

**Denise Chrysostomo Suzuki**

**ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL E MUSICOTERAPIA:  
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação Apresentada à  
Universidade Federal de São Paulo –  
Escola Paulista de Medicina, para  
obtenção de Título acadêmico de Mestre  
em Ciências

São Paulo

2019

**Denise Chrysostomo Suzuki**

**ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL E MUSICOTERAPIA:  
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação Apresentada à  
Universidade Federal de São Paulo –  
Escola Paulista de Medicina, para  
obtenção de Título acadêmico de Mestre  
em Ciências

**Orientador: Profa. Dra.  
Maria Sylvania de Souza Vitale**

São Paulo

2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Chefe do Departamento: Profa Dra. Rosemarie Andreazza**

**Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Profa. Dra. Zila van  
der Meer Sanchez**

**DENISE CHRYSOSTOMO SUZUKI**

**ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL E MUSICOTERAPIA:  
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

**Presidente da Branca: Profa Dra.Maria Sylvia de Souza Vitale**

**Banca Examinadora:**

**Prof Dr: \_\_\_\_\_**

**Prof. Dr: \_\_\_\_\_**

**Prof. Dr.: \_\_\_\_\_**

## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho aos profissionais que tenham interesse em se aprofundar na importância da música para jovens que sofreram traumas em alguma etapa de sua vida.

Dedico aos jovens que possam desfrutar a musicoterapia como forma de criar afetos positivos, despertar suas habilidades, expressar suas dores e angústias.

Dedico aos pesquisadores como um trabalho de aprofundamento na ciência da musicoterapia e suas especificidades.

## **Agradecimentos**

Agradeço à Deus pela minha orientadora Maria Sylvia de Souza Vitalle e à Todi Nóbrega por me apresentá-la.

Agradeço à banca de qualificação profa. Ana Carolina Coelho Milani e à banca de defesa, Profa. Silvia Moraes, Profa Dalva Alves, Prof. Brêtas e Prof. André Monezi pelas sábias contribuições.

Agradeço pelo apoio familiar sempre presente e, especial agradecimento ao meu marido, amigo e companheiro.

Agradeço à UNIFESP e aos professores e secretárias do departamento de Medicina Preventiva

Agradeço o pessoal do CAAA (Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente) meu berço do conhecimento na saúde integral do adolescente.

Agradeço a Capes, pelo apoio à minha formação e pesquisa.

*“A música exprime a mais alta  
filosofia numa linguagem que a razão  
não compreende” Schopenhauer*

# SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de Quadros.....	xi
Lista de Abreviaturas.....	xii
Lista de Siglas.....	xiii
Resumo.....	xiv
Abstract.....	xv
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
1.1 Violência.....	16
1.1.1 Violência contra jovens .....	16
1.1.2 Violência Sexual.....	17
1.1.2.1Epidemiologia.....	19
1.1.2.2 Características do Abuso Sexual.....	20
1.1.2.3 Consequências do Abuso Sexual.....	21
1.1.2.4 Órgãos de Proteção e Acolhimento.....	22
1.1.2.5 Acompanhamento Psicoterapêutico.....	23
1.2 Adolescência.....	23
1.2.1 Aspectos éticos do atendimento.....	23
1.3 Musicoterapia.....	24
1.3.1 Métodos de Musicoterapia.....	25
1.3.2 Musicoterapia e Abuso Sexual.....	26
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>27</b>
2.1 Objetivo Específico .....	27
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>28</b>



3.1 Ética .....	28
3.2 Desenho Metodológico .....	28
3.3 Revisão Sistemática.....	29
3.3.1 Contexto.....	30
3.3.1.1 A pesquisa em musicoterapia.....	31
3.4 Procedimento.....	31
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
4.1 Processo de Inclusão dos Estudos.....	35
4.2 Organização dos Dados .....	36
4.3 Descrição dos Estudos.....	36
4.3.1 Contexto e Formação do Terapeuta.....	38
4.3.2 Idade da População e Duração do Atendimento.....	39
4.3.3 Tipo de Trauma e Sintomas dos Pacientes.....	40
4.3.4 Objetivos Clínicos da Musicoterapia.....	40
4.3.5 Métodos Musicoterapêuticos para Abuso Sexual.....	41
4.4 Categorias.....	43
4.4.1 Potenciais da Musicoterapia .....	44
4.4.1.1 Trauma : reconhecer, comunicar, expressar.....	44
4.4.1.2 Raiva: Manejo.....	45
4.4.1.3 Favorecer Relações Interpessoais.....	47
4.4.1.4 Construindo ou Reconstruindo a Identidade.....	48
4.4.2 Musicoterapia e Adolescência.....	48
4.4.2.1 Comunicação.....	49
4.4.2.2 Aprendizado e Busca do Novo.....	50
4.5 Avaliações Adicionais.....	51
4.6 Redefinição dos Parâmetros de Revisão Sistemática.....	52

4.7 Citação Mútua .....	53
4.8 Avaliações de Qualidade de Estudos de Caso .....	54
4.9 Recomendações.....	56
4.9.1 Para a Pesquisa.....	56
4.9.2 Para a Prática.....	56
4.10 Limitações .....	57
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>6. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>

Apêndices

Anexo

## Lista de Quadros

QUADRO 1 - MÉTODOS DE MUSICOTERAPIA DESCRITOS POR BRUSCIA.....	25
QUADRO 2 - ARTIGOS INCLUIDOS PARA SÍNTESE QUALITATIVA.....	39
QUADRO 3 - FAIXA ETÁRIA DA POPULAÇÃO E DURAÇÃO DOS ATENDIMENTOS.....	40
QUADRO 4 - TIPO DE TRAUMA E SINTOMAS DOS PACIENTES.....	41
QUADRO 5 – OBJETIVOS CLÍNICOS DA MUSICOTERAPIA NO ABUSO SEXUAL.....	42
QUADRO 6- TIPOS DE EXPERIÊNCIAS MUSICOTERAPÊUTICAS APLICADAS NOS ESTUDOS..	42
QUADRO 7 – AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DOS ESTUDOS.....	55

## **Lista de Abreviaturas**

**N.** número

**ID.** identificação do Artigo

## **Lista de Siglas**

**CeA** - Crianças e Adolescentes

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

## Resumo

**Objetivo:** Compreender o uso e o significado da musicoterapia para adolescente que foi vítima de abuso sexual na infância e/ou adolescência e atendido pelo serviço de saúde por musicoterapeuta qualificado. **Método:** Revisão sistemática qualitativa utilizando o acrônimo PICO, sendo, População: adolescentes vítimas de abuso sexual; Fenômeno de Interesse: musicoterapia e; Contexto: serviço de saúde público e privado. Utilizou como principais descritores “*music therapy*”, “*sexual abuse*” e “*adolescent*”. A busca foi realizada nas bases de dados: Capes, Ebsco, Lilacs, Pubmed, Scopus, Web of Science e nas revistas *Music Therapy Perspectives*, *Journal of Music Therapy*, *British Journal of Music Therapy*. Foram também utilizadas as estratégias de busca manual por referência da referência, citações e autor. Foram utilizados os manuais: “Joanna Briggs Institute Rewiers’s Manual” (JMI Rewier’s Manual) e o Handbook for Synthesizing Qualitative Research de Sandelowski e Barroso. Os critérios de inclusão foram: 1) estudos de caso e estudos qualitativos; 2) atendimento para idades de 10 à 19 anos; 3) atendimento ambulatorial e/ou serviços de saúde público e privado 4) Descrição do método e duração do tratamento. Como critério de exclusão foi determinado “supeita de abuso sexual”. **Resultados:** A pesquisa cobriu o período de 1992 à 2018. Sete artigos foram incluídos. Os resultados foram sumarizados e duas categorias foram criadas: 1) potencial da musicoterapia e 2) musicoterapia para adolescentes. **Conclusão:** A musicoterapia facilita a comunicação de sentimentos e revelação do abuso sexual; auxilia a lidar com raiva, culpa e vergonha; favorece o vínculo terapêutico; é terapia menos confrontadora; favorece a auto estima e, a auto-confiança.

Palavras Chave: Adolescente; Musicoterapia; Abuso Sexual; Maus-Tratos Infantis; Saúde Pública

## Abstract

**Objective:** To understand the use and meaning of music therapy for adolescent victims of sexual abuse in childhood and/or adolescence attended by health services by qualified music therapist. **Method:** Qualitative systematic review using the acronym PICO, as Population: adolescents victims of sexual abuse; Interest: music therapy and; Context: public and private health services. It used as main descriptors “music therapy”, “sexual abuse” and “adolescent”. The search used the databases: Capes, Ebsco, Lilacs, Pubmed, Scopus, Web of Science and Music Therapy Perspectives, Journal of Music Therapy, British Journal of Music Therapy. Manual search strategies by footnote chasing, citations and author were used too. We used the manuals: "Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual" (JMI Reviewer's Manual) and the Handbook for Synthesizing Qualitative Research by Sandelowski and Barroso. Inclusion criteria were: 1) case studies and qualitative studies; 2) ages 10 to 19 years; 3) outpatient care and/or public and private health services 4) Intervention description and time of treatment. “Suspected sexual abuse ” was determined as exclusion criteria. **Results:** The research covered the period from 1992 to 2018. Seven articles were included. The results were summarized and two categories were created: 1) music therapy potentials and 2) music therapy for adolescents. **Conclusion:** Music therapy facilitates the communication of feelings and disclosure of sexual abuse; helps to cope with anger, guilt and shame; favors the therapeutic bond; It is a less confrontational therapy; It favors self esteem and self confidence.

Keywords: Adolescent; Music therapy; Sex Offenses; Child Abuse; Public health

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Violência**

A violência é um fenômeno complexo cujas formas variam de cultura para cultura. É o ato de violar a si ou a alguém, de modo contrário à liberdade ou vontade, provocando danos físicos e/ou psicológicos. Do ponto de vista ético, determina-se a partir do que é aceito ou não socialmente<sup>1</sup>.

São diversos os tipos de violência, como: violência física; psicológica; tráfico humano; trabalho infantil; tortura; violência sexual; violência financeira; negligência ou abandono; intervenção legal<sup>2</sup>.

A violência provoca mortes e gera danos à saúde de curto, médio e longo prazo, pode ser de natureza física, emocional, moral e espiritual.

Suas ações possuem grande impacto econômico. No Brasil, a violência decorrente da criminalidade corresponde a 373 bilhões por ano, cerca de 5,9% do PIB desperdiçado, considerando a) custos privados: intangíveis com o PIB, gastos de segurança privada e seguros e b) despesas públicas: sistema de saúde, segurança pública (polícia) e, sistema prisional<sup>2</sup>.

#### **1.1.1 Violência contra jovens**

A violência contra a juventude tem crescido exponencialmente. A morte prematura de jovens (15-29 anos) corresponde à 54,5% da violência no Brasil. Embora a população de jovens seja somente 24,6% da população brasileira, um total de 35.783 jovens foram assassinados no país em 2017.

A violência contra jovens no Brasil prevalece em estados com territórios mais vulneráveis socioeconomicamente. Estados de Rio Grande do Norte, Ceará e



Pernambuco, têm o maior índice de envolvimento de jovens na criminalidade e consequente morte. A segurança pública do Brasil aponta a necessidade de se investir em políticas públicas que favoreçam o investimento na educação, cultura e esportes, fatores protetores para o jovem em desenvolvimento e, engajamento no mercado de trabalho<sup>2</sup>.

Os fatores que implicam na vulnerabilidade do jovem à violência são, no âmbito **a) individual**: déficit de atenção, hiperatividade, comportamento; envolvimento na criminalidade; envolvimento precoce com álcool, drogas e tabaco; baixa inteligência, desempenho escolar, pouco comprometimento com a escola e desistência dos estudos; desemprego e; exposição à violência familiar; **b) interpessoal**: pobre monitoramento dos responsáveis<sup>3</sup>; estilos parentais severos, negligentes e inconsistentes; pobre vínculo familiar; responsáveis com depressão; baixa renda familiar; desemprego na família; associação com colegas delinquentes **c) comunidade**: acesso a álcool, acesso a armas de fogo; *gangs* e locais de comprar droga; alta desigualdade social; pobreza; qualidade de governança de um país.

Dentre as formas de prevenção, encontram-se: programas de desenvolvimento de habilidades sociais destinados à auxiliar jovens a lidar com a raiva, resolver conflitos e, desenvolver habilidades sociais necessárias para resolver problemas; programas de prevenção ao *bullying* dentro das escolas; programa de suporte para pais e ensino de habilidades positivas para educação dos filhos; programas pré-escolares que ofereçam às crianças habilidades acadêmicas e sociais nos primeiros anos de vida; abordagens terapêuticas para jovens em risco de envolvimento com violência; redução de acesso à álcool; intervenções que reduzam o impacto negativo do uso de drogas; licenças restritas para o uso e compras de armas de fogo; intervenção que reduzam a pobreza e melhoria dos ambientes urbanos<sup>4</sup>.

