

## A MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES AUTOMUTILADORES

*Music therapy in the treatment of automutilating adolescents*

*Musicoterapia en el tratamiento de adolescentes automutilantes*

Mário Henrique Borges de Oliveira Costa<sup>1</sup> Claudia Regina de Oliveira Zanini<sup>2</sup>

**Resumo** - Os comportamentos de automutilação cresceram de forma dramática nas últimas décadas e são cada vez mais comuns entre os adolescentes da sociedade contemporânea. Este estudo trata-se de uma pesquisa de intervenção do tipo antes e depois, de metodologia mista, que busca investigar as possíveis contribuições da Musicoterapia no tratamento de um grupo de adolescentes automutiladores acolhidos no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Água Viva, Goiânia, Goiás. Para a coleta de dados quantitativos foram utilizadas a Escala de Impulsividade de Barrat - versão 11 (*Barrat Impulsivity Scale* - BIS-11) e a Escala de Comportamento de Automutilação (*Functional Assessment of Self-Mutilation* - FASM). As intervenções musicoterapêuticas foram realizadas em grupo fechado de nove participantes, em um período de três meses. Durante os encontros, foram utilizadas as experiências musicais de recriação, audição e composição. Conclui-se que as experiências de recriação e audição musical contribuíram efetivamente para diminuição dos comportamentos de automutilação, bem como diminuição da impulsividade. Quanto à experiência de composição musical contribuiu para a regulação, estruturação, expressão, comunicação e ressignificação dos sentimentos e emoções, além de ampliar a interação interpessoal por meio de identificação.

**Palavras-chave:** musicoterapia, automutilação, adolescentes, saúde mental.

**Abstract** - Self-harm behaviors have grown dramatically in recent decades and are increasingly common among teenagers in contemporary society. This study is an intervention research of the type before and after, with a mixed methodology, which aim to investigate the possible contributions of Music Therapy in the treatment of a group of self-mutilating adolescents hosted at the Child and Youth Psychosocial Care Center Água Viva, Goiânia, Goiás. For the collection of quantitative data, the Barrat Impulsivity Scale - version 11 (Barrat Impulsivity Scale - BIS 11) and the Self-Mutilation Behavior Scale (Functional Assessment of Self-Mutilation - FASM) were used. Music therapy interventions were carried out in a closed group of nine participants, over a period of three months. During the meetings, musical experiences of recreation, listening and composition were used. It is concluded that the experiences of recreation and musical listening effectively contributed to the reduction of self-mutilation behaviors, as well as the reduction of impulsivity. As for the musical

<sup>1</sup> Musicoterapeuta graduado pela UNESPAR. Mestre em Música pela Universidade Federal de Goiás. Especialista em Saúde Mental pela UniEvangélica. Gestor do CAPS ij Cativar em Goiânia. e-mail: [mariohbc@hotmail.com](mailto:mariohbc@hotmail.com); <http://lattes.cnpq.br/0196712605349571>

<sup>2</sup> Musicoterapeuta. Pesquisadora. Docente da Graduação em Musicoterapia da Universidade Federal de Goiás de 1999 a 2021, onde atuou como docente, coordenadora, supervisora de estágio e orientadora de TCCs. Doutora em Ciências da Saúde com Pós-Doutorado no Programa de Musicoterapia da Temple University. Membro da Comissão de Educação e Certificação da *World Federation of Music Therapy*. Coordenadora do Conselho de Ética da UBAM. e-mail: [mtclaudiazanini@gmail.com](mailto:mtclaudiazanini@gmail.com); <http://lattes.cnpq.br/8042694592747539>

composition experience contributed to the regulation, structuring, expression, communication and reframing of feelings and emotions, in addition to expanding interpersonal interaction through identification.

**Keywords:** musictherapy, self-mutilation, adolescents, mental health.

**Resumen** - Las conductas de autolesión han crecido de manera espectacular en las últimas décadas y son cada vez más comunes entre los adolescentes en la sociedad contemporánea. Este estudio es una investigación de intervención antes y después, con una metodología mixta, que buscó investigar los posibles aportes de la Musicoterapia en el tratamiento de un grupo de adolescentes auto-mutilantes en el Centro de Atención Psicosocial Infantil y Juvenil Água Viva. , Goiânia, Goiás Para la recolección de datos cuantitativos se utilizó la Escala de Impulsividad de Barrat - versión 11 (Escala de Impulsividad de Barrat - BIS-11) y la Escala de Comportamiento de Auto-Mutilación (FASM). Las intervenciones de musicoterapia se realizaron en un grupo cerrado de nueve participantes, durante un período de tres meses. Durante los encuentros se utilizaron experiencias musicales de recreación, escucha y composición. Se concluye que las experiencias de recreación y escucha de música contribuyeron efectivamente a una disminución de las conductas de automutilación, así como a una disminución de la impulsividad. En cuanto a la experiencia de la composición musical contribuyó a la regulación, estructuración, expresión, comunicación y resignificación de sentimientos y emociones, además de ampliar la interacción interpersonal a través de la identificación.

