



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA ARTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARTES

MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA

ARTE-EDUCAÇÃO EM PSICOLOGIA:
a educação musical no tratamento de depressão e/ou ansiedade

BELÉM
2020

MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA

ARTE-EDUCAÇÃO EM PSICOLOGIA:

a educação musical no tratamento de depressão e/ou ansiedade

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Artes, PPGArtes, da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Artes.

Orientador: Dr. Áureo Deo de Freitas Júnior

Linha de Pesquisa 03: História, Crítica e Educação em Artes.

BELÉM
2020

Dados Internacionais de Catalogação- na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Programa de Pós-Graduação em Artes/UFPA

S725a Sousa, Maria Jucilene Silva Guida de.
Arte-Educação em Psicologia: a educação musical no tratamento de
depressão e/ou ansiedade / Maria Jucilene Silva Guida de Sousa. – 2020.

Orientador: Professor Dr. Áureo Déo de Freitas Júnior.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências
das Artes, Programa de Pós-Graduação em Artes, Belém, 2020.

1. Música – educação e pesquisa. 2. Arte e música. 3. Arte e educação.
4. Arte e doenças mentais. 4. Psicologia. I. Freitas Júnior, Áureo Déo de,
orient. II. Título.

CDD – 23. ed. 780.7

ATA DE APROVAÇÃO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA ARTE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARTES ATA DE DEFESA PÚBLICA DE TESE DE DOUTORADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ.

Aos vinte e sete (27) dias do mês de novembro do ano de dois mil e vinte (2020), às treze (13) horas, a Banca Examinadora instituída pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Artes da Universidade Federal do Pará, reuniu-se remotamente, sob a presidência do orientador professor doutor Áureo de Freitas, conforme o disposto nos artigos 73 ao 77 do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Artes, para presenciar a defesa oral de Tese de Maria Jucilene Silva Guida de Sousa, intitulada: **ARTE-EDUCAÇÃO EM PSICOLOGIA: A Educação Musical no tratamento de pessoas com depressão e/ou ansiedade**, perante a Banca Examinadora, composta por : Áureo Deo De Freitas Junior (Presidente); Bene Martins (Examinador interno); Joel Cardoso (Examinador Externo ao Programa); Fernando Pessotto (Externo à Instituição); Iris Maria Ribeiro Porto (Externo à Instituição). Dando início aos trabalhos, o professor Áureo de Freitas, passou a palavra a doutoranda, que apresentou a Tese, com duração de quarenta e cinco minutos, seguido pelas arguições dos membros da Banca Examinadora e as respectivas defesas pela doutoranda, após o que a sessão foi interrompida para que a Banca procedesse à análise e elaborasse os pareceres e conclusões. Reiniciada a sessão, foi lido o parecer, resultando em aprovação, com o conceito EXCELENTE, com distinção. Após os os ajustes sugeridos pelos membros da banca, recomenda-se a publicação. A aprovação do trabalho final pelos membros será homologada pelo Colegiado após a apresentação, pela doutoranda, da versão definitiva do trabalho. E nada mais havendo a tratar, o professor doutor Áureo de Freitas agradeceu aos presentes, dando por encerrada a sessão. A presente ata que foi lavrada, após lida e aprovada, vai assinada, pelos membros da Banca e pela doutoranda. Belém- Pa, 27 de Novembro de 2020.

Prof. Dr. ÁUREO DEO DE FREITAS JUNIOR

Prof.ª Dr.ª BENE MARTINS

Prof. Dr. JOEL CARDOSO

Prof. Dr. FERNANDO PESSOTO

Prof.ª Dr.ª IRIS MARIA RIBEIRO PORTO

MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA

Dedico este trabalho ao meu esposo Claudio Guida de Sousa e aos meus filhos: Hanne Lise Silva Guida, Hada Lise Silva G. de Sousa e Hael Silva G. de Sousa, os quais são meus parceiros e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, minha razão maior de existência.

Ao meu esposo Claudio Guida de Sousa, companheiro, amigo e amor, pelo auxílio emocional e afetivo.

Aos meus filhos, Hanne Lise, Hada Lise e Hael Silva G. de Sousa, pelo incentivo e compreensão diante das minhas ausências.

Ao meu orientador, Dr. Áureo Defreitas, pela competente orientação e ajuda nos momentos difíceis durante a pesquisa.

Ao, Dr. Fernando Pessotto, pelo grande apoio e pela forma generosa de dar sugestões na revisão desta pesquisa.

À Dra. Íris Maria Ribeiro Porto, pelas sugestões no processo de intervenção e pelo apoio dado.

À Dra. Bene Martins e ao Dr Joel Cardoso, pelas ricas sugestões e seus ensinamentos nas disciplinas do Doutorado.

Ao Educador Musical Lee Jun Fan pela competente atuação no processo de intervenção com atividades de Educação Musical.

Aos meus demais professores do Programa de Doutorado em Artes, pelo aprendizado construído em suas ministrações.

À Coordenação do Programa de Doutorado em Artes, PPGArtes, da Universidade Federal do Pará- UFPA, pelo apoio e diretrizes legais no desenvolvimento deste trabalho.

À minha Universidade Estadual do Maranhão- UEMA, na pessoa do Magnífico Reitor, Dr. Gustavo P. da Costa, pela amizade e apoio concedidos.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para efetivação deste trabalho.

Sobre tudo o que deves guardar, guarda o teu coração, porque dele provém todas as fontes de vida.

Prov. 4:23 (Salomão).

RESUMO

O propósito deste trabalho parte da ideia-força de que Arte-educação e Psicologia podem ser aliadas no processo psicoterápico de determinados fenômenos relacionado ao comportamento humano. Tem a assertiva de que ao serem utilizadas, ambas não perdem sua importância frente ao objeto de estudo, isto é, sem que nenhuma seja descaracterizada, subjugada ou coisificada em função da outra, nem submetida a uma mera funcionalidade. O objetivo geral da pesquisa é analisar como a Educação Musical pode ajudar na qualidade de vida dos pacientes com depressão e /ou ansiedade. Para tanto, o problema de que norteou a pesquisa, é descrito da seguinte forma: como a Educação Musical pode ajudar no tratamento de pessoas com Transtornos de Depressão e/ou Ansiedade? Diante desse problema é possível entender que o exercício da Arte-educação pela Educação Musical não é uma tarefa apenas de Educadores Musicais, dentro das salas de aula, mas pode ser também de Psicopedagogos e Psicólogos, que trabalham na área da Saúde e que buscam se qualificar na área de Educação Musical, para aplicá-la nos contextos psicopedagógicos e psicoterapêuticos, por meio de objetivos claros e definidos na promoção de saúde individual e coletiva. O estudo demonstra como é possível aplicar a Arte-educação em Psicologia, num processo interdependente e dialógico, sem perda de sua essência, já que todas elas priorizam o sujeito em suas diferenças. Para tal consecução utiliza o método Fenomenológico que busca compreender um fenômeno e não necessariamente explicá-lo. Como tipo de pesquisa, esta tese é qualitativa e fez a pesquisa Teórico-aplicada, por meio da Observação Participativa em um laboratório de experimentação no Serviço de Psicologia e Psicopedagogia da Universidade Estadual do Maranhão, em São Luís-MA, para dois grupos de pacientes com transtorno de depressão e ou ansiedade: um para intervenção com atividades em Educação Musical e outro para testagem comparativa de resultados. Obteve como resultado, a constatação de que o grupo de pacientes, que teve atividades de Educação Musical no processo de intervenção psicológica e psicopedagógica obteve 100% de melhora comportamental, de acordo com os testes e reteste aplicados e com o parecer da equipe multidisciplinar de acompanhamento, enquanto o grupo de pacientes que não teve atividades em Educação Musical obteve somente 20% de melhora. Conclui, portanto que foi confirmado a hipótese inicial de que a Educação Musical contribui para minimização de transtornos depressivos e ou de ansiedade.

Palavras- Chaves: Psicologia; Educação; Música; Transtornos Mentais.

ABSTRACT

The purpose of this work starts from the idea-strength that Art-education and Psychology can be combined in the psychotherapeutic process of certain phenomena related to human behavior. It has the assertive that when they are used, both do not lose their importance front to the object of study, that is, without either being mischaracterized, subjugated or objectified in function of the other, nor subjected to a mere functionality. The general objective of the research is to analyze how Music Education can help in the quality of life of patients with depression and / or anxiety. Therefore, the problem that guided the research is described as follows: how can Music Education help in the treatment of people with Depression and / or Anxiety Disorders? Facing this problem, it is possible to understand that the exercise of Art Education by Music Education is not only a task of Music Educators, inside the classrooms, but it can also be of Psychopedagogues and Psychologists, who work in the Health area and who seek to qualify in the area of Music Education, to apply it in psychopedagogical and psychotherapeutic contexts, through clear and defined objectives in the promotion of individual and collective health. The study demonstrates how it is possible to apply Art-education in Psychology, in an interdependent and dialogical process, without losing its essence, since they all prioritize the subject in its differences. To such achievement, it uses the Phenomenological method that seeks to understand a phenomenon and not necessarily explain it. As a type of research, this thesis is qualitative and carried out theoretical-applied research, through Participatory Observation in an experimentation laboratory at the Psychology and Psychopedagogy Service of the State University of Maranhão, in São Luís-MA for two groups of patients with depression and or anxiety disorder: one for intervention with activities in Music Education and another for comparative testing of results. As a result, it was found that the group of patients who had Musical Education activities in the process of psychological and psycho-pedagogical intervention achieved 100% behavioral improvement, according to the tests and retest applied and the opinion of the multidisciplinary monitoring team , while the group of patients who did not have activities in Music Education achieved only 20% improvement. It concludes, therefore, that the initial hypothesis that music education contributes to minimizing depressive and / or anxiety disorders has been confirmed.

Keywords: Psychology; Education; Music; Mental Disorders

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Contribuições dos educadores musicais à Psicologia.....	20
QUADRO 2 - Regiões do cérebro estimuladas pela prática musical.....	26
QUADRO 3 - Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente com atividades de Educação Musical, PCEM 1.....	56
QUADRO 4 - Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente com atividades de Educação Musical, PCEM 2.....	59
QUADRO 5 - Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente com atividades de Educação Musical, PCEM 3.....	62
QUADRO 6 - Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente com atividades de Educação Musical, PCEM 4.....	64
QUADRO 7 - Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente com atividades de Educação Musical, PCEM 5.....	67
QUADRO 8 - Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente sem atividades de Educação Musical, PSEM 1.....	69
QUADRO 9 - Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente sem atividades de Educação Musical, PSEM 2.....	71
QUADRO 10 - Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente sem atividades de Educação Musical, PSEM 3.....	73
QUADRO 11 - Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente sem atividades de Educação Musical, PSEM 4.....	75
QUADRO 12 - Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente sem atividades de Educação Musical, PSEM 5.....	77
QUADRO 13 - Resultado final: Comparação de avanços dos dois grupos ..	81

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Regiões do cérebro estimuladas pela Educação Musical.....	27
---	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 ARTE-EDUCAÇÃO ALIADA À PSICOLOGIA EM EDUCAÇÃO MUSICAL.....	14
2.1 Educação Musical no contexto clínico.....	16
3 TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA MEDIAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO MUSICAL E OS TRANSTORNOS DE DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE.....	24
3.1 Transtornos de Depressão e de Ansiedade.....	29
4 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA DAS AÇÕES INTERVENTIVAS NA CLÍNICA.....	38
4.1 Comitê de Ética.....	44
4.2 Testes e instrumentos psicológicos e psicopedagógicos utilizados.....	44
4.2.1 Escalas Beck.....	45
4.2.2 Bateria Fatorial da Personalidade (BFP).....	47
4.2.3 As Pirâmides Coloridas de Pfister.....	50
4.3 Caracterização do ambiente de pesquisa.....	53
5 ANÁLISE DAS ATIVIDADES DO PROCESSO INTERVENTIVO.....	54
5.1 Revisitando a Hipótese de Pesquisa.....	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE.....	96
ANEXOS.....	120

1 INTRODUÇÃO

O cuidado e a atenção são essenciais, quando se elabora um trabalho interdisciplinar entre Arte e demais ciências de cunho social, como, por exemplo, a Arte-educação e a Psicologia, pois ambas não devem ser descaracterizadas ou “coisificadas”, nem submetidas a uma mera funcionalidade, mas, ao contrário, devem ser estudadas pelo viés da sua essência, que são a criatividade e a liberdade.

Alguns estudiosos buscaram definir Arte, embora se saiba que, conceituá-la de maneira clara e concreta, sempre será um ato incompleto. Enquanto Herbert Read (1958) conceitua Arte como “expressão” e estimula modificações em se tratando de sentimentos, Vigotsky (1997) a define como “técnica social do sentimento” e E. Soureau (1973) a definiu como expressão de sentimentos informuláveis (CASTELÃO, 2011). É neste contexto subjetivo de significados, que a Psicologia se relaciona à Arte em um processo de influência mútua, haja vista que a Arte possui funções psicológicas e promove benefícios psicológicos, que ajudam o sujeito a construir sua aprendizagem. A arte-educação, parte do pressuposto de que os estudiosos, nesta área, não têm como finalidade produzir objetos artísticos propriamente ditos, nem fazer apresentações públicas, mas sim, colocar fenômenos artísticos ao serviço da Educação e das experiências terapêuticas (GOHN, 2003). Assim, o estudo de Arte-educação em Psicologia implica práticas de auxílio ao indivíduo no processo de construção de seu conhecimento, por meio da sensibilização, da conscientização, da socialização e do desenvolvimento pessoal (LEONTIEV, 2000).

É possível estudar Arte-educação em Psicologia, num processo interdependente e dialógico sob uma compreensão de que ambas priorizam o sujeito em suas diferenças. A Arte-educação é bastante significativa na constituição do sujeito, pois influi diretamente no aspecto emocional deste. Assim, é possível compreender que as experiências fantásticas dialogam profundamente com as emoções reais do ser humano e fortalece a ideia de que o sentimento e a fantasia não são dois processos separados em si, mas, essencialmente, o mesmo processo (VIGOTSKY, 1998). A Arte-educação pela Educação Musical nesse contexto, constitui-se num elo importante para o sujeito efetivar sua vivência subjetiva, e ainda pode ser aliada à Psicologia no fortalecimento da capacidade de o indivíduo se modificar (FOUERSTEIN, 1997), pela

apropriação de novos conhecimentos (VIGOTSKY, 1997), os quais, se construídos de forma autônoma e por etapas biopsíquicas (PIAGET, 1990) e dentro de um plano cognitivo, afetivo e psicossocial (BECK, 2013), além de centrado, especificamente, nas necessidades individuais desse sujeito (ROGERS, 2009), poderão produzir mais qualidade e saúde nas suas funções psicológicas superiores (percepção, atenção, linguagem e pensamento, por exemplo), que estejam desarmonizadas, causando transtornos, como os Transtornos de Depressão e/ou Ansiedade.

A ansiedade e o medo são fatores que ajudam o ser humano a estar preparado para situações de ameaça e perigo (CLARK & BECK, 2012), no entanto, se essa predisposição de olhar para o futuro com percepção apreensiva de não poder controlar ou prever situações aversivas (ansiedade) se elevar, juntamente ao medo persistente, causando prejuízo no seu funcionamento, o sujeito está sob Transtorno de Ansiedade, doravante TA (BARLOW & DURAND, 2008).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5, APA, 2014) caracteriza o Transtorno de Ansiedade e o Transtorno Depressivo separadamente, dentro de suas especificidades e, por isso, será feita a descrição etiológica dos Transtornos de Depressão e Ansiedade dentro dos eventos possíveis de acontecerem na vida humana.

Na minha trajetória profissional, como Arte-educadora, e psicopedagoga, deparei-me com o seguinte Problema de Pesquisa: “Como a Educação Musical pode ajudar no tratamento de pessoas com Transtornos de Depressão e/ou Ansiedade?” Diante disso, foi possível entender que o exercício da Arte-educação pela Educação Musical não é uma tarefa apenas de Educadores Musicais, dentro das salas de aula, mas pode ser, também, de Psicopedagogos e de Psicólogos, que trabalham na área da Saúde e que buscam se qualificar na área de Educação Musical, para aplicá-la nos contextos psicopedagógicos e psicoterapêuticos, por meio de objetivos claros e definidos na promoção de saúde individual e coletiva.

Diante dessa problemática, foi articulado o objetivo geral da pesquisa:

- Analisar como a Educação Musical pode ajudar na qualidade de vida dos pacientes com depressão e /ou ansiedade.

E, como objetivos específicos:

- Contextualizar Arte-educação em Psicologia, por meio, da Educação Musical;
- Caracterizar a Teoria Cognitiva-Comportamental de Aaron Beck, que se constitui no principal referencial teórico na fundamentação da Tese em pauta;
- Aplicar atividades de Educação Musical no processo de intervenção em pacientes com Depressão e/ou Ansiedade;
- Refletir os resultados das ações interventivas pela utilização da Educação Musical nas técnicas psicoterapêuticas realizadas no Serviço de Orientação Psicológica e Psicopedagógica da Universidade Estadual do Maranhão- SOPP/UEMA, em São Luís-MA.

Nesse sentido, foi realizada uma Pesquisa Teórico-aplicada sobre Arte-educação em Psicologia, com ênfase na linguagem musical, uma vez que Arte, Educação, Psicologia e Música visam a contribuir para um desenvolvimento harmonioso do ser humano, de forma integral. A proposta nesta Tese de Doutorado é estudar, de forma mais aprofundada, fenômenos vivenciados por pessoas com Transtorno de Ansiedade, utilizando a Educação Musical na prática psicoterapêutica do contexto clínico.

A proposta inicial desta pesquisa surge de um Projeto de Extensão Universitária (Programa Institucional de Bolsa de Extensão- PIBEX), da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), orientado por mim, como professora do Curso de Música Licenciatura, tendo como bolsista, um aluno do 4º período do referido curso. Esse projeto foi realizado por dois anos consecutivos e teve, como título: “A Música como recurso de intervenção pedagógica não diretiva”, ora, a não diretividade é um conceito criado por Rogers para fundamentar a sua teoria centrada na pessoa. É uma convicção de que o cliente pode reassumir o controle de seus sentimentos e pensamentos, guiado pelo psicólogo, que o ajuda a assimilar *insights* e fazer escolhas (ROGERS, 2004). Esse trabalho de extensão aconteceu no período em que trabalhei como Psicopedagoga do Colégio Militar Tiradentes, com 50 alunos do 6º ano do Ensino Fundamental, nesta escola pública estadual, onde houve aplicabilidade de Educação Musical no processo de acompanhamento individual e coletivo de alunos com problemas de ansiedade.

Pelos bons resultados desse Projeto de Extensão, foi importante dar continuidade nessa temática, porém, dentro de um espaço psicoterapêutico. Assim, como já fazia parte da equipe

multidisciplinar de profissionais do Serviço de Psicologia e de Psicopedagogia da Universidade Estadual do Maranhão (SOPP/UEMA), foram aplicadas atividades de Educação Musical no processo de tratamento dos pacientes com Transtorno de Depressão e/ou Ansiedade, por meio da análise da Abordagem Cognitivo-Comportamental de Aaron Beck.

Algumas produções acadêmicas já foram publicadas sobre Arte-Educação em Psicologia, contudo, em se tratando de pesquisas que enfatizam a aplicabilidade da Educação Musical em psicoterapia de pessoas com Transtorno de Ansiedade, o acervo ainda é tímido, diante do surgimento de fenômenos ainda não explicados no contexto clínico. Por isso, a pretensão de pesquisar esta temática se deu, devido ao meu interesse por Arte-Educação em Psicologia, o qual se evidencia nas minhas experiências profissionais e nas minhas produções acadêmicas já desenvolvidas, tais como, “A Música como Recurso Didático” (Graduação de Pedagogia), “Texto e Expressividade nas canções infantis de Vinícius de Moraes” (Dissertação de Mestrado), “A Educação Musical aliada à Psicopedagogia no Processo de Aprendizagem” (Graduação em Música), “A Programação Neurolinguística como recurso no tratamento de traumas emocionais em pessoas depressivas” (Graduação em Psicologia).

Dessa forma, é relevante pesquisar a Educação Musical na Psicoterapia, já que é possível enfatizar a individualidade, a percepção, a modificabilidade e o ritmo do ser humano ao lidar com suas emoções e comportamentos aprendidos, pois a emoção do indivíduo está ligada aos seus sentimentos, e estes, por sua vez, são afetados pela prática musical que - quanto mais prazerosa - mais estimula a química cerebral, propiciando respostas comportamentais (LOURO, 2016).

Assim foi averiguada a hipótese: “A Educação Musical contribui para a minimização de transtornos depressivos e ou de ansiedade”, visto que as respostas comportamentais dos pacientes clínicos estão relacionadas à forma como se percebem e aos conceitos que internalizam de si mesmos. É neste contexto, que a Teoria Cognitivo-Comportamental de Aaron Beck, já citada anteriormente, constituiu-se como embasamento para a prática interventiva do profissional no processo de intervenção clínica, pois entende-se que o ser humano tem, dentro de si, amplos recursos para autocompreensão, para alterar seu autoconceito, suas atitudes e seu comportamento autodirigido (BECK, 2005) e, assim, é efetivado.

Este trabalho pôde contribuir tanto para o aumento da qualidade da saúde das pessoas, quanto para aumentar o acervo de Produções Científicas em Arte-Educação e Psicologia e, ainda, suscita provocações para o surgimento de novas investigações na área.

A estrutura desta pesquisa se configura da seguinte forma: no primeiro capítulo, foram apresentados conceitos de Arte-educação e sua relação com a Psicologia e foi enfatizado o significado da temática de pesquisa, Arte-educação em Psicologia no intuito de reforçar o teor de inerência entre essas duas áreas, por meio do fazer Educação Musical. No segundo capítulo, foi feita a fundamentação teórica primária, pela Abordagem Cognitivo-Comportamental de Aaron Beck, que alicerçou esta pesquisa e os eixos de relação entre ela e outras teorias. No terceiro capítulo, foi apresentada a descrição metodológica da pesquisa, no que se refere aos testes, escalas e instrumentos utilizados, bem como a caracterização da clientela pesquisada e, no quarto capítulo, constou a análise sobre os resultados e discussões do processo de intervenção.

2 ARTE-EDUCAÇÃO ALIADA À PSICOLOGIA EM EDUCAÇÃO MUSICAL

É fácil encontrar várias denotações e conotações sobre o termo Arte, e todos os conceitos convergem para maneira de ser ou agir do ser humano, sua conduta, habilidade, ciência, talento, ofício, ou preceitos que ele detém para fazer ou dizer algo como é devido. Esses conceitos evocam ações subjetivas humanas refletidas em ações objetivas, ou seja, todo indivíduo possui uma singularidade em “ser” e uma habilidade diferenciada em “agir” ou em “pôr em prática” algo que concebeu. Há, no exercício da arte, a manifestação de sensações e de emoções, por meio da produção de algo concreto, e que se constituirá em possibilidade de novas concepções e sensações em outros indivíduos que, por sua vez, gerarão outros produtos criativos. Por isso, concorda-se com Albano (2000), que seja impreterível a compreensão de que a arte pode levar as pessoas para espaços dentro de si mesmas aos quais não teriam acesso de outra maneira.

Para o presente trabalho, foi usado o conceito de ensino de Arte pela utilização do termo Arte-educação, mesmo entendendo a reflexão de Ana Mae Barbosa (1991), que diz ser, talvez importante, não usar o termo “arte-educação”, que serviu para designar o ensino de arte, contra o termo Educação Artística dos anos setenta e oitenta, ou seja, é importante falar apenas em ensino da Arte e da aprendizagem da Arte, pois o ensino-aprendizagem de arte deve ser

revisito em todos os setores específicos existentes. Entretanto, é possível utilizar a terminologia Arte-Educação referindo-se a ensino ou aprendizagem de Artes naquilo que essa pesquisa pretendeu alcançar.

É neste contexto subjetivo de significados que existe a relação entre Psicologia e Arte, uma vez que a Arte possui funções atreladas ao psiquismo do indivíduo e promove bem-estar emocional, fazendo com que o sujeito construa sua aprendizagem de maneira significativa. A arte-educação, não fundamenta os pesquisadores desta área a produzirem somente objetos artísticos, ou a fazerem apresentações públicas, mas sim, possibilita o estudo de fenômenos artísticos para qualificar o processo educativo e pesquisas que promovam experiências terapêuticas. Dessa forma, o estudo de Arte-educação em Psicologia se constitui em práticas de auxílio ao indivíduo no processo de construção de sua aprendizagem, por meio do lúdico, da socialização e do desenvolvimento pessoal.

Se existe algo importante e impreterível na vida do indivíduo, é a Arte, a partir do momento em que afeta as emoções dele. Para Vygotsky (1998), a Arte se manifesta na simbiose dos princípios da percepção sensorial, sentimento e subjetividade e que o sentimento e a fantasia são o mesmo processo podendo ter autoridade para considerar a fantasia como expressão central das emoções. A subjetividade humana pode ser considerada como matéria-prima da Arte, pois esta, se efetiva por meio da imaginação e do senso criativo do sujeito. A Arte na concepção de Vygotsky (1998) implica possibilidade ou oportunidade de o ser humano expressar sentimentos e de compreender o mundo à sua volta, isto é, ela evoca sentidos produzidos pelo indivíduo que, por sua vez, se valem de sua produção artística para compreenderem sua própria existência e, a partir disso, adquirir uma consciência que pode mudar sua realidade e a realidade de seu próximo.

O ensino de Arte em Ensino Formal se constitui em meio de desenvolvimento do potencial criativo do educando e o auxilia no seu convívio cultural, pois, na proporção que exercita seu potencial criativo, assimila e compartilha conhecimentos sobre sua realidade. Ela é um instrumento que, no contexto da Psicologia, torna-se um potencializador do processo de construção do seu conhecimento e da evolução maturacional das funções psicológicas do educando, a saber: sua percepção do mundo em que está inserido (BARBOSA, 1991).

Dessa forma, é de fundamental importância pensar na Educação Musical como uma forma de ensino e de aprendizagem de arte que pode ser utilizada no contexto psicoterapêutico, pois é foco desta pesquisa, a compreensão de como é possível utilizá-la no contexto de forma a ajudar o paciente no processo de seu reequilíbrio emocional. Adiante, são apresentadas reflexões sobre a possibilidade de a Educação Musical ser utilizada no contexto clínico.

2.1 Educação Musical no contexto clínico

A música é considerada como a arte de combinar os sons dentro do tempo e tem como características principais, o ritmo, a melodia e a harmonia. De acordo com Willems (1969), cada uma dessas características possui direcionamentos e funções específicas: o ritmo (primordialmente no corpo - nos movimentos), a melodia (nas emoções) e a harmonia (no intelecto). Pesquisas mostram que a música pode contribuir para a preservação da saúde mental, ao tratamento do estresse, à diminuição do cansaço físico e à indução do relaxamento (VOSS *et al.*, 2004; DOBBRO *et al.*, 2005; FONSECA *et al.*, 2006; KROUT, 2007, GONÇALEZ *et al.*, 2008). É fácil perceber, cada vez mais, que a música tem importantes consequências para o desenvolvimento emocional e cognitivo do indivíduo, o que leva a reflexões sobre sua utilização como recurso terapêutico.

Na Grécia, por exemplo, em 600 a.C. havia templos que se voltavam para cerimônias de cura e que incluíam, em seus atos curativos, canções específicas para o tratamento de pessoas com conflitos emocionais. Grandes figuras históricas se valiam da música para beneficiar a saúde. Alexandre, o Grande, a utilizava para promover o relaxamento de seus soldados, após uma batalha. Pode ser achada nos registros de Aristóteles e de Platão, a evidência de que a música possui efeitos terapêuticos, atingindo a saúde e o comportamento humano (NUNES-SILVA, 2012) Na Bíblia Sagrada (2007), também constam descrições que relacionam a música ao bem-estar, como na passagem em que Davi foi chamado para tocar harpa para Saul, pois um espírito mau o havia acometido: "Todas as vezes que o espírito de Deus atacava Saul, Davi pegava a harpa e tocava. Então, Saul se acalmava, sentia-se melhor e o espírito mau o deixava" (I Sm 16:23). É possível dizer que a música está arraigada no contexto da vida humana desde os tempos mais remotos e, além de se constituir como expressão artística e cultural, também

vem sendo utilizada para a manutenção da saúde, para evitar o estresse e aliviar o cansaço físico (NUNES-SILVA 2012).

A música vem sendo usada para fins curativos desde tempos remotos da humanidade, mas, somente em meados do século XX, seu uso como recurso terapêutico passa a ser científico oficialmente, a partir da musicoterapia (BENEZON, 1988; COSTA, 1989; RUUD, 1990). Segundo Cunha e Volpi (2008), a musicoterapia é um campo da ciência que estuda o ser humano, suas manifestações sonoras e a interação entre o ser humano, a música e seus elementos sonoros (timbre, altura, intensidade e duração). Bruscia (2000) conceitua a musicoterapia de forma mais específica, já que postula o uso da música por meio do musicoterapeuta em um processo definido em etapas, objetivando contribuir para uma melhor qualidade de vida individual e coletiva. A musicoterapia implicaria uma interdisciplinaridade entre música e terapia.

