo, 66,7% relataram ter tido algum tipo de vivência musical, sendo elas brincadeiras de roda, participação de atividades escolares que envolveram dança, canto e/ou coral, iniciação da aprendizagem de um instrumento, em geral o violão e/ou teclado, apresentações de rap, entre outros. Também foram mencionadas atividades como participação em bandas musicais e fanfarras, bem como a experiência musical dos pais.

Dentre os instrumentos aos quais os participantes já tiveram acesso, o violão foi o mais citado, sendo que 6 dentre os 9 participantes já tivera acesso ao instrumento, seja por meio de um familiar que toca o instrumento, seja pela a iniciação na aprendizagem desse instrumento. Bateria, Guitarra e Violão foram mencionados como o “instrumento que mais chamam a atenção” (questão da ficha musicoterapêutica). Sendo que 28,6% dos adolescentes mencionaram violão e/ou guitarra e 21,4% mencionaram bateria. Em relação aos sons que incomodam, três adolescentes disseram se sentir incomodados com funk, ou cantor relacionado ao estilo, uma participante mencionou que o som grave é incomodo, e outra mencionou que “barulho” de construção causava incomodo.

A tabela 1 apresenta os dados que caracterizam os participantes desse estudo. Os dados estão apresentados em números absolutos (n) e relativos (%), com suas médias mínimas e máximas.

Tabela 1. Caracterização dos participantes/usuários da pesquisa

	Média \pm DP	Min. - Máx.
Idade	15,1 \pm 2,3	12,0 - 18,0
	N	%
Sexo		
Feminino	7	77,8
Masculino	2	22,2
Nº de irmãos		
1	4	44,4
2 a 4	5	55,6
Vivência musical		
Não	3	33,3
Sim	6	66,7
Algum som te incomoda		
Não	3	33,3
Sim	6	66,7
Tem instrumento musical		
Não	7	77,8
Sim	2	22,2
Instrumento que mais chama atenção*		
Bateria	3	21,4
Contra baixo	1	7,1
Guitarra	4	28,6
Saxofone	1	7,1
Teclado	1	7,1
Violão	4	28,6

*Frequência cumulativa: o participante podia escolher mais de uma opção.

4.2. DADOS QUANTITATIVOS

Os dados apresentados a seguir referem-se aos dados coletados a partir dos instrumentos citados na metodologia.

4.2.1 Dados dos questionários FASM e FASM-2

A seguir apresentamos os dados iniciais dos questionários FASM e FASM-2, coletados antes do início dos atendimentos musicoterapêuticos e os dados finais, coletados após a finalização dos atendimentos.

Tabela 2. Caracterização da amostra acerca dos comportamentos de automutilação.

	N	%
Tempo gasto antes de executar		
≤ 1h	5	55,6
>1h	1	11,1
Não informado	3	33,3
Idade quando se feriu pela 1º vez		
≤ 12 anos	7	77,8
> 12 anos	2	22,2
Não informado	0	0,0

A partir dos dados apontados na tabela 2, podemos identificar que 55,6 % dos participantes gastaram um tempo menor ou igual a uma hora pensando em realizar um dos atos descritos no questionário, enquanto 11,1%, relatou gastar mais de uma hora para executar os atos descritos. Em relação a idade dos primeiros comportamentos de automutilação, 77,8% relataram que tinham idade igual ou inferior a 12 (doze) anos, e 22,2 % mencionaram que tinham idade superior a 12 (doze) anos.

A tabela 3 apresenta os resultados obtidos no questionário FASM antes e após a intervenção musicoterapêutica. De acordo com os dados pode-se observar a diminuição dos comportamentos de automutilação, sendo que 33,3% dos adolescentes continuaram tendo algum dos comportamentos descritos pelo questionário. Os dados apontam uma significância também para o comportamento de cortar a pele, havendo uma redução do comportamento após as intervenções musicoterapêuticas. Embora não tenha sido encontrada uma significância estatística, pode-se observar que houve redução dos comportamentos de: autotatuar, queimar-se, beliscar até sangrar e arranhões na pele.

Tabela 3. Resultado da comparação dos itens do FASM antes e após a avaliação.

	Avaliação n (%)		p*
	Antes	Após	
Cortar a pele	9 (100,0)	6 (66,7)	0,02
Bater em si mesmo	5 (55,6)	7 (77,8)	0,31
Arrancar cabelos	5 (55,6)	6 (66,7)	0,63
Autotatuar	3 (33,3)	1 (11,1)	0,25
Cutucar ferimentos	6 (66,7)	6 (66,7)	1,00
Queimar-se	6 (66,7)	4 (44,4)	0,34
Inserir objetos sob a pele	3 (33,3)	4 (44,4)	0,62
Morder-se	7 (77,8)	7 (77,8)	1,00
Beliscar até sangrar	6 (66,7)	4 (44,4)	0,34
Arranhões na pele	8 (88,9)	6 (66,7)	0,26
Esfolar-se	4 (44,4)	5 (55,6)	0,63
Outros	3 (33,3)	4 (44,4)	0,62
Já teve algum dos comportamentos	9 (100,0)	3 (33,3)	0,01
Estava tentando se matar	4 (44,4)	3 (33,3)	0,62

*Teste do Qui-quadrado; frequência negativa foram omitidas

A tabela 4 demonstra o resultado do questionário FASM 2 e a comparação dos resultados antes e após os atendimentos musicoterapêuticos. Os dados apontam uma significância para a redução dos comportamentos movidos pelas razões: parar sentimentos ruins, mostrar desespero, deixar o outro com raiva e sentir-se relaxado.

Embora não houvesse significância estatística, os dados (números em valores absolutos e porcentagens) apontaram para a redução de comportamentos pelas razões: não ir à escola, aliviar sensações de vazio, chamar a atenção, controlar a situação, fazer outra pessoa mudar, evitar ser punido, fazer algo quando está sozinho e pedir ajuda.

Tabela 4. Resultado da comparação das razões (FASM 2) antes e após a avaliação.

	Avaliação n (%)		<i>p</i> *
	Antes	Após	
Para não ir à escola	4 (44,4)	2 (22,2)	0,31
Aliviar sensações de vazio	9 (100,0)	8 (88,9)	0,30
Chamar atenção	4 (44,4)	2 (22,2)	0,32
Sentir alguma coisa, mesmo que dor	8 (88,9)	8 (88,9)	1,00
Evitar fazer algo chato	1 (11,1)	3 (33,3)	0,25
Controlar uma situação	6 (66,7)	5 (55,6)	0,63
Testar reação de alguém	3 (33,3)	4 (44,4)	0,63
Receber mais atenção	4 (44,4)	4 (44,4)	1,00
Evitar outras pessoas	3 (33,3)	4 (44,4)	0,62
Para se castigar	8 (88,9)	6 (66,7)	0,25
Fazer outra pessoa mudar	5 (55,6)	3 (33,3)	0,34
Se parecer com alguém que respeita	1 (11,1)	1 (11,1)	1,00
Evitar ser punido	2 (22,2)	1 (11,1)	0,52
Parar sentimentos ruins	9 (100,0)	6 (66,7)	0,02
Mostrar desespero	7 (77,8)	3 (33,3)	0,04
Fazer parte de um grupo	2 (22,2)	2 (22,2)	1,00
Fazer que seus pais te dar atenção	3 (33,3)	3 (33,3)	1,00
Fazer algo quando está sozinho	5 (55,6)	3 (33,3)	0,34
Fazer algo quando está com outros	1 (11,1)	1 (11,1)	1,00
Pedir ajuda	7 (77,8)	3 (33,3)	0,05
Deixar outros com raiva	0 (0,0)	3 (33,3)	0,03
Sentir-se relaxado	9 (100,0)	6 (66,7)	0,03
Outros	4 (44,4)	3 (33,3)	0,63

*Teste do Qui-quadrado; frequência negativa foram omitidas

4.2.2 Dados do questionário BIS-11

A seguir apresentamos os dados do questionário BIS-11, coletados antes e após o período de atendimentos musicoterapêuticos.

Os dados apresentados na tabela 5, demonstram a comparação dos resultados obtidos antes e após a intervenção musicoterapêutica. Embora os dados não demonstrem significância estatística, podemos observar uma redução no domínio “Impulsividade Motora”.

Tabela 5. Resultado da comparação dos domínios do BIS 11 antes e após a avaliação.

	Avaliação (Média ± Desvio padrão)		<i>p</i> *
	Antes	Após	
Impulsividade motora	22,0 ± 5,9	25,4 ± 6,0	0,07
Atencional	21,0 ± 5,7	21,9 ± 4,0	0,44
Não planejamento	30,8 ± 4,1	30,2 ± 4,3	0,63

*Teste de Wilcoxon

Observamos que, embora o valor absoluto do escore desse domínio apresente um aumento de aproximadamente 22,0 para 25,4, a análise é feita pela inversão dos valores do escore do domínio. Dessa forma, podemos considerar que houve uma redução do escore e não um aumento. Acreditamos que essa redução da impulsividade motora seja resultado das atividades rítmicas e de relaxamento.

A tabela 6 apresenta a comparação dos resultados de antes e depois da Musicoterapia para cada um dos itens do questionário BIS-11. Foi encontrado significância para os itens: planeja viagem, tem autocontrole e age no calor do momento, sendo que esse último comportamento apresentou um aumento após o término das sessões de Musicoterapia.

Tabela 6. Resultado da comparação dos itens do BIS 11 antes e após a avaliação.

	Avaliação (Média ± Desvio padrão)		<i>p</i> *
	Antes	Após	
Planeja tarefas cuidadosamente	2,9 ± 0,9	2,8 ± 1,1	0,74
Faz coisas sem pensar	2,9 ± 1,4	2,9 ± 1,2	1,00
Toma decisões rapidamente	2,8 ± 1,3	3,0 ± 0,9	0,52
É despreocupado	2,1 ± 1,2	2,4 ± 1,0	0,41
Não presta atenção	2,1 ± 1,3	2,6 ± 1,0	0,34
Pensamentos que se atropelam	3,2 ± 0,8	3,0 ± 1,1	0,48
Planeja viagens	3,3 ± 0,9	2,9 ± 0,9	0,04
Têm autocontrole	3,6 ± 0,5	2,2 ± 1,0	0,03
Se concentra facilmente	2,9 ± 1,2	2,8 ± 1,3	0,83
Economiza regularmente	2,6 ± 1,2	3,0 ± 1,0	0,23
Se contorce	2,4 ± 1,1	2,7 ± 1,2	0,41
Pensa nas coisas com cuidado	2,5 ± 0,9	2,8 ± 0,8	0,48
Planos para se manter no emprego	2,5 ± 1,1	2,9 ± 1,2	0,77
Fala coisas sem pensar	3,0 ± 1,0	2,9 ± 0,8	0,56

Pensa em problemas complexos	3,3 ± 1,2	2,8 ± 1,0	0,26
Troca de emprego	1,0 ± 0,0	1,1 ± 0,3	0,32
Age com impulso	2,9 ± 1,2	3,0 ± 0,9	0,65
Entediado com facilidade	2,8 ± 1,5	2,9 ± 1,1	0,92
Age no calor do momento	2,4 ± 1,1	3,0 ± 1,0	0,04
Mantém o raciocínio	2,2 ± 1,1	1,9 ± 0,9	0,55
Troca de casa	1,0 ± 0,0	1,1 ± 0,3	1,00
Compra por impulso	2,1 ± 1,1	2,2 ± 1,1	0,65
Pensa uma coisa de cada vez	1,7 ± 0,7	2,1 ± 1,3	0,38
Troca de hobby	1,8 ± 1,1	2,3 ± 1,2	0,24
Gasta mais do que ganha	1,3 ± 1,0	2,0 ± 1,3	0,10
Outras ideias vem à cabeça	3,3 ± 0,9	3,6 ± 0,7	0,32
Mais interesse no presente que no futuro	2,9 ± 1,2	2,7 ± 1,1	0,68
Inquieto em aulas	3,4 ± 0,9	3,1 ± 1,1	0,85
Gosta de jogos	2,4 ± 1,2	2,4 ± 1,3	1,00
Se prepara para o futuro	2,2 ± 1,1	2,8 ± 1,0	0,24

*Teste de Wilcoxon

4.3. DADOS QUALITATIVOS

A seguir apresentamos os dados qualitativos referentes aos treze (13) atendimentos musicoterapêuticos realizados. Foi considerado esse número de atendimentos conforme previsto na metodologia descrita anteriormente, sendo que o primeiro e o último encontro foram destinados à aplicação dos questionários.

Após explanações iniciais, segue as descrições das sessões, que foram elaboradas a partir dos relatórios dos atendimentos, dos estudos dos questionários, dos depoimentos dos participantes e das observações feitas a partir de gravações em áudio das sessões de Musicoterapia.

4.3.1 Descrição das Sessões e Análise Musicoterapêutica

A seguir apresenta-se uma descrição dos atendimentos musicoterapêuticos realizados, seguidos de observações e explanações sobre o decorrer do processo, ou seja, a análise musicoterapêutica, relacionando a leitura do fazer musical, o contexto clínico dos participantes e as ações desenvolvidas (métodos e técnicas musicoterapêuticas utilizados), embasando-se no referencial teórico apresentado inicialmente. Foram atribuídos nomes fictícios aos adolescentes (nomes de instrumentos musicais), com a finalidade de preservar a identidade dos mesmos. Durante a descrição e análise das

sessões iremos utilizar a primeira pessoa do singular para descrever as ações e percepções do musicoterapeuta/pesquisador.

OS PRIMEIROS ENCONTROS - SESSÕES 1 e 2

No primeiro encontro, foi realizado inicialmente o acolhimento dos participantes presentes no grupo: Agogô, Afoxé, Rabeca, Gaita. Foram apresentados também o tipo de serviço que seria prestado a esse grupo, a equipe que conduziria os trabalhos e os instrumentos de coleta de dados pertinentes a pesquisa.

A partir de então iniciamos a aplicação dos questionários *Functional Assesment of Self-Mutilation* – FASM e a *Barrat Impulsivity Scale* – BIS 11, respectivamente. Os questionários foram aplicados pela psicóloga colaboradora desse estudo. As dúvidas, que durante o preenchimento dos questionários foram surgindo, foram sanadas imediatamente.

Assim que se encerrou o preenchimento dos questionários, reservamos alguns minutos para comentários, mas nenhum participante quis fazer uso da palavra, houve uma despedida entre os presentes e encerramos a sessão.

Na segunda sessão, realizou-se inicialmente o acolhimento dos participantes presentes no grupo: Afoxé, Prato, Rabeca, Viola, Bongô, Oboé, Gaita e Bandolin. Em seguida foi apresentado aos presentes um novo instrumento de coleta de dados, agora específico da musicoterapia, a Ficha Musicoterapêutica.

A Ficha Musicoterapêutica tem como principal objetivo conhecer os gostos musicais do paciente, bem como a história sonoro-musical, sendo considerada uma etapa fundamental para o processo musicoterapêutico, considerando a relação e as reações de cada indivíduo com a música e seus elementos o que justifica a utilização da música como terapia (BARCELLOS, 2016).

Aqueles participantes que não se fizeram presentes no primeiro encontro foram convidados e orientados a preencher os formulários anteriores, além do preenchimento da ficha musicoterapêutica solicitada no dia de hoje.

Em seguida informei aos usuários (participantes da pesquisa) que somente validaríamos os dados daqueles que obtiverem a frequência mínima de 70% do total de 12 encontros, dito de outra forma, para validar os dados de um participante do estudo é necessário que o mesmo tenha comparecido no mínimo em 8 encontros.