**Palabras clave:** musicoterapia, automutilación, adolescentes, salud mental.

## Introdução

A adolescência é vista como um período de alterações físicas e psicossociais que é fortemente influenciada pelas interações do adolescente, seja com outras pessoas ou em diferentes contextos. Fatos estes que tendem a constituir singularidades e caracterizar a heterogeneidade dessa etapa da vida. As mudanças previstas neste período conduzem à necessidade de adaptação, o que pode acarretar a vulnerabilidade do adolescente, corroborando para a ocorrência de comportamentos de risco. Assim, o jovem pode engajar-se em comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas, bem como os comportamentos autolesivos, por exemplo, com vistas à adaptação a contextos considerados aversivos (Santos & Faro, 2018).

“Cortar na própria carne” não é uma metáfora para muitos adolescentes. A disseminação da prática da automutilação em redes sociais dá uma pista sobre um problema que preocupa um número crescente de especialistas na área da saúde mental. Os profissionais alertam que grande parte dos pais sequer percebem que os filhos têm se cortado com canivetes, lâminas de barbear e até lâminas de apontadores de lápis. Saraiva (1997) afirma que o comportamento de automutilação cresceu de forma dramática nos últimos 40 anos e é cada vez mais comum entre os adolescentes da sociedade contemporânea.

A automutilação, segundo Giusti (2013), é definida como todo e qualquer comportamento consciente de agressão contra o próprio corpo sem intenção suicida. Assim, observa-se uma grande prevalência de TCI (Transtorno de Controle do Impulso) em automutiladores, uma vez que a automutilação possui características impulsivas e compulsivas sendo que o componente impulsivo é maior se comparado com o componente compulsivo. Existem várias formas de automutilação, as mais frequentes são: arranhões, mordidas, queimaduras, cortes superficiais entre outros. Os sintomas de automutilação além de estar associado com o transtorno de personalidade *borderline*, também é encontrado nos casos de depressão, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno bipolar.

O adolescente que se automutila, tenta transferir sua dor interna para o externo, ferindo-se fisicamente, tornando suas angústias visíveis. É uma forma de expressar suas dores internas, transcrevendo-as para pele, como se fosse um grito, sinalizando que algo está em desacordo (Bernardes, 2015). O comportamento automutilante vem acompanhado de uma

carga de sentimentos, ao mesmo tempo em que proporciona o alívio das dores emocionais, pode gerar sentimentos como culpa e vergonha pelo uso da prática acarretando novos sentimentos que geram sofrimento (Giusti, 2013).

Estes aspectos socioemocionais que envolvem a prática da automutilação necessitam de uma intervenção multiprofissional, em que médicos, profissionais da saúde e família estejam envolvidos no processo, possibilitando mudança no quadro clínico e melhora no *status quo*. Assim sendo, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade são premissas fundamentais para um atendimento de qualidade, pois as disciplinas precisam instaurar entre si canais de comunicação e de cooperação para estruturar referenciais teórico-metodológicos ampliados para a atenção à saúde dos adolescentes (Sousa & Moreira, 2012).

Portanto, a Musicoterapia, como parte da equipe multiprofissional nos centros de atenção à saúde mental, apresenta-se como terapêutica capaz de desenvolver a mente humana propiciando um estado agradável de bem-estar e equilíbrio, favorecendo a concentração, o raciocínio e o pensamento crítico e reflexivo. Wazlawick, Camargo e Maheirie (2007) ressaltam que a música em Musicoterapia utilizada nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), possibilita aos pacientes compartilhar problemas, interagir com o outro ao dar apoio e auxílio no processo de solução das dificuldades vivenciadas, bem como a participação das atividades grupais favorecem para o surgimento de sentimentos positivos e a construção de vínculos interpessoais.