Já a Educação Musical, em contextos clínicos, ainda não é uma prática comum, tal qual a musicoterapêutica, mas, nas últimas décadas, é possível encontrar significativas pesquisas, tais como, Silva Júnior (2008), Taylor (2006), incitando a importância da inserção da Educação Musical em diferentes cenários da convivência humana, visando ao aumento qualidade de vida, especialmente, no contexto da saúde, a saber: hospitais, clínicas terapêuticas, psicoterapêuticas e psicopedagógicas. Segundo Barbosa Filho (2016), a música já está sendo utilizada em hospitais para o tratamento de algumas doenças, pois além de ser um recurso terapêutico educacional prático, eficaz e não farmacológico, atua no Sistema Nervoso Central surtindo efeito sedativo e ainda ajudando na diminuição do estresse do paciente por estar em um ambiente de hospitalar.

É importante diferenciar a Educação Musical da Musicoterapia, no processo de intervenção de pacientes, quanto a seus objetivos peculiares. Segundo Bruscia (2000), a Musicoterapia auxilia o paciente a melhorar, a recuperar ou a manter a sua saúde físico-mental. Quando a Musicoterapia é utilizada no ambiente hospitalar, tem o objetivo de estimular a liberação de sentimentos, de proporcionar acolhimento e de influir na recuperação geral do paciente. Segundo Romanelli (2009), a Educação Musical tem a função de Ensino de Música, assim como a interação de atividades musicais, ou seja, a Educação Musical ajuda o paciente reconhecer suas capacidades latentes, conseqüentemente, contribui para seu desenvolvimento cognitivo-emocional, ampliando os pensamentos de esperança e de pulsão de vida.

De acordo com Cunha e Volpi (2008), a Musicoterapia promove, previne e reabilita a saúde física, psíquica e social do indivíduo, de grupos e comunidades. Já a Educação Musical, na visão de Caldeira e Fonterrada (2006), é um processo de construção do conhecimento e que, por meio de experiências musicais plurais, confluentes, influenciam em um processo dialógico-aberto. Assim, é possível afirmar que, na Musicoterapia, o foco é a melhora, a reabilitação do paciente, porém, na Educação Musical, o foco é o próprio ser humano que, por meio da modificabilidade de seus pensamentos distorcidos poderá mudar de comportamento, pela aprendizagem musical.

É bastante comum ouvir que a música contribui para a minimização da ansiedade, do estresse ou da depressão, mas é de extrema relevância atentar para a maneira como se está utilizando a música e em quais objetivos se sustenta essa prática. Segundo Silva Júnior (2008), a música ajuda na minimização da dor em pacientes, diminui a ansiedade pré-operatória e o sofrimento depois de uma cirurgia, como no caso de cirurgias de joelho e quadril em idosos, em que a música contribui, de forma significativa, para o desaparecimento do delírio e da confusão mental e, ainda, reduz o mau humor em pessoas que estão em tratamento quimioterápico. Isso pode ser explicado pelo fato de que qualquer atividade musical como, por exemplo, compor, executar um instrumento musical ou somente apreciar um excerto musical, envolve os dois hemisférios cerebrais, logo, equilibra os dois aspectos dos processos mentais, auxiliando no desenvolvimento da atenção e da memória. O autor ainda reitera que a música influi positivamente no tratamento de doentes mentais, devido à estimulação de sua criatividade, o que implica mantê-los dentro de uma realidade necessária.

Taylor (2010) ratifica as ideias de Silva Junior (2008), enfatizando que os sons musicais estimulam as portas sensoriais do indivíduo, dentro de um percurso orgânico, que compreende a recepção desses estímulos pelo sistema auditivo, por meio da medula espinhal, depois de passar pelo Tálamo são processados pelo Córtex Auditivo, localizado no Lóbulo Temporal. Todas essas informações oriundas de impulsos nervosos serão decodificadas pelo cérebro que, por sua vez, produzirá sensações, de acordo com a necessidade dos indivíduos.

Em se tratando de contexto clínico psicopedagógico, existe, na atualidade, um interesse maior, por parte de pesquisadores, na investigação da prática de Educação Musical para o auxílio de dificuldades ou dos distúrbios de aprendizagem como, por exemplo, problemas de leitura, problemas de compreensão e problemas de psicomotricidade. Segundo Cogo-Moreira

(2012), a aprendizagem musical é comumente associada ao aprimoramento de inteligência verbal e desenvolvimento de funções executivas, habilidades linguísticas e motoras mas, na verdade, as possibilidades vão além disso, a aprendizagem musical pode ser explorada em experimentos plurais, em se tratando do potencial humano.

Cabe ao Psicopedagogo e/ou Psicólogo especialista em Psicopedagogia, tanto na atividade clínica quanto na atividade institucional, a intervenção no sentido de prevenir ou tratar transtornos de aprendizagem, envolvendo-se no cenário pedagógico visando à compreensão dos diversos contextos de aprendizagem. O propósito da psicopedagogia – e, por conseguinte, o da psicopedagogia musical – é trabalhar com os fundamentos da aprendizagem humana; compreender os processos de ensino-aprendizagem, refletir sobre a influência da escola, da família e da sociedade e, também, tratar para que se atenuem ou se extingam transtornos de aprendizagem (LOURO, 2016).

Na Neurociência, existe a compreensão de que o cérebro dos músicos é mais propenso ao desenvolvimento linguístico. Além disso, é possível reconhecer que atividades musicais como o canto, a fala ritmada e a escuta, reforçam o desenvolvimento da linguagem (MIZENER, 2008). Norton *et al.* (2009), Schlaug *et al.* (2009) e Wan *et al.* (2010) concordam com que a música e a linguagem são duas formas de comunicação humana que possuem semelhanças e diferenças entre si no que tange ao processamento cerebral. Algumas funções psiconeurológicas advêm da coordenação viso-motora, da imitação de sons e gestos, da atenção, da percepção, do raciocínio, da inteligência, da linguagem e da expressão corporal (MÜNTE *et al.*, 2002; SCHLAUG, 2001).

Nesta pesquisa, a ênfase dada ao processo de intervenção clínica de pacientes com depressão e/ou ansiedade é na Educação Musical, pois concordo com Parizzi (2009) quando afirma que ela assume, cada vez mais, um espaço singular nas pesquisas que abordam a ligação entre o Ensino de Música e o desenvolvimento humano, haja vista que, educar musicalmente, estimula a percepção do ser humano frente à sua realidade e, ainda, desenvolve suas capacidades cognitivas, expressivas e motoras.

De acordo com Téliz (2012), podem ser encontrados nas teorias de Educação Musical dos principais educadores musicais, conceitos que se relacionam à qualidade de vida. O entendimento, aqui, de qualidade de vida, é a articulação de ações que impliquem reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no sistema de saúde, além das motivações

ideológicas e políticas dos seus principais formuladores, presentes nas referidas conferências (BUSS, 1999). Assim, é possível observar, nas teorias dos principais educadores musicais, aspectos promotores de saúde e de qualidade do desenvolvimento humano, como é mostrado no quadro a seguir.

Quadro 1: Contribuições dos Educadores Musicais à Psicologia

Educador Musical	Ano e Naturalidade	Contribuições dos seus estudos sobre a Educação Musical como promotora de qualidade de vida
Emily Jaques Dalcrozy	(1869-1950), nascido na Suíça	Criou o sistema denominado Eurrítimia, o qual promove a comunicação entre o cérebro e o corpo, ou seja, o movimento corporal interagindo com a atividade motora cerebral.
Zoltán Kodally	(1882-1967), nascido na Hungria,	Disse que a música se relaciona intimamente com os sentimentos do ser humano. A linguagem musical é essencial, antes mesmo da fala.
Carl Orff	(1895-1982), nasceu na Alemanha	Considerava necessário a sensibilização das crianças para a música (criação e audição) mostrando um caminho de conhecimento e prazer, por meio da experiência musical.
Edgar Willeams	(1890-1978), nasceu na Bélgica	Buscava compreender a correlação entre som e natureza humana e acreditava que o educador autêntico é aquele que é uma referência pedagógica e um “psicólogo”, que seja capaz de interpretar a atividade interior do aluno durante a execução de uma atividade musical.

Raymond Murray Schafer	(1933), nasceu no Canadá	Defensor do exercício da criatividade da criança, para que possa fazer música por si mesma. Acreditava que assim como o ruído do entorno pode ser considerado um inimigo exterior, o ruído mental e emocional se constitui num inimigo interno.
Shinichi Suzuki	(1898-1998), nascido no Japão	Partiu da ideia de que o talento não é inato, mas construído, treinado, adquirido sem pressa. A prática musical promove paciência e disciplina.
Edwin E. Gordon	(1927), Norte-americano	Acredita que todas as pessoas têm a capacidade de aprender a cantar, escrever, improvisar e tocar um instrumento musical.
Hans-Joachim Koellreutter	(Freiburg, Alemanha 1915 - São Paulo SP 2005)	Afirmava que, por meio da música, o indivíduo exercita a concentração, autodisciplina, capacidade analítica, desembaraço, autoconfiança, criatividade, senso crítico, memória e sensibilidade.

Fonte: Sousa (2020).

Partindo das contribuições dos Educadores Musicais apresentados no quadro acima, entendo que o “fazer” musical é a prática humana que interfere na plasticidade cerebral de forma mais acentuada. À medida que as conexões neurais corticais aumentam, mais as habilidades cognitivas gerais do ser humano melhoram (TÉLIZ, 2012).

Dalcroze percebeu que os aprendentes não conseguiam compreender internamente (mentalmente) a música escrita na partitura, e quando conseguiam ler a partitura, o faziam de forma apática e inexpressiva. “Estas observações o levaram a entender que os alunos não faziam a junção e a coordenação entre ver, ouvir, e sentir a música através do corpo e da mente, necessárias para aprender o repertório, e principalmente, para tocarem bem” (FARIA, 2011, p.18). Dalcroze elaborou um dos métodos musicais mais conhecidos e adotados, chamado de

método Eurrítmico, o qual é um método que procura auxiliar o aluno a primeiro observar o movimento do seu corpo para depois relacioná-lo à música e, a partir dos movimentos corporais desenvolver a musicalidade (FERREIRA, 2020). “Émile Jacques-Dalcroze (1865-1950) foi quem primeiro se preocupou com o corpo como meio para o desenvolvimento não só musical, mas também da personalidade da criança” (BRITO, 2003, p.145).

O método Kodály valoriza o ensino do canto, enfatiza o folclore e as músicas nacionalistas, o desenvolvimento da leitura e escrita musical, o treinamento auditivo, rítmica e percepção musical. Kodály preocupou com a educação das crianças, criando o método monossolfa que é um sistema que emprega sinais e gestos manuais para representar as notas musicais.

Em seu artigo *Las ideas pedagógicas* de Carl Orff – Utopia e Realidad, Regner (2011, p. 65-70) mitiga a pedagogia de Orff em seis pontos categóricos para a compreensão de seu método. São eles: Música elementar; a primazia da experiência prática; relação da música com o movimento e a linguagem; a utilização de instrumentos musicais; a prática em grupo e espaço para a criação (NETO, 2014). A base da teoria de Orff é aquilo que ele chama de música elementar:

O que significa “elementar”? Este termo provém do latim: “*elementarius*”, “que corresponde ao elementar, aos primórdios; material primitivo, originário”. Como definir então “música elementar”? A música elementar não é só música, sempre está ligada ao movimento, a dança e a linguagem, é uma música feita e vivida por si mesma, onde não somos ouvintes, mas participantes (ORFF, 2011, p. 51).

Edgar Willems (1968) afirmou que os novos métodos de educação musical, isto é, os métodos ativos, fortaleceram o ensino da música com novas possibilidades pedagógicas que o tornou mais vivo, agradável e musical. Dessa forma, o ensino musical é pautado em três esferas: o desenvolvimento da escuta com ênfase para exercícios que desenvolvam o ouvido musical, atividades corporais rítmicas para o desenvolvimento do ritmo e atividades instrumentais que desenvolvam a musicalidade, e não somente o aspecto mecânico do estudo instrumental (MARTIN, 2014).

Willems disse que “a educação musical, que tinha sido e ainda é parcialmente entregue ao empirismo, está graças ao desenvolvimento da psicologia contemporânea, encontrando bases racionais” (WILLEMS, 1968, p. 9). Fonterrada (2008) diz que o método Willems se preocupa principalmente com o desenvolvimento da audição. Nesse sentido, ela destaca a importância de

ensinar a ouvir com exercícios específicos para tal fim, e depois, se dedica a desenvolver a compreensão do que é escutado.

Já Murray Schafer, faz parte da segunda geração de educadores musicais que, em meados da década de 1950, foram importantes vanguardistas focando suas pesquisas e composições em conceitos que facilitavam o aprendizado. Ele se preocupava com a ecologia sonora e o estudo dos efeitos da exposição prolongada de sons acima de 85 decibéis, os quais pode causar danos significativos a audição, esse termo dificilmente era pensado na primeira fase dos educadores musicais (ALVES, 2020).

Murray Schafer se importou de forma especial com a criação e a análise dos sons, ou seja, é possível usá-los para reconhecer diferentes alturas e pode ser trabalhado com qualquer elemento sonoro disponível no espaço em que se vive. Os sons devem ser julgados e apontados de forma crítica. O silêncio deve ser considerado como um componente que faz parte da música, sua preparação depende de concentração e treinamento (ALVES, 2020)

[...] O silêncio é a característica mais cheia de possibilidades da música. Mesmo quando cai depois de um som, reverbera com o que foi esse som e essa reverberação continua até que outro som o desaloje ou ele se perca na memória. Logo mesmo indistintamente, o silêncio soa. [...] (SCHAFER, 1991, p. 71).

É importante compreender também a importância do método de Suzuki, o qual propõe que o aprendente antes de tocar, ouça muitas vezes a música que irá estudar, estimulando assim sua memória auditiva. No método Suzuki também é preciso a participação dos pais, que são responsáveis pela estimulação musical diariamente com seus filhos. Os pais são levados a também a estudar o instrumento. Assim as crianças imitam seus pais e também começa a tocar. Suzuki também é a favor de incentivar a educação musical para todos, para uma formação de pessoas mais humanas (FERREIRA, 2020).

Edwin E. Gordon (2000), por sua vez, frisa a importância de iniciar uma orientação musical já na primeira infância, desde o nascimento. Ele afirma que, se os adultos dedicarem o tempo necessário para o desenvolvimento musical das crianças pequenas, elas se sentirão confortáveis com uma grande variedade de estilos musicais, e desenvolverão atitudes positivas que persistirão por toda a vida (CAMPOS, 2000).

Gordon afirma que qualquer pessoa, em qualquer idade, pode ter educação musical, todavia, quanto mais cedo o indivíduo iniciar sua aprendizagem musical, mais condições terá de significar o que está a sua volta por meio dos sons. “Tomando-se duas crianças que nasceram

com capacidades e motivações semelhantes, aquela que for orientada para a aquisição de uma base de aprendizagem em uma idade mais tardia nunca aprenderá tanto quanto a outra que receber uma formação similar em tenra idade” (GORDON 2003, p. 233).

H.J Koellreutter in Brito, (2001) criou um projeto de educação musical visando à formação integral do ser humano. Ampliar a percepção e a consciência, superar preconceitos, pensamentos dualistas e posturas individualistas, dentre outros pontos, eram também objetivos a serem alcançados, lado a lado aos aspectos musicais.

Koellreutter não tinha interesse de criar um método que, segundo ele, “fecha, limita, impõe”, mas sugeriu o ensino pré-figurativo: “parte de um sistema de educação que incita o homem a se comportar perante o mundo [...] como um artista diante de uma obra a criar” (Koellreutter in Brito, 2001, p.35). Integrando a prática e a reflexão intelectual; a pesquisa; o exercício da criticidade constante, a sua teoria musical favorece também a emergência de modos de conviver fundados no diálogo, aproximando estudantes e professores que, juntos, fazem música e refletem sobre o fazer. Ele deu muita ênfase à improvisação musical.

3 TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA MEDIAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO MUSICAL E OS TRANSTORNOS DE DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

A psicologia clínica vem evoluindo significativamente desde 1896 (quando foi fundada, oficialmente, por Lightner Witmeiz), tanto no que se refere ao aprimoramento de técnicas, quanto no surgimento de novos modelos psicopatológicos no contexto clínico. Dentre os avanços conquistados pela Psicologia Clínica, nos últimos anos, as Teorias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) têm se destacado. Isso se deu pela eficácia comprovada de técnicas e a ênfase no Psiquismo Humano, como objeto de estudo, haja vista que este é considerado o responsável pelo comportamento humano normal e patológico (PETERSEIN; WAINER, 2018).

No cenário dos tratamentos psicoterapêuticos, as TCCs apresentaram, desde a década de 1950 até aos dias atuais, uma longa lista de abordagens para os muitos transtornos psicológicos existentes. Essas teorias concordam que a cognição é responsável pelo comportamento humano e que os transtornos mentais são resultados de estruturas ou pensamentos distorcidos em um dado momento da vida (KELLY, 1955; ELLIS, 1962).

Na década de 60, o Professor Assistente de Psiquiatria na *University of Pennsylvania* deu início a um processo de intervenção impactante em Saúde Mental, o Dr. Aaron T. Beck. Na busca de efetivar uma validação empírica para aceitabilidade da Psicanálise pela comunidade médica, elaborou teorias que comprovassem isso, todavia, ocorreu o oposto; suas pesquisas o levaram para outros rumos, o que implicou a descoberta de explicações para a depressão, por meio de cognições negativas e distorcidas (pensamentos e crenças).

Beck articulou um processo interventivo de curto prazo, enfatizando o teste de realidade do pensamento depressivo (BECK, 2013). Em princípio, Aaron Beck desenvolveu a teoria que antes era chamada apenas de Terapia Cognitiva, atualmente denominada, por muitos, de Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC), a qual compreende uma psicoterapia estruturada em um curto período de tempo, visando diminuir problemas e modificações de pensamentos inadequados para pensamentos úteis (BECK, 1964).

O tratamento, por meio dessa teoria, está baseado em uma conceituação, ou compreensão de que cada paciente precisa ter sobre suas crenças específicas e padrões de comportamento, ou seja, o terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental mais equilibrada. Beck lançou mão de inúmeras e diferentes fontes quando desenvolveu essa forma de psicoterapia, incluindo os primeiros filósofos, como Epiteto, e teóricos como Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus e Albert Bandura. O trabalho de Aaron Beck, por sua vez, foi ampliado por inúmeros pesquisadores e teóricos atuais dos Estados Unidos e do Exterior (BECK, 2013).

As atitudes do ser humano comunicam-se de forma mais impactante do que as palavras ditas. Na Teoria Cognitivo-Comportamental, os atos são de extrema importância, pois os alinhamentos e ajustes da maneira de pensar do indivíduo se fazem necessários, desde que se insiram novas crenças em novas ações (WILSON, BRANCH, 2012). É compreensível que, nas Teorias Cognitivo-Comportamentais, existam abordagens cognitivas, de cunho mais puro e outras mais comportamentais, embora estejam estreitamente vinculadas, devido aos teóricos oriundos de escolas diferentes, mas ambas enfatizam a importância do método científico e eficácia na seleção de estratégias e resultados (SHAPIRO, FREIBERG, BARDENSTEIN, 2006).

Dentre os modelos existentes nas Teorias Cognitivo-Comportamentais, são destacadas duas, consideradas influenciadoras de outras abordagens, pois foram sintetizadas e relidas sob a égide de pós-racionalistas de intervenção, as quais são a Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) de Ellis e a Terapia Cognitivo-Comportamental de Aaron Beck. Esta última se constitui no foco teórico fundamental desta pesquisa e evoca diálogos com outros autores coniventes a essa abordagem.

O Modelo da Teoria Cognitivo-Comportamental, de Aaron Beck, é concebida como uma abordagem sistemática, bem estruturada, com objetivos claros e definidos, com enfoque no presente, utilizada nos mais diversos transtornos psicológicos já descobertos. A TCC de Beck objetiva a produção de mudanças nos pensamentos e na semântica processada pelo paciente frente aos seus sentimentos cotidianos, visando a metanoia emocional e comportamental estável e consistente (BECK, 1997).

A TCC de Aaron Back apresenta resultados consistentes, positivos e promissores para o tratamento de Transtorno de Depressão e Transtorno de Ansiedade (DEWES et al., 2010), pois estes transtornos estão entre os transtornos mais comuns (*American Psychiatry Association* [APA], 2014; STELL et al., 2014; *World Health Organization* [WHO], 2000) e por isso, se faz necessário um tratamento a curto e a médio prazos. Nesse sentido, a TCC de Aaron Back pode mediar a possibilidade de a utilização da Educação Musical no processo interventivo no tratamento de pessoas com depressão e/ou ansiedade, pois como já foi dito, o Psiquismo Humano é retomado no processo psicoterapêutico na TCC e, portanto, a Educação Musical tem o poder de estimular as regiões do cérebro, que correspondem às sensações do indivíduo, que precisam ser modificadas pela substituição de pensamentos distorcidos.

De acordo com Levitin (2008), existem as seguintes regiões do cérebro estimuladas, durante o ensino ou prática musical:

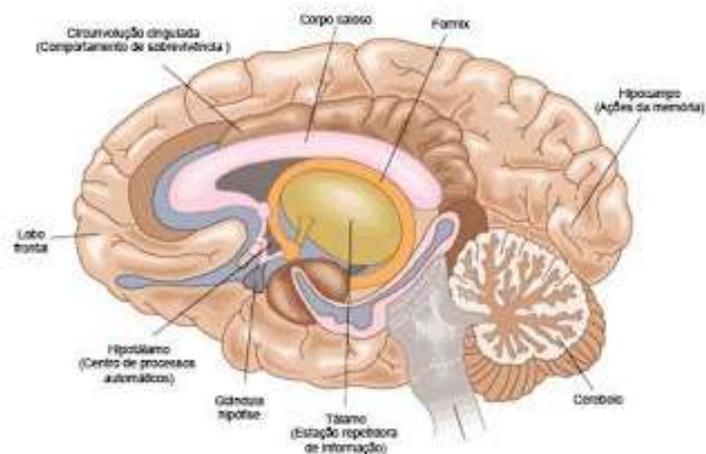
QUADRO 2: Regiões do Cérebro estimuladas pela prática musical

Regiões do cérebro estimuladas pela Educação Musical	O que os estímulos provocam
Córtex motor	Regulação do movimento (acompanhar o ritmo com os pés/dançar ou tocar;
Córtex pré-frontal	Criação de expectativas e satisfação ou decepção com elas;

Córtex somatosensorial (parietal)	“Feedback” tátil ao tocar instrumento e dançar;
Cortex auditivo	Primeiros estágios da audição/percepção e análise de tons;
Cerebelo	Movimento rítmico; reações emocionais à música
Córtex visual	Ler música, ver os movimentos de quem executa instrumento;
Corpo caloso	Permite a passagem de informação entre os hemisférios (direito e esquerdo);
Hipocampo	Responsável pela memória e pela experiência emocional em contextos musicais;
Núcleo achumbes	Regulação do humor (dopamina) e coordenação dos movimentos.

Fonte: Sousa (2020).

Figura 1: Regiões do cérebro estimuladas pela Educação Musical



Fonte: <http://gerontologiaecuidados.blogspot.com/2010/08/areas-da-memoria-no-cerebro.html>

A Educação Musical tem seus fundamentos no desenvolvimento de habilidades auditivas, cognitivas, motoras e emocionais a partir das propriedades do som (altura, duração, intensidade e timbre (MATEIRO, 2011). Embora a Educação Musical seja o principal foco neste trabalho, a sua relação com a Musicoterapia é íntima, haja vista que aquela é abordada aqui dentro do viés de auxílio no processo de potencialização da saúde da pessoa, que é principal

objetivo desta. A Educação Musical com olhar musicoterapêutico objetiva a promoção do bem-estar do paciente, implicando no aparecimento do Educador **Psico** (terapeuta) – grifo nosso, o qual precisa ser capacitado para lidar com o aprendizado musical como possibilidade de contribuir para a qualidade da saúde humana (ALMEIDA, CAMPOS, 2013).

Apesar de este trabalho ter o foco no contexto psicoterapêutico, é importante considerar a realidade do sistema de saúde brasileiro, público e privado e as diferentes formas de utilização da música no contexto da saúde. A Educação Musical, assim como a Musicoterapia, vem se fortalecendo cada vez mais nos concursos públicos e ganhando espaço na área da saúde, inserindo-se em programas de Atenção Básica como a Estratégia Saúde da Família (ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em outros espaços, como hospitais e clínicas especializadas. Segundo a cartilha do SUS (2007), a Atenção Básica à Saúde é a porta de entrada no sistema de saúde, uma vez que a descentralização alicerça programas inovadores, que oferecem acesso universal e serviço diversificado, como ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (SILVA et al, 2012).

Em se tratando de Música em Saúde, vale atentar para a forma em que a música tem sido usada por profissionais da saúde. Em uma pesquisa feita por Gatti e Silva (2007) foi observado que na percepção de profissionais de um serviço de emergência acerca do uso de música erudita (composições de Bach), no ambiente de trabalho foi sugerido por 76% dos pesquisados, a necessidade de selecionar outros tipos de música, além da erudita. Os autores apontaram que a “audição da música de preferência do indivíduo não parece ser determinante para obtenção de resultados positivos na diminuição de ansiedade ou relaxamento” (GATTI, SILVA, 2007, p. 6).

Isso é palco de atenção para a experiência clínica sobre os critério de seleção de músicas para uma audição musical em contexto clínico, os quais devem ter propósitos terapêuticos claros e definidos, tendo o cuidado de não considerar qualquer tipo ou estilo musical como sendo mais relevante, relaxante ou estimulante que outro, ou seja, é mister ter em mente, que a escuta musical sempre se relaciona a diferentes realidades e subjetividades singulares, sendo portanto necessário valorizar o contexto sonoro-musical particular do sujeito envolvido (SILVA *et al*, 2012).

Outro fator importante para a utilização da Educação Musical no contexto clínico é adaptação do fazer musical ao contexto emocional específico do paciente, que o faz estar em

desequilíbrio em sua saúde, isto é, o educador-musical psicoterapeuta pode se deparar com ocasiões que vão exigir uma produção sonora de baixa intensidade e em outras ocasiões, uma intensidade mais moderada ou alta. O Educador Musical-psicoterapeuta (SOUSA, 2018) deve estar atento para a necessidade de produção de atividade musical pontual para o momento específico de intervenção. Essa sensibilidade faz parte da musicalidade clínica, que, por sua vez, é uma habilidade musical essencial do educador musical-terapeuta (SILVA *et al*, 2012).

Em Educação Musical, assim como na Musicoterapia, o *Setting* Musicoterapêutico, que é a configuração de todos os elementos envolvidos no processo de intervenção do profissional psicoterapêutico, como por exemplo, instrumentos musicais, corpo-voz, o som, a música, os gestos musicais, os movimentos (CRAVEIRO DE SÁ, 2003) é um espaço em potencial para as atividades de intervenção psicoterapêutica, pois todos eles são formas de expressão, que podem gerar ataques, defesas, isolamento, integração, etc., dentro de uma linguagem corporal e sonoro-musical do paciente. Cada método psicoterapêutico, que se valha da Educação Musical, vai exigir uma forma de *setting* diferente, de acordo com a resposta dada pelo paciente. (SANTOS, 2012).

3.1 Transtornos de Depressão e de Ansiedade

Os termos saúde e doença, desde tempos remotos, ganharam significados diversos e estão relacionados com a alma ou à *psique* do ser humano e do meio ambiente. No decorrer da História, muitas explicações surgiram para definir doença e saúde, todavia foi a partir do séc. XX que foi enfatizado o conceito de multicausalidade, em que as causas da doença se ligavam a um agente Etiológico, a um hospedeiro e ao meio ambiente (físico, social ou cultural). Esses fatores, considerados psíquicos, fazem com que o indivíduo seja percebido como ser bio-psíquico-social ou holístico. Já os conceitos de saúde se relacionam com o potencial do ser humano de cultivar sua vida, por meio de condicionamentos de saúde (BACKES *et al*, 2003).

Dar significado ao termo saúde mental nunca foi fácil, haja vista que o conceito de saúde é amplo e está relacionado à coletividade e à individualidade no contexto social, porém, é consenso que uma mente saudável é impreterível para o bem-estar da sociedade (GOMES, 2008). Por muito tempo a saúde física e mental foram reduzidas a ausência de doença, como se o indivíduo fosse uma máquina e a doença uma parte estragada dele, que poderia ser por tempo

determinado ou por tempo indeterminado (SANTOS, 2011). Tal como a saúde em geral, a saúde da mente foi vista de maneira diferenciada em diferentes épocas, mas concepção de que a doença mental era oriunda de castigos dos deuses ou de interferências demoníacas foi evidenciada em todas as épocas, assim como as possíveis curas, advindas de exorcismo ou de castigos corporais.

