

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

CHRISTIANNE KAMIMURA POLO

**INTERVENÇÕES LÚDICO-MUSICAIS FRENTE AO ESTRESSE
DE CRIANÇAS ACOLHIDAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA**

São Bernardo do Campo

2010

CHRISTIANNE KAMIMURA POLO

**INTERVENÇÕES LÚDICO-MUSICAIS FRENTE AO ESTRESSE
DECRIANÇAS ACOLHIDAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vera M. Barros de Oliveira

São Bernardo do Campo

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Polo, Christianne Kamimura

P766i

Intervenções Lúdico-musicais frente ao estresse de crianças acolhidas vítimas de violência doméstica / Christianne Kamimura Polo. 2010.

135 f.

Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde) –Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2010.

Orientação de: Vera M. Barros de Oliveira.

1. Violência na família 2. Música (Crianças acolhidas) 3. Brincar 4. Estresse I. Título

CDD 157.9

AGRADECIMENTOS

A caminhada nestes dois anos pela busca do conhecimento fez-me sentir como é fundamental as pessoas que estão ao meu lado e que amo, pois muitas vezes vivenciei no processo de me tornar mestra, sentimentos ambíguos, ora uma inquietação, ora um grande contentamento por aprender sempre. Uma caminhada repleta de perguntas, dúvidas e questionamentos, e estas pessoas especiais me ajudaram, acreditaram e apoiaram este projeto, elas são da família, amigos, mestres, colegas do mestrado. A todos vocês, muito obrigada pelo apoio e carinho.

Primeiramente quero agradecer aos meus amados pais, que em toda a minha vida me incentivaram a evoluir na minha carreira acadêmica e acreditaram que seria possível a realização desta pesquisa. Agradeço imensamente a vocês, pai e mãe, que desde cedo me ensinaram que o importante é sermos nós mesmos, buscarmos nossos desejos e nos aprimorarmos como pessoa. Obrigada pela oportunidade que vocês me deram de me arriscar pelos meus sonhos e torná-los realidade. Eu serei eternamente grata por ser filha de vocês! Obrigada pelo imenso amor!

Ao meu grande amor, amigo e companheiro, Hugo, que com sua sede de conhecimento, seja na academia, seja na vida, me instiga sempre às veredas que brotam do desconhecido, em vista do deslumbrante mundo do conhecimento! Estimulou e acreditou, e assim, participou efetivamente, no começo até o fim do mestrado, ora como mestre que é, oferecendo pistas importantes na pesquisa e dissertação, ora como meu precioso esposo, apoiando e compreendendo as minhas questões. Muito obrigada por você existir, obrigada por seu imenso Ser Amoroso. Te amo!

A minha querida filha angelical, Sofia, que com sua sabedoria e amor, compreendia a ausência da mamãe por muito tempo em frente ao computador. Ela me encantava em meio a tormenta, tocando piano; também lia, brincava com as bonecas, com o papai, mas sempre presente com seu ser encantado, repleto de Deus, me trazendo paz... Obrigada meu anjo por você ser minha pikololoka (coisa nossa) e me dar sempre muito beijos e amor eterno...

Aos todos meus queridos professores do programa do mestrado que me ensinaram a ver a importância da Psicologia da Saúde na medida em que investiga processos promotores de saúde e preventivos a uma sociedade repleta de adoecimento e violência interpessoal e intrapessoal. Os mestres me ensinaram que é fundamental a

ética e seriedade para ser professor e pesquisador, e ter sempre indagações sobre a ciência e seus paradigmas, muita obrigada pelas pistas acadêmicas.

Em especial a querida Mestra Vera, com seu imenso conhecimento e cultura, me ensinou que o importante é saber brincar com as vicissitudes da vida, ter bom humor, rir de si mesmo ao errar, brincar sempre, e também se questionar, e assim como na música, “vivendo e aprendendo a jogar”. Obrigada por acreditar e estimular a realização de um projeto envolvendo o brincar musical, num processo de resgate de saúde das crianças acolhidas com estresse. Investigar os processos lúdicos é estudar e estratégia de promoção de saúde biopsicossocial.

A querida amiga, musicista e professora de piano Evangelina, agradeço o eterno investimento que fez mim como pianista e psicóloga, me fazendo acreditar que é possível realizar nossos mais doces sonhos, mas sempre com muita implacabilidade e doçura, como guerreira, e não foi diferente neste processo de mestrado. Mostrou-me a magia e poder da música, que nos transporta para uma esfera divina e nos ajuda tocando em sentimentos não ditos, propondo paisagens sublimes. Obrigada grande amiga e mestre, por me acalantar em momentos difíceis, com a música.

As minhas outras amadas amigas que me acompanharam este processo do saber, compreendendo minha muitas vezes minha ausência. Como se diz na canção, “tão longe, tão perto”, a amizade é assim. Muito obrigada a todas vocês.

Quero agradecer o apoio que sempre tive na realização desta pesquisa por parte da Instituição e das técnicas, especialmente a amiga Mirtes e toda a equipe técnica muito obrigada pela oportunidade que me ofereceram e as crianças que tive contato na instituição, muito obrigada por ensinarem que sempre há uma possibilidade de resgatar a saúde, apesar de tanto trauma e violência, basta que ofereçamos oportunidade para elas brincarem e sentirem-se respeitadas e amadas.

RESUMO

Este estudo investiga o nível de estresse de crianças acolhidas vítimas de violência doméstica, antes e após intervenções lúdico-musicais em grupo, através de pesquisa exploratória descritiva de caráter quali-quantitativo. Caracteriza inicialmente a população da instituição, de 100 acolhidos, seu perfil sócio-demográfico, tipo de violência e motivo do acolhimento. Aplica a seguir, a Escala de Stress Infantil, ESI em 20 sujeitos, selecionados por conveniência. Realiza em seguida, intervenção com oito desses 20 participantes, também selecionados por conveniência, em oito sessões semanais, baseadas em técnicas de musicoterapia, que incluem relaxamento e atividades lúdicas, com abordagem winnicottiana. Ao final, realiza pós-teste da ESI nos 20 participantes. Os dados do perfil sócio-demográfico dos 100 acolhidos revelam 65% por cento do sexo feminino e 35% do masculino; faixa etária média de 6,66; violências sofridas por: negligência (52%); violência física (19%); dificuldade financeira (15%); abandono (12%); abuso sexual (2%). No pré-teste da ESI, foi constatado estresse em 80% dos casos, com predomínio nas meninas, sendo que o pós-teste não mostrou diferença significativa ($p=0,944$). A análise da intervenção mostrou-se positiva, revelando boa aceitação dos participantes, que expressaram seus sentimentos e emoções num setting acolhedor que promoveu a criatividade e a espontaneidade por meio de jogos sonoros, com abertura para novas experiências e socialização, caracterizando-se como medida de promoção da saúde da criança acolhida, com redução de seu estresse.

Palavras chave: 1. Violência na família 2. Música (Crianças acolhidas) 3. Brincar
4. Estresse

ABSTRACT

This study investigates the stress level of foster children victims of domestic violence, before and after ludic-musical interventions in group, through an exploratory descriptive research of quali-quantitative character. Initially, the institution population of 100 foster children is characterized by: their socio-demographic profile, type of violence and the reason for being fostered. After that, the Child Stress Scale, CSS, is applied with 20 individuals, conveniently selected. An intervention is then performed with eight of those 20 participants, also conveniently selected, in eight weekly sessions, based on techniques of music therapy, including relaxation and recreational activities, with Winnicottian approach. Finally, the CSS post-test is performed with the 20 participants. Data from the socio-demographic profile of the 100 children presented 65% percent female and 35% male; average age of 6,66; violence was suffered by: negligence (52%), physical violence (19%), financial difficulty (15%), abandonment (12%); sexual abuse (2%). In the CSS pre-test, stress was found in 80% of cases, predominantly in girls, and the post-test showed no significant difference ($p = 0.944$). The analysis of the intervention proved to be positive, however, showing good acceptance by participants, who expressed their feelings and emotions in a cozy setting which promoted creativity and spontaneity through sonorous games, open to new experiences and socialization, characterized as a measure to promote health of the foster children, and reducing their stress.

Keywords: 1. Family violence; 2. Music (homeless Children); 3. Playing; 4. Stress.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Referente à idade dos 100 acolhidos_____	77
Tabela 2. Referente ao gênero dos 100 acolhidos_____	77
Tabela 3. Referente ao motivo de acolhimento e tipos de violência doméstica notificadas_____	79
Tabela 4. Referente ao gênero dos vinte participantes da primeira aplicação da ESI_____	81
Tabela 5. Referente à diferenciação das crianças participantes do grupo e das não participantes_____	81
Tabela 6. Referente ao desacolhimento das crianças participantes da primeira aplicação da escala ESI_____	83
Tabela 7. Referente à primeira aplicação da escala ESI e a segunda aplicação da escala ESI_____	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relativo ao gênero dos 100 acolhidos_____	78
Figura 2 - Referente ao motivo de acolhimento e tipos de violência doméstica notificada_____	80
Figura 3 – Instrumentos musicais utilizados_____	92
Figura 4 – Criação de instrumentos musicais com sucata_____	99
Figura 5 – Coração partido. Autora: (E)_____	103
Figura 6 – Quadro do amor: flor nascendo. Autora (Ke)_____	103
Figura 7 – Criação de esculturas com argila ao som de Villa-Lobos “Impressões Seresterias” I_____	106
Figura 8 – Criação de esculturas com argila ao som de Villa-Lobos “Impressões Seresterias”II_____	106
Figura 9 – Cesta de ovinhos da mamãe patinha. Autor: (Le)_____	107
Figura 10 – Menininha Loira. Autora (K)_____	107

SUMÁRIO

Introdução	13
1 – VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS	18
1.1 Violência	19
1.2 Violência Doméstica contra crianças	21
1.2.1 Fatores que identificam a Violência Doméstica	25
1.2.2 Modalidades e Consequências da Violência Doméstica	26
2 – A CRIANÇA ACOLHIDA: PRIVAÇÃO EMOCIONAL E ESTRESSE	30
2.1 A privação emocional e as consequências para a criança acolhida	31
2.2 Breve histórico da institucionalização de crianças	34
2.3 O processo de Estresse e seus sintomas	38
2.3.1 Estímulos estressores e fases do Estresse	39
2.3.2 Tipos de Estresse	40
3 – INTERVENÇÕES LÚDICO-MUSICAIS	44
3.1 O Brincar: contribuições para a Psicologia da Saúde	45
3.2 O Grupo na perspectiva de Bion	49
3.3 O Poder da Música: um breve caminhar na história	50
3.3.1 A música e seus elementos	54
3.3.2 Música como terapia	56
3.4 Fundamentos da Musicoterapia	58
3.4.1 Musicoterapia Ativa	61
3.4.2 Musicoterapia receptiva: brincando com Villa-Lobos	61

4 – OBJETIVOS	66
5 – MÉTODO	68
5.1 Participantes	69
5.2 Ambiente	70
5.3 Material, técnicas e instrumentos	71
5.4 Procedimento	73
5.5 Tratamento dos dados	75
6 – RESULTADOS	76
6.1 Resultados relativos ao perfil sócio-demográfico de todos os acolhidos	77
6.2. Resultados relativos à Iª aplicação da ESI	81
6.3 Resultados comparativos referentes à ESI em crianças participantes das Intervenções Lúdico-musicais em grupo, nas fases pré e pós- intervenção	82
6.4 Resultados comparativos referentes a I e II aplicação da ESI no grupo de crianças não participantes das Intervenções Lúdico-musicais	82
6.5 Resultados dos dados relativos às fichas musicoterápicas e entrevistas realizadas com as técnicas das oito crianças participantes das Intervenções Lúdico-musicais em grupo	83
6.6 Resultados relativos às Intervenções Lúdico-musicais em grupo	89
7 – DISCUSSÃO	110
8 – CONCLUSÃO	124
BIBLIOGRAFIA	128
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	135

INTRODUÇÃO

Atualmente, a violência é considerada um tema importante na sociedade em que vivemos, devido à constante ocorrência da mesma, em âmbito mundial, inclusive na sociedade brasileira em meio urbano ou rural, em ambiente familiar ou de trabalho. O foco desta pesquisa direciona-se à violência doméstica, fenômeno que atinge muitas crianças e adolescentes, não raras vezes, com desfechos fatais.

A relevância do fenômeno é reconhecida pela sociedade civil, pelo governo e pela comunidade científica, com reconhecimento das graves consequências causadas às vítimas. Segundo Minayo (1994), a violência doméstica ultrapassa o âmbito social e jurídico, e revela-se como um problema de saúde pública, pois afeta negativamente o desenvolvimento biopsicossocial das crianças, refletindo-se em danos físicos e/ou psicológicos.

A luta pelos direitos humanos vem ocorrendo desde a década de 60 no Brasil, sendo que, desde então, debates e lutas por sua efetivação, cresceram em vários âmbitos, refletindo-se em leis, que denotam uma busca pela cidadania. Temos por exemplo, o Estatuto da Criança e Adolescente, (lei nº 8.069/90), o Estatuto do Idoso (lei n.º 10.741/03), a lei Maria da Penha (lei nº 11.340/06).

Infelizmente, o cumprimento das leis ainda não se revela como uma prática efetiva por parte dos cidadãos. Para que sejam cumpridas é preciso que cada integrante da sociedade as internalize e respeite, o que requer desenvolvimento em âmbito individual, social e político.

A violência doméstica veio a ser mais enfocada nos meados dos anos 80, a partir de quando, houve uma ampliação da discussão em torno da questão dos maus-tratos contra crianças e um envolvimento maior em relação à necessária proteção das mesmas. Porém, conforme Guerra (1998) tal fenômeno ainda gera resistência e falta de compromisso por parte do indivíduo e da sociedade, em parte, por medo em relação ao ato de denunciar a violência, ou ainda, por comumente considerar-se a violência intrafamiliar como algo privado, e que, portanto, deve permanecer neste âmbito. E, como talvez, nem todas as violências domésticas cheguem a ser denunciadas aos órgãos competentes, não dispomos de dados exatos com relação à frequência da prática da violência contra crianças dentro de casa.

Além disso, outro fator refere-se à deficiência no registro das ocorrências e na falta de conhecimento do fenômeno, seus sintomas, consequências, características; também há que se destacar a falta de preparo de muitos profissionais em lidar com a violência, denotando preconceito, juízo de valor

moral, pré-julgamento no atendimento às vítimas de violência doméstica e também às pessoas que agredem.

Neste sentido, é fundamental que o fenômeno e suas causas sejam mais conhecidos para que pensemos possíveis estratégias de prevenção e tratamento no âmbito das políticas públicas de saúde e nas esferas social, jurídica e educacional. Um grande avanço no nosso país em relação aos direitos da criança e adolescentes foi a promulgação da Lei Federal de número 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O ECA foi construído trazendo uma nova visão da infância e adolescência, como pessoas em condição especial de desenvolvimento, portanto, é dirigido à garantia e proteção de seus direitos. Infelizmente, e, não raras vezes, esta lei, contudo é ignorada e desrespeitada, havendo a “cidadania de papel” (DIMENSTEIN, 1994, p. 8).

Isto significa que o cidadão tem seus direitos garantidos pela lei, mas não garantidos de fato. E a criança é o elo mais frágil desta cadeia social, à mercê do poder do adulto e também esquecida pelas políticas públicas, sofrendo violência estrutural e de natureza interpessoal. Para o autor, a forma como a sociedade trata sua infância reflete seu estágio de maturidade, nos âmbitos político e sócio-econômico. Parece então, que estamos crescendo em termos econômicos, mas não na área da democracia e cidadania, há muito ainda a transformar, questionar, lutar. As leis referentes aos direitos humanos estão sendo construídas, revelando o desenvolvimento de um povo, mas o legislado ainda é desrespeitado com relação às crianças.

Culturalmente, a violência doméstica vem sendo transmitida como meio de educação, isto é, parece ser autorizada por uma sociedade que busca soluções de conflitos através de sua prática e legitimação. De acordo com Azevedo e Guerra (1998), o resultado visível é a conversão de sujeitos em objetos, isto é, sua “coisificação”. Destacam as autoras que, nesta dinâmica, as crianças vítimas de violência, que foram tratadas como objetos/coisas, também aprendem a tratar o outro como objeto e não como sujeito; além disso, aprendem que a violência é a forma de resolução de conflitos.

Concretiza-se desta forma o ciclo da violência, isto é, num primeiro momento a criança é vítima, mas depois pode tornar-se agressora, através de infrações ou mesmo, quando adulta, nas suas relações interpessoais. Para estas autoras, as violências domésticas contra crianças e adolescentes são praticadas em nosso país desde o início da colonização, não tendo sido, na maioria das vezes, levadas em conta pela sociedade.

Segundo Saffioti (1989, p. 16) a sociedade revela uma “face adultocêntrica”, ou seja, o adulto detém o poder, a autoridade e a verdade sobre as coisas. Observa-se na interação adulto/criança, uma

assimetria na relação, acarretando desigualdade de poder, pendendo de um lado a criança submetida à violência dos pais, considerada freqüentemente como um objeto dos adultos, vista como fraca, impulsiva e mentirosa, necessitando, portanto, de uma educação traduzida por punições físicas, e do outro lado, o adulto que determina o que é “bom e ruim” para sua educação, como detentor da verdade e da razão absoluta.

Nesta pesquisa, sob a luz da Psicologia da Saúde, pretende-se, como principal objetivo, investigar a influência de intervenções lúdico-musicais frente ao processo de estresse de um grupo de crianças acolhidas que sofreram a violência doméstica e foram institucionalizados para sua proteção. Tem também por objetivos específicos levantar o perfil sócio-demográfico-histórico da criança acolhida, identificando a idade, gênero, motivo do acolhimento e tipo de violência sofrida.

O tema escolhido justifica-se, portanto, na esfera social, pelas graves conseqüências que a violência doméstica ocasiona para as crianças, refletindo-se no prejuízo de seu desenvolvimento biopsicossocial, com risco para sua saúde mental. Segundo Lipp (2006), é reconhecido que experiências de estresse severo na infância podem produzir resultados psicofisiológicos duradouros, que podem perdurar na vida adulta.