### 1.1.2 Violência Sexual

A violência sexual contra crianças e adolescentes é definida como:

[...] qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda: a) abuso sexual, entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiro; b) exploração sexual comercial, entendida como o uso da criança ou do adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer outra forma de compensação, de forma independente ou sob patrocínio, apoio ou incentivo de terceiro, seja de modo presencial ou por meio eletrônico; c) tráfico de pessoas, entendido como o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento da criança ou do adolescente, dentro do território nacional ou para o estrangeiro, com o fim de exploração sexual, mediante ameaça, uso de força ou outra forma de coação, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade, aproveitamento de situação de vulnerabilidade ou entrega ou aceitação de pagamento, entre os casos previstos na legislação<sup>5</sup>.

É comum encontrarmos na literatura o uso de termos como: agressão sexual, atentado ao pudor, crimes sexuais, delitos de discriminação sexual, ofensa sexual e, popularmente, ver a associação direta do abuso sexual com pedofilia. Porém é importante ressaltar que o abuso sexual não se reduz à pedofilia.

Os perpetradores de abuso sexual podem apresentar os transtornos: pedofílico; de personalidade antissocial; por álcool e substâncias; obsessivo compulsivo e; exibicionista. O abuso também pode se configurar como incesto<sup>6</sup>.

A pedofilia é considerada um transtorno parafilico, ou seja, quando existe um interesse sexual maior ou igual a interesses normofílicos (DSM 5)<sup>6</sup>, e é classificada como doença (CID F65.4), ao lado de outros tipos de transtorno sexual como, exibicionismo, fetichismo, sadomasoquismo.

O transtorno pedofílico é diagnosticado através de três critérios: (1) ocorrer fantasias, impulsos e comportamentos sexuais intensos e recorrentes por criança ou crianças pré-pubescentes de 13 anos ou menos, durante no mínimo seis meses; (2) colocá-los em prática ou causar intenso sofrimento e dificuldades interpessoais (3) ter 5 anos a mais que a criança e idade mínima de 16 anos. Pode ser do tipo

exclusivo (ter somente relações com crianças) e não exclusivo e, limitar-se a incesto. Quando o indivíduo apresenta culpa, vergonha em relação a sua preferência, é considerado orientação sexual pedofílica e não transtorno. A prevalência é incerta em ambos os sexos, embora no masculino seja em torno de 3% a 5%.

A pedofilia geralmente tem início no período da puberdade. O pedófilo, em muitos casos, tem comportamento antissocial o que indica maior propensão a agir sexualmente com crianças. Muitos homens com pedofilia relatam terem sido abusados na infância, demonstrando que a violência sexual gera um ciclo de violência, transmitida de geração à geração.

Existem diagnósticos diferenciais para abusadores sexuais como, transtorno de personalidade antissocial, transtorno por álcool e substâncias e, transtorno obsessivo compulsivo. No primeiro caso, a aproximação de crianças é mais fácil (disponibilidade relativa), no segundo, por desinibição e, no terceiro, por presença de queixas e preocupações egodistônicas relacionadas ao desejo por crianças<sup>6</sup>.

Outro transtorno que também pode culminar no abuso sexual de CeA(s) (Crianças e Adolescentes), é o transtorno exibicionista. Este é mais comumente encontrado na literatura e se refere ao indivíduo que excita-se ao expor os órgãos genitais (de modo recorrente e intenso), durante pelo menos 6 meses, bem como, a exibição para pessoas que não consentiram, incluindo crianças. Assim como o transtorno pedofílico, o transtorno exibicionista poder ter o diagnóstico diferencial de conduta antissocial, transtorno por uso de substâncias e ter como fator de risco o abuso sexual<sup>6</sup>.

Já o incesto, significa “relação sexual entre parentes (consaguíneos ou afins), condenada pela moral, pela lei e pela religião”<sup>7</sup>. O incesto tem uma relação com o proibido e é refletido à partir de diversas teorias: psicológicas, biológicas e sociais.

### **1.1.2.1 Epidemiologia**

No período entre 2011 e 2017, foram notificados 184.524 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, sendo 83.068 contra adolescentes. Jovens na faixa etária de 10 à 14 anos foram os casos mais notificados de abuso, sendo a

região Sudeste maior responsável pelas notificações. O abuso de meninas foi correspondente à 92,4% dos casos e, 39,7% tiveram caráter repetitivo. O equivalente à 52,0% ocorreu na residência onde; 39,8% dos autores eram familiares e parceiros íntimos<sup>7</sup>.

Apesar do crescente volume de casos de abuso, os números identificados não correspondem ao aumento do abuso sexual, mas sim, ao número de denúncias, resultado do esforço recente (desde 2006) da Vigilância de Violências para favorecer as notificações de abuso sexual. Muitos casos ainda se encontram ocultos<sup>8,9</sup>.

### **1.1.2.2 Características do abuso sexual:**

O abuso sexual pode ocorrer com ou sem contato físico e envolver violência física<sup>10</sup>.

O não envolvimento de contato físico inclui: discussões abertas sobre atos sexuais, telefonemas obscenos, convites explícitos ou implícitos para manter contatos sexualizados, exibicionismo, voyerismo, aliciamento pela internet ou pessoalmente, estímulo à nudez, fotografia ou filmagem de crianças para gratificação pessoal ou exposição na internet.

A presença de contato físico geralmente envolve: passar a mão no corpo da criança, coito ou tentativa, manipulação genital, contato oral-genital ou uso sexual do ânus, beijar a criança na boca, sexo oral, ejacular na criança, colocar objetos na genitália, penetrar o ânus ou vagina com o dedo, colocar o pênis entre as coxas da criança e simular o coito, forçar a criança a praticar atividade sexual com animais.

Dos que envolvem violência física, constam: estupro associado à brutalidade ou mesmo assassinato de crianças e abuso sexual associado ao cárcere privado<sup>10</sup>.

A violência sexual se apresenta de duas formas, aguda ou crônica, e são assim denominadas pelos serviços de saúde<sup>11</sup>. A violência aguda é mais comum em mulheres e adolescentes, cujo agressor é desconhecido; associa-se à violência física; e geralmente requer atendimento de emergência.

A violência crônica é mais comum em crianças e meninos, o agressor geralmente é membro da família e, o ato torna-se mais frequente e pior com o tempo. São poucos os casos que demandam atendimento no pronto-socorro. Geralmente ocorre na residência da criança por um perpetrador conhecido da família à quem ela depende. A presença de maus-tratos e negligência é característica familiar predominante neste tipo de abuso<sup>12</sup>.

### **1.1.2.3 Consequências do Abuso sexual**

As consequências do abuso sexual são diversas e podem causar danos profundos na vítima.

Algumas das consequências do abuso sexual contra crianças e adolescentes são: alto nível de ansiedade; tristeza profunda; agressividade; instabilidade emocional; medo ou pavor da figura agressora; confusão de sentimentos em relação à figura agressora; pensamentos suicidas; exacerbação da sexualidade; isolamento social; regressão no desenvolvimento escolar; drogadição e/ou dependência de álcool; desenvolvimento de condutas anti-sociais; distúrbio de sono; aversão ao próprio corpo ou a pessoas do sexo do agressor; sintomas somáticos; gravidez precoce e indesejada e; doenças sexualmente transmissíveis<sup>12</sup>.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o abuso sexual, especialmente o ocorrido na infância, pode ser um fator para a manifestação de diversos transtornos como: Transtorno De Pânico (300.01 (F41.0)), Transtorno De Estresse Pós-Traumático (309.81 (F43.10)), Amnésia Dissociativa (300.12 (F44.0)), Transtorno De Despersonalização /Desrealização (300.6 (F48.1)), Transtorno De Sintomas Somáticos (300.82 (F45.1)), Bulimia Nervosa (307.51 (F50.2)) e Disfunções Sexuais (Ejaculação Retardada (302.74 (F52.32)), Transtorno Erétil (302.72 (F52.21)), Transtorno Do Orgasmo Feminino (302.73 (F52.31)), Transtorno Do Estresse Excitação Sexual Feminino (302.72 (F52.22)))<sup>6</sup>.

Sobreviventes de abuso sexual correm risco de contaminação por IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), dentre os tipos constam: a) infecção viral: Hepatite B (VHB), Hepatite C (VHC), Virus da imunodeficiência humana 1 e 2 (HIV 1

e 2), *Chlamydia trachomatis* b) infecção bacteriana: gonorréia, *treponema pallidum* c) protozoários: *trichomonas vaginalis*; d) outros: herpes, vírus do papiloma humano, etc. Cada tipo terá relação com características do abuso quanto à repetição, se houve penetração ou não e por qual via, se houve ejaculação ou não, bem como estado vacinal e imunológico da vítima<sup>13</sup>.

#### **1.1.2.4 Órgãos De Proteção e Acolhimento:**

O atendimento para vítimas de violência sexual crônica geralmente é multidisciplinar, em equipe, promovido por uma instituição, com papéis profissionais bem estabelecidos e em rede (instituições jurídicas relacionadas à instituições sociais)<sup>14</sup>. Dentre os profissionais que atendem vítimas de abuso sexual, constam, médicos, ginecologista, psiquiatra, psicólogo, musicoterapeuta, assistente social e tantos outros capazes de contribuir com todo impacto que causado pelo abuso.

No Brasil, o atendimento pelo médico à pessoa vítima de violência sexual pode ocorrer independente de ação judicial. Os exames médicos e ginecológicos e os procedimentos diagnósticos são específicos, bem como, a coleta de provas forenses. Além disso, realiza-se a profilaxia de emergência de gestação e ISTs não virais<sup>15</sup>. Após avaliação, o médico deve notificar obrigatoriamente o Conselho Tutelar e a Vara da Infância e Juventude.

No que se refere aos procedimentos de proteção da criança e adolescente no Brasil, as denúncias podem ser feitas por meio de diversas instituições, como: conselho tutelar; delegacias especializadas ou comuns; disque denúncias locais ou disque 100; polícia militar e, polícia federal ou rodoviária<sup>15</sup>.

A violência deve ser vista como um problema familiar e social, não apenas relacionado à vítima e ao agressor<sup>15</sup>.

Após exame físico, os pacientes muitas vezes necessitam ser encaminhados para acompanhamento psicoterápico, bem como, se verifica a possibilidade dos familiares serem atendidos, evitando-se assim, que a violência se perpetue.

### **1.1.2.5 Acompanhamento psicoterapêutico**

O tratamento da violência sexual compreende etapas como: “(1) facilitar a auto-exposição e a revelação do abuso sexual, (2) facilitar a exposição de sentimentos ligados a ele, (3) facilitar a aceitação do abuso sexual, e (4) facilitar a aprendizagem de um repertório de comportamentos que impeçam a revitimização”<sup>16</sup>. Dentre outros aspectos relacionados diretamente aos sintomas e queixas de cada vítima.

## **1.2 Adolescência**

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta correspondendo ao período entre os 10 e 19 anos<sup>17</sup>.

Mudanças hormonais irão impactar nos aspectos psicossociais e emocionais do indivíduo e, o desempenho cognitivo e intelectual estará mais ativo<sup>18</sup>.

É um período de expectativas para o futuro, mudanças nas relações parentais, responsabilidades e grande instabilidade<sup>19</sup>.

### **1.2.1 Aspectos Éticos Do Atendimento ao Adolescente**

Os aspectos éticos do atendimento médico ao adolescente envolvem privacidade, confidencialidade e princípio da autonomia. Jovens vítimas de abuso sexual devem ser atendidos imediatamente, em ambulatórios 24hrs e receber atendimento prioritário<sup>20</sup>.

As consultas devem ser realizadas em espaço privado de preferência com dois profissionais. O conteúdo apresentado nas consultas são confidenciais e não podem ser compartilhados com os responsáveis, o que auxilia na identificação de fatores de risco<sup>20</sup>.

No processo de anamnese, o jovem tem o direito de entrar sozinho, sem o responsável.

A discussão sobre sexualidade com o adolescente é inerente à consulta médica onde é recomendado que se converse sobre relacionamentos abusivos.

O sigilo e autonomia só poderão ser quebrados no momento em que as informações sobre a saúde do paciente podem ser prejudiciais para sua própria saúde, bem como possam lhe conferir responsabilidades que ele não esteja apto a arcar sozinho<sup>21</sup>.

### **1.3 Musicoterapia**

A musicoterapia é a utilização sistemática da música num processo terapêutico. Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia, Musicoterapia é a utilização da música através de seus elementos constituintes (ritmo, melodia e harmonia) por musicoterapeuta qualificado em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, com o fim de atender às necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas do paciente. A musicoterapia busca desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele ou ela alcance uma melhor qualidade de vida através da prevenção, reabilitação ou tratamento de doenças<sup>22</sup>.