A saúde da mente é a essência do ser humano saudável fisicamente, de tal maneira que não existe uma sem a outra. A saúde mental é definida pela Organização Mundial de Saúde como o estado de bem-estar no qual a pessoa age com as suas próprias capacidades, consegue conviver de forma resiliente com as tensões normais da vida, trabalha produtivamente e contribui de forma eficaz para a comunidade (WHO, 2002).

Apesar de ser uma definição clara, há, no entanto, alguns pontos a serem discutidos. Como o fato de, em saúde mental, poderem existir elementos capazes de gerar desconforto mental sem que isso implique em doença, uma vez que o seu desenvolvimento em doença mental está dependente da inter-relação de diversos determinantes, internos ou externos, em que o indivíduo face a determinados fatores de risco poderá apresentar perturbações ou não (MOREIRA, MELO, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) afirma que os problemas de saúde mental constituem as principais causas de morbidez na população mundial. A ansiedade e a depressão se destacam no cenário mórbido social, pois o índice de pessoas que sofrem com Transtornos de Depressão e Ansiedade cresce cada vez mais. (OMS, 2018).

A depressão ocupa a quinta posição, no que se refere ao maior caso de saúde pública do mundo. A previsão é que de 2020 em diante, os Transtornos de Depressão são os que mais irão incapacitar o indivíduo em suas atividades laborais (OMS, 2003). Termo oriundo do latim *depressio* significa "aluímento, abaixamento de nível, causado por peso ou pressão; enfraquecimento físico ou moral; desânimo, abatimento; aumento de intensidade ou duração de tristeza" (LAROUSSE CULTURAL, 1992, p. 319)

A *American Psychiatric Association* (APA, 1968) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) conceituam clinicamente a depressão como sendo "um estado emocional com retardamento nos processos psicomotores e de raciocínio, reações emocionais depressivas, sentimento de culpa ou críticas e ilusões de indignidade" (RANGÉ, 2011, p.63). Este conceito permite refletir sobre as interações da pessoa deprimida com o seu

ambiente. Segundo este mesmo autor, o termo depressão é comumente usado para se referir a um estado anormal de humor, a um sintoma, a uma síndrome sintomática, bem como a um processo de uma enfermidade, e possivelmente a uma série de processos.

Já segundo Cordás (2002), o termo depressão começou a ser dicionarizado na Medicina a partir de 1860. Foi usado desde então, assim a palavra melancolia foi entrando em desuso. Conforme observam Souza, Fontana e Pinto (2005), a depressão é uma das patologias psiquiátricas mais comuns, sendo conhecida em todas as culturas; ela abrange grande parte da população, independentemente de sexo, idade ou etnia, e tem se constituído no fator de maior morbidez pessoal, funcional e social dos dias atuais. Nos últimos anos a depressão vem sendo colocada como um dos transtornos que mais se destaca no adoecimento da sociedade mundial.

Os estudos de Clark e Beck (2012), mostram que encontram-se relacionados à depressão aspectos genéticos e psicossociais, que podem ser considerados inerentes entre si e responsáveis pela efetividade da patologia. Conforme estes autores, no perfil cognitivo da depressão envolvem-se as estruturas de crenças disfuncionais, focadas principalmente na perda pessoal e fracasso nos domínios interpessoal e de realização; quanto ao processo cognitivo, há um aumento de abstrações negativas e minimização significativa de informação positiva autorreferente.

As avaliações são difusas, genéricas, absolutas ou exclusivas. A atenção autofocada aumentada pode reduzir as respostas a estímulos externos. Nas cognições negativas, há pensamentos de perda e fracasso pessoal. Os pensamentos assumem a forma de autoafirmações orientadas ao passado. Para Neto, Yacubian, Scalco e Gonçalves (2001), as pessoas com depressão são propensas ao negativismo sistemático, quanto às suas concepções sobre si mesmas e o mundo, o que influencia as emoções e comportamentos, mantendo os sintomas depressivos (BRANDTNER, 2009).

Os Transtornos Depressivos se constituem em enfermidades que interferem negativamente na vida do indivíduo, apresentando um prospecto de causa-efeito nas suas relações familiares, laborativas e sociais. A depressão ocorre em todas as faixas etárias e fortalece sentimentos intensos de inadequação pessoal, baixa autoestima e autoconfiança reduzida, o que implica em prejuízos à qualidade de vida cotidiana do ser humano (BECK, 2013).

Em se tratando dos Transtornos de Ansiedade, é importante atentar para o polo antagônico em que eles se configuram em relação aos Transtornos de Depressão, ou seja, enquanto na depressão o foco negativo do paciente é para o passado, na ansiedade o foco negativo é direcionado para o futuro. No dicionário, a ansiedade está definida como proveniente do latim *anxietas* e quer dizer "inquietação intensa e penosa; angústia" (LAROUSSE CULTURAL, 1992, p. 63). A ansiedade sinaliza para o ser humano ameaça de um perigo que está por vir, para que este tenha tempo e condições para se defender lutando ou fugindo. Ansiedade é diferente do medo, pois este reflete um perigo real, extrínseco ao sujeito e não conflituoso e aquela se caracteriza pelo conflito interno de que algo está na iminência de acontecer (BATISTA, OLIVEIRA, 2005). A ansiedade está entre os transtornos psiquiátricos mais presentes na população mundial, podendo ser percebidos comumente em quaisquer pessoas, em algum período de suas vidas (ANDRADE *et al*, 2002)

Transtornos de Ansiedade se constituem em afetos desconfortáveis de agitação, que se apresentam sob uma série de queixas somáticas, como por exemplo, as queixas autônomas, que se caracterizam pelo surgimento de taquicardia, sudorese, midríase etc; as musculares, que se caracterizam pelas dores, contraturas, tremores; as cenestésicas, que se manifestam em parestesias, calafrios e adormecimento; as respiratórias, que aparecem pela sensação de afogamento e sufocação; e as psíquicas, evidenciadas por meio de tensão, nervosismo, mal-estar indefinido, apreensão, inseguranças, dificuldade de concentração (FIGUEIREDO, 2000), sensação de “estar no limite” e sensação de não realização (ANDRADE *et al*, 2002).

Os Transtornos de Ansiedade podem se apresentar na comorbidade de outros transtornos mentais. Para definição de um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade há que se excluir sintomas de Esquizofrenia, Transtorno Delirante, uso de abstinência de álcool e drogas ou Transtornos de Humor, quando estes forem o diagnóstico principal. Se houver conclusão de que a ansiedade se apresenta como diagnóstico principal, se estar diante de Transtornos de Ansiedade (FIGUEIREDO, 2000).

O DSM-5 foi publicado em caráter oficial em 18 de maio de 2013. É a nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. Esta edição foi fruto de doze anos de estudos e revisões, feitos por inúmeros profissionais, de diferentes grupos de trabalho; teve como objetivo principal, garantir fonte

segura e científica para aplicabilidade em pesquisa e na prática clínica (ARAÚJO, LOTUFO NETO, 2014).

No que se refere aos Transtornos Depressivos, o DSM-5 levanta discussões sobre a “patologização” de reações normais e a superestimativa do número de casos de depressão. Depois de muitas pesquisas, o Transtorno Disfórico Pré-menstrual é considerado um diagnóstico válido e a Depressão Crônica e a Distímia passaram a formar o Transtorno Depressivo Persistente. Os sintomas do Transtorno Depressivo Importante Maior foram preservados, mas ganharam indicadores, tais como: “Características Mistas” e “Com ansiedade”. A Polêmica que mais se destaca em relação à Depressão é a saída do luto como critério de exclusão do Transtorno Depressivo Maior –TDM, pois o luto é um estressor significativo, que pode implicar em transtornos mentais graves. “Desta forma, o objetivo desta mudança é permitir que indivíduos que estejam passando por um sofrimento psíquico grave recebam atenção adequada, incluindo a farmacoterapia quando esta se fizer necessária. (ARAÚJO, LOTUFO NETO, 2014, p. 74). A seguir apresenta-se a classificação dos Transtornos Depressivos, de acordo com o DSM- 5 (APA,2014)

Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor - Irritabilidade crônica grave, que se evidencia por meio de duas manifestações clínicas: a) Frequentes explosões de raiva verbais ou comportamentais, como resposta à frustrações (3 ou mais vezes por semana, por pelo menos 1 ano, em pelo menos dois ambientes (casa e escola) e devem ser inapropriados para o desenvolvimento; b) Humor persistentemente irritável ou zangado, característico da criança e observável por outras pessoas no ambiente da criança. Este transtorno foi acrescentado ao DSM-5 para abordar a preocupação quanto à classificação e ao tratamento apropriado das crianças que apresentam irritabilidade crônica persistente, em relação a crianças que apresentam transtorno bipolar clássico (i. e, episódico).

Transtorno Depressivo Maior - caracterizado por um humor depressivo ocorrente em um período de pelo menos duas semanas, em que exista perda de interesse ou prazer nas atividades cotidianas. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável em vez de triste. O indivíduo também pode experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais: Mudanças no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio.

Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) - ocorre em pelo menos dois anos (1 ano para crianças e adolescentes), é caracterizado pela manifestação na maior parte do dia e por grande parte dos dias do mês. Esse transtorno representa, segundo o DSM-5, uma consolidação do Transtorno Depressivo Maior Crônico e do Transtorno Distímico definidos no DSM-IV. Depressão maior pode preceder o transtorno depressivo persistente, e episódios depressivos maiores podem ocorrer durante o transtorno depressivo persistente. Os indivíduos cujos sintomas satisfazem os critérios para Transtorno Depressivo Maior por dois anos devem receber diagnóstico de Transtorno Depressivo Persistente, além de transtorno depressivo maior.

Transtorno Disfórico Pré-menstrual - caracteriza-se pela instabilidade emocional, irritabilidade e ansiedade recorrente no período menstrual, que diminui ou é interrompida temporariamente com intervalos de sintomas (comportamentais ou físicos), do início da menstruação ou logo depois. De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), devem ter ocorrido na maioria dos ciclos menstruais durante o último ano e ter um efeito adverso no trabalho ou no funcionamento social. A intensidade e expressividade dos sintomas acompanhados podem estar intimamente relacionadas às características do grupo social e cultural da mulher afetada, a perspectivas familiares e a fatores mais específicos, como crenças religiosas, tolerância social e questões do papel de gênero feminino.

Transtorno Depressivo Induzido por Substâncias/ Medicamento- É um transtorno depressivo como o Transtorno Depressivo Maior, mas é caracterizado pela abstinência, que se liga à ingestão, injeção ou inalação de uma substância química. O indivíduo sofre significativamente pelo prejuízo social, profissional e em outras áreas de sua vida. No DSM-5 (APA, 2014) é um transtorno depressivo induzido por substância/medicamento é diferenciado de um transtorno depressivo primário mediante a consideração do início, do curso e de outros fatores associados ao uso da substância. Deve haver evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de uso de substância, abuso, intoxicação ou abstinência antes do início do transtorno depressivo. O estado de abstinência de algumas substâncias pode ser relativamente retardado, e, dessa forma, sintomas depressivos intensos podem durar um longo período após a cessação do uso da substância.

Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição - A perturbação do humor se liga etiológicamente à condição médica geral, por aspectos fisiológicos. Por isso, deve-se fazer avaliação criteriosa dos diversos fatores necessários para tal conclusão. O DSM-5 (APA, 2014)

afirma que embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se a relação entre a perturbação do humor e a condição médica geral é etiológica, diversas considerações oferecem alguma orientação nessa área. Uma delas é a presença de associação temporal entre o início, a exacerbação ou a reirussão da condição médica geral e o mesmo em relação à perturbação de humor. Uma segunda consideração é a presença de características que são atípicas nos transtornos do humor primários (p. ex., idade de início ou curso atípico ou ausência de história familiar).

Outro Transtorno Depressivo Especificado - sintomas de um transtorno depressivo em que há predominância de sofrimento e prejuízo funcional em áreas importantes da vida, mas não satisfazem a critérios diagnósticos para qualquer outro transtorno depressivo. De acordo com o DSM-5 (APA,2014), a categoria, Outro Transtorno Depressivo Especificado é usada nas ocasiões em que o profissional opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno depressivo específico. Isso é feito por meio do registro de “outro transtorno depressivo especificado”, seguido pela razão específica (p. ex., “episódio depressivo de curta duração”).

Transtorno Depressivo Não Especificado - caracteriza-se pela condição do indivíduo em apresentar sintomas depressivos em que o sofrimento e o prejuízo social são patentes no cotidiano e, por não satisfazer todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos depressivos, o clínico não especifica a razão do transtorno sofrido.

O capítulo de Transtornos de Ansiedade também foi modificado porque o Transtorno Obsessivo Compulsivo, o Transtorno de Estresse Agudo e Transtorno de Estresse Pós-traumático foram colocados em outros capítulos. Segundo Araújo e Lotufo Neto (2014), o Transtorno de Pânico e Agorafobia foram separados como diagnósticos independentes, reconhecendo a existência de casos nos quais a Agorafobia ocorre sem a presença de sintomas de pânico. Além disso, a observação de que o Ataque de Pânico pode ocorrer como comorbidade em outros transtornos mentais além da ansiedade fez com que o DSM-5 (APA,2014) incluísse o Ataque de Pânico como especificador para todos os demais transtornos.

Os transtornos de ansiedade divergem do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou frequentes, além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Eles diferem do medo ou da ansiedade provisórios, com frequência induzidos por estresse, por serem persistentes (p.ex., em geral, durando seis meses ou mais (DSM-5, APA, 2014).

Dessa forma, o DSM-5 (APA, 2014) classifica os seguintes Transtornos de Ansiedade, conforme se apresenta a seguir.

Transtorno de Ansiedade de Separação - manifesta-se pelo medo ou ansiedade intensos, relacionados à separação de pessoas ou objetos que lhes cause afeto ou apego; preocupação excessiva com morte de pessoas, pelas quais tem apego e, preocupação excessiva com acontecimentos para consigo mesmo, como perder-se, ser sequestrado ou sofrer acidente, o que pode afastá-lo das figuras de apego.

Mutismo Seletivo - nas relações interpessoais, a criança não inicia conversa e não interage simultaneamente com seu interlocutor. Esse fracasso na fala ocorre nas interações sociais com outras crianças e com adultos, devido à ocorrência de ansiedade social. As crianças que sofrem desse transtorno evitam falar na escola, o que pode implicar em baixo rendimento.

Fobia Específica - neste transtorno, o medo ou ansiedade se relaciona a uma situação ou a um objeto em particular (Estímulo Fóbico) e é evocado sempre que o indivíduo mantém contato com o estímulo fóbico, o que implica em Esquiva Ativa (prevenção ou minimização do contato com os objetos ou situações fóbicas).

Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) - medo ou ansiedade excessivos de situações sociais, nas quais pode ser avaliado negativamente pelos outros, ou seja, preocupação demasiada de ser reputado como ansioso, débil, maluco, estúpido, enfadonho ou desagradável. Pode apresentar tremores, transpirações intensas e tropeços na fala.

Transtorno de Pânico - surto abrupto, medo ou desconforto intensos que alcançam um nível elevado em questão de minutos. O ataque parece vir do nada, “como quando o indivíduo está relaxando ou emergindo do sono (ataques de pânico noturno)” (DSM-5 in APA, 2014, p. 209). Os ataques de pânico podem ser inesperados ou esperados. O clínico faz este julgamento baseado na combinação de um questionamento cuidadoso, quanto à sequência dos eventos, que precederam ou conduziram ao ataque; por outro lado, o indivíduo participa desse julgamento avaliando o quanto o ataque lhe pareceu ocorrer sem razão aparente.

Agorafobia - medo ou ansiedade acentuados, quando se está exposto a diversas situações, tais como: uso de transporte público (automóvel, ônibus, trens, navios ou aviões), sair de casa sozinho, etc., ou seja, situações que desencadeia pensamento de que algo ruim pode acontecer. Existência de Esquiva Ativa (comportamental: mudança de rotina diária, escolha de

emprego próximo à casa para evitar pegar transporte público; cognitiva: usar distração para poder passar por situações agorafóbicas).

Transtorno de Ansiedade Generalizada - não controle da preocupação excessiva acerca de diversos eventos ou atividades. Os adultos sofrem frequentemente com situações diárias da rotina de vida: responsabilidades no trabalho, saúde e finanças. As crianças que sofrem desse transtorno mentalizam excessivamente a respeito de sua competência ou desempenho.

Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento - são decorrentes dos efeitos da ingestão ou inalação de substância química. Segundo o DSM-5 in (APA, 2014) os sintomas de pânico ou ansiedade devem ter se desenvolvido durante ou logo após a intoxicação ou abstinência da substância ou após a exposição a um medicamento, capaz de produzir os sintomas.

Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica - caracteriza-se pela ansiedade clinicamente significativa, manifestada fisiologicamente e oriunda de outra condição médica. Nesse contexto, a pessoa com este transtorno está sofrendo devido ao significado das consequências da condição médica associada.

Outro Transtorno de Ansiedade Especificado - aparecimento de sintomas específicos de um transtorno de ansiedade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos de ansiedade. “A categoria outro transtorno de ansiedade especificado é usada nas situações em que o clínico opta por comunicar a razão específica pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para qualquer transtorno de ansiedade específico” (APA/DSM-5, 2014, p. 233).

Outro Transtorno de Ansiedade Não-Especificado - são sintomas de um transtorno de ansiedade que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, que predominam, mas não satisfazem os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica dos transtornos de ansiedade. Nesta categoria, o profissional clínico opta por não especificar a razão pela qual os critérios para “um transtorno de ansiedade específico não são satisfeitos e inclui apresentações para as quais não há informações suficientes para que seja feito um diagnóstico mais específico (p. ex., em salas de emergência)” (DSM-5, 2014, p. 234).

Os transtornos de Depressão e de Ansiedade são terrenos férteis para terapia realizada com o auxílio de Música, principalmente pela Educação Musical, pois ao exercitar sua percepção musical, a pessoa desenvolve sua percepção de si mesmo e do mundo a sua volta. Como, por exemplo, fica muito mais fácil o indivíduo compreender o que são distorções cognitivas que afetam seu comportamento, quando aprende a diferença entre volume e tom, altura e intensidade, melodia e harmonia etc. Nesse sentido, pode atribuir à música um conceito de força propulsora e potencializadora do desenvolvimento cognitivo, somático, emocional e transcendente do ser humano.

4 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA DAS AÇÕES INTERVENTIVAS NA CLÍNICA

Esta tese está sob o método fenomenológico, pois se constitui num desafio de adotar uma estratégia metodológica por intermédio da qual possa se abrir um “campo” (*Feld*), especificamente, o que é possível chamar, num primeiro momento, de “campo fenomenal”, em cuja imanência tudo aquilo que vier aparecer possa, então, se dar originariamente e, portanto, com evidenciação segura, livre das limitações que a relação empírica com o “mundo circundante natural” (*natürliche Umwelt*) insiste em nos impor (TOURINHO, 2017).

Galeffivi (2000) in (MOREIRA, 2004) escreve sobre o método fenomenológico e diz que não se trata de uma “[...] negação das ciências da natureza, mas de uma fundamentação das ciências do espírito e que, para as ciências do homem, o método deve brotar da investigação que por princípio interroga o próprio conhecimento a partir do conhecedor, do conhecido e do conhecível. [...] o método, portanto, não é uma “explicação” dos fenômenos humanos, mas apenas uma “compreensão” dos mesmos.

O fenômeno é psíquico, é a consciência enquanto “[...] fluxo temporal de vivências e cuja peculiaridade é a imanência e a capacidade de outorgar significados às coisas interiores” (CHAUÍ, 2000, p.6 in MOREIRA,2004). A consciência para Husserl, ao ser estudada em sua estrutura imanente e singular, surge como algo que ultrapassa o nível empírico e se faz valer como condição *sine qua non* do conhecimento, se apresenta portanto, como uma consciência transcendental (CARVALHO, 2012). Para este Husserl, a fenomenologia é:

Uma descrição da estrutura específica do fenômeno (fluxo imanente de vivências que constitui a consciência) e, como descrição de estrutura da consciência enquanto constituinte, isto é, condição a priori de possibilidades do conhecimento, o é na medida em que ela, enquanto Consciência Transcendental, constitui as significações e na

medida em que conhecer é pura e simplesmente apreender (no nível empírico) ou constituir (no nível transcendental) os significados dos acontecimentos naturais e psíquicos. A fenomenologia aparece, assim, como filosofia transcendental (HUSSERL, 2000, p.6-7).

Para Husserl o pesquisador que adota o método fenomenológico precisa se desvencilhar de preconceitos, crenças e pressupostos construídos, deve desconstruir as certezas imediatas, ou seja, aquilo que se mostra muito “evidente”. A busca pela essência pura do fenômeno deve ser perseguida. A proximidade da essência só é possível por meio de um método rigoroso, por meio de uma redução fenomenológica, redução esta que coloca em questionamento, não negando, mas suspendendo-o para que se possa fazer uma análise crítica da essência do fenômeno (CARVALHO, 2012).

Quanto à abordagem, foi realizada uma Pesquisa Qualitativa, por não haver, por parte da autora deste trabalho, preocupação com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social inserido numa instituição de psicoterapia e do fenômeno estudado. Na Pesquisa Qualitativa o autor é sujeito e objeto de suas pesquisas (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006)

Sobre a abordagem qualitativa:

Destaco que essa costuma ser vista em oposição à perspectiva quantitativa. Sobre isso, observo que: (a) não há contradição entre as duas abordagens, mas ambas são de naturezas diferentes; (b) enquanto a abordagem quantitativa busca dados, indicadores e tendências observáveis, a qualitativa procura aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares de grupos mais ou menos delimitados; (c) nenhuma das duas é mais científica do que a outra; (d) as duas possuem limites e potencialidades para se pesquisar a realidade social; (e) ambas são necessárias e, às vezes, insuficientes para dar conta da realidade observada; e (f) entre elas, podemos pensar uma complementaridade, fazendo com que um estudo quantitativo possa produzir questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa (GOMES, 2014, p. 09).

A abordagem qualitativa tem sido utilizada, cada vez mais, no campo da saúde e, usar essa abordagem significa pesquisar as concepções mentais, as crenças, os valores e ainda, dar ênfase às explicações, descrições e opiniões construídas a partir de observações clínicas. Além disso, é importante considerar a linguagem e a prática contextual usadas na mediação interpretativa, em relação ao objeto pesquisado e, todo o estudo desenvolvido, deve ser norteado sob a ótica dos atores pesquisados, ou seja, das informações oriundas delas. O processo interativo entre o pesquisador e os atores sociais deve ser flexível (GOMES, 2014).

Em se tratando da natureza de Tese, este trabalho implica numa Pesquisa Teórico-Aplicada, pois pretendeu-se, pela pesquisa, gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

De acordo com os objetivos de Pesquisa esta produção acadêmica se insere na Pesquisa Descritiva, haja vista que este trabalho exigiu do investigador, o registro descritivo da análise dos resultados das informações colhidas sobre o objeto pesquisado (TRIVIÑOS,1987). Já em se tratando de procedimentos, fiz um levantamento bibliográfico e uma revisão de referências teóricas já analisadas e publicadas (FONSECA, 2002); Realizei a Pesquisa de Campo, uma vez que foi feita coleta de dados, por meio de entrevistas e de questionários abertos e fechados, junto a pessoas envolvidas, no local específico da pesquisa (FONSECA, 2002).

A Pesquisa de Campo foi realizada no Serviço de Orientação Psicológica e Psicopedagógica, SOPP/UEMA, na cidade de São Luís - MA, com 10 (dez) pacientes com demandas de Depressão e/ou Ansiedade. Cinco pacientes receberam intervenção psicoterapêutica com Educação Musical e cinco pacientes receberam intervenção psicoterapêutica sem Educação Musical. Todavia, todos receberam a mesma quantidade de sessões e técnicas específicas da Psicologia quanto às demandas apresentadas.

As principais técnicas utilizadas nesta Tese foram: A Análise Clínica Psicoterapêutica (Psicólogos), Análise Clínica Psicopedagógica (Psicopedagoga) e a análise clínica em Educação Musical Psicoterapêutica- EMP (SOUSA, 2018), feita pelos Educadores Musicais, Psicólogos e Psicopedagoga Clínica, todas estas técnicas atreladas à Observação Participativa. Todos esses profissionais constituíram a Equipe Multidisciplinar de acompanhamento.

Inúmeros são os referenciais teóricos que podem servir de base qualitativa, no campo da saúde, como por exemplo, Denzin e Lincon (2006), Minayo (2012), Pierre Bordieu (1998 e 2012), Vasconcelos (2002) e Gomes (2014). Baseado nesses referenciais teóricos, a Equipe Multidisciplinar baseou-se no conceito de *Habitus*, em que Vasconcelos e Bordieu (2002) *in* Gomes (2014) afirmam que esse conceito refere-se aos posicionamentos sociais do indivíduo, que o permitem pensar, ver e agir, nas mais variadas situações. Diferentemente da palavra hábito, que se associa ao algo cristalizado, a expressão *habitus* se relaciona à capacidade criativa, em que a subjetividade da pessoa é a que mais importa (GOMES, 2014).

Os autores, acima citados, discutem que o *habitus* se faz valer em dimensões, nas quais as pessoas se deparam com estruturas sociais. A dimensão disposicional, em que o *habitus* expressa ajustes entre o objetivo e o subjetivo (VASCONCELOS; BORDIEU, 2002). É nisso que a análise clínica se propõe a auxiliar o paciente, ou seja, ajudá-lo a reconfigurar valores, normas e princípios; a dimensão distribucional, em que o *habitus* se refere às diferenças entre grupos sociais, ordenados em categorias. Nesse sentido, a equipe multidisciplinar elencou dois grupos de pacientes, para análise, os pacientes que receberam intervenção com atividades em Educação Musical e o grupo que não recebeu intervenção em Educação Musical; a dimensão econômica do *habitus*, que se refere ao reconhecimento, por parte do indivíduo, dos bens simbólicos que possui, isto é, não se relaciona ao aspecto monetário, mas de concepções estéticas e éticas; e a dimensão categorial, que está relacionada ao *habitus*, oriundo dos esquemas de generalizáveis, que por sua vez, se refere à visão de mundo que cada pessoa pode reconstruir, a partir de mudanças na sua cognição (VASCONCELOS; BORDIEU, 2002). Por isso a ancoragem dessa tese foi na Teoria Cognitivo-Comportamental de Aeron Back.

A análise clínica psicoterapêutica e psicopedagógica, atualmente assume um acervo considerável no campo da pesquisa científica, dentro da abordagem qualitativa, pois os profissionais que cuidam do bem-estar físico e emocional buscam cada vez mais compreender os fenômenos da saúde, ou seja, da rearmonia mental do ser humano.

Consequentemente, eles passam a assumir o papel específico do clínico-investigador. Estes profissionais partem da premissa de que seus pacientes detêm experiências de vida e informações específicas que lhes ajudarão a compreender profundamente vários problemas de saúde e de vida, então focalizados para uma investigação clínico-psicológica. O encontro clínico-paciente começa, assim, a adquirir características peculiares a ambos, e deve ocorrer de uma maneira metodologicamente acurada, tal como é realizada em qualquer pesquisa científica (FONTANELLA et al, 2006, p. 02).

O autor acima, afirma ainda, que é o profissional clínico, devido a sua prática frequente, sob as inúmeras técnicas aprendidas em sua área, que tem autoridade para coletar informações e construir diagnósticos em clínica ou em pesquisa, baseado em dados comprováveis, que por sua vez, subsidiam as suas interpretações em relação às demandas do paciente.

Já em se tratando de Observação Participante vale refletir:

Com base em Minayo e Becker, destacam-se as seguintes características da observação participante: processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica; o

observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados; o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse contexto; serve para compreender uma organização específica ou um problema substantivo e para estudar ou levantar hipóteses. Segundo Minayo, a observação participante baseia-se nas seguintes premissas metodológicas: a. preparação teórica. b. relativização das hipóteses diante das evidências no campo. c. Integração do pesquisador no campo (GOMES, 2014, p. 33).

A Educação Musical Psicoterapêutica (EMP) é um termo utilizado por Sousa (2018) como uma proposta de unir o aspecto da construção do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades em Educação Musical, no alcance da rearmonização emocional, de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

Concordo com Lima (2003), quando ele diz que a música é uma forma de interagir emoção pela expressividade espontânea e que, por meio dela, é possível revisitar emoções e situações antigas, e ressignificá-las a partir de novas experiências e novas maneiras de resolução de problemas. Ao entrar em contato com sentimentos, a música permite ao paciente transpor-se de experiências até então inaceitáveis por ele. Por isso, busquei realizar intervenção psicoterapêutica em pacientes com depressão e/ou ansiedade, por meio da utilização de Educação Musical, além de outras técnicas específicas da Psicologia, sob a Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) de Aeron Beck, pois acredito que tanto a Educação Musical quanto a TCC de Beck ajudam no processo de criação de contextos, que estimulam o resgate do processo espontâneo-criativo do paciente, de forma a ajudá-lo a libertar-se das estruturas emocionais construídas por si mesmo e, por fatores externos, oriundos de seu estilo de vida.