Esta pesquisa denota sua relevância acadêmica, na medida em que contribui para a necessidade de mais estudos na área, que propiciem uma melhor compreensão do que ocorre no fenômeno da violência doméstica e de suas conseqüências negativas, como o processo de estresse.

Segundo Lipp e Lucarelli (2005), o estresse infantil assemelha-se ao do adulto em vários aspectos, podendo gerar sérias conseqüências, no caso de ser excessivo. As autoras discorrem que quando a criança é exposta a um evento estressante, seja ele bom ou ruim, ela entra em estado de alerta, ocorrendo, assim, uma ativação do sistema nervoso simpático e da glândula pituitária, por meio do hipotálamo, ocorrendo mudanças psicológicas, físicas e químicas no seu organismo. Portanto, o estresse surge de situações que podem ser negativas ou positivas, exigindo adaptação da criança frente aos eventos excitantes, irritantes, felizes e/ou amedrontadores. As investigações apontadas pelas autoras acerca do estresse infantil mostram a necessidade da avaliação do estresse na infância como forma de contribuir para especificar as intervenções (em níveis clínico, institucional, escolar e familiar).

Esta pesquisa surgiu da prática profissional desta pesquisadora, que vem atuando como psicóloga, desde 1994, junto a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e tem observado que para elas falar da violência sofrida, é tocar na ferida que ainda sangra, falar gera medo de represálias. Desta forma, tem utilizado a música como facilitadora e mediadora no caminho para a

elaboração dos traumas vividos, expressão de sentimentos, emoções e pensamentos, respeitando o ritmo de cada um, através de uma linguagem lúdico-musical.

A opção pela modalidade de intervenção lúdico-musical vem de encontro às atividades automotivadas e espontâneas da criança. Neste *setting*, a apresentação do objeto está representada pela música e seus elementos e também pela postura do terapeuta. As intervenções lúdico-musicais são baseadas nas técnicas da musicoterapia, que se mostram adequadas, pois segundo Odell (apud, BRUSCIA, 2000, p. 282):

Musicoterapia no campo da saúde mental é a utilização da música para possibilitar meios alternativos de expressão e comunicação em situações em que as palavras não são necessariamente, o modo mais eficiente de alcançar os objetivos terapêuticos do cliente. A perseguição desses objetivos é trabalhada através de uma relação que se desenvolve entre o cliente e o terapeuta com o fazer musical como o meio primário... Alguns dos objetivos mais freqüentes em musicoterapia são: estimular a motivação; criar um ambiente para a exploração de sentimentos; desenvolver habilidades sociais, a autoconsciência e a consciência do outro; e estimular o movimento através da improvisação e do fazer musical espontâneo.

Parte da hipótese de que o brincar associado à música, facilita a interação, comunicação, criatividade, propiciando a expressão de estados emocionais e resgate da saúde mental.

Baseada em uma leitura psicológica winnicottiana, busca-se no *setting* proposto, através de Intervenções Lúdico-musicais, favorecer o brincar, o gesto espontâneo e a criatividade, através de um espaço potencial para expressão de estados emocionais, num lugar com condições suficientemente boas, ou seja, que acolhe o gesto criativo e propicia o acontecer de seu próprio ser. Destarte, busca-se a reparação e reconstrução de um viver, no processo de elaboração de um passado, presente e futuro.

No que se refere à estrutura da dissertação, o primeiro capítulo discorre sobre a violência em geral e mais especificamente à violência doméstica contra crianças, suas modalidades, fatores que auxiliam a identificação da violência e suas consequências para a criança.

No segundo capítulo, apresenta estudos sobre a situação da criança privada emocionalmente, seja em situação de acolhimento, seja no lar; em seguida discorre sobre a trajetória da institucionalização de crianças, resgatando brevemente a história da infância e da família e aborda o processo de estresse com suas características, fases e consequências para a criança.

O terceiro capítulo trata das Intervenções Lúdico-musicais propostas, enfocando as contribuições do brincar para a Psicologia da Saúde; baseia-se na teoria de Bion para estudar o fenômeno grupal; em seguida discorre sobre o poder da música e seus elementos, sua utilização como terapia, os fundamentos da musicoterapia e suas técnicas.

1 - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS

O presente capítulo tem por finalidade discutir o fenômeno da violência doméstica contra crianças, percorrendo nos subcapítulos sobre o fenômeno da violência, suas definições e fatores, especificamente analisaremos a violência doméstica contra crianças, suas modalidades, fatores que identificam o fenômeno e consequências biopsicossociais para as vítimas.

1.1 Violência

Refletir sobre a violência não é tarefa simples, pois ela denota múltiplas facetas revelando sua multicausalidade. Infelizmente, ela está presente cotidianamente na nossa sociedade, de modo direto ou indireto. Este fenômeno nos causa perplexidade e nos leva a indagações no sentido de compreender suas diversas manifestações.

Mas o que é a violência? Partimos da definição do dicionário Houaiss (HOUAISS e VILLAR, 2001), segundo o qual “a violência é a ação ou efeito de violentar, de empregar força física (contra alguém ou algo) ou intimidação moral contra alguém; ato violento, crueldade, força”. Juridicamente, o mesmo dicionário define o termo como o “constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém, para obrigá-lo a submeter-se à vontade de outrem; coação”. Faz, portanto, alusão à violência como ato, ação com emprego de força física e moral, contudo, não podemos esquecer que a prática da violência não se revela apenas na ação, mas também através de uma violência silenciosa, a qual se reflete na atitude de omissão dos atos protetores ou interventivos para cessar a violência; ela pode ocorrer com ou sem contato físico, isto é, constrangimento mediante o uso inadequado de palavras, gestos, humilhação, rejeição, hostilidade, colocando a vítima num papel de objeto.

Na visão dos direitos humanos, a violência ocorre quando existe violação de direitos civis, políticos, sócio-econômicos e culturais. A violência manifesta-se em diferentes formas, quando há guerras, desrespeito aos direitos humanos, coação, assimetria de poder, desigualdade social, corrupção, interesses políticos de uma classe minoritária.

Segundo Eastman (1998), há um percurso da violência e sua característica é a multicausalidade, existindo uma relação de fluxo e refluxo, formando uma rede de planos que se interligam, gerando os fatores estruturais, predisponentes e imediatos. Os fatores estruturais abrangeriam uma gama de problemas como a desigualdade sócio-econômica, violação dos direitos humanos, falta de governabilidade, perda de valores éticos e morais; já os fatores predisponentes ocorreriam em conjunto com os estruturais ou de forma isolada, através de desestrutura familiar, falta de responsabilidade social, individual, impunidade, educação irrelevante, desestruturação familiar, governantes não

comprometidos. No que tange aos fatores imediatos, eles podem ser identificados como a violação e o desrespeito às regras e normas, abuso de substâncias como álcool e drogas, frustração e intolerância, pouca recreação em espaços públicos, promoção da violência na mídia, posse de armas de fogo. É preciso então compreender o entrelaçamento destes fatores e buscar soluções preventivas para lidar com o fenômeno.

Segundo Adorno (1988), no século XX houve um avanço no Brasil e no mundo, visto o tema da violência estar inserida no cenário das discussões político-mundiais, iniciando com a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, culminando no nosso país, com a criação de leis que asseguram os direitos políticos e sociais das crianças/adolescentes, mulheres, trabalhadores, idosos, consumidores. Estes direitos são as proteções e privilégios de poder pessoal dados a todos os cidadãos por lei. Exemplos de direitos civis incluem o direito à privacidade, o direito de ser ressarcido em caso de danos por terceiros, o direito à investigação e julgamento em caso de suspeição de crime, direito ao voto, à liberdade pessoal de ir e vir, à proteção igualitária e o direito de permanecer em silêncio e ter um advogado.

Neste sentido, nosso país, paradoxalmente, conquistou o estado democrático e legitimou os direitos humanos, porém o cumprimento das leis ainda é rara e muitas vezes, omissa. Enfatiza que o Brasil evoluiu no que concerne aos direitos políticos e sociais, contudo no que tange aos respeito aos direitos civis, ainda é preciso avançar um longo caminho. Adorno (1988) destaca que tal situação se configura desta forma devido o Brasil ser fruto de uma colonização de exploração, com uma tradição histórica autoritária na formação do seu Estado, entretanto ressalta que o Estado também é um espelho da nossa sociedade, que por sua vez, apresenta raízes no autoritarismo.

Como discorre Pinheiro (1998), existe um “autoritarismo socialmente implantado”, isto é, a sociedade autoriza a violência como resolução de conflitos. Isso se dá em diversas situações, como, por exemplo, nos casos de disciplinamento corporal utilizado na educação das crianças.

Para Cardia (1998), a compreensão da dinâmica intrafamiliar violenta, nos remete também ao entendimento da violência urbana. Ela faz essa associação ao focar a inter-relação entre o microsossial (família) e o macrosossial (sociedade), em outras palavras, a família violenta não é inofensiva para a sociedade. A escritora baseia-se em estudos norte-americanos, os quais apontam às crianças que testemunham violência em casa ou são agredidas pelos pais/responsáveis. Tais crianças aprendem a utilizar a violência como resolução de conflitos e desenvolvem tendência a agressividade. Com isso, as mesmas são prejudicadas no seu desempenho escolar, social e apresentam

comportamentos delinquentes. Aliado à violência familiar, soma-se a violência dos bairros, devido à atuação do tráfico de drogas e carência sócio-econômica, educacional e cultural.

A violência, como se compreende, portanto, pode ser vista como uma forma de adoecimento no que tange a interação inter e intrapessoal. A Psicologia da Saúde, segundo Oliveira e Yamamoto (2003) conquista um papel significativo na compreensão e tratamento de fenômenos que levam ao adoecimento, porém privilegia processos de conhecimento, pesquisa e atendimento direcionados a promoção e prevenção da saúde nos âmbitos biopsicossociais do ser humano.

1.2 Violência doméstica contra crianças

O fenômeno da violência doméstica contra crianças, segundo Azevedo e Guerra (1989), é de natureza interpessoal, transgeracional, sendo uma prática corrente em muitas famílias brasileiras, gerando muitas vezes, vítimas fatais. As autoras analisam este fenômeno a partir do modelo multicausal, advindo da Teoria Sistêmica.

Esta teoria enfoca o dinamismo entre os diferentes atores, no caso, agressores e vítimas, enfatizando a interação de vários elementos, tais como os aspectos psicológicos, sócio-econômicos e culturais, levantando a hipótese de (re) produção do fenômeno.

As reproduções deste fenômeno advêm da repetição de modelos vividos, isto é, os pais repetem o modelo de educação aprendido, muitas vezes um modelo violento de interação e comunicação entre pais e filhos. Tal visão é confirmada na pesquisa realizada por Straus e Smith (2009), com 8.145 famílias, nas quais os pais vítimas de violência doméstica quando crianças apresentaram um índice de violência contra os seus filhos duas vezes maior do que aqueles que não sofreram violência.

Ainda para Azevedo e Guerra (1998), existem outros fatores implicados neste modelo multicausal, que são as interfaces com a violência macrossocial, isto é, estrutural, produzindo a vitimação, que é a violência praticada pelo Estado, quando este falta com sua responsabilidade no que tange a propiciar condições dignas de vida aos cidadãos, como o acesso à educação, saúde, habitação, lazer, alimentação e trabalho. Para as autoras, de certa forma, a vitimação denota uma relação com a vitimização (violência microssocial, dentro da família), na medida em que, uma família abandonada pelo Estado pode sentir o impacto desta negligência por parte dos governantes e tal impacto pode gerar estresse intrapessoal e interpessoal afetando as relações que ocorrem na família.

Corroborando com a visão de que a violência estrutural gera estresse intrafamiliar, Marmo (1995, p. 314) destaca: "ainda que a violência seja um fenômeno universal, ela se torna acirrada nos

países subdesenvolvidos, na medida em que o 'stress' decorrente das dificuldades econômicas das famílias contribui sobremaneira para o seu aparecimento". Muitos estudos sobre a causa dos maus-tratos apontam, entre outros fatores, o desemprego e a baixa renda como responsáveis pela frustração e pelo estresse, que, por sua vez, podem propiciar a prática abusiva (AZEVEDO e GUERRA, 1989; RUIZ, 1985; STRAUS e SMITH, 2009).

A violência revela também outra faceta, a de natureza interpessoal, produzindo a vitimização. O processo de vitimização doméstica contra crianças acontece em todas as classes sociais e em várias culturas. Segundo estudos de Guerra (1985) e Santos (1987), a violência doméstica pode ser de ordem física, psicológica, sexual, negligência e abandono, sendo que a família é o lugar privilegiado destas ocorrências e os maus tratos são infligidos na sua grande maioria pelos pais ou responsáveis.

Conforme Guerra (1998) o agressor é na sua maioria alguém que convive com a criança, sendo considerada de confiança. Diante desta configuração é urgente que se acabe com crenças e mitos de que a família representa sempre um lugar ideal, protegido e adequado ao desenvolvimento da criança, com o mito do amor incondicional dos pais.

Azevedo e Guerra (1996) realizaram um levantamento de dados na cidade de São Paulo, em 1981, baseado em 309.313 documentos de várias fontes tais como: boletins de ocorrência policial, laudos do Instituto Médico Legal, processos judiciais na área da Infância e da Juventude, prontuários da antiga FEBEM e processos da Justiça Criminal.

No que tange ao abuso sexual, as autoras encontraram 168 casos de violência sexual, sendo que as vítimas tinham idade entre 7 a 10 anos. O perfil do agressor sexual revelou que a maioria é composta por homens, integrantes da família, pais ou padrasto e segundo as autoras, diferentemente do que se imagina, os agressores são pessoas comuns, que não possuem distúrbios psiquiátricos.

Nos casos de violência física, constataram que em 415 casos, a vítima tinha entre 7 a 13 anos. No que se refere ao gênero, o sexo feminino é mais violentado sendo representado por 93,5% das notificações e 6,5% das vítimas são do sexo masculino.

Com relação à definição de violência doméstica, utilizaremos a definição de Azevedo e Guerra (1996, p. 36):

(...) a violência doméstica contra crianças e adolescentes representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e adolescentes, que sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratadas como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Esta definição nos faz refletir sobre as formas que a violência doméstica pode assumir, isto é, a violência doméstica pode assumir formas ativas (atos) ou passivas (omissão). No cenário familiar, um genitor geralmente assume o papel de agressor e pratica a violência ativa contra a criança e o outro genitor, presencia a violência permitindo que ela ocorra, omitindo-se. A violência é praticada pelos pais, parentes ou responsáveis, ou seja, entende-se que pode ser praticada no lar, por pais biológicos, por tutores, irmãos, avós, tios, primos, demonstrando ser um dos tipos de violência familiar. As vítimas são sempre menores de 18 anos, sendo que o ECA considera crianças, pessoas até 12 anos e adolescentes, entre 12 e 18 anos.

Conforma enfatizam Azevedo e Guerra (1989), a violência pode causar dano físico, sexual ou psicológico, podendo ser efetivo ou potencial (capaz de). Enquanto possibilidade de imposição de dano, configura um processo de vitimização, isto é, de transformação de crianças em vítimas, com risco de desenvolvimento de sequelas físicas e emocionais. A coisificação da infância significa o reconhecimento de que a criança é considerada e tratada como objeto, coisa.

As autoras colocam que a violência doméstica implica numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto, significando que o fenômeno é uma clara exacerbação do poder de autoridade e do dever de proteção parental que se inscreve na estrutura da família, enquanto instituição de socialização primordial em nossa sociedade. Sendo assim, o fenômeno se configura numa relação interpessoal hierárquica de poder, o que gera um pólo de dominação. De um lado está o adulto (pólo dominante) e do outro lado a criança (pólo dominado).

Portanto, a vitimização denota uma injusta assimetria na relação entre pais e filhos. Os primeiros são detentores do poder familiar e usurpam deste poder, considerando as crianças como objetos/coisas de seus desejos ilimitados, projetando nelas suas neuroses e agressividade. Muitos pais negam aos filhos o direito de serem tratados como sujeitos em desenvolvimento, gerando consequências negativas importantes na formação da personalidade da criança.

Milani e Loureiro (2008) realizaram um levantamento de artigos publicados na PsycINFO, Medline, LILACS e Scielo, entre 1998 a 2005, referente a violência doméstica contra crianças em idade escolar e seu impacto comportamental. Os artigos pesquisados revelaram a influência direta da violência doméstica na saúde mental das crianças e relataram a importância de se considerar a violência interparental presenciada pela criança, chamando a atenção para o fato que as crianças de lares violentos estão sob risco elevado de sofrerem violência de ambos os pais, principalmente a violência física.

No que tange ao abuso sexual a dinâmica familiar é complexa e denota a existência de um pacto que envolve toda a família, levando ao complô do silêncio. Neste pacto do silêncio, as vítimas se calam, pois são ameaçadas pela pessoa que agride, caso revelem o abuso sexual existente.

Estudos evidenciam que a violência direcionada à criança tem impacto sobre o seu comportamento, aumentando o risco para problemas de comportamento, de ajustamento acadêmico e de percepção social (LISBOA et al., 2002, SALZINGER et al., 2002).

Diante da situação violenta, os sintomas aparecem. Como coloca Gabel, (1997, p. 68):

(...) os sintomas atingem todas as esferas da atividade e os abusos sexuais que acontecem durante a adolescência, em geral provocam sintomas de início mais ativos e intensos, que se originam de tentativas de suicídio e fuga. São possíveis causas de anorexia grave e de dores abdominais agudas.

Segundo Gabel (1997), na dinâmica do abuso sexual, as meninas além de assumirem o papel de cuidadoras, são colocadas no papel de mulher pelo pai, com o consentimento silencioso da mãe. As mães, por sua vez, participam sendo submissas, coniventes ou omissas com relação ao dever de proteger os filhos. Muitas vezes, as mães revivem experiências da sua própria infância, agora no outro extremo da gangorra nas relações assimétricas de poder, no papel de genitora omissa, passiva e conivente.