É um campo da área da saúde que vem se desenvolvendo em diversos países, em todos os continentes, nos últimos anos que, não apenas no Brasil, lutam pela regulamentação da profissão. Atualmente, a formação de musicoterapeuta é oferecida em nível de graduação (bacharelado) e pós-graduação, reconhecidos pelo Ministério da Educação e, a profissão se enquadra na categoria 2263-05 do Código Brasileiro de Ocupações.

Com a Portaria 849 de Março de 2017<sup>23</sup> a musicoterapia passa a entrar nas Políticas Nacionais de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde (SUS).



Adolescentes gostam de música e costumam utilizá-la nos diversos momentos do cotidiano. O aprendizado musical e a participação social através da música geralmente têm início neste período de vida junto ao processo de formação da identidade, o advento da puberdade e o distanciamento do meio familiar.

No que diz respeito às técnicas e aos objetos de interesse da musicoterapia sobre o adolescente, encontramos pesquisas com foco em: discutir sobre letras de música<sup>24</sup>; escrita de canções<sup>25</sup> e; preferência musical<sup>26</sup>.

### 1.3.1 Métodos de Musicoterapia

Os métodos consistem em experiências musicais, que no contexto musicoterapêutico são os principais elementos constituintes da musicoterapia. A partir deles é possível diagnosticar, tratar e avaliar o paciente. Classificam-se quatro tipos de experiências: improvisação, composição, re-criação musical e audição<sup>22</sup>.

Cada tipo de experiência tem potencial para acessar objetivos específicos em relação às necessidades do paciente e são também determinados pela formação, inclinação e especialização do terapeuta.

Os métodos podem surgir combinados ou não. Um único método possui diversas formas de aplicação.

Serão descritos alguns dos objetivos de cada método no Quadro abaixo<sup>22</sup> (QUADRO 1):

**Quadro 1 – Objetivos dos Métodos de Musicoterapia descritos por Bruscia<sup>22</sup>**

<b>Métodos</b>	<b>Objetivos</b>
Improvisação	Favorecer a comunicação verbal a partir da não-verbal; dar sentido à expressão e identidade; explorar aspectos da relação do eu com os outros; desenvolver habilidade de grupo; desenvolver criatividade, liberdade de expressão, espontaneidade, capacidade lúdica, estimular sentidos; desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas

Composição	Desenvolver habilidade de Planejamento e Organização; habilidade para solucionar problemas; promover responsabilidade, desenvolver habilidade de documentar e comunicar experiências internas; promover exploração de temas terapêuticos através de letras de canções; desenvolver habilidade de integrar e sintetizar partes em um todo.
Re-criação	Desenvolver habilidades sensório-motoras; promover comportamento ritmado e adaptação; melhorar a atenção e orientação; desenvolver a memória; promover a identificação e a empatia com os outros; desenvolver habilidades de interpretação e comunicação de ideias e sentimentos; aprender a desempenhar papéis específicos nas várias situações interpessoais; melhorar as habilidades interativas e de grupo.
Audição	Promover a receptividade; evocar respostas corporais específicas; estimular ou relaxar; desenvolver habilidades audio-motoras; evocar estados e experiências afetivas; explorar ideias e pensamentos; facilitar a memória; as reminiscências e as regressões; evocar fantasias e a imaginação; estabelecer um canal de conexão entre o ouvinte e o grupo comunitário ou sócio-cultural e; estimular experiências espirituais

### 1.3.2 Musicoterapia e Abuso Sexual

Há evidências da eficácia da musicoterapia para população vítimas de abuso sexual nos diversos contextos: para apoio de mães vítimas de abuso sexual<sup>27</sup>; para mulheres em situação de violência doméstica <sup>28,29</sup>; musicoterapia em grupo para vítimas de abuso<sup>30,31</sup>; existem ainda estudos que dão ênfase às técnicas e abordagens específicas.

Autores <sup>32,24,31</sup> apresentam a musicoterapia como uma alternativa de terapia que favorece a comunicação da pessoa vítima de abuso, dentre outras dificuldades decorrentes da violência.

No que diz respeito ao contexto onde o musicoterapeuta atende é possível identificar profissionais atuando de modo multidisciplinar vinculado a instituições especializadas no acolhimento de vítimas de abuso<sup>33</sup> e consultórios<sup>34</sup>.

## **2 OBJETIVO**

Compreender o uso e o significado da musicoterapia para adolescente vítima de abuso sexual ocorrido na infância e/ou adolescência e atendidos pelos serviços de saúde por musicoterapeuta qualificado.

### **2.1 Objetivos Específicos**

- a.** Identificar o uso da musicoterapia
- b.** Descrever métodos, característica do atendimento, objetivos clínicos, potenciais da musicoterapia, fator adolescente (especificidades da adolescência no contexto)
- c.** Sintetizar o uso da musicoterapia para adolescentes vitima de abuso sexual atendidos no serviço de saúde

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Ética

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/HSP, UNIFESP, nº 2732070218 (ANEXO 1)

#### 3.2 Desenho Metodológico

Nesta revisão foi selecionado o desenho metodológico de uma revisão sistemática qualitativa.

A revisão sistemática é um método rigoroso e transparente, que tem como resultado a síntese de evidências e conhecimentos relevantes sobre determinado tema<sup>35</sup>. Existem diversos tipos de revisões sistemáticas, como qualitativas, quantitativas ou de métodos mistos, dependendo de desenho metodológico dos estudos que serão incluídos nos critérios da revisão.

A revisão sistemática é um método que se encontra no topo da pirâmide de avaliação de tecnologias para tomada de decisão em relação às políticas e planejamentos do sistema de saúde. São diversos os tipos de proposta de revisão sistemática, sendo cada uma delas, capaz de apresentar elementos como: eficácia, custo/benefício, significado (ex. da doença para determinada população ou de determinado tratamento).

Existem diversos *guidelines* que buscam conduzir da melhor forma a revisão sistemática qualitativa englobando suas especificidades. Neste estudo foi utilizado o *guideline* Revisão Sistemática de Evidência Qualitativa<sup>36</sup> e o guia para condução de revisões sistemáticas de Barroso e Sandelowsk<sup>37</sup>.

### 3.3 Revisão Sistemática

A revisão sistemática é uma pesquisa exaustiva de alta precisão onde ocorre a seleção dos estudos mais relevantes sobre o assunto<sup>37</sup>. A revisão sistemática qualitativa faz o levantamento apenas de estudos qualitativos, tais como: etnografia, fenomenologia, análise do discurso e estudos de caso. Ela tem origem nas ciências humanas e busca compreender a complexidade de um fenômeno em ambientes naturais, com ênfase no significado, na usabilidade, viabilidade e adequação das intervenções. Tem caráter indutivo, que pode ser interpretativo ou crítico<sup>37</sup>.

O objetivo da revisão sistemática qualitativa é proporcionar recomendações para práticas e políticas, que emergem de diferentes contextos culturais. É a união entre a pesquisa no desenvolvimento humano (especialmente no campo das intervenções) e as políticas públicas<sup>38</sup>.

As revisões sistemáticas em musicoterapia são de caráter quantitativo apesar de a maioria dos estudos quantitativos não apresentarem amostra significativa, bem como os resultados serem diferentes da impressão que os musicoterapeutas e pacientes têm sobre o fenômeno<sup>39</sup>. Há recomendações de que a pesquisa sobre determinado fenômeno em musicoterapia, seja feita qualitativamente, visto que os benefícios proporcionados pela musicoterapia, bem como, o acompanhamento do processo em que a música exerce uma mudança, são aspectos subjetivos do terapeuta e do paciente. A compreensão, portanto, do significado só pode ser obtida através de estudos qualitativos<sup>39</sup>.

Até o momento não foi possível identificar revisões sistemáticas e revisões de literatura com o tema único e específico de musicoterapia e violência sexual. Foram identificadas revisões de literatura que combinam temas relacionados à musicoterapia e à violência sexual como: violência sexual e artes expressivas<sup>40</sup>; artes criativas e trauma<sup>41</sup>; dança e movimento com vítimas de abuso<sup>42</sup>; Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) e Artes criativas<sup>43</sup>, que apresentam uma definição de musicoterapia e um modo de intervenção pouco detalhados e com poucos artigos de referência. Foram encontrados *guidelines* sobre o uso da música

no tratamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso, traumatizadas e com TEPT, que apresentam terapias criativas (dentre elas a musicoterapia), como um recurso que oferece caminho menos confrontador para lidar com o trauma, uma vez que as terapias tradicionais têm produzido em muitos pacientes: ansiedade, desistências, falta de adesão ao tratamento devido à exposição ao trauma<sup>43</sup>.

### **3.3.1 Contexto**

A partir de uma busca preliminar, notou-se que a musicoterapia, por ser sistemática e, não apenas envolver o uso das artes no tratamento apresentou estudos com mais qualidade metodológica. Sendo assim, a opção pela musicoterapia ao invés do uso da música no tratamento, foi um dos critérios do estudo.

A opção por incluir adolescentes que foram vítimas de abuso sexual na infância, possibilitou ampliar o conhecimento sobre a área, uma vez que na maioria dos casos dos estudos reportados, o abuso ocorreu de modo crônico, dentro da família e, durante o período da infância e início da adolescência. Outro aspecto importante foi conhecer o método de intervenção, uma vez que queremos compreender a usabilidade da musicoterapia no tratamento.

Apesar de a música ser um elemento cultural e, dados como tipo de música utilizado em sessão terem que ser adaptados em diferentes contextos culturais, optamos por incluir estudos de diversos países, tanto pela falta de opção, pois não foram encontradas publicações brasileiras sobre o assunto, quanto para compreender o maior número de perspectivas frente ao fenômeno e os elementos utilizados no tratamento, podendo levar à reflexão sobre quais tipos de materiais podem ser utilizados e quais adaptações devem ser feitas.

Com o intuito de compreender o significado da musicoterapia dentro do contexto, tanto para paciente, quanto para terapeuta e pesquisador, não serão determinados critérios de raça, sexo, classe social, etnia e, outros.

Portanto a conduta concentrou-se no fenômeno musicoterapia como intervenção terapêutica no tratamento de adolescentes vítimas de abuso sexual para sumarizar e relacionar os tipos existentes de acordo com a diversidade de populações, buscando compreender assim o significado da musicoterapia, e aspectos como validade, aplicação, relevância e atratividade.

### **3.3.1.1 A Pesquisa Em Musicoterapia**

A pesquisa qualitativa em musicoterapia possui características específicas da área, bem como, de áreas afins. Sendo uma ciência relativamente nova, a determinação da qualidade dos estudos está sendo definida ao longo de quase três décadas, cujas primeiras discussões surgem na década de 1990. Na pesquisa em musicoterapia, a música e os elementos musicais são concebidos como dados de pesquisa, por exemplo, registros de áudio e vídeo, transcrições de músicas e letras, têm sido formas de preservar a qualidade e validade dos estudos.

Pensar o papel do musicoterapeuta como terapeuta e pesquisador ao mesmo tempo, preservando as necessidades éticas e metodológicas, sem que a pesquisa afete de modo negativo a clínica e vice-versa, também são aspectos discutidos com vistas à preservação da qualidade<sup>39</sup>.

## **3.4 Procedimento**

Inicialmente o propósito da pesquisa foi definido com o tema “Música e musicoterapia para adolescentes vítimas de abuso sexual ocorrido na infância e/ou adolescência e que foram atendidos pelo serviço de saúde público ou privado”. A definição depende de uma exaustiva análise do conteúdo publicado sobre o tema, podendo sofrer alterações à qualquer momento<sup>37</sup>. À partir do primeiro levantamento, foi verificado que artigos com o termo música não apresentavam método de intervenção e resultados, portanto o tema passou a ser “Musicoterapia para

adolescentes vítimas de abuso sexual ocorrido na infância e/ou adolescência e que foram atendidos pelo serviço de saúde público ou privado”.

Foi criado um protocolo para revisão sistemática, registrado no PROSPERO<sup>42</sup>, base de dados *on line* internacional de revisões sistemáticas em saúde e demais áreas correlatas, que pode ser acessado e lido através do código CRD42018091817 e está disponível para leitura (ANEXO 2).

A pergunta de pesquisa foi desenvolvida a partir do acrônimo PICO (População/Intervenção/Contexto) utilizado para condução de revisões sistemática qualitativa. Como **população** foi definido: adolescentes entre 10 e 19 anos, conforme sugerido internacionalmente e adotado pelo Ministério da Saúde<sup>17</sup>, que sofreu abuso sexual na infância e/ou adolescência, de ambos os sexos; **intervenção**: a musicoterapia no tratamento (praticada por musicoterapeutas); **contexto**: serviço de saúde público ou privado.

Foi criada a questão norteadora: Para adolescentes vítimas de abuso sexual como é o tratamento de musicoterapia ofertado pelos serviços de saúde?