O presente estudo teve por objetivo analisar de que forma a musicoterapia pode contribuir no tratamento de um grupo de adolescentes que apresentam o fenômeno da automutilação. Além de compreender comportamento da automutilação, a partir do processo musicoterapêutico, o estudo buscou articular as preferências musicais dos adolescentes com os seus pensamentos, as suas crenças e seu imaginário simbólico.

## Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo antes e depois, de metodologia mista, que buscou investigar as possíveis contribuições da musicoterapia no tratamento de um grupo de adolescentes automutiladores acolhidos no Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil Água Viva (CAPSij), Goiânia, Goiás. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás com o número CAAE 80889817.4.0000.5083.

Como critério de inclusão foram considerados os usuários com idade entre 12 e 17 anos, sendo a automutilação a principal causa para a procura do tratamento, independente da presença ou não de outras comorbidades, os quais assinaram Termo de Assentimento de Participação (TAP)<sup>3</sup>. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos pais, mães ou responsáveis pelos participantes da pesquisa.

Os participantes foram avaliados pelos serviços de psiquiatria, psicologia e musicoterapia. Os atendimentos (intervenções musicoterapêuticas) foram realizados em um período de três meses, incluindo as etapas de avaliação inicial e final, bem como uma devolutiva para os responsáveis. As sessões foram realizadas semanalmente, em dias e horários estabelecidos, com duração entre 50 e 60 minutos. O grupo era fechado com número máximo de 10 participantes na etapa de intervenção musicoterapêutica e individualmente nas avaliações.

Cada sessão de musicoterapia seguiu uma estrutura pré-estabelecida, contendo três momentos: de acolhimento e canção inicial; de desenvolvimento, realizado através de atividades semi-estruturadas utilizando as técnicas de re-criação, audição e composição musical; e, de finalização ou processamento, encerrando com uma palavra ou frase que significasse a experiência vivida para cada participante. No momento de acolhimento foram também realizados exercícios de relaxamento/respiração .

Para os dados quantitativos, utilizou-se a Escala de Comportamento de Automutilação (*Functional Assessment of Self-Mutilation- FASM*) e a Escala de Impulsividade de Barrat - versão 11 (*Barrat Impulsivity Scale – BIS-11*). A obtenção de dados qualitativos, aconteceu no decorrer do processo musicoterapêutico por meio relatórios e gravações das sessões com o grupo.

---

<sup>3</sup> É importante salientar que, durante a pesquisa de campo, não houve alteração da conduta médica em relação à terapêutica medicamentosa.

## **Análise de dados**

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

A FASM aborda a ocorrência de onze diferentes tipos de automutilação no decorrer do último ano do indivíduo. Nas marcações afirmativas levanta-se informações sobre a frequência, as formas, os meios utilizados e as razões da automutilação. A BIS-11 avalia a impulsividade e é composta por trinta itens autoaplicáveis, a qual contempla três dimensões da impulsividade: falta de atenção, impulsividade motora e falta de planejamento (Giusti, 2013).

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

Quanto aos dados qualitativos, foram analisadas as interações dos participantes com a música, com os demais participantes e com o musicoterapeuta pesquisador, nas intervenções musicoterapêuticas propostas; e os dados coletados nas entrevistas iniciais e finais.

Inicialmente, foram entrevistados dez usuários, no entanto, um deles abandonou o atendimento institucional do CAPSij. De modo que participaram nove adolescentes, sendo dois do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idades entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos.

Dos participantes do grupo, 66,7% relataram ter tido algum tipo de vivência musical. Dos instrumentos que tiveram acesso, seis (6) nomearam o violão. A bateria, a guitarra e o violão foram mencionados como “instrumento que mais chama a atenção”, sendo 28,6% violão e/ou guitarra e 21,4% bateria. Em relação aos sons que incomodam, três (3) relataram o funk ou cantor relacionado ao estilo, um (1) o som grave, um (1) o “barulho” de construção.

a) Dados qualitativos

Os dados qualitativos foram produzidos referentes aos treze (13) atendimentos musicoterapêuticos realizados, sendo o primeiro e o último encontro destinados à aplicação dos questionários.

Durante os encontros foram utilizadas as experiências musicais de recriação, audição e composição musical. Sobre os atendimentos, serão apresentadas as descrições mais relevantes das sessões, que foram elaboradas a partir dos relatórios, estudos dos questionários, depoimentos dos participantes e observações feitas das gravações em áudio das sessões de Musicoterapia.

## Resultados

A seguir apresenta-se brevemente o caminho percorrido pelo grupo no decorrer do processo musicoterapêutico, algumas falas dos participantes a partir das experiências vivenciadas e das impressões do musicoterapeuta.