Bandolim e Prato manifestaram aparente desconforto durante a aplicação dos questionários. Dessa forma, como previsto, antes de encerrar a sessão, foi aberto um espaço para comentários. Bandolim justificou seu desconforto dizendo que sentia muita fome naquele momento e em seguida Prato também afirmou que não havia almoçado neste dia e já passava das 15:00 horas. O grupo foi informado que o CAPSi disponibiliza uma refeição quando solicitado e justificada necessidade com antecedência pelo usuário ou familiar.

Rabeca e Gaita afirmaram ter gostado de responder aos questionamentos. Oboé, Viola e Afoxé não quiseram comentar. Expliquei a todos que os instrumentos de coleta de dados são necessários para a produção de informações cruciais ao estudo e, portanto, não poderia deixar de ser cumprida essa etapa.

Após a saída dos demais participantes Viola me procurou para informar que não participaria mais dos atendimentos no grupo. Segundo a mesma, o motivo seria sua excessiva timidez. Viola foi orientada no sentido de que provavelmente o motivo de seu encaminhamento para esse grupo terapêutico tenha sido no sentido de entendermos que os objetivos terapêuticos desse grupo seja proporcionar oportunidades onde ela possa compreender melhor essa dificuldade, e a instrumente a enfrentá-la de maneira mais adaptada. Assim sendo, Viola prosseguiu participando do grupo. No entanto Bandolim só participou desse encontro.

INICIANDO O PROCESSO - SESSÕES 3 e 4

Inicialmente, na terceira sessão, foram acolhidos os participantes: Prato, Piano, Agogô, Gaita, Bongo, Rabeca. Foi realizado um exercício de sensibilização direcionado, utilizando a prática da respiração objetivando o controle da ansiedade e dos impulsos. Rabeca afirma que sofre com a ansiedade exacerbada e complementa dizendo que percebe que seu ritmo respiratório se altera nesses momentos de crise. Gaita citou um exemplo que aconteceu antes de chegar ao atendimento, quando seu pai lhe perguntou se ela estava nervosa quando entrou no carro, afirmando que seu pai percebeu o seu ritmo respiratório irregular. Bongo afirma que durante o exercício de respiração sentiu um peso nos ombros e caixa torácica. Quando Agogô foi convidada a comentar sobre essa atividade, afirma não saber o que dizer. Em seguida eu solicitei que ela dissesse apenas uma palavra sobre a atividade realizada e ela respondeu “normal”. Prato também resumiu sua experiência

utilizando a palavra “normal”. Piano afirmou que se sentiu mais “relaxado” - SIC com a realização desta atividade.

Willhelm, Andretta e Ungaretti (2015) demonstram em estudo que a respiração é uma técnica mais efetiva para diminuição da ansiedade, uma vez que diminui e previne a hiperventilação, diminuindo sintomas autonômicos e a tensão muscular, favorecendo o relaxamento.

A partir deste momento foi proposta uma apresentação dos participantes do grupo em 5 passos respectivamente: 1 – Diga seu nome e todos repetem; 2 – Diga seu nome seguido de um gesto; 3 – como as pessoas te chamam; 4 – Cada participante canta seu nome da maneira que quiser e todos repetem; 5 – (jogue seu nome na roda) todos dizem seus nomes ao mesmo tempo. Todos os participantes, em alguma medida, ofereceram resistência em um dos passos propostos nessa apresentação, todavia todos atenderam as consignas.

Rabeca afirmou que foi difícil porque não gosta do seu nome, Bongô afirma que gostou, porém afirma ter dificuldade com atividades que sejam necessárias esse nível de exposição, Gaita afirma que foi uma experiência “diferente” porém difícil de ser realizada, Agogô afirma que foi mais difícil dizer como alguém a chama pelo seu nome, e em seguida diz que se sentiu envergonhada. Prato disse que foi uma experiência “legal” e que não teve dificuldades em atender as propostas, Piano disse que foi uma experiência inusitada, mas gostou de ter realizado as propostas.

A dificuldade em relação a essa atividade pode estar relacionada a autopercepção, a autoimagem, uma vez que o nome pelo qual somos chamados, reflete a nossa singularidade, nos identificando como pessoas no mundo, nos individualizando.

Segundo Santos (2003), a identidade é um conceito do qual faz parte a ideia de distinção, de uma marca de diferença entre as pessoas, a começar pelo nome. O nome é único, mesmo existindo várias pessoas com os nomes iguais, seguido de maneiras físicas, de modos de agir, de pensar e da história pessoal. Segundo a autora, o nome é o primeiro sinal da identidade de cada indivíduo, a palavra que lhes está mais próxima, que é parte de sua pessoa, sendo que é por meio dele que esse indivíduo é reconhecido.

A mesma autora descreve a importância do nome na alfabetização de crianças, ressaltando que sendo este, o primeiro material escrito, poderá servir de material de informação, de consulta e de conflitos, uma vez que ao se deparar com a forma gráfica do seu nome, a criança observa, compara, confronta e tira conclusões importantes a respeito do próprio universo. O nome próprio também pode fornecer equilíbrio nos

conceitos formulados, sendo que em algumas fases da infância há uma crença em que grandes pessoas possuem grandes nomes e vice-versa.

Considera-se que a atividade relatada promove, ainda que por gesto, que esses adolescentes visualizassem seu nome, assim como na escrita. Dessa forma, favorece a comparação, o confronto com a identidade do outro e, principalmente, com a própria identidade, gerando o desconforto, uma vez que a construção da identidade é considerada o momento mais decisivo da transição do adolescente para a fase adulta.

Segundo Erikson (1972 apud SCHOEN-FERREIRA e AZNAR-FARIAS, 2010), a construção da identidade está associada com a definição de quem a pessoa se torna, envolvendo o reconhecimento de seus valores, bem como dos direcionamentos que esse ser irá seguir em sua vida. Para o autor, a identidade é uma percepção de si mesmo, imbricada dos princípios, crenças e objetivos com os quais cada pessoa está engajada e comprometida.

Schoen-Ferreira e Aznar-Farias (2010) informa que a construção da identidade é influenciada por: 1- aspectos intrapessoais - compreendidas pelas qualidades que o indivíduo adquire da personalidade e de suas capacidades inatas; 2- aspectos interpessoais – que envolve a identificação com o outro; 3- aspectos culturais – que está associado aos valores socioculturais que o indivíduo recebe durante sua vida.

Após os comentários relacionados ao relaxamento, foi proposta a audição das preferências musicais de cada participante escolhidas aleatoriamente. Bongô escolheu a música “Sorvete de Pistache” - eu sou a Gabe, Rabeca escolheu a música “Pulsos” da cantora Pitty e finalizamos a audição com a música “The Devil in I” da banda Slipknot escolhida por Piano. Solicitei que cada um escrevesse no quadro branco uma palavra que tenha significado a sua experiência durante a atividade proposta, e as palavras que surgiram foram: Forte – Gaita, Alívio – Rabeca, Alegria – Prato, Passado – Piano, Sentimento – Agogô, Suicídio – Bongô. Após este ato encerramos esta sessão.

Para a quarta sessão, foram acolhidos os participantes: Prato, Piano, Bongô, Rabeca, Gaita, Afoxé, Agogô, Viola. No primeiro momento fizemos um exercício de sensibilização e percepção do ritmo respiratório, após o término dessa experiência passei a palavra e a única pessoa que quis comentar foi Viola. Esta afirmou que a experiência foi difícil, porém descreveu uma sensação “boa” logo após finalizar a proposta.

Após esse momento dei prosseguimento as audições musicais dos participantes presentes que ainda não haviam sido contemplados com suas canções. Iniciamos as audições com a música “Hoje Cedo” do cantor *Emicida*, escolhida por Prato. Em seguida

ouvimos a música “Power” do grupo *EXO* escolhida por Gaita, depois ouvimos a música “Thunder” do grupo *Imagine Dragons* escolhida por Afoxé, na sequência ouvimos a música “Rap Lord” do grupo *Haikaiss* escolhida por Agogô e finalizamos a escuta musical com a canção “Chega” de *Gabriel Pensador* escolhida por Viola. Após o término das audições musicais dos participantes presentes foi proposto que cada um escrevesse no quadro branco uma palavra que descrevesse sua experiência neste dia: Prato escreveu “bom”, Afoxé escreveu “bacana”, Viola escreveu “topzeira”, Bongô escreveu “ecclético”, Rabeca escreveu “descontraído”, Agogô escreveu “interessante”, Piano escreveu “legal” e Gaita escreveu “alegre”. Assim finalizamos a sessão.

Algo que me chamou a atenção nessa sessão é que na eleição das músicas para audição em grupo, não percebemos estilos muito contrastantes, embora muitos participantes tenham relatado gostar de outros estilos como sertanejo, brega, funk, predominando o rock, pop, rap. Dessa forma, considero que há uma coesão grupal.

Segundo Amaral (2007) a coesão é o resultado da aderência de uma pessoa ao grupo, direcionando para fidelidade em seu foco e a coerência nas suas ações. Vale ressaltar que um grupo só sobrevive se houver a manutenção atrativa entre seus membros.

Na mesma direção, Scola (2018) menciona que a implementação da coesão grupal no grupo surge quando um sentimento de atração entre os membros de um grupo é provocado, a partir de relações de pertencimento, afeto, confiança e respeito, favorecendo dessa forma a permanência das pessoas no grupo. Para o autor um grupo coeso reflete lealdade e compromisso de seus membros, marcado por vínculos entre os indivíduos e pela visão de mundo de cada um que está em consonância com o outro. Para que haja coesão grupal é essencial que os membros se sintam aceitos e valorizados.

Diante disso, considero que a escolha das músicas para a audição grupal foi influenciada pela necessidade de aceitação e valorização dos adolescentes participantes, uma vez que trazem estilos musicais mais próximos aos dos demais colegas, mesmo preferindo outros estilos.

Deschamps e Molliner (2009) evidenciam que a coesão grupal favorece a constituição da identidade social. Da mesma maneira, a coesão grupal é consolidada a partir do estabelecimento da identidade social. Assim, a interação é fundamental para o desenvolvimento do indivíduo, uma vez que os processos sociais mais complexos do ser humano são constituídos através da interação social envolvendo a construção das relações de amizade, trabalho, entre outras.

Coelho Junior (2008) menciona que as pessoas tendem a fazer escolhas relacionadas às escolhas dos grupos nos quais estão inseridos. Isso acontece à medida que vão sendo construídas as relações sociais. Dessa forma, segundo o autor, a motivação para a adesão a um grupo, bem como a manutenção da coesão a partir de aspectos identitários são fundamentais, onde a identidade social se apresenta pelo equilíbrio entre a motivação e a coesão grupal.

Ao escolherem músicas com estilos semelhantes ocorreu um processo de interação e integração entre o grupo, a partir de elementos de identificação por meio da música, os quais, os conteúdos emergidos de cada audição, acabaram ressoando em cada participante, seja de forma positiva ou negativa, a partir de vivências prévias que permitiram que os participantes se identificassem ou não com os conteúdos das canções trazidas.

Bruscia (2016) afirma que a experiência musical é um fenômeno individual e singular, uma vez que o fazer musical de cada indivíduo reflete a sua identidade como ser humano, trazendo revelando quem é essa pessoa e como ela age e reage frente as mais diversas situações propiciadas através da música.

Para Barcellos (1992), as interações musicais se estabelecem por meio do encontro com o outro, com o diálogo musical, uma vez que essas interações favorecem a expressão dos conteúdos internos de cada indivíduo, assim como promove a internalização da expressão do outro. A autora destaca que essa interação irá proporcionar ressignificação de conflitos por meio de novas perspectivas adquiridas pelo paciente a respeito de sua realidade.

PREPARANDO (RECRIANDO) PARA COMPOR - SESSÕES 5, 6 e 7

Participantes presentes na quinta sessão: Bongô, Gaita, Rabeca, Agogô, Viola, Afoxé, Prato. Iniciei a sessão propondo um exercício dirigido de respiração e consciência corporal.

Após o término da atividade Afoxé e Rabeca comentaram que foi “bom”, Bongô e Viola não quiseram comentar e apresentavam agitação psicomotora durante a realização da atividade. Prato permaneceu, durante a maior parte da atividade, sentado com a cabeça apoiada sobre os braços e joelhos e também não quis comentar sobre a atividade, Gaita permaneceu sentada com os olhos fechados e ao final disse que tem praticado essa atividade também nos momentos em que está “irritada”. A mesma ainda afirma que isso

tem favorecido seu autocontrole. Considero essa agitação como uma dificuldade de concentração e introspecção, uma fuga de olhar para si.

No segundo momento propus a todos que fizéssemos a audição de uma canção pré-selecionada por mim. Entreguei a todos (as) uma cópia da letra da canção: “Era Uma Vez” – Kell Smith. No momento em que estávamos preparados para ouvir a gravação original, Bongô solicitou que eu (musicoterapeuta) executasse a canção. Ainda surpreso com o pedido inesperado, considerei o pedido e assim executei a canção, todavia, antes de iniciar, solicitei que todos cantassem juntos, mas apenas Bongô, Gaita, Afoxé, Rabeca arriscaram alguns trechos da canção em forma de sussurros, os demais presentes apenas ouviram. Vale ressaltar que considerei esse pedido como um desafio. Após esse momento propus que fizéssemos a audição da gravação original da música. Em seguida, ouvindo o áudio original solicitei que cada participante selecionasse algum trecho da canção (figura 1) que mais lhe chamasse a atenção, para que ao final da audição pudéssemos comentar tais trechos escolhidos.

ERA UMA VEZ

Kell Smith

Era uma vez o dia em que todo dia era bom
Delicioso o gosto e o bom gosto das nuvens serem feitas de algodão
Dava pra ser herói no mesmo dia em que escolhia ser vilão
E acabava tudo em lanche, um banho quente e talvez um arranhão

Dava pra ver, a ingenuidade, a inocência cantando no tom
Milhões de mundos e universos tão reais quanto a nossa imaginação
Bastava um colo, um carinho e o remédio era beijo e proteção
Tudo voltava a ser novo no outro dia sem muita preocupação

**É que a gente quer crescer e quando cresce quer voltar do início
Porque um joelho ralado dói bem menos que um coração partido**

Dá pra viver mesmo depois de descobrir que o mundo ficou mau
É só não permitir que a maldade do mundo te pareça normal
Pra não perder a magia de acreditar na felicidade real
E entender que ela mora no caminho e não no final

**É que a gente quer crescer e quando cresce quer voltar do início
Porque um joelho ralado dói bem menos que um coração partido**

Era uma vez (era uma vez)

Figura 1. Letra da canção “Era uma vez” composta por Keylla Cristina dos Santos Batista, interpretada por Kell Smith.

Segundo Bruscia (2016), na experiência de audição, o indivíduo ouve música seja gravada, seja tocada ao vivo, respondendo de forma verbal, silenciosa ou por meio de outra modalidade. Essa experiência pode ter como objetivo trabalhar aspectos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais do ser humano, sendo que a resposta esperada irá variar conforme os propósitos terapêuticos da experiência.

A proposta realizada no contexto da pesquisa é descrita na categoria de “Discussão através da Canção” (Ibid.), em que, o terapeuta ao propor a audição de uma canção, tem como pressuposto que essa música engatilhe uma discussão acerca de assuntos importantes para os participantes no processo terapêutico. Dessa forma, após a audição, pedi que os participantes da atividade analisassem o significado da letra e compartilhassem, comigo e/ou com outros participantes do grupo, a relevância para si mesmo e para sua vida. Assim, os participantes relataram quais os trechos que lhes chamaram mais atenção, compartilhando a relação que a música tinha consigo.