Toda esta situação gera bloqueios na capacidade das crianças em interagir, com medo de se expressar, falta de confiança nos contatos sociais, dificuldades na comunicação, prejuízo na capacidade de brincar e de se relacionar. Deste modo o fenômeno da violência doméstica pode levar ao processo de estresse, que se reflete em bloqueio emocional, medo, culpa, isolamento, regressão, com conseqüências negativas ao desenvolvimento emocional da criança. (UNICEF, 2000, p. 56).

No século XX, considerado o século da criança, foram criadas leis que asseguraram os direitos fundamentais da mesma, tanto no mundo, como no Brasil. No Brasil deu-se através da lei nº 8.069/90 – Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), um estatuto considerado moderno e coerente, um avanço no aspecto jurídico, porém, na prática, este estatuto é pouco respeitado, denotando falhas nas estruturas governamentais que garantem à criança e ao adolescente seus direitos sociais.

Infelizmente, no nosso país, a realidade mostra como são poucos os recursos oferecidos para jovens e crianças se desenvolverem com dignidade. Segundo Dimenstein (1994), uma sociedade é considerada desenvolvida, quando trata a criança com respeito e investe seriamente na luta pela garantia dos seus direitos básicos como cidadão. Para tanto, a sociedade civil e não apenas o Estado deve buscar a conscientização das suas responsabilidades sociais no sentido de perceber que para que

ocorra a mudança, todos devem se envolver na construção de uma sociedade mais equilibrada, justa e igualitária.

Significa que, independe da cultura e da sociedade em que se insira, a infância tem que ser reconhecida como um valor universal e as crianças tratadas como cidadãos e sujeitos de direitos que necessitam de proteção, cuidado e respeito para crescerem e desenvolverem-se com dignidade.

1.2.1 Fatores que identificam a violência doméstica

Para Azevedo e Guerra (1996), existem indícios que nos permitem identificar se uma criança está sofrendo algum tipo de violência intrafamiliar. Porém, discorrer sobre este tema, ainda é tabu, sendo a ocultação do fenômeno prática recorrente, devido à quebra de o silêncio levar a desestrutura familiar.

A violência física sinaliza alguns indicadores orgânicos como a presença de contusões corporais inexplicados, marcas de queimaduras, fraturas com certa constância, lesões sem explicações plausíveis, em diferentes estágios de cicatrização. No que se refere aos comportamentos das crianças, podemos observar desconfiança nos contatos com adultos, comportamentos extremos, mudanças súbitas com relação à aprendizagem e ao comportamento, temor dos pais e baixa auto-estima. Com relação às características da família, a mesma denota pouca preocupação com a criança, é a favor da disciplina severa; vê a criança como má e causadora de problemas, oculta ou não justifica de forma conveniente as lesões da criança; têm expectativas irreais sobre ela. A família pode apresentar uso de álcool e/ou drogas e apresentar história pregressa de maus tratos na família, os pais e filhos raramente se tocam e afirmam que não se apreciam.

A violência psicológica, para as autoras, é perigosa e silenciosa, pois não deixa marcas físicas, sendo, portanto, de difícil notificação. Há que se destacar, contudo, que esta violência ocasiona indicadores no âmbito físico tais como: obesidade, doenças de pele, problemas respiratórios, etc. Com relação aos comportamentos é comum surgirem comportamentos regressivos tais como chupar o dedo, enurese, encoprese, presença de baixa auto-estima (comportamento depressivo e apático); problemas de aprendizagem, comportamentos extremos; distúrbios do sono, gagueira, tendência suicida. A família que pratica a violência psicológica descreve a criança como má e a rejeita, aterroriza, ignora e isola; também exige em demasia das mesmas, não respeitando seu ritmo e características pessoais.

No que se refere à violência sexual, ainda segundo as autoras, os indicadores físicos podem ser observados quando há mudanças extremas nos âmbitos do distúrbio do sono; dificuldade em caminhar; dor e problemas físicos sem explicação plausível; hemorragia vaginal ou uretral; enurese, infecções

urinárias e genitais, cólicas intestinais, doenças sexualmente, transmissíveis, coceira, inchaço, dor ou secreção vaginal; roupas rasgadas ou manchadas de sangue. Com relação aos comportamentos da criança, observa-se masturbação excessiva; brincadeiras sexuais com amigos ou com animais; comportamento sexual inadequado para a idade; vergonha e choro excessivos; medo de um indivíduo específico ou de estar a sós com adultos; comportamento agressivo, raiva e fugas constantes de casa; baixo desempenho escolar; utilização de drogas, álcool e tendências suicidas; prostituição juvenil; verbalização do abuso sexual cometido por parentes ou responsáveis; gravidez precoce. A família geralmente restringe o contato social, culpabiliza a criança pelo abuso sexual, não acredita nas suas colocações colocando-a num papel de mentirosa, etc.

A negligência ocorre, segundo as autoras, quando os pais/responsáveis não propiciam os cuidados básicos necessários ao adequado desenvolvimento da criança nos âmbitos biopsicossociais. Os indicadores físicos na criança são padrão de crescimento deficiente; vestimenta inadequada ao clima; fadiga constante, pouca atenção. Os indicadores comportamentais podem ser hipo ou hiperatividade; excesso de responsabilidade (para a criança) em relação aos cuidados com a casa e com os irmãos menores; constantes ausências ou atrasos na escola e em consultas médicas; baixa estima; desleixo com a higiene e a aparência pessoal; uso de álcool e/ou drogas. Os pais não se preocupam com a situação da criança e de certa forma a tratam como um pequeno adulto.

O Abandono caracteriza-se quando os pais/responsáveis deixam a criança sem uma supervisão de adultos, expondo-a aos riscos ambientais, seja dentro de casa ou na rua. O abandono parcial ocorre quando a criança fica sozinha temporariamente e depois os pais retornam; já o abandono total caracteriza-se pela ausência definitiva dos pais ou de algum responsável e a criança fica a mercê de sua própria sorte. Nestas famílias observamos que os pais estão em condições sociais desfavoráveis, como por exemplo, em situação de rua e não conseguem propiciar condições biopsicossociais dignas de desenvolvimento para os filhos. Sendo assim, os pais/responsáveis entregam seus filhos para as instituições de acolhimento ou os abandonam na rua, também é frequente o uso de drogas e álcool por parte de pais que abandonam.

1.2.2 Modalidades e Conseqüências da Violência Doméstica

A violência doméstica, ainda segundo Azevedo e Guerra (1996), pode assumir várias formas, ser física, psicológica, sexual, por negligência e abandono. Sua prática pode ser com ou sem contato físico, com ou sem violência expressa diretamente, com sedução, manipulação, ameaças, hostilidade, rejeição. De modo geral, gera ansiedade, que pode desencadear sintomas físicos, como dores de cabeça,

úlceras, erupções cutâneas ou ainda problemas de audição e fala; dificuldades de aprendizagem; preocupação excessiva; dificuldades de concentração; medo de acidentes; sentimento de culpa por não ter como cessar a violência e por sentir afeto (amor e ódio) pelo agressor; medo de separar-se da mãe para ir à escola ou a outras atividades cotidianas; baixa auto-estima; depressão e suicídio; comportamentos delinquentes (fuga de casa, uso de drogas, álcool etc); problemas psiquiátricos.

No que se refere à violência física, CLAVES (Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde), define-a como:

(...) qualquer ação, única ou repetida, não acidental (ou intencional), cometida por um agressor adulto (ou mais velho que a criança ou adolescente) que lhes provoque conseqüências leves ou extremas como a morte. (CLAVES apud MOURA, 2008, p. 23)

Segundo Pires (2000, p. 65), este tipo de violência é o mais comum, e o mais fácil de diagnosticar devido deixar marcas aparentes no corpo da criança, com sinais do instrumento de punição. O local do corpo que se bate geralmente é o mesmo, e desta forma, o local vai se traumatizando deixando cicatrizes não só fisicamente, mas emocionalmente a violência física é muito prejudicial. Segundo Oliveira (1989), na violência física existe também a relação abusiva por parte do adulto, colocando a criança como objeto. Esta situação pode gerar privação afetiva e suscitar o *acting out* (atuação) como atos delinquência, sendo em geral os meninos, as maiores vítimas.

Para o CRAMI (Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos à Infância), a violência psicológica, denota-se como o conjunto de atitudes, palavras e ações dirigidas a envergonhar, censurar, pressionar a criança de forma permanente. Ex.: ameaças, humilhações, gritos, rejeição, privação de amor, injúrias, etc. A prática da violência psicológica é de difícil diagnóstico, pois não apresenta marcas físicas, tão valorizadas pela justiça, porém são visíveis os traumas psíquicos, gerando conseqüências negativas e profundas ao desenvolvimento biopsicossocial como baixa auto-estima, medo, sentimento de rejeição. A violência psicológica também faz vítimas indiretamente, quando, por exemplo, os filhos presenciam a violência entre os pais.

Milani e Loureiro (2008) em um artigo de revisão bibliográfica descrevem características comportamentais observadas em crianças que testemunham violência doméstica, que também é uma forma de violência psicológica e destacam as seguintes manifestações no comportamento da criança: agressividade, medo intenso, baixa auto-estima, desconfiança nas relações íntimas, medo do futuro, reclamações psicossomáticas e problemas relativos à autoridade.

A Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) coloca que o abuso sexual ocorre diante de:

(...) toda da situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseado em uma relação de poder e incluindo desde manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência.

Esta violência ocasiona às crianças os mais severos traumas, pois elas são invadidas nos seus corpos, na constituição de sua sexualidade, em sua subjetividade, gerando conseqüências destrutivas no âmbito biopsicossocial.

Segundo Gabel (1997, p. 66), nos casos em que não há a violência física no abuso sexual, e sim sedução, a criança sente-se confusa e não compreende o que está acontecendo, considerando os atos abusivos sexuais como uma forma de afeto expressa pelo adulto, posteriormente ela entende que está envolvida em um segredo imposto pelo agressor. A criança deseja a linguagem do amor paternal e o que o adulto lhe impõe é a linguagem do sexo. Esta situação pode levar a criança a desenvolver estresse manifestado por regressões comportamentais, agitação, anestesia afetiva, distúrbios psicossomáticos.

Para Saffioti (1997), o abuso sexual intrafamiliar é considerado um segredo de família, existe um pacto de silêncio que envolve toda a família. As crianças e adolescentes são ameaçadas pela pessoa que abusa, a não revelar o abuso sexual, caso contrário, elas e seus familiares correm o risco de sofrerem também a violência. Muitas vezes, as mães participam desta dinâmica familiar de forma indireta, não conseguindo enxergar o que está acontecendo, ou sendo submissas, ou agindo na omissão que é uma forma tão violenta quanto à ação em si mesma.

Cohen (1993) realizou uma pesquisa sobre o incesto na cidade de São Paulo. Encontrou como primeiro agressor o pai com 41,6% dos casos, seguido do padrasto com 20,6%; tio com 13,8%, primo 10,9% e irmão 3,7% por cento. O incesto ocorre no âmbito intrafamiliar, considerado como um lugar de proteção.

Outra forma de abuso sexual é a exploração sexual. Caracteriza-se como um abuso sexual cometido por adultos e há a remuneração em dinheiro para a criança/adolescente ou para terceiros. Portanto, existe uma relação comercial de exploração da sexualidade das crianças, as quais são consideradas como “mercadorias”. A autora enfatiza que muitas mulheres em situação de prostituição foram vítimas de violência sexual. Com isso, muitas crianças saem de casa para se livrar do abuso sexual, porém acabam caindo na rede de exploração sexual. A vítima é tratada como objeto pelo abusador, infelizmente em muitos casos, ela acaba se identificando com o papel de objeto do desejo do outro e o corpo é a única coisa que tem para oferecer.

A negligência, segundo Caminha (2000), pode trazer conseqüências leves, moderadas e graves. Em geral é considerada como omissão no provimento das necessidades básicas físicas e emocionais da

criança e do adolescente. Deste modo, este tipo de violência consiste em privar a criança de algo que ela necessita, que é essencial ao seu desenvolvimento sadio. Pode significar omissão em termos de cuidados básicos, como privação de medicamentos, alimentos, ausência da proteção contra a inclemência do tempo (frio/calor), afeto, educação.

Segundo Pires (2000), a negligência representa mais de 50% das notificações de violência praticada contra as crianças. Parece existir uma confusão no que tange a relacionar pobreza à negligência, mas a autora destaca que não há relação entre elas, pois existem famílias com poder econômico muito baixo que conseguem oferecer uma rotina para as crianças, levá-las à escola e as consultas médicas; por outro lado, há negligência em famílias com maior poder econômico e social, e, portanto, não existe tal relação baseada em preconceito e estereótipos.

O abandono, por sua vez, caracteriza-se como a ausência do responsável pela criança ou adolescente. Considera-se abandono parcial, a ausência temporária dos pais expondo-a a situações de risco. “Entende-se por abandono total, o afastamento do grupo familiar, ficando as crianças sem habitação, desamparadas, expostas as várias formas de perigo” (CLAVES, apud MOURA, 2008, p. 23-25).

É preciso focar a prevenção de comportamentos violentos, visto este fenômeno tender a um ciclo perverso de repetição, onde crianças violentadas, provavelmente se tornam adultos e futuros pais violentos. Sendo assim, estudar a família, seus dinamismos e a interação pais/filhos é vital para propormos ações abrangentes na esfera das políticas públicas, sociais, educacionais, da saúde e do direito, visando o rompimento do ciclo da violência doméstica com propostas de intervenções na área da saúde da família, núcleo inicial de formação da criança proporcionando o resgate de sua força e dignidade. A prevenção pode acontecer em vários níveis de atuação e esferas de atendimento à população, seja em postos de saúde, consultas de pré-natal, na relação dos pais com as escolas, creches, etc.

Sendo assim o papel da Psicologia da Saúde é fundamental, na medida em que pode pesquisar este fenômeno tendo em vista propiciar estratégias que promovam a saúde familiar e a prevenção da violência doméstica contra crianças.

2.1 A privação emocional e as consequências para a criança acolhida

Para seu adequado desenvolvimento, a criança precisa receber cuidados essenciais, com alimentação, abrigo, cuidados físicos, vestuário adequado, etc. Precisa também viver num ambiente que ofereça além dos cuidados físicos necessários à sua sobrevivência, cuidados emocionais, que se traduzem em demonstração de afeto, amor, carinho, respeito, interação. Cuidados estes, tão fundamentais quanto os físicos, porém negligenciados em muitas esferas, como na própria família, instituições de acolhimento, escolas, creches, etc.

De acordo com Bowlby (1995), no início da vida do bebê, o ambiente é representado pela mãe que deveria lhe propiciar experiências afetuosas, cuidadosas e contínuas, fundamentais para a formação de uma personalidade saudável. Corroborando com este autor, Winnicott (1991) também ressalta a importância da relação sadia entre mãe/bebê, traduzida por uma série de atitudes maternas, como acolhimento, sustentação emocional, que se traduz por segurar o bebê tanto fisicamente como emocionalmente, propiciando assim, o *holding*.

Estes são processos importantíssimos que geram saúde mental. Deste modo, se tudo ocorrer bem, a criança seguirá seu desenvolvimento biopsicossocial, iniciando a vida com dependência total do ambiente, seguindo para a dependência parcial, e por fim, ao encontro da independência.

Infelizmente, em muitos casos, vemos que as crianças não experimentam este ambiente acolhedor, ao contrário, às vezes a família pode ser um lugar ameaçador e até perigoso, que em vez de promover bem estar e proteger gera a privação física e emocional com consequências negativas ao desenvolvimento saudável da criança.

Segundo Bowlby (1995), a privação pode ocorrer em diferentes situações, no lar ou fora dele. Isto significa que o fato de a criança estar no lar, tendo os pais como responsáveis não lhe garante cuidados, proteção e saúde mental. Os pais podem ter atitudes prejudiciais para o desenvolvimento da criança. Porém, este mesmo autor ressalta que mesmo a relação pais e filhos sendo negativa destacam que as crianças privadas no seu lar, ainda denotam estados emocionais melhores do que crianças criadas em instituições de acolhimento.

A privação pode ocorrer também com crianças institucionalizadas, isto é, quando estão sob a guarda de uma instituição de acolhimento, pois geralmente as instituições não dispõem de cuidador único e fixo para a criança acolhida. Outra situação de privação pode ocorrer, conforme Bowlby (1995) quando há separações constantes da mãe ou substituta, prejudicando a formação de vínculos mais duradouros. Aponta desta forma, a importância da família como núcleo social, como berço da educação e afeto,

proteção e estímulo e o quanto é necessário para a criança viver com uma família. A criança prefere a sua família a nenhuma outra situação, e anseia por ter pais, ser filho e ter uma identidade familiar.

Para Bowlby (2006), existem casos em que mães apresentam insuficiência na interação com seus filhos e como consequência, estes desenvolverão perturbações emocionais sérias. A criança doente não consegue lidar de forma satisfatória com os conflitos, age impulsivamente, perde o controle emocional e sofre com a ansiedade.

Ainda Bowlby (1995) discorre sobre várias situações nas quais uma criança pode sofrer privação, tais como: a ausência da mãe como figura central, sendo a criança cuidada por várias pessoas, sem uma relação afetiva significativa entre criança e a cuidadora; existência de várias cuidadoras que cuidam até satisfatoriamente, mas a relação estabelecida é quebrada constantemente. Neste sentido, esclarece que a privação não ocorre apenas no aspecto físico, mas também no âmbito emocional.

Descreve diversas formas de privação, como a total, quase total ou parcial, sendo que um ambiente com privação total reflete-se em prejuízos à capacidade da criança de relacionar-se com o outro, pois são abandonadas à sua própria sorte, correndo sérios riscos à sua integridade física e mental; já a privação quase total ocorre mais frequentemente em instituições de acolhimento, pois as crianças recebem os cuidados físicos necessários, mas são abandonadas afetivamente pela família sendo que, muitas vezes, os pais não visitam os filhos e não é raro a criança não conseguir ter uma família substituta, devido à preferência dos futuros pais por crianças pequenas ou bebês.

Já a criança que sofre de privação parcial revela excessiva carência afetiva, sentimentos de vingança e como consequência, culpa e a depressão, podendo desenvolver uma personalidade instável e nervosa. Neste tipo de privação a criança pode estar até sob os cuidados de seus pais, mas a mãe ou o ambiente não propicia afeto e cuidados, causando danos psíquicos.