Para tanto, articulei as seguintes etapas de intervenção:

1. Dentre os pacientes do Serviço de Psicologia e Psicopedagogia da Universidade Estadual do Maranhão (SOPP/UEMA) foram selecionados 10 (dez) pacientes com demandas iniciais de depressão e/ou ansiedade. O critério de seleção se deu considerando a espontaneidade e interesse de pacientes em participar do processo quando da apresentação do trabalho de pesquisa aos que apresentaram essas demandas. *A priori*, 23 (vinte e três) se mostraram interessados, o que implicou na escolha de pacientes em situações mais graves, constatadas na Anamnese.

2. Inserção de mais 12 (doze) sessões psicoterapêuticas ao acompanhamento, haja vista que o paciente do SOPP/UEMA tem direito a apenas 4 (quatro) sessões emergenciais de Psicoterapia Breve.

3. As sessões de psicoterapia foram divididas da seguinte forma:

1ª sessão: Anamnese feita pelos psicólogos do SOPP/UEMA, que atendem em dupla de maneira interdisciplinar (Psicólogo e Psicopedagogo) sob a Abordagem Cognitivo-Comportamental, por meio da Psicoterapia Breve;

2ª sessão: Aplicação das Escalas Beck de Depressão e Ansiedade (autorrelato);

3ª sessão: Aplicação do Teste Psicológico: As Pirâmides Coloridas de Pfister (projetivo-expressivo);

4ª sessão: Aplicação do Teste Psicológico Bateria Fatorial da Personalidade – BFP (autorrelato);

5ª sessão: Intervenção Psicoterapêutica: Escuta psicológica e utilização de técnicas específicas da Psicologia, feita pela equipe multidisciplinar do SOPP/UEMA;

6ª sessão: Intervenção em Educação Musical feita pelo Educador Musical, sob a supervisão da equipe multidisciplinar do SOPP/UEMA;

7ª sessão: Intervenção Psicoterapêutica: Escuta psicológica e utilização de técnicas específicas da Psicologia, feitas pelos profissionais do SOPP/UEMA;

8ª sessão: Intervenção em Educação Musical feita pelo Educador Musical, sob a supervisão da equipe multidisciplinar do SOPP/UEMA;

9ª sessão: Intervenção Psicoterapêutica: Escuta psicológica e utilização de técnicas específicas da Psicologia, feita pela equipe multidisciplinar do SOPP/UEMA;

10ª sessão: Intervenção em Educação Musical feita pelo Educador Musical, sob a supervisão da equipe multidisciplinar do SOPP/UEMA;

11ª sessão: Intervenção Psicoterapêutica: Escuta psicológica e utilização de técnicas específicas da Psicologia, feita pela equipe multidisciplinar do SOPP/UEMA;

12ª sessão: Intervenção em Educação Musical feita pelo Educador Musical, sob a supervisão da equipe multidisciplinar do SOPP/UEMA;

13ª sessão: Reteste com o Teste Psicológico Bateria Fatorial da Personalidade – BFP (autorrelato)

14ª sessão: Reteste com o Teste Psicológico: As Pirâmides Coloridas de Pfister

15ª sessão: Devolutiva do processo de intervenção feita pela Equipe Multidisciplinar, do SOPP/UEMA com paciente.

16ª Orientações e Recomendações dos Psicólogos e psicopedagogo do SOPP/UEMA frente ao processo de intervenção.

4.1 Comitê de Ética

Esta pesquisa, Arte-Educação em Psicologia: A Educação Musical no tratamento de pessoas com depressão e/ou ansiedade foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará e está sob nº CAAE: 10828918.1.0000.0018 e nº do Parecer de Aprovação: 3.697.220. Foram apresentados todos os documentos exigidos no site da Plataforma Brasil (<http://plataformabrasil.saude.gov.br>).

4.2 Testes e instrumentos psicológicos e psicopedagógicos utilizados

Para a realização do processo interventivo foram elencados alguns instrumentos e testes psicológicos de uso exclusivo de psicólogos e ainda, instrumentos psicopedagógicos. Os testes psicológicos utilizados nesta pesquisa estão no rol dos testes favoráveis, legislados pelo sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI, o qual foi desenvolvido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) com o objetivo de avaliar a qualidade técnico-científica de instrumentos psicológicos para uso profissional, a partir da verificação objetiva de um conjunto de requisitos técnicos e divulgar informações sobre os testes psicológicos à comunidade e às(aos) psicólogas(os).

A Resolução CFP Nº 009/2018 estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional do psicólogo e regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI, bem como estabelece quais requisitos mínimos os instrumentos devem apresentar para serem reconhecidos como testes psicológicos.

4.2.1 Escalas Beck

No início das sessões foram aplicadas a todos os pacientes da pesquisa as duas Escalas de Beck: Inventário de Depressão Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade Beck (BAI), as duas fazem parte das Escalas Beck, que por sua vez, são quatro medidas escalares desenvolvidas por Beck e seus colegas no *Center For Cognitive Therapy* (CCT) da Universidade de Pensylvania, na Philadelphia, Estados Unidos. As outras duas são: Escala de Desesperança (BHS) e Escala de Ideação Suicida (BSI). Todavia, como já fora mencionado, utilizamos nesta pesquisa apenas a BDI e a BAI.

De acordo com Cunha (2015), o Inventário de Depressão Beck (*Beck Depression Inventory*) – BDI é uma escala de autorrelato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subtendendo graus crescentes de gravidade da depressão (Williams, Barlow & Agras, 1972), com escore de 0 a 3. Os itens frequentes em pacientes psiquiátricos, com transtornos depressivos, e “não foram escolhidos para refletir qualquer teoria de depressão, em particular” (Beck & Steer, 1993b, p. 1). Os itens do BDI se referem a 1: “Tristeza”; 2) “Pessimismo”; 3) “Sentimento de fracasso”; 4) “Insatisfação”; 5) “Culpa”; 6) “Punição”; 7) “Autoaversão”; 8) “Autoacusações”; 9) “Ideias suicidas”; 10) “Choro”; 11) “Irritabilidade”; 12) “retraimento social”; 13) “Indecisão”; 14) “Mudança na autoimagem”; 15) “Dificuldade de trabalhar”; 16) “Insônia”; 17 “Fatigabilidade”; 18) “Perda de apetite”; 19) “Perda de peso”; 20) “Preocupações somáticas”; 21) “Perda da libido” (p.2) (...) O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens.

Para Beck o BDI deve ser indicado para paciente com idade de 17 a 80 anos. Apesar de que é fato que já ocorreram pesquisas em pacientes acima de 80 anos e com pacientes abaixo de 17 anos (CUNHA, ARGIMON, 1997 in CUNHA, 2015).

Já o BAI (*Beck Anxiety Inventory*) – Inventário de Ansiedade Beck, que também foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer, (1988) foi elaborada baseada em vários instrumentos de autorrelato, visando medir questões de ansiedade e assim, surgiram os itens que compõem o inventário. Sabe-se que para medir a ansiedade, a qual é considerada umas das emoções humanas básicas não é nada fácil, mas muito importante, já que existe uma relação significativa entre depressão e ansiedade. Os dados de fidedignidade e validade, baseados em amostras originais, tanto da BAI quanto da BDI são bastante satisfatórios.

Segundo Cunha (2015) o inventário de ansiedade é constituído por 21 itens, que são “afirmações descritivas de sintomas de ansiedade” (Beck & Steer, 1993^a, p. 2), e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos, que, conforme o Manual, refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 1) “Absolutamente não”; 2) “Levemente: Não me incomodou muito”, 3) “Moderadamente”: Foi muito desagradável, mas pude suportar”; 4) “Gravemente: Dificilmente pude suportar”. Os itens, incluídos por Beck & Steer (1993a) são os seguintes: 1) Dormência ou formigamento; 2) Sensação de calor; 3) Tremores nas pernas; 4) Incapaz de relaxar; 5) Medo que aconteça o pior; 6) Atordoado ou tonto; 7) Palpitação ou aceleração do coração; 8) Sem equilíbrio; 9) Aterrorizado; 10) Nervoso; 11) Sensação de sufocação; 12) Tremores nas mãos; 13) Trêmulo; 14) Medo de perder o controle; 15) dificuldade de respirar; 16) Medo de morrer; 17) Assustado; 18) Indigestão ou desconforto no abdômen; 19) Sensação de desmaio; 20) Rosto afogueado; 21) Suor (não devido ao calor). O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais.

Embora se tenha consciência de que as alternativas de resposta dadas ao paciente respondente sejam de cunho qualitativo existe uma série escalar, de 0 a 3 pontos. Assim, para cada item tem-se um escore individual. Depois de somar os escores individuais tem-se o escore total, o qual pode variar entre 0 e 63. Beck recomenda utilizar esse inventário com pacientes a partir de 17 anos.

Como dito alhures, foram selecionados duas Escalas para mensurar o nível de depressão e ansiedade dos pacientes, a saber, o Inventário de Depressão Beck (*Beck Depression Inventory – BDI*) e o Inventário de Ansiedade Beck (*Beck Anxiety Inventory- BAI*), ambas fazem parte das Escalas Beck, que são formadas também pela Escala de Desesperança Beck (*Beck Hopelessness Scale- BHS*) e Escala de Ideação Suicida Beck (*Beck Scale for Suicide Ideation – BSI*). As Escalas Beck são consideradas padrão ouro no processo de avaliação de Depressão e Ansiedade, apesar de no momento, estarem desfavoráveis, ou seja, segundo o site do SATEPSI (satepsi.cfp.org.br) os Testes Psicológicos Desfavoráveis são aqueles avaliados pelo Conselho Federal de Psicologia, mas que não atenderam os requisitos mínimos obrigatórios ou não apresentaram novos estudos de normatização ou validade no prazo estipulado pela Resolução CFP nº 009/2018. É considerada falta ética o uso de testes desfavoráveis na atividade profissional do psicólogo. Todavia, sua utilização para Pesquisas Científicas são permitidos como é o caso desta Pesquisa.

O BDI (*Beck Depression Inventory*) é a sigla pela qual é geralmente conhecido o instrumento Inventário de Depressão criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1982). Foi construído como escala sintomática de depressão, para ser utilizada em pacientes psiquiátricos passando a ser utilizada logo depois tanto no contexto clínico quanto em pesquisas. É uma escala de autorrelato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subtendendo graus crescentes de gravidade da depressão com escores de 0 a 3. Segundo Beck e Steer (1993 b), o BDI é indicado para sujeito de 17 a 80 anos (CUNHA, 2015).

O BAI (*Beck Anxiety Inventory*) foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer em 1988 com base em vários instrumentos de autorrelato para medir aspectos de ansiedade. A mensuração da ansiedade, considerada como uma das emoções básicas, é de extrema importância, uma vez que seus sintomas, bem como transtornos de ansiedade podem ser considerados “uma das dificuldades principais, enfrentadas pelo ser humano” (RAPER, BARLOW, 1991, p.5). Assim, como o inventário de depressão, o inventário de ansiedade de Beck foi criado inicialmente para uso em pacientes psiquiátricos, todavia, mostrou-se adequado para a população geral em estudos na Inglaterra. A versão em português foi utilizada em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos, inclusive em estudantes e outros sujeitos da comunidade. O inventário é constituído por 21 itens, os quais são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, avaliados pelo sujeito em relação a si mesmo, numa escala de 4 pontos. As Escalas Beck podem ser administradas separadamente ou não. Uma vez que depressão e ansiedade muitas vezes coincidem (CUNHA, 2015).

Além desses instrumentos foram selecionados dois Testes Psicológicos: Bateria Fatorial da Personalidade – BFP, um teste de autorrelato, que avalia fatores da personalidade e Pirâmides Coloridas de Pfister, teste expressivo que também avalia a personalidade abrangendo aspectos de afetividade e ainda, útil no diagnóstico de ansiedade como no caso da síndrome do pânico e da depressão.

4.2.2 Bateria Fatorial da Personalidade (BFP)

O estudo da personalidade é considerado uma das áreas mais consolidadas na Psicologia. São muitos os modelos teóricos que buscam entender e descrever o construto

personalidade. A palavra personalidade diz respeito a padrões de comportamento e atitudes que são típicas de um determinado indivíduo, de forma que os traços de personalidade difeririam de um indivíduo para outro, sendo, entretanto, relativamente constantes em cada pessoa e estáveis.

A Bateria Fatorial de Personalidade – BFP é um instrumento psicológico construído para avaliação da personalidade a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), que inclui as seguintes dimensões: Neuroticismo (N1 – Vulnerabilidade; N2 – Instabilidade emocional; N3 – Passividade / Falta de Energia; N4 – Depressão), Extroversão (E1 – Comunicação; E2 – Altiuez; E3 – Dinamismo; E4 – Interações Sociais), Socialização (S1 – Amabilidade; S2 – Pró--sociabilidade; S3 – Confiança nas pessoas), Realização (R1 – Competência; R2 – Ponderação / Prudência; R3 – Empenho / Comprometimento), Abertura (A1 – Abertura a ideias; A2 – Liberalismo; A3 – Busca por novidades). Deve ser aplicado em pessoas que possuam, no mínimo, o Ensino Fundamental Completo e busca a avaliação da personalidade por meio de traços e está pautada no modelo dos Cinco Grandes Fatores – CGF. Por meio dessa ferramenta, é possível avaliar os estilos emocionais, interpessoais e motivacionais do avaliado, propiciando uma análise da personalidade (NUNES et al, 2010).

O teste BFP possui 126 itens, respondidos quanto ao grau de concordância/identificação com as afirmativas. As respostas ao teste devem ser em escala do tipo Likert de sete pontos (de 1 a 7), com a pontuação maior atrelada à identificação do avaliado com a frase. A depressão é avaliada como uma das facetas de Neuroticismo. A aplicação pode ser individual ou coletiva, podendo ser usada com pessoas de 10 a 92 anos. As evidências de validade do instrumento foram buscadas por meio da sua relação com outras variáveis, com indicação de seis diferentes estudos além da análise da dimensionalidade (ELLY, CARVALHO, 2014).

A busca por descrever a personalidade tem levado muitos pesquisadores a construírem testes psicológicos com evidências de validade relevantes e isso só é possível de modo colaborativo no cenário científico. O que há de mais atual na busca pela compreensão da personalidade está no chamado Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), também chamado *de Big Five*, ou ainda *Five Factor Model*. Esse modelo tem sido utilizado por se constituir numa forma mais entendível, descomplicada e sua disponibilidade mercadológica ser também econômica.

É bem verdade que a aceitabilidade na área psicológica do Modelo dos Cinco Grandes Fatores está relacionado ao acervo de evidências de validade dentro de uma abrangência significativa e, ainda, por ter uma aplicabilidade em situações plurais.

De forma geral, pode-se dizer que o modelo dos CGF desenvolveu-se a partir das pesquisas realizadas na área das teorias fatoriais e das teorias de traços de personalidade; as últimas contribuíram muito para o desenvolvimento de sua base teórica. Já as teorias fatoriais contribuíram grandemente sob o aspecto instrumental e metodológico que, de maneira gradual, convergiram para uma solução de cinco fatores. Esse processo deu-se a partir do avanço das técnicas fatoriais e da computação, além da elaboração de métodos mais sofisticados de localização e extração de fatores, que acabaram dando respaldo a essa forma de organização e explicação da personalidade. Embora o Modelo dos CGF tenha se desenvolvido a partir de metodologias empiricistas, ele tem se mostrado capaz de explicar resultados obtidos em testes criados a partir de diversos modelos teóricos de personalidade (NUNES; HUTZ; NUNES, 2014, p. 17).

McAdams, (1992) in Nunes (2015) afirma que os cinco fatores estão intimamente relacionados aos assuntos essenciais que geralmente as pessoas querem saber sobre seus interlocutores e que, esses assuntos, por sua vez, são buscados por intermédio do desenvolvimento da expressividade em diferentes contextos sociais, com interesses por cinco principais informações sobre pessoas. Nas sociedades pesquisadas, as pessoas tendenciam-se a saber se a pessoa que vai interagir com elas é ativa/dominante ou passiva/submissa; amigável ou frio; responsável ou negligente; instável ou estável; aberto ou desinteressado por novos conhecimentos (NUNES; HUTZ; NUNES, 2014).

Nunes; Hutz; Nunes (2014) caracteriza os cinco fatores na BFP, iniciando pelo fator Extroversão, o qual se relaciona com a forma como as pessoas interagem com outras e quão comunicativas, falantes e assertivas elas são e possui 4 facetas: Nível de Comunicação, Altivez, Dinamismo/Assertividade e Interações sociais. No teste, somente o Dinamismo/Assertividade será analisado, pois se constitui de itens que indicam o quanto as pessoas tomam a iniciativa em situações variadas, o quão facilmente julgam, que colocam suas ideias em prática e seu nível de atividade; Socialização está relacionado à qualidade dessas relações interpessoais se há empatia, compaixão ou antagonismo e abrange três facetas: Amabilidade, Pró-sociabilidade e Confiança. No teste será analisado somente este último, que descrevem o quanto as pessoas confiam nos outros e acreditam que eles não as prejudicarão.

O fator Neuroticismo caracteriza os indivíduos por sua propensão a experienciar de forma mais latente o sofrimento psíquico. Neste fator tem-se quatro facetas: Vulnerabilidade,

Instabilidade, Passividade e Depressão. Essa última será analisada no teste por avaliar padrões de interpretações que os indivíduos apresentam em relação aos eventos que ocorrem ao longo de suas vidas, mais especificamente a percepção que possuem sobre as expectativas de futuro e sua capacidade para lidar com dificuldades que possam ocorrer em suas vidas; Realização, que avalia a organização, a persistência, controle e motivação que as pessoas apresentam, apresenta três facetas: Competência, Ponderação e Empenho. Esse último será analisado no teste porque descreve o quão detalhistas são as pessoas na realização de trabalhos e seu nível de exigência pessoal com a qualidade das tarefas realizadas.

E, por fim, o fator Abertura, que se relaciona ao quão as pessoas exploram e reconhecem ter novas experiências, nesse fator há três facetas Abertura à ideias, Liberalismo e Busca por novidades, a qual foi selecionada para ser enfatizada na análise do teste na pesquisa, pois ela avalia o quanto as pessoas gostam e buscam vivenciar novos eventos e ações, bem como a forma como lidam com a rotina.

Para fins pedagógicos e obtenção de uma análise mais abrangente, optou-se por utilizar 1 (uma) faceta de cada fator do teste em pauta, que mais se associam às demandas dos pacientes da pesquisa.

4.2.3 As Pirâmides Coloridas de Pfister

É sabido que a utilização de uma técnica psicológica exige a compreensão daquilo que fundamenta e embasa as interpretações dos resultados, além da busca da constatação científica que alicerça a validade da metodologia adotada e a justificativa do uso dessa técnica. No teste As Pirâmides Coloridas de Pfister, a relação entre cor e emoção é o cerne de todo o procedimento técnico-metodológico desenvolvido tanto na construção quanto na aplicação do mesmo.

A percepção da cor é um estímulo natural que todas as pessoas estão sujeitas se seus receptores visuais estiverem considerados normais. Assim, percebe-se que ao longo da história a cor sempre esteve presente nas mais variadas manifestações culturais, desde as pinturas rupestres à mais sofisticada tecnologia existente atualmente (VILLEMOR-AMARAL, 2016).

Max Pfister (1888-1958) era dotado de habilidades artísticas, desde bem jovem, se interessava pela música, desenho, poesia e teatro. Quando adulto estudou Arquitetura, em cuja carreira obteve muito sucesso. Aprofundou-se no mundo da dança e foi cenógrafo, bailarino e coreógrafo. Por problemas de saúde precisou se afastar da dança e começou a estudar Psicologia e no seu trabalho final de curso criou a técnica das pirâmides de Pfister, a qual foi fundamentada na sua experiência artística com as cores e do jogo de sombras e de luz que utilizava para produzir efeitos espetaculares, mexendo assim com a afetividade de sua plateia (VILLEMOR-AMARAL, 2016).

Quando criou seu teste, mais movido por inspiração artística do que científica, Pfister apoiou-se nas impressões subjetivas que as cores produziam nas pessoas e as tornavam mais ou menos atraente, agradáveis. Entretanto, sua experiência em arquitetura também não foi descartada nesse momento: a estrutura de uma pirâmide, mais que qualquer outra forma geométrica, facilita o aparecimento de grande variedade de configurações, com qualidade gestálticas mais ou menos sofisticadas. É certamente aí que reside a principal contribuição do método. Seu trabalho, porém, não ultrapassou os aspectos intuitivos, não recebeu muito crédito quando de sua apresentação nas Jornadas Suíças de Psicologia e não chegou a ser publicado. Foram Robert Heiss e Hildegard Hiltmann, da Universidade de Friburgo, na Alemanha, que se interessaram pelo método, desenvolveram pesquisas mais sistemáticas e publicaram, em 1951, o livro *Der Farbpypyramidem-test, nach Max Pfister*, pela editora Hans Huber (VILLEMOR-AMARAL, 2016, p. 20).

O professor Fernando Villemor-Amaral quando estudava na França em 1953 teve o privilégio de conhecer a técnica de Pfister e a trouxe para o Brasil em 1956, quando a inseriu na Faculdade de Filosofia da PUC-SP, especificamente na disciplina de Técnicas Projetivas do Curso de Psicologia Clínica.

O teste de Pfister é composto de material simples, de fácil aplicação e traz em seu bojo um jogo com quadrículos coloridos composto de 10 cores subdivididas em 24 tonalidades, havendo no mínimo 45 unidades de cada tom e a mesma quantidade para todos os tons; três cartelas contendo o esquema de uma pirâmide; folha de aplicação e um mostruário de cores.

O Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister (TPC) é um instrumento projetivo capaz de avaliar traços da personalidade. O TPC foi criado pelo coreógrafo, arquiteto e psicólogo Max Pfister (1888-1958) em 1951. Trata-se de uma técnica não-verbal, com características lúdicas. Um instrumento de fácil aplicação, em cuja aplicação é solicitado que o avaliando preencha um esquema de pirâmide com quadrículos coloridos de diferentes tonalidades. Após o preenchimento da primeira pirâmide, é solicitado que ele preencha outra e depois mais outra pirâmide. Ao término da terceira pirâmide preenchida é realizado um inquérito para verificar a preferência do examinando por suas produções (Villemor-Amaral, 2005).

Para se chegar aos resultados analítico-reflexivos é mister que seja considerado o processo de aplicação, que traduz a forma como a pessoa realiza a tarefa no conjunto das três pirâmides; o modo de colocação que reflete a maneira como a pessoa dispõe as cores, sobre o esquema; o aspecto formal refere-se à configuração final da pirâmide e é um dos elementos fundamentais da análise por indicar as possibilidades de controle racional que o indivíduo tem sobre os afetos e as emoções, representadas pelas cores.

O paciente forma a pirâmide de acordo com seus recursos emocionais e cognitivos. A maneira como se estrutura o estímulo cor sobre o esquema da pirâmide é uma expressão do modo como contém suas emoções. Quanto mais estruturada for sua pirâmide, maior o grau de maturidade emocional, já o inverso, menor estruturação, menos maturidade emocional. As estruturas podem ser classificadas como Tapetes indicativos de um nível intelectual rebaixado ou de pouca maturidade emocional; as Formações representam uma organização intermediária, e as Estruturas que resultam da combinação do estímulo num nível diferenciado, indicam maior grau de equilíbrio emocional (Villemor-Amaral; Franco, 2008).

A maneira de estruturar a pirâmide, ou forma, está relacionada com o funcionamento cognitivo e definir formas constitui uma tarefa cognitiva complexa. Nesse sentido, a precisão da forma equivale à precisão da percepção e do pensamento, que dependem tanto da capacidade intelectual quanto do bom controle emocional. A integração entre a forma e a cor pode constituir um indicador de como são feitas as trocas e descargas emocionais (Villemor-Amaral, 2005).

A análise dos resultados do Teste de Pfister é feita a partir das folhas de protocolos preenchidas pelo psicólogo durante a aplicação, as quais geram várias tabelas, tais como: Tabelas de cores usadas pelo paciente, em porcentagem; tabela de frequência de cores com dados obtidos pelo paciente e os dados esperados; tabela de síndromes apresentadas com dados obtidos e esperados; tabela contendo variação cromática e variações de matizes com os dados obtidos pelo paciente; tabela contendo aspecto formal, sinais especiais, modo de colocação e processo de execução, feitos pelo paciente; tabela de fórmula cromática; tabela de cores por dupla; tabela de inquérito. Todas essas tabelas são interpretadas pelo psicólogo aplicador sob a verificação cautelosa e minuciosa do Manual do Teste Pfister. No final, o psicólogo avaliador elabora um resumo de toda a análise interpretativa das tabelas.

Para fins didáticos, na análise do resultado dos testes e retestes das Pirâmides de Pfister, de cada paciente, serão apresentados apenas os resultados oriundos das tabelas de Frequência

de Cores e da tabela dos Aspectos Formais, da construção das pirâmides, pelos pacientes, pois essas duas tabelas são consideradas, pelos estudiosos desse teste, as partes primárias, que mostram as tendências atuais do paciente em se tratando de humor, cognição e personalidade.

4.3 Caracterização do ambiente de pesquisa

A criação de um Serviço (fixo) de Orientação Psicológica e Psicopedagógica - SOPP na Universidade Estadual do Maranhão é tarefa que se impõe no momento de crescimento e inovações do Ensino Superior nesta IES e do compromisso que a atual gestão tem com a qualidade do ensino e da aprendizagem no contexto acadêmico.

Por meio da Pró-reitoria de Gestão de Pessoas - PROGEP e Reitoria firmou-se o compromisso de superar a atual estrutura de assistência aos alunos e alunas, professores e professoras e demais funcionários e, para tanto, buscou-se ampliar esse compromisso oferecendo serviços em saúde mental, pela implantação do SOPP (Serviço de Orientação Psicológica e Psicopedagógica) em julho de 2018, pois vivem-se em tempos em que o stress, a ansiedade, a depressão e outros conflitos emocionais têm feito parte do contexto acadêmico da UEMA, assim como das demais universidades do país implicando em evasões e reprovações por parte dos discentes e há licenças médicas constantes por parte dos docentes e demais funcionários (Problema). Somado a isso, vem um prospecto da Organização Mundial da Saúde OMS (2001) em que acredita-se que os transtornos mentais serão a segunda causa de adoecimento da população em 2020.

Segundo Jamil Chade e Isabela Palhares (2017), o Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo e o quinto em casos de depressão. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgadas, 23,93% dos brasileiros têm algum transtorno de ansiedade e a depressão afeta 5,8% da população. Pesam nesse cenário, fatores socioeconômicos, como pobreza e desemprego, e ambientais, como o estilo de vida em grandes cidades.

O contexto da vida acadêmica é corrido e nem sempre se faz uma autoavaliação. Todavia, há que se considerar que a qualquer momento surgirá uma sinalização física-emocional, que identificará que o ser humano precisa de um acompanhamento, principalmente entre os jovens, que sofrem muito de transtorno de ansiedade e depressão.

Assim, o SOPP/UEMA funciona em caráter emergencial, por meio da Psicoterapia Breve, pela Abordagem Cognitiva-Comportamental, oferecendo somente aos matriculados nesta IES (devido à grande demanda existente) 04 (quatro) sessões psicoterapêuticas visando a ajudar o paciente a utilizar os recursos cognitivos - emocionais a seu favor para o seu reequilíbrio psicossocial. O atendimento é feito por quatro psicólogos, uma psicopedagoga, que se dividem em dias alternados, atendendo pelo método multidisciplinar, em que os psicólogos e psicopedagogos podem atender ao mesmo tempo, o mesmo paciente, de acordo com a necessidade (demanda) deste.

O SOPP/UEMA funciona em uma sala ampla, climatizada, com banheiro interno e com boa iluminação, na qual constam três poltronas acolchoadas, um divã, um tapete grande e confortável para atividades específicas, um arquivo com quatro compartimentos onde ficam os prontuários dos pacientes, um armário, no qual se encontram os instrumentos e testes psicológicos e materiais de expediente, duas mesas com duas cadeiras giratórias acolchoadas (uma mesa para aplicação de testes, outra com equipamentos tecnológicos). Essa sala fica dentro no Posto Médico da UEMA, onde funcionam serviços de assistência social e médica.

Etapas de atendimento no SOPP: O paciente vai ao Posto Médico realizar agendamento de suas sessões e preenche uma pré-anamnese; logo após o (a) paciente é chamado (a) a fazer as quatro sessões, de acordo com a lista de espera; na 1ª sessão o (a) paciente assina um acordo sobre o processo de atendimento (em anexo) e em cada sessão ele assina na ficha de controle de sessões; Ao finalizar as quatro sessões, o(a) paciente recebe orientações e recomendações (em alguns casos, encaminhamento por escrito) de como deve agir para dar continuidade ao processo de rearmunização emocional.

No caso dos pacientes participantes desta pesquisa foram acrescentadas mais doze sessões para desenvolvimento do trabalho. O acompanhamento psicoterapêutico foi auxiliado pelos psicólogos e por uma psicopedagoga, por dois educadores musicais, formando assim a equipe multidisciplinar de acompanhamento.