Afoxé selecionou o trecho inicial da canção: “Era uma vez, o dia em que todo dia era bom, delicioso gosto e o bom gosto das nuvens serem feitas de algodão” e referiu que este trecho o remeteu a memórias de sua infância, quando fantasiava que as nuvens eram mesmo feitas de algodão.

Agogô selecionou o trecho: “Dava pra ser herói no mesmo dia em que escolhia ser vilão, e acabava tudo em lanche, um banho quente e talvez um arranhão”, e referiu que a escolha desse trecho se deu em razão das brincadeiras com seus pares onde, vez por outra, alguns se machucavam, mas no final acabava tudo bem.

Rabeca selecionou o refrão da canção: “É que a gente quer crescer, e quando cresce quer voltar do início, porque um joelho ralado dói bem menos que um coração partido”, e referiu que concordava com a afirmação de que quando criança a gente quer crescer, mas que quando se depara com as dificuldades que vida adulta impõe, queremos voltar a ser criança. Neste momento questionei a opinião dos participantes quanto ao concordar ou não com a afirmação presente na canção (“um joelho ralado dói bem menos que um coração partido”). Rabeca continuou dizendo que concordava sim e ainda reiterou que quando era criança e machucava o joelho ou qualquer outra parte do corpo tinha o afago e o carinho de sua mãe. Logo depois ela afirma que, nos dias atuais, ninguém se importa com o que ela está sentindo.

Bongô selecionou o trecho: “Dá pra viver, mesmo depois de descobrir que o mundo ficou mau” e afirma que o mundo não está tão mau assim, que ainda existem muitas pessoas boas por aí.

Viola selecionou o mesmo trecho que Bongô e ainda acrescentou: “É só não permitir que a maldade do mundo te pareça normal” e apenas comentou, sobre sua escolha, utilizando a palavra: “Top”.

Gaita selecionou o trecho: “Pra não perder a magia de acreditar na felicidade real, e entender que ela mora no caminho e não no final” e a mesma reiterou ainda que devemos ser felizes agora, com a vida que levamos, e não esperar algo que você deseja para ser feliz.

Para finalizar solicitei que cada participante escolhesse uma palavra que tivesse significado esse momento para cada um e a escrevesse no quadro. As palavras que surgiram foram: Bongô – Felicidade; Gaita – Liberdade; Rabeca – Infância; Prato – Bom; Viola - Vai Tope!; Afoxé - Nostalgia; Agogô – Carinho.

Através dos relatos dos adolescentes, pude verificar associações ligadas a infância deles, a maldade das pessoas, o sofrimento relacionado ao desenvolvimento e a transição para a vida adulta, bem como a necessidade de apoio, suporte e carinho.

Dessa forma, considero que a atividade realizada, alcançou os objetivos propostos para a utilização da experiência de audição musical, conforme a descrição de Bruscia: estimular os indivíduos; evocar estados e experiências afetivas; explorar ideias e pensamentos dos outros; facilitar a memória, a reminiscência e a regressão e conectar o ouvinte à comunidade ou ao grupo sociocultural.

Para Bruscia (2016), a música é capaz de expressar a emoção, bem como nossas vivências do dia-a-dia. Ao ouvir uma canção, diversos sentimentos e memórias podem ser evocados, uma vez que a audição de uma música associada com as conexões profundas que a experiência traz, favorece o acesso aos aspectos emocionais, sentimentos, memórias e esperanças de cada ser, como foi possível observar no relato dessa sessão.

Na sexta sessão estiveram presentes os participantes: Piano, Afoxé, Oboé, Gaita e Bongô.

Iniciei a sessão propondo um exercício dirigido de respiração e consciência corporal. Após o término do exercício deixei um tempo para comentários: Oboé, Agogô, Afoxé afirmaram que se sentiram desconfortáveis com olhos fechados e não se concentraram durante a atividade. Gaita, Bongô e Piano afirmaram se sentir mais relaxados após a atividade proposta.

Em seguida propus aos participantes que me dissessem, no entendimento de cada um, o que significava a palavra “Ritmo”. Bongô afirma que “muitas coisas tem ritmo”, Gaita afirma que ritmo é um elemento da música e da dança, Piano diz que ritmo é a batida, Afoxé diz que é o tempo da música, Oboé fala que cada instrumento musical tem um ritmo, Agogô afirma que cada pessoa tem um ritmo, um padrão.

Em seguida, acrescentando que ritmo está associado ao movimento, solicitei que cada participante escolhesse um dos instrumentos de percussão que estavam dispostos sobre a mesa. Bongô escolheu a Timba, Gaita escolheu a meia-lua, Piano e Oboé escolheram o pandeiro já que haviam 2 disponíveis, Afoxé escolheu as maracas (ovinhos) e Agogô o tamborim.

Segundo Fregtman (1989), citado por Sousa (2007), “a utilização dos instrumentos musicais na musicoterapia nos apresenta um riquíssimo espectro no qual cada instrumento, assim como a forma que é executado, tem um significado diferente” (p. 17).

Dessa forma, Bongô ao se dirigir a timba se apresenta no papel de líder do grupo, uma vez que o som do instrumento se sobrepõe aos sons dos demais instrumentos de percussão que eram de pequeno porte, liderando assim a produção sonora. A timba, sendo um instrumento de percussão grande, proporciona a possibilidade de se tocar sons com altas intensidades, liderando os sons dos outros instrumentos, assim como também oferece a possibilidade de se expressar nele sons com baixa intensidade, dependendo assim da intenção que o executante almeja.

Em seguida, propus que, durante a audição da música “Stir It Up” – Bob Marley, todos marcariam o pulso da canção utilizando os instrumentos escolhidos. Mencionei ainda, que demonstraria o pulso e todos seguiriam a mesma batida até o final da música.

Ao final da música solicitei que eles devolvessem os instrumentos utilizados a mesa e comentassem suas experiências: Oboé diz “foi Top, eu amei, eu gostei”, em seguida Gaita afirma “eu senti uma agonia, eu não sou dessas pessoas que gostam de limite, eu gosto de variar as coisas”, Bongô diz “eu achei chato, eu senti vontade de fazer outras coisas com o instrumento”, Piano diz “Legal, parece que estava sempre no ritmo certo”, Afoxé diz “me deu uma fadiga, mas quando sai do ritmo também me incomoda”, Agogô diz “foi enjoativo, parece que é a mesma coisa o tempo todo”.

Em seguida solicitei que cada participante descrevesse, em uma palavra, sua experiência no dia de hoje. Afoxé – Repetitivo; Bongô – Top; Gaita e Oboé – Agoniante, Agogô – Enjoativo, Piano – Legal. Assim nos despedimos e finalizamos a sessão.

Evidencio aqui a questão de que, ao comentarem suas experiências, alguns participantes se demonstraram incongruentes ao trazerem a palavra que representasse o vivenciado. Oboé menciona ser “top” ao comentar a experiência e em seguida escolhe a palavra agonizante. Do mesmo modo, Bongô disse ter sido chata a atividade e, em seguida, elegeu a palavra “top”.

Na sessão 7, contamos com a presença das participantes: Gaita, Viola, Rabeca, Bongô, Afoxé e Oboé. Inicialmente propus um exercício de sonorização da respiração para que os participantes pudessem observar individualmente seu ritmo interno antes de iniciarmos a sessão. Bongô aparentemente tentava conter o riso durante a atividade, e ao perceber essa emoção acolhi ao afirmar que a vontade de rir é natural nessas e em outras circunstâncias e que se mais alguém sentisse vontade de rir, que assim o fizesse, logo o riso contagiou as demais participantes. Todavia, na sequência insisti que continuassem se concentrando na respiração e aos poucos todas elas aderiram a consigna. Finalizada esta proposta indaguei se alguém gostaria de comentar a experiência e Bongô afirmou: “É melhor quando ocorre sem a gente perceber mesmo”, se referindo a proposta de percepção do próprio corpo a partir respiração.

Num segundo momento propus a audição da música “O Sol” do grupo Jota Quest executada ao violão por mim (Musicoterapeuta), e entreguei uma cópia da letra da canção a cada participante convidando-os a cantar comigo se assim desejassem. Todas acompanharam a maior parte da canção movimentando os lábios, entretanto vossos cantos eram de baixa intensidade. Oboé e Afoxé afirmaram já conhecer a música. Bongô comentou: “É muito bonitinha a letra”.

Segundo Bruscia (2016), o método recriacional envolve a participação do cliente por meio do aprendizado, canto ou execução de músicas e/ou canções compostas previamente. Nessa perspectiva, o autor ressalta que “recriar é um termo mais amplo que inclui representar, reproduzir, realizar ou interpretar qualquer parte de um trabalho musical já existente, seja isto feito com ou sem uma audiência” (p.129).

O mesmo autor menciona ainda que as experiências recriacionais são apropriadas para os indivíduos que necessitam de estrutura para desenvolver habilidades específicas e funções comportamentais. E ainda, é indicado com a finalidade de favorecer o entendimento e adaptação de ideias e sentimentos de outros mantendo sua própria identidade. Assim, por meio da recriação cada pessoa pode identificar seus próprios sentimentos, bem como por meio do compartilhamento, se identificar com sentimentos de outros participantes do grupo.

Após as explicações sobre a música, solicitei que cada participante escolhesse um instrumento de seu interesse e tocasse comigo a canção mais uma vez. Viola não quis executar nenhum instrumento, Gaita escolheu o tamborim, Rabeca escolheu o atabaque, Bongô escolheu o metalofone, Afoxé pegou as maracas e a Oboé escolheu o pandeiro. Convidei todos os participantes para que cantassem comigo a canção, durante a execução da música reduzi consideravelmente a intensidade da minha voz e assim percebi um aumento significativo na intensidade das vozes do grupo. Então solicitei que cantássemos novamente a canção e no momento em que a letra diz: “...E se quiser saber pra onde eu vou, pra onde tenha...” cada participante completaria a frase revelando onde gostaria de ir, ou onde gostaria de estar. Percebe-se que a escolha dos instrumentos aconteceu conforme as sessões anteriores.

A atividade proposta encaixa-se em duas variações da experiência de recriação proposta por Bruscia, sendo elas: “Recriação Instrumental”, onde os participantes se envolvem com a atividade ao tocar um instrumento executando exercícios imitativos; “Recriação Vocal”, onde os indivíduos participam da atividade por meio do canto das canções. Dessa forma, vale ressaltar que o cerne da experiência de recriação é a reprodução instrumental e vocal de músicas estruturadas e canções compostas previamente.

Considero que a dificuldade de projetarem a voz para cantarem, esteja relacionado a dificuldade de se exporem. Pois, conforme abordam Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001), o canto permite que cada indivíduo se projete por meio da combinação de notas e sons, uma vez que permite o estabelecimento de novas ordens temporais e espaciais, promovendo a expressão dos sentimentos, dos conhecimentos de cada pessoa, bem como o compartilhamento de desejos, esperanças, perspectivas, sonhos, dificuldades e as mais variadas experiências vividas.

Oboé afirma que gostaria de ir pra onde tenha “comida”, Afoxé diz que gostaria de ir pra onde tenha “frio”, Gaita afirma que gostaria de ir pra onde tenha “música”, Rabeca diz que gostaria de ir pra onde tenha “vazio”, Bongô afirma que gostaria de ir pra onde tenha “dor”. Antes da música iniciar Rabeca afirma que se incomoda quando “o som não é regular” e completou que seria quando “todos não batem juntos”, Viola se negou inicialmente a dizer pra onde gostaria de ir mas após as demais participantes ela falou que gostaria de ir pra onde tenha “paz”, e pra terminar eu completei dizendo que gostaria de ir “pra onde tenha vocês, é pra lá que eu vou”.

Finalizando a atividade, solicitei que mais uma vez, todas as participantes colocassem no quadro branco uma palavra que significasse a experiência vivida por elas nesta sessão. E as palavras que surgiram foram respectivamente: Bongô - Dor; Rabeca – Vazio; Gaita – Música; Oboé – Divertido; Viola – Top; e Afoxé - Sair. Esta última palavra, segundo Afoxé, tem relação com a música que foi cantada durante a sessão pois a música “convida a ‘sair’ de onde estamos para ir ao encontro do lugar onde gostaríamos de estar”.

Após esse momento, nos despedimos com um abraço e encerramos a sessão.

INICIANDO O PROCESSO COMPOSICIONAL - SESSÕES 8, 9

Na oitava sessão estiveram presentes: Bongô, Gaita, Agogô, Piano, Oboé. Iniciamos a sessão com exercícios de sonorização da respiração e propus que os participantes mantivessem o foco na respiração, pedi então que todos observassem, enquanto respiravam profundamente, se haviam em seus corpos algum ponto de tensão. Se houvesse, propus que todos permanecessem respirando profundamente, com o objetivo de sensibilizar e aliviar esses pontos de tensão. Bongô e Gaita não conseguem conter o riso durante a atividade, e então eu acolhi o riso dizendo que se alguém sentisse o desejo de rir, que ficasse à vontade, uma vez que o riso também favorecia o relaxamento.

Num segundo momento indaguei se algum participante gostaria de comentar o que sentiu durante a primeira proposta: Bongô afirma que se sentiu incomodada ao ficar em pé e continuou dizendo que provavelmente se incomodou por estar acima de seu peso corporal ideal. Piano comenta “legal, foi relaxante”, afirma não ter sentido nenhum desconforto, Agogô comenta “não gosto de ficar com os olhos fechados, não gosto de ficar parada, não consegui me concentrar”, Oboé comenta que se sentiu relaxada e calma.

Em seguida informei aos participantes que arqueei todas palavras que foram escritas no quadro a partir do significado que cada sessão teve para cada participante. Então coloquei uma palavra em cada folha de papel, distribuí aos participantes aleatoriamente e solicitei que cada um fizesse uma frase a partir daquela palavra. Terminando sua frase, o(a) participante deveria passar o papel para o participante à sua direita, para que este desse sequência a frase anterior, até que o papel que cada um iniciou chegasse em suas mãos novamente. Assim todos o fizeram.

Os participantes mantiveram o silêncio enquanto realizavam a atividade, e já no final da atividade, Bongô questionou o motivo desta atividade e eu apenas justifiquei que

estávamos iniciando o processo de composição musical a partir desta atividade. Assim que todos terminaram, recolhi as folhas, o grupo se despediu e encerramos a atividade.

Em relação ao método composicional, Bruscia (2016) descreve que é uma experiência onde o cliente cria melodias, ritmos, letras, canções, com o auxílio do musicoterapeuta a fim de promover a expressão e a organização de ideias e sentimentos. Baker e Wigram (2005), por sua vez, afirmam que a composição terapêutica (*Therapeutic Songwriting*) envolve a criação de músicas e letras em um processo terapêutico com o objetivo de ressaltar as mais diversas necessidades do indivíduo a serem trabalhadas em terapia. Segundo Baker (2013), a composição musical é capaz de auxiliar os indivíduos na expressão das emoções e sentimentos, podendo intensificar ou extinguir sentimentos positivos e/ou negativos expressos nas canções.