A privação emocional por parte da mãe e da família pode propiciar como consequência o desenvolvimento de características nas crianças como:

(...) relacionamento superficial; nenhuma capacidade de se interessar pelas pessoas ou de fazer amizades profundas; inacessibilidade exasperante para os que tentam ajudá-la; nenhuma reação emocional em situações em que isto seria normal – uma estranha falta de preocupação; falsidade e evasivas, frequentemente sem motivo; furtos e falta de concentração na escola. (BOWLBY, 1995, p. 36).

Carvalho (2002) aponta que aspectos como alta rotatividade de funcionários e falta de atividades planejadas e apoio afetivo, podem trazer prejuízos aos jovens que se desenvolvem em instituições. Justamente esta questão referente aos cuidados emocionais, foi esquecida na nova lei da adoção e acolhimento (lei nº 12.010/09), isto é, a capacitação da educadora que lida diretamente com

crianças e adolescentes no âmbito afetivo-relacional, ou seja, a compreensão de que este papel é importantíssimo porque de alguma forma ela está no lugar materno.

Neste sentido, Siqueira e Dell'Aglio (2006) apontam aspectos importantes que se não forem trabalhados adequadamente podem gerar consequências negativas para o desenvolvimento das crianças acolhidas, lembrando que os técnicos precisam ficar atentos a fatores de risco, como por exemplo: o acolhimento inadequado no momento que a criança vai para a instituição; a hostilidade entre crianças e monitores, as práticas educativas coercitivas, a rotatividade de funcionários, o alto índice de criança por cuidador, a falta de atividades planejadas, a fragilidade das redes de apoio social e afetivo e a não disponibilidade de investimento emocional, podem ser considerados fatores de risco presentes no cotidiano das instituições de acolhimento.

Observa-se, portanto, que a institucionalização pode se constituir tanto como fator de risco quanto de proteção, não havendo um consenso. Este desfecho dependerá dos mecanismos através dos quais os processos de risco operarão seus efeitos negativos sobre os acolhidos.

Conforme Winnicott (2005), a criança privada ficará doente e dará indícios de resgate de sua saúde mental quando conseguir enfurecer-se diante de sua condição de vida, isto é, de sua privação emocional. Diz este autor que é preciso vivenciar esta fúria para voltar a ter saúde, pois tal enfurecimento quer dizer que a criança volta a ter esperança de que o ambiente pode proporcionar algo bom, restituir-lhe o que lhe foi roubado.

Outros sinais indicativos de que ainda há esperança é o surgimento da depressão, atos delinqüenciais (furto ou mentiras) ou através de sintomas no corpo, como encoprese e enurese. Comumente, os pais e a instituição de acolhimento não compreendem este movimento, passando a julgar e rotular a criança como difícil, com índole má, legitimando o uso da ameaça, violência física e psicológica para “educar” a criança.

Falta o conhecimento e entendimento do ECA (lei nº 8.069/90) para muitos que trabalham com acolhimento de crianças e também para os pais e a sociedade civil. É preciso um trabalho de conscientização com relação à formação dos cuidadores (seja em casa ou em instituições de acolhimento), destacando a importância deste papel social para a saúde mental das crianças. Muitas vezes, os destinos da vida das crianças estão na mão das instituições de acolhimento e do poder judiciário, e não raras vezes são decididos de forma não responsável. Mas na família isto também acontece.

2.2 Breve histórico da institucionalização de crianças

Discorrer sobre a criança acolhida que foi institucionalizada para a proteção de sua integridade, nos remete pensar sobre a relação dos adultos com as crianças e o tratamento dirigido a elas no decorrer do tempo. Para isto, resgataremos brevemente a visão da sociedade concernente à infância no transcorrer da história, bem como a institucionalização das crianças e as transformações que se seguiram no que tange ao papel delas na família e na sociedade e, a partir disto, as mudanças geradas na família e suas respectivas responsabilidades para com filhos.

Na perspectiva de Ariès (1986), há muito tempo a criança tem sido vista de forma inadequada, dentro e fora da família. Durante a Idade Média e no início dos Tempos Modernos, a infância não se constituía em uma fonte de preocupação para a família e para a sociedade, as crianças eram vistas como “adultos em miniatura” e não existia a visão, por parte da sociedade, de que eram pessoas merecedoras de cuidados especiais, respeito e consideração. Havia altas taxas de mortalidade infantil e uma atitude comum por parte dos adultos era abandonar os bebês rejeitados em diversos locais, tais como bosques, correndo o risco de serem comidos por bichos ou até mesmo nas portas das casas e nas igrejas. Tal prática mostrava-se recorrente:

Crueldades cometidas contra crianças pequenas fazem parte da história da humanidade, sem falar do direito de vida ou de morte dado ao pai sobre seus filhos, somente em meados do século XIX começa a se esboçar uma preocupação com a criança, que passa a ser encarada como uma pessoa em forma. (Delgado e Fisberg, 1990, p.112).

A Igreja acolhia os bebês abandonados e funcionava como uma espécie de orfanato. De acordo com Marcílio (2006) a instituição religiosa disponibilizava um cilindro de madeira, denominado roda expostos, onde as crianças eram depositadas pelos pais/responsáveis, anonimamente. As crianças que não eram abandonadas eram consideradas como um tipo de “animalzinho de circo” que faziam gracinhas e divertiam os adultos. Conforme Ariès (1986), a duração da infância era curta e quando as crianças sobreviviam e conseguiam maior independência da mãe, em torno dos seis ou sete anos, passavam a viver ativamente na comunidade, misturando-se com os adultos, jovens, crianças mais velhas e pessoas idosas, participando constantemente de suas festividades, inclusive de jogos sexuais dos adultos.

Os cuidados básicos direcionados às crianças não eram responsabilidade exclusiva da família, ou seja, a comunidade também cuidava delas. Nesta época não existia escola formal e a aprendizagem das crianças se realizava pela imitação dos adultos e com eles aprendiam os ofícios, iniciando-se no trabalho, como se fossem “pequenos adultos”.

No que concerne à família, esta instituição era formada, não tanto pela afetividade entre seus membros, mas pela necessidade da formação de um grupo, em que os membros se automantivessem e a intimidade não era um valor importante. As trocas afetivas e as comunicações sociais eram realizadas fora da família, com amigos, vizinhas e criadas; crianças e velhos, mulheres e homens; as famílias conjugais se diluíam nesse meio social. Enfim, nessa época, a vida coletiva era mais vigente e o setor privado não tinha tanto espaço.

Dando continuidade ao pensamento de Ariès (1986), a situação começa a mudar no final do século XVII, coincidindo com a transição do feudalismo pelo capitalismo. A burguesia emergente passou a considerar que as crianças deviam ser preparadas e aprimoradas, para exercerem atividades quando fossem adultos, enfrentando assim a aristocracia poderosa da época. Inicia-se um tempo novo, começa a existir uma grande mudança na forma de tratar a criança, ela deixa de se misturar aos adultos e aprender coisas da vida com os mesmos, passando a ser vista como alguém que tem de ser domesticada e educada. Desta forma, aparece a necessidade de enviar as crianças para a escola, surgindo o processo de escolarização e as crianças foram submetidas a um tipo de enclausuramento nos colégios; a moralização passou a ser instituída e comandada por católicos e protestantes.

A família também mudou sua face e passou a ser um lugar onde o afeto era muito importante, tanto entre o casal, como entre pais e filhos, sendo a afeição, por estes, caracterizada pela valorização da educação. Nesta época, ao mesmo tempo em que a infância recebeu um novo “status social familiar”, passou a conhecer os castigos físicos mais severos, que antes só eram delegados às pessoas que cometessem atos criminosos. Conforme Ariès (1986), a nova percepção que a sociedade passa a ter da criança, não necessariamente proporciona a ela, melhores condições de tratamento por parte dos adultos. Para o autor, naquele momento, a criança conhece os métodos mais severos e cruéis de educação, passando a ser vista como dependente, tendo que se submeter ao poder disciplinador dos adultos.

Outro ponto significativo verifica-se no século XVII, quando os dizeres bíblicos possuíam muita influência e a igreja tinha uma visão um tanto contraditória sobre a infância. Por um lado, considerava a criança como um ser inocente, mas ao mesmo tempo carregava, dentro de si, elementos maléficis, que tinham de ser extirpados, muitas vezes, através da utilização de castigos físicos desumanos.

De acordo com Marcílio (2006), apesar da mudança ocorrida na forma de tratar a criança, ainda no século XIX ocorria de maneira crescente, o abandono das mesmas. Foi necessária a criação de orfanatos e internatos para acolhimento das crianças abandonadas e muitas destas instituições eram

mantidas pelas igrejas. Em decorrência de altas taxas de mortalidade infantil no início do século XX, os médicos e juristas denunciam a existência de maus tratos, condições higiênicas insatisfatórias e negligência para com as crianças acolhidas. As práticas do abandono e maus tratos contra as crianças são antigos e ao mesmo tempo atuais.

No Brasil, a partir do artigo de Segundo (2003), a primeira legislação específica voltada para as crianças, foi o Código Mello Matos, conhecido como Código de Menores de 27. Neste código visavam-se políticas de atendimento às crianças e adolescentes que estavam na criminalidade e também eram explorados e expostos a insalubridades e horários abusivos no trabalho. Portanto, o termo menor era dirigido a um grupo de crianças e adolescentes do início do século XX, identificado como aqueles que estavam expostos a delinquência, marginalidade e o abandono.

Surge em 1979, o Código de Menores, cuja doutrina era guiada pela visão da criança em situação irregular, desta forma, parece que novamente a criança é culpabilizada, como se fosse sua escolha estar numa situação de risco social. Este código era regido por um princípio paternalista e assistencialista e não enfatizava os direitos delas, ao contrário, assegurava as punições necessárias aos “menores” que sofriam violência, privações ou estavam em conflito com a lei. Segue-se um período histórico marcado por tímidos avanços na área dos direitos das crianças e adolescente.

Na década de 90, o atendimento às crianças e adolescentes em situações de alta complexidade era feito pela FEBEM (Fundação Estadual do Bem Estar do Menor), norteadas por ações baseadas na política do Bem Estar do Menor (PN-BEM) e pelo antigo Código de Menores (1979). Desta forma a FEBEM considerava as necessidades da sociedade, que via nestas crianças e adolescentes um risco a sua integridade e era preciso afastá-las do convívio social. Geralmente “os menores” pertenciam a classes menos favorecidas, já a denominação “criança” era dirigida apenas às que pertenciam às famílias mais estruturadas no âmbito social, familiar, econômico e que, portanto, não eram abandonadas pela família.

Muitas eram as atrocidades cometidas por estes órgãos, que em vez de propiciar condições adequadas de desenvolvimento às crianças e adolescentes, reproduziam a violência e o desrespeito sofrido por parte de suas famílias, estado e sociedade. Para Moraes (2009), muitas críticas foram feitas a este novo código, pois sua base era a manutenção de um padrão de comportamento esperado, pautado num padrão de normalidade, e os que não se enquadravam nesta visão poderiam ser recolhidos, num discurso paternalista e autoritário. Parece que neste código, não existia a preocupação em compreender a realidade social das crianças e uma das críticas a este código refere-se à falta de reflexão e análise do que leva uma criança a vivenciar uma situação de risco e privação.

O autor aponta que, no final dos anos 80, exigia-se a elaboração de novas leis dispondendo sobre a infância e a juventude, fundado agora na perspectiva da enunciação da garantia dos direitos. Surgem questionamentos e discussões, por parte de profissionais, grupos de defesa dos direitos humanos, sociedade civil, e se ganha força para futuras articulações políticas. A nova legislação referente a crianças e adolescentes deveria se pautar na proteção e garantia dos direitos da criança.

Através da Constituição Federal de 1988, criou-se uma política de proteção à criança. Este artigo previa um modelo baseado nos direitos das crianças e adolescentes e fundamentava-se na doutrina da proteção integral. Grosso modo, a doutrina da proteção integral concebe a criança como um ser dotado de direitos que precisam ser concretizados. Basearam-se na ONU (Organização das Nações Unidas) no sentido de assegurar as necessidades das crianças em aspectos gerais tais como saúde, educação, lazer e profissionalização, etc. No Brasil, a fomentação e reivindicação aos direitos das crianças avançaram a partir da década de 80, denotando uma preocupação no que se refere ao bem estar dos mesmos, culminando no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei federal 8.069 de 13 de julho de 1990, que propôs uma nova visão da infância e adolescência, substituindo o antigo Código de Menores.

Surge então, um novo direito da criança, baseado na ciência, na jurisprudência, consagrada na ordem jurídica e baseado na proteção integral com inspiração nas Regras de Beijing (China). O ECA consagra a Proteção Integral, onde as crianças e adolescentes não podem mais sofrer qualquer tipo de discriminação, sendo que as regras do Estatuto devem ser aplicadas com imparcialidade, sem distinção de cor, sexo, idioma, religião ou qualquer outro tipo de diferenciação.

As instituições de acolhimento passam a ter de cumprir uma série de exigências para com o desenvolvimento da criança e adolescente, como manter e estimular o resgate dos vínculos familiares, atendimento personalizado e em pequenos grupos, não separação entre irmãos, inserção em atividades da comunidade onde vivem participação de pessoas da comunidade no processo educacional, evitar a transferência para outras instituições de acolhimento, integração em família substituta e se for possível, fomentar a manutenção dos vínculos com a família de origem.

Conforme Grossi, Kaminski, e Partala (2004) há dificuldades por parte das instituições em propiciar uma situação similar à família, com um ambiente afetivo e estimulante. Esta pesquisa ressalta a importância de propiciar redes sociais às crianças acolhidas, no sentido de participarem e interagirem em vários ambientes sócio-culturais.

O acolhimento pode gerar estresse às crianças devido o afastamento da convivência familiar, a situação de institucionalização e todas as mudanças que isto acarreta, por isto é importante o cuidado

na hora de avaliar a condição psicossocial da família e da criança, para não existirem encaminhamentos inadequados e desnecessários. Para a criança, a culpa pode ser um sentimento que advém com a separação da família, pois elas romperam com o silêncio da violência imposto pela família. Por outro lado, o acolhimento em determinadas situações, é a única forma de garantir o direito, a proteção e o desenvolvimento biopsicossocial das crianças em situação de risco social.

2.3 O processo de estresse e seus sintomas

Segundo Lipp (2005), o termo estresse foi utilizado primeiramente na área da saúde, por Hans Selye, em meados de 1926. Ele observou que muitos indivíduos que sofriam de doenças físicas revelavam sintomas semelhantes como desânimo, fadiga, falta de apetite, pressão alta. Estas observações suscitaram o surgimento de pesquisas médicas, e a visão da época, referia-se ao estresse como um processo de desgaste psicofisiológico geral do organismo frente a uma situação.

Neste sentido, o estresse sempre esteve presente na vida do ser humano, pois desde os primórdios, o indivíduo teve de aprender a lidar e se adaptar ao meio ambiente, muitas vezes hostil e perigoso. Deste modo, sentir estresse faz parte da vida e é resultado da interação entre indivíduo e seu ambiente. Destaca-se que o estresse não é gerado apenas por fatores negativos (perda do emprego, divórcios, desastres ambientais, violência, etc), mas também pode surgir em situações consideradas positivas (promoção no trabalho, casamento, filhos, viagem, etc.).

Seguindo as reflexões de Lipp (2006), o estresse caracteriza-se como uma resposta do organismo, no sentido de suportar uma pressão, sendo em sua gênese, a necessidade do organismo em lidar com algo que ameaça seu equilíbrio. Sendo assim, inicialmente o organismo percebe algo ameaçador, e a partir daí, ocorrem mudanças em níveis biológicos, psicológicos, físicos e o indivíduo se prepara para a ação, fugindo ou lutando. Desta forma, o equilíbrio interno é abalado, o corpo todo entra em estado de alerta, o coração bate mais rápido e forte, a transpiração aumenta. Para lidar com a situação geradora de estresse, a pessoa tem de se adaptar, ou seja, utilizar a energia adaptativa (que é limitada) para resgatar o equilíbrio interno, mas quando esta energia é utilizada em demasia, o organismo pode entrar em colapso.

Nas palavras de Caminha (2000, p. 51), o ambiente tem um papel significativo no surgimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Os abusos familiares desencadeiam o TEPT e propiciam o aparecimento das mais prejudiciais de formas estresse.

Lipp (2006) destaca que o estresse não é em si mesmo uma doença, mas é como se fosse uma síndrome, composta de sintomas físicos e/ou psicológicos. Inicialmente os sintomas de estresse são

diagnosticados mais facilmente devido a algumas alterações físicas que são comuns no início do processo, como respiração acelerada, mãos frias e suadas, batimento cardíaco acelerado, dores de cabeça, dores de estômago, etc. Por outro lado, outros sintomas confundem o diagnóstico, como desinteresse por atividades, dificuldades de inter-relacionamento, isolamento, sensação de estar doente. Todos estes sintomas analisados de forma isolada, não oferecem o diagnóstico de estresse, por isto necessitam ser analisadas dentro de um contexto mais abrangente.

Quando o estresse se prolonga ou é intenso, as glândulas supra-renais produzem corticosteróides em excesso, afetando diretamente o sistema imunológico. Deste modo no âmbito físico, há um enfraquecimento do organismo, reduzindo sua resistência e deixando-o vulnerável a infecções, doenças contagiosas e ao desenvolvimento de doenças que estavam latentes, tais como hipertensão arterial, diabetes, alergias, obesidade, etc. Na esfera psíquica, as consequências psicológicas são diversas, como depressão, ansiedade, irritação, agressividade, apatia, falta de concentração, desinteresse, etc.

No que tange ao estresse infantil, foco deste estudo, Lipp (2000) destaca que há poucas pesquisas na área. A criança no seu desenvolvimento biopsicossocial vai se deparar com várias situações estressantes como doenças, acidentes, mudanças referente à escolarização, nascimento de irmãos, troca de babás, etc. Como sabemos, os pais são modelos para as crianças e, caso eles estejam estressados e não saibam administrar situações conflitantes, ensinarão as crianças formas inadequadas de lidar com as tensões do dia a dia. O que, inescapavelmente, acarretará consequências negativas ao desenvolvimento saudável. No futuro, tais crianças podem se tornar adultos fragilizados e denotar vulnerabilidade no que se refere ao desenvolvimento de enfermidades. No que concerne a esfera social, as dificuldades nos relacionamentos interpessoais podem ser recorrentes.