5 ANÁLISES DAS ATIVIDADES DO PROCESSO INTERVENTIVO

No Serviço de Orientação Psicológica e Psicopedagógica da Universidade Estadual do Maranhão, SOPP/UEMA o acompanhamento psicoterapêutico é feito de forma

multidisciplinar, o paciente/aprendente é assistido por psicólogo e psicopedagogo, médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Durante o processo síncrono (paciente, psicoterapeuta e psicopedagogo ficam juntos durante o processo da sessão), somente psicólogos e psicopedagogos participam do acompanhamento do paciente, os demais participam de forma assíncrona (médico ou enfermeiro ou assistente social atende o paciente em horário extra sessão), quando requisitados.

Os dez pacientes, participantes da pesquisa receberam 16 (dezesesseis) sessões psicoterapêuticas e psicopedagógicas, as quais se constituíram em escuta psicológica e psicopedagógica, psicoeducação, exercícios de respiração, análise e percepção de textos, aplicação de testes, instrumentos psicológicos e psicopedagógicos, tais como: Torre de Londres, teste de personalidade (Bateria Fatorial da Personalidade), teste de humor, cognição e personalidade (Pirâmides Coloridas de Pfister), Escalas de Beck (Depressão e Ansiedade), acréscimo de exercícios/atividades de Educação Musical apenas para cinco pacientes.

Todos os dez participantes da pesquisa foram maiores de idade, assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) exigido pela Plataforma Brasil e responderam os testes: Bateria Fatorial da Personalidade (BFP), As Pirâmides Coloridas de Pfister (PCP) e as Escalas BAI e BDI no início do acompanhamento, mas apenas nove deles responderam os retestes no final das sessões. Para fins didáticos iremos denominá-los de PCEM (Paciente com atividades de Educação Musical) e PSEM (Paciente sem atividades de Educação Musical) seguidos de numeração de 01 a 05.

As atividades em Educação Musical realizadas nas sessões de 05 (cinco) pacientes contou com a participação efetiva do Educador Musical, Jairo Moraes Pereira (Maestro, Mestre em Música), o qual iniciou o processo de intervenção, mas devido questões de horários de trabalho, não pôde continuar; e Lee Ju Fan, Flautista, Pianista e Saxofonista, graduado em Música pela Universidade Federal do Maranhão e especialista em Educação Musical, o qual participou de todos os planejamentos com a autora da pesquisa e realizou a intervenção com os cinco pacientes da pesquisa.

O processo de intervenção com Educação Musical compreendeu atividades de respiração, ritmo vocal e corporal, reconhecimento de notas musicais na partitura, vocalizes, percepção musical, apreciação musical, canto, criação musical, monossolfa, improvisação, alongamento, relaxamento, reflexão e relatos de experiências de vida com a música, de cada

paciente. Não foram realizados estudos com instrumentos musicais no processo de intervenção, pelo fato de demandar um tempo maior no processo de aprendizagem e por ser relativo, o efeito estressor, nos diferentes pacientes. Todavia, ficaram à disposição do paciente, nas salas de intervenção musical: a flauta, o teclado e o violão. Caso um paciente se interessasse em conhecer algum deles, ou arriscar utilizá-los.

Foram realizados planejamentos prévios, pela Equipe Multidisciplinar de acompanhamento dos pacientes, a saber, Psicoterapeutas (02), Psicopedagogo (01) e Educador Musical (01), para as atividades específicas correspondentes às demandas singulares dos pacientes. Essas atividades de Educação Musical foram realizadas individualmente e algumas vezes de forma coletiva com os cinco pacientes: PCEM (Pacientes com atividades de Educação Musical).

QUADRO 3: Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente com atividades de Educação Musical, PCEM 1.

PCEM, 19 anos, sexo masculino						
TESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	RETESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	PARECER MULTID.
ESCALAS BECK			ESCALAS BECK			
BAI	39	Grave	BAI	23	Moderado	EPC
BDI	26	Moderado	BDI	13	Leve	EPC
						Geral: EPC
FACETAS DA BFP			FACETAS DA BFP			
Depressão	> 80	Alta	Depressão	> 95	Muito alta	NEPC
Dinamismo	60	Média	Dinamismo	> 10	Muito baixa	NEPC
Confiança	10	Muito baixa	Confiança	< 5	Muito baixa	EPC
Empenho	75	Alta	Empenho	75	Alta	EPC
Abertura à ideias	> 95	Muito alta	Abertura à ideias	> 85	Muito alta	EPC
						Geral: EPC
PIRÂMIDES DE PFISTER			PIRÂMIDES DE PFISTER			
Frequência das Cores			Frequência das Cores			
Azul	↑	Sentimento de incapacidade	Azul	↔	(+) Capacidade de Controle	EPC
Vermelha	↑	Irritabilidade e impulsividade	Vermelha	↑	Irritabilidade e impulsividade	NEPC
Verde	↓	Retraimento social	Verde	↔	Compreensão emocional	EPC
Violeta	↔	Tend. Controle de ansiedade	Violeta	↑	Elaboração da ansiedade	EPC
Laranja	↓	Passividade e submissão	Laranja	↓	Passividade e submissão	NEPC

Amarela	↔	Extroversão adaptada	Amarela	↔	Extroversão adaptada	EPC
Marrom	↑	Atitude reativa	Marrom	↔	(+) Controle descargas violentas	EPC
Preta	↔	Medo de perda de equilíbrio	Preta	↔	Medo de perda de equilíbrio	EPC
Branca	↔	Vazio interior	Branca	↓	(+) Estabilidade, mas precária	EPC
Cinza	↑	Timidez e retraimento	Cinza	↔	Diminuição de ansiedade	EPC
Aspecto Formal			Aspecto Formal			
Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete c/ início de ordem	1ª Pirâmide	Busca de equilíbrio emocional	EPC
Tapete c/ início de ordem	2ª Pirâmide	Busca de equilíbrio emocional	Estrutura assimétrica dinâmica	2ª Pirâmide	Vivacidade de expressão	EPC
Estrutura simétrica	3ª Pirâmide	Tend. Equilíbrio emocional	Estrutura em mosaico	3ª Pirâmide	Inteligência artística	EPC
						Geral: EPC
Considerando os três testes aplicados, no parecer geral da Equipe Multidisciplinar, o PCEM 1 Evoluiu Positivamente a Contendo: EPC						

Fonte: Sousa (2020).

O PCEM 1, iniciou o acompanhamento apresentando um quadro de comorbidade: ansiedade (grave) e depressão (moderada), apesar de que a ansiedade era mais presente no seu contexto de vida. Principalmente porque não tinha um bom relacionamento intrapessoal, o que reverberava em suas relações interpessoais.

A dificuldade de dizer não, a passividade em suas ações e o medo de magoar as pessoas, principalmente nas suas relações afetivas, agravavam seu quadro de ansiedade, tinha uma dependência afetiva e uma busca constante de aprovação. Além do que, sentia-se rejeitado pela mãe, pois fora criado com a avó. Todavia, durante o processo de acompanhamento, além das técnicas específicas utilizadas na clínica, recebera a intervenção em Educação Musical: atividades rítmicas corporais, percepção musical, entonação musical, apreciação musical, as quais foram aplicadas sob o pano de fundo de sua realidade cotidiana. “O conhecimento musical é resultado de uma articulação contínua entre os processos perceptivos e os momentos de elaboração conceitual” (GRANJA, 2006, p. 47).

No decorrer das sessões, foi perceptivo o entusiasmo do paciente em dar o *feed back* de como os exercícios musicais de discernimento entre volume e tom, o aumento da expressividade corporal pelas atividades rítmicas os ajudaram a se perceber como sujeito ativo nas suas relações interpessoais. O Educador Musical Lee Jun Fan, que fez parte da equipe multidisciplinar comentou sobre este paciente: “Ele consegue mergulhar na música, por meio dos exercícios desenvolvidos nas sessões, por isso ele consegue ressignificar seus pensamentos”.

No final das sessões percebeu-se uma mudança positiva tanto no resultado da Escala de Ansiedade (que de grave passou para moderada) quanto na Escala de Depressão (que de moderada passou para leve) como no seu modo de se posicionar diante dos conflitos, pois já relatava suas experiências em se posicionar com uma autoestima mais elevada e na diminuição de seu complexo de inferioridade.

O paciente na sua demanda inicial também apresentou interpretações bastante negativas quanto aos eventos que ocorrem ao longo de sua vida, mais especificamente a percepção que possui sobre as expectativas de futuro e sua capacidade para lidar com dificuldades que lhes ocorrem, como por exemplo a dependência afetiva, que implicava numa grande expectativa do mesmo sobre a atenção e receptividade das pessoas para com ele, principalmente em relação a sua mãe.

No Teste, Bateria Fatorial da Personalidade, sua faixa de tendência à depressão, que saiu de alta para muito alta foi considerada insatisfatória no teste, assim como na faceta dinamismo/assertividade, que de média passou para muito baixa, embora nos relatos do paciente consta que ele estava aprendendo a substituir expectativa por esperança, o que diminuiu mais seu sofrimento quanto a se preocupar com o que as pessoas pensavam a respeito dele. Essa mudança comportamental pode ser ratificada no teste pelo fato de o paciente ter conseguido manter as faixas nas facetas de confiança, empenho e abertura a ideias.

Já no Teste, As Pirâmides Coloridas de Pfister, dentro da frequência de cores, o paciente manteve características dantes apresentadas, mas não rebaixamento dessas características, nas cores: azul, laranja, amarela e preta. Nas demais cores houve, no reteste, elevação positiva das características comportamentais em relação ao teste. Além do que no aspecto formal, em todas as pirâmides formadas, o paciente apresentou elevação positiva de seu comportamento e humor,

como por exemplo, no teste, na 1ª pirâmide, apresentou dissociação do pensamento e no reteste, na formação dessa mesma pirâmide já apresentou busca de equilíbrio emocional.

Dessa forma, a equipe interdisciplinar considerou, no geral, uma Evolução Positiva a contento, tanto pelos resultados dos testes e escalas, quanto pelas observações feitas no processo de acompanhamento.

QUADRO 4: Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente com atividades de Educação Musical, PCEM 2.

PCEM, 25 anos, sexo masculino						
TESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	RETESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	PARECER MULTID.
ESCALAS BECK			ESCALAS BECK			
BAI	35	Moderado	BAI	32	Moderado	EPC
BDI	29	Moderado	BDI	16	Leve	EPC
						Geral: EPC
FACETAS DA BFP			FACETAS DA BFP			
Depressão	> 95	Muito alta	Depressão	> 95	Muito alta	NEPC
Dinamismo	< 5	Muito baixa	Dinamismo	10	Baixa	EPC
Confiança	< 5	Muito baixa	Confiança	< 5	Muito baixa	EPC
Empenho	15	Baixa	Empenho	35	Média	EPC
Abertura à ideias	< 5	Muito baixa	Abertura à ideias	40	Média	EPC
						Geral: EPC
PIRÂMIDES DE PFISTER			PIRÂMIDES DE PFISTER			
Frequência das Cores			Frequência das Cores			
Azul	↔	(+) Capacidade de Controle	Azul	↑	Supressão de afetos	NEPC
Vermelha	↓	(+) Controle de impulsividade	Vermelha	↓	(+) Controle de impulsividade	EPC
Verde	↔	Retraimento interno	Verde	↓	Retraimento social	NEPC
Violeta	↑	Elaboração da ansiedade	Violeta	↑	Elaboração da ansiedade	EPC
Laranja	↓	Passividade e submissão	Laranja	↓	Passividade e submissão	NEPC
Amarela	↔	Extroversão adaptada	Amarela	↔	Extroversão adaptada	EPC
Marrom	↔	(+) Controle descargas violentas	Marrom	↔	(+) Controle descargas violentas	EPC
Preta	↔	Medo de perda de equilíbrio	Preta	↔	Medo de perda de equilíbrio	EPC
Branca	↔	Vazio interior	Branca	↔	Vazio interior	NEPC

Cinza	↔	Tend. Diminuição da ansiedade	Cinza	↑	Timidez e retraimento	NEPC
Aspecto Formal			Aspecto Formal			
Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
Tapete Furado/rasgado	2ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Furado/rasgado	2ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
Tapete Furado/rasgado	3ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Furado/rasgado	3ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
						Geral: NEPC
Considerando os três testes aplicados, no parecer geral da equipe multidisciplinar o PCEM 2 Evoluiu Positivamente a Conteúdo: EPC						

Fonte: Sousa (2020).

O PCEM 2 iniciou apresentando um quadro comórbido de ansiedade e depressão, mas percebeu-se também outros possíveis quadros, como autismo moderado e comportamentos esquizoides, os quais foram compartilhados com a família para procura de um tratamento neuropsicológico.

O paciente tinha bastante problema de relacionamento com a família: mãe (paciente de Câncer Avançado) e irmã (que não falava com o irmão). Apresentava mágoas do pai já falecido e indiferença quanto à situação de saúde da mãe. Tinha pouca expressividade corporal e sentimental. Na faculdade é isolado e reprovou algumas vezes em uma disciplina. Gostava das sessões e se mostrou muito participativo nas mesmas. Muito sistemático e objetivo e autoestima rebaixada.

O paciente ficou bastante entusiasmado com as atividades de Educação Musical e nunca faltou a nenhuma sessão. As atividades planejadas para sua demanda foram: Exercício rítmico corporal, percepção musical, alongamento, relaxamento, criação, improvisação, monossolfa e apreciação musical. Chegou a pedir ao Educador Musical que o permitisse tocar algumas notas no violão durante a atividade de criação musical coletiva. “Foi perceptivo a mudança de expressividade durante essa sessão” afirmou o Educador Musical Lee Jun Fan.

A subjetividade do paciente foi se desenvolvendo pela sua motivação com as sessões de Educação Musical Terapêutica (Sousa, 2018), o que contribuiu para aguçar sua percepção sobre si mesmo, pois “não existem compartimentos estanques na subjetividade humana. Vemos a partir do que sabemos, percebemos a partir da linguagem, pensamos a partir da percepção,

tiramos inferências a partir de modelos construídos a partir de casos concretos” (MARINA, 1995, p. 62).

O paciente teve uma mudança positiva no processo das sessões e no resultado das escalas BAI (que apesar de ter se mantido moderada, decresceu no escore) e BDI (de moderada passou a leve, o que foi bastante significativo); na sua relação intrapessoal e interpessoal a mudança foi perceptível, mas devido a outros problemas, não fora a contento.

O PCEM 2 como já citado anteriormente, apresentou tendências a outros possíveis quadros (autismo leve, comportamentos esquizoides), dessa forma, somados aos problemas interpessoais dentro e fora da família e aos problemas intrapessoais em relação a sua autoestima rebaixada e mágoas para com os da família, a equipe interdisciplinar considerou o teste satisfatório quanto às facetas: Dinamismo/assertividade que de muito baixa avançou para baixa, e Confiança que se manteve.

Isso pôde ser verificado devido às mágoas existentes para com o pai falecido, para com a mãe, que na concepção do paciente, tem preferência afetiva pela irmã e o desqualifica constantemente e isso foi ponderado.

A faceta Empenho que de muito baixa passou à média denuncia que o paciente iniciou o processo de resignificação de seus sentimentos, para alcance de seus objetivos com mais qualidade de vida, e na faceta Abertura às ideias evoluiu de muito baixa para média, o que mostra que o paciente também evoluiu quanto a sua abertura aos novos conceitos e ideias e novos estilos de vida e expressividade culturais, uma vez que antes era bastante fechado para isso.

No Teste, As Pirâmides Coloridas de Pfister, como avalia humor, personalidade e cognição, o paciente não apresentou mudança positiva a contento, pois, além de ansiedade e depressão foi constatado outros possíveis transtornos que precisariam ser investigados, por meio de uma avaliação neuropsicológica. Tanto na frequência das cores como no aspecto formal de formação das pirâmides ocorreu estabilidade comportamental e de humor, principalmente em relação à dissociação do pensamento. Assim, o parecer final da equipe interdisciplinar foi: Evoluiu Positivamente a Contento, porque tanto nas Escalas Beck, quanto na Bateria Fatorial da Personalidade, houve mudança positiva comportamental.

QUADRO 5: Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente com atividades de Educação Musical, PCEM 3.

PCEM, 22 anos, sexo feminino						
TESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	RETESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	PARECER MULTID.
ESCALAS BECK			ESCALAS BECK			
BAI	37	Grave	BAI	29	Moderado	EPC
BDI	28	Moderado	BDI	33	Moderado	EPC
						Geral: EPC
FACETAS DA BFP			FACETAS DA BFP			
Depressão	> 95	Muito alta	Depressão	> 95	Muito alta	NEPC
Dinamismo	45	Média	Dinamismo	< 5	Muito baixa	NEPC
Confiança	< 5	Muito baixa	Confiança	< 5	Muito baixa	EPC
Empenho	> 95	Muito alta	Empenho	60	Média	EPC
Abertura à ideias	> 95	Muito alta	Abertura à ideias	> 95	Muito alta	EPC
						Geral: EPC
PIRÂMIDES DE PFISTER			PIRÂMIDES DE PFISTER			
Frequência das Cores			Frequência das Cores			
Azul	↔	(+) Capacidade de controle	Azul	↔	(+) Capacidade de Controle	EPC
Vermelha	↑	Irritabilidade e impulsividade	Vermelha	↑	Irritabilidade e impulsividade	NEPC
Verde	↓	Retraimento social	Verde	↓	Retraimento social	NEPC
Violeta	↑	Elaboração da ansiedade	Violeta	↑	Elaboração da ansiedade	EPC
Laranja	↓	Passividade e submissão	Laranja	↔	(-) Passividade e submissão	EPC
Amarela	↔	Extroversão adaptada	Amarela	↓	Dificuldade de expressar emoções	NEPC
Marrom	↔	(+) Controle descargas violentas	Marrom	↔	(+) Controle descargas violentas	EPC
Preta	↔	Medo de perda de equilíbrio	Preta	↔	Medo de perda de equilíbrio	EPC
Branca	↔	Vazio interior	Branca	↔	Vazio interior	NEPC
Cinza	↑	Timidez e retraimento	Cinza	↑	Timidez e retraimento	NEPC
Aspecto Formal			Aspecto Formal			
Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete c/ início de ordem	1ª Pirâmide	Busca de equilíbrio emocional	EPC

Tapete puro	2ª Pirâmide	Tendência à Adaptação emocional	Tapete c/ início de ordem	1ª Pirâmide	Busca de equilíbrio emocional	EPC
Tapete puro	2ª Pirâmide	Tendência à Adaptação emocional	Tapete c/ início de ordem	1ª Pirâmide	Busca de equilíbrio emocional	EPC
						Geral: EPC
Considerando os três testes aplicados, no parecer geral da equipe multidisciplinar o PCEM 3 Evoluiu Positivamente a Contento: EPC						

Fonte: Sousa (2020).

A paciente apresentou, inicialmente, um quadro grave de ansiedade atrelado a um quadro moderado de depressão. Problemas de sobrepeso, autoestima rebaixada, fala e gestos passivos, tom de voz de lamento, dificuldade de expressar seus sentimentos, tristeza e preocupação frequentes, e de gesticular na comunicação. Fez acompanhamento psiquiátrico e tomou remédio controlado.

As atividades de Educação Musical planejadas para essa paciente foram: apreciação musical, canto de notas musicais (Dó, Ré, Mi, Fá, Sol), monossolfa (apesar de gostar, teve muita dificuldade de realizar esse exercício, por não ter muita percepção musical e ainda, ter medo de errar), exercícios rítmicos, percepção musical como espelho de sua percepção pessoal (identificação de andamentos e intensidades), criação musical a partir de frases otimistas. Dentro do planejamento dessas atividades para paciente, a equipe multidisciplinar concordou que a paciente conseguiu desenvolver seu *percípuum*, “filtragem da escuta musical para o cérebro, entre o som físico e o som sensível” (GRANJA, 2006), ou seja, ocorreu o desenvolvimento, por parte da paciente, de uma maior consciência de suas capacidades. Houve mudança de significados de seu discurso, pois por meio dos exercícios de intensidade e volume das frases melódicas que criara, a paciente se percebeu como signo. “Aquilo mesmo que chamamos de sujeito, consciência, pensamento, mente já são signos, de modo que o terceiro elemento não é um signo que se interpõe como uma excrecência entre um sujeito e um objeto. O sujeito é signo” (SANTAELLA, 1993, p.94).

Foi constatada uma mudança importante quanto ao quadro de ansiedade (de grave foi para moderada) e mesmo mantendo o nível moderado de depressão a equipe multidisciplinar considerou que não houve maior rebaixamento do humor por conta da terapia.

Tendo em vista, que o quadro mais enfático da demanda inicial da paciente era ansiedade grave, a equipe multidisciplinar considerou satisfatória o fato de a tendência para depressão se manter na mesma faixa inicial, devido ao fato já dito acima de auto desmame

medicamentoso; esse comportamento negligente da paciente reverberou na diminuição de sua Assertividade, que de média caiu para muito baixa e Confiança, que se manteve na mesma faixa e isso foi insatisfatório quanto ao quesito de personalidade. No entanto, manteve o nível nas facetas, Empenho, que de muito alta passou a média, pois nessa escala, a média é considerada caracterização de mais qualidade e equilíbrio de personalidade e Abertura às ideias, que se manteve, e isso foi satisfatório.

No Teste, As Pirâmides Coloridas de Pfister, a paciente apresentou um resultado satisfatório na frequência das cores, azul, violeta, laranja, marrom e preta, nas quais houve uma manutenção da capacidade de controle, maior tendência de elaboração da ansiedade e diminuição da passividade. No aspecto formal evoluiu consideravelmente, pois apresentou no reteste, nas formação das três pirâmides, maior tendência de equilíbrio emocional. Dessa forma, a equipe interdisciplinar considerou Evolução Positiva a Contento, por parte da paciente.

QUADRO 6: Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente com atividades de Educação Musical, PCEM 4.

PCEM, 25 anos, sexo feminino.						
TESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	RETESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	PARECER MULTID.
ESCALAS BECK			ESCALAS BECK			
BAI	15	Leve	BAI	5	Mínimo	EPC
BDI	12	Leve	BDI	10	Mínimo	EPC
						Geral: EPC
FACETAS DA BFP			FACETAS DA BFP			
Depressão	> 90	Muito alta	Depressão	> 55	Média	EPC
Dinamismo	> 5	Muito baixa	Dinamismo	< 5	Muito baixa	NEPC
Confiança	< 5	Muito baixa	Confiança	20	Baixa	EPC
Empenho	> 5	Muito baixa	Empenho	> 5	Muito baixa	EPC
Abertura à ideias	> 5	Muito baixa	Abertura à ideias	> 5	Muito baixa	NEPC
						Geral: EPC
PIRÂMIDES DE PFISTER			PIRÂMIDES DE PFISTER			
Frequência das Cores			Frequência das Cores			
Azul	↔	(+) Capacidade de controle	Azul	↔	(+) Capacidade de Controle	EPC
Vermelha	↔	Tendência à impulsividade	Vermelha	↓	(-) Impulsividade	EPC
Verde	↔	Busca por compreensão emocional	Verde	↔	Busca por compreensão emocional	EPC

Violeta	↔	(+) Controle de ansiedade	Violeta	↔	(+) Controle de ansiedade	EPC
Laranja	↓	Passividade e submissão	Laranja	↔	(-) Passividade e submissão	EPC
Amarela	↓	Dificuldade de expressar emoções	Amarela	↓	Dificuldade de expressar emoções	NEPC
Marrom	↑	Tendência obsessiva compulsiva	Marrom	↑	Tendência obsessiva compulsiva	NEPC
Preta	↑	Medo da perda de equilíbrio	Preta	↑	Medo da perda de equilíbrio	EPC
Branca	↔	Vazio interior	Branca	↔	Vazio interior	NEPC
Cinza	↑	Timidez e retraimento	Cinza	↑	Timidez e retraimento	NEPC
Aspecto Formal			Aspecto Formal			
Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	EPC
Formação em camada simétrica	2ª Pirâmide	Busca de equilíbrio emocional	Tapete Furado/rasgado	2ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
Estrutura Simétrica	3ª Pirâmide	(+) Possibilidade de equilíbrio emocional	Formação em camada multicromática	3ª Pirâmide	Amadurecimento emocional	EPC
						Geral: EPC
Considerando os três testes aplicados, no parecer geral da equipe multidisciplinar o PCEM 4 Evoluiu Positivamente a Contendo: EPC						

Fonte: Sousa, 2020

A PCEM 4 apresentou um quadro de ansiedade e depressão leve no início do tratamento, mas tinha também transtorno de humor caracterizado por seu psiquiatra, o que agravava em alguns momentos contextuais a ansiedade e a depressão. Fez uso de medicação para depressão e ansiedade. Muitos prejuízos na sua relação intrapessoal e interpessoal, pontualmente nas relações afetivas, dependência afetiva, com crises de raiva e reações com automutilação, descuido na aparência física, Apresentava fala infantil frequente e tom de voz baixo. Gostava das sessões e ficou muito feliz com a inserção da Educação Musical no seu processo de acompanhamento.

Suas atividades de Educação Musical foram desenvolvidas contendo: criação musical (frases de otimismo) somadas ao exercício de monossolfa coletiva, leitura de partitura com melodia em 2 vozes (contraponto entre Educador Musical e paciente, com valores de

intensidade para equilíbrio emocional), pulsação musical, rítmica corporal (para que aprimorasse sua percepção corporal e vocal), pulsação rítmica (inibição da reatividade), alongamento, canto de notas musicais (do Dó ao Sol), vocalizes, escrita de notas musicais. A paciente solicitou ao Educador Musical que fizesse a leitura na partitura também por meio da flauta, já que tinha uma noção básica desse instrumento.

Por meio dos exercícios rítmicos corporais e da sua motivação em voltar a pegar sua flauta, que há muito tempo estava guardada, a paciente desenvolveu uma escuta pessoal, uma vez que a “escuta é o sentido da convivência e da significação” (GRANJA, 2006), uma escuta corporal, “interpretação do som pelo corpo” (SANTAELLA, 1993), pois autodisciplinou a voz infantil e linear e se predispôs a escutar o silêncio (SCHAFER, 1991) por meio da meditação.

A equipe multidisciplinar percebeu no resultado das Escalas Beck que a paciente apresentou uma diminuição considerável, saindo do nível leve para o mínimo. Em seu comportamento percebeu-se uma diminuição significativa de sua linearidade vocal e diminuição de manifestação de raiva, relatou que não sentia mais dependência afetiva nas suas relações interpessoais (deu exemplo do término do namoro, o qual se fazia valer num contexto abusivo) e mudou seu visual no cabelo e no seu modo de vestir. Houve o início do desmame dos medicamentos por parte de seu psiquiatra.

A PCEM 4 teve uma mudança comportamental visível quanto a sua personalidade, pois houve mudança positiva em 4 (quatro) facetas: A Depressão, que mesmo tendo sido considerada leve na Escala de Depressão Beck, apresentou-se no teste de personalidade com tendência muito alta e caiu para média, na faceta, Dinamismo, se manteve, muito baixo, não foi positivo. Confiança, de muito baixa evoluiu para baixa, o que foi satisfatório para a equipe interdisciplinar; as facetas Empenho e Abertura às ideias se mantiveram e isso foi satisfatório, uma vez que se percebeu inicialmente nas queixas da paciente, constantes queixas de não conseguir realizar as tarefas de casa sugeridas nas sessões e tarefas da Faculdade, pois isso contribuiu na mitigação de sua qualidade de vida, quanto ao seu comprometimento na realização de trabalhos e na diminuição de sua exigência pessoal na qualidade dessas tarefas quando realizadas.

Nas Pirâmides de Pfister, também houve avanço considerável tanto na frequência de cores, quanto no aspecto formal, pois mesmo na 1ª pirâmide ter mantido a dissociação do pensamento, isso não foi negativo por causa da demanda inicial de transtorno de humor, o qual

precisa ser controlado com medicação psiquiátrica, mas a paciente deixou de toma-los por iniciativa própria. Na 3ª pirâmide foi constatado um amadurecimento de emoções, o que foi bastante satisfatório.

QUADRO 7: Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente com atividades de Educação Musical, PCEM 5.