Na sessão 9 (nove), participaram: Afoxé, Gaita, Bongô, Piano e Prato. Utilizando a gravação musical instrumental (Claire de Lune – Claude Debussy) com o objetivo de propiciar um estado de relaxamento e conexão com a escuta musical entre os adolescentes, solicitei que os mesmos iniciassem uma respiração profunda no ritmo da canção, e ainda complementei que seria interessante que mantivéssemos os olhos fechados durante o exercício. Todavia, complementei a instrução dizendo que se alguém não se sentisse à vontade com os olhos fechados, que então permanecessem abertos. A gravação disponível tinha duração de 5 minutos e 16 segundos. Durante a atividade observei que alguns participantes apresentaram dificuldades e essa observação se confirmou em seus relatos após a experiência.

Em relação ao relaxamento, Panacioni (2012) afirma que pode ser realizado no intuito de promover a diminuição de aspectos emocionais que propiciam a agitação, ansiedade e estresse, visando provocar respostas sistemáticas opostas ao padrão provocado por situações estressoras.

Gaita afirma que foi muito difícil manter o foco: “porque ao mesmo tempo que eu tento me concentrar passam vários pensamentos em minha cabeça: as coisas que aconteceram, as coisas que eu tenho que fazer”. Bongô afirmou que durante a atividade percebeu que estava sentindo muita cólica menstrual e não conseguiu atingir o objetivo de relaxar e manter o foco na canção. Afoxé afirma que conseguiu se concentrar e complementa que já chegou pra sessão de forma tranquila e relaxada. Afoxé afirma também que a prática da meditação orientada por professores tem sido comum em seu ambiente escolar, o que segundo ela, facilita que ela se conecte mais rapidamente nessa proposta de atividade do grupo de musicoterapia. Piano afirma que conseguiu diminuir o

ritmo respiratório, mas permaneceu uma significativa agitação psicomotora. Prato afirma que conseguiu permanecer com a respiração tranquila e que seus pensamentos permaneceram focados na condução dada por mim.

Considero que o riso durante as atividades anteriores e a dificuldade de se concentrar nas atividades, principalmente de olhos fechados, demonstraram uma dificuldade em olhar para si e tomar consciência de seu corpo, bem como de seus sentimentos. Os relatos, bem como os comportamentos evidenciados, corroboram com a literatura em relação a imagem corporal do adolescente. Relacionam-se com os aspectos psicomotores, que favorecem a agitação e a dificuldade de se concentrarem.

Num segundo momento demos prosseguimento a sessão anterior quando solicitei que, a partir de uma palavra dita por eles no encerramento das sessões anteriores, continuaríamos a escrever frases a partir delas, com o objetivo de compor a letra de uma canção. Dei a mesma instrução da sessão anterior, todavia com outras palavras também já citadas anteriormente pelos participantes, para que os adolescentes que não estiveram na sessão anterior pudessem também dar a sua contribuição no processo de composição musical. Ao final desta atividade Bongô sugeriu que todos lessem o que haviam escrito com o objetivo de saber se existiria alguma lógica no texto construído pelas mãos dos participantes. Logo após sua leitura, a mesma afirmou se surpreender com a sequência que outros participantes deram a sua frase inicial. A partir de então todos se mostraram interessados em também ler o que os outros colegas tinham contribuído nas suas respectivas frases iniciais. Após esse momento de leitura dos textos, finalizamos a atividade e eu solicitei a todos que não se ausentassem nas próximas sessões porque estaríamos iniciando a fase final da composição musical, definindo qual será a letra e o gênero musical da canção do grupo.

COMPONDO – SESSÕES 10, 11 e 12.

Na décima sessão estiveram presentes: Prato, Piano, Viola, Oboé, Agogô, Bongô, Gaita e Rabeca. Iniciamos a atividade com o momento de sensibilização a partir dos exercícios de respiração sem a utilização de música, procurando ouvir os sons do ambiente a partir do silêncio dos participantes. Após este momento, Bongô quis comentar que não conseguiu se concentrar pois ouvia uma voz conhecida fora da sala de musicoterapia, e isso a impedia de se concentrar na atividade proposta. Os demais

participantes não demonstraram interesse em expressar verbalmente algo sobre essa experiência.

Num segundo momento distribuí aos participantes os papéis com as frases escritas por eles e solicitei a eles que escolhessem e lessem, numa primeira rodada, a frase que eles mais se identificavam, com o intuito de organizar a letra da canção: Bongô escolheu a frase de sua própria autoria – “Diversão é brincar com o coração sem ligar pra opinião”, Prato escolheu a frase: “Felicidade está nas pequenas coisas e ninguém valoriza”, Rabeca escolhe a frase: “Sorrir todos os dias com lágrimas nos olhos, aperto no coração e ninguém perceber”, Piano e Oboé optaram pela mesma frase: “Liberdade, significado tão pouco reconhecido, até porque nem ao menos somos livres pra escolher o que queremos”, Agogô escolheu a frase: “A música me acalma e me leva pra outro mundo sem ao menos eu ver”, Gaita, falando sobre a palavra carinho, escolheu a frase: “Um sentimento muito bom mas nem todos temos, muitas vezes precisamos pedir um pouco desse carinho, é o que queremos”, e Viola escolheu a frase: “Nostalgia é viver no século XXI sentindo saudade de coisas que ainda nem vivemos”.

Todas essas frases foram escritas num quadro branco e, a partir disso, solicitei que eles escolhessem a ordem em que cada frase entraria na canção e assim eles as organizaram:

*Nostalgia é viver no século XXI
sentindo saudade de coisas que ainda não vivemos
Um sentimento bom, mas nem todos temos,
um pouco desse carinho é o que queremos
Sorrir todos os dias com lágrimas nos olhos,
aperto no coração, e ninguém ver
A música acalma a alma, e me leva pra outro mundo,
sem ao menos eu perceber
Felicidade está nas pequenas coisas e tão poucos valorizam
Liberdade, significado não reconhecido,
nem ao menos somos livres pra escolher o que queremos
Diversão é brincar com o coração sem ligar pra opinião*

Depois deste momento propus que, até o nosso próximo encontro, pensassem em sugestões rítmicas e/ou melódicas e/ou harmônicas para a letra da canção que acabara de ser organizada. Agradei a todos pela participação e encerramos a sessão, todavia Agogô, antes de sair da sala comentou: “Vai ficar muito massa nossa música”, todos se despediram com abraços e apertos de mãos (pela primeira vez os participantes se despediram dessa forma) e a sessão finalizou.

Considero que esse comportamento evidencie o vínculo entre os participantes do grupo. Nesse sentido, Santos (2018) demonstra, em um estudo que as experiências musicais favorecem a aproximação entre os participantes de um grupo, bem como a captação da essência de cada ser, uma vez que é imersa de sentidos e significados, servindo, portanto, como elo para as experiências significativas dos sujeitos.

Nesse sentido, Barcellos (2015) ressalta a capacidade da música de estabelecer vínculos, promover a autoexpressão, favorecer a comunicação e a interação por meio de elementos musicais, tais como: a voz, os instrumentos, o corpo, os sons, entre outros.

Dessa maneira, observo que o comportamento demonstrado pelos participantes seja resultado das interações musicais durante o processo, culminando na composição musical, onde possivelmente os participantes do grupo puderam vivenciar a sensação de ser capaz, de poder produzir algo, de serem criativos, favorecendo a melhora da autoestima e da autopercepção.

Bruscia (2016) evidencia que, dentro do *setting* musicoterapêutico, há não só o estabelecimento das relações pessoais, como também o desenvolvimento de relações intramusicais e intermusicais por meio do comprometimento, do engajamento e do compartilhamento das experiências musicais com o terapeuta e outros participantes. Sempre que o cliente faz ou ouve uma música, surgem oportunidades para organizar e relacionar as partes e elementos dentro de sua própria música e sua própria experiência. Ao mesmo tempo, quando o terapeuta está envolvido, o cliente tem a oportunidade de relacionar aspectos de sua música e experiência com os do terapeuta.

O comportamento observado nessa sessão corrobora com a perspectiva de Baker e Ballantyne (2013), que afirmam que o processo composicional em Musicoterapia propicia aos participantes o senso de realização, satisfação, significação e envolvimento nas criações, favorecendo o estabelecimento de vínculos entre os indivíduos, sendo que a criação conjunta de algo significativo promove a união das pessoas durante o processo criativo.

Na décima primeira sessão se fizeram presentes Oboé, Agogô, Gaita, Rabeca, Bongô e Prato. Inicialmente os acolhi sugerindo o mesmo exercício de sensibilização proposto em todas as sessões anteriores, convidando aqueles que se sentissem confortáveis a fechar os olhos e tomar consciência de sua respiração sem a utilização de estímulos musicais, se concentrando apenas no som e no ritmo de suas respirações. Percebi que Bongô, Oboé e Prato mantiveram os olhos abertos durante a atividade, com aparente agitação psicomotora. Após o término desta atividade, todos foram questionados

se gostariam de comentar suas experiências neste dia a partir desta atividade, mas ninguém se manifestou verbalmente.

Num segundo momento, demos prosseguimento ao processo de composição musical. A letra da canção já estava disposta no quadro branco na mesma ordem sugerida por eles na última sessão. Ao analisar a Ficha Musicoterapêutica dos participantes da pesquisa, preparei algumas propostas rítmicas, melódicas e harmônicas baseadas em suas canções preferidas. Nestas fichas identifiquei, predominantemente, o rock e o rap, mas antes de apresentá-las indaguei aos adolescentes quais seriam suas sugestões e estes assim responderam respectivamente: Bongô – “eu não sei nada de música, mas podia ser um rock, né?”, Prato – “Acho que dá um Rap” (e em seguida já foi cantando o início da letra tentando enquadrá-la numa espécie de declamação utilizando a métrica do Rap), mas logo foi interrompido por Gaita, Oboé e Agogô, que afirmavam veementemente não quererem o rap. Aparentemente, Prato não gostou de ser interrompido e possivelmente por esse motivo, não quis mais se manifestar durante a sessão. A partir desse momento, Bongô diz: “É você quem tem de mostrar alguma coisa, você que sabe de música” e Gaita, Agogô e Oboé imediatamente reforçaram a fala da Bongô dizendo: (Gaita – “É mesmo, o que você sugere?”) (Oboé: “é uai, canta ai”). Nesse momento eu reafirmei a importância da participação de todos, pois o que estava em construção era a identidade musical de um grupo.

Em seguida o grupo, de modo geral, não se manifestou mais. Nesse momento, eu disse que tinha uma sugestão de um tema musical para a letra que eles compuseram e, aparentemente, todos se mostraram atentos quando eu peguei o violão e, em seguida, comecei a tocar e cantar.

Enquanto eu cantava, Gaita, Rabeca e Agogô balbuciavam algumas palavras e Oboé começou a acompanhar com palmas, no pulso da música, durante um trecho da música. Assim que eu finalizei os participantes, com exceção do Prato, bateram palmas e verbalizaram que estavam satisfeitos com a minha proposta rítmica, melódica e harmônica. Rabeca e Bongô ainda sugeriram que retirássemos algumas conjunções verbais que segundo elas não interfeririam na interpretação da canção, para um melhor encadeamento da melodia/harmonia com as palavras, o que foi prontamente atendido e assim finalizamos a atividade.

Antes que finalizássemos a sessão, questionei a todos sobre como foi a experiência neste dia e iniciei com o Prato que respondeu apenas com uma palavra: “Bom!” então insisti com ele perguntando o que foi bom e ele respondeu: “A música”, mas

aparentemente sua expressão facial não era condizente com o que ele verbalizou. Bongô diz: “também gostei”, Gaita diz: “Ficou muito boa a música”, Agogô diz: “queria cantar mais”, nesse momento eu perguntei se seria a música que acabávamos de finalizar e ela responde: “não, outras músicas”, Rabeca diz: “foi bom, mas podíamos ter testado outros ritmos, né? Mas o tempo não deu”, a Oboé diz: “foi ótimo, eu gostei”.

Após esses comentários, nos despedimos e encerramos a sessão.

A priori, estavam previstas no projeto a realização de doze sessões, logo esperava-se para a décima segunda sessão a aplicação dos questionários (instrumentos quantitativos) e um momento de encerramento das atividades do grupo de pesquisa. Todavia, por orientação da Professora Claudia Zanini (orientadora/supervisora), acrescentei mais um encontro, concordando que seria importante propor ao grupo que cantassem e tocassem a canção por mais algumas vezes com o objetivo de melhor fechar este ciclo de trabalho e, conseqüentemente, agregar maior valor ao empenho deste grupo acerca da sua produção musical.

Neste encontro estiveram presentes Bongô, Rabeca, Viola, Oboé, Agogô, Afoxé e Piano. Iniciei propondo uma sensibilização a partir do foco na respiração, sem a utilização de estímulo sonoro musical, observando apenas o som da sua respiração. Todos atenderam a consigna de permanecerem sentados, e deixe livre para que quem se sentisse a vontade com os olhos fechados, que assim o fizessem. Bongô, Oboé, Piano mantiveram os olhos abertos e os demais mantiveram os olhos fechados. Ao final desta proposta, perguntei se alguém gostaria de comentar esta atividade ou o que sentiu, mas não houveram comentários.

Para a segunda proposta desta sessão eu já havia escrito no quadro a letra da canção, bem como suas divisões e acentuações rítmicas, e dispus os instrumentos de percussão aleatoriamente sobre as mesas da sala. Primeiramente convidei os participantes a escolherem um instrumento de percussão para executarem a música comigo. Bongô escolheu o atabaque, Oboé escolheu os ovinhos percussivos, Gaita escolheu a meia-lua, Piano escolheu o pandeiro e Afoxé e Agogô não quiseram escolher instrumentos e, quando questionadas de sua opção, disseram que queriam apenas cantar.

Em seguida, demos início a canção, e durante a canção Piano e Bongô abandonaram seus instrumentos. Após terminar a execução da música questionei o motivo e os dois, juntamente com a Afoxé afirmaram que estava muito “bagunçado” e que optariam apenas por cantar, e Bongô ainda propôs que somente eu tocasse e os demais cantassem para que pudessemos gravar a canção e assim tornar audível a letra da canção.

Todos os participantes concordaram e assim partimos para, mais uma vez, executarmos a canção.

Desta vez, sem o som dos instrumentos de percussão, gravamos a canção, e todos os participantes presentes cantaram. Nesta última proposta, ao gravarmos a primeira vez o microfone ficou muito próximo do violão e as vozes não ficaram muito claras. Precisamos gravar mais uma vez, neste ato com o microfone mais distante do violão e mais próximo as vozes, alcançamos uma gravação com melhor qualidade, apesar de ter sido utilizado para gravação um aparelho de celular.

Para encerrar esse atendimento, perguntei se alguém gostaria de comentar algo sobre a experiência musical que tivemos. Entretanto, repentinamente, surgiu um questionamento da Agogô a respeito de seu retorno à consulta médica. Depois de respondido a ela, novamente questionei o grupo sobre algum comentário pertinente a experiência musical, mas ninguém quis se manifestar verbalmente. Assim encerramos este encontro.

Em relação à composição musical e ao comportamento apresentado pelos participantes do grupo, que preferiram cantar ao invés de tocar a composição do grupo, considero a explanação de Manzano e Gattino (2015) pertinente. Segundo os autores, a composição de canções torna cada indivíduo capaz de se colocar, uma vez que as canções compostas expressam seus sentimentos, anseios, emoções, ideias e pensamentos em maior amplitude do que apenas cantar músicas já conhecidas. A composição se torna uma manifestação de cada indivíduo e seu conteúdo interno em forma de melodia, ritmo e harmonia, ou seja, a letra escrita, a melodia composta pelo grupo, contém os medos, as histórias, os sentimentos, os conflitos, os anseios do grupo, que ressoa em cada participante. Assim sendo, ao cantarem sua composição o grupo canta de si mesmo, canta sua dor, seu sofrimento, suas emoções, registrando toda experiência que está sendo vivenciada.