Por isso, é fundamental que os pais saibam manejar o estresse dos filhos, mas isto não quer dizer protegê-los totalmente de estímulos estressores, até porque é preciso que a criança aprenda a administrá-lo em sua vida, desde que exista o respeito ao processo maturacional da mesma.

2.3.1 Estímulos Estressores e Fases do Estresse

Segundo Lipp e Lucarelli (2005), os estímulos estressores podem ser externos ou internos, tanto para a criança como para o adulto. Contrariamente ao que é imaginado popularmente, os estímulos estressores não advêm, necessariamente, de eventos considerados apenas negativos, pelo contrário, situações consideradas positivas podem gerar estressar no indivíduo, ou qualquer mudança significativa, isto é, importante.

Os estímulos externos independem das características do comportamento individual e ocorrem fora do corpo e mente do indivíduo, revelando-se quando ocorrem desastres, morte de um ente querido, violência, desemprego ou excesso de trabalho, desarmonia intrafamiliar, etc. De certo modo, é comum e até esperado o aparecimento de estresse diante de tais eventos, pois são tensões cotidianas e todos estão expostos a tais situações no decorrer da vida. No que tange aos estímulos internos, eles são determinados pelo indivíduo, por isto, é vital a interpretação que o indivíduo denota sobre um contexto, pois uma situação pode ser estressante para alguém e para outra não.

O processo de estresse, segundo a autora, pode apresentar quatro fases: Fase de Alerta ou Alarme, Fase de Defesa ou Resistência, Fase de Quase-exaustão e por fim Fase de Exaustão. A primeira fase é caracterizada por um estado de alerta ou alarme diante de um estressor. Deste modo, o organismo reconhece o estímulo e prepara-se para lutar ou fugir. O indivíduo tem sensações corporais como aceleração do batimento cardíaco, mãos e pés frios, retesamentos musculares, dores musculares e de cabeça, tonturas, aperto no peito, aumento da produção de hormônios.

Busca-se assim, restabelecer o equilíbrio perdido, caso contrário o organismo passa para a segunda fase, que se denomina defesa ou resistência. Uma das características é que o estressor está atuante e o organismo procura adaptar-se a situação com o intuito de resgatar o equilíbrio, e havendo sucesso, os primeiros sintomas desaparecem; porém se o organismo utilizar toda a energia vital que era destinada para outras funções, segue-se a terceira fase, identificada como fase de quase-exaustão.

Nesta terceira fase, a tensão continua e o organismo perde o controle e inicia-se um processo de diminuição da resistência física e emocional. O corpo passa a liberar mais o hormônio cortisol, à custa de efeitos negativos, como a destruição do sistema imunológico. Nesta fase o organismo utilizou toda energia adaptativa e podem desaparecer alguns sintomas do início do processo, mas surgem outros.

Na quarta fase, designada de exaustão, o processo de estresse se prolonga demasiadamente, é vista como a fase mais negativa e patológica. Ocorre um desequilíbrio e desgaste mais intensos, afetando as células linfáticas do timo, diretamente relacionada ao sistema imunológico do organismo. Conseqüentemente há uma diminuição na produção de células de defesa, levando o indivíduo a processos de adoecimentos mais comprometidos, envelhecimento precoce e com reais riscos de morte.

2.3.2 Tipos de estresse

Na perspectiva de Lipp e Lucarelli (2005), o estresse pode ser agudo, pós-traumático, crônico e recorrente. O estresse agudo ocorre após uma situação que normalmente consideramos traumatizante,

este tipo de estresse permanece por um período limitado de tempo e depois a pessoa volta a um estado de equilíbrio.

No que tange ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), o conceito de trauma é essencial para sua compreensão. Ele é gerado a partir de uma situação na qual houve ameaça à vida ou à integridade física pessoal ou de outras pessoas com vínculo familiar (pais, irmãos, etc). Muitas vezes, tais situações não são diretamente relacionadas à pessoa, mas ela presencia os eventos estressores, ou seja, os eventos estressores são fenômenos de ordem pessoal, individual ou decorrente do meio ambiente.

Além disso, a própria pessoa vive o trauma. Ele aparece depois de experiências com estímulos externos suficientes para desencadear eventos psicológicos e neurobiológicos relacionados, por exemplo: assalto, morte, sequestro, guerra, desastres, catástrofes da natureza, etc. Neste tipo de estresse, a vítima revive o trauma original. Este tipo de estresse é diagnosticado quando o sintoma permanece após um mês depois de o evento estressor ter ocorrido.

Quanto ao quadro clínico do TEPT, Câmara Filho e Sougey (2001) distinguem três grupos de sintomas: a existência da reexperiência do trauma, esquiva e distanciamento emocional e hiperexcitabilidade psíquica. Na reexperiência traumática o indivíduo revive a situação traumatizante, não conseguindo deixá-lo no passado, como se o tempo se paralisasse no momento do trauma. Os pensamentos, de forma intrusiva e recorrente, carregados de afeto e emoção, voltam-se continuamente para as lembranças relacionadas ao trauma, gerando muita angústia e sofrimento. Estas lembranças, que não passam com o tempo, surgem de forma involuntária ou quando algum pequeno estímulo surge; desta forma as lembranças traumáticas são reavivadas na memória com intensidade similar à situação original, ou seja, a vítima revive a situação como se tivesse ocorrendo no presente.

A reexperiência, segundo os autores, também pode ocorrer sob a forma de sonhos aflitivos, pesadelos cotidianos e, não raramente, os pacientes sentem medo de ir dormir. As alucinações visuais e auditivas são frequentes, revelando sua natureza dissociativa. Outro fenômeno refere-se à ação que leva a reexposição compulsiva aos eventos traumáticos, cuja semelhança ao trauma original é perceptível. Como exemplo, podemos citar pessoas que sofreram violência doméstica quando crianças e escolhem relacionamentos afetivos, que de certa forma, repetem o padrão vivido anteriormente na casa dos pais.

Em relação à esquiva e distanciamento emocional, surge um mecanismo intenso de defesa, com o qual, a vítima tenta evitar ao máximo as lembranças referentes ao trauma, inclusive negando-se a conversar sobre o ocorrido e se envolver em situações e atividades que lembrem o trauma, evitando a todo custo sentir angústia. Para tanto, a vítima pode fazer uso de álcool/drogas ou intensificar

atividades como o trabalho, sexo, etc. Em alguns casos, a pessoa apresenta uma amnésia seletiva ou psicogênica. Para os autores, a vítima passa a ficar atenta aos estímulos estressores ligados ao trauma, ocupando um lugar central em sua vida, e acaba evitando envolvimento em situações até consideradas prazerosas, procurando não pensar no assunto, com a finalidade de não sentir dor. Quando esta estratégia não é atingida, o comportamento de esquiva intensifica-se gerando até comportamentos fóbicos e impulsivos. Deste modo, o indivíduo evita participar de eventos sociais significativos, isolando-se. O importante é não sentir nada, não planejar, não pensar, anestesiar-se.

Na hiperexcitabilidade psíquica existem sintomas correlatos do sistema nervoso central e autônomo, não apenas ligados aos estímulos traumatogênicos, mas como reflexo de uma excitação fisiológica extrema em resposta a uma variedade ampla de estímulos. Quando o indivíduo percebe os estímulos estressores, as reações podem ser de taquicardia, ansiedade, falta de ar com respiração rápida, sudorese, tonturas, cefaléias, dor de estômago, extremidades corporais abaixo da temperatura normal (frias), insônia, irritabilidade, comportamentos explosivos e impulsivos etc.

As pessoas que apresentam estes sintomas estão sempre atentas, alertas, em posição de guarda, são pessimistas e sentem uma sensação de aniquilação; generalizam o medo sentido, espreitam o meio ambiente a todo o momento procurando sinais que a ameacem. O mundo é percebido como um lugar perigoso e inseguro. Os pacientes revelam dificuldade em discriminar estímulos, assustando-se facilmente, ao som de barulhos ou sons altos.

O surgimento do estresse crônico está relacionado à exposição recorrente e permanente do estímulo estressor na vida e na história do indivíduo e pode evoluir para processos mais graves. No que se refere ao estresse recorrente, o mesmo tem relação com temas de vida que se repetem muitas vezes há a sensação de extrema fragilidade diante da vida. Ele é diferente do estresse cotidiano, pois este pode ter estímulos diferenciados, já o estresse recorrente é um estímulo que se repete, como por exemplo, a violência, rejeição, traição, etc. Existe também a tendência da pessoa que sofre de estresse recorrente se envolver em situações que reproduzem os temas de vida estressante, como se ela mantivesse o mesmo script, como no caso de vítimas de violência doméstica, que reproduzem temas específicos de violência, revivendo-os ora como vítima, ora como agressor (a).

Deste modo a violência doméstica gera estresse e na perspectiva de Winnicott (1999, p. 151):

O estresse surge a partir de fracasso relativo ou total do suprimento ambiental. Essas deficiências podem ser descritas em termos de inconfiabilidade, destruição da confiança, interferência da imprevisibilidade, e um padrão definitivo ou repetitivo de quebra da continuidade da linha da vida da criança individual.

Diante das colocações acima, é fundamental estudos que estimulem investigações direcionadas ao fenômeno da violência doméstica e o estresse subsequente, visto as grandes consequências negativas geradas à saúde mental dos indivíduos, com vistas a prevenir sua ocorrência no seio familiar, propondo estratégias geradoras de saúde para a família e também para toda rede que atende a família.

3- INTERVENÇÕES LÚDICO-MUSICAIS

Neste capítulo discorreremos sobre a importância do brincar na visão winicottiana destacando a criatividade e a espontaneidade como a base deste brincar. No que tange a compreensão do fenômeno grupal, seguiremos as contribuições de Bion (1975); em seguida discorreremos sobre o poder da música, seus elementos, a música como terapia e sua influência no decorrer da história da humanidade. Dando prosseguimento, descreveremos as técnicas da musicoterapia como intervenção terapêutica utilizada nesta pesquisa, sob duas formas, a ativa e a receptiva. Na técnica receptiva apresentaremos o compositor musical Heitor Villa-Lobos e um breve histórico sobre esta escolha musical e sua influência na cultura brasileira.

3.1 O Brincar: contribuições para a Psicologia da Saúde

A cada dia a Psicologia da Saúde, segundo Oliveira e Yamamoto (2003), vem ganhando reconhecimento no que tange a sua contribuição para a ciência e para a sociedade. Na medida em que investiga os processos que geram saúde aos seres humanos, delinea-se como atual e premente numa época de adoecimento biopsicossocial dos indivíduos.

O conceito de Saúde é muito complexo e varia de acordo com o paradigma científico da época, mas, atualmente ter saúde não significa ausência de doença, ter saúde, de certa forma, é saber manejar a momentos difíceis, como a crise ou doença. Ser saudável revela-se na forma como o indivíduo lida com o interjogo entre a vida e o viver, se sabe brincar, jogar com a vida.

O ser humano não é só um corpo que adocece ou tem saúde, ele é um ser sócio-cultural, afetivo-relacional, trabalha e produz. Portanto, ter saúde abrange aspectos subjetivos, ou seja, como o indivíduo lida e percebe a vida e suas vicissitudes nestes respectivos setores, como maneja as situações estressantes (negativa ou positiva), enfim, se revela criatividade nas situações cotidianas da vida e se compreende a implicação individual diante dos processos geradores de saúde/doença. É urgente desenvolvermos estratégias para vivermos melhor, termos mais saúde, enfrentando os conflitos ou situações adversas.

O brincar pode ser um caminho natural. O conceito que provêm do latim *opera ludens*, explica que o homem brinca desde tempos primordiais, ou seja, faz, opera, cria, joga desde que se deu conta de estar num mundo desconhecido e que sua própria sobrevivência e evolução dependiam dele saber jogar com a vida. Para Huizinga (2007), o jogo propicia uma viagem à esfera lúdica e transporta-nos para um clima de magia, onde o faz de conta é possível e o cotidiano é quebrado, existe o encantamento e o prazer. A função social do jogo é clara, na medida em que propicia socialização, regras, ordem, tensão,

ritmo, movimento, emoção, transformação. Deste modo, no jogo há possibilidades de vivenciar vários papéis sociais, ora se ganha, ora se perde. No jogo vive-se a emoção, o inesperado, ao mesmo tempo em que se desenvolve a cognição, o racional. Aprendemos deste modo, a lidar com as flutuações da própria vida.

Um dos autores que discute a importância do lúdico e que norteia esta pesquisa refere-se à Winnicott (1975), para ele o lúdico tem relação com a saúde e é visto como terapêutico. Destaca que todo o ser humano tem a capacidade para brincar e para ser saudável. Afirma Winnicott (1975, p. 63): “o brincar é próprio da Saúde, brincar é fazer”.

Parece que este fazer está relacionado ao construir algo a partir da realidade interna e experimentar a si mesmo, a realidade psíquica, mostrando-se como uma alternativa saudável para canalizar impulsos destrutivos. É fundamental para a criança acolhida poder brincar, pois muitas são as angústias, raiva, medo, receios e questionamentos. A pergunta contínua refere-se ao destino que seguirão suas vidas, que é controlada pelo mundo dos adultos (pais, instituição, poder Judiciário).

A proposta desta pesquisa é propiciar um espaço potencial para o brincar construtivo em grupo, facilitando o florescimento do ser através do fazer musical e das inter relações estabelecidas num ambiente acolhedor.

Diz ainda Winnicott (2005, p. 107): “um dos mais importantes sinais de saúde é o surgimento e a manutenção, na criança, do brincar construtivo”. Este brincar construtivo surge quando o ambiente ao redor da criança é suficientemente bom, e isto significa apoiar, sustentar. Deste modo, brincando, as crianças expressam conteúdos emocionais e tem oportunidades para lidar com sentimentos ambíguos concernentes a sua vida, ao seu desenvolvimento.

Portanto, Winnicott (1975, p. 63) comenta sobre o brincar e seus benefícios como estratégia promotora de saúde:

Em outros termos, o brincar é que é universal, e próprio da saúde: o brincar facilita o crescimento, e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como uma forma altamente especializada de brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros.

Outro ponto positivo refere-se à possibilidade de se trabalhar em grupo visando a interação entre crianças que estejam passando pela mesma situação de vida, ou seja, de acolhimento institucional e afastamento familiar. A partir desta mudança, a criança passa a conviver em novos grupos, com diferentes dinâmicas. Sendo assim, propiciar um *setting* lúdico-musical em grupo que ofereça um ambiente acolhedor com possibilidades de expressão de emoções, sentimentos e pensamentos, revela-

se como essencial para elaboração da situação conflituosa, propiciando assim, transformações inter e intrapessoais, estabelecendo ao mesmo tempo, novas formas de interação e comunicação grupal para as crianças acolhidas.

Neste sentido, o brincar pode propiciar mais humanização, socialização e comunicação, e conseqüentemente, mais saúde mental para crianças que estejam de alguma forma, afastadas de casa, seja por doença ou para sua própria segurança pessoal.

Utilizamos o conceito Winnicottiano *handling*, que Oliveira (2008) destaca como sendo um ambiente de acolhimento ao psiquismo da criança, de humanização. Nesta pesquisa estamos propondo tal ambiente acolhedor e criativo, tão necessário a criança privada de afeto. Observamos que muitas delas não vivenciam este acolhimento psíquico por parte de familiares e da instituição e parecem infelizes e adoecidas, brutalizadas pela violência, com a capacidade de brincar prejudicado.

Como diz Bomtempo e Foresti (2008, p. 33) sobre o brincar:

O brincar desenvolve a comunicação. As habilidades de metacomunicação ocupam uma grande parte quando a criança desempenha o jogo simbólico, ou planeja suas ações por meio da brincadeira. As crianças sabem como comunicar suas idéias umas com as outras. Elas aprendem a brincar com a linguagem pelo brincar. Ele permite o desenvolvimento social.

Segundo Winnicott (1999, p. 23): “a criatividade é o fazer que, gerado a partir do ser, indica que aquele que é está vivo”. Portanto, quando estamos inclinados a produzir algo, isto nos remete ao sentimento de existência, que dá um sentido à vida e suas motivações.

Apoiamo-nos na visão de Winnicott (1975) que privilegia a espontaneidade do gesto e a criatividade, aspectos intrínsecos ao processo do brincar e ao processo de amadurecimento do *self* na busca pelo EU SOU. Em sua teoria, o ambiente tem uma contribuição significativa na construção do EU SOU, pois promove ou deveria promover a sensação de sentir-se real a partir da sustentação que oferece. Este ambiente inicialmente é representado pela mãe e, se tudo ocorrer de forma adequada, espera-se que ela seja suficientemente boa, isto é, acolha, cuide, segure fisicamente e emocionalmente seu bebê, o satisfaça e se satisfaça, enfim, se doe para ele e promova as experiências iniciais de onipotência do bebê. Estas vivências promovem as experiências iniciais de onipotência do bebê, e neste processo de desenvolvimento do EU, a criança, de forma criativa, cria e destrói o objeto de amor, descobre aspectos da diferenciação entre o eu e o não eu, aprende um pouco mais sobre o ambiente que lhe cerca e naturalmente se desilude com ele, percebendo que não controla o mundo externo.

Neste processo de vir a ser da criança em âmbitos biopsicossociais, a mãe boa se adapta as necessidades da criança, que vai da total dependência à progressiva independência, facilitando um processo de diferenciação entre eu e não eu, interno e externo, objeto e sujeito, imaginário e o real. A mãe apresenta o mundo ao bebê e permite que ele interaja e brinque com ele.

Sendo assim, para que haja um desenvolvimento do EU com saúde, é fundamental que o indivíduo encontre um ambiente confiável, que o sustente e ofereça *holding* e um espaço potencial para o viver criativo, brincar, relaxar, criar.