1ª sessão – aplicação dos questionários FASM e BIS-11 pela psicóloga colaboradora do estudo.

2ª sessão – preenchimento da Ficha Musicoterapêutica.

3ª sessão – Exercício de relaxamento para controle da ansiedade e dos impulsos (atividade realizada em todas as sessões). Willhelm, Andretta e Ungaretti (2015) afirmam que a respiração é uma técnica efetiva para diminuição da ansiedade, uma vez que diminui e previne a hiperventilação, diminuindo sintomas autonômicos e a tensão muscular, favorecendo o relaxamento.

Atividade de apresentação foi descrita pelos participantes como: “difícil porque não gosto do meu nome”, “gostei, mas tenho dificuldade com exposição”, “experiência diferente”; “envergonhado”; “legal”; “inusitado”. A dificuldade em relação a essa atividade pode estar relacionada a autopercepção, a autoimagem, uma vez que, a forma com que a pessoa é chamada, reflete sua singularidade, identificação e individualidade.

4ª sessão: Audição musical. Embora muitos participantes tenham relatado gostar de estilos como sertanejo, brega, funk, predominando o rock, e o rap, escolheram canções com estilos aproximados. Tal escolha refletiu uma possível coesão grupal. Segundo Scola (2018), a implementação da coesão grupal no grupo surge quando um sentimento de atração entre os

membros de um grupo é provocado, a partir de relações de pertencimento, afeto, confiança e respeito, favorecendo dessa forma a permanência das pessoas no grupo. Para o autor um grupo coeso reflete lealdade e compromisso de seus membros, marcado por vínculos entre os indivíduos e pela visão de mundo de cada um que está em consonância com o outro.

5ª sessão: Audição da canção “Era Uma Vez” (composta por Keylla Cristina dos Santos Batista, interpretada por Kell Smith). Em seguida, cada participante selecionou o trecho da canção que mais lhe chamou a atenção. A proposta realizada é descrita na categoria de “Discussão através da Canção”, em que, o terapeuta ao propor a audição de uma canção, tem como pressuposto que a música engatilhe uma discussão acerca de assuntos relevantes para os participantes no processo terapêutico (Bruscia, 2016). Através dos relatos dos adolescentes, pôde-se verificar associações ligadas à infância, à maldade, ao sofrimento da transição para a vida adulta e à necessidade de apoio e carinho.

6ª sessão: Escolha de instrumentos musicais de percussão – timba, meia-lua, pandeiro, maracas e tamborim – marcando o pulso da canção “Stir It UP” (Bob Marley), mantendo a mesma batida até o final da música. De acordo com Rickson (2006) é vantajoso iniciar programas de Musicoterapia com níveis relativamente altos de estrutura com clientes que apresentem algum grau de impulsividade motora, pois estes buscarão estrutura do caos e, eventualmente, “encontrarão a batida” como um grupo.

7ª sessão – Audição da música “O Sol” (Jota Quest), cantada e tocada pelo Musicoterapeuta, convidando-os à cantarem juntos. Os participantes cantaram a canção com baixa intensidade sonora.

8ª sessão: Início da Composição Musical. A atividade proposta foi a formação de frase a partir de palavras significativas no processo, de forma colaborativa entre os participantes. Segundo Baker (2013), a composição musical é capaz de auxiliar os indivíduos na expressão das emoções e sentimentos, podendo intensificar ou extinguir sentimentos positivos e/ou negativos expressos nas canções.

9ª sessão: Continuação da composição musical.

10ª sessão: Construção da letra da composição à partir das frases de maior identificação, a qual está descrita abaixo:

Nostalgia é viver no século XXI  
Sentindo saudade de coisas que ainda não vivemos  
Um sentimento bom, mas nem todos temos,  
Um pouco desse carinho é o que queremos

Sorrir todos os dias com lágrimas nos olhos, aperto no coração, e ninguém ver  
A música acalma a alma, e me leva pra outro mundo,  
Sem ao menos eu perceber  
Felicidade está nas pequenas coisas e tão poucos valorizam  
Liberdade, significado não reconhecido,  
Nem ao menos somos livres pra escolher o que queremos  
Diversão é brincar com o coração sem ligar pra opinião

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

11ª sessão: Seleção do ritmo para a composição da canção: rock. Finalização da organização da letra, da melodia e da harmonia.