FINALIZANDO O PROCESSO - SESSÃO 13

Neste encontro se fizeram presentes a Psicóloga colaboradora, que gentilmente ficou responsável pela aplicação dos questionários (BIS e FASM) no primeiro e neste último encontro e os participantes: Piano, Bongô, Gaita, Rabeca, Afoxé e Agogô.

No primeiro momento dei as boas-vindas ao grupo, fiz alguns agradecimentos, e iniciamos a aplicação dos questionários.

No segundo momento questionei qual foi a aceção deles em relação ao trabalho que foi realizado nos doze encontros e a Agogô foi a primeira a responder: “No começo estava bem e agora despencou tudo, eu tinha uma pessoa que me apoiava muito, pra mim continuar aqui, por causa que no primeiro dia eu queria desistir, mas agora sem essa pessoa eu não tô querendo fazer nada” e quando eu questionei o porquê dela estar ali naquele dia e ela respondeu: “porque minha mãe mandou” e eu continuei dizendo: “Foi só porque sua mãe mandou?” e ela diz neste momento se referindo ao grupo: “é porque eu amo vocês também” e, após esse momento, Agogô, Gaita, Rabeca se abraçam mesmo sentadas em suas cadeiras.

Em seguida foi a Afoxé a falar: “Eu acho que não mudou praticamente nada, só que antes eu não conhecia ninguém agora eu conheço mais pessoas”. Logo após a Rabeca afirmou: “Até que mudou, é porque eu vejo assim, antes eu estava pior que eu estou hoje, mas se for comparar das últimas vezes pra cá eu dei um pouco de piorada em algumas coisas, mas do jeito que eu tava antes de começar o grupo, hoje eu tô melhor. Eu não me cortei mais, pra muita coisa eu não fui mais impulsiva, eu paro e penso antes. Acho que é só isso mesmo”. Bongô quando foi questionada inicialmente preferiu não responder, em seguida passei a palavra para a Gaita: “teve um antes e depois porque eu mudei, antes qualquer coisinha eu dava muita crise de choro e queria sumir, e agora diminuiu, teve algumas que até parei, minhas brigas familiares diminuíram, passei a interagir mais com pessoas aqui e fora daqui do grupo, e fiz duas irmãs aqui nesse grupo, na verdade são filhas” se referindo a Bongô e a Rabeca.

Piano foi o próximo a falar e comentou: “Legal. Me ajudou a perder um pouco da minha timidez pra falar com as pessoas que eu não conheço, pessoas novas”. Agogô pede a palavra novamente e complementa: “depois que eu estou aqui eu comecei a perder o medo das pessoas, e agora vocês podem ver, eu converso muito. Tinha dias que eu chorava pra não vir, eu vinha brava, mas quando eu vinha eu via que dava certo.” A Bongô complementa a fala de Agogô e diz: “é quando você não quer viajar, mas quando chega a hora de ir embora você não quer ir embora, né? Eu entendo isso”. Afoxé complementa que: “é, foi bom pra eu me ocupar porque geralmente eu não faço nada”. Bongô pede a palavra e diz: “Esse grupo me trouxe muitas amizades boas, eu aprendi a respirar, e é bom porque quando eu tô nervosa eu procuro fazer esse exercício de respirar”.

Após os relatos agradei a presença e o empenho de cada participante na realização deste trabalho, uma vez que eles estavam também colaborando com uma produção científica de relevância para o meio acadêmico, para a sociedade e, em especial,

para a Musicoterapia. Fizemos um lanche comunitário e encerramos a sessão com escolhas aleatórias de canções feitas pelos participantes enquanto nos confraternizávamos.

Observei que as falas/depoimentos, trazidos no final dessa sessão, trouxeram a representação do quanto o processo musicoterapêutico foi significativo para cada participante, pois envolveu aspectos tanto físicos, afetivos/emocionais e sociais, contribuindo para a conscientização do problema vivenciado e para o enfrentamento diante do sofrimento psíquico do grupo.

4.4 DISCUSSÃO DOS DADOS

Passamos, nesse subcapítulo, a discutir os resultados encontrados a partir dos dados qualitativos, por meio da descrição e da análise das sessões musicoterapêuticas, dos dados quantitativos, obtidos pelos questionários e escalas aplicadas e das análises realizadas, em triangulação com o levantamento bibliográfico realizado previamente sobre Musicoterapia, Música, Adolescência e Automutilação, tendo em vista todos os objetivos traçados para esse estudo, que foram: 1) Compreender o fenômeno da automutilação em adolescentes; 2) Identificar as formas, os meios utilizados, e as razões da automutilação de um grupo de adolescentes; 3) Verificar os efeitos da musicoterapia nos níveis de impulsividade relacionados a automutilação; 4) Avaliar se a musicoterapia influencia na frequência de comportamentos autolesivos; 5) Descrever as experiências musicais utilizadas no processo musicoterapêutico.

Os dados quantitativos demonstraram que, em uma perspectiva geral, os comportamentos de automutilação diminuíram após os atendimentos de Musicoterapia. Podemos observar ainda, uma redução nos comportamentos de “cortar a pele”, “autotatuar”, “queimar-se”, “beliscar até sangrar” e “arranhões na pele”. Nos comportamentos de cutucar ferimentos e morder-se não houve diferença alguma e, ainda, houve aumento dos comportamentos de “bater em si mesmo”, “inserir objeto na pele”, “esfolar-se” e “arrancar o cabelo”. Quanto à tentativa de autoextermínio, houve diminuição.

As formas mais frequentes de automutilação encontradas na presente pesquisa são semelhantes às descritas na literatura. No estudo realizado por Giusti (2013), cortar a própria pele foi o tipo de automutilação mais frequente, sendo que 90% dos participantes do estudo apresentaram esse comportamento. Nota-se que a prevalência encontrada em

2013, por Giusti, está acima da observada em estudos anteriores em que o comportamento é observado entre 70% e 85%, mesmo considerando amostras clínicas (HUANG et al, 2009).

O comportamento “bater em si mesmo” foi o terceiro tipo mais frequente no estudo de Giusti (Ibid.); cutucar ferimentos, beliscar-se até sangrar, morder-se e esfolar-se foram comportamentos mais frequentes do que se queimar, que, no estudo, ficou em sétimo lugar, mas com 35% dos pacientes referindo já terem utilizado este tipo de automutilação alguma vez na vida. Estudo de Klonsky (2011) encontrou prevalência semelhante ao estudo citado, sendo que 31% dos adultos que se mutilavam mencionaram utilizar queimaduras como formas de automutilação.

Em relação às motivações que levavam a automutilação, podemos observar que os comportamentos causados por “mostrar desespero”, “parar sentimentos ruins”, “deixar o outro com raiva”, “sentir-se relaxado”, “não ir à escola”, “aliviar sensações de vazio”, “chamar a atenção”, “controlar uma situação”, “para se castigar”, “fazer outra pessoa mudar”, “evitar ser punido”, “fazer algo quando está sozinho” e “pedir ajuda”, diminuíram após os atendimentos musicoterapêuticos. No entanto, houve um aumento de comportamentos autolesivos para “testar a reação e alguém”, “evitar de fazer algo chato” e “evitar outras pessoas”.

Os dados também indicam que, após as sessões realizadas, não houve nenhuma mudança nos comportamentos de automutilação motivados por “receber mais atenção”, “sentir alguma coisa, mesmo que dor”, “se parecer com alguém que respeita”, “fazer parte do grupo”, “fazer seus pais te dar atenção” e “fazer algo quando está com outros”.

Em consonância aos dados relativos à motivação e aos objetivos que levavam a automutilação entre os participantes do presente estudo, Giusti (2013) aponta que o mais recorrente foi “alívio para sensações ruins”, sendo que 75% da população do estudo referiu que o maior motivo da automutilação seria “parar sentimentos ruins”. Os dados relacionados ao reforço automático e ao reforço social do presente estudo, também se assemelha ao estudo de Giusti, onde os itens relacionados ao reforço automático foram mencionados por 40% a 75% dos pacientes, enquanto os itens relacionados ao reforço social foram mencionados por 10% a 40% dos pacientes. Evidencia-se, assim, que a regulação das emoções é o motivo mais frequente para o início do comportamento de automutilação.

Nesse sentido, ao considerar as funções da automutilação proposta por Nock e Prinstein (2004), as funções relacionadas ao reforço automático (positivo ou negativo),

que tem como objetivo regular afetos negativos, foram mais frequentes do que os itens relacionados ao reforço social, que tem como objetivo a influência interpessoal, nos participantes desta pesquisa.

Após os atendimentos foi possível observar também que houve uma redução nos relatos relacionados à: “pensamentos que se atropelam”, “fala coisas sem pensar”, “pensa em problemas complexos” e “inquieto em aulas”, indicando uma melhora no comportamento impulsivo e ansiedade. Entretanto, os relatos de comportamentos “planeja tarefas cuidadosamente”, “mantém o raciocínio”, “planeja viagem”, “tem autocontrole” e “concentra-se facilmente”, conforme o questionário BIS 11¹, demonstraram alteração nos índices antes-depois, sugerindo redução do nível de ansiedade e impulsividade. O item “faz as coisas sem pensar” e “gosta de jogos”, não apresentou nenhuma mudança.

Os demais itens demonstraram um aumento, sendo os mais significativos “age no calor do momento”, “toma decisões rapidamente”, “não presta atenção”, “se contorce”, “troca de emprego”, “é despreocupado”, “troca de hobby”, “gasta mais do que ganha” e “outras ideias vem à cabeça”, esses itens indicam um aumento do comportamento impulsivo. Enquanto que os itens: “se prepara para o futuro”, “pensa nas coisas com cuidado”, “pensa uma coisa de cada vez” e “economiza regularmente”, apontam para diminuição da impulsividade.

Os dados do questionário BIS-11 demonstraram que houve uma redução da impulsividade motora, após as sessões de Musicoterapia. Consideramos que as atividades rítmicas e de relaxamento influenciaram positivamente para obtenção desse resultado.

Considerando os resultados encontrados nesse estudo e as teorias referentes à neurobiologia da automutilação, podemos associar ao que Giusti (2013) menciona em seu estudo. Segundo a autora os sistemas serotoninérgico e dopaminérgico estariam envolvidos no início da automutilação. Eles seriam responsáveis por maior agressividade, impulsividade e reforço positivo, como observado nos estudos com animais. O sistema opioide seria responsável pela analgesia também nesse início. Uma vez iniciada a automutilação, o sistema opioide teria maior participação na continuidade do comportamento, com a dependência aos opioides endógenos, adquirindo comportamento

¹ É importante ratificar que o escore de domínio no referido questionário apresenta inversão de valores numéricos no “antes-depois”, de forma que a redução de valores apresentada na Tabela 6 corresponde positivamente ao comportamento esperado.

semelhante aos usuários com transtornos por uso de substâncias. Haveria então uma sobreposição desses sistemas para o desenvolvimento e a persistência da automutilação.

Durante as sessões de Musicoterapia os participantes apresentaram agitação psicomotora, bem como dificuldades para realizar os exercícios de relaxamento, diversas vezes, relatando dificuldades para manter os olhos fechados, de se concentrar no relaxamento, ou ainda observar o movimento externo ao local de atendimento e, por vezes, mencionando estar com fome. Da mesma maneira, em relação às atividades rítmicas, os adolescentes mencionaram se sentir incomodados por considerar a atividade monótona, enjoativa; sentiram dificuldades em manter a pulsação; mencionaram se sentir agoniados associando a marcação do pulso com limites; e relataram ainda necessidade de variar o ritmo, de fazer outra coisa em música. Um dos participantes ainda mencionou que se sentia fadigado por ter que manter a pulsação, mas também se sentiu agoniado quando algum participante saía do “ritmo” (pulsação).

Embora a maioria dos participantes se sentiu desconfortável com as atividades, houveram adolescentes que relataram se sentir mais relaxados, menos irritados após os exercícios, afirmando que a atividade favorecia seu autocontrole. Esses participantes não demonstraram dificuldades em manter os olhos fechados, e também relataram gostar das atividades rítmicas, mostrando satisfação quando conseguiam manter a pulsação e consideravam estar no ritmo certo.

Outro comportamento apresentado durante as atividades de respiração e relaxamento foi o riso. Um dos participantes diz que: “é melhor quando ocorre sem a gente perceber mesmo”, se referindo a proposta de percepção do próprio corpo a partir da respiração. Outro relata incômodo ao ficar em pé devido a estar fora do peso corporal que considerava ideal. Os participantes mencionaram também não gostar de manter os olhos fechados e nem de ficarem parados.

Consideramos os comportamentos mencionados pelos participantes da pesquisa como uma dificuldade de autopercepção, de olhar para si, de tomar consciência do próprio corpo, bem como de seus sentimentos, que estão diretamente associados a autoimagem, autoestima, entre outros conteúdos emocionais. Dessa maneira, como uma forma de fuga manifestam-se a agitação psicomotora, a dificuldade de se concentrar, bem como ansiedade e ainda impulsividade, corroborando com a literatura em relação a imagem corporal do adolescente e a construção de identidade.

Os comportamentos mencionados acima são mencionados por Favaro et al (2007), quando fazem associação entre transtornos alimentares com o comportamento de

automutilação, sendo que os transtornos de alimentação estão associados a insatisfação pelo próprio corpo. Além desses autores, Giusti (2013) aponta associação entre transtornos da imagem corporal, insatisfação com o corpo, e automutilação. Para a autora, a insatisfação com a imagem corporal provocaria o aparecimento tanto de transtornos alimentares como a automutilação.

A experiência musical de audição, e, nossa perspectiva, demonstrou ter sido a experiência mais apropriada, uma vez que é a experiência mais indicada para realizar procedimentos de relaxamento e agitação psicomotora, podendo focar nos aspectos físicos, emocionais, estéticos ou espirituais da música, sendo que as dimensões mais trabalhadas são as psicofísicas (CHAGAS e PEDRO, 2008). A proposta de nosso estudo, portanto, está em consonância com os objetivos estabelecidos por Bruscia (2000): estimular ou relaxar; evocar respostas corporais específicas; evocar estados e experiências afetivas e desenvolver habilidades áudio-motoras.

Em consonância com esse pensamento, Millecco, Millecco Filho e Brandão (2001) ressaltam que as experiências musicais do indivíduo favorecem o início do reencontro com a própria identidade, colocando-o como agente e sujeito da ação, ao favorecer a percepção de seus sentimentos, emoções e conflitos e ao propiciar a interação interpessoal e a comunicação com o outro.

Embora os dados quantitativos parecessem contraditórios, uma vez que em alguns itens houve redução da impulsividade e em outros um aumento, essa contradição também pode ser observada nas falas dos participantes que associam as atividades com experiências satisfatórias, prazerosas e, em seguida, relacionam como algo irritante, agonizante. Pareceu haver um reflexo entre essas verbalizações, o fazer musical e o comportamento dos componentes do grupo, por vezes inconsistentes.

Outro aspecto observado nessa pesquisa que se mostra relevante é o processo identitário e de identificação do adolescente, manifestado por meio das escolhas das músicas feitas pelos participantes, apresentando estilos musicais semelhantes.

A esse respeito, Estay, Silva e Stort (2018) ressaltam que a identificação é um processo natural da adolescência, ocorrendo de forma mais intensa do que em outras fases do desenvolvimento humano, devido as alterações físicas, psicológicas e sociais. As autoras reforçam que o processo de construção de identidade recebe influências intrapessoais e interpessoais, através de identificações com outras pessoas e valores socioculturais que o indivíduo está exposto.