Foram procuradas as palavras-chave à partir do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: *sex offenses; music therapy; adolescent; sexual abuse*. Nas bases que contêm maior número de indexações na área da saúde, sendo escolhidas pelo estudo as bases: CAPES TESES; PUBMED; EBSCO; LILACS; SCOPUS; WEBOFSCIENCE.

A partir da identificação de artigos pelo método de “referência da referência”, que avalia as referências dos artigos incluídos, foram identificadas também incluídas na busca, as revistas: *Music Therapy Perspectives; Journal of Music Therapy; British Journal of Music Therapy*. Para cada base de dados foi utilizada uma estratégia diferente que poderá ser consultada no protocolo (ANEXO 2).

A base de dados COCHRANE foi consultada para averiguar se existiam revisões sistemática baseadas na pergunta de pesquisa desta revisão.

Como critérios de inclusão foram determinados:

- Idade= {10,11,12,13,14,15,16,17,18,19}



- Descrição atendimento {método, duração}
- Vítimas de abuso sexual {infância, adolescência, crônico, agudo, intrafamiliar, extrafamiliar}
- Serviço de Saúde {hospital, clínica, instituição, outros}
- Pesquisa qualitativa ou estudo de caso

Como critério de exclusão foi definido: casos com suspeita de abuso sexual.

Como parâmetro temporal, foram incluídas as datas de aparecimento do primeiro ao último estudo.

Foram levantados os artigos, sendo feita a primeira exclusão por título e/ou resumo que não estivessem relacionados com a pergunta norteadora ou que não estivessem nos idiomas inglês, espanhol e português. Após a seleção, os artigos foram analisados rigorosamente de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

A partir dos artigos incluídos foram realizadas mais três formas de busca a fim de assegurar que todas as publicações relevantes fossem incluídas: 1) pelas referências destes artigos 2) a partir da citação dos artigos e 3) a partir dos autores dos artigos incluídos. A busca por autores foi realizada através do sistema de busca do Google Acadêmico em pesquisa avançada, descrita junto com as estratégias de busca.

A partir destas três novas formas de busca, houve um novo processo de seleção, inclusão e exclusão e os artigos selecionados foram somados à lista de artigos incluídos.

Para cada artigo foi aplicado um guia de leitura que serviu de apoio para compreensão dos objetivos do autor, questões do artigo, perspectiva teórica, recomendações, duração do tratamento, recursos, validação e recomendações. A intenção do uso deste guia, foi garantir se alguma alteração deveria ter sido feita quanto aos critérios de inclusão e exclusão. Este processo também auxiliou na familiarização com o conteúdo, metodologia, estilo e forma de cada artigo.

Foi criado um formulário para extração dos dados, as informações extraídas foram: Contexto (Onde é aplicada); Formação do Terapeuta (Por quem?); Idade da População; Duração do Atendimento (quanto tempo dura a sessão e quanto tempo durou o processo); Tipo de trauma ou abuso (O que acontece(eu) com o paciente); Objetivos clínicos específicos (O que tratar?); Método de Intervenção (Como Tratar?); Potenciais do Método (Resultados e Experiência do Terapeuta) e; Questões relacionadas a adolescência (Qual o comportamento, interesse, envolvimento na musicoterapia). A partir das informações extraídas foi conduzida a sumarização de resultados, que relacionou os dados de cada artigo, apresentando quadro comparativos.

A partir dos artigos incluídos foi produzida uma Tabela De Citações, para determinar a relevância do tema de cada publicação onde foram apontados autores que foram citados pelo autor do artigo, bem como, quais destes autores foram citados pelo autor, à fim de identificar a rede de autores que publicaram sobre o tema.

Para avaliação de qualidade dos artigos, foi utilizado o *Cheklis for case reports*<sup>45</sup>.

Por fim, foi realizada a metassíntese, onde foram criadas categorias dos temas relevantes consistindo na interpretação dos resultados livre de comparação e crítica, com o intuito de colaborar com a aplicabilidade dos resultados na prática, pensar e fundamentar a teoria envolta nos estudos, bem como, fundamentar a pesquisa e as políticas de saúde. A metassíntese é uma forma de “Elaborar novas afirmações, mais concisas e amplas que correspondam ao conteúdo do conjunto dos resultados, mas que preserve o contexto do qual surgiram”<sup>46</sup>.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Processo de inclusão dos estudos

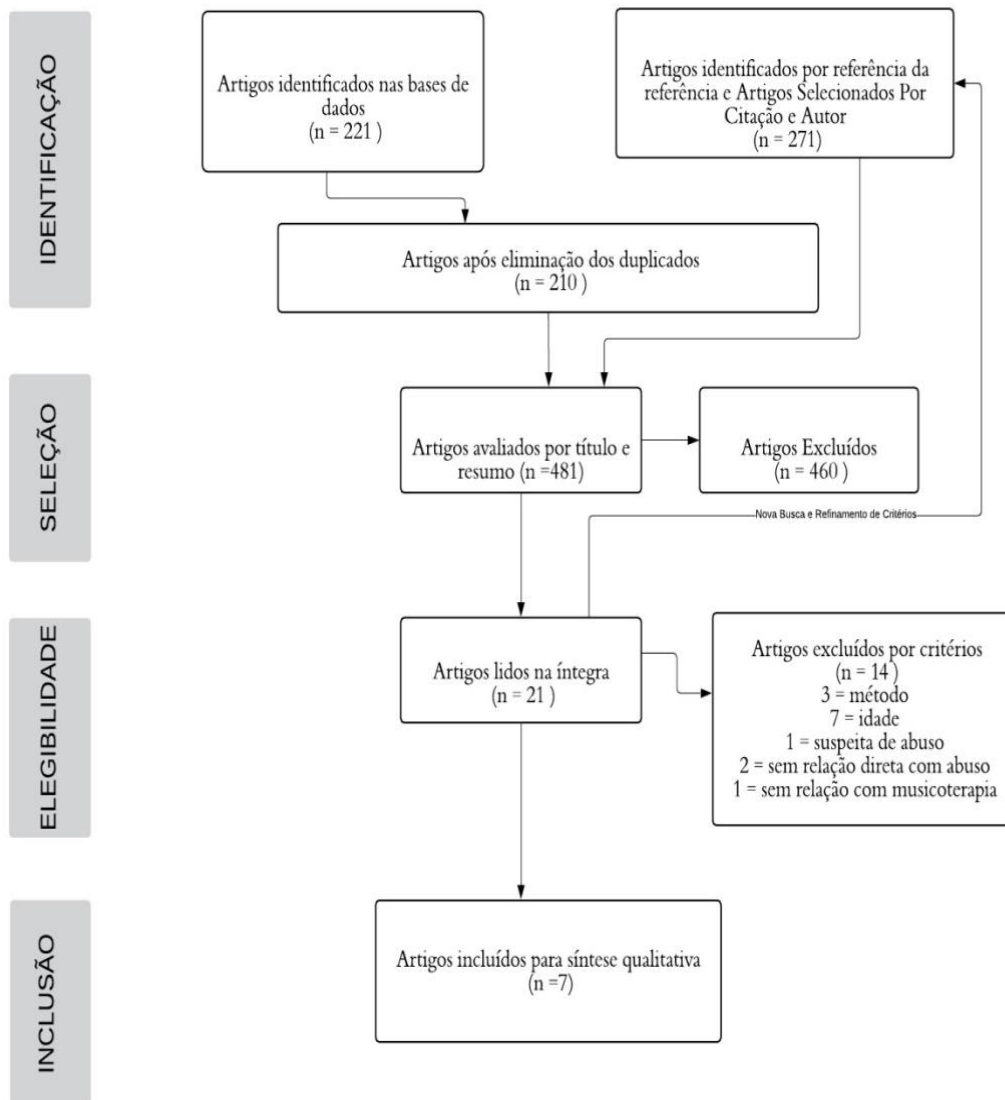
As bases de dados foram consultadas previamente em Março de 2018 para análise dos artigos e construção do protocolo de pesquisa. A última busca foi realizada em Outubro de 2019, onde também foram realizados os processos de busca por referência da referência, citação e por autores e foram adicionadas três novas revistas: Music Therapy Perspectives, British Journal of Music Therapy e Journal of Music Therapy, onde a maior parte das “referências de referências” de interesse para a pesquisa estavam publicadas.

Para cada base foi criada uma pasta no gerenciador de referência Zotero, a partir do qual informações como: autoria, título, ano de publicação, revista e volume foram exportadas para serem analisadas no Excell.

Na avaliação por título foram encontrados temas como: estudos que avaliaram estilos musicais e conteúdos musicais em relação à violência sexual; grupos musicais de risco; uso e abuso de drogas e violência em festivais de música; saúde de jovens e crianças na era digital; musicoterapia para ofensores sexuais; abuso sexual em boates noturnas; dentre outros, que foram excluídos por não atender à PICo.

Os títulos incertos e os que se enquadravam na PICo foram incluídos na primeira seleção prosseguindo para a avaliação dos resumos. A partir dos resumos foram excluídos aqueles sem relação com a PICo e os demais, por critérios de inclusão. Neste processo foi criado o critério de exclusão para suspeita de abuso sexual.

O processo de seleção incluindo a quantidade de artigos encontrados, selecionados para avaliação, incluídos para íntegra, será apresentado na ilustração abaixo.



FONTE: Prisma Flow Diagram<sup>47</sup> – adaptado para o estudo

### Ilustração 1-Etapas da Revisão

## 4. 2 Organização dos dados

Os dados foram classificados e sumarizados a fim de tornar a apresentação mais clara.

O **Contexto** onde ocorre o atendimento será apresentado em 3 tipos. 1) Hospital: atendimento de musicoterapia para pacientes em internados em hospital, unidade psiquiátrica de internação, departamento psiquiátrico de hospital (internação de curto prazo). 2) Consultório: todos os atendimentos que ocorreram em consultório particular ou centro de musicoterapia. 3) Instituição: atendimentos que ocorreram em instituições especializadas no acolhimento da vítima, oferecendo residência, proteção, aconselhamento, encaminhamento jurídicos, acompanhamento e tratamento psicológico.

A informação quanto a idade será apresentada quanto ao período etário ou faixa etária em que o paciente recebeu atendimento e/ou a(s) idade cujo terapeuta usou de base para discutir o tema (múltiplos casos).

A duração do atendimento foi codificada e será apresentada em curto (1 à 2 sessões), médio (mais de duas sessões à 2 anos) e longo prazo (2 anos em diante).

Os métodos foram enquadrados nos quatro tipos de experiências em musicoterapia: improvisação, re-criativas; composição musical e receptivas.

Vale comentar que os potenciais da musicoterapia nem sempre ficaram claros nos artigos, ora os potenciais apareciam vinculados ao tipo de experiência musical, justificado pelas teorias de musicoterapia e relacionados às necessidades dos pacientes, ora apresentados como resultado do processo e/ou intervenção musicoterapêutica, relacionado diretamente aos benefícios alcançados.

### **4.3 Descrição dos Estudos**

Abaixo o leitor encontrará as seguintes informações sumarizadas: dados dos estudos incluídos, contexto, formação do terapeuta, faixa etária, duração do atendimento, tipo de trauma, sintomas e objetivos clínicos.

A Quadro abaixo (Quadro 2) apresenta os estudos incluídos na revisão cujas referências se encontram disponíveis no apêndice (APÊNDICE 1). A revisão cobriu o período de 1992 à 2018, correspondente ao ano do primeiro achado até o último.

**Quadro 2- Artigos Incluídos para síntese qualitativa**

ID do Artigo	Ano Pub.	Autor	Título	Revista	Tipo de Estudo
A1	1992	Rogers, Penny <sup>48</sup>	Issues in working with sexually abused clients in music therapy	Journal of British Music Therapy	Teórico baseado na experiência com múltiplos casos
A2	1994	Slotoroff, Cyd <sup>49</sup>	Drumming Technique for Assertiveness and Anger Management in the Short-Term Psychiatric Setting for Adult and Adolescent Survivors of Trauma	Music Therapy Perspectives	Estudo focado na experiência de uma técnica de intervenção
A3	2003	Robarts, Jacqueline Z <sup>34</sup> .	The healing function of improvised songs in music therapy with a child survivor of early trauma and sexual abuse	Psychodynamic music therapy: Case studies	Estudo de caso
A4	2006	Robarts, Jacqueline <sup>32</sup>	Music Therapy with Sexually Abused Children	Clinical Child Psychology and Psychiatry	Estudo de caso
A5	2009	Strehlow, Gitta <sup>33</sup>	The use of music therapy in treating sexually abused children	Nordic Journal of Music Therapy	Teórico, baseado na experiência com múltiplos casos
A6	2015	Curreri, E. <sup>50</sup>	An Unguided Music Therapy Listening Experience of Luigi Nono's <i>Fragmente-Stille, an Diotima</i> : A Case Report	Music Therapy Perspectives	Estudo baseado em uma experiência de intervenção
A7	2018	Schulze, Caitlin Ariel <sup>51</sup>	The role of music therapy in the exploration and construction of identity by adolescent survivors of child sexual abuse: a multiple case study	Tese, Department of Music University of Pretoria Faculty of Humanities	Pesquisa Qualitativa baseada no construcionismo social

#### 4.3.1 Contexto e Formação do Terapeuta

Foram identificados três atendimentos (A2, A3 e A6) ocorridos em hospitais, dois em consultório (A1 e A4) e, um (A5) em instituição. Em todos os estudos, o atendimento foi praticado por musicoterapeuta qualificado em processo de formação e/ou formados. Os estudos A2 e A6 ocorreram nos Estados Unidos, A1, A3 e A4, na Inglaterra, A5 na Alemanha e A7 na África do Sul. Detalhes são descritos no (APÊNDICE 2)

### 4.3.2 Idade da População e Duração do Atendimento

Em relação à idade, os estudos A1 e A5 não focaram especialmente na adolescência, mas em questões relacionadas à clínica de pacientes vítimas de abuso sexual, incluindo adolescente. O estudo A1 apresentou casos de adolescente porém sem tanta especificidade relacionada à adolescência.