Rosa e Motta (2008, p.33) colocam que a criatividade é um fator essencial para se ter saúde. Viver de forma criativa é ser saudável, mas para isto ocorrer é preciso um ambiente favorável, que ofereça, conforme Winnicott (1991) o *holding* é um espaço potencial para este viver criativo. Conforme Winnicott (1975, p. 100):

O impulso criativo, portanto, é algo que pode ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente quando qualquer pessoa – bebê, criança, adolescente, adulto ou velho – se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa, desde uma sujeira com fezes ou o prolongar do ato de chorar como fruição de um som musical.

Ainda segundo o autor, existem bebês que terão saúde, pois o ambiente lhes oferece sustentação para seu adequado desenvolvimento biopsicossocial. Estas crianças brincam, são criativas, espontâneas. Por outro lado, existirão crianças que não terão a mesma sorte, pois sofrerão privações afetivas e traumas, gerando consequências destrutivas ao desenvolvimento emocional. Infelizmente o cenário do cotidiano da infância, nos mostra que muitas crianças estão expostas às influências da violência estrutural e interpessoal aumentando os fatores de risco a saúde.

Segundo Tardivo e Pinto Júnior (2008, p. 196), através de testes psicológicos em crianças vítimas de violência doméstica e os resultados denotaram depressão, sentimentos de abandono, desamparo e desproteção. Portanto, para estes autores, a violência doméstica contra a criança é um fator de risco e pode acarretar sérios danos ao desenvolvimento biopsicossocial das mesmas afetando de forma negativa sua identidade, gerando distúrbios de conduta e de personalidade.

Por outro lado, conforme Rosa e Motta (2008, p. 31) Winnicott considera inata a tendência do ser humano para a integração. Isto nos propicia esperança, na medida em que este conceito destaca que há forças hereditárias e tendências promotoras de saúde no desenvolvimento da criança, mesmo em pessoas que sofreram traumas psíquicos em suas vidas. Isto significa que se a criança receber o apoio ambiental, mesmo que tardiamente, a integração só não ocorrerá, se a privação for muito grave.

Desta forma, Winnicott (1999) dá imensa importância aos processos geradores de saúde e chama a atenção para a responsabilização por parte da sociedade, pais, educadores, cuidadores, no

sentido do comprometimento em propiciar em diversos ambientes, condições favoráveis ao desenvolvimento saudável das crianças, seja nos lares, escolas, hospitais, creches, instituições de acolhimento.

Há estudos recentes como da pesquisadora Oliveira (2006), que destaca que o brincar pode auxiliar no resgate da saúde mental na medida em que leva a ação criadora, mas sem desencadear ansiedade ou estresse, pois privilegia a espontaneidade do gesto para se chegar a resoluções internas, o próprio EU. A autora destaca que existem discussões na área da saúde coletiva, no sentido de criar estratégias lúdicas promotoras de saúde, em ambientes como hospitais. Ainda Oliveira (2010) relata estudos que verificam que o brincar auxilia crianças hospitalizadas a expressar seus sentimentos.

Diante destes estudos, constatamos que o brincar propicia prazer e relaxamento corporal, interação grupal, comunicação intra e interpessoal, revelando-se como uma estratégia promotora de saúde na medida em que a criança é convidada a expressar seu estado emocional e mental, reviver sentimentos, sonhos, desejos e conflitos, superar medos e angústias, e por fim compreender e dar um outro sentido as experiências traumáticas.

3.2 O grupo na perspectiva de Bion

Bion corrobora com a visão winnicottiana no que tange a importância dos contatos iniciais entre a criança e seu primeiro grupo social, a família, como essenciais para a sobrevivência e adequado desenvolvimento biopsicossocial das mesmas. Neste sentido o indivíduo ao nascer, já pertence a um grupo e a grupalidade revela uma interdependência.

Para Bion (1975, p. 46) o grupo é "essencial para a realização da vida mental de um homem". É através das interações grupais que a criança vai se estruturando, desenvolvendo seus pensamentos. Este autor destaca a importância da vida mental de um indivíduo, seu pensar. Para ele o pensamento acontece num movimento de organização, seguida da desorganização, com avanços e regressões, portanto, não é linear. Pensar, segundo este autor, é ter a capacidade de simbolizar e de fazer ligações. Mas ele destaca que o pensar não é só racional, mas sensorio-motor, emocional. Ele está presente a todo o momento, seja na individualidade ou na grupalidade.

Este autor destaca dois enunciados sobre o funcionamento grupal. No primeiro enunciado ele comenta sobre o grupo de trabalho. Neste tipo de grupo o comportamento ocorre em dois níveis: o da tarefa comum e no plano das emoções. Na tarefa em comum o objetivo é realizar alguma tarefa de forma racional e consciente. Como destaca Bion (1975), isto vai depender da percepção, juízo,

memória, raciocínio, denominado processos secundários, na teoria freudiana. Mas é importante destacar a importância do nível das emoções, onde os processos primários serão essenciais para que haja uma troca emocional entre o grupo, revelando-se como comportamentos cooperativos.

O segundo enunciado diz respeito aos pressupostos de base. Ele destaca que quando os indivíduos estão reunidos eles revelam seus pressupostos de base, ou seja, se comportam de forma espontânea, involuntária e agem conforme seus estados emocionais. Bion (1975) descreve três pressupostos básicos na qual o grupo funciona: dependência, luta e fuga e pareamento.

Quando o grupo está na atuando na dependência, busca um líder e projeta nele as capacidades grupais. As pessoas têm um comportamento dependente em relação ao líder e buscam proteção, cuidado, projetando onipotência no líder.

O outro pressuposto básico refere-se à luta e fuga. O grupo acredita que algo pode ameaçá-los, portanto, diante desta ameaça, o grupo enfrenta ou foge da situação. Neste pressuposto Bion destaca que o perigo traz certa solidariedade entre os membros do grupo.

Para Bion (1975) às vezes o comportamento de luta e fuga num grupo pode levar a formação de pareamento. Isto significa que se formam subgrupos independentes, tanto de forma aliada ou como rivais, mas que funcionam como casais, manipulando e ameaçando o funcionamento grupal.

O autor coloca que os pressupostos básicos não ocorrem juntos, pois geralmente um deles domina o grupo e os outros ficam em estado potencial, mas quando há fixação em uma dessas posições surge o adoecimento. O autor destaca que o grupo que transita nas três posições, é saudável, surgindo deste modo, a espontaneidade e a expressão dos recursos pessoais dos indivíduos.

3.3 O poder da Música: um breve caminhar pela história

Podemos constatar a presença da música em todas as sociedades e a sua influência na esfera social e cultural, proporcionando momentos de lazer, educação e socialização e/ou representando uma determinada época histórica.

Desde tempos remotos, a presença da música acompanha o mundo e a história da humanidade e, se perde na noite dos tempos. A vida é som, ritmo e movimento, elementos também básicos da música, desde que o mundo acordou ao som da voz do Criador e o caos se rendeu a ordem. Uma das fontes mais significativa e famosa de sabedoria, a Bíblia, descreve o poder da ação da música em várias passagens. A primeira citação vem do antigo testamento:

No princípio, Deus criou o céu e a terra. Ora, a terra estava vazia e vaga, as trevas cobriam o abismo, e um vento de Deus pairava sobre as águas. Deus disse: 'Haja luz' e houve luz (cf. Gênesis 1,3. Bíblia de Jerusalém).

Podemos pensar que Deus com sua voz, alude simbolicamente, a presença do som como elemento estruturador do caos. Encontramos também na bíblia outras passagens narrando o poder que o som e a música têm sobre os espíritos dos homens. Uma delas refere-se ao rei Saul, que atormentado pelos demônios da loucura, encontra paz na música da harpa de Davi. (I Samuel 16, 14-23); outra passagem relata a queda das muralhas de Jericó (Josué 6, 1-21), que foram derrubadas pelos soldados ao som dos tambores e trombetas que ecoavam fortemente.

Entender a música e seu poder não é tarefa simples, o som é compreendido de acordo com a visão científica de cada área. Por exemplo, para um físico o som é um movimento de um objeto que gera vibração, uma energia; para o psicólogo importa como este som é percebido pelo paciente, como ele reage ao som, o conteúdo que desvela.

Muitos aspectos do ser humano que a música faz emergir estão muito bem descritos na visão poética do grande escritor Oscar Wilde (JOURDAIN, 1997, p.404-405):

Após tocar Chopin, sinto-me como se tivesse chorado por pecados que nunca cometi e pranteado tragédias que jamais vivi. A música me parece produzir sempre este efeito. Ela cria para nós um passado que ignorávamos e nos enche com uma sensação de dores antes escondidas das nossas lágrimas. Posso imaginar um homem que tivesse levado uma vida perfeitamente banal, ouvindo casualmente alguma estranha peça musical e descobrindo, de repente que sua alma, sem que ele tivesse consciência, passara por terríveis experiências e conhecera alegrias assustadoras, loucos amores românticos, ou grandes renúncias.

O escritor nos alude sobre o alcance e a magia da música, que vai além da experiência individual e atinge a experiência coletiva, ou seja, ela nos conscientiza de sentimentos que fazem parte da vida, transportando-nos para uma viagem ao profundo inconsciente humano. Para este escritor, Chopin nos leva ao mundo de melancolia, mas que se torna fascinante por vir envolto em sons misteriosos. Muitos compositores nos levam para fora da vida cotidiana para uma esfera de alegria, serenidade, conferindo a música triste, o caráter de um sublime prazer.

Para o maestro e pianista Barenboim (2007), a música revela um poder sobre nós, pois os elementos sonoros ecoam durante a vida do ser humano, nos movimentando. A música tem um poder que ultrapassa as palavras e através dela torna-se possível expressar o que é difícil ou mesmo aquilo que é proibido expressar em palavras. (BARENBOIM, 2007 p. 72). O pianista fala de poder de comunicação da música, pois ela expressa o indizível, o inominável contendo o subjetivo e objetivo.

Segundo Yehudi Menuhin, maestro e violinista (TAME, 1984) o homem é capaz de interiorizar a música, influenciando no ritmo de seus pensamentos, na melodia de suas emoções e na harmonia de sua saúde corporal. Ele nos lembra um velho axioma usado em culturas antiquíssimas que assim se expressava: “Como na música, assim na vida”.

Por que a música se compara a vida? Parece que as duas transcendem a nossa capacidade de compreensão, pois quem explica o que é a vida e suas complexidades? Quem explica o mistério da música? Como entender a genialidade de Bach, que vai além do universal e atinge o cósmico?

A vida e a música possuem um caráter ambíguo, pois propõem temas e contra temas, vozes que se entrelaçam parecendo antagônicas, mas que no fim se completam, chegando à harmonia. Na música como na vida existem momentos felizes e infelizes, tranquilos e tempestuosos, demoníacos e celestiais. A essência delas parece estar na conciliação dos opostos. Transpor este conceito para a sociedade é uma utopia, embora a música consiga conjugar praticidade e utopia.

Observamos a presença da música em momentos significativos da vida do ser humano, tais como nas festividades, manifestações culturais, rituais religiosos e de cura, na educação, no lazer. Jourdain (1997) enfatiza que na visão de antropólogos a música surgiu inicialmente para unir comunidades, fortalecer laços sociais e buscar a resolução de conflitos, tudo isto levado pela emoção. Parece que não é exagero considerar a música como uma das artes que mais atinge o ser humano, pois propõe a harmonia através da união entre corpo e mente, memória, criatividade, intelecto, emoção.

Diz ainda Huizinga (2007, p. 209) que o homem primitivo sentia que a música era sagrada e capaz de estimular emoções e também que era um jogo. Este autor relaciona a música como jogo social e diz:

(...) a música é essencialmente um jogo, um contrato válido dentro de certos limites definidos, que não tem nenhuma finalidade útil que não seja dar prazer, relaxamento e uma elevação do espírito. (HUIZINGA, p. 209, 2007).

Segundo Leinig (1977), os gregos utilizavam a música como terapia para tratar doenças físicas e mentais. Aristóteles atribuía à música o poder de tratar emoções incontroláveis, promovendo uma catarse e também considerava que ela deveria fazer parte da educação para formar cidadãos éticos; Platão indicava a música para a saúde da mente e do corpo e para pacientes que sofressem de angústias e fobias; Pitágoras acreditava que cada planeta ao mover-se no espaço emitia um som determinado, correspondendo a uma nota musical e todas elas, em conjunto formariam uma escala constituindo a “Música das Esferas”, refletindo a ordem do universo. Sua teoria baseou-se na sabedoria dos antigos egípcios.

Em o “Poder da Música”, Tame (1984) destaca que nas diversas culturas milenares, como na China, a música ocupava um espaço significativo, visto que o filósofo chinês Confúcio acreditava no poder da música a tal ponto, que afirmava ser ela uma das coisas mais significativas da vida, pois influía diretamente na mudança, positiva ou negativa, no caráter de uma pessoa. Desta forma, a música não poderia apenas ser vista como entretenimento, visto que dependendo do uso que se fazia dela e do tipo de música usada, poderia ser despertados os demônios ou os anjos.

Este autor relata que na Índia usa-se o mantra (OM) como um meio de autoconhecimento, autocontrole, busca da serenidade da mente e conseqüentemente saúde do corpo. Mantra vem do sânscrito, é uma combinação de sons transcendentais, MAM que significa mente, e TRA significa libertar. Os hindus ensinam os Vedas, livros que contêm a ciência e a filosofia indiana, entoando-os, pois acreditam na importância do som audível e o Som Cósmico, portanto, consideram mais o valor mântico (sonoro) do que o cultural e filosófico que esses livros contêm. Existem semelhanças no hinduísmo e cristianismo com relação ao conceito do OM, ou seja, o OM dos hindus é o Verbo do cristianismo.

Passeando pela cultura Greco-Romana, Benedito (2000) apresenta o mito de Orfeu. Ele era filho do rei de Trácia e recebeu dons musicais do deus Apolo e seu instrumento era a lira de sete cordas. Eram tão melódiosos seus acordes que sua música encantava até os seres insensíveis. Sua amada Eurídice morreu no dia das bodas e Orfeu recebeu permissão para entrar no reino de Hades para resgatá-la, pois a mesma estava prisioneira na mansão dos mortos. O guardião deste reino era um feroz monstro, o cão Cérbero. Ele encantou o cão, com sua música e a passagem ficou livre. Orfeu não consegue resgatar Eurídice porque quebrou a regra de não olhar para trás enquanto estivessem atravessando o reino de Hades. Orfeu é símbolo da fidelidade masculina, é estraçalhado pelas mulheres que despeitadas se vingam da rejeição deste homem, que se mantêm fiel a amada e morre com o nome de Eurídice nos lábios.

No período da Idade Média, segundo Pahlen (1959), observamos que o uso da música como terapia cai em desuso, pois a medicina da época foi desvalorizada e todo tratamento era feito pela igreja. Considerava-se que certas doenças (psicoses) eram obras do demônio. A Europa mergulhou num misticismo, ou seja, a idade média foi considerada a noite dos séculos.

Apesar de a música ter sido dominada pelo clero, as bases da música européia surgiram na idade média. Sua contribuição foi magnífica, e a partir desta época, alicerçada toda a música européia que viria até os dias atuais, como a polifonia (arte do contraponto) chegando às últimas conseqüências de beleza e profundidade com Bach.

Ainda para Pahlen (1959), na Idade Moderna a influência da música na medicina é irrelevante, porém na arte musical vê-se um grande envolvimento social. A revolução francesa cria uma nova classe, a burguesia, e esta quer ter acesso à música que antes estava confinado aos palácios aristocráticos. A grande contribuição desta época são novos instrumentos e propagação da música em todas as classes sociais.

Depois de viajarmos por todas estas culturas, chegamos ao contemporâneo. Parece que a música no percorrer dos tempos, perdeu o lugar de importância que ocupava na antiguidade como terapia ou até mesmo na educação, agora está destinada mais a um entretenimento, perdendo sua função terapêutica ou educativa, sendo utilizada de forma aleatória muitas vezes.

Por outro lado, observamos que a música vem ganhando reconhecimento como um meio de integração social. Artistas como o grande pianista João Carlos Martins, com o Instituto Ressoar, na cidade de São Paulo, desenvolvem trabalhos com as crianças de comunidades carentes, para propiciar o resgate da auto-estima, disciplina, racionalidade, sensibilidade, devolvendo às crianças, dignidade e valor humano.

Segundo Leinig (1977, p. 16) a musicoterapia começou a se estruturar como ciência a partir da I Guerra Mundial, mas ainda timidamente. Houve uma primeira tentativa de utilizar música para o tratamento dos soldados feridos, e contrataram músicos para tocar, obtendo resultados positivos. Porém, só a partir da II Guerra Mundial, muitos soldados ficaram traumatizados psicologicamente e então um grupo de médicos começou a estudar e ministrar a música no tratamento destes soldados. Os resultados obtidos mostraram-se muito positivos e desde esta época a musicoterapia vem crescendo e ganhando reconhecimento científico.

A musicoterapia proporciona muitas áreas de atuação, podendo ser empregada na promoção da saúde, prevenção primária, secundária e terciária. As áreas de atuação em saúde mental são abrangentes, tais como, transtorno de conduta, estresse, dependência química, psicose, deficiência mental e física; na área organizacional e também de pesquisa.

3.3.1 A música e seus elementos

A música e seus elementos acompanham o homem desde os primórdios da humanidade, pois o mundo é repleto de som. Através da audição dos sons da natureza e também da experiência com o som produzido por si mesmo, o homem passa a existir e sentir-se num espaço sonoro interno, como diz Barcellos (1992, p. 19) através da música o ser humano vivencia uma paisagem sonora e a expressa na sua existência nos âmbitos cultural, social e religioso. A música está inserida na cultura e assim sendo,

não é fácil defini-la, pois depende de como ela é vista nas várias sociedades, ou seja, o conceito de música varia de cultura para cultura.

Por outro lado, o ritmo é um elemento fundamental da música e o elemento mais básico das manifestações da vida. Alguns povos até podem desconhecer a melodia e a harmonia, mas nenhuma desconhece o ritmo. Tudo na vida tem um ritmo ligado a um tempo. Basta observarmos o ciclo do nosso planeta (dias, meses, anos, etc), as fases da lua, do mar, o metabolismo corporal como a menstruação, a gestação, etc.