PCEM, 21 anos, sexo masculino						
TESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	RETESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	PARECER MULTID.
ESCALAS BECK			ESCALAS BECK			
BAI	31	Moderado	BAI	11	Mínimo	EPC
BDI	19	Leve	BDI	8	Mínimo	EPC
						Geral: EPC
FACETAS DA BFP			FACETAS DA BFP			
Depressão	65	Média	Depressão	30	Média	EPC
Dinamismo	60	Média	Dinamismo	65	Média	EPC
Confiança	85	Alta	Confiança	> 70	Alta	EPC
Empenho	75	Alta	Empenho	55	Média	EPC
Abertura à ideias	> 70	Alta	Abertura à ideias	60	Média	EPC
						Geral: EPC
PIRÂMIDES DE PFISTER			PIRÂMIDES DE PFISTER			
Frequência das Cores			Frequência das Cores			
Azul	↔	(+) Capacidade de controle	Azul	↔	(+) Capacidade de Controle	EPC
Vermelha	↔	(+) Controle impulsividade	Vermelha	↔	(+) Controle impulsividade	EPC
Verde	↔	Busca por compreensão emocional	Verde	↔	Busca por compreensão emocional	EPC
Violeta	↔	(+) Controle de ansiedade	Violeta	↔	(+) Controle de ansiedade	EPC
Laranja	↔	(-) Passividade e submissão	Laranja	↔	(-) Passividade e submissão	EPC
Amarela	↔	Extroversão adaptada	Amarela	↔	Extroversão adaptada	EPC
Marrom	↔	Extroversão adaptada	Marrom	↔	Extroversão adaptada	EPC
Preta	↔	(+) Equilíbrio	Preta	↔	(+) Equilíbrio	EPC
Branca	↔	Vazio interior	Branca	↔	Vazio interior	NEPC
Cinza	↑	Timidez e retraimento	Cinza	↑	Timidez e retraimento	NEPC
Aspecto Formal			Aspecto Formal			
Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC

Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Puro	2ª Pirâmide	Adaptação emocional	EPC
Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Furado/rasgado	3ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
						Geral: EPC
Considerando os três testes aplicados, no parecer geral da equipe multidisciplinar o PCEM 5 Evoluiu Positivamente a Contento: EPC						

Fonte: Sousa (2020).

O PCEM 5, inicialmente, apresentou um quadro de ansiedade, que estava afetando a sua vida acadêmica e os seus afazeres do dia a dia, sudorese intensa, taquicardia esporádicas. Paralelo a isso tinha momentos de muita reatividade nas suas relações interpessoais. Autoestima elevada, compromissado nas suas atividades e pontual. Seu entusiasmo foi tanto nas sessões de Educação Musical que, segundo ele, praticava os exercícios como forma de inibição de sua ansiedade, como forma de acalmá-lo e fazê-lo meditar.

As atividades de Educação Musical planejadas e executadas para a sua demanda específica foram: gestos criativos com notas musicais (controle inibitório), monossolfa individual e coletiva (exercício da paciência na espera da sua vez e da vez dos colegas), leitura musical na partitura (respeito no tempo), execução de teclado na leitura da partitura (a pedido do paciente) já que tinha noção desse instrumento. Frente aos exercícios aplicados a este paciente ficou evidenciado, durante as sessões em grupo que ele conseguiu desenvolver o juízo perceptivo, pois ele conseguia controlar sua ansiedade, por meio da sua interpretação de que o ouvir é tão importante quanto o falar, ou seja, mesmo acertando as notas musicais e a melodia executada em conjunto, precisava esperar os ajustes de seus colegas para harmonização do todo. “(...) só alcançamos controle sobre a percepção no momento em que o percepto é interpretado, Apenas então é que podemos fazer experimentos perceptivos, só então a percepção pode ser testada, criticada, modificada etc.” (SANTAELLA, 1993, p. 17).

De acordo com o resultado das Escalas Beck, o paciente teve uma mudança significativa, o nível de ansiedade caiu de moderado para mínimo e o nível de depressão caiu de leve para mínimo. Nos relatos do paciente e na percepção tanto do Educador Musical, Lee Jun Fan, quanto dos psicoterapeutas, era nítida a mudança comportamental do paciente, até na forma de se expressar, que antes era muito veloz e ainda atropelava a comunicação do seu interlocutor e ficou mais devagar e mais paciente na sua vez de falar.

O PCEM 5 apresentou, no Teste de Personalidade, todas as facetas satisfatórias, principalmente nas facetas de Depressão que, apesar de se manterem na faixa média, diminuíram o percentual e, portanto está relacionado a um maior equilíbrio emocional no quesito da ansiedade que reverberou na diminuição da sua tendência à depressão e na faceta de Empenho, a qual descreve o quão detalhista o paciente está na realização de trabalhos e seu nível de exigência pessoal com a qualidade das tarefas realizadas, pois de faixa alta (relacionada a ansiedade dele) passou para média, que ratifica sua rearmonização emocional na sua maior demanda inicial.

No Teste As Pirâmides de Pfister, houve mudança a contento, pois, na frequência de cores, houve, em grande parte, manutenção de controle emocional e diminuição de dissociação do pensamento.

A seguir, apresentam-se o resultado dos Testes e Retestes das Escalas Beck, Bateria Fatorial da Personalidade e As Pirâmides Coloridas de Pfister, aplicados aos pacientes que não tiveram intervenção com Educação Musical (PSEM).

QUADRO 8: Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente sem atividades de Educação Musical, PSEM 1.

PSEM, 19 anos, sexo feminino						
TESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	RETESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	PARECER MULTID.
ESCALAS BECK			ESCALAS BECK	Não avaliada		
BAI	31	Moderado				
BDI	19	Leve				
						Geral:
FACETAS DA BFP				Não avaliada		
Depressão	>85	Muito alta				
Dinamismo	>5	Muito baixa				
Confiança	>5	Muito baixa				
Empenho	>85	Muito alta				
Abertura à ideias	40	Média				
						Geral: EPC
PIRÂMIDES DE PFISTER			PIRÂMIDES DE PFISTER			
Frequência das Cores			Frequência das Cores	Não avaliada		
Azul	↔	(+) Capacidade de controle				
Vermelha	↔	(+) Controle impulsividade				

Verde	↔	Busca por compreensão emocional				
Violeta	↑	(+) Elaboração da ansiedade				
Laranja	↓	Repressões, influenciabilidade				
Amarela	↔	Extroversão adaptada				
Marrom	↑	Sentimento de inferioridade				
Preta	↔	Inibição, repressão				
Branca	↓	Estabilidade precária				
Cinza	↔	Tend. Controle dos afetos				
Aspecto Formal			Não avaliada			
Tapete c/ início de ordem	1ª Pirâmide	Busca de equilíbrio emocional				
Tapete c/ início de ordem	2ª Pirâmide	Busca de equilíbrio emocional				
Estrutura Assimétrica Dinâmica	3ª Pirâmide	Criatividade e Sensibilidade Artística				
A PSEM 1 abandonou as sessões, por isso não foi submetida aos retestes						

Fonte: Sousa (2020).

A PSEM 1 apresentou inicialmente um quadro de ansiedade, muitos problemas de relacionamentos interpessoais porque não tinha um bom relacionamento intrapessoal. Frequentes problemas no processo de comunicação com seus interlocutores, reações agressivas no tom de voz com as pessoas, e manifestava um senso pessimista e desqualificador de si mesma, ou seja, muitas distorções cognitivas. Infelizmente não realizou todas as sessões, desistiu do acompanhamento por problemas pessoais.

No seu processo de acompanhamento foram realizadas todas as técnicas psicológicas e psicopedagógicas que foram realizadas com os demais pacientes.

QUADRO 9: Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente sem atividades de Educação Musical, PSEM 2

PSEM, 27 anos, sexo masculino

TESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	RETESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	PARECER MULTID.
ESCALAS BECK			ESCALAS BECK			
BAI	18	Leve	BAI	6	Mínimo	EPC
BDI	31	Moderado	BDI	1	Mínimo	EPC
						Geral: EPC
FACETAS DA BFP			FACETAS DA BFP			
Depressão	> 90	Muito alta	Depressão	85	Alta	EPC
Dinamismo	15	Baixa	Dinamismo	> 10	Muito baixa	NEPC
Confiança	> 15	Baixa	Confiança	50	Média	EPC
Empenho	> 95	Muito alta	Empenho	> 95	Muito alta	NEPC
Abertura à ideias	90	Muito alta	Abertura à ideias	75	Alta	EPC
						Geral: EPC
PIRÂMIDES DE PFISTER			PIRÂMIDES DE PFISTER			
Frequência das Cores			Frequência das Cores			
Azul	↑	Suprime sentim. Formalidade	Azul	↑	Suprime sentim. Formalidade	NEPC
Vermelha	↓	Retraimento defensivo	Vermelha	↓	Retraimento defensivo	NEPC
Verde	↔	Busca por compreensão emocional	Verde	↔	Busca por compreensão emocional	EPC
Violeta	↑	(+) Elaboração de ansiedade	Violeta	↑	(+) Elaboração de ansiedade	EPC
Laranja	↓	Passividade e submissão	Laranja	↓	Passividade e submissão	EPC
Amarela	↓	(-) Expressar emoções	Amarela	↓	(-) Expressar emoções	NEPC
Marrom	↔	Extroversão adaptada	Marrom	↔	Extroversão adaptada	EPC
Preta	↑	Medo perda de equilíbrio	Preta	↑	Medo perda de equilíbrio	EPC
Branca	↔	Estabilidade precária	Branca	↔	Estabilidade precária	NEPC
Cinza	↑	Timidez e retraimento	Cinza	↑	Timidez e retraimento	NEPC
Aspecto Formal			Aspecto Formal			
Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
Tapete com início de ordem	2ª Pirâmide	Busca de equilíbrio	Tapete Furado/rasgado	2ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
Tapete Puro	3ª Pirâmide	Possível Adaptaç. emocional	Estrutura em Escada	3ª Pirâmide	Tend. Perda de equilíbrio	NEPC
						Geral: NEPC

Considerando os três testes aplicados, no parecer geral da equipe multidisciplinar o PSEM 2 Evoluiu Positivamente, a
Conteúdo: EPC

Fonte: Sousa (2020).

O PSEM 2 apresentou inicialmente um quadro de Depressão moderada e Ansiedade leve, insônias frequentes, má alimentação, autoestima rebaixada, dependência afetiva. Muito assíduo e pontual às sessões, fazia todas as atividades. Durante as sessões tinha dificuldade de expressar os sentimentos, problemas frequentes nas relações afetivas.

No seu processo de acompanhamento foram realizadas: escuta psicológica e psicopedagógica, reflexões textuais, psicoeducação, instrumento de análise do humor, aplicação de testes e atividades comportamentais extra sessão e monitoramento do afetivograma.

Houve mudança no nível de ansiedade e depressão. Todavia, o paciente continuou com problemas nas suas relações interpessoais. Pois ainda omitia aos pais sua condição homoafetiva, o que o leva a pouco envolvimento com a família como gostaria. Não conseguiu ainda elevar sua autoestima a contento.

No Teste de Personalidade, o PSEM 2 apresentou evolução satisfatória em três facetas: Depressão, que na sua demanda inicial estava muito enfática e a sua tendência para depressão caiu de muito alta para alta, e na faceta Confiança saiu da faixa Baixa para Média e na faceta, Abertura à ideias, que de Muito Alta caiu para Alta, o que foi satisfatório, pois antes o paciente apresentava uma constante percepção de que as pessoas poderiam estar buscando prejudicá-lo em variados contextos, o paciente também tendenciava ser muito ciumento no que diz respeito às relações amorosas e a apresentar uma grande dificuldade em desenvolver intimidade com outros. No teste mostra que houve um equilíbrio nesse ponto.

Foi percebido, que em duas facetas consideradas alvos de mudança inicial não ocorreu a evolução esperada de maneira satisfatória, pois seu Dinamismo/assertividade foi rebaixado, o que está relacionado a sua baixa capacidade de tomar iniciativa e demorar para pôr suas ideias em prática. No quesito Empenho, não teve mudança significativa, pois tendenciava a dedicar-se bastante às suas atividades profissionais/acadêmicas de maneira auto exigente, gostava de obter reconhecimento por seu esforço e usualmente era perfeccionista. Isso continuou de forma perceptível.

Também apresentava uma tendência a planejar detalhadamente os passos para a realização de alguma atividade e a necessidade de realizar revisões cuidadosas dos trabalhos antes de expô-los a outras pessoas deixava-o muito nervoso e inseguro sempre, mesmo com um planejamento feito não tinha segurança em efetivá-lo. Além do que, na faceta Abertura à ideias, o alvo era chegar a um nível médio, mas ainda ficou alto, já que o paciente exagerava na sua subjetividade e imaginação e acabava dentro deste aspecto criando mecanismos de defesa, ao invés de mecanismos de proteção, pelo enfrentamento de seus conflitos no mundo real.

No teste, As Pirâmides Coloridas de Pfister, manteve o problema de retraimento social e dificuldade de expressar sentimentos, dissociação do pensamento e tendência a perda de equilíbrio, o que alimenta sua ansiedade, dessa forma, evoluiu positivamente. A equipe multidisciplinar ao considerar todos os aspectos nos três testes optou pela decisão do parecer: Evoluiu Positivamente a Contento.

QUADRO 10: Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente sem atividades de Educação Musical, PSEM 3.

PSEM, 28 anos, sexo feminino						
TESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	RETESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	PARECER MULTID.
ESCALAS BECK			ESCALAS BECK			
BAI	28	Moderado	BAI	23	Moderado	NEPC
BDI	13	Leve	BDI	17	Leve	NEPC
						Geral: EPC
FACETAS DA BFP			FACETAS DA BFP			
Depressão	> 70	Alta	Depressão	> 90	Muito alta	NEPC
Dinamismo	30	Média	Dinamismo	> 10	Muito baixa	NEPC
Confiança	> 50	Média	Confiança	15	Baixa	NEPC
Empenho	> 85	Muito alta	Empenho	35	Média	EPC
Abertura à ideias	> 20	Baixa	Abertura à ideias	> 20	Baixa	NEPC
						Geral: NEPC
PIRÂMIDES DE PFISTER			PIRÂMIDES DE PFISTER			
Frequência das Cores			Frequência das Cores			
Azul	↔	(+) Capacidade de controle	Azul	↔	(+) Capacidade de controle	EPC
Vermelha	↔	(+) Controle impulsividade	Vermelha	↑	Irritabilidade e impulsividade	NEPC
Verde	↓	Retraimento social	Verde	↓	Retraimento social	NEPC

Violeta	↔	(+) Controle de ansiedade	Violeta	↑	(+) Controle de ansiedade	EPC
Laranja	↔	(-) Passividade e submissão	Laranja	↔	(-) Passividade e submissão	EPC
Amarela	↑	Baixa tolerância à frustração	Amarela	↑	Baixa tolerância à frustração	NEPC
Marrom	↔	Extroversão adaptada	Marrom	↔	Extroversão adaptada	EPC
Preta	↑	Medo perda de equilíbrio	Preta	↔	Inibição, repressão	NEPC
Branca	↔	Estabilidade precária	Branca	↔	Estabilidade precária	NEPC
Cinza	↔	Tend. Controle dos afetos	Cinza	↑	Timidez e retraimento	NEPC
Aspecto Formal			Aspecto Formal			
Tapete com início de ordem	1ª Pirâmide	Busca de equilíbrio	Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
Tapete Furado/rasgado	2ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Furado/rasgado	2ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
Tapete Furado/rasgado	3ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Furado/rasgado	3ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
						Geral: NEPC
Considerando os três testes aplicados, no parecer geral da equipe multidisciplinar a PSEM 3 Não Evoluiu Positivamente, a Contento: NEPC						

Fonte: Sousa (2020).

A PSEM 3 chegou ao acompanhamento com um quadro de ansiedade moderada e depressão leve. Seu sofrimento maior são os constantes choros, ou seja, tem uma facilidade demasiada de chorar em quaisquer contextos, nervosismo ao se expressar dentro de sala de aula, sentimento de exclusão oriundo das indiferenças de colegas, medo do futuro e das suas decisões.

Muito envolvida nas sessões, assídua e pontual, recebeu acompanhamento multidisciplinar entre psicoterapeutas e psicopedagogo: escuta psicológica, escuta psicopedagógica, aplicação de testes e de escalas, monitoramento de afetivograma, psicoeducação e atividades de casa para equilíbrio emocional.

De acordo com as Escalas Beck, não houve mudanças significativas nos níveis de ansiedade e depressão. Todavia, com a terapia ela conseguiu ressignificar seus sentimentos quanto às indiferenças de seus colegas, iniciou o processo de planejar o futuro com mais entusiasmo.

Em relação à Bateria Fatorial da Personalidade, grande parte das facetas mostraram evidências de manutenção das características de sua demanda inicial. Só apresentou evolução

satisfatória na faceta de Empenho, pois de faixa muito alta evoluiu para faixa média, uma vez que foram frequentes nas sessões de terapia, seu relato de que seu nível de exigência pessoal havia melhorado e já não se cobrava tanto como antes. Todavia, todas as outras facetas não ocorreram evoluções significativas.

Como apresentou na sua demanda inicial um quadro moderado de ansiedade, o alvo era diminuir essa tendência e manter o nível de tendência à depressão, leve como inicialmente, mas o sua faixa de tendência à depressão aumentou significativamente, o que pode agravar ainda mais o seu quadro de ansiedade, uma vez que os choros constantes por quaisquer motivos continuaram e às suas inseguranças quanto ao futuro também persistiram.

Nas Pirâmides de Pfister ocorreu manutenção das características de humor, ou seja, evidenciou baixa tolerância à frustração, inibição, repressão de sentimentos, timidez e retraimento social, além de, nas três pirâmides do reteste, ocorrer dissociação do pensamento. Por isso, a equipe multidisciplinar confirmou o parecer de Não Evoluiu Positivamente a Contento.

QUADRO 11: Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente sem atividades de Educação Musical, PSEM 4

PSEM, 25 anos, sexo feminino						
TESTES	SCORES	SIGNIFICADOS	RETESTES	SCORES	SIGNIFICADOS	PARECER MULTID.
ESCALAS BECK			ESCALAS BECK			
BAI	10	Mínimo	BAI	09	Mínimo	NEPC
BDI	11	Leve	BDI	13	Leve	NEPC
						Geral: NEPC
FACETAS DA BFP			FACETAS DA BFP			
Depressão	65	Média	Depressão	> 50	Média	EPC
Dinamismo	75	Alta	Dinamismo	85	Alta	NEPC
Confiança	65	Média	Confiança	> 95	Muito alta	NEPC
Empenho	45	Média	Empenho	50	Média	EPC
Abertura à ideias	65	Média	Abertura à ideias	95	Muito alta	NEPC
						Geral: NEPC
PIRÂMIDES DE PFISTER			PIRÂMIDES DE PFISTER			
Frequência das Cores			Frequência das Cores			
Azul	↔	(+) Capacidade de controle	Azul	↔	(+) Capacidade de controle	EPC
Vermelha	↔	(+) Controle impulsividade	Vermelha	↔	(+) Controle impulsividade	EPC

Verde	↔	Busca por compreensão emocional	Verde	↔	Busca por compreensão emocional	EPC
Violeta	↔	(+) Controle de ansiedade	Violeta	↑	(+) elaboração de ansiedade	EPC
Laranja	↔	(-) Passividade e submissão	Laranja	↔	(-) Passividade e submissão	EPC
Amarela	↔	Extroversão adaptada	Amarela	↓	(-) Expressar emoções	NEPC
Marrom	↔	Extroversão adaptada	Marrom	↔	Extroversão adaptada	EPC
Preta	↑	Medo perda de equilíbrio	Preta	↔	Inibição, repressão	NEPC
Branca	↔	Estabilidade precária	Branca	↔	Estabilidade precária	NEPC
Cinza	↔	Tend. Controle dos afetos	Cinza	↔	Tend. Controle dos afetos	EPC
Aspecto Formal			Aspecto Formal			
Formação simétrica	1ª Pirâmide	Busca de equilíbrio	Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
Form. de camadas multicromáticas	2ª Pirâmide	Vulnerabilidade	Tapete com início de ordem	2ª Pirâmide	Tend. Adaptação	EPC
Tapete Furado/rasgado	3ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Form. Camadas monotonais	3ª Pirâmide	Inibição e retraimento	NEPC
						Geral: EPC
Considerando os três testes aplicados, no parecer geral da equipe multidisciplinar a PSEM 4 Não Evoluiu Positivamente, a Contento: NEPC						

Fonte: Sousa (2020).

A PSEM 4 trouxe um quadro de profunda tristeza por causa da perda avó, muitos pesadelos e muito choro, ansiedade mais enfática que a depressão, muito atarefada, bastante ingênua quanto às intenções alheias, faltava em algumas sessões. Todavia, foram aplicadas técnicas da clínica psicoterapêutica, tais como escuta psicológica, aplicação de testes e escalas e ainda técnicas psicopedagógicas: escuta psicopedagógica, organização de *planner*, psicoeducação, monitoramento do afetivograma e tarefas de reflexão para automonitoramento de comportamentos.

O nível de ansiedade e de depressão se mantiveram, pois a paciente não realizava grande parte das atividades de casa e não conseguiu se organizar, pois não conseguiu concretizar o seu *planner*, construído de forma interdisciplinar nas sessões.

A PSEM 4, no aspecto de personalidade, não apresentou mudança como se esperava, diante de sua demanda inicial, que estava mais relacionada ao seu medo de cair numa depressão

grave e medo do que “pode-vir-a-ser”, embora nas escalas Beck tenha aparecido uma ansiedade mínima e uma depressão leve no Teste de Personalidade, a tendência para Depressão aparece numa faixa média e seu nível na faceta Confiança aparece aumentado, o que sugere uma possibilidade de vivenciar decepções constantes nos seus relacionamentos interpessoais, haja vista que sua ingenuidade se manteve alta diante daquilo que as pessoas podem fazer de negativo para com ela, principalmente nas relações afetivas.

Foi considerado, pela equipe multidisciplinar, que algumas faltas nas sessões também contribuíram para um resultado insatisfatório nas maioria das facetas analisadas, ressalvando a faceta Empenho que a paciente manteve na média e isso foi satisfatório, pois como já dito antes, nesse teste o equilíbrio se encontra entre os percentis 30 e 70.

Na Bateria Fatorial da Personalidade houve maior índice de manutenção de características comportamentais de sua demanda inicial, apesar se no Teste, As Pirâmides coloridas de Pfister ter apresentado uma maior evolução positiva. Todavia, não foi suficiente para ter parecer de evolução positiva, de acordo com a equipe multidisciplinar.

QUADRO 12: Resultados dos Testes e Retestes aplicados, do Paciente sem atividades de Educação Musical, PSEM 5

PSEM, 22 anos, sexo: feminino						
TESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	RETESTES	ESCORES	SIGNIFICADOS	PARECER MULTID.
ESCALAS BECK			ESCALAS BECK			
BAI	28	Moderado	BAI	27	Moderado	NEPC
BDI	33	Moderado	BDI	13	Leve	EPC
						Geral: NEPC
FACETAS DA BFP			FACETAS DA BFP			
Depressão	> 95	Muito alta	Depressão	> 95	Muito alta	NEPC
Dinamismo	>10	Muito baixa	Dinamismo	35	Média	EPC
Confiança	< 5	Muito baixa	Confiança	< 5	Muito baixa	NEPC
Empenho	40	Média	Empenho	60	Média	EPC
Abertura à ideias	20	Baixa	Abertura à ideias	< 5	Muito baixa	NEPC
						Geral: NEPC
PIRÂMIDES DE PFISTER			PIRÂMIDES DE PFISTER			
Frequência das Cores			Frequência das Cores			
Azul	↔	(+) Capacidade de controle	Azul	↔	(+) Capacidade de controle	EPC
Vermelha	↑	Irritabilidade e impulsividade	Vermelha	↔	(+) Controle impulsividade	EPC

Verde	↓	Retraimento social	Verde	↓	Retraimento social	NEPC
Violeta	↑	(+) elaboração de ansiedade	Violeta	↑	(+) elaboração de ansiedade	EPC
Laranja	↓	Passividade e submissão	Laranja	↔	(-) Passividade e submissão	EPC
Amarela	↔	Extroversão adaptada	Amarela	↔	Extroversão adaptada	EPC
Marrom	↔	Extroversão adaptada	Marrom	↔	Extroversão adaptada	EPC
Preta	↔	Inibição, repressão	Preta	↑	Medo de perda de equilíbrio	NEPC
Branca	↔	Estabilidade precária	Branca	↔	Estabilidade precária	NEPC
Cinza	↑	Retraimento defensivo	Cinza	↔	Tend. Controle dos afetos	EPC
Aspecto Formal			Aspecto Formal			
Tapete Furado/rasgado	1ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete desequilibrado	1ª Pirâmide	Perturbações emocionais	NEPC
Tapete Furado/rasgado	2ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	Tapete Puro	2ª Pirâmide	Tend. Adaptação	EPC
Tapete desequilibrado	3ª Pirâmide	Perturbações emocionais	Tapete Furado/rasgado	3ª Pirâmide	Dissociação do Pensamento	NEPC
						Geral: EPC
Considerando os três testes aplicados, no parecer geral da equipe multidisciplinar a PSEM 5 Não Evoluiu Positivamente, a Contento: NEPC						

Fonte: Sousa (2020).

A PSEM 5 trouxe um quadro de ansiedade e depressão moderados, com falta de concentração, tristeza profunda, ideação suicida, insônia e muito choro, além de inúmeros conflitos de cunho afetivo. Sofrimento oriundo de problemas de ordem intrapessoal e interpessoal. Paciente psiquiátrica, mas negligente na administração medicamentosa. Foram aplicadas técnicas da clínica psicoterapêutica, tais como escuta psicológica, aplicação de testes e escalas e ainda técnicas psicopedagógicas: escuta psicopedagógica, organização de *planner*, psicoeducação, monitoramento do afetivograma e tarefas de reflexão para automonitoramento de comportamentos.

A paciente não se importava muito em realizar as atividades orientadas, e isso contribuiu, também, por não conseguir muita mudança no seu comportamento, nem mesmo nos níveis de ansiedade, apesar de ter melhorado um pouco no quesito depressão.

Na sua demanda inicial, apresentou ansiedade e depressão moderadas e manteve isso na faceta de Depressão, no Teste de Personalidade, no qual manteve a faixa muito alta na sua

tendência a desenvolver depressão e, nas facetas confiança e Empenho, manteve as faixas iniciais, na faceta Abertura a ideias teve um rebaixamento, o que não foi satisfatório, pois manteve uma postura rígida quanto a percepção negativa de si mesma. Isso contribuiu para um aumento tanto da ansiedade quanto da depressão.

Foi constatado que a PSEM 5, evoluiu na faceta Dinamismo/Assertividade, que de muito baixa evoluiu para média, o que conotou um equilíbrio quanto suas iniciativas em realizar atividades necessárias, diminuição da procrastinação e aumento da sua capacidade adaptativa.

Não houve mudança comportamental, de acordo com as Escalas Beck e a Bateria Fatorial da Personalidade, mas houve maior mudança positiva nas Pirâmides de Pfister. Porém, na avaliação clínica, da equipe multidisciplinar, essas mudanças evidenciadas no Teste das Pirâmides de Pfister não foram suficientes para enquadrá-la no parecer de Evolução Positiva a Contento.

5.1 Revisitando a Hipótese de Pesquisa

Esta pesquisa surgiu a partir da problemática levantada: “Como a Educação Musical pode ajudar no tratamento de pessoas com Transtornos de Depressão e/ou Ansiedade?” Dessa forma, a hipótese a ser confirmada ou negada neste trabalho foi, se a Educação Musical pode contribuir no desenvolvimento global do indivíduo que sofre de Depressão e/ou Ansiedade, uma vez que a música influencia na forma como ele se percebe e aos conceitos que internaliza de si mesmo.

O Cenário acadêmico foi escolhido como espaço de pesquisa, por ser considerado por muitos, o local onde acontecem os melhores momentos da vida de uma pessoa que deseja passar pelo Ensino Superior. É o lugar onde se descobre muitas coisas, onde a liberdade e a libertinagem coexistem entre uma linha muito tênue, onde se acentuam os relacionamentos afetivos, amizade e amores coadunam com decepções e ilusões, casamentos, alegrias e também é um espaço onde as escolhas dos indivíduos geram estruturas emocionais, que por sua vez, guiam os comportamentos destes, por muito tempo, todavia, a Música está presente em todos esses instantes marcantes. Por isso, nada mais adequado de que buscar na Educação Musical uma possibilidade de auxílio na rearmonização emocional pessoal.

Os jovens, além de lidarem com o final da adolescência e início da vida adulta no processo de adaptação à universidade, confrontam-se com outras tarefas (Almeida *et*

al, 2000): acadêmicas (como a aprendizagem de novas estratégias de estudo, novas metodologias de ensino e avaliação e, principalmente, com uma maior autonomia e responsabilização); sociais (novos relacionamentos interpessoais com a família, colegas, professores e comunidade acadêmica); pessoais (fortalecimento da identidade, maior autoconhecimento, maior autonomia da gestão da vida pessoal); vocacionais / institucionais (desenvolvimento de uma identidade profissional) (ALMEIDA, 2024. P. 14).

Foi neste cenário que nove estudantes e uma assistente de curso participaram da pesquisa em voga, depois de se perceberem com alguma disfunção em um ou mais aspectos de seu desenvolvimento: cognitivo, emocional, físico, social ou transcendente, o que gerou prejuízo em suas vidas, causando-lhes níveis diferenciados de depressão e/ou ansiedade. Eles buscaram ajuda psicológica e psicopedagógica no Serviço de Psicologia e Psicopedagogia da Universidade Estadual do Maranhão, e após agendarem suas sessões foram convidados a participarem da pesquisa. Assim, cinco tiveram no seu processo de acompanhamento atividades de Educação Musical e cinco não tiveram essas atividades.