Os estudos A3 e A6 focaram especificamente em paciente no período da adolescência (11 e 16 anos).

O estudo A2, não focou apenas na adolescência, porém apresentou uma técnica importante para o adolescente.

O estudo A4 apresentou um atendimento de longo prazo que iniciou aos 7 e finalizou aos 14 anos de idade.

O estudo A7 incluiu três irmãs adotivas da mesma idade de 12 anos com históricos diferentes de violência sexual.

Detalhes em relação à duração do atendimento são apresentados no (APÊNDICE 3).

**Quadro 3- Faixa etária da população e duração dos atendimentos**

ID Estudo	Idade	Duração
A1	Adolescentes, Crianças e adultos.	Não especificado
A2	Adolescentes e Adulto Jovem	Curto Prazo
A3	Adolescente de 11 anos	Médio Prazo
A4	Crianças e adolescentes, entre 4 a 14 anos	Longo Prazo
A5	Crianças e Adolescentes de 4 a 16 anos	Longo Prazo
A6	Adolescente, 16 anos de idade	Curto Prazo
A7	3 adolescentes de 12 anos de idade	Médio Prazo

### 4.3.3 Tipo de Trauma e Sintomas do Pacientes

**Quadro 4- Tipo de Trauma e Sintomas**

<b>ID do Artigo</b>	<b>Tipo de Trauma ou abuso</b>	<b>Sintomas</b>
A1	Vítimas de abuso sexual, incluindo crônico intrafamiliar, ocorrido na infância	Depressão, dificuldade de comunicação, distúrbios emocionais; dificuldade em relacionar-se e expressar emoções, comportamento agressivo e problemas de comportamento. Abuso de substância e transtornos alimentares
A2	Pacientes que sofreram abuso físico, emocional e sexual na infância	Agressividade e impulsividade
A3	Paciente que sofreu abuso sexual intrafamiliar por avô e irmão na infância e adolescência	Tristeza, solidão, raiva, dificuldade em se auto perceber
A4	Abuso sexual intrafamiliar dos 2 aos 7 anos de idade	Transtorno de Estresse Pós Traumático envolvendo: estados dissociativos; dificuldade grave de aprendizagem; dupla incontinência; pobre controle motor; problema grave de atenção; linguagem expressiva limitada; hábitos obsessivo-compulsivos
A5	Abuso sexual, sem detalhamento específico	Culpa, vergonha
A6	Abuso sexual intrafamiliar, pelo pai, envolvendo agressões	Ideação suicida, auto-mutilação, transtorno de ansiedade e, transtorno de estresse pós-traumático
A7	1) Abuso sexual extrafamiliar aos 9 anos, único episódio 2) Abuso sexual extrafamiliar crônico (cárcere privado) 3) Abuso intrafamiliar, por irmão adotivo (único episódio)	Problemas de identidade causada pelo abuso sexual na infância

### 4.3.4 Objetivos Clínicos da Musicoterapia

Os objetivos clínicos estiveram relacionados aos casos. Em alguns casos os objetivos foram sendo descobertos ao longo da terapia e das respostas do paciente no meio musical.



**Quadro 5 - Objetivos Clínicos da Musicoterapia no Abuso Sexual**

ID	Objetivos Clínicos
A1	Não especificado
A2	Auxiliar na assertividade e manejo da raiva;
A3	Promover relações de confiança; promover interação; experiências afetivas positivas; favorecer expressão de sentimentos
A4	Promover relações positivas, seguras e de confiança; promover interação; favorecer capacidade de auto-regulação emocional; compreender limites nas relações interpessoais; favorecer a simbolização; promover a narrativa autobiográfica.
A5	Promover relações de confiança; espaço seguro para a expressão e comunicação de ideias e sentimentos; promover bons tipos de relação; trabalhar culpa e vergonha; favorecer a habilidade de refletir/interpretar ações, reconhecer pensamentos e sentimentos internos.
A6	Favorecer respostas afetivas e perceptivas, bem como externalizar pensamentos, memórias e sentimentos doloridos.
A7	Explorar questões da identidade social, cultural e histórica e seu impacto no comportamento e relação interpessoal.

#### 4.3.5 Método Musicoterapêutico para Abuso Sexual

Encontramos o uso dos quatro principais métodos de musicoterapia. Alguns artigos utilizaram recursos extramusicais, como desenho, pintura. Alguns métodos foram combinados entre si, ou seja, o estudo englobou mais de uma experiência musical para o paciente, avaliando também a resposta do paciente em relação ao tipo de atividade. Outros deram mais ênfase em um método específico, mas também se utilizaram de outros métodos de musicoterapia. Alguns estudos focaram em uma técnica específica relacionada ao método. (QUADRO 6). Os métodos estão detalhados no (APÊNDICE 4) junto aos depoimentos de terapeutas.

**Quadro 6- Tipos de experiências musicoterapêuticas aplicadas nos estudos**

ID do Artigo	Tipos de experiências musicais
A1	Improvisação
A2	Improvisação
A3	Composição
A4	Improvisação
A5	Improvisação
A6	Receptiva
A7	Improvisação, Composição, Receptiva, Re-criativa

O método de musicoterapia mais utilizado foi a improvisação. Segundo Bruscia<sup>22</sup>, podemos diferenciar métodos de modelos de musicoterapia, enquanto métodos consistem na experiência musical em que será submetido o paciente cuja utilidade pode ser diagnosticar, avaliar e/ou tratar o paciente, os modelos são mais abrangentes, incluem princípios teóricos, indicações e contraindicações, objetivos, orientações, especificações metodológicas e uso em sequência e procedimento, e são direcionados para clientela específicas<sup>52</sup>.

Os artigos incluídos apresentaram uma variada base teórica relacionada à aplicação do método de improvisação, embora com objetivos clínicos muito comuns e encontrados na literatura. Em geral, seus meios ofereceram oportunidade de trabalhar interação e questões da relação interpessoal, lidando com conteúdos simbólicos (expressados através dos instrumentos musicais); favorecendo a expressão de emoções. A partir do processo interativo foi possível trabalhar a elaboração de problemas.

O motivo pelo qual o método de improvisação foi mais utilizado, pode ter relação com o descrito por Bruscia<sup>52</sup>, sua aplicação abrange diversos contextos, desde hospitais à instituições e atende uma grande diversidade de pacientes, pessoas com deficiência intelectual, dificuldades de aprendizagem, distúrbios psiquiátricos, redução de dor ou problemas de relacionamento. Pode ser aplicado para diferentes capacidades intelectuais.

As dinâmicas de improvisação podem ser bem compreendidas através das 64 técnicas de improvisação em musicoterapia<sup>52</sup> e atuam diretamente em componentes oriundos da interação paciente terapeuta explorando técnicas de empatia (imitar,

sincronizar, incorporar, exagerar), de estruturação (criar um fundo rítmico, centro tonal, dar forma, técnica de facilitação (repetir, dar um modelo, criar formas de interação), técnicas de redireção (introduzir mudança, apresentar modelos diferentes, intensificar, acalmar), técnicas de intimidade (compartilhar instrumentos, dar, unir), técnicas de procedimento (dar instruções, conselhos técnicos, demonstrar, ensaiar), técnicas referenciais (simbolizar, projetar, fantasiar), técnicas de exploração emocional (reverberar, expressar sentimentos ocultos, integrar sentimentos conflituosos) e, por fim, técnicas de debate (sintetizar, resumir ideias e pensamentos, reforçar)<sup>52</sup>. Estas técnicas demonstram os meios, na maioria das vezes, não verbais, onde ocorre o processo de aprendizado, desenvolvimento e mudança do paciente onde a expressão dos sentimentos doloridos podem ser feitas através do instrumento musical e intensificada ou contida pelo musicoterapeuta, ou a revelação do abuso sexual ocorrer através do uso do instrumento para simbolizar, projetar ou mesmo demonstrar relações de poder *versus* impotência. Também é por meio delas que relações afetivas podem ocorrer favorecendo a construção de experiências positivas.

Portanto, a improvisação musical dentro da perspectiva musicoterapêutica, auxilia vítimas de abuso sexual a compartilharem aspectos de suas experiências traumáticas podendo assim resignificar a partir de um novo momento em suas vidas e com ajuda terapêutica.

Alguns artigos abordam a importância do musicoterapeuta receber supervisão e estar atento aos processos de transferência e contratransferência, visto que a improvisação é subjetiva e a supervisão traz objetividade ao processo.

#### **4.4 Categorias**

Foram criadas duas categorias apresentadas junto aos trechos extraídos dos artigos, os conteúdos foram integrados e interpretados à luz de temas discutidos na literatura<sup>37</sup>.

A categoria 1) potenciais da musicoterapia frente ao abuso sexual foi dividida em 4 questões principais: Trauma, Raiva, Relação Interpessoal e Identidade. A categoria 2) musicoterapia e adolescente, foi dividida em comunicação e aprendizagem.

#### **4.4.1 Potenciais da Musicoterapia**

##### **4.4.1.1 Trauma: reconhecer, comunicar, expressar**

Reconhecer as próprias emoções e comunicar sentimentos e ideias decorrentes do trauma do abuso sexual é condição esclarecedora que permite a mudança e crescimento do indivíduo libertando-o das sombras do trauma. A musicoterapia tem potencial para auxiliar a projetar emoções através de seus métodos favorecendo o conhecimento e reconhecimento dos próprios sentimentos e a comunicação de experiências doloridas.

[A improvisação clínica permite ao paciente trabalhar diretamente com suas emoções, canalizando-as e projetando-as nos instrumentos musicais]. Tradução livre de: *"Clinical improvisation allows the client a direct experience of working with emotions through their external projection on to the instruments"* (A1)

[O processo de improvisação facilita a expressão direta do mundo emocional, que se reflete em crescimento e mudanças à medida em que os pacientes usam o meio para explorar suas percepções sobre emoções internas, tanto "boas" quanto "más"]. Tradução livre de: *"The process of improvisation facilitates the direct expression of emotional material, and this external expression reflects growth and change as clients use the medium to explore their perception of internal emotions, both 'good' and 'bad'".* (A1)

[A música de Lena permitia que ela reconhecesse sua tristeza e solidão, sua raiva e sua alegria; logo que a música iniciava, nascia um novo senso de si mesma, desenvolvendo sua autoconfiança para encarar o futuro] *"Lena's songs enabled her to acknowledge her sadness and loneliness, her anger and her joy as her music*

*began to forge a new sense of her self, developing her confidence to face the future"*  
(A3)

[Música como uma forma de sair silêncio. (...) como espaço para experiências boas e seguras. (...) como plano de projeção (para temas que não é permitido tocar). (...) como forma de espelhar experiências emocionais (iniciação à habilidade de mentalizar). (...) como espaço para experiências prazerosas (sem conexão sexual). Reconstituição de padrões traumáticos de relacionamento através de interação musical (ex. terror, isolamento, falta de força). Música como um caminho de esclarecer, preservar e regular experiências intoleráveis. Música como espaço para experimentar novas formas de relacionar-se] *"Music as a way out of silence. (...) as a space for good and secure experiences. (...) as a projection plane (for themes that are not allowed to sound). (...) as a way of mirroring emotional experiences (initiation into the ability to mentalize). (...) as a space for pleasurable experiences (with no sexual connection). Re-enactment of traumatic relationship patterns through musical interactions (e.g. terror, isolation, powerlessness). Music lets traumatic emotions be perceptible. Music as a way of clarifying, preserving and modulating unbearable experiences. (9) Music as a space for experimenting with new experiences of relationships."* (A5)

#### **4.4.1.2 A raiva: Manejo**

A raiva é um sentimento resultante da impossibilidade de autodefesa e tem estreita relação com assertividade. A musicoterapia tem potencial de lidar com os principais elementos constituintes da raiva/assertividade, tais como: auto-percepção, auto-regulação emocional, reconhecimento do trauma, prática da tolerância, impulsividade e empoderamento.