Conforme Leinig (1977), em musicoterapia o ritmo surge através do movimento corporal, de um objeto ou instrumento. Ele faz parte da nossa vida e de nosso corpo e, portanto, é através dele que somos atingidos mais facilmente. O ser humano responde organicamente principalmente ao ritmo, pois o corpo possui um ritmo interno que é orgânico, tendo um efeito no cérebro através do tálamo.

Conforme a autora, observar o ritmo que um cliente faz é perceber seu estado psíquico, o som resultante do ato expressivo funciona como espelho do interior. Muitas vezes, quando ele toca com arritmia, isto é, sem ritmo, de certa forma o paciente pode estar nos comunicando um estado interno de desorganização. A repetição e ênfase rítmica são meios de descarga, por outro lado, o ritmo estável pode conduzir a um alívio e a uma ordem interna.

Segundo Benenzon (1985), o som é um fenômeno físico, isto é, uma vibração que atinge o aparato auditivo na forma de ondas que percorrem o ar, a água, e para que ele exista é necessário que haja o movimento. Existem sons que o ouvido humano não consegue captar, são o infrassom (frequências abaixo de 20 Hz) e o ultrassom (frequências acima de 20.000 Hz). Para este autor, os sons devem ser estudados, pois provocam impacto no inconsciente do ser humano.

De acordo com Baranow (1999), o som se origina de um movimento, uma vibração e possui quatro qualidades. Podemos analisar o som sob a ótica de suas qualidades (altura, duração, intensidade e timbre) e os elementos fundamentais da música (ritmo-andamento e compasso/melodia), intervalos melódicos, escalas e modos/harmonia, intervalos harmônicos, acordes e cadência.

Com relação às qualidades do som, a intensidade está relacionada com a força empregada na execução do som, podendo ir do som audível ao ensurdecido; a altura é a qualidade do som de ser grave, médio, ou agudo; o timbre é o que distingue um som do outro, ou seja, é a “voz” do instrumento, que nos permite distinguir, por exemplo, se um som é de um piano ou violão; por fim, a duração está relacionada ao tempo que o som fica audível para o ouvido humano.

Para Baranow (1999), através destas qualidades podemos analisar a expressão sonora da criança e conseqüentemente compreender o que ele está expressando através do som. Ela pode nos comunicar

que está tudo bem, mas ao tocar com força excessiva ou ao contrário sons fracos, ele pode expressar conteúdos reprimidos ou latentes.

Outro aspecto da música é a melodia, que é o conjunto de sons, tocados sucessivamente em alturas diferentes. Essa sucessão de sons dá sentido à idéia da música, constituindo-a. A harmonia é composta por três ou mais sons tocados simultaneamente. Segundo Ruud (1990), a música é considerada frequentemente como uma espécie de linguagem emocional, capaz de atingir áreas de nossa psiquê que processam informação e que nós, por vários motivos, não comunicamos com clareza a nós mesmos.

3.3.2 Música como terapia

A música é a manifestação artística do homem que mais o atinge diretamente, e para a maioria das pessoas, a vivência musical, seja ouvida ou tocada, proporciona sensações relaxantes e prazerosas. Não é incomum observarmos a presença da música no dia a dia das pessoas e o quanto ela proporciona prazer e relaxamento, aliviando tensões, emocionando, sensibilizando nossos sentidos e sentimentos mais profundos.

Para Leinig (1977), a música pode influenciar o organismo humano, pela via tálamo-hipotálamo, a autora relata pesquisas com a utilização da música e comprovou-se que o tálamo é a sede das sensações e através do ritmo musical seriam provocadas respostas automáticas, realizadas no Wisconsin Psychiatric Institute, nos Estados Unidos (1943).

O tálamo é um centro subcortical do cérebro, sendo o principal núcleo de transmissão do grupo de emoções e sensações. Quanto aos sentimentos estéticos, acredita-se que sejam funções do córtex. O cerebelo controla a coordenação muscular e as sensações do tato, audição e visão. Uma vez despertado o córtex, há um envio de impulsos para o tálamo e então um circuito de reverberação é colocado em movimento. Neste ponto, a música mostra sua influência, pois não depende do córtex cerebral para penetrar no organismo; ela estimula o indivíduo através do tálamo e, conseqüentemente, o córtex cerebral é alcançado.

Segundo Leinig (1977), os fundamentos da musicoterapia originam-se nos diversos campos do conhecimento humano, por ser uma ciência com bases estruturais em diversas disciplinas. De acordo com a utilização de cada um desses campos, é que iremos diferenciar os diversos modelos de musicoterapia. A musicoterapia é uma disciplina, cujas técnicas agem diretamente nos aspectos psicológico, social e físico do ser humano, ajudando-o em seu problema específico.

Na visão da autora, os efeitos da música podem ser de ordem psicológica no sentido desenvolver a auto-estima, a sociabilidade, a comunicação, estimula a catarse, concentração, memorização, facilita a expressão corporal, aumenta a atividade voluntária, diminui o impacto dos estímulos sensoriais, melhora ou diminui a energia muscular segundo o ritmo, acelera o ritmo respiratório, ou altera sua regularidade, produz efeito marcado ou variável na pulsação, na pressão sanguínea e na função endócrina, reduz ou retarda a fadiga, incrementando o endurecimento muscular.

De acordo com Zárte e Díaz, (2001), a música vem sendo utilizada com funções diferenciadas, como na redução do estresse, aumento da auto-estima, mudanças de condutas inapropriadas, diminuição da dor. O objetivo é ajudar o ser humano na busca do autoconhecimento e deste modo, contribuir para uma sociedade melhor.

A musicoterapia é um ramo da ciência e estuda os efeitos da música no ser humano, ligadas a promoção de saúde e a prevenção primária, secundária e terciária em enfermidades como Parkinson, Alzheimer, Demência, pacientes psiquiátricos, problema de conduta. Estudos apontam os efeitos positivos no tratamento à pacientes com distúrbios neurológicos, demonstrando que a música os ajuda, pois há na conquista do controle sobre o ritmo de caminhar, o resgate da memória retrógrada, o aumento da auto-estima, estimulando novas formas de relacionamento sociais e um novo método de contato com a realidade.

Em Ferreira, Remedi e Lima (2006) as pesquisadoras analisaram diversos artigos em locais diferentes e com pacientes também diversificados, como por exemplo, crianças e adolescentes internados em hospitais pediátricos com ferimentos na medula espinhal (11); crianças submetidas a procedimentos dolorosos (12); com traumas acidentais [em unidades de urgência-emergência] (13) e traumas músculos-esqueléticos (14); com câncer, submetidas à punção lombar e em tratamento quimioterápico (15-17). Outros exemplos referem-se à violência contra crianças como abuso, privação e negligência (19).

Os resultados demonstram que a intervenção musical ajuda na redução e controle da dor e comportamentos causados por diminuição da agitação e comportamentos agressivos (26,31); desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento (20, 21); redução da ansiedade (9,12, 20, 31, 32, 42); relaxamento (20, 24, 31, 42), redução de náuseas e vômitos (9, 15, 17); diminuição do medo e sofrimento (13); melhora nas habilidades sociais, cognitivas e físicas (28, 29); indução do sono (9, 20, 24); modulação do humor (24, 31, 35); expressão de sentimentos (20, 30); distração e divertimento (16, 20, 33); socialização (24, 30, 31, 42); reabilitação (40); satisfação do cliente e familiares com o cuidado prestado (14).

Neste artigo, chegou-se a conclusão que a intervenção musical durante a assistência à criança hospitalizada possibilita que esta verbalize seus estresses e ansiedades e a partir daí, desenvolva estratégias de enfrentamento para as suas dificuldades. Elas ressaltam que o estudo de número (20), realizado por enfermeiras americanas, demonstrou que a música auxilia no processo de enfrentamento da hospitalização, da doença e de eventos traumáticos, pois serve de estímulo para que as crianças expressem seus sentimentos, contem suas histórias.

Segundo a pesquisa, ao utilizar a música, além de estimular o relaxamento, a comunicação de medos e frustrações, existe o incentivo no que concerne à aderência ao tratamento. Concluíram que se a enfermagem pediátrica utilizar a música no seu atendimento, tal ação pode propiciar bem estar e satisfação aos clientes e familiares. Constatou-se, ainda, que a música, é uma intervenção de baixo custo, não-farmacológica e não-invasiva, podendo deste modo, ser empregada no espaço hospitalar visando promover os processos de desenvolvimento e a saúde da criança.

Outra pesquisa que destaca o uso da música como recurso terapêutico refere-se à pesquisa de Troice e Sosa (2003), no Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de La Fuentes, no Programa de Reabilitação integral de pacientes com esquizofrenia. Eles selecionaram 15 pacientes esquizofrênicos na fase crônica, e utilizaram uma das técnicas de musicoterapia ativa, denominada improvisação musical. O objetivo da utilização desta técnica era propiciar melhora na comunicação verbal e não verbal do paciente, facilitar a auto-expressão, estimular o controle sensório-motor, desenvolver a interação e a criatividade grupal e também observar mudança na sensação de bem estar dos pacientes.

Concluíram que a técnica da musicoterapia revelou-se como uma intervenção que gera resultados positivos no funcionamento dos pacientes esquizofrênicos, pois os mesmos relataram sentir-se melhor com o emprego da musicoterapia no tratamento, parecendo que os sintomas negativos diminuíram. Os autores destacam que esta percepção de melhora por parte dos pacientes facilitou o comportamento de adesão ao tratamento e enfatizam que a experiência em grupo com a técnica ativa de improvisação musical num ambiente de aceitação de acolhimento, pode ser um fator que propicia a sensação de bem estar e melhora dos aspectos psicossociais destes pacientes. Por fim, consideram que a improvisação musical pode ser uma estratégia interventiva curativa com pacientes com esquizofrenia crônica.

3.4 Fundamentos da Musicoterapia

Do ponto de vista terapêutico, Benenson (1988) considera que a musicoterapia utiliza o conjunto som/música/movimento para promover a abertura de canais de comunicação. Para este autor,

a musicoterapia baseia-se em dois princípios, o princípio de identidade sonora (ISO) e o objeto intermediário.

A formação do ISO inicia-se através de experiências pessoais desde a vida intra-uterina e continua por toda a vida. Portanto, ISO é a nossa identidade sonora, que está sempre em transformação sendo o conjunto de sons ou fenômenos acústicos que nos rodeia, influencia e também nos caracteriza e individualiza, como por exemplo, o timbre da voz. O princípio de ISO se encontra em perpétuo movimento dentro do inconsciente do homem, estruturando-se com o transcorrer do tempo.

É através do princípio de ISO que o musicoterapeuta baseará seu trabalho para tratar os pacientes. Primeiramente, observando seus ISOS e, a partir destes elementos sonoros que caracterizam cada pessoa, direcionará um tratamento musicoterápico, de acordo com as necessidades percebidas naquele momento, ou seja, que tipos de sons e músicas serão mais adequados para serem trabalhados com o paciente.

O musicoterapeuta, segundo Benenzon (1988) inicia seu atendimento através de entrevista na qual pesquisa a ficha musicoterápica do paciente. Esta ficha é similar a uma *anamnese* psicológica, porém o que a diferencia refere-se à pesquisa sobre as experiências sonoras musicais do paciente desde a infância, ou seja, como era o ambiente sonoro na casa, que estilos de música ouvia e dançava, seus gostos musicais, instrumentos preferidos ou preteridos, ou seja, seu histórico-musical. Ele destaca que é preciso respeitar a identidade sonora do paciente no momento, mas ela não é estática, e podemos oferecer novas experiências sonoras aos nossos pacientes, propiciando enriquecimento no ISO do paciente.

Para Benenzon (1985), existem vários ISOS, pois o ser humano se desenvolve em diversos em contextos biopsicossociais. Por exemplo, o chamado ISO universal, é comum a todos os seres humanos no sentido de que atinge a todos independentemente dos seus contextos sociais, culturais, históricos e psicofisiológicos. Como exemplo, temos os sons como batimento cardíaco, inspiração/expiração, fluxo sanguíneo, sons da natureza, sons das cidades, canto dos pássaros, etc.

Outra identidade sonora refere-se ao ISO gestáltico que é a forma individual como cada pessoa percebe o sonoro e baseia-se em suas experiências subjetivas; por outro lado, o ISO complementar, são as mudanças que ocorrem no nosso dia-a-dia em termos sonoro-musicais, é a flutuação momentânea do ISO gestáltico, motivada por circunstâncias ambientais.

O ISO cultural se desenvolve a partir da influência cultural, na qual o indivíduo está inserido, tanto na família como na sociedade; e o ISO grupal denota a identidade sonora de um grupo humano,

produto das afinidades musicais, desenvolvidas em cada um dos seus membros. Este ISO está relacionado à identidade sonora de um grupo e aponta diretamente ao conceito de identidade étnica.

Esse tratamento pode ocorrer com o uso de um objeto intermediário. Neste conceito Benenzon (1988) ressalta que o objeto intermediário pode ser um instrumento musical estruturado ou construído, o corpo ou a voz. A importância do objeto intermediário se revela no sentido dele facilitar a comunicação e intermediar a relação entre paciente e terapeuta, mas sem desencadear estados de ansiedade intensos, ao contrário, o objeto intermediário estimula o brincar e descoberta de novas possibilidades sonoras.

Nos casos de atendimentos às crianças e adolescentes que sofreram violência doméstica é indicado utilizar um objeto intermediário para desenvolver a comunicação inter e intrapessoal, visto que muitas crianças que sofreram violência desenvolvem dificuldade em se comunicar, sentem medo de falar o que está ocorrendo com elas no âmbito intrafamiliar, tal situação afeta negativamente sua saúde biopsicossocial.

Desta forma, o objeto intermediário pode auxiliar no tratamento com as crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, pois possui características que auxiliam na formação do vínculo terapêutico e no manejo da resistência.

Benenzon (1988, p. 47) define o objeto intermediário como:

O objeto intermediário é um instrumento de comunicação capaz de criar canais de comunicação extrapsíquicos ou de fluidificar aqueles que se encontrem rígidos ou estereotipados.

Sendo assim, o objeto intermediário possui qualidades tais como um brinquedo, pois, conforme Benenzon (1988), ele apresenta-se: a) com existência real e concreta, facilitando o processo de identificação e projeção de estados internos; b) com maleabilidade, permitindo seu uso de forma inovadora e criativa; c) como transmissor por excelência, permitindo a comunicação por seu intermédio e mantendo, ao mesmo tempo, uma distância adequada; d) como inócuo, pois não há um jeito certo de tocar e, desta forma, não desencadeia reações de ansiedade ou alarme; e) com adaptabilidade, pois pode ser usado de acordo com as necessidades do indivíduo; f) com assimilabilidade, pois o objeto intermediário permite a identificação consigo mesmo e com o outro; g) com instrumentabilidade, ajudando o paciente a utilizar o instrumento como prolongamento de seu próprio corpo; h) com identificabilidade, devido ao pronto reconhecimento pelo paciente.

O objeto intermediário é capaz de facilitar a comunicação, mas para que o instrumento musical tenha um potencial de comunicação sonoro é importante que ele seja fácil de manusear e deslocar e apresente possibilidades sonoras em âmbitos rítmicos e melódicos e, por si mesmo, chame a atenção do

paciente. Este autor alude à teoria de Winnicott (1975), no que diz respeito ao objeto intermediário. E utiliza sua teoria para embasar o uso de instrumento intermediário como facilitador no vínculo entre paciente e terapeuta.

Benenzon (1988) ainda relata que o uso que se faz do objeto intermediário evolui para o uso de um objeto integrador. Este objeto é o instrumento de comunicação terapêutica, que facilita a formação do vínculo inter e intrapessoal, integra o Eu e o Outro, a saúde biopsicossocial.

3.4.1 Musicoterapia Ativa

As intervenções lúdico-musicais baseiam-se nas técnicas da musicoterapia que podem ser ativas e/ou receptivas, aplicadas de forma individual ou em grupo. Segundo Bruscia (2000), as técnicas ativas possuem algumas variações e uma das mais utilizadas é a improvisação livre, onde a criança é convidada a fazer um som que expresse conteúdos internos, utilizando instrumentos musicais, instrumentos construídos ou o corpo.

Outra técnica refere-se à utilização da voz e do canto, podendo acompanhar a improvisação; já na recriação musical, o paciente pode usar músicas e letras já existentes, mas mudando sua estrutura, de acordo com a necessidade do paciente, aproveitando o ritmo, a melodia. Outra técnica é a composição musical, ou seja, o cliente compõe sua música, podendo repetir uma estrutura musical se desejar, e por fim, existe a técnica de construção de instrumentos musicais com qualquer tipo de sucata com objetivo de expressar conflitos e estados emocionais.

Os instrumentos musicais, (construídos ou não), o corpo, a voz e as canções caracterizam-se como objetos intermediários, que intermedeiam e facilitam a comunicação, a relação entre a criança e o psicólogo, mas sem desencadear estados de ansiedade intensos.

Benenzon (1988) ressalta que os instrumentos podem representar aspectos que vão do mais primitivo até o mais racional. Cita a família de percussão (todos os que se percute, bate) como sendo os mais regressivos, devido o convite natural que estes instrumentos fazem para a expressão rítmica; já os instrumentos melódicos possuem as notas musicais e as sequências melódicas e harmônicas, propiciando o aparecimento de sentimentos, idéias e pensamentos, sendo consideradas mais racionais.

3.4.2 Musicoterapia Receptiva: brincando com Villa-Lobos

A proposta de oferecer um *setting* para as crianças brincarem com pintura e escultura ao som grande compositor, Heitor Villa-Lobos, surgiu do desejo de propiciar diferentes experiências para a escuta e conhecimento musical dos participantes, ampliando o âmbito da identidade sonora, o ISO dos

mesmos, ao mesmo tempo em que, aplicou-se uma das técnicas proposta para esta pesquisa, referente à musicoterapia receptiva (audição de músicas escolhidas previamente).

Seguindo as contribuições de Bruscia (2000), existem dois tipos de técnicas receptivas, sendo que, na primeira forma, o paciente escolhe as músicas que deseja trazer para a sessão. O que se configura como a técnica da comunicação musical com canções, possibilitando, deste modo, a abertura de canais comunicacionais entre o paciente e o terapeuta.