Papalia, Olds e Feldman (2010) ressaltam a teoria psicossocial de Erikson, que considera o ser humano como um ser social, que necessita de viver em grupo, sofrendo pressões e influência da sociedade o qual está inserido. A teoria de Erikson propõe que o desenvolvimento humano pode ser dividido em fases, que são experienciadas pelo indivíduo continuamente, sendo que a fase anterior influencia a seguinte. Dessa forma, em cada estágio psicossocial ocorrem crises, que resultam em um indivíduo mais fortalecido ou mais fragilizado de acordo com sua experiência conflitante, sendo que a fase final de cada crise influenciaria o próximo estágio, de maneira que o desenvolvimento do indivíduo estaria completamente imbricado em seu contexto social.

Em relação à adolescência, a crise estaria relacionada a Identidade versus a Confusão de Identidade, sendo que o adolescente, necessita se sentir seguro diante de todas as mudanças que ocorrem. Assim, a segurança é encontrada na forma de identidade, que foi construída nas vivências de cada estágio. O processo de identificação com pessoas acontece no período de confusão de identidade, essa identidade acaba por se tornar uma identidade provisória ou coletiva, que se tornará autônoma após a crise em questão ser resolvida.

A partir dessas considerações, podemos associar a escolha musical e as crises pelas quais os adolescentes participantes do estudo poderiam estar passando, culminando nos comportamentos de automutilação. Podemos relacionar o conteúdo das canções, a tonalidade, o ritmo, o instrumental utilizado, a harmonia, e até mesmo os vídeos com os conteúdos dessa crise. Observamos que cada música comunicou uma crise, seja individual, seja grupal, e a partir da identificação de uma música com a outra, os participantes se identificaram também com os conflitos uns dos outros.

A audição musical no processo vivenciado atingiu alguns dos objetivos propostos por Bruscia (2000), sendo eles: promover a receptividade; explorar idéias e pensamentos; evocar estados e experiências afetivas; facilitar memórias, as reminiscências e as regressões; estabelecer uma conexão entre o ouvinte e o grupo comunitário ou sociocultural.

Relacionando as experiências musicais utilizadas, a recriação musical teve um importante papel no decorrer dos atendimentos. Utilizamos a experiência primeiramente com o intuito de discutir assuntos importantes para os integrantes do grupo desse estudo, encaixando na variação da experiência recriacional, proposta por Bruscia (2016) “discussão através da canção”.

Por meio da canção “Era uma vez”, ao escolherem trechos musicais, os participantes puderam associar o conteúdo da canção com seus sentimentos, conflitos, vivências, ou seja, relacionaram os trechos escolhidos com sua história de vida. Dessa maneira, os participantes trouxeram conteúdos relacionados a memórias, fantasias, brincadeiras e saudade da infância, e ainda com a dificuldade encontrada na passagem da infância para adolescência, sendo que alguns ao invés de mencionar “adolescência”, mencionaram “vida adulta”, fato que pode estar associado às responsabilidades impostas e/ou adquiridas pelos adolescentes participantes desse estudo. Outro conteúdo abordado, é o sentimento de que o mundo se tornou um, e de que ninguém se importa com aquilo que estão sentindo. O desejo de encontrar a felicidade e a liberdade também foi trazido pelos adolescentes.

Em relação às canções recriadas, Tangarife et al. (2006) citam que à medida que as canções são lembradas e cantadas, emergem conteúdos internos. Portanto, as memórias são resgatadas e compartilhadas, como se buscassem compreender o processo particular no caminho do sofrimento ou uma identificação, tomando como suas as letras das canções. Ao recriar uma canção conhecida, o indivíduo está cantando o sentimento de outra pessoa, o conflito de outra pessoa, que “tem tudo a ver” com o que naquele momento ele está vivenciando ou sentindo (SANTOS, 2018).

Santos (2018) considera que as canções recriadas podem servir como base, âncora, suporte, apoio, para que os indivíduos possam se expressar nas composições. Dessa forma, as experiências musicais, durante o processo, podem favorecer ao indivíduo o olhar para si, o autoconhecimento, uma vez que durante o fazer musical pode entrar em contato com seus sentimentos, com suas emoções, com seus pensamentos, com seus conflitos, permitindo, aos poucos, o emergir desses conteúdos e, ao mesmo tempo, uma reestruturação, uma reorganização. A autora afirma ainda que o processo de passar pelas experiências musicais, antes da composição pode servir como uma preparação para que os indivíduos possam se expressar durante o processo composicional e, ainda, elaborar melhor esses conteúdos durante a composição.

Outra questão que podemos observar durante a recriação da música "O Sol" de Jota Quest, foi a baixa intensidade sonora com que os adolescentes cantaram a canção.

Conforme mencionado anteriormente, a partir da perspectiva de Bruscia (2016), a recriação envolve a participação do cliente, sendo apropriadas para aquelas pessoas que necessitam de estrutura em favorecimento do desenvolvimento de funções comportamentais e habilidades emocionais e cognitivas específicas. É uma experiência

indicada para promover a expressão, entendimento e adaptação de ideias e pensamentos, contribuindo para o processo de construção da identidade, ou seja, por meio da recriação musical o indivíduo é capaz de identificar seus sentimentos e os sentimentos do outro através do compartilhamento em grupo.

A projeção de voz em intensidade fraca ao cantar a canção mencionada foi considerada nesse estudo como uma dificuldade do adolescente em se colocar na música, o que pode estar relacionado à timidez, baixa autoestima, dificuldades de interação com o outro, devido a autopercepção e a auto imagem em formação.

Diante disso, Giusti (2013), citando Linehan (1993) apresenta que o comportamento de automutilação, está associado a uma má adaptação emocional do indivíduo, que tem um desenvolvimento interpessoal empobrecido acarretando na pouca habilidade de regular emoções e sentimentos, devido a experiência do indivíduo em ambientes sociais inconsistentes e/ou inseguros, manifestados por negligência, repressão de expressão emocional, abuso emocional, físico ou sexual.

Nesse sentido, a perspectiva de Millecco Filho, Brandão e Millecco (2001) ressalta a projeção vocal, com uma associação direta da autoprojeção, por meio dos sons, por permitir que através da combinação de sons e notas a pessoa consiga adquirir novas orientações espaciais e temporais, que facilitam a expressão e a comunicação de sentimentos, desejos, anseios, sonhos, medos, dificuldades, entre outras experiências vivenciadas.

Em relação ao método composicional, Manzano e Gattino (2015) apontam que a composição de canções originais pode facilitar a autoexpressão, onde cada indivíduo pode colocar mais de si, uma vez que a composição de canções pode despertar emoções, anseios e pensamentos em maior intensidade que a recriação de canções, sendo uma manifestação de sentimentos em melodia, ritmo e harmonia, proporcionando maior expressão dos sentimentos.

Santos (2018), por sua vez, relata que durante o processo de composição, o indivíduo, escreve sua letra, que comunica seus medos, sua história, seus sentimentos, seus conflitos, seus anseios, para depois colocar uma melodia, uma harmonia. A autora ressalta que:

Ao cantar sua composição o indivíduo está cantando de si mesmo; está cantando sua dor, seu sofrimento, suas emoções, deixando registrado tudo aquilo que está sendo vivenciado. É como se ele pudesse colocar diante do espelho tudo aquilo que antes estava guardado somente dentro de si e que, muitas vezes, ele mesmo nem sabia que existia (p.111).

Dessa forma, a partir da composição musical, os adolescentes, através da letra escrita pelo grupo, da harmonia e ritmo escolhido, puderam cantar seus próprios sentimentos, seus conflitos, permitindo a reflexão desses conteúdos. Podemos observar que a composição favoreceu o sentimento de satisfação dos participantes do grupo, a autoestima, bem como propiciou melhor interação entre os membros do grupo.

Tendo em vista os dados discutidos, podemos dizer que houve uma complementariedade entre os dados quantitativos e qualitativos, pois observamos no processo musicoterapêutico vivenciado os reflexos dos comportamentos descritos com a ajuda dos questionários utilizados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como principal objetivo investigar as contribuições da Musicoterapia no tratamento de adolescentes automutiladores atendidos no Sistema Único de Saúde, no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil Água Viva. Cabe salientar que este modelo propõe uma atenção em saúde mental a partir do acesso à promoção de direitos das pessoas, em caráter aberto e comunitário, realizando atendimento a indivíduos em sofrimento psíquico, bem como também de seus familiares.

O que nos encorajou a investigar o fenômeno da automutilação foi o aumento significativo na prevalência de adolescentes e familiares que buscavam apoio na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, e a necessidade de buscar estratégias terapêuticas para minorar o sofrimento de usuários e familiares que conviviam e ainda convivem com este drama.

Quando iniciamos o projeto de pesquisa especificamente pensando nessa clientela, a única certeza era a de que não haveria dificuldades em alcançar uma amostra significativa para o estudo, uma vez que tínhamos uma demanda expressiva de casos acolhidos com a queixa principal de automutilação em nossa unidade. Ledo engano. No senso comum, a automutilação ainda é vista apenas como um comportamento para chamar a atenção, e o que pudemos constatar, tanto na literatura quanto na prática clínica, é que uma significativa parcela dos adolescentes que praticam a automutilação faz questão de esconder suas feridas. Assim, ressaltamos que, por esse motivo, uma das limitações do presente estudo foi uma amostra pequena.

Outra dificuldade encontrada foi em relação a frequência dos participantes, pois os usuários do Sistema Único de Saúde são, em sua maioria, de baixa renda, e a falta de recursos para o transporte até a unidade, por vezes, era um obstáculo a uma frequência satisfatória. Mesmo considerando que validamos para este estudo apenas aqueles que tiveram frequência mínima de 70%, questionamos se não teríamos um maior aproveitamento numa frequência maior.

Mesmo diante dessas dificuldades acima relacionadas, foi possível, por intermédio deste estudo, compreender melhor o fenômeno da automutilação e suas facetas nesta população. Identificamos as formas e os meios mais habituais desses comportamentos entre esse grupo específico de adolescentes, mas as razões ainda permanecem controversas em função da natureza inconstante da adolescência.

Foi possível também verificar os efeitos positivos da Musicoterapia na redução dos níveis de impulsividade motora, devido aos instrumentos quantitativos aplicados no início e no final da pesquisa de campo. Todavia, nos domínios “Atencional e Não Planejamento” não houveram resultados significativos, supostamente pelo tamanho da amostra, e/ou por conta da necessidade de um tempo maior para continuidade do processo musicoterapêutico. Nesse sentido, entende-se a imprescindibilidade de promover outros estudos para responder a esse questionamento.

Outro aspecto importante a destacar, tanto nos dados quantitativos, evidenciados a partir dos questionários, quanto nos relatos dos usuários no decurso das sessões de Musicoterapia, é que as experiências musicais descritas no processo influenciaram diretamente nos comportamentos autolesivos, favorecendo a redução no tocante a esse comportamento.

Outro ponto a destacar é que a metodologia mista foi realmente adequada ao objeto de estudo desta pesquisa. Tanto nos dados quantitativos, evidenciados a partir dos questionários, quanto nos dados qualitativos, apreendidos dos relatos dos usuários no decurso das sessões de Musicoterapia, as experiências musicais descritas no processo influenciaram diretamente nos comportamentos autolesivos, favorecendo a redução dos mesmos.

Consideramos que este estudo deu um passo importante na consolidação da Musicoterapia na atenção à saúde mental do adolescente, especialmente no tratamento de jovens que padecem em virtude da manifestação de comportamentos autolesivos.

Finalmente, ensejamos que este trabalho contribua na produção de novos estudos na área de Musicoterapia e Saúde Mental, considerando o cabedal de alternativas ao

conectar as experiências musicoterapêuticas aos mecanismos de enfrentamento dos transtornos mentais em qualquer fase do desenvolvimento humano, e em especial, na adolescência.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINI, A.; SILVA, D.V.; LYRA, L.R.; TOSI, P. C. S. Comportamentos de risco entre adolescentes. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 5, n. 1, p. 53-62, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/download/4477/pdf_27> Acesso em: 25 Abr. 2018.
- AMARAL, V.L do. Psicologia da adolescência. *In: Psicologia da educação*. Natal, RN: EDUFRN, 2007.
- American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5 (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association, 2014.
- AMPARO, D. M.; ALVES, P. B.; CÁRDENAS, C. J. Pertencimento e identidade em adolescentes em situação de risco de Brasília. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 14, n. 01, p. 1-13, 2004.
- ANTELO, M. Psicanálise e música. *Cógito*, Salvador. v. 1, n. 09, p.91-3, 2008.
- ARNDT, A.; VOLPI, S. A canção e a construção de sentidos em musicoterapia: história de mulheres em sofrimento psíquico. *Revista Brasileira de Musicoterapia* Ano XIV n° 12, p. 27-38, 2012.
- ARNETT, J. J. Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 5, 317-326, 1999.
- BAKER, F. The environmental conditions that support or constrain the therapeutic songwriting process. **The Arts in Psychotherapy**, v. 40, p. 230–238, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2013.02.001> Acesso em: 14 Mar. 2017.
- BAKER, F.A.; BALLANTYNE, J. “You've got to accentuate the positive”: Group songwriting to promote a life of enjoyment, engagement and meaning in aging Australians, *Nordic Journal of Music Therapy*, v. 22, n. 01, p. 7-24, 2013. DOI: 10.1080/08098131.2012.678372. Acesso em: 14 Mar. 2017.
- BAKER, F.; WIGRAN, T. The immediate and long-term effects of singing on the mood states os people with traumatic injury. **British Journal of Music Therapy**, v. 18, p. 55-64, 2005.
- BARCELLOS, L. R. M. **Quaternos de Musicoterapia e Coda**. Dallas: Barcelona Publishers, 2016.
- _____, L.R.M. Musicoterapia em medicina: Uma tecnologia leve na promoção da saúde – a dança das poltronas. **Rev. Música Hodie**, Goiânia, v. 15, n. 02, p. 33-47, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/musica/article/view/39679>> Acesso em: 13 Abr. 2017.
- _____, L.R.M. A Música como Metáfora em Musicoterapia. 239 f. Tese (Doutorado em Música). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.
- BATISTA, M.D.; MARANHÃO, T.L.G.; OLIVEIRA, G.F. Suicídio em jovens e adolescentes: uma revisão acerca do comportamento suicida, sua principal causa e considerações sobre as formas de prevenção. **Rev. Mult. Psic.** v.12, n. 40., 2018.

- BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BORGES, D.L.; CANO, I. (Org.). Índice de Homicídios na Adolescência: IHA 2014. - Rio de Janeiro. Observatório de Favelas, 2017. Disponível em: <<https://secure.unicef.org.br/campanhas/wp-content/uploads/2017/10/livro-iha-2014.pdf>> Acesso em: 28 Set. 2018.
- BRAGA, L. DE L.; DELL'AGLIO, D, D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, v. 06, n. 01, p.2-14, jan., 2013.
- BRASIL, K. T; ALVES, P.B.; AMPARO, D.M.; FRAJORGE, K.C. Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF Paidéia, vol. 16, núm. 35, Set-Dez, p. 377-384, 2006.
- BRICKMAN, L. J.; AMMERMAN, B. A.; LOOK, A. E.; BERMAN, M. E.; MCCLOSKEY, M. S. The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, v. 01, n.14, p. 1-8, 2014. Doi: 10.1186/2051-6673-1-14
- BRITO, I. Ansiedade e depressão na adolescência. **Rev Port Clin Geral**; v. 27, p. 208-14, 2011.
- BRUSCIA, Keneth E. **Definindo Musicoterapia**, Dallas: Barcelona Publishers, 2016.
- _____, Keneth. E. **Definindo Musicoterapia**. Trad. Mariza Velloso Fernandez Conde. 2ª Ed., Rio de Janeiro, Enelivros, 2000.
- CARDOSO, A.J.S. A utilização da música como coadjuvante terapêutico na saúde mental e psiquiátrica. Trabalho de conclusão de curso (TCC) – Licenciatura em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa (UFP), Porto, 90f, 2010.
- CÂMARA, M.C.; PEREIRA, M.A.O. Percepções de transtorno mental de usuários da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.31, n.4, p. 730-737, 2010.
- CAMPOS, J.R.; DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. Depressão, habilidades sociais, sexo e nível socioeconômico em grandes amostras de adolescentes. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, e3446, 2018.
- COELHO JUNIOR, L. L. Cosplayers no Brasil: O Surgimento de Uma Nova Identidade Social na Cultura de Massas. Vitória. 444f.. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Espírito Santo. 2008.
- COSTA, C.M.; VIANNA, M.N. Negreiros. Música: uma linguagem terapêutica para psicóticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria e da Associação de Psiquiatria da América Latina**, vol.7, nº27, 1985
- CUNHA, Jeysson Ricardo Fernandes da; LIMA, Rosana Cristina Alves de. Adolescência e Automutilação. Folha Acadêmica do CESG, Número XVII, Trabalho 02, p. 05-08, jan.-mar 2018.
- CUNHA, Rosemyriam; VOLPI, Sheila. Prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação. R. cient./FAP, Curitiba, v.3, p.85-97, jan./dez. 2008
- DESSEN, M. A.; COSTA JUNIOR, A. L. (Eds.). A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed, 2005

- DESCHAMPS, J.C; MOLINER, P. A identidade em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios, **Adolescência & Saúde**, v. 2, n. 2, junho, 2005.
- ESTANISLAU, G.M; BRESSAN, R.A. **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- FAVAZZA AR. Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics*. v.117, n. 06, p.2283-2284, jun., 2006.
- FEIJÓ, R.B.; OLIVEIRA, E.A. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 77, supl. 2, p.125-134, 2001.
- FILHO A.J.A, FERREIRA M.A., GOMES M.L.B., SILVA R.C., SANTOS T.C.F. Adolescente e as drogas: consequência da saúde. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**; v. 11, n. 04, p 605-10, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24>> Acesso em 20 jun. 2018.
- GARBER, J.; WEERSING, V. R. Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 17, p. 293-306, 2010.
- GARROTE, Maurício S. Referenciais éticos para implantação de CAPS. 2008.
- GERMAIN, F.; MARCOTTE, D. Sintomas de depressão e ansiedade na transição do ensino secundário ao ensino médio: evolução e fatores influentes. **Adolescência e Saúde**, v. 13, p. 19-28, 2016.
- GROLI, V.; WAGNER, M.F.; DALBOSCO, S.N.P. Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, vol. 9, n. 1 p. 87-103, Jan.-Jun., 2017.
- GOSENS, L. Adolescent development: Putting Europe on the map. In S. Jackson, & L. Goens (Eds.), *Handbook of adolescent development*, New York: **Psychology Press**, p. 1-10, 2006.
- GUISTI, J. S. Automutilação: característica clínica e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. 2013. 184 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo: 2013.
- HERBERT, M. *Convivendo com adolescentes*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.
- JACOBSON, C. M.; BATEJAN, K. **Comprehensive theoretical models of non-suicidal self-injury**. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford University Press. p. 308-320, 2014.
- JAVIER, F.; CARLOS, E. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc.**, v. 47, n. 6, p. 643-646, 2009.
- KAIRALLA, Ivette Catarina Jabour; SMITH, Maristela Pires da Costa. A Musicoterapia na medicina quântica. In *Cantare: Rev. do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*. Curitiba, v.4, p. 23 - 45, 2013.

KARAMAN, N. G.; ÇOK, F. Adoção de comportamentos de risco por adolescentes: uma comparação das opiniões de adolescentes e adultos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 38, p. 357-364, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n38/v17n38a06.pdf>> Acesso em: 25 Abr. 2018.

KLONSKY, E. D.; LEWIS, S. P. Assessment of Non-suicidal Self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford University Press, p. 337-351, 2014.

LAUFER, M. O adolescente suicida. Lisboa: Climepsi. 2000.

LEVENKRON, S. Cutting. New York: Norton Company. 1999.

LIMA BRAGA, L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, v. 16, p. 2-14, 2013.

LIMA, G. M. P. A.; MIO, J. V. R.; SANTOS, G. N.; CAMPOS, C. J. G. Aspectos psicossociais e intervenções realizadas com o adolescente depressivo: revisão integrativa nacional da última década. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 07, n. 03, p. 07-16, 2018. Doi: 10.17267/2317-3394rps.v7i3.1803

LIMA, F.P.; OLIVEIRA, M.L.; WILRICH, J.Q. Relato de experiência – a arte como instrumento de reinserção social. **J Nurs Health, Pelotas**. v.02, n.01, p. 266-75, 2012.

LUCA, L.A.F.; COSTA, D.A.O.; SOUZA, R.M. Ideação Suicida em Adolescentes de 15 a 18 Anos Estudantes do Ensino Médio da Microrregião de São Carlos/SP. **Brazilian Journal of Forensic Sciences**, Medical Law and Bioethics, v.06, n.04, p. 475-484, 2017.

LOPES DE OLIVEIRA, M. C. S. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. **Psicologia em Estudo**, 11, 427-436, 2006.

MANZANO, M.A.; GATTINO, G. S. A composição de canções como estratégia terapêutica em Musicoterapia: uma revisão integrativa da literatura em língua inglesa. **Revista Brasileira de Musicoterapia**. Ano XVII, nº 18, 2015, p. 43-63. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/0B7-3Xng5XEKFWXpMSEdXMGZJQjg/view>> Acesso em: 03 mar. 2018.

MEKURIA, A.; NIGUSSIE, A.; ABERA, M. Childhood sexual abuse experiences and its associated factors among adolescent female high school students in Arbaminch town, Gamo Goffa zone, Southern Ethiopia: a mixed method study. **BMC Int Health Hum Rights**. v.15, n.01, p 21, Aug, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4538742/>> Acesso em: 25 Set. 2018.

MIGUEL, E. C.; GENTIL V.; GATTAZ W. F. **Clínica psiquiátrica: a visão do departamento e do instituto de psiquiatria do HCFMUSP**. Barueri: Manole, 2011.

MILLECO FILHO, L.A., BRANDÃO, M. R. E. & MILLECO, R. P. **É preciso cantar – Musicoterapia, cantos e canções**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2001.

MIRANDA, R.; SHAFFER, D. Understanding the suicidal moment in adolescence. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1304, p. 14-21, 2013.

MONTEIRO, D.H.M; FERMOSELI, A.F.O. Musicoterapia: contribuição como ferramenta terapêutica no auxílio a tratamentos de patologias adversas inseridas no

âmbito da saúde. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 2, n.2, p. 91-110, Nov., 2014.

MOREIRA, L.C.O.; BASTOS, P.R.H.O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 19, n. 03, p, 445-453, set. 2015.

MUEHLENKAMP JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. **Am J Orthopsychiatry**. v.75, n.02, p.324-333, abr., 2005.

MUEHLENKAMP, J. J.; BRAUSCH, A. M. Body regard and non-suicidal self-injury in adolescents. **Journal of Adolescence**, v. 35, p. 1-9, 2012.

NOCK, M. K. Self-injury. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 06, p. 339-363, 2010. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.

NOCK, M. K., & MENDES, W. B. Physiological arousal, distress tolerance and social problem solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 76, p. 28-38, 2008. Doi: 10.1037/0022-006X.76.1.28.

NOCK, M. K., & PRINSTEIN, M. J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 72, p. 885-890, 2004. Doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885.

OLIVEIRA, A.; AMANCIO, L.; SAMPAIO, D. Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 19, n. 4, p. 509-521, out. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a03.pdf> > Acesso em: 25 Abr. 2018.

OLIVEIRA, M.C.S.L. de. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 427-436, mai./ago. 2006.

OMS - Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS. Brasília, DF: OPAS, MS, 2017.

OMS. World Health Organization. Adolescent mental health: Mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations. Geneva: Author, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44875/1/9789241503648_eng.pdf

PANACIONI, G.F.A. **Musicoterapia na promoção da saúde: um cuidado para a qualidade de vida e controle do estresse acadêmico**. 144f. Dissertação (Mestrado em Música) Programa de Pós-Graduação em Música – Escola de Música e Artes Cênicas, Universidade Federal de Goiás, 2012.

PAREDES, G. S. S. O papel da Musicoterapia no desenvolvimento cognitivo nas crianças com Perturbação do Espectro do autismo. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Escola Superior de Educação Almeida Garret. 176f, 2012.

PATIAS, N. D.; MACHADO, W. L.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) – Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. *Psico-USF*, v. 21, n. 03, p. 459-469, 2016.

POLANCZYK, G. V.; LAMBERTE, M. T. M. R. **Psiquiatria da infância e adolescência**. 1a ed., vol. 20. Barueri: Manole, 2012.

POLETO, M.; KOLLER, S. H.; E DELL'AGLIO, D. D. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2):455-466, 2009

PUCHIVAILO, M. C.; HOLANDA, A. F. A História da Musicoterapia na Saúde Mental: Dos usos terapêuticos da música à Musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia** Ano XVI nº 16 ANO, p. 122-142, 2014

QUENTAL OB, FEITOSA ANA, LACERDA SNB, ASSIS EV, ISIDÓRIO UA, ABREU LC. Prevalence of alcohol use among adolescent students. **J Nurs UFPPE.**; v. 9, n. 01, p. 91-7, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10311>> Acesso 07 Set 2018.

QUIROGA, F.K; VITALLE, M.S.S. O adolescente e suas representações sociais: apontamentos sobre a importância do contexto histórico. **Psysis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 03, p. 863-878, 2013.

RODRIGUES, B.; ISAAC, R. A influência da música nos métodos de cura da atualidade. **INTEGRATIO**, v. 2, n. 2, ago. – dez, p. 61-64, 2016.

RODRIGUES, V. S.; HORTA, R. L. **Modelo cognitivo-comportamental da depressão**. In: Andretta, I.; Oliveira, M. S. Manual prático de terapia cognitivo-comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

RODRIGUES, J.C. A contribuição da musicoterapia no tratamento e reabilitação psicossocial dos usuários do CAPS II no município de Barreiras-BA, v.10, p.150-170, 2012

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M.R.M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago. 2005.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Corpos de passagem, ensaios sobre a subjetividade contemporânea**, São Paulo: Editora Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, A.G.S. A importância do nome próprio na educação infantil para a alfabetização. Monografia. 30f. Curso de Pós Graduação em Supervisão Escolar. Universidade Candido Mendes. 2013

SANTOS, E.A. **Musicoterapia e o cuidado ao cuidador familiar do idoso com Alzheimer: Um estudo de caso**. 160f. Dissertação (Mestrado em Música) Programa de Pós-Graduação em Música – Escola de Música e Artes Cênicas, Universidade Federal de Goiás, 2018.

SANTOS, L.C.S.; FARO A. Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. **Psicol. Pesqui.** Juiz de Fora: v. 12, n. 01, p. 1-10, jan.-abr., 2018.

SANTOS, M.J.; MASCARENHAS, M.D.M; RODRIGUES, M.T.P; MONTEIRO, R.A. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola. **Epidemiol.**

Serv. Saúde, Brasília, v. 27, n. 02, 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.org/pdf/ress/2018.v27n2/e2017059/pt>> Acesso em: 25 Set. 2018.

SARAIVA, C. Para-suicídio – contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes. Tese de Doutoramento. Coimbra: Universidade de Coimbra. 1997

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E.F.M. A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. Estudos de Psicologia 2003, 8(1), 107-115. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v8n1/17240.pdf>>

SCHOEN-FERREIRA, T.H; AZNAR-FARIAS, M. Adolescência através dos Séculos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 26 n. 2, p. 227-234, Abr-Jun, 2010.

SCOLA, R. Coesão grupal. In: Anais do CONGREGARH Conexão. Universidade de Passo Fundo, Jun., 2018.

SEKI, N.H; GALHEIGO, S.M. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. Interface. **Comunic Saúde Educ.** v.14, n.33, p.273-84, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200004>

SENNA, S. R. C. M. Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. Psicologia: Teoria e Pesquisa Vol. 28 n. 1, pp. 101-108, Jan-Mar, 2012.

SIFUENTES, T. R.; DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. C. Desenvolvimento humano: desafio para a compreensão das trajetórias probabilísticas. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23, 379-386, 2007.

SILVA, E. P. Q.; SANTOS, S. P. Práticas de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do GPECS: Problematizando corpos, gêneros, sexualidades e educação escolar. Educação e Políticas em Debate, v. 04, n.02, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeducaopoliticas/article/view/34555/18311>.

SOUSA, S. M. G.; MOREIRA, M. I. C. (Org.) Atendimento Psicossocial de Crianças e Adolescentes em Situação de Abuso Sexual. Goiânia: Cãnone Editorial, 2012.

SOUZA, C.; SILVA, D. N. H. Adolescência em debate: Contribuições teóricas à luz da perspectiva histórico-cultural. Psicol. estud., Maringá, v. 23, 23-34, 2018.

VARGAS, M.E.R. A Neurociência e Explicações da Ação e Efeito da Musicoterapia no Comportamento Humano. São Paulo: III CIMNAT - Congresso Internacional de Música, Neurociência, Arte e Terapia. 20, 2010. Disponível em: <http://ead2.est.edu.br/via_musicoterapia/files/u1/oci__ncia_e_explica___es_da_a___o_e_efeito.pdf>. Acesso: 2 fev. 2014

VARGAS, M.E.R. Influência da Música no Comportamento Humano: Explicações da Neurociência e Psicologia. Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v.1, 2012. Disponível em: <<http://anais.est.edu.br/index.php/congresso/article/viewFile/141/66>>. Acesso: 2 fev. 2014.

VERAS, J.L.A.; SILVA, T.P.S.; KATZ, C.T. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio entre adolescentes. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.9, n.22, p.70-82, 2017.

ULLMAN SE, PETER-HAGENE LC. Longitudinal relationships of social reactions, PTSD, and revictimization in sexual assault survivors. *J Interpers Violence*. v. 31, n. 06, p. 1074-94, Mar 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25538120>> Acesso em: 25 Set. 2018.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância: Adolescência Uma fase de oportunidades. Hatteras Press, Fevereiro, 2011.

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2018: opioid crisis, prescription drug abuse expands; cocaine and opium hitrecord highs. World Drug Report 2018, Vienna, June, 2018. Disponível em: <http://www.unodc.org/doc/wdr2018/WDR_2018_Press_ReleaseENG.PDF>. Acesso em: 25 Abr. 2018.

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime. Mundial sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2012/06/26-press-release-WDR-2012.html>. Acesso: 25 Abr. 2018.

WANG, L.; LIU, L.; SHI, S.; GAO, J.; LIU, Y.; LI, Y.; ... LIU, Z. Cognitive trio: relationship with major depression and clinical predictors in Han Chinese women. *Psychological medicine*, v. 43, p. 2265-2275, 2013.