[Esta técnica têm sido mais frequentemente utilizada com adolescentes, dos quais, a maioria formada por mulheres trabalhando no desenvolvimento da assertividade]. Tradução livre de: *"This technique has been used mostly frequently with adolescents, the majority of whom have been females working on developing assertiveness"* (A2).

[As metas relativas à essa técnica ajudam os pacientes a desenvolver assertividade e/ou controlar a raiva através da ampliação da consciência sobre as sensações corporais, e das emoções, pensamentos e experiências; da ampliação da consciência sobre o estilo de enfrentamento emocional de cada um, tendo a oportunidade de experimentar novos métodos de enfrentamento; do aprendizado sobre os efeitos de traumas passados no comportamento atual, e, sentimentos e pensamentos relacionados; da prática de tolerância quanto aos sentimentos que não são confortáveis *versus* agir impulsivamente.] Tradução livre de: *"The goals of this technique are to help patients develop assertiveness and/or anger management: by increasing awareness of body sensations, emotions, thoughts, and experiences; by increasing awareness of personal coping styles and having an opportunity to try other coping methods; by learning about the effects of early trauma on present behavior, feelings, and thoughts; by practicing tolerating uncomfortable feelings rather than acting impulsively; and by practicing acting assertively and/or practicing anger management."* (A2)

[...ajudar pacientes que foram abusados fisicamente, sexualmente ou emocionalmente, a se sentirem mais fortes e a se tornarem mais assertivos. No momento em que foram abusados, os pacientes tiveram suas forças subtraídas e foram incapazes de proteger a si mesmos e preservar seus limites, dizendo "Não" ou "Pare". Alguns sobreviventes de abuso sentem medo de sofrer uma represália (frequentemente como forma de rejeição) quando dizem "Não" ou "Pare" para um adulto, particularmente adolescentes. Subsequentemente, a técnica foi utilizada para tentar ajudar os pacientes a controlar a raiva, muitos dos quais possuíam dificuldades em serem assertivos.] *"(...) help patients who had been physically, sexually, or emotionally abused to feel more empowered and to become more assertive. At the time of their abuse, the patients had been overpowered and had been unable to protect themselves and preserve their boundaries by saying, "No" or "Stop." Some survivors of abuse have a reflexive fear of retaliation (often in the form of rejection) when they say "No" or "Stop" to an adult. This is particularly true for adolescents. Subsequently, the technique was used to try to assist patients with anger management, many of whom also have difficulties with assertiveness."* (A2).

Auxiliar jovens na regulação da raiva, aprender a solucionar conflitos e desenvolver habilidades sociais é fator preventivo<sup>4</sup>.

#### 4.4.1.3 Favorecer relações interpessoais

As relações interpessoais são um aspecto delicado para muitas vítimas de abuso sexual. Confiar em um adulto é tarefa difícil, especialmente para aqueles que sofreram abuso na infância por pessoas da família ou próximas do meio familiar. A musicoterapia tem o potencial de favorecer a relação de confiança ao promover um espaço de amplas possibilidades de ser e estar do paciente, em um ambiente seguro.

[Trabalhar com traumas com intuito de atingir a normalidade sensorial e fazer experiências que tragam consigo um senso básico de proteção do corpo e da saúde física.] *"Working through trauma towards normal sensory and play experiences that brought with them basic sense of body boundaries and physical safety"* (A4)

[Desenvolvendo capacidade para relacionar-se – desenvolvendo confiança através de experiências de estabilidade e oscilação] *"Developing capacity for relationship – developing trust through experiences of predictability and variation"*.(A4)

[Provada por ser uma forma criativa e segura para ela explorar um mundo interno de sofrimento, cheio de memórias doloridas, que vêm à tona a partir da escuta da música dissonante de Nono] *"proved to be a creative and safe way for her to explore an inner world of suffering, imbued with painful memories, which surfaced when listening to Nono's dissonant music"* (A6)

[Com adolescentes, o terapeuta especificamente fala sobre a dificuldade de confiar em qualquer adulto depois de ter sido traído por adultos (geralmente membros da família) que deveriam cuidá-los e protegê-los]. Tradução livre de: *"With adolescents, the therapist specifically talks about the difficulty trusting any adult after having been betrayed by adults (often family members) who should have been caring for and protecting them."* (A2)

#### 4.4.1.4 Construindo ou reconstruindo a identidade

A identidade é especialmente prejudicada em vítimas de abuso sexual, tanto pela questão associada aos maus-tratos na infância e juventude, quanto pela transgressão dos limites humanos que desfavorece o pleno desenvolvimento da criança e/ou do jovem enquanto ser que sente, pensa e deseja. A musicoterapia permite que aspectos da identidade sejam criados e recriados através da auto-descoberta; da troca de afeto que afirma ou reafirma valores e favorece o despertar de vontades antes adormecidas ou nunca despertadas.

[O uso metafórico dos instrumentos, incluindo voz, foram também experimentados como alternativa preferida para a construção de identidade em um ambiente seguro]. Tradução livre de: *“The metaphorical use of instruments, including the voice, was also used to experiment with alternative, preferred constructions of identity in a safe environment. (A7)*

[O aumento da capacidade dos participantes em improvisar, escrever músicas (...) auxiliou na melhora da auto-confiança lidando (respectivamente) com explorar o novo (...); indicando o desejo de confiar; exploração de emoções e experiências difíceis (...) Tradução livre de: *“Participants’ increased ability to improvise, write songs, (...) helped to build their confidence, leading (respectively) to actively exploring new (...); indicating the desire to trust; (...).”(A7)*

[A musicoterapia oferece múltiplas formas simbólicas de exploração, incluindo improvisação, escrita de canções (...) os participantes foram capazes de trabalhar com seus meios preferidos, promovendo conforto na exploração] Tradução livre de: *“As music therapy offers multiple symbolic modes of exploration, including improvisation, song-writing, (...) participants were able to work with their preferred mediums, enhancing comfort in exploration (A6)”*

#### 4.4.2 Musicoterapia e Adolescência



O uso dos elementos musicais na musicoterapia oferece meios de expressar sentimentos, pensamentos, ideias, emoções de modo menos confrontador, estando de acordo com pesquisas já realizadas sobre o tema<sup>53</sup> que, ao comparar grupos com ou sem musicoterapia, concluiu que adolescentes talvez possam ter mais sucesso no tratamento musicoterapêutico pois, este reduz a hostilidade, e oferece a oportunidade deles participarem da terapia de modo construtivo<sup>23</sup>.

#### 4.4.2.1 Comunicação

As evidências apontaram que na adolescência a comunicação verbal pode ser um empecilho para a terapia que requer verbalização. O abuso sexual é também um fator limitador, restritor, cuja violência compreende um silêncio, referente “àquele que é calado”, “do qual se retira a voz” revelando um duplo desafio. Ambos os aspectos podem se apoiar no potencial que a musicoterapia tem para dar voz ao paciente e proporcionar caminhos terapêuticos menos confrontadores.

[Isso talvez revele a possibilidade de que as terapias baseadas em arte possam prover aos adolescentes uma introdução mais agradável no espaço terapêutico, o que pode não acontecer com a terapia verbal] Tradução livre de: *“This may reveal the possibility that arts-based therapies could provide a more enjoyable introduction to the therapeutic space for adolescents, who may not initially be as drawn to verbal therapy”* (A7)

[Isso provê um espaço terapêutico agradável que não depende somente do trabalho verbal, e portanto pode ser visto como menos confrontador e mais divertido que a psicoterapia verbal, possibilitando acesso para questões importantes por caminhos criativos.] It provides an enjoyable therapeutic space that does not rely only on verbal work, and may therefore be seen as less threatening and more playful than verbal psychotherapy, while still addressing important issues in creative ways.(A7)

[A seguinte sentença é de um paciente adolescente que vêm recebendo tratamento musicoterápico há 8 meses. Esta frase indica claramente que uma

pessoa articulada estava disposta a não se expressar sobre qualquer dor do seu mundo emocional mais profundo em um nível verbal. Porém, rapidamente esses sentimentos foram explorados e vieram à tona através da improvisação clínica. As emoções exploradas foram inicialmente externalizadas através de improvisações verbalizadas com o paciente. Assim, a interação com o cliente era através da música e das palavras, principais agentes da mudança terapêutica e relação – cliente, terapeuta e música] Tradução livre e adaptada de: *“The following quotation from an adolescent client who had been receiving music therapy for eight months indicates clearly how an articulate client was able to avoid expressing any of the pain of her inner emotional world on a verbal level, but found these feelings very quickly being explored when expressing herself through the medium of clinical improvisation. The emotions explored were initially externalized through the improvisations, which were discussed with the client. Thus, interaction with the client was through both music and words, the primary agents of therapeutic change being the client-therapist relationship and the music (...)”* (A1)

#### 4.4.2.2 Aprendizado e busca do novo

O aprendizado é inerente ao processo terapêutico, nele se aprende uma nova forma de se relacionar com o mundo; questões sobre si mesmo; amar a si e aos outros. Na musicoterapia o aprendizado também pode aparecer como uma habilidade musical revelada no processo terapêutico, melhorando a auto-estima e auto-confiança.

O envolvimento do jovem também pode compreender experiências musicais diferenciadas, explorando repertórios incomuns.

[Adicionalmente, a resposta de Nancy ao escutar a música, revela que a canção de Nono [dissonante] se adequa à sua própria experiência como adolescente, experimentando aspectos emocionais intensos e incertos, questionando sua própria identidade e independência, e ansiedade por experimentar novidades]. *“Additionally, Nancy’s response to the music reveals that Nono’s focused and fragile composition fits her own adolescent experience of emotional intensity and*

*uncertainty, questioning self-identity and independence, and experimentation and novelty-seeking behaviors.” (A6)*

O estímulo à cultura e educação é um fator protetivo para o jovem em vulnerabilidade social. Seus benefícios auxiliam seu desenvolvimento e futuro engajamento no mercado de trabalho<sup>2</sup>.

#### **4.5 Avaliações adicionais**

Pudemos encontrar nos resultados, objetivos e potenciais da musicoterapia em relação às principais características das vítimas de abuso sexual descritas na literatura: 1) síndrome dos bens danificados (sentimento de que a inocência foi perdida e os sonhos destruídos) 2) culpa 3) depressão 4) baixa auto-estima 5) empobrecimento de habilidades sociais 6) raiva e hostilidade reprimida 7) capacidade para confiar prejudicada 8) limites pouco claros entre os papéis 9) pseudomaturidade e 10) problemas de autodomínio e controle<sup>16</sup>.

Os resultados revelaram que a musicoterapia para vítimas de abuso sexual é um potencial meio de tratamento, capaz de enfrentar temas e dificuldades específicas decorrentes da violência ocorrida na infância e/ou adolescência.

Sabemos que o tema sobre abuso sexual engloba ampla rede de atuação, constituída por sistema de saúde, justiça, família, educação. Neste trabalho os diversos contextos foram abordados, onde a musicoterapia esteve presente nos mais variados contextos.

Os artigos não abordaram de modo direto a família, embora no histórico do paciente tenham sido apresentadas as condições familiares, que geralmente envolviam maus-tratos e negligência. Algumas crianças viviam em abrigos e outras eram adotadas. Questões de justiça, encaminhamento para abrigo, aspectos educacionais estiveram presentes na apresentação dos casos.

No âmbito da revelação (acidental, intencional ou estimulada) do abuso sexual dentro do processo terapêutico<sup>54</sup>, identificamos pacientes que revelaram o

abuso após ter iniciado na musicoterapia. A revelação foi facilitada pelo processo não-verbal. A simbolização e projeção do abuso através dos instrumentos musicais também foram consideradas formas de comunicação do trauma.

Em alguns estudos, pacientes foram inicialmente encaminhados para tratamento musicoterapêutico por motivo de depressão, ou dificuldade de comunicação onde o abuso, ocorrido na infância e já cessado, acabou sendo revelado no processo musicoterapêutico<sup>48</sup>.

Em geral, o início do processo musicoterapêutico se deu após a separação da vítima com o agressor. Nos artigos foram descritos os tipos de agressores, a forma de abuso, quem foi o responsável pela revelação do abuso e qual foi o tipo de encaminhamento do paciente após a revelação. O conhecimento do histórico do paciente esteve presente em todos os artigos que apresentaram um caso específico.

Em diversos estudos a musicoterapia esteve presente em situações multidisciplinares com maior ou menor ênfase na disciplina musicoterapêutica. Ora a musicoterapia se encontrava no papel auxiliar, promovendo objetivos de outras disciplinas, como psiquiatria, ora de modo intensivo, como principal terapia para o paciente.