Na perspectiva da Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC), ansiedade e depressão são analisadas do ponto de vista somático-emocional. São consideradas por muitos pesquisadores como “reação de luta ou fuga” (GRAEFF, 2007). Nesse sentido, o organismo reage, confronta ou se esquiva do perigo eminente. Essa disfuncionalidade ocorre devido a vários fatores, oriundos de experiências subjetivas, processos neuropsicológicos e também comportamentais, este último, vinculado a alterações distorcidas na cognição, os erros cognitivos (EBRAHIMI *et al* 2019).

Em TCC é utilizado o termo esquemas, para denotar crenças nucleares de uma pessoa. Essas crenças atuam como pré-requisito para caracterizar como o indivíduo vê seu mundo interno e externo (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008). “Esquemas são grandes estruturas cognitivas que desempenham um importante papel para a vida humana é através disso que se torna possível perceber, sentir, selecionar, filtrar, assimilar e atribuir significado às informações provenientes do ambiente” (ASSUNÇÃO, 2020, p. 132). A Educação Musical foi aplicada no processo de acompanhamento de cinco pacientes, para ajudá-los a desconstruir os esquemas que traziam em suas demandas iniciais, ou seja, ressignificar suas distorções cognitivas que potencializavam o seu quadro disfuncional psicológico.

A Educação Musical pode ser aplicada em diversos contextos, como em grupo, em tratamentos individuais, em ambientes clínicos e hospitalares, ou mesmo como parte de uma (re)educação ao paciente. No campo da Psicologia, Trimmer, Naeem e Tyo (2016) mostraram

que o uso psicoterapêutico da música em TCC se apresenta com resultados relevantes e significativos, tanto na prática quanto em pesquisas, especialmente no tratamento de depressão e ansiedade.

Nesse sentido, averigui se as atividades de Educação Musical aplicadas no acompanhamento de cinco pacientes pesquisados, geraram um resultado melhor em relação aos cinco pacientes que não tiveram atividades de Educação Musical,

Anteriormente, foi realizada uma microanálise dos resultados de cada paciente dos testes e escalas aplicadas, com o parecer da equipe interdisciplinar sobre a evolução do paciente. Dessa forma, apresento abaixo um quadro comparativo-qualitativo dos resultados dos dois grupos pesquisados, o grupo de pacientes que receberam atividades de Educação Musical (PCEM) e o grupo de pacientes que não tiveram atividades de Educação Musical (PSEM), ou seja, quantos pacientes de cada grupo tiveram melhora comportamental e parecer da equipe Multidisciplinar.

Quadro 13: Resultado final: Comparação de avanços dos dois grupos estudados.

	PCEM	PSEM	RESULTADO COMPARATIVO
01	EPC	NEPC	100% (Cem por cento) dos pacientes, que tiveram em seu processo de intervenção atividades de Educação Musical (PCEM), obtiveram melhora comportamental e parecer: Evoluiu Positivamente a Contento, da equipe multidisciplinar. Apenas 20% (Vinte por cento) dos pacientes que não tiveram atividades de Educação Musical em seu processo de acompanhamento, obtiveram melhora comportamental e parecer: Evoluiu Positivamente a Contento, da equipe multidisciplinar.
02	EPC	EPC	
03	EPC	NEPC	
04	EPC	NEPC	
05	EPC	NEPC	

Fonte: Sousa (2020).

Baseado nos quadros e nos percentuais de Evolução Positiva a Contento (EPC), dos pacientes que tiveram atividades de Educação Musical no seu processo de acompanhamento, foi possível afirmar que a Educação Musical contribuiu de maneira relevante no desenvolvimento global dos cinco pacientes pesquisados com demandas iniciais de Depressão e/ou Ansiedade. Pois os pacientes do grupo PCEM, que tiveram atividades de Educação

Musical conseguiram mudança maior na concepção pessoal sobre si mesmos e do ambiente ao seu redor, conseguiram ressignificar com mais evidência e, de forma qualitativa, suas distorções cognitivas ou suas crenças nucleares, que norteavam suas demandas iniciais. Assim, a hipótese inicial levantada fora confirmada.

A Educação Musical contribuiu para minimização de transtornos depressivos e ou de ansiedade para os cinco pacientes pesquisados, que tiveram atividades de Educação Musical no seu processo de acompanhamento psicológico e psicopedagógico, pois as suas respostas comportamentais foram avaliadas qualitativamente, na forma como se perceberam e em relação aos conceitos que internalizaram de si mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Tese se constituiu num confluyente encontro entre a Arte e a Psicologia, que evocou aspectos próprios da condição humana, tais como, percepção (estética), cognição (aprendizagem), emoção (ressignificação de sentimentos), consciência (autoconhecimento) e comportamento (mudança de atitude), os quais puderam ser reconfigurados dentro de um ambiente psicoterapêutico multidisciplinar, visando a modificabilidade do indivíduo frente à sua desarmonização mental.

Os Transtornos de depressão e de ansiedade, como cenários norteadores do problema inicial de pesquisa, foram palcos de remanejamento cognitivo-comportamental e, por conseguinte, de redução de sintomas, dentro do repertório plural que cada paciente apresentou em sua demanda singular, ou seja, por meio de protocolos de intervenção psicoterapêutica e psicopedagógica, com técnicas próprias da abordagem cognitiva-comportamental e com acréscimos de atividades em Educação Musical foi possível constatar que houve maior modificabilidade comportamental positiva no grupo de pacientes pesquisados que tiveram em seu processo de acompanhamento intervenções com atividades musicais, do que o grupo de pacientes que tiveram somente as técnicas psicológicas relativas à Clínica Psicoterapêutica.

A Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) de Aeron Beck (2013), atrelada ao paradigma cognitivo, acentua que a força que move a cognição humana influi nas emoções e comportamentos, que por sua vez, afetam as percepções que o indivíduo constrói de si e do ambiente em que se insere. Nessa perspectiva teórica, o psicoterapeuta é peça fundamental no

direcionamento do processo de intervenção, selecionando e criando técnicas cognitivo-comportamentais. Foi constatado que dentre essas técnicas existem outras, oriundas da Educação Musical, a qual neste trabalho científico foi testada e, por conseguinte, se apresentou como área promissora de técnicas eficientes para a melhora de pacientes com depressão e ansiedade.

A escolha da Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) como principal eixo teórico foi relevante porque serve ao psicoterapeuta como lente de aumento de possibilidades de compreensão das patologias mentais, haja vista, que essa teoria considera de extremo valor a ressignificação dos pensamentos, para mitigar as crenças disfuncionais e da construção do *habitus* (VASCONCELOS E BORDIEU, 2002) pelo paciente, por meio de intervenções breves.

A Educação Musical aliada à Teoria Cognitivo-Comportamental demonstrou eficácia tanto sozinha, quanto associada a outros recursos técnicos psicoterapêuticos, pois todas as atividades aplicadas pelo Educador Musical, em cada paciente, eram contextualizadas e relacionadas às escutas, psicológicas e psicopedagógicas, feitas pelos psicólogos e psicopedagogo, os quais, junto com o Educador Musical, constituíram a equipe multidisciplinar de acompanhamento. Assim, o paciente conseguiu ter clareza do processo de intervenção e compreender que os exercícios de Educação Musical propostos a ele, faziam parte das técnicas de intervenções psicoterapêuticas que o ajudavam na minimização de suas distorções cognitivas. Por isso, as tarefas de casa, em forma de exercícios musicais, surtiram efeitos reflexivos no paciente sobre o seu potencial pessoal.

A escolha por pesquisar dentro da abordagem qualitativa foi devido a utilização da prática clínica, com uma amostragem de dez pacientes, que possibilitou um olhar mais aprofundado dentro das subjetividades de cada paciente. Isso foi importante para a análise dos testes e das observações desenvolvidas.

A visão sistemática da equipe multidisciplinar foi formada baseada nos resultados das Escalas Beck, do teste de personalidade, Bateria Fatorial da Personalidade (BFP), no teste, As Pirâmides Coloridas de Pfister e na descrição das atividades desenvolvidas e olhar do Educador Musical, que mesmo não sabendo a fundo das demandas de cada paciente e sim, daquilo que lhe era repassado pelos psicólogos e pelo psicopedagogo sobre qual comportamento iria ajudar a potencializar ou minimizar, soube selecionar cada exercício que se adequava às necessidades individuais de cada paciente. O planejamento das atividades musicais foi feito em conjunto pela

equipe multidisciplinar, assim como, o *feed back* e o *feed fower* no final de cada sessão. Isso contribuiu para os ajustes e alinhamentos no processo de evolução de cada paciente.

Foi observado que o grupo de pacientes com Educação Musical (PEM) não faltavam às sessões, e se mostravam entusiasmados para as próximas sessões e para relatarem suas experiências com os exercícios de casa. Já alguns pacientes do grupo que não teve atividades em Educação Musical (PEM) deixaram de fazer atividades de casa, como, por exemplo, o preenchimento do afetivograma, que todos os pacientes de ambos os grupos receberam; além do que, alguns PEM's, faltavam sessões, justificando problemas acadêmicos ou pessoais.

De acordo com a análise feita de cada paciente nos dois grupos, pelo resultado dos testes e pela observação participante, foi constatado que a hipótese inicial foi confirmada, ou seja, a Educação Musical contribui de maneira positiva para a melhora de pacientes com demandas de depressão e/ou ansiedade, pois 100% dos pacientes que tiveram em seu processo de intervenção, atividades em Educação Musical obtiveram melhora no seu comportamento a ponto de modificar em muito seus quadros clínicos de distorções cognitivas. Já o grupo que não teve em seu processo de intervenção, atividades de Educação Musical obteve apenas 20% de melhora em suas demandas iniciais.

Mesmo diante dos impactos positivos constatados nesta pesquisa, verifiquei que, há necessidade de mais pesquisas, que envolvam a Educação Musical Psicoterapêutica- EMP (SOUSA, 2018), a fim de se obter maior compreensão de fenômenos psíquicos comportamentais, bem como no aparecimento de novas técnicas que envolvam Psicologia e Música no contexto clínico.

Pretendo continuar a pesquisar a Educação Musical Psicoterapêutica, já que o intuito neste trabalho foi instigar possibilidades e práticas nesta área e incitar novos trabalhos de pesquisadores dentro dessa temática, pois já era sabido que a amostragem dentro desta pesquisa não foi suficiente para realização de uma pesquisa quantitativa com percentuais matemáticos-significativos. Assim, posteriormente é possível fazer uma pesquisa de *pós-doctor* quantitativa com ênfase em dados estatísticos.

REFERÊNCIAS

ALBANO, Ana Angélica. **O Sorriso Etrusco e a monitoria que foi ‘no antigamente’**. Folha de São Paulo. São Paulo, agosto/setembro, 2000. Folha da Educação 14, p. 03.

ALMEIDA, Daniele Torres de. & CAMPOS, Ana Maria Caramujo Pires. **Educador Terapeuta – os benefícios de especialista em musicoterapia na Educação Musical**. UBAM (FMU/SP). Revista Brasileira de Musicoterapia. Ano XV nº 15. Ano 2013, p. 43-56.

ALMEIDA, Jorge Salvador Pinto de. **A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do Ensino Superior: estudo de prevalência e correlação**. Tese para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Vida - Especialidade em Saúde Mental. Nova Medical School. Faculdade Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2014.

ALVES, Sandriani Muniz. **Possibilidades de adaptação da proposta didática de Raymond Murray Schafer para a realidade da escola**. Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: www.monografias.br/brasilecola.uol.com.br. Acesso em maio 2020.

ANDRADE, L. *et al.* **Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, v.37, n. 7, p. 316-325, 2002.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO-NETO, Francisco. **A Nova Classificação Americana para os Transtornos Mentais- o DSM-5**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Vol. XVI, nº 1, 67-82, FEMUSP, 2014.

ASSUNÇÃO, Wildson Cardoso *et al.* **O tratamento de sintomas de ansiedade baseado na música e terapia cognitivo-comportamental**. Revista Educação, Psicologia e Interfaces, v. 4 n. 1, Número 1, p. 127-143, Janeiro/Março, 2020. duacaoopsicologia.emnuvens.com.br/edupsi/article/view/195. Acesso em 02 de junho 2020.

AURÉLIO. Dicionário online. Acesso em 05/05/2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5** (5. ed.). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BÍBLIA, AT. **I Samuel**. Português. *In: Bíblia Sagrada*. São Paulo, Ed. Canção Nova, Cap. 16, vers. 23. 2007.

BACKES, M. T. S.; Rosa, L. M.; Fernandes, G. C. M.; Becker, S. G.; Meirelles, B. H. S.; Santos, S. M. A. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico**. *Revista de Enfermagem. UERJ*, 17(1), 111–117, 2009.

BACKES, D.S.; DDINE, S.C.; OLIVEIRA, C.L.; BACKES, M.T.S. **Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI**. *Revista Nursing*, 66:37-47, 2003.

BARBOSA FILHO, *et al.*, **Musicoterapia e Educação Musical no contexto hospitalar: Aproximações e distanciamentos**. *Revista Incantare: volume 7. N. 01. Jan/jun, 2016. ISSN 2317-417X*, p. 74-85.

BARBOSA, Ana Mae. **A Imagem no Ensino da Arte: anos 80 e novos tempos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1991 (1ª edição), 1994 (2ª edição), 1998 (5ª edição).

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. **Psicopatologia: Uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

BATISTA, M. A; OLIVEIRA, S. **Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes**. *PSIC-Revista de Psicologia da Vetor*, 6(2), 43-50, 2005.

BRANDTNER, Maríndia; BARDAGI, Marucia. **Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul**. *Gerais, Revista Interinst. Psicol., Juiz de fora, v. 2, n. 2, p. 81-91, dez. 2009*. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202009000200004&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 23 jun. 2018.

BECK, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. **Uma visão geral**. *In A. Beck, Terapia cognitiva da depressão* (pp. 3-26). Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, A. T. **The Current state of cognitive therapy: A 40 years retrospective**. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959, 2005.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer, - 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2013, 413 p.

BECK, A.; STEER, R. A. e Garbin, M. G. **Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation**. 77-100, 1988.

BECK, A. T. & STEER, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory*. San Antonio: Psychological Corporation. 1993 in BRANDTNER, Maríndia; BARDAGI, Marucia. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202009000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 jun. 2018.

BENEZON, R. **Teoria da musicoterapia**. São Paulo, Summus, 1988, 182 p.

BRITO, Teca de Alencar. **Música na Educação Infantil: propostas para a formação integral da criança**, 2º edição, São Paulo: Editora Peirópolis, 2003.

BRITO, Teca A. de. **Koellreutter educador: o humano como objetivo da educação musical**. São Paulo: Peirópolis, 2001.

BRITO, Teca A. de. **Hans-Joachim Koellreutter: Por que?** Fundamentos da Educação Musical: Experiência criativas. Disponível em: http://www.amusicanaescola.com.br/pdf/Teca_Brito.pdf. Acesso em março/2020.

BOURDIEU P. **Esboço de uma teoria da prática**. Oiras[Portugal: Celta, 2002.

BOURDIEU P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Russel; 1998.

BRUSCIA, K. **Definindo musicoterapia**. Tradução Mariza Velloso Fernandez Conde. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BUSS, P.M. **Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, p.177-185, 1999. Suplemento 2.

CALDEIRA, Z.; FONTEERRADA, M. **A educação musical e o estudo do processo de interação criança/música no contexto hospitalar**. In: Anais. XVI Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Música (ANPPOM). 2006. Brasília. Programa de Pós-graduação música em contexto. Brasília: UnB, 2006.

CASTELÃO, Maria Luzia Lopes. **Arte-educação: a mediação Cultural e o Trabalho com Equipas Criativas**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa: Instituto de Educação, 2011.

CHADE, Jamil; PALHARES, Isabela. **Brasil tem a maior taxa de transtorno de ansiedade do mundo**. Labore, Saúde Ocupacional, 2017. Disponível em: aboreweb.com.br/brasil-tem-maior-taxa-de-transtorno-de-ansiedade-do-mundo-diz-oms/. Acesso, 15 de abril 2020.

CLARK, D. A., & BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CAMPOS, Moema Craveiro. **A Educação Musical e o Novo Paradigma**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CARVALHO, Andreia Freire de. Et al. **O método fenomenológico de Edmund Husserl**. Vi Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade. São Cristóvão-SE/BRASIL, 2012, disponível em: http://educonse.com.br/2012/eixo_19/PDF/12.pdf. Acesso em março, 2020.

COGO-MOREIRA, Hugo. **Educação Musical, Percepção Musical e suas relações com a leitura de crianças com problemas de leitura: Uma revisão ensaio-clínico randomizado sem placebo e modelagem estrutural**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica. São Paulo, 2012.

CORDÁS, T. A. Depressão: **Da bile negra aos neurotransmissores - Uma introdução histórica**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

COSTA, C.M. **O despertar para o outro - Musicoterapia**. São Paulo, Sammus editorial, 1989, 127 p..

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. **A Teia do tempo e o autista: Música e Musicoterapia**. Ed. UFG: Goiânia, 2003.

CUNHA, Jurema Alcides. **Manual da Versão em Português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

CUNHA, R. VOLPI, S. **A prática da musicoterapia em diferentes áreas de atuação**. R.Cient./FAP, Curitiba, v.3, 2008, p.85-97.

DENZIN NK, LINCOLN YS. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed; 2006.

DEWES, D., Oliveira, M., Andreta, I., Muhlen, B., Camargo, J., & Leite, J). **Efetividade da terapia cognitivo - comportamental para os transtornos do humor e ansiedade: uma revisão de revisões sistemáticas**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 2(2), 385-397, 2010.

DICIONÁRIO ONLINE PRIBERAM. www.priberam.pt. Acesso em 05 de Março de 2018.

DOBBRO, E.R.L.; BASSOTTI, E.A; AQUINO, C.R.; CANESIA, A.C.; BRITO, R.F. **Uma canção no cuidar: a experiência de intervir com música no hospital**. Nursing, 82(8):129-34. 2005.

EBRAHIMI, L. S. **Cognitive Errors and Psychological Resilience in Patients With Social Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder: A Cross-Sectional Study**. Hosp Pract Res.

2019 Feb; 4(1):25-30. Disponível em:

www.jhpr.ir/article_82174_58bfff4a56fdaaab9acf0fd03b7100f6.pdf. Acesso em: 17/05/2019.

ELLIS, A. **Reason and emotion in psychotherapy**. New York: Lyle Stuart, 1962.

ELY, P., Nunes, M. F. O., & CARVALHO, L. F **Avaliação psicológica da depressão: levantamento de testes expressivos e autorrelato no Brasil**. 2014, 13(3), p. 419-426. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n3/v13n3a14.pdf>. Acesso em junho de 2019.

FARIA, Marco Antonio. **Canto Coral. Um estudo sobre a prática do canto na escola**. Disponível em: <http://tede.mackenzie.br/jspui/simple-> Acesso em 10 de nov. 2019

FERRAZ, Hernani. **Educação, tecnologia e arte**. Disponível em:

http://www.canaleducacional.com.br/artigo_hernani.asp. Acesso em 05 de março de 2018.

FERRAZ, Maria Heloisa C. de T.; FUSARI, Maria F. de Resende. **Metodologia do Ensino da Arte: fundamentos e proposições**. 2 ed. Ver. E ampl. São Paulo: Cortez, 2009. p. 205.

FERREIRA, Fernanda Ribeiro. **Neuroeducação Musical: Abordagem histórica sobre os métodos ativos da 1ª geração, utilizados no Ensino da Música**. Disponível em: www.neuroeducacaomusical.com.br. Acesso: 23 de abril 2020.

FERSTER, Charles B. **Princípios do Comportamento**. São Paulo, HUCITEC, Ed. Da Universidade de São Paulo. 1977.

FEUSRTEIN, Reuven. **Teoria de la Modificabilidad Cognitiva Estructural**. In: Es modificable la inteligencia? Madrid: Editora Bruno, 1997.

FIGUEIREDO, Maria Silvia Lopes. **Transtornos ansiosos e transtornos depressivos: aspectos diagnósticos**. Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 89-97, 2000. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702000000100013&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 22 jun. 2018.

FONSECA, J.J.S. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UEG, 2002. Apostila.

FONSECA, K.C.; BARBOSA, M.A.; SILVA, D.G.; FONSECA, K.V.; SIQUEIRA, K.M.; SOUZA, M.A. **Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 8:398-403.2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a10.htm. Acessado em: 19/08/2010.

FONTEERRADA, Maria Trench de Oliveira. **De tramas e fios: um ensaio sobre música e educação**. São Paulo: Unesp, 2008.

GATTI, M. Z.; SILVA, M. J. P. **Ambient music in the emergency services: the professionals' perception**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, June 2007. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01/12/2011.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos *et al.* **Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde.** Rev Latino-am. Enfermagem 2006 setembro-outubro; 14(5) www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 15 abril 2020.

GRAEFF, F. G. **Anxiety, panic and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.29 suppl.1. pp. S3-S6 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29s1/en_a02v20s1.pdf. Acesso em: 17/05/2020.

GRANJA, Carlos Eduardo de Sousa Campos. **Musicalizando a escola: música, conhecimento e educação.** São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

GERHARDT, Tatiana Engel & SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa.** Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil UAB/ UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica, Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOHN, Daniel Marcondes. **Autoaprendizagem Musical.** São Paulo: Annablume, 2003.

GOMES, J. C. (2008). **Construir boa saúde mental: orientações baseadas no conhecimento existente.** Retrieved from www.mmha.eu. Acesso em 15 abril/2018.

GOMES, Romeu. **Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014, p.445.

GONÇALEZ, D.F.C.; NOGEUIRA, A.T.O.; PIGGINA, A.C.G. **O uso da música na assistência de enfermagem do Brasil: uma revisão bibliográfica.** *Cogitare Enferm*, 13:591-596, 2008.

GORDON, Edwin E. **Teoria de Aprendizagem Musical – Competências, Conteúdos e Padrões.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

GORDON, Edwin E. *Learning Sequences in Music – skill, content and patterns. A Music Learning Theory.* Chicago: GIA Publications, INC, 2003.

HUSSERL. **Os Pensadores. HUSSERL - Vida e Obra.** Editora Nova Cultural Ltda. São Paulo, 2000.

KELLY, G. **The psychology of personal constructs.** Nova York: Norton, 1955.

KROUT, R.E. *Music listening to facilitate and promote wellness: Integrated aspects o four neurophysiological responses to music. The arts in Psychotherapy*, **34**:134-141. 2007. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2006.11.001>

LAROUSSE CULTURAL. **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Universo, 1992.

LEONTIEV, D. **Funções da Arte-educação Estética. In educação Estética e Artística: Abordagens transdisciplinares**. Coordenação: Frois, Fundação C: Golauste Gulbenkion, 2000.

LEVITIN D. J. *The World in six songs: How the musical brain created human nature*. Nova York: Penguin Group, 2008.

LIMA, C. O. **Musicoterapia e Psicodrama: Relações e Similaridades**. Artes de Cura,2003. Disponível em: http://www.fw2.com.br/clientes/artesdecura/revista/musicoterapia/celio_psicodrama.pdf. Acesso em: 16. Jan, 2012.

LOURO, Viviane (org). **Música e Inclusão: Múltiplos olhares**. São Paulo: Editora Som, 2016.

MARINA, J.A. **Teoria da Inteligência Criadora**. Lisboa: Caminhos, 1995.

MARTIN, Alexandre Meireles. O Ensino de Leitura do Ritmo Musical em adolescentes: da ação à operação. Cutiba/PR, 2014. Disponível em: <https://www.acervodigital.ufpr.br>. Acesso em abril/2020

MATEIRO, Teresa. ILARI, Beatriz (org). **Pedagogias em Educação Musical**. Curitiba: Ibepe, 2011.

MINAYO MCS. **Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social**. In: Minayo MCs, deslandes sF, (orgs.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-107.

MINAYO MCS. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciênc. Saúde Coletiva. 2012, 17(3): 621-6 (in: GOMES, Romeu. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014, p. 445).

MINIDICIONÁRIO AURÉLIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

MIZENER, C.P. **Enhancing language skills through music**. General Music today, Reston, v.21, n.2, p.11-17, 2008.

MOREIRA, P.; Melo, A. **Saúde Mental - do tratamento à prevenção**. Coimbra: Porto Editora, 2005.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O Método Fenomenológico na Pesquisa**. Editora Pioneira Thomson Learning, 2004.

MÜNTE, T.F.; ALTENMÜLLER, E.; JÄNCKE, L. **The musician's brain as a model of neuroplasticity**. *Nature Reviews in the Neurosciences*. London, v.3, n.6, p.473-478, 2002.

NETO, F. L., YACUBIAN, J., SCALCO, A. Z. & GONÇALES, L. **Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos**. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 275-286). Porto Alegre: Artmed, 2001.

NETO, Fernando Martins de Oliveira. **O grupo de estudos Orff-Schulwerk em Natal/RN. UFRN**, 2014. Disponível em: www.monografias.ufrn.br. Acesso em março/2020.

NORTON, A. *et al.* **Melodic intonation therapy shared insights on how it is done and why it might help**. *Annals of the New York Academy of Sciences*, New York, v.1169, p.431-436, 2009.

NUNES-SILVA, Marília *et al.* **A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente: ADI/TIP**. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v.5, n.2, p.88-99, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822012000200004&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 24 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2012.52.03>.

NUNES, Carlos Henrique Sancineto da SILVA, HUTS, Claudio Simon, NUNES, Maiana Farias Oliveira. **Bateria Fatorial de Personalidade- BFP: Manual técnico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014, 240 p.

ORFF, Carl. **El Schulwerk: pasado y future**. Traducción: Daniel Basi. In: HASELBACH, B. (Org.). *Textos sobre teoría y práctica del Orff-Schulwerk*. vol. 1. Vitoria-Gasteiz: Agruparte, 2011. p. 47-56.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estadísticas sanitárias mudiale**. Genebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponível em [http://www.who-int/entity/whoses/whostat/ES_WHS2011_Full-pdf](http://www.who.int/entity/whoses/whostat/ES_WHS2011_Full-pdf). Acesso em 07 de abril de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde**. Coordenação da tradução: Cassia Maria Buchalla. São Paulo: EDUSP, 2003, 222p.

PARIZZI, M.B. **O desenvolvimento da percepção do tempo em crianças de dois a seis anos: um estudo a partir do canto espontâneo**. 2009. 226f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

PETERSEN, C. & KOLLER, S. **Avaliação psicológica em crianças e adolescentes em situação de risco.** Avaliação Psicológica, 5 (1), 55 – 66, 2006.

PETERSEN Circe Slcides; WAINER, Ricardo. **Princípios Básicos da Terapia Cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes.** Ciência e Arte, https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/capxzs.pdf. Acesso em 15/03/2020.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança. Imitação, jogo e sonho, imagem e representação.** Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.,1990.

RANGÉ, Bernard e colaboradores. **Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria.** Artmed, 800 p, 2011.

ROGERS, Carl. **Terapia Centrada no Cliente.** Trad. Lisboa Moraes Editores, 2004.

_____, Carl. **Tornar-se Pessoa.** Martins Fontes, 2009.

ROMANELLI, Guilherme. **Planejamento de aulas de estágio.** In: MATEIRO, T; SOUZA, J. (orgs). Práticas de Ensinar Música. Porto Alegre: Sulina, 2009, p.125-137.

RUUD, E. **Caminhos da musicoterapia.** São Paulo, Sammus, 106 p, 1990.

SANTAELLA, L. A. **A percepção: uma teoria semiótica.** 2 Ed. São Paulo: Experimento, 1993.

SANTOS, Carolina Ferreira. **A visualidade no Setting Musicoterapêutico: Questões e Possibilidades das primeiras impressões sonoras.** Anais do XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia / Associação de Musicoterapia do Nordeste. – Olinda, 2012 p: 1-591

SANTOS, M.L.R.R. **Saúde Mental e comportamentos de risco em estudantes universitários.** Dissertação de Doutorado em Saúde Mental. Universidade de Aveiro, 2011.

SATEPSI- **Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos.** <https://satepsi.cfp.org.br/>. Acesso em maio/2020.

SCHAFER, Raymond Murray. **A Afinação do Mundo:** uma exploração pioneira pela história passada e pelo atual estado do mais negligenciado aspecto do nosso ambiente: a paisagem sonora. Tradução Marisa Trench Fonterrada, São Paulo: Editora UNESP, 1997.

_____. **O ouvido pensante.** Tradução de Marisa T. O. Fonterrada, Magda R. G. Silva e Maria Lúcia Pascoal, São Paulo: Editora UNESP, 1991.

SCHLAUG G, Forgeard M, Zhu L, Norton A, Winner E. **Training-induced neuroplasticity in young children.** Ann N Y Acad Sci. Jul;1169:205-8, 2009.

SCHLAUG G. **The brain of musicians: a model for functional and structural adaptation.** Annals of the New York Academy of Sciences, New York, v.930, p.281-299, 2001.

SHAPIRO, J.; FREIDBERG, R. & BARDENSTEIN, K. **Child and adolescent therapy science and art.** New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.2006.