12ª sessão – Os participantes foram convidados à tocar e cantar a canção composta, porém preferiram apenas cantar. Segundo Manzano e Gattino (2015), a composição se torna uma manifestação de cada indivíduo e seus conteúdos internos. Assim, ao cantarem sua composição o grupo canta de si mesmo, canta sua dor, seu sofrimento, suas emoções.

13ª sessão: Finalização do processo. As falas/depoimentos revelaram que o processo musicoterapêutico foi significativo para cada participante, pois envolveu aspectos físicos, afetivos/emocionais e sociais, contribuindo para a conscientização do problema vivenciado e para o enfrentamento diante do sofrimento psíquico do grupo.

#### b) Dados Quantitativos – Questionários FASM e FASM-2

A caracterização da amostra acerca dos comportamentos de automutilação revelaram que 55,6% dos participantes gastavam um tempo menor ou igual a uma hora pensando em realizar um dos atos descritos no questionário, enquanto 11,1%, relatou gastar mais de uma hora para executar os atos descritos. Em relação a idade dos primeiros comportamentos de automutilação, 77,8% relataram que tinham idade igual ou inferior a 12 (doze) anos, e 22,2 % mencionaram que tinham idade superior a 12 (doze) anos.

A tabela 1 apresenta os resultados obtidos no questionário FASM antes e após a intervenção musicoterapêutica. De acordo com os dados pode-se observar a diminuição dos comportamentos de automutilação, sendo que 33,3% dos adolescentes continuaram tendo

algum dos comportamentos descritos pelo questionário. Os dados apontam uma significância para o comportamento de cortar a pele, havendo uma redução do comportamento após as intervenções musicoterapêuticas. Embora não tenha sido encontrada uma significância estatística, pode-se observar que houve redução dos comportamentos de: autotatuar, queimar-se, beliscar até sangrar e arranhões na pele.

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

\*Teste do Qui-quadrado; frequência negativa foram omitidas

**Tabela 1.** Resultado da comparação dos itens do FASM antes e após a avaliação.

Fonte: elaborada pelo autor.

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

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

	Avaliação n (%)		p*
	Antes	Após	
Para não ir à escola	4 (44,4)	2 (22,2)	0,31
Aliviar sensações de vazio	9 (100,0)	8 (88,9)	0,30
Chamar atenção	4 (44,4)	2 (22,2)	0,32
Sentir alguma coisa, mesmo que dor	8 (88,9)	8 (88,9)	1,00
Evitar fazer algo chato	1 (11,1)	3 (33,3)	0,25
Controlar uma situação	6 (66,7)	5 (55,6)	0,63

Testar reação de alguém	3 (33,3)	4 (44,4)	0,63
Receber mais atenção	4 (44,4)	4 (44,4)	1,00
Evitar outras pessoas	3 (33,3)	4 (44,4)	0,62
Para se castigar	8 (88,9)	6 (66,7)	0,25
Fazer outra pessoa mudar	5 (55,6)	3 (33,3)	0,34
Se parecer com alguém que respeita	1 (11,1)	1 (11,1)	1,00
Evitar ser punido	2 (22,2)	1 (11,1)	0,52
Parar sentimentos ruins	9 (100,0)	6 (66,7)	<b>0,02</b>
Mostrar desespero	7 (77,8)	3 (33,3)	<b>0,04</b>
Fazer parte de um grupo	2 (22,2)	2 (22,2)	1,00
Fazer que seus pais te dar atenção	3 (33,3)	3 (33,3)	1,00
Fazer algo quando está sozinho	5 (55,6)	3 (33,3)	0,34
Fazer algo quando está com outros	1 (11,1)	1 (11,1)	1,00
Pedir ajuda	7 (77,8)	3 (33,3)	0,05
Deixar outros com raiva	0 (0,0)	3 (33,3)	<b>0,03</b>
Sentir-se relaxado	9 (100,0)	6 (66,7)	<b>0,03</b>
Outros	4 (44,4)	3 (33,3)	0,63

\*Teste do Qui-quadrado; frequência negativa foram omitidas

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

Fonte: elaborada pelo autor.

### c) Dados Quantitativos – Questionário BIS-11

No questionário BIS-11, coletados antes e após o período de atendimentos musicoterapêuticos, os resultados foram apresentados conforme descritos na Tabela 3:

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

\*Teste de Wilcoxon

**Tabela 3.** Resultado da comparação dos domínios do BIS 11 antes e após a avaliação.

Fonte: elaborada pelo autor.