#### **4.6 Redefinição dos parâmetros da revisão sistemática**

Como previsto os parâmetros da revisão sistemática foram se redefinindo a medida que avançou. Questões foram levantadas ao longo das leituras, os critérios de inclusão se modificando e as informações a serem extraídas foram se adequando de acordo com aquilo que foi produzido no meio científico sobre o tema pesquisado.

Inicialmente a proposta de pesquisa foi baseada no uso da música e da musicoterapia no atendimento aos adolescentes vítimas de abuso sexual, no entanto, os estudos que envolviam apenas o uso da música fora do contexto da musicoterapia ora não abordavam o uso da música como intervenção única<sup>51</sup>, ora não apresentavam detalhes técnicos para sua reprodução ou aplicação, embora tenham o potencial para sensibilizar profissionais de outras áreas da saúde<sup>55</sup> para

explorar os potenciais da música de acordo com sua atuação, eles foram excluídos da pesquisa com o intuito de reduzir os ruídos e vieses de acordo com os objetivos desta revisão.

#### 4.7 Citação Mútua

O sistema de citação mútua buscou, dentre outras coisas, determinar a relevância dos artigos por meio de citações. Foram avaliados somente os artigos incluídos. Pudemos observar a relevância de um artigo a partir do número de autores que o citaram, bem como, as citações permitiram relacionar temas comuns debatidos pelos autores.

**Tabela 1 – Citação Mútua Entre Os Autores Incluídos**

Autor Ano	Quem citou o autor?	Números de artigos citaram o autor	de quem autor citou?	o Número de artigos citados pelo autor
1992 Rogers, Penny	1994 Slotoroff, Cyd; 2003 Robarts, Jacqueline Z.	2	0	0
1994 Slotoroff, Cyd	0	0	1992 Rogers, Penny	1
2003 Robarts, Jacqueline Z.	2006 Robarts, Jacqueline; 2009 Strehlow, Gitta; 2018, Schulze CA	3	1992 Rogers, Penny	1
2006 Robarts, Jacqueline	2018, Schulze CA	1	2003 Robarts, Jacqueline Z.	1
2009 Strehlow, Gitta	2018, Schulze CA	1	2003 Robarts, Jacqueline Z.	1
2015 Curreri, E.	0	0	0	0
2018, Schulze CA	0	0	2003 Robarts, Jacqueline Z.; 2006 Robarts, Jacqueline; 2009 Strehlow,	3

Nota: Inspirada no “Mutual Citations in Reports of Studies with HIC-Positive Women”<sup>37</sup>

#### 4.8 Avaliação De Qualidade De Estudos De Caso

Os artigos foram avaliados de acordo com critérios de avaliação de qualidade para estudos de caso. Foi utilizado o “Check List for Case Report”<sup>45</sup> que avalia quais tipos de informações estão contidas nos artigos segundo determinadas questões.

O artigo A7, apesar de ter sido claramente uma pesquisa qualitativa, foi avaliado como estudo de caso por conter a maior parte das informações procuradas.

As perguntas foram colocadas em quadro e, ao lado os artigos que apresentaram a informação.

**Quadro 7- Avaliação de qualidade dos Estudos**

1	As características demográficas dos pacientes foram claramente descritas?	A2, A3, A4, A6 e A7
2	A história do paciente foi claramente descrita e apresentada na linha do tempo?	A3, A4, A6, A7
3	A atual condição clínica do paciente foi descrita de modo claro?	A2, A3, A4, A6, A7
4	Os testes diagnósticos e os métodos de avaliação foram claramente descritos?	A4
5	A intervenção e/ou procedimento de tratamento foram claramente descritos?	A1, A2, A3, A4, A6, A7
6	A condição clínica pós intervenção foi claramente descrita?	A3, A4, A6
7	Eventos adversos (danos) ou imprevistos foram identificados e descritos?	Nenhum artigo apresentou essa informação
8	O relatório do caso fornece lições para viagem?	A1, A2, A5, A6, A7

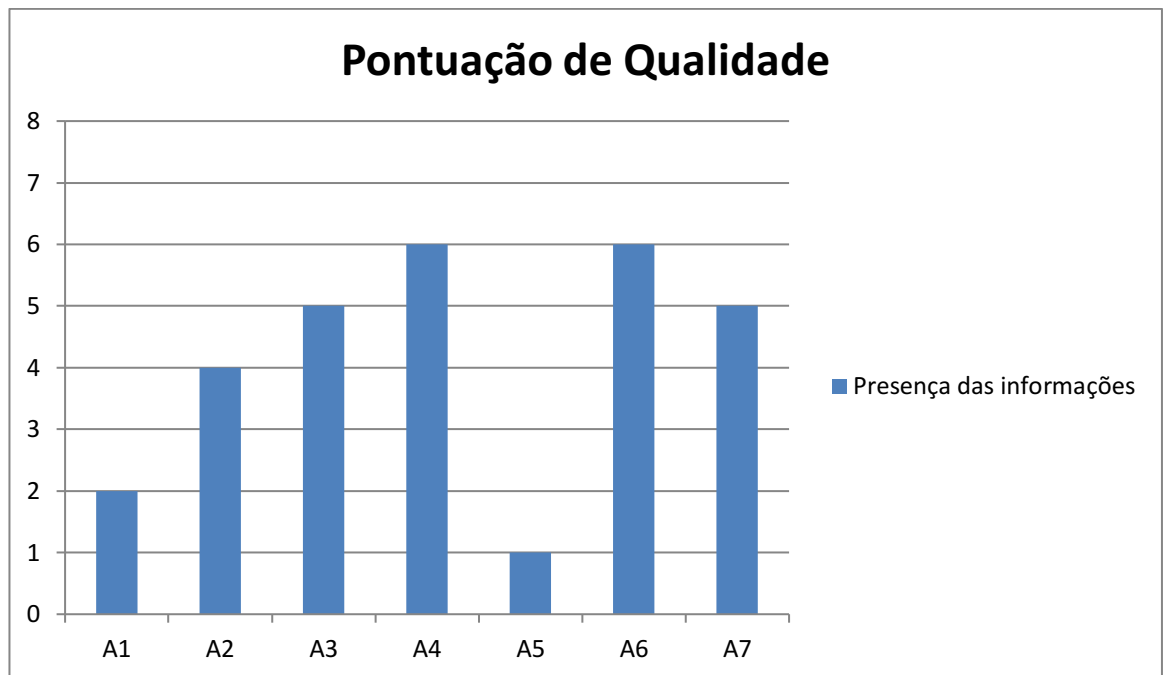
Nota: Questionário de avaliação de qualidade dos estudos<sup>45</sup>

**Tabela 2: Avaliação Individual das Informações**

ID	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
A1	N/A	N	N	N	S	N	N	S
A2	S	N/A	N/A	I	S	I	N	S
A3	S	S	S	I	S	S	N	N
A4	S	S	S	S	S	S	N	N
A5	N/A	N/A	N/A	N	N/A	N/A	N	S
A6	S	S	S	I	S	S	N	S
A7	S	S	S	N/A	S	N/A	N	S

Nota: S = Sim, N=Não, N/A=Não Se Aplica, I=Incerto Q=Questão. Baseada no modelo proposto pelo Manual Joanna Briggs<sup>36</sup>

Como critério de qualidade, foi definido pelo autor estudos que trouxeram o maior número de informação referente à pergunta e aos critérios da revisão sistemática.

**Ilustração 2- Pontuação de Qualidade**

Abaixo serão apresentados e discutidos de modo geral, as notas de não aplicabilidade da questão.

Sobre a descrição da população (pergunta 1), história do paciente (pergunta 2) e descrição da condição clínica do paciente (pergunta 3) o estudo A1, apontou

uma síntese temática de questões relacionadas ao atendimento musicoterapêutico para vítimas de abuso sem focar em um caso específico. O estudo A2 apresentou o uso de uma determinada técnica apresentando exemplo de caso em relação à técnica que envolveu suspeita de abuso, não entrando nos critérios de inclusão. O estudo A5, também apresentou a experiência da musicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de abuso, e utilizou um caso de uma criança de 8 anos, que não entrou nos critérios do estudo por idade. É importante salientar que estes estudos foram incluídos na revisão por trazerem a experiência (de modo geral) do atendimento de adolescentes vítimas de abuso sexual, e por este motivo foram incluídos mesmo não tendo apresentado um caso específico de abuso.

## **4.9 Recomendações**

### **4.9.1 Para pesquisa**

Novas pesquisas poderão somar mais estudos relacionados ao tema se investigarem, de modo qualitativo, musicoterapia para sintomas do abuso sexual relacionados à Transtornos de Estresse Pós Traumático, Estados Dissociativos, Negligência, Violência Doméstica, uma vez que pesquisas quantitativas já existem<sup>24,56</sup>

Estudos comparativos sobre o uso e não uso da musicoterapia que avaliem eficácia, desistência, também podem auxiliar na compreensão da diferença entre o uso e não uso.

Pesquisas ou relatos de casos no Brasil também são importantes visto que não há produção de material até o momento.

### **4.9.2 Para prática**



Não havendo publicações sobre pesquisa de abuso sexual na juventude no Brasil envolvendo musicoterapia, este trabalho se coloca como precursor de pesquisa sobre o tema e com isso, apresenta artigos com peso teórico e metodológico refletindo sobre o atendimento de adolescentes que foram vítimas de abuso sexual na infância e/ou adolescência.

Seus resultados poderão também sensibilizar gestores e profissionais de outras áreas da saúde para iniciarem pesquisas e experiências com a musicoterapia para esse tipo de população, visto os benefícios que a mesma promove.

#### **4.10 Limitações**

Pode-se pensar que a exclusão de casos de suspeita de abuso sexual tenha sido um fato limitador. Sabe-se que muitos casos de abuso sexual são desconhecidos. Crianças que sofreram maus-tratos físicos, negligência podem ter sido expostas ao abuso sexual e sua revelação tornar-se cada vez mais complexa com o passar dos anos, configurando um atendimento musicoterapêutico específico.

Estudos focados na adolescência são poucos, a maior parte das publicações englobou crianças e adolescentes, portanto não podemos afirmar especificamente os potenciais das técnicas relacionados a essa fase de vida embora tenhamos filtrado o assunto baseado no conhecimento sobre musicoterapia e saúde do adolescente.

### **5 CONCLUSÃO**

A musicoterapia é um potencial meio de tratamento para adolescentes vítimas de abuso sexual na infância e/ou adolescência porque facilita o processo de comunicação de sentimentos e pode facilitar a revelação do abuso sexual; promove o manejo da raiva; favorece a formação de vínculo terapêutico; é um meio menos confrontador para lidar com o abuso, não depende apenas da fala como recurso de comunicação e expressão; é um tipo de arte muito apreciada nesta fase de vida.

Pode também oferecer caminhos de crescimento e formação de identidade, através do desenvolvimento de habilidades e inserção em práticas musicais, favorecendo a auto-estima e auto-confiança. Portanto, a musicoterapia pode promover fatores protetores e preventivos para jovens vítimas de abuso sexual.

## 6 REFERÊNCIAS

1. MODENA MR, organizador. Conceitos e Formas de Violência [Internet]. Caxias do Sul/RS: Educus; 2016 [citado 30 de agosto de 2019]. Disponível em: [https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebookconceitos-formas\\_2.pdf](https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebookconceitos-formas_2.pdf)
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da Violência 2019. Brasília, DF; Rio de Janeiro, RJ; São Paulo, SP; 2019.
3. Landi, Carlos Alberto. Violência sexual contra adolescentes e adultos jovens e estilos parentais / Carlos Alberto Landi. – São Paulo, 2019. xv, 84f.
4. Youth violence [Internet]. [citado 3 de novembro de 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/youth-violence>
5. TEMER M. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE . [Internet]. Diário Oficial da União. Seç. 1, LEI 13.431 abr 5, 2017. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=05/04/2017>
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5º ed. Grupo A;
7. Incesto. In: Michaelis [Internet]. Melhoramentos; 2019 [citado 1º de agosto de 2019]. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=incesto>
8. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. junho de 2018;49(27)
9. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências :Viva/Sinan - Brasil, 2011. 2013;44(9).
10. 1ª Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal. Violência sexual contra crianças e adolescentes.Coleção Conhecendo a 1 vara da Infância e da Juventude do DF
11. Lerner T, Vásquez L. Violência Sexual. In: Waksman RD, Hirschheimer.Manual de Atendimento à Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. Distrito Federal DF. Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2011. P.73-84
12. Lugão K. Abuso sexual Crônico: estudo de uma série de casos ocorridos na infância e na adolescência. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2012;24(3):179–82.