WAZLAWICK, P; CAMARGO, D.D.; MAHEIRIE, K. Significados e sentidos da música: uma breve composição a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicol Estud. Maringá**. v.12, n. 01, p.105-13, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000100013>

WILLHELM, A.R.; ANDRETTA, I.; UNGARETTI, M.S. Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, vol. 8, n. 1, Janeiro-Junho 2015.

WHO. World Health Organization. **Preventing Suicide: a global imperative**. Luxembourg: 2014.

WHO. Organização Mundial da Saúde. Adolescent Friendly Health Services: An agenda for change. Genebra: WHO, 2002.

WORLD FEDERATION OF MUSIC THERAPY. What is Music Therapy. 2011.

YOUNGBLADE, L. M.; THEOKAS, C.; SCHULENBERG, J.; CURRY, L.; HUANG, I.-C.; NOVAK, M.; Risk and Promotive Factors in Families, Schools, and Communities: A Contextual Model of Positive Youth Development in Adolescence. **Pediatrics**, v. 119, n. Supplement 1, S47-S53., 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17272585> >Acesso em: 25 Abr. 2018.

ZANINI, C. R. de O. Musicoterapia e Saúde Mental: um longo percurso. In: Valladares, A. C. A. (Org.). In: Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental (p.181-203). São Paulo: Vetor, 2004.

ZEITOUNE, R.C.G.; FERREIRA, V.S.; SILVEIRA, H.S.; DOMINGOS, A.M.; MAIA, A.C. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 01, p.57-63, 2012. Disponível

em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100008&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 07 Set. 2018.

APÊNDICES



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA/MESTRADO**



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

Prefeitura Municipal de Goiânia
Secretaria Municipal de Saúde
Distrito Sanitário Campinas Centro
Centro de Atenção Psicossocial Água Viva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Meu nome é Mário Henrique Borges Oliveira Costa, musicoterapeuta, Especialista em Saúde Mental, do CAPSi Água Viva. Apresento este termo a você para lhe convidar, como voluntário (a) de uma pesquisa para conclusão do curso de Mestrado em Música, na linha de pesquisa Música, Educação e Saúde da Universidade Federal de Goiás.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas das duas vias deste documento. Uma via ficará com você e a outra é com o pesquisador responsável.

Em caso de recusa, sinta-se à vontade em não participar. Isto não irá interferir em nada na assistência que você recebe no CAPSi e você não será responsabilizado ou penalizado em hipótese alguma, bem como o adolescente.

Se você tiver dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador, Mário Henrique Borges Oliveira Costa, pelo telefone: (62) 98163-6201, podendo inclusive ligar a cobrar.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Este termo de consentimento está sendo aplicado pelo pesquisador Mário Henrique Borges Oliveira Costa, graduado no curso de Musicoterapia pela Universidade Estadual do Paraná, Especialista em Saúde Mental pela UNI Evangélica e aluno do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Música da UFG; na linha de pesquisa: Música, Educação e Saúde. A pesquisa intitulada “A musicoterapia no tratamento de adolescentes automutiladores” será desenvolvida por este pesquisador, sob a orientação da Dra. Claudia Regina de Oliveira Zanini.

O objetivo desta pesquisa consiste em analisar de que forma a musicoterapia pode contribuir no tratamento de um grupo de adolescentes que apresentam o fenômeno da automutilação, compreender este fenômeno em adolescentes, identificar as formas, os meios utilizados, e as razões da automutilação neste grupo de adolescentes, verificar os efeitos da musicoterapia nos níveis de impulsividade relacionados a automutilação, avaliar se a musicoterapia influencia na frequência de comportamentos automutilatórios, e descrever as experiências musicais utilizadas no processo musicoterapêutico.

O processo de pesquisa se dará por meio de atendimentos de musicoterapia realizados pelo pesquisador, em que serão trabalhadas atividades como cantar, ouvir, improvisar, compor músicas que façam parte dos costumes musicais vivenciados pelos adolescentes. Estima-se que serão realizados doze atendimentos de musicoterapia, organizados uma vez na semana. Cada atendimento terá a duração de uma hora.

Nos atendimentos serão utilizados instrumentos musicais como o violão, instrumentos de percussão, aparelhos de reprodução sonora e gravador. Os atendimentos serão gravados em áudio e serão transcritos logo após o término, para cunho de manutenção da fidelidade da fala dos participantes e para registro da produção musical.

Mesmo prevendo que não há prejuízo, pode haver risco de algum desconforto ou constrangimento psicológico ao participante. Assim, é resguardado aos responsáveis legais e aos adolescentes o direito de retirar o seu consentimento como participante a qualquer tempo, sem que isto acarrete qualquer penalidade. Os supostos danos serão minimizados através de recursos metodológicos do pesquisador que possui formação acadêmica que o habilita a realizar o processo musicoterapêutico preservando a integridade dos participantes, bem como o possível encaminhamento para atendimento psicológico na instituição. Como benefícios os adolescentes poderão passar por experiências de ouvir música, tocar instrumentos, cantar, compor músicas, expressar e compartilhar sentimentos.

Lembramos que para a participação na pesquisa o adolescente necessitará dispor de seu tempo. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa. Todos os atendimentos serão inteiramente gratuitos. O participante tem o direito de pleitear indenização caso haja necessidade de reparação de danos imediatos ou futuros, decorrentes da sua participação na pesquisa. A sua identidade, bem como de outros participantes serão mantidas em sigilo. O material coletado servirá unicamente para ser apresentado em forma de dissertação de mestrado, publicação de artigos científicos, apresentação em congresso. É dada a garantia de que os dados coletados não serão armazenados para estudos futuros. Ressalta-se que os registros ficarão em posse do pesquisador. Esta pesquisa e a divulgação do material científico visam contribuir para melhorar a qualidade de vida dos adolescentes e familiares que enfrentam situações semelhantes, assim como contribuir com novos conhecimentos sobre a terapêutica de adolescentes que se automutilam.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, responsável legal pelo usuário _____, aceito a participação deste adolescente nesta pesquisa. Fui comunicado dos objetivos e interesses científicos desta pesquisa e compreendo que o adolescente sob minha responsabilidade tem a liberdade de participar ou não da pesquisa. Além disso, reconheço que tenho a liberdade de fazer perguntas a qualquer momento, sempre que houver dúvidas e quando julgar necessário. É também esclarecido que a participação do adolescente é voluntária podendo se retirar do estudo a qualquer momento que desejar sem prejuízo ao tratamento médico, psicológico, fonoaudiológico entre outros que tenho recebido nessa Instituição. Em nenhum momento terei o meu nome publicado ou exposto por qualquer razão, e caso seja necessário, será trocado como forma de manter minha privacidade, bem como a do adolescente sob minha responsabilidade. O pesquisador se compromete a manter confidencial toda e qualquer informação que possa nos identificar individualmente.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Assinatura dos pais e/ou representante legal do adolescente

Assinatura por extenso do pesquisador responsável

Mário Henrique Borges Oliveira Costa
Pesquisador Responsável



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA/MESTRADO**



**PREFEITURA
DE GOIÂNIA**

Prefeitura Municipal de Goiânia
Secretaria Municipal de Saúde
Distrito Sanitário Campinas Centro
Centro de Atenção Psicossocial Água Viva

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “A Musicoterapia no tratamento de adolescentes automutiladores”. Meu nome é Mário Henrique Borges Oliveira Costa, sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é a Saúde Mental. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence ao pesquisador responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável, via e-mail (mariohbc@hotmail.com) e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do seguinte contato telefônico: (62) 981636201. Ao persistirem as dúvidas *sobre os seus direitos* como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Este termo de consentimento está sendo aplicado pelo pesquisador Mário Henrique Borges Oliveira Costa, graduado no curso de Musicoterapia pela Universidade Estadual do Paraná, Especialista em Saúde Mental pela UNI Evangélica e aluno do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Música da UFG; na linha de pesquisa: Música, Educação e Saúde. A pesquisa intitulada “A musicoterapia no tratamento de adolescentes automutiladores” será desenvolvida por este pesquisador, sob a orientação da Dra. Claudia Regina de Oliveira Zanini.

O objetivo desta pesquisa consiste em analisar de que forma a musicoterapia pode contribuir no tratamento de um grupo de adolescentes que apresentam o fenômeno da automutilação, compreender este fenômeno em adolescentes, identificar as formas, os meios utilizados, e as razões da automutilação neste grupo de adolescentes, verificar os efeitos da musicoterapia nos níveis de impulsividade relacionados a automutilação, avaliar se a musicoterapia influencia na frequência de comportamentos automutilatórios, e descrever as experiências musicais utilizadas no processo musicoterapêutico.

O processo de pesquisa se dará por meio de atendimentos de musicoterapia realizados pelo pesquisador, em que serão trabalhadas atividades como cantar, ouvir, improvisar, compor músicas que façam parte dos costumes musicais vivenciados pelos adolescentes. Estima-se que serão realizados doze atendimentos de musicoterapia, organizados uma vez na semana. Cada atendimento terá a duração de uma hora.

Nos atendimentos serão utilizados instrumentos musicais como o violão, instrumentos de percussão, aparelhos de reprodução sonora e gravador. Os atendimentos serão gravados em áudio

e serão transcritos logo após o término, para cunho de manutenção da fidelidade da fala dos participantes e para registro da produção musical.

Mesmo prevendo que não há prejuízo, pode haver risco de algum desconforto ou constrangimento psicológico ao participante. Assim, é resguardado aos responsáveis legais e aos adolescentes o direito de retirar o seu consentimento como participante a qualquer tempo, sem que isto acarrete qualquer penalidade. Os supostos danos serão minimizados através de recursos metodológicos do pesquisador que possui formação acadêmica que o habilita a realizar o processo musicoterapêutico preservando a integridade dos participantes, bem como o possível encaminhamento para atendimento psicológico na instituição. Como benefícios os adolescentes poderão passar por experiências de ouvir música, tocar instrumentos, cantar, compor músicas, expressar e compartilhar sentimentos.

Lembramos que para a participação na pesquisa o adolescente necessitará dispor de seu tempo. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa. Todos os atendimentos serão inteiramente gratuitos. O participante tem o direito de pleitear indenização caso haja necessidade de reparação de danos imediatos ou futuros, decorrentes da sua participação na pesquisa. A sua identidade, bem como de outros participantes serão mantidas em sigilo. O material coletado servirá unicamente para ser apresentado em forma de dissertação de mestrado, publicação de artigos científicos, apresentação em congresso. É dada a garantia de que os dados coletados não serão armazenados para estudos futuros. Ressalta-se que os registros ficarão em posse do pesquisador. Esta pesquisa e a divulgação do material científico visam contribuir para melhorar a qualidade de vida dos adolescentes e familiares que enfrentam situações semelhantes, assim como contribuir com novos conhecimentos sobre a terapêutica de adolescentes que se automutilam.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

Eu,, inscrito (a) sob o RG/CPF/n.º de prontuário....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “A Musicoterapia no Tratamento de Adolescentes Automutiladores”. Informo ser menor de 18 anos de idade, e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado (a) e esclarecido (a), pelo pesquisador (a) responsável Mário Henrique Borges Oliveira Costa, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso do pesquisador responsável

Mário Henrique Borges Oliveira Costa-Pesquisador Responsável



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Musicoterapia no Tratamento de Adolescentes Automutiladores

Pesquisador: MARIO HENRIQUE BORGES OLIVEIRA COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80889817.4.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.518.230

Apresentação do Projeto:

A disseminação da prática da automutilação em redes sociais dá uma pista sobre um problema que preocupa um número crescente de especialistas na área da saúde mental escolas. Psiquiatras já falam em "epidemia" de um castigo autoinfligido para, na ótica dos jovens, minorarem sofrimentos emocionais ou psicológicos. Saraiva (1997) afirma que os comportamentos de automutilação cresceram nos últimos 40 anos e são cada vez mais comuns entre os adolescentes nas sociedades contemporâneas, em meios urbanos.

O presente projeto debruça-se sobre o comportamento de automutilação. A temática, em especial, foi escolhida devido ao caráter social e a necessidade de expor a situação que é vivida por crianças e adolescentes.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar de que forma a musicoterapia pode contribuir no tratamento de um grupo de adolescentes que apresentam o fenômeno da automutilação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mesmo prevendo que não há nenhum risco aos adolescentes, prejuízo ou desconforto, é resguardado aos responsáveis legais e aos adolescentes o direito de retirar o seu consentimento como participante a qualquer tempo, sem que isto acarrete qualquer penalidade. Os supostos danos psicológicos serão minimizados através de recursos metodológicos do pesquisador que possui formação acadêmica que o habilita a realizar o processo musicoterapêutico preservando a



Continuação do Parecer: 2.518.230

integridade dos participantes.

Benefícios: os adolescentes poderão passar por experiências de ouvir música, tocar instrumentos, cantar, compor músicas, expressar e compartilhar sentimentos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo descritivo longitudinal misto. A pesquisa será desenvolvida na sala de Musicoterapia do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Água-viva. Os participantes serão usuários com idade entre 13 e 17 anos e que apresentarem a automutilação como principal fator motivador para a procura de tratamento, independente da presença ou não de outras comorbidades. Para avaliação clínica descritiva dos usuários com automutilação, todos os prontuários serão revisados de forma sistemática para levantamento das características clínicas do quadro de automutilação. Os atendimentos (intervenções musicoterapêuticas) serão realizados em um período de 3 meses, incluindo as etapas de avaliação inicial e final. Todas as intervenções terão duração entre 50 e 60 minutos e serão realizadas coletivamente, com um grupo fechado de até 10 participantes, na etapa de intervenções musicoterapêuticas e, individualmente, nas etapas referentes às avaliações. Pretende-se utilizar a Escala de Comportamento de Automutilação (Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM). Esta escala aborda a ocorrência de 11 diferentes tipos de automutilação durante o último ano, e nos casos afirmativos, sua frequência, formas, meios utilizados e razões da automutilação, Escala de Impulsividade de Barrat – versão 11 . A coleta de dados qualitativos acontecerá no decorrer do processo musicoterapêutico por meio relatórios e gravações das sessões com o grupo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador apresentou as pendências constituintes do 1º parecer sendo:

- 1- Carta de anuência da SMS;
- 2- Mudanças na linguagem do TALE para melhor compreensão dos participantes;
- 3 - Justificativa quanto ao conhecimento dos pais/ responsáveis da condição do adolescente automutilador - para atendimento no CAPSi é necessário a presença do pai ou responsável.

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.018.230

deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, previsto para Abril/2019 .

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1043162.pdf	08/02/2018 16:26:59		Aceito
Outros	cartadeencaminhamentos.docx	08/02/2018 16:25:18	MARIO HENRIQUE BORGES OLIVEIRA COSTA	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.docx	08/02/2018 16:24:25	MARIO HENRIQUE BORGES OLIVEIRA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	08/02/2018 16:23:18	MARIO HENRIQUE BORGES OLIVEIRA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/02/2018 16:22:46	MARIO HENRIQUE BORGES OLIVEIRA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/12/2017 17:19:26	MARIO HENRIQUE BORGES OLIVEIRA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRevisado.doc	01/12/2017 12:05:00	MARIO HENRIQUE BORGES OLIVEIRA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Prédio da Retoria Téreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-970

UF: GO

Município: GCIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com



UFG - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2/518.230

GOIANIA, 28 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Geisa Mozzer
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131

Bairro: Campus Samambaia

CEP: 74.001-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3521-1215

Fax: (62)3521-1163

E-mail: cep.prpi.ufg@gmail.com