Embora os dados não demonstrem significância estatística, podemos observar uma redução no domínio “Impulsividade Motora”.

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

A tabela 4 apresenta a comparação dos resultados de antes e depois da Musicoterapia para cada um dos itens do questionário BIS-11.

	Avaliação (Média ± Desvio padrão)		p*
	Antes	Após	
Planeja tarefas cuidadosamente	2,9 ± 0,9	2,8 ± 1,1	0,74
Faz coisas sem pensar	2,9 ± 1,4	2,9 ± 1,2	1,00
Toma decisões rapidamente	2,8 ± 1,3	3,0 ± 0,9	0,52
É despreocupado	2,1 ± 1,2	2,4 ± 1,0	0,41
Não presta atenção	2,1 ± 1,3	2,6 ± 1,0	0,34
Pensamentos que se atropelam	3,2 ± 0,8	3,0 ± 1,1	0,48
Planeja viagens	3,3 ± 0,9	2,9 ± 0,9	<b>0,04</b>
Têm autocontrole	3,6 ± 0,5	2,2 ± 1,0	<b>0,03</b>
Se concentra facilmente	2,9 ± 1,2	2,8 ± 1,3	0,83
Economiza regularmente	2,6 ± 1,2	3,0 ± 1,0	0,23
Se contorce	2,4 ± 1,1	2,7 ± 1,2	0,41
Pensa nas coisas com cuidado	2,5 ± 0,9	2,8 ± 0,8	0,48
Planos para se manter no emprego	2,5 ± 1,1	2,9 ± 1,2	0,77
Fala coisas sem pensar	3,0 ± 1,0	2,9 ± 0,8	0,56
Pensa em problemas complexos	3,3 ± 1,2	2,8 ± 1,0	0,26
Troca de emprego	1,0 ± 0,0	1,1 ± 0,3	0,32
Age com impulso	2,9 ± 1,2	3,0 ± 0,9	0,65
Entediado com facilidade	2,8 ± 1,5	2,9 ± 1,1	0,92
Age no calor do momento	2,4 ± 1,1	3,0 ± 1,0	<b>0,04</b>
Mantém o raciocínio	2,2 ± 1,1	1,9 ± 0,9	0,55
Troca de casa	1,0 ± 0,0	1,1 ± 0,3	1,00
Compra por impulso	2,1 ± 1,1	2,2 ± 1,1	0,65
Pensa uma coisa de cada vez	1,7 ± 0,7	2,1 ± 1,3	0,38
Troca de hobby	1,8 ± 1,1	2,3 ± 1,2	0,24
Gasta mais do que ganha	1,3 ± 1,0	2,0 ± 1,3	0,10
Outras ideias vem à cabeça	3,3 ± 0,9	3,6 ± 0,7	0,32
Mais interesse no presente que no futuro	2,9 ± 1,2	2,7 ± 1,1	0,68
Inquieto em aulas	3,4 ± 0,9	3,1 ± 1,1	0,85
Gosta de jogos	2,4 ± 1,2	2,4 ± 1,3	1,00
Se prepara para o futuro	2,2 ± 1,1	2,8 ± 1,0	0,24

\*Teste de Wilcoxon

**Tabela 4.** Resultado da comparação dos itens do BIS-11 antes e após a avaliação.

Fonte: elaborada pelo autor.

Observou-se significância para os itens: planeja viagem, tem autocontrole e age no calor do momento, sendo que esse último comportamento apresentou aumento após o término das sessões de Musicoterapia.

## Discussão

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

As formas mais frequentes de automutilação encontradas na presente pesquisa são semelhantes às descritas na literatura. No estudo realizado por Giusti (2013), cortar a própria pele foi o tipo de automutilação mais frequente, sendo que 90% dos participantes do estudo apresentaram esse comportamento. Nota-se que a prevalência encontrada em 2013, por Giusti, está acima da observada em estudos anteriores em que o comportamento é observado entre 70% e 85%, mesmo considerando amostras clínicas (Huang et al, 2009).

O comportamento “bater em si mesmo” foi o terceiro tipo mais frequente no estudo de Giusti (2013); cutucar ferimentos, beliscar-se até sangrar, morder-se e esfolar-se foram comportamentos mais frequentes do que se queimar, que, no estudo, ficou em sétimo lugar, mas com 35% dos pacientes referindo já terem utilizado este tipo de automutilação alguma vez na vida. Estudo de Klonsky (2011) encontrou prevalência semelhante ao estudo citado, sendo que 31% dos adultos que se mutilavam mencionaram utilizar queimaduras como formas de automutilação.

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

Os dados também indicam que, após as sessões realizadas, não houve nenhuma mudança nos comportamentos de automutilação motivados por “receber mais atenção”,

“sentir alguma coisa, mesmo que dor”, “se parecer com alguém que respeita”, “fazer parte do grupo”, “fazer seus pais te dar atenção” e “fazer algo quando está com outros”.

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

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

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

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

Durante as sessões de Musicoterapia os participantes apresentaram agitação psicomotora, bem como dificuldades para realizar os exercícios de relaxamento, diversas vezes, relatando dificuldades para manter os olhos fechados, de se concentrar no relaxamento, ou ainda observar o movimento externo ao local de atendimento e, por vezes, mencionando estar com fome. Da mesma maneira, em relação às atividades rítmicas, os adolescentes

mencionaram se sentir incomodados por considerar a atividade monótona, enjoativa; sentiram dificuldades em manter a pulsação; mencionaram se sentir agoniados associando a marcação do pulso com limites; e relataram ainda necessidade de variar o ritmo, de fazer outra coisa em música. Um dos participantes ainda mencionou que se sentia fadigado por ter que manter a pulsação, mas também se sentiu agoniado quando algum participante saía do “ritmo” (pulsação).

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

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

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

A experiência musical de audição, e, nossa perspectiva, demonstrou ter sido a experiência mais apropriada, uma vez que é a experiência mais indicada para realizar procedimentos de relaxamento e agitação psicomotora, podendo focar nos aspectos físicos, emocionais, estéticos ou espirituais da música (Bruscia, 2016).

Embora os dados quantitativos parecessem contraditórios, uma vez que em alguns itens houve redução da impulsividade e em outros um aumento, essa contradição também pode ser observada nas falas dos participantes que associam as atividades com experiências

satisfatórias, prazerosas e, em seguida, relacionam como algo irritante, agonizante. Parece haver um reflexo entre essas verbalizações, o fazer musical e o comportamento dos componentes do grupo, por vezes inconsistentes.

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

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

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

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

Em relação às canções recriadas, Tangarife et al. (2006) citam que à medida que as canções são lembradas e cantadas, emergem conteúdos internos. Portanto, as memórias são resgatadas e compartilhadas, como se buscassem compreender o processo particular no caminho do sofrimento ou uma identificação, tomando como suas as letras das canções.

Santos (2018) considera que as canções recriadas podem servir como base, âncora, suporte, apoio, para que os indivíduos possam se expressar nas composições. Dessa forma, as experiências musicais, durante o processo, podem favorecer ao indivíduo o olhar para si, o autoconhecimento, uma vez que durante o fazer musical pode entrar em contato com seus sentimentos, com suas emoções, com seus pensamentos, com seus conflitos, permitindo, aos

poucos, o emergir desses conteúdos e, ao mesmo tempo, uma reestruturação, uma reorganização. A autora afirma ainda que o processo de passar pelas experiências musicais, antes da composição pode servir como uma preparação para que os indivíduos possam se expressar durante o processo composicional e, ainda, elaborar melhor esses conteúdos durante a composição.

Outra questão observada durante a recriação da música "O Sol" de Jota Quest, foi a de que os adolescentes cantaram a canção com baixa intensidade sonora. A projeção de voz em intensidade fraca ao cantar a canção mencionada foi considerada nesse estudo como uma dificuldade do adolescente em se colocar na música, o que pode estar relacionado à timidez, baixa autoestima, dificuldades de interação com o outro, devido a autopercepção e a autoimagem em formação.

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

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

Ao cantar sua composição o indivíduo está cantando de si mesmo; está cantando sua dor, seu sofrimento, suas emoções, deixando registrado tudo aquilo que está sendo vivenciado. É como se ele pudesse colocar diante do espelho tudo aquilo que antes estava guardado somente dentro de si (Santos, 2018, p.111).

Dessa forma, a partir da composição musical, os adolescentes, através da letra escrita pelo grupo, da harmonia e ritmo escolhido, puderam cantar seus próprios sentimentos, seus conflitos, permitindo a reflexão desses conteúdos.

## Conclusão

Este estudo possibilitou compreender melhor o fenômeno da automutilação e suas facetas para o adolescente, que ainda permanece controverso em função da natureza inconstante da adolescência.

As experiências de recriação e audição musical contribuíram efetivamente para diminuição dos comportamentos de automutilação, bem como diminuição da impulsividade, enquanto a experiência de composição musical contribuiu para a regulação, estruturação, expressão, comunicação e ressignificação dos sentimentos e emoções, além de ampliar a interação interpessoal por meio de identificação.

Este estudo deu um passo na consolidação da Musicoterapia na atenção à saúde mental do adolescente, especialmente no tratamento de jovens que padecem em virtude da manifestação de comportamentos autolesivos. Contudo, considera-se que a multiface da automutilação na adolescência apresenta ramificações as quais, a imersão em novos estudos, poderão auxiliar no fomento de novas abordagens da prática da Musicoterapia para esse público.

## Referências

- Baker, F. (2013). The environmental conditions that support or constrain the therapeutic songwriting process. *The Arts in Psychotherapy*, v. 40, p. 230–238. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2013.02.001>>. Acesso em: 14 mar. 2017.
- Baker, F. A., Ballantyne, J. (2013). “You've got to accentuate the positive”: Group songwriting to promote a life of enjoyment, engagement and meaning in aging Australians. *Nordic Journal of Music Therapy*, v. 22, n. 01, p. 7-24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/08098131.2012.678372>>. Acesso em: 14 mar. 2017.
- Bernardes, S. (2015). V. *Tornar-se (IN) Visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam*, p. 123. Dissertação (Mestrado em saúde) Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis.
- Bruscia, K. E (2016). *Definindo Musicoterapia*. Dallas: Barcelona Publishers.
- Estay, J. M., Silva, M. G. C., Stort, A. H. (2018). Processo identitário: até quando há benefícios? *Atas – Investigação Qualitativa em Saúde*, v. 2. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1917/1867>>. Acesso em: 28 abr. 2021.

- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: característica clínica e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. 184 p. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo.
- Huang, Y., Kotov, R., Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Demyttenaere, K., ... Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Health Surveys. *Br J Psychiatry*, vol. 195, n. 1, julho, p.46-53.
- Klonsky, E. D., Lewis, S. P. (2014). Assessment of Non-suicidal Self-injury. In: NOCK, M. K. (Ed.). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford University Press, p. 337-351.
- Manzano, M. A., Gattino, G. S. (2015). A composição de canções como estratégia terapêutica em Musicoterapia: uma revisão integrativa da literatura em língua inglesa. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. Ano XVII, nº 18, p. 43-63. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B7-3Xng5XEKFWXpMSEdXMGZJQjg/view>>. Acesso em: 03 mar. 2018.
- Millecco Filho, L. A., Brandão, M. R. E., Millecco, R. P. (2001). *É preciso cantar – Musicoterapia, cantos e canções*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Rickson, D. J. (2006). Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A comparison of the effects on motor impulsivity. *Journal of Music Therapy*, v. 43, n. 1, pp. 39–62. doi:10.1093/jmt/43.1.39
- Santos, E.A. (2018). *Musicoterapia e o cuidado ao cuidador familiar do idoso com Alzheimer: Um estudo de caso*. 160f. Dissertação (Mestrado em Música) Programa de Pós-Graduação em Música – Escola de Música e Artes Cênicas, Universidade Federal de Goiás.
- Santos, L. C. S., Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. *Psicol. Pesqui.* Juiz de Fora: v. 12, n. 01, jan.-abr., p. 1-10. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v12n1/02.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2021.
- Saraiva, C. (1997). *Para-suicídio: contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Tese. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Scola, R. (2018). Coesão grupal. In: *Anais do CONGREGARH Conexão*. Universidade de Passo Fundo, Junho.
- Sousa, S. M. G., Moreira, M. I. C. (Orgs). (2012). *Atendimento Psicossocial de Crianças e Adolescentes em Situação de Abuso Sexual*. Goiânia: Cênone Editorial.
- Tangarife, A. S., Petersen, E., Mouta, D., Jermann, P. E. (2006). O sonoro na construção da identidade: Musicoterapia, saúde mental e outros constructos. In: *Simpósio Brasileiro de Musicoterapia, 7*, Goiânia, Anais... Goiânia.

Wazlawick, P., Camargo, D. D., Maheirie, K. (2007). Significados e sentidos da música: uma breve composição a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicol Estud. Maringá*. v.12, n. 01, p.105-13. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000100013>>. Acesso em 29 abr. 2021.

Willhelm, A. R., Andretta, I., Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, vol. 8, n. 1, Jan.-Junho. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n1/v8n1a09.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2021.