13. Cotrim J, Margatho M, Mação P, Santos S, Jorge A, Gaspar E, et al. Profilaxia de infeções sexualmente transmissíveis na criança e adolescente vítima de abuso sexual. 2013;7.
14. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer. 172 p; 13,5 x 20,5 cm. Cap. 6 Violência Sexual. Lerner T, Vásquez ML
15. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência / Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente. Coordenação: Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer. 172 p; 13,5 x 20,5 cm. Cap. 7 Roteiro de Atendimento e Notificação. Mário Roberto Hirschheimer e Renata Dejtiar Waksman
16. Padilha MGS, Gomide PIC. Descrição de um processo terapêutico em grupo para adolescentes vítimas de abuso sexual. Estudos de Psicologia 2004, 9 (1) , 53-61
17. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. 2010;132.
18. Papalia D, Feldman R. Desenvolvimento Humano. 12º ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
19. Azevedo AEBI, Reato L de FN, organizadores. Manual de Adolescência. 1. ed. Barueri, SP: Manole; 2019
20. Gilbert AL, Rickert VI, Aalsma MC. Clinical Conversations About Health: The Impact of Confidentiality in Preventive Adolescent Care. Journal of Adolescent Health. 1º de novembro de 2014;55(5):672–7
21. Almeida RA de, Lins L, Rocha ML. Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. Revista Bioética. agosto de 2015;23(2):320–30.
22. Bruscia, KE. Definindo Musicoterapia. 3ed. Traduzido por: Leopoldino, M. Barcelona Publishers. 2014. 306 p
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº849, de 27 de Março de 2017. Inclusão de novas práticas na PNPIC. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2017 mar. 28; Seção 1. N60. Pág. 6
24. Clendenon-Wallen J. The Use of Music Therapy to influence the Self-Confidence and Self-Esteem of Adolescents Who Are Sexually Abused. Music Therapy Perspectives. 1º de janeiro de 1991;9(1):73–81.
25. Baker F, Wigram T, Stott D, McFerran K. Therapeutic Songwriting in Music Therapy: Part I: Who Are the Therapists, Who Are the Clients, and Why Is Songwriting Used? Nordic Journal of Music Therapy. 2008 Julh 10; 17, 105-123
26. Baker F, Bor W. Can music preference indicate mental health status in young people? Australas Pshchiatry 2008 Ago ; 16(4): 284-8

27. Day T, Bruderer H. Music therapy to support mothers who have experienced abuse in childhood [Internet]. Oxford University Press; 2011 [citado 8 de outubro de 2019]. Disponível em: <https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199580514.001.0001/acprof-9780199580514-chapter-010>
28. Krob DB. Desconstruindo Amélias: musicoterapia com mulheres em situação de violência doméstica sob a ótica da teologia feminista. 2013
29. Teague AK, Hahna ND, McKinney CH. Group Music Therapy with Women who have Experienced Intimate Partner Violence. *Music Therapy Perspectives*. 1º de janeiro de 2006;24(2):80–6.
30. MacIntosh HB. Sounds of healing: music in group work with survivors of sexual abuse. *The Arts in Psychotherapy*. janeiro de 2003;30(1):17–23.
31. Rogers PJ. Childhood Sexual Abuse: Dilemmas in Therapeutic Practice. *Music Therapy Perspectives*. 1º de janeiro de 1995;13(1):24–30.
32. Robarts J. Music therapy with sexually abused children. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2006;11(2):249–269.
33. Strehlow G. The use of music therapy in treating sexually abused children. *Nordic Journal of Music Therapy*, 2009 Sep 4; 18:2, 167-183
34. Robarts JZ. The healing function of improvised songs in music therapy with a child survivor of early trauma and sexual abuse. *Psychodynamic music therapy: Case studies*. 2003;141–182.
35. Khalil H, Peters M, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Parker D. An Evidence-Based Approach to Scoping Reviews. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2016 April 13, (2), 118-123
36. Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. Capítulo 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z (Editores). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
37. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. Springer Publishing Company New York. 2006. 311p.
38. Weichold K, Sharma D. Intersections between Scientific Research and Public Policies for Sexual Abuse. *ISSBD*. 2011; 2(60)
39. Langenberg M, Aigen K, Frommer J. *Qualitative Music Therapy Research*. Barcelona Publisher.1996.
40. Trivedi RR, Rejani TG. Expressive Arts Therapy with children who were sexually abused: an overview. *WJRR*. V 3, n 4, 78-83

41. Westrhenen N, Fritz N. Creative Expressive Arts Therapy as treatment for child trauma: an overview. *The Arts in Psychotherapy*. 2004 Nov; 41(5)
42. Converse TE. A dance/movement Therapy Clinical Model for the treatment of school aged children who are victims of sexual abuse : a literature based study. Nov 2008. Tese. 335p.
43. Smyth J, Nobel J. Creative, Artistic, and Expressive Therapies for PTSD. Arts&Healing Foundation [Internet] citado em 2018 Junh. Disponível em: [http://www.marketingnavigators.com/FAH2/wp-content/uploads/2015/12/PTSD-White\\_Paper\\_Smyth\\_Nobel.pdf](http://www.marketingnavigators.com/FAH2/wp-content/uploads/2015/12/PTSD-White_Paper_Smyth_Nobel.pdf)
44. PROSPERO. International Prospective Register of Systematic Reviews. [Internet] [citado em 2018 Ago]. York: National Institute for Health Research (UK). Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>
45. GagnierJJ, KienleG, AltmanDG, MoherD, SoxH, RileyD, CARE Group. The CARE Guidelines: Consensus-Based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 2013;53(10):1541-1547.
46. Matheos MCC. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22 (Especial-Nefrologia): 543-5.
47. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, et al. (2009) The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med* 6(7): e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100
48. Rogers P. Issues in working with sexually abused clients in music therapy. *Journal of British Music Therapy*. 1992;6(2):5–15.
49. Sotoroff C. Drumming Technique for Assertiveness and Anger Management in the Short-Term Psychiatric Setting for Adult and Adolescent Survivors of Trauma. *Music Therapy Perspectives*. 1º de janeiro de 1994;12(2):111–6.
50. Curreri E. An Unguided Music Therapy Listening Experience of Luigi Nono's *Fragmente-Stille, an Diotima: A Case Report*. *Music Therapy Perspectives*. 1º de janeiro de 2015;33(1):63–70.
51. Schulze CA. The role of music therapy in the exploration and construction of identity by adolescent survivors of child sexual abuse: a multiple case study. :179.
52. Bruscia K. *Modelos de Improvisación en musicoterapia*. 1º ed. Agruparte; 1999. 430 p.
53. Clendenon-Wallen J. *The Use of Music Therapy to influence the Self-Confidence and Hostility of Adolescents Who Are Sexually Abused*. Wester Michigan University; 1993.
54. Santos SS dos, Dell'Aglio DD. Quando o silêncio é rompido : o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. When the silence is broken: the

process of disclosure and reporting of child sexual abuse [Internet]. 2010 [citado 15 de novembro de 2019]; Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/27861>

55. Using Music as a Therapy Tool to Motivate Troubled Adolescents: Social Work in Health Care: Vol 39, No 3-4 [Internet]. [citado 3 de novembro de 2019]. Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J010v39n03\\_09](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J010v39n03_09)

56. Worden MC. The Effect of Music on Differences in Body Movement of College Music Majors, Dance Majors, and Survivors of Sexual Abuse. *Journal of Music Therapy*. 1º de dezembro de 1998;35(4):259–73.

## APÊNDICE



## APÊNDICE 1

### Referências dos Artigos Incluídos

ID do Artigo	Referência Completa
A1	Rogers P. Issues in working with sexually abused clients in music therapy. <i>Journal of British Music Therapy</i> . 1992;6(2):5–15.
A2	Slotoroff C. Drumming Technique for Assertiveness and Anger Management in the Short-Term Psychiatric Setting for Adult and Adolescent Survivors of Trauma. <i>Music Therapy Perspectives</i> . 1º de janeiro de 1994;12(2):111–6.
A3	Slotoroff C. Drumming Technique for Assertiveness and Anger Management in the Short-Term Psychiatric Setting for Adult and Adolescent Survivors of Trauma. <i>Music Therapy Perspectives</i> . 1º de janeiro de 1994;12(2):111–6.
A4	Robarts J. Music therapy with sexually abused children. <i>Clin Child Psychol Psychiatry</i> . abril de 2006;11(2):249–69.
A5	Strehlow G. The use of music therapy in treating sexually abused children. <i>Nordic Journal of Music Therapy</i> . 2009;18(2):167–183.
A6	Curreri E. An Unguided Music Therapy Listening Experience of Luigi Nono's <i>Fragmente-Stille, an Diotima</i> : A Case Report. <i>Music Therapy Perspectives</i> . 1º de janeiro de 2015;33(1):63–70.
A7	Schulze CA. The role of music therapy in the exploration and construction of identity by adolescent survivors of child sexual abuse: a multiple case study. :179.

## APÊNDICE 2

### Detalhamento de Contexto e Formação do Terapeuta

ID do Artigo	Contexto (Onde é aplicada)	Formação do Terapeuta (Por quem?)
1	Clínica - North East Essex Mental Health Services Trust	Musicoterapeuta clinica e pesquisadora da City University, London
2	Hospital Psiquiátrico - Yale Psychiatric Institute, New Heaven, CT	Musicoterapeuta no Yale Psychiatric Institute, New Heaven, Connecticut
3	Clínica próxima à Unidade Psiquiátrica, internação	Musicoterapeuta, clinica próximo a unidade psiquiátrica de internação em London, UK
4	Clínica, centro de Musicoterapia Nordoff-Robbins, London, UK	Musicoterapeuta no Centro de Musicoterapia Nordoff-Robbins, London, UK
5	Instituição especializada em acolhimento de crianças e jovens vitimas de abuso sexual, Dunkelziffer, Alemanha	Musicoterapeuta na instituição Dunkelziffer, Alemanha
6	Departamento psiquiátrico do hospital - Elmhurst Hospital Center, New York	Musicoterapeuta no departamento psiquiátrico - Elmhurst Hospital Center, New York
7	ONG, Victim Empowerment Programme. Mzamomhle settlement in East London, África do Sul	Pesquisa de musicoterapeuta para obtenção do diploma de musicoterapia, Faculdade de Humanidades

## APÊNDICE 3

### Detalhamento de Duração do Atendimento

<b>ID do Artigo</b>	<b>Duração do Atendimento (quanto tempo)</b>
A1	Não especificado. De acordo com o conteúdo do texto, o processo é de longo prazo.
A2	Curto prazo, de 1 a 2 sessões.
A3	14 meses de musicoterapia individual , uma a duas vezes por semana, com duração de 45 minutos.
A4	Longo prazo, 7 anos de musicoterapia com duração de 30 a 40 minutos. "
A5	Longo prazo, até 3 anos (cerca de 150 sessões), com duração de 50 minutos.
A6	Sessão única como suporte para outras terapias em andamento.
A7	8 sessões de 60 a 90 minutos

## APÊNDICE 4

### Detalhamento do Método

ID do Artigo	Método de Intervenção (Como?)
A1	Improvisação musical [Para mim, musicoterapia envolve o uso de livre improvisação clínica através da qual o terapeuta examina a relação entre si e o cliente, interessado em compreender, refletir e interpretar (tanto musicalmente quanto verbalmente) questões terapêuticas que tem relevância para o paciente] "For me, music therapy involves the use of free clinical improvisation through which the therapist examines the relationship between herself and the client, seeking to understand, reflect and interpret (either musically or verbally) therapeutic issues that have particular relevance for the client"
A2	Improvisação - Jogo de interação percussiva
A3	Improvisação musical com ênfase em criação de paródias
A4	Improvisação musical com ênfase na interação terapeuta-paciente [Os vocalizes e o humor de Sally era sustentados por JR (musicoterapeuta), inicialmente pelo piano, harmonizando seus sons] "Sally-s vocalizing and mood are supported by JR [music therapist], initially from the piano, harmonizing her sounds" "
A5	Interação musical entre terapeuta e paciente [O aspecto musical na interação entre a criança e o terapeuta muda e se adapta às necessidades da criança de acordo com a progressão da terapia. "The role of music in the interaction between the child and therapist changes and adapts itself to the needs of the child according to the progress of the therapy".
A6	Audição da peça Diotima: <i>fragment stille de Luigi Nono</i> em uma única sessão
A7	Método Ativo e Receptivo de musicoterapia. Improvisação. Uso de voz, instrumento, movimento, <i>songwriting</i> e modalidades extramusicais como artes plásticas/pinturas

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**

**ANEXO 2**

**BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

Normas para teses e dissertações [internet].2 ver. E corrigida. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Biblioteca Antônio Rubino de Azevedo, Coordenação de Cursos, 2015 [citado em 2019 NOV 3] Disponível em: [www.bibliotecacsp.unifesp.br/Documentos-Apostila/normas-para-teses-e-dissertacoes](http://www.bibliotecacsp.unifesp.br/Documentos-Apostila/normas-para-teses-e-dissertacoes)