No grupo de intervenções lúdico-musicais as crianças cantaram em quase todas as sessões, na sua maioria eram músicas que estão na mídia (funk e forró), a qual elas estão mais expostas. Tais músicas tinham um conteúdo agressivo e retratavam condições das crianças em no nosso país, isto é, a violência social, marginalidade, abandono, mas também sentimentos de carência, afetos não correspondidos, busca por equilíbrio, esperança, fé e derrocada da educação. Estas canções revelaram um sentimento de sentirem-se roubadas na infância, na dignidade, na inocência. Parece que elas não tiveram oportunidade para cantarem e escutarem músicas infantis.

O outro tipo de musicoterapia receptiva refere-se à audição musical, ou seja, o musicoterapeuta apresenta músicas escolhidas para um momento terapêutico, e a partir da audição, trabalham-se os conteúdos mobilizados.

Em seu artigo, Piazzetta e Craveiro (2005) trabalham com a escuta musicoterapêutica e destacam as experiências receptivas. Neste tipo de técnica a escolha das peças e suas sequências são feitas intencionalmente, no sentido de propiciar e potencializar o encontro com a música e mais um encontro consigo mesmo. Para tanto, há que se considerar a importância do musicoterapeuta conhecer o regime sócio da música, a fim de realizar escolhas embasadas em uma análise musical. Posteriormente, o musicoterapeuta também realiza uma escuta musical e clínica, pois há expressão do indizível, possibilitando a transformação.

A escuta do musicoterapeuta volta-se para o paciente numa atitude empática relacionada às experiências de cada um – “onde”, “como” e “no tempo” em que ele estiver – passando, muitas vezes, pelos caminhos das resistências, transferências e contratransferências.

Conforme o Instituto de Pesquisas Psíquicas Imagick, foi realizado em Toronto, Canadá, em 400 crianças e adolescentes, nas quais foi aplicado o Método Tomatis. O médico Dr. Alfred Tomatis tem demonstrado que modificando as faculdades auditivas de um sujeito se obtêm transformações no comportamento e na linguagem do mesmo. Estas descobertas aprofundam os estreitos vínculos que existem entre o ouvido, a voz e o sistema nervoso.

Os dados deste revelaram que 95% dos pais apontaram melhoria na comunicação, atenção, compreensão, linguagem e memória, entre outras de seus filhos. Este pesquisador também estudou o que denominou “Efeito Mozart”, pois descobriu que os processos de cura e estímulos cerebrais podem ser ativados pelas músicas de Mozart, pois os ritmos, as melodias e altas frequências de suas músicas estimulavam regiões cerebrais responsáveis pela motivação e criatividade.

Desde os anos 90, estudos apontam o poder e a influência da música de Mozart, como por exemplo, a pesquisa realizada no Centro de Neurobiologia, Aprendizado e Memória da Universidade da Califórnia, em Irvine. Os resultados destes estudos foram muito divulgados e receberam muita atenção pública. Um dos testes revelou que um grupo de estudantes do Departamento de Psicologia que ouviu durante dez minutos da “Sonata para Dois Pianos em Ré Maior” de Mozart (K 448) foi comparado ao o grupo que não ouviu.

O primeiro grupo conseguiu notas mais altas em 9 a 10 pontos da tabela de QI. Eles acreditam que a música de Mozart ajuda a colocar o cérebro em atividade e suspeitam que as músicas complexas possam ativar parâmetros neurais mais complexos envolvendo altas frequências cerebrais. Outro estudo, que o Instituto de Pesquisas Psíquicas Imagik aponta, refere-se ao do pesquisador do Hospital Saint Agnes de Baltimore, na qual o Dr. Raymond Bahr, constatou que para pacientes que estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva, ouvir durante meia hora música clássica causava o mesmo efeito de um calmante como o Valium (10 miligramas).

Utilizamos nesta pesquisa a audição musical para propiciar o desenvolvimento da identidade sonora destas crianças, enriquecendo-as com o encantamento da música do compositor Heitor Villa-Lobos, ao mesmo tempo em que criavam suas artes. E porque Villa-Lobos?

Este compositor revela uma grande riqueza rítmica e melódica, poderíamos dizer que Villa-Lobos vivia envolvido eternamente em música. Ele traduziu os diversos estilos rítmicos brasileiros, trazendo a lume, a base de nossa herança musical, que é formada por diferentes raízes e culturas como a dos negros, índios, portugueses, italianos, espanhóis, etc.

O compositor Heitor Villa-Lobos nasceu no Rio de Janeiro, capital, no bairro de Laranjeiras, no dia 05 de março de 1887. Desde criança teve uma educação musical, por conta do estímulo do pai e aos seis anos aprendeu com ele a tocar violoncelo, depois de um ano ele já improvisava músicas baseadas nas cantigas de roda. Aos oito anos se interessou por Bach, e mais tarde esta paixão irresistível pelo Mestre barroco, inspirou-o a compor as magníficas Bachianas Brasileiras, e duas coisas ele considerava incomum: Bach e a música brasileira, pois tinham para ele uma afinidade contrapontística. (MARIZ, 1989, p. 13 e ZANON, 2009, p. 16-19)

Aos 18 anos já revelou seu caráter aventureiro e inovador, pois empreendeu uma viagem por muitos lugares do Brasil se dedicando intensamente em descobrir a identidade do povo brasileiro e o riquíssimo folclore de nosso país. O compositor Villa-Lobos marcou presença na Semana de Arte Moderna, em 1922, na cidade de São Paulo. Nesta época acontecia um movimento em busca da identidade nacional e quebra com a ditadura da cultura européia como modelo a ser seguido. Ele foi o único representante da música, e conseguiu encantar com sua música mágica e nacionalista (ZANON, 2009, p. 29-30)

A decisão por oferecer Villa-Lobos às crianças acolhidas tem relação com sua música que canta a brasilidade, que encanta e nos toca profundamente, buscando raízes étnicas. Durante as duas audições realizadas com o grupo de intervenção, em geral as crianças apreciaram muito as músicas ouvidas (*Lenda do Caboclo e Impressões Seresteiras*) reconhecendo timbre (piano) e permitindo-se abrir para novos sons e suas paisagens sonoras. Observamos as crianças entrarem em contato a música e ressoou uma identificação sonora no grupo, as crianças apreciaram as músicas e houve uma concentração nunca vista anteriormente no grupo no que tange a produção do material artístico proposto (pintura em tela e escultura com argila); pela primeira vez surgiu um diálogo grupal sobre a situação de uma criança que seria adotada por pais italianos.

A primeira música que foi colocada para audição, *Lenda do Caboclo*, não utiliza ritmos e melodias populares, mas foi escrita numa atmosfera nacionalista, de forma quase inconsciente e natural. O caboclo, segundo o autor, é um arquétipo brasileiro, mestiço do branco e do índio. Os primeiros compassos têm uma grande carga emotiva e angustiante, para posteriormente, passar para o tema principal, que é melancólico e sonhador (NEGWER, 2009, p. 139). A segunda música colocada para audição, *Impressões Seresteiras*, o compositor expõe o painel sertanejo com toda sua dor. É uma peça descritiva, começando com uma valsa de caráter melancólico e explode em ritmos vibrantes, retornando no final, ao tema da valsa (MARIZ, 1989, p. 138).

Por fim, Pahlen (1959, p. 323-324) nos traz uma entrevista realizada por um jornalista por ocasião da chegada do compositor aos Estados Unidos da América. Ele respondeu a uma pergunta sobre o folclore do Brasil: “O folclore brasileiro? Sou eu”, imitando o rei que dissera certa vez “L’etat c’est moi...”.

Termo este breve apanhado sobre o genial Villa-Lobos com os versos de uma canção de sua autoria (NEGWER, 2009, p. 201):

O canto do pajé

“O Tupã, Deus do Brasil
Que o céu enche de sol
De estrelas, de luar e de esperança!

Ó Tupã, tira de mim esta saudade!
Anhangá me fez sonhar
Com a terra que eu perdi”

4- OBJETIVOS

Objetivo geral:

Investigar o nível de estresse da criança acolhida vítima de violência doméstica, antes e após Intervenções Lúdico-musicais em grupo e a intervenção realizada junto ao grupo interventivo.

Objetivos específicos

- 1 - Levantar o perfil sócio-demográfico dos acolhidos identificando a idade, gênero, agentes agressores, tipos de violência doméstica notificada e motivo do acolhimento;
- 2- Verificar atitudes de interatividade, criatividade e espontaneidade no grupo de intervenção.

5 - MÉTODO

Pesquisa exploratória descritiva de caráter quali-quantitativo.

5.1 - Participantes

Participaram da primeira fase de pesquisa, referente ao levantamento do perfil sócio-demográfico-histórico da criança acolhida, 100 crianças e adolescentes entre zero e dezoito anos, que residem em uma Instituição de acolhimento para crianças e adolescentes. Participaram da segunda fase da pesquisa, referente à aplicação da Escala de Estresse Infantil (ESI) pré intervenção lúdico-musical em grupo, 20 crianças entre 7 e 11 anos, de ambos os gêneros, que haviam sofrido violência doméstica. As crianças fora dessa faixa etária ou que apresentavam algum tipo de deficiência, física ou mental, foram excluídas desta amostra.

No que tange às intervenções lúdico-musicais em grupo, participaram oito dessas 20 crianças, havendo sido selecionadas dentre as que apresentaram estresse na I aplicação da Escala de Estresse Infantil (Lipp, 2005), por critério de conveniência.

Inicialmente pensamos um número de dez participantes, sendo cinco do sexo feminino e cinco do sexo masculino, para obtermos comparações quanto ao gênero e as fases de estresse em níveis diversos, porém não foi possível formar o grupo com este número de participantes e em todas estas fases de estresse, devido não coincidir horário de escola de algumas crianças com o horário do grupo interventivo.

Sendo assim, formamos um grupo com oito participantes, composto por cinco meninas e três meninos, entre sete a onze anos. O fato de ter mais participantes do sexo feminino foi aleatório, coincidindo com os horários disponíveis das crianças. Todos os oito participantes do grupo apresentavam estresse na primeira aplicação da escala.

Neste grupo existem três duplas de irmãos, o que não foi proposital, pois escolhemos as crianças de acordo com o horário disponível e coincidentemente os irmãos ficaram juntos.

Por fim, participaram da quarta e última fase, referente à segunda aplicação da escala, após a intervenção lúdico-musical, as 20 crianças que haviam respondido à escala, antes da intervenção.

Resumindo, 100 participantes na primeira fase (levantamento do perfil sócio-demográfico), 20 na segunda (pré-teste), oito na terceira (intervenção) e, novamente, os 20 na quarta (pós-teste).

5.2 – Ambiente

A pesquisa ocorreu na própria instituição de acolhimento, em salas e horários pré-determinados.

Breve Histórico: esta instituição foi criada por uma freira, há vinte anos e atende uma população de 100 acolhidos, entre zero a 18 anos, vítimas de violência doméstica e abandono.

Indagamos em entrevista com a assistente social como era estruturada a instituição em termos físicos, quadro de funcionários e dinâmica de atendimento às crianças e suas famílias. Ela nos informou que a instituição está estruturada com dez casas, em cada casa moram no máximo dez crianças. As casas são compostas por três quartos, dois banheiros, sendo um para os meninos e outro para as meninas, uma cozinha, uma sala, lavanderia. Tenta-se oferecer uma estrutura de casa.

A instituição é muito grande e abriga cem crianças e adolescentes, entre 0 a 18 anos. O local dispõe de alguns espaços destinados às crianças/adolescentes como um parque ao ar livre, sala de computação, ginásio de esportes, refeitório, sala de reforço escolar. Outros espaços são a sala dos técnicos, sala de atendimento psicossocial, sala da coordenação e direção.

Segundo a nova lei de acolhimento e adoção, (lei nº 12.010/ 09) há uma determinação que exista o revezamento de três educadores nos plantões, porém na realidade, a agente operacional (setor de limpeza) limpa a casa e também cuida das crianças pela manhã. Esta dupla função (na prática) é negativa, pois a faxineira não é treinada tecnicamente para esta desempenhar o papel de educadora. À tarde e a noite realiza-se a troca de educadora, mas elas não fazem a limpeza e nem cozinham. Existe uma cozinheira para cada duas casas. Há uma enfermaria na instituição, o setor técnico é composto atualmente por dois assistentes sociais e dois psicólogos, há também um coordenador, técnicos e seus assistentes técnicos.

Atualmente o acolhimento tem um caráter provisório, portanto a criança deverá permanecer por apenas dois anos na instituição. Atualmente, as instituições de acolhimento em nosso país têm que cumprir legalmente com uma série de obrigações com as crianças e adolescentes, como garantir acesso a atividades sócio-culturais e esportivas inseridos em sua comunidade, além de manter e estimular o contato com a comunidade, ter relacionamento com familiares ou com famílias substitutas. As leis estão avançando enquanto garantia legal dos direitos das crianças/adolescentes, mas raras vezes tais leis são colocadas em prática.

5.3 - Material, técnicas e instrumentos

- Ficha de Identificação: Fornecida pela Instituição, contem os dados do perfil sócio-demográfico histórico dos participantes, como nome, gênero, data de nascimento e motivo do acolhimento.

- Observação participativa

Partimos da perspectiva de Minayo, tendo em vista a adequação da definição de observação participativa com nossa pesquisa. Destarte, julgamos importante ouvir da autora esta definição:

Observação participante é definida como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, na qual o observador está em relação face a face com os observados. Ao participar da vida deles, no cenário cultural, colhe dados e se torna parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este. (MINAYO, 2004).

- Escala de Stress Infantil (ESI)

Construído por Lipp e Lucarelli (2005), possui 35 itens em escala Likert de 0 a 4 pontos, agrupados em quatro fatores, a saber; reações físicas (rf), reações psicológicas (rp), reações psicológicas com componente depressivo (rpcd) e reações psicofisiológicas (rpf). O material consta de um manual, caderno de aplicação e protocolo de interpretação; a administração pode ser individual ou coletiva; o tempo de aplicação leva em média 30 minutos.

A ESI, devidamente validado em 1997 a partir do Inventário de Sintomas de Stress Infantil, foi utilizada em nossa realidade, como instrumento válido de avaliação do stress, entre meninas e meninos, na faixa etária de 6 a 14 anos. Quatro fatores sofreram análise fatorial exploratória relacionada às reações do stress: físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas.

Nesta pesquisa aplicaremos a Escala de Stress Infantil em crianças que estão acolhidas por terem sofrido violência doméstica e que tenham idade entre 7 a 11 anos. Desta forma realizaremos a I aplicação da Escala de Stress Infantil em 20 sujeitos que se encaixam no critério de inclusão.

Em seguida, selecionamos um grupo com oito participantes que participaram de oito sessões de intervenções lúdico-musicais. Ao término das sessões lúdico-musicais, realizaremos a II aplicação da Escala de Stress Infantil no grupo com as oito crianças participantes das sessões lúdico-musicais e também no restante dos sujeitos iniciais que não participaram das intervenções lúdico-musicais em grupo, totalizando doze, formando dois grupos.

- Técnicas de Intervenção Lúdico-musical

Estas técnicas são baseadas na musicoterapia, proposta por Bruscia (2000, p.121), podendo ser ativas ou receptivas, aplicadas individualmente ou em grupo. As técnicas musicais empregadas caracterizam-se como lúdicas, por priorizarem a atividade livre e descontraída da criança, sem juízos de valor, criando condições para a mesma expressar estados emocionais e desenvolver a criatividade, garantindo o caráter terapêutico do lúdico, segundo a abordagem teórica winnicottiana utilizada no estudo.

O relaxamento proposto no início da sessão visa preparar o grupo no sentido de desenvolver a concentração em si mesmo e nos outros, descarregar tensões e preparar o paciente para o atendimento musicoterapêutico.

Técnicas Ativas:

O paciente faz o som, interage com os instrumentos podendo variar em:

- Improvisação livre: o paciente cria sua própria música expressando estados emocionais;
- Recriação: o paciente utiliza canções já conhecidas, mas muda a letra adaptando-a as suas demandas;
- Composição: o paciente compõe uma música e letra;
- Voz/canto: utilização da voz e do canto acompanhando a improvisação;
- Construção de instrumentos musicais: usa-se sucata para a construção de instrumentos com o objetivo de trabalhar vários aspectos tais como a identidade, expressar conflitos e emoções.

Técnicas Receptivas:

Nestas técnicas o paciente ouve música:

- Comunicação musical com canções: o paciente escolhe as músicas que deseja trazer para a sessão, intermediando a relação entre ele o terapeuta, possibilitando a abertura de canais de comunicação;
- Audição musical: o musicoterapeuta traz as músicas que tem relação com a demanda do paciente. A partir da audição trabalham-se os conteúdos mobilizados.

- Entrevista Semidirigida:

Aplicada junto às técnicas da Instituição, duas assistentes sociais e uma psicóloga. Seu roteiro continha as seguintes questões:

- Há quanto tempo você está na instituição e qual sua rotina de trabalho?
- Como é feita a distribuição dos casos de crianças? Quantas crianças você atende, das oito que participaram das Intervenções Lúdico-musicais em grupo?
- Por favor, fale da dinâmica de cada caso.

- Ficha musicoterápica:

Baseada em Benenzon (1985, p. 73), é uma forma de *anamnese* musical que visa o conhecimento do histórico sonoro musical do paciente. Foi realizada por meio de entrevista diretiva com as seguintes questões:

- Você escuta e gosta de música?
- Você gosta de algum instrumento musical?
- Você sente que a música te ajuda de alguma forma em sua vida?

Instrumentos musicais: chocalho, atabaque, triângulo, reco-reco, pandeiro, pandeiro meia-lua, pau de chuva, bongô, caxixi, clavas, castanhola, metalofone, kalimba, flauta.

Material lúdico-plástico: sucata, material de pintura, desenho, recorte, colagem e modelagem.

5.4 - Procedimento

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Metodista de São Paulo, a pesquisa percorreu os seguintes passos:

1. Contato com a Instituição e solicitação para agendamento para conhecimento da Instituição e apresentação do projeto de pesquisa;