SILVA JÚNIOR, J.D. **A utilização da música com objetivos terapêuticos: interfaces com a Bioética.** 2008.140f. Dissertação (Mestrado em Música) – Universidade Federal de Goiás, Escola de Música e Artes Cênicas, 2008.

SILVA, Luam de Castro *et al.* **A Música e a Musicoterapia no contexto hospitalar: uma revisão integrativa de literatura.** Anais do XIV Simpósio Brasileiro de Musicoterapia e XII Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia / Associação de Musicoterapia do Nordeste. – Olinda, 2012 p: 1-591.

SOUSA. Maria Jucilene Silva G. de. **Educação Musical como Instrumento Complementar no Processo de Avaliação Psicológica.** São Luís-Ma: Instituto de Pós Graduação – IPOG, 2018.

SOUZA, J. A. de. Fontana, J. L. & Pinto, M. A. **Depressão: uma doença, várias apresentações.** In F. Horimoto, D. Ayache & J. de. Souza (Orgs.), Depressão: Diagnóstico e tratamento pelo clínico (pp.1-12). São Paulo: ROCA, 2005.

TAYLOR, D. **Fundamentos biomédicos de la Musicoterapia.** Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Artes, 2010.

TÉLIZ, Marco André Morel. **Educação Musical e promoção de saúde: uma proposta de Leitura Interdisciplinar.** Dissertação (Mestrado da Escola de Música. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Música da UFMG, Belo horizonte, 2012.

TERENCE, Ana Claudia Fernandes & ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais.** XXVI ENEGEP. Fortaleza Brasil: 09 a 11 de out., 2006.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação.** São Paulo: Cortez & Autores Associados, 1988.

TOURINHO, Carlos Diógenes C. **O método fenomenológico nas Ciências Humans: a recepção de Husserl na Filosofia Francesa contemporânea.** Revista Ética e Filosofia Política. Nº XX, Vol. I, junho/2017. Disponível em: www.ufjf.br/eticaefilosofia. ISSN: 1414.3817. Acesso maio/2020.

TRIMMER, C.; TYO, R.; NAEEM, F. **Cognitive Behavioural Therapy-Based Music (CBT-Music) Group for Symptoms of Anxiety and Depression.** Canadian Journal Of Community

Mental Health, Vol. 35, N. 2, 2016. Disponível em: <https://www.cjcmh.com/doi/abs/10.7870/cjcmh-2016-029>. Acesso em: 04/04/2020.

TRIVIÑOS, A. N. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIGOTSKI, Liev Semianovich. **Psicologia da arte**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

VYGOTSKY, L. S.; LURIA, A. R. **Estudos sobre a história do comportamento: símios, homem primitivo e criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

VASCONCELOS MD. PIERRE BOURDIEU: **A herança sociológica. Educação e sociedade**. 2002, 23(78) in GOMES, Romeu. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014, 445 p.

VILLEMOR-AMARAL, Anna Elisa de; QUIRINO, Giovana de Souza. **Estudo comparativo entre indicadores afetivos das técnicas de Pfister e Zulliger**. Avaliação Psicol., Itatiba , v. 12, n. 1, p. 1-7, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 09 jun. 2019.

VILLEMOR-AMARAL, A. E. **O teste das pirâmides coloridas de Pfister**. São Paulo: Cetep, 2005.

VILLEMOR-AMARAL, A. E., & FRANCO, R. R. **Novas contribuições para o Teste das Pirâmides coloridas de Pfister**. In: A. E. Villemor-Amaral, & S. G. Werlang (Orgs.), *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*. (pp. 415-423). São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

VOSS, J.A.; GOOD, M.; YATES, B.; BAUND, M.M.; THOMPSON, A.; HERTZOG, M. 2004. *Sedative music reduced anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery*. *Pain*, **112**:197-203. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2004.08.020>

WAN, C.Y. *et al.* **The therapeutic effects of singing in neurological disorders**. *Music Perception*. Berkeley, v.27, n.4, p.287-295, 2010.

WILLEMS, E.. *Las bases psicologicas da la educacion musical*. Buenos Aires, Eudeba Editorial Universitária, 181 p. 1969.

WHO. *Prevention and promotion in mental Health*. Geneva. Retrieved from www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf, 2002.

WHO. *Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders*. Bulletin of the World Health Organization (Vol. 78), 2000.

WILLEMS, Edgar. *L'éducation musicale nouvelle*. Editions Pro Musica, Bienne, 1968.

WILSON, Rob & BRANCH, Rhena. **Terapia Cognitivo-Comportamental para leigos**. Starling Altas Editora e consultoria Ltda. Rio de Janeiro, 2012

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre, RS Artmed, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A- Ficha de relato de sessão SOP

APÊNDICE B- Ficha de protocolo de intervenção com a equipe multidisciplinar

APÊNDICE C- Ficha de anamnese dos pacientes do grupo com educação musical- PCEM

APÊNDICE D- Ficha de anamnese dos pacientes do grupo sem educação musical- PSEM

Atividade orientada:



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO
MARANHÃO

PROGEP
Pró-Reitoria
de Gestão
de Pessoas



SERVIÇO SOCIAL
MÉDICO
E PSICOLÓGICO
INSTITUTO ESTADUAL DE HUMANIDADE

ANAMNESE COMPLETA DO GRUPO COM EDUCAÇÃO MUSICAL

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Endereço: _____

Telefones para Contato: _____

Religião: _____

Filhos (nome, idade e sexo) _____

Profissão: _____

Est.Civil: _____

Cônjuge (nome, idade e profissão): _____

Queixa principal: _____

Encaminhado por (nome, endereço, fone, especialização): _____

Queixa principal/sintomas: (início, como ocorreu, quando): _____

Que situação estava vivendo na época que iniciou?

Naturalidade: _____

Escolaridade: _____
 Repetição () sim () não Quantas vezes: _____ Quando: _____

Filiação:

Nome do Pai: _____
 Profissão/Ocupação: _____
 Nome da Mãe: _____
 Profissão/Ocupação: _____
 Profissão/Ocupação do paciente: _____

Possibilidade de horários: _____
 Fez terapia anteriormente? (citar qual e quando) _____

Expectativas e objetivos do paciente: _____

Sintomas apresentados: _____

Genetograma

Panorama Familiar (Com quem mora)

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Saúde

Parte I – Diagnóstico

Faz (e/ou fez) acompanhamento com outros especialistas? () Sim () Não
 Se sim com quem? _____ Quando? _____ Quanto tempo? _____
 Toma medicamentos? () Não () Sim - Dosagem/Frequência:

Qual teu hábito com bebidas alcoólicas, fumo e/ou alguma substância psicoativa? (início, idade, evolução, frequência, padrão de consumo)

Higiene e Hábitos (o que consegue fazer sozinho (a): banho, escova os dentes, veste-se, arruma os cabelos, desde quando, etc.).

Tens habito de leitura/escrita (frequência, tipo de leitura/escrita)?

Reconhece Direito-Esquerda: () Sim () Não

Vida estudantil/ acadêmica: _____

Desempenho Escolar (adaptação, rendimento, aptidões, dificuldades, relação com professores/colegas, jogos, divertimentos, frequentou maternal, pré-escola, ofereceu resistência (atitude tomada), interesses, agitação, irritabilidade, impulsividade):

Higiene do Sono (hábitos ao deitar: ler, tomar chá, leite, café, TV, música, etc.):

Como é o sono (agitado, tem apnéia, bruxismo, custa p/ dormir, quantas hora de sono):

Problemas de Memória:

Sintomas Cognitivos (esquecimento queixa cognitiva, fez tratamento antes, avaliações, algum tipo de tratamento, quanto tempo):

Sintomas Emocionais (comportamento, humor, irritabilidade, insônia, dificuldades sexuais, pensamentos suicidas, problemas de alimentação, conduta social):

Algum Sintoma Comportamental (quanto tempo):

Tem problema para Dirigir?

Problemas/sintomas Físicos (náuseas, tonturas, visuais, audição, dores de cabeça, dores em geral, problemas de: peso, paladar, apetite, fragilidade-debilidade, vômitos em geral, enurese noturna, encoprese):

Antecedentes Familiares: _____

Alguém ansioso ou que já tenha sido internado, na família?

Há na família alguém com dificuldades intelectuais?

Há na família alguém que ingere abusivamente bebidas alcoólicas ou é dependente de alguma outra substância? _____

Há na família alguém com alergia ou asma?

Doenças e Tratamentos (infância, enfermidades, cirurgias, hospitalizações, acidentes/quedas):

Observações: (condições motoras, fala: expressão e compreensão, tremor, tônus e pressão motora, piscar de olhos, motricidade fina (escrita/desenho).

Eixo I: _____

Eixo II: _____

Eixo III (doenças físicas): _____

Eixo IV (estressores psicossociais): _____

Eixo V (funcionamento global): _____

Conceituação Psicológica do Caso: _____

Transtornos psiquiátricos anteriores: _____

Transtornos psiquiátricos familiares: _____

Doenças Importantes que teve: _____

Medicação que está tomando: _____

Medicação alternativa (chás, compostos, etc.) _____

Aplicação de Testes? Se sim, qual e resultado: _____

Histórico da Queixa

Quando se iniciou: _____

Eventos traumáticos de vida: _____

Eventos/fatores que precipitam ou agravam crises: _____

Uso de drogas? _____

Tentativa de suicídio? _____

Focos de intervenção psicoterápica: _____

Parte II – Relacionamentos Importantes

Mãe: _____

Pai: _____

Filhos: _____

Outros importantes: _____

Observações sobre dinâmica familiar atual: _____

Parte III – Infância

Gravidez (planejada ou não), parto, intercorrências obstétricas: _____

Amamentação: _____

Treinamento de Higiene: _____

Estressores na infância, crises: _____

Outros transtornos infantis (sono, alimentação, psicomotor, gagueira, tiques, sonambulismo, aprendizagem): _____

Outros comentários: _____

Parte IV – Adolescência

Experiências afetivas marcantes: _____

Experiências sexuais marcantes: _____

Independência/ primeiros empregos: _____

Círculo de amizades: _____

Parte V – Vida Adulta

Relacionamento com parceiro: _____

Vida Sexual Atual: _____

Situação Financeira: _____

Abortos espontâneos/provocados: _____

Apoio Social disponível: _____

Outros transtornos atuais (sono, alimentação, tiques,etc.): _____

Principais lazeres, vida social: _____

Parte VI – Observação e Linguagem Não verbal do Paciente

Observações: _____

Parte VII – Atendimentos Prestados

Profissional: _____

Encaminhamentos Feitos: _____

Terapêutica Utilizada (prescrição de exercícios, leituras, relaxamento, etc.): _____

Parte VIII – Educação Musical

Que músicas você lembra na infância? Cite ao menos duas dessas músicas.

Já teve experiência com educação musical? Frequentou algum curso?

Toca algum instrumento musical ou canta? Onde? Caso não. Tem vontade de aprender a tocar algum instrumento ou cantar?

Que tipo de música você escuta? Música Clássica (); Música Gospel-Sacra (); Música Brasileira -MPB ();
Músicas Internacionais (); De tudo um pouco ()

Tem algum músico profissional na Família? (SIM) (NÃO)

Qual seu grupo musical (banda), cantor(a), favorito?

Costuma cantar na hora do banho (canta no chuveiro)? Se a resposta for sim, quais músicas você canta?

Gosta de dançar? Que tipo de estilo ou gênero musical? Ex: Samba; Salsa; Zumba; Baião etc.

Sacode o corpo quando ouve alguma música de forma involuntária? Que tipo de música?

Fica triste ou alegre ao ouvir determinadas músicas? Cite alguns exemplos.

01. Data: __/__/__ Tema: _____
02. Data: __/__/__ Tema: _____
03. Data: __/__/__ Tema: _____
04. Data: __/__/__ Tema: _____
05. Data: __/__/__ Tema: _____
06. Data: __/__/__ Tema: _____
07. Data: __/__/__ Tema: _____
08. Data: __/__/__ Tema: _____
09. Data: __/__/__ Tema: _____
10. Data: __/__/__ Tema: _____
11. Data: __/__/__ Tema: _____
12. Data: __/__/__ Tema: _____
13. Data: __/__/__ Tema: _____
14. Data: __/__/__ Tema: _____
15. Data: __/__/__ Tema: _____
16. Data: __/__/__ Tema: _____
17. Data: __/__/__ Tema: _____
18. Data: __/__/__ Tema: _____
19. Data: __/__/__ Tema: _____
20. Data: __/__/__ Tema: _____

Destino do caso:

Alta ()

Encaminhamento a outra instituição () Qual _____

Abandono () Motivo _____

Encaminhamento a outro profissional () Quem _____

Interrompido () Por que _____

Melhorias Obtidas: _____

Outras Observações Importantes: _____



PROGEP
Pró-Reitoria
de Gestão
de Pessoas



ANAMNESE COMPLETA DOS PACIENTES DO GRUPO SEM EDUCAÇÃO

MUSICAL

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Endereço: _____

Telefones para Contato: _____

Religião: _____

Filhos (nome, idade e sexo) _____

Profissão: _____

Est.Civil: _____

Cônjuge (nome, idade e profissão): _____

Queixa principal: _____

Encaminhado por (nome, endereço, fone, especialização):

Queixa principal/sintomas: (início, como ocorreu, quando):

Que situação estava vivendo na época que iniciou?

Naturalidade: _____

Escolaridade: _____

Repetição () sim () não Quantas vezes: _____ Quando:

Filiação:

Nome do Pai: _____

Profissão/Ocupação: _____

Nome da Mãe: _____

Profissão/Ocupação: _____

Profissão/Ocupação do paciente: _____

Possibilidade de horários: _____

Fez terapia anteriormente? (citar qual e quando) _____

Expectativas e objetivos do paciente: _____

Sintomas apresentados: _____

Genetograma

Panorama Familiar (Com quem mora)

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação	Saúde

Parte I – Diagnóstico

Faz (e/ou fez) acompanhamento com outros especialistas? () Sim () Não

Se sim com quem? _____ Quando? _____ Quanto tempo? _____

Toma medicamentos? () Não () Sim - Dosagem/Frequência:

Qual teu hábito com bebidas alcoólicas, fumo e/ou alguma substância psicoativa? (início, idade, evolução, frequência, padrão de consumo)

Higiene e Hábitos (o que consegue fazer sozinho (a): banho, escova os dentes, veste-se, arruma os cabelos, desde quando, etc.). _____

Tens hábito de leitura/escrita (frequência, tipo de leitura/escrita)?

Reconhece Direito-Esquerda: () Sim () Não

Vida estudantil/ acadêmica:

Desempenho Escolar (adaptação, rendimento, aptidões, dificuldades, relação com professores/colegas, jogos, divertimentos, frequentou maternal, pré-escola, ofereceu resistência (atitude tomada), interesses, agitação, irritabilidade, impulsividade):

Higiene do Sono (hábitos ao deitar: ler, tomar chá, leite, café, TV, música, etc.):

Como é o sono? (agitado, tem apneia, bruxismo, custa p/ dormir, quantas hora de sono):

Problemas de Memória:

Sintomas Cognitivos (esquecimento queixa cognitiva, fez tratamento antes, avaliações, algum tipo de tratamento, quanto tempo):

Sintomas Emocionais (comportamento, humor, irritabilidade, insônia, dificuldades sexuais, pensamentos suicidas, problemas de alimentação, conduta social):

Algum Sintoma Comportamental (quanto tempo):

Tem problema para Dirigir?

Problemas/sintomas Físicos (náuseas, tonturas, visuais, audição, dores de cabeça, dores em geral, problemas de: peso, paladar, apetite, fragilidade-debilidade, vômitos em geral, enurese noturna, encoprese):

Antecedentes Familiares:

Alguém ansioso ou que já tenha sido internado, na família?

Há, na família, alguém com dificuldades intelectuais?

Há, na família, alguém que ingere abusivamente bebidas alcoólicas ou é dependente de alguma outra substância? _____

Há na família alguém com alergia ou asma?

Doenças e Tratamentos (infância, enfermidades, cirurgias, hospitalizações, acidentes/quedas):

Observações: (condições motoras, fala: expressão e compreensão, tremor, tônus e pressão motora, piscar de olhos, motricidade fina (escrita/desenho).

Eixo I: _____

Eixo II: _____

Eixo III (doenças físicas): _____

Eixo IV (estressores psicossociais): _____

Eixo V (funcionamento global): _____

Conceituação Psicológica do Caso: _____

Transtornos psiquiátricos anteriores: _____

Transtornos psiquiátricos familiares: _____

Doenças Importantes que teve: _____

Medicação que está tomando: _____

Medicação alternativa (chás, compostos, etc.) _____

Aplicação de Testes? Se sim, qual e resultado: _____

Histórico da Queixa

Quando se iniciou: _____

Eventos traumáticos de vida: _____

Eventos/fatores que precipitam ou agravam crises: _____

Uso de drogas? _____

Tentativa de suicídio? _____

Focos de intervenção psicoterápica: _____

Parte II – Relacionamentos Importantes

Mãe: _____

Pai: _____

Irmãos: _____

Filhos: _____

Outros importantes: _____

Observações sobre dinâmica familiar atual: _____

Parte III – Infância

Gravidez (planejada ou não), parto, intercorrências obstétricas: _____

Amamentação: _____

Treinamento de Higiene: _____

Estressores na infância, crises: _____

Outros transtornos infantis (sono, alimentação, psicomotor, gagueira, tiques, sonambulismo, aprendizagem): _____

Outros comentários: _____

Parte IV – Adolescência

Experiências afetivas marcantes: _____

Experiências sexuais marcantes: _____

Independência/ primeiros empregos: _____

Círculo de amizades: _____

Parte V – Vida Adulta

Relacionamento com parceiro: _____

Vida Sexual Atual: _____

Situação Financeira: _____

Abortos espontâneos/provocados: _____

Apoio Social disponível: _____

Outros transtornos atuais (sono, alimentação, tiques, etc.): _____

Principais lazeres, vida social: _____

Parte VI – Observação e Linguagem Não verbal do Paciente

Observações: _____

Parte VII – Atendimentos Prestados

Profissional: _____

Encaminhamentos Feitos: _____

Terapêutica Utilizada (prescrição de exercícios, leituras, relaxamento, etc.): _____

01. Data: __/__/__ Tema: _____

02. Data: __/__/__ Tema: _____

03. Data: __/__/__ Tema: _____

04. Data: __/__/__ Tema: _____

05. Data: __/__/__ Tema: _____

06. Data: __/__/__ Tema: _____

07. Data: __/__/__ Tema: _____

08. Data: __/__/__ Tema: _____

09. Data: __/__/__ Tema: _____

10. Data: __/__/__ Tema: _____

11. Data: __/__/__ Tema: _____

12. Data: __/__/__ Tema: _____

13. Data: __/__/__ Tema: _____

14. Data: __/__/__ Tema: _____

15. Data: __/__/__ Tema: _____

16. Data: __/__/__ Tema: _____

17. Data: __/__/__ Tema: _____

18. Data: __/__/__ Tema: _____

19. Data: __/__/__ Tema: _____

20. Data: __/__/__ Tema: _____

Destino do caso:

Alta ()

Encaminhamento a outra instituição () Qual _____

Abandono () Motivo _____

Encaminhamento a outro profissional () Quem _____

Interrompido () Por que _____

Melhoras Obtidas: _____

Outras Observações Importantes: _____

ANEXOS**ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP/Plataforma Brasil****ANEXO B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE****ANEXO C: Termo de Compromisso do Pesquisador**

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ARTE-EDUCAÇÃO EM PSICOLOGIA: A Educação Musical no processo de tratamento de pessoas com Transtorno de Depressão e/ou Ansiedade

Pesquisador: MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 10828918.1.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto Ciências das Artes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.697.220

Apresentação do Projeto:

O propósito deste trabalho se constitui na reflexão de que Arte-educação e Psicologia podem ser aliadas no processo de explicação de um determinado fenômeno relacionado ao comportamento humano, sem que ambas percam seu aspecto de importância frente ao objeto estudado, isto é, sem que nenhuma seja descaracterizada, subjugada ou coisificada em função da outra, nem submetida a uma mera funcionalidade. É possível estudar Arte-educação em Psicologia, num processo interdependente e dialógico, sem que nenhuma delas perca sua essência, já que todas elas priorizam o sujeito em suas diferenças. Dessa forma, articulou-se o problema de pesquisa: Como a Educação Musical pode ajudar no tratamento de pessoas com Transtornos de Depressão e/ou Ansiedade? Diante desse problema entende-se que o exercício da Arte-educação pela Educação Musical não é uma tarefa apenas de Educadores Musicais, dentro das salas de aula, mas pode ser também de Psicopedagogos e Psicólogos, que trabalham na área da Saúde e que buscam se qualificar na área de Educação Musical, para aplicá-la nos contextos psicopedagógicos e psicoterapêuticos, por meio de objetivos claros e definidos na promoção de saúde individual e coletiva. Para responder a esta indagação articulou-se o objetivo geral da pesquisa: Aplicar atividades de Educação Musical no processo de intervenção em pacientes com Transtornos de Depressão e/ou Ansiedade e ainda, os objetivos específicos: Contextualizar Arte-educação em Psicologia por meio da Educação Musical; caracterizar a Teoria Cognitiva-Comportamental de

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01 - Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 3.697.220

Aaron Back, que se constitui no principal referencial teórico na fundamentação da Tese em pauta e refletir os resultados das ações interventivas pela utilização da Educação Musical nas técnicas psicoterapêuticas realizadas no SOPP (Serviço de Orientação Psicológica e Psicopedagógica da Universidade Estadual do Maranhão em São Luís-Ma. Nesse sentido, busca-se realizar uma Pesquisa Teóricoadplicada sobre Arte-educação em Psicologia com ênfase na linguagem musical, uma vez que Arte, Educação, Psicologia e Música visam contribuir para um desenvolvimento harmonioso do ser humano, de forma integral.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Aplicar atividades de Educação Musical no processo de intervenção em pacientes com Transtornos de depressão e/ou Ansiedade

Objetivo Secundário: Refletir os resultados das ações interventivas pela utilização da Educação Musical nas técnicas psicoterapêuticas realizadas no Serviço de Orientação Psicológica e Psicopedagógica - SOPP/UEMA em São Luis-Ma

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Trata-se de processo interventivo psicoterapêutico sistematizado, em que há aplicação de testes e escalas e outros métodos e técnicas já aprovadas e eficazes. Todavia, há riscos de o paciente do grupo que receberá intervenção em Educação Musical sentir no estímulo dado, um fator estressor, o que será identificado e mudado de acordo com a realidade do paciente, há riscos de desistência do paciente de ambos os grupos no processo de acompanhamento. A Educação Musical surge como instrumento coadjuvante no processo para observação de eficácia da aplicação de atividades coerentes à situação do paciente, haja vistas que serão realizadas escuta psicológica, e outras atividades dentro da Abordagem Cognitiva Comportamental. Benefícios: Surgimento de novas técnicas no processo de intervenção psicoterapêutica como auxílio no tratamento de transtornos depressivos e transtornos de ansiedade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata da resolução de pendências citadas no parecer nº3.660.791, consideradas por este colegiado como atendidas e aceitas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01 - Campus do Guamá, UFPA - Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepocs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 3.697.220

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1164574.pdf	04/11/2019 17:03:03		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodeaceitedoorientador.pdf	04/11/2019 17:01:52	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissodopesquisador.pdf	04/11/2019 17:00:55	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeconsentimentodainstituicao.pdf	04/11/2019 17:00:33	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartaaoccepcone.pdf	04/11/2019 16:54:32	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
Orçamento	declaracaodeisencaodeonus.pdf	04/11/2019 16:53:38	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/11/2019 16:50:51	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDOCOMPLETOAJUSTADO.pdf	04/11/2019 16:47:28	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
Cronograma	cronogramamariajucilene.pdf	04/11/2019 16:39:00	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20190924_144730.PDF	24/09/2019 16:27:39	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20190924_144651.PDF	24/09/2019 16:27:15	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de	Untitled_20190924_144606.PDF	24/09/2019	MARIA JUCILENE	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01 - Campus do Guamá, UFPA - Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 3.697.220

Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20190924_144606.PDF	16:26:42	SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20190924_144430.PDF	24/09/2019 16:25:55	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20190924_144252.PDF	24/09/2019 16:25:06	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20190924_144156.PDF	24/09/2019 16:24:40	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20190924_144109.PDF	24/09/2019 16:24:21	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Untitled_20190924_143452.PDF	24/09/2019 16:23:33	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.docx	10/11/2018 09:38:37	MARIA JUCILENE SILVA GUIDA DE SOUSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 11 de Novembro de 2019

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br



Universidade Federal do Pará
Programa de Pós-graduação em Artes (PPGArtes)
Laboratório Experimental de Educação Musical do PPGArtes (LEEM/PPGArtes)



Universidade Estadual do Maranhão - UEMA
Serviço Social Médico
Serviço de Orientação Psicológica e Psicopedagógica- SOPP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) cliente, este é um convite para participar da pesquisa intitulada: **ARTE-EDUCAÇÃO EM PSICOLOGIA: A Educação Musical no processo de tratamento de pessoas com Transtorno de Depressão e/ou Ansiedade**, sob coordenação da Prof Me. Maria Jucilene Silva Guida de Sousa, Doutoranda PPGARTES; e Prof^o Dr. Áureo Déo DeFreitas Junior, Docente da Universidade Federal do Pará (UFPA). Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética na Plataforma Brasil. O objetivo dos pesquisadores é Aplicar atividades de Educação Musical no processo de intervenção em pacientes com Transtornos de Depressão e/ou Ansiedade. A sua participação neste estudo será de caráter voluntário, não trazendo qualquer ônus para o pesquisador ou para o participante. Se desejar você poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações dispostas neste documento e retire todas as suas dúvidas com os pesquisadores.

Procedimentos de pesquisa: Sua participação nesta pesquisa consistirá na utilização do Serviço de Psicologia da UEMA: SOPP. **Benefícios:** Além das 4 sessões de direito, pelo Serviço de Psicologia você terá mais 16 sessões, além de usufruir da aplicação de testes de personalidade e das Escalas Beck, o que o ajudará no processo psicoterapêutico. **Riscos:** Os riscos de não melhora significativa, de acordo com a demanda de cada participante, se dará somente pela ausência deste nas sessões, pois o processo de acompanhamento visa somente a rearmornização emocional. **Garantias:** Esta pesquisa está pautada em preceitos éticos e é composta por uma equipe multiprofissional (Professores, Psicólogos, e Educadores Musicais), que estarão disponíveis para acompanhamento sistemático ou demais encaminhamentos que se mostrarem necessários aos participantes. Caso o pesquisado considere que houve situação de constrangimento ou outras implicações de quaisquer ordens relacionadas à sua participação na pesquisa (bullying, assédio moral, frustração, bloqueio), sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, e o pesquisado terá garantido o acompanhamento adequado à sua demanda, quando oriunda da pesquisa, portando assistência profissional ampla a este de forma acolhedora e ética. **Sigilo:** As informações fornecidas terão sua privacidade garantida. Ressaltamos que esta pesquisa foi estruturada seguindo os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos, de forma a garantir a confidencialidade dos dados pessoais coletados, não permitindo, portanto, a identificação dos participantes em nenhum momento, nem mesmo quando da divulgação dos resultados e discussões, salvo sob autorização expressa. Os documentos que apresentam assinatura do participante serão arquivados pelos pesquisadores que por sua vez estão cientes de que, qualquer uso indevido de informações, incorrerá em sanções previstas pela Lei brasileira, de acordo com o Conselho de Ética do Psicólogo.

Esclarecemos que este termo é apresentado em duas vias em verso e anverso, sendo uma das vias entregue ao participante.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
UEPA – Universidade do Estado do Pará – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Campus II
Trav. Perebebuí, 2623. Marco. CEP: 66.087-670 - Belém-Pará. Tel: (91) 3276-8052 E-mail: cep_uepa@hotmail.com.

Pesquisadores responsáveis:

✓



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ARTES (PPGARTES)
LABORATÓRIO EXPERIMENTAL DE EDUCAÇÃO MUSICAL DO PPGARTES
(LEEM/PPGARTES)

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu, Maria Jucilene Silva Guida de Sousa, aluna do Curso de Doutorado em Artes da Universidade Federal do Pará – UFPA, venho por meio deste manifestar meu compromisso em cumprir todas as orientações metodológicas, éticas e técnicas, necessárias para o desenvolvimento da pesquisa: Arte-educação em Psicologia: A Educação Musical no processo de tratamento de pessoas com Transtorno de Depressão e/ou Ansiedade”, sob orientação do Prof^o Dr. Áureo Déo DeFreitas Junior (Orientador).

Atenciosamente,

Maria Jucilene Silva Guida de Sousa

Maria Jucilene Silva Guida de Sousa

Mat. 201724880009

RG: 11906299-8

Belém-Pa, 24 de setembro de 2019

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____,
CPF _____, declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto
perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda,
que por minha livre vontade concordo em participar voluntariamente do estudo em questão e que recebi uma
cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em igual teor, bem como me foi dada oportunidade de
ler e esclarecer minhas dúvidas com os pesquisadores. Informo que meus contatos são: Telefone
_____/e-mail: _____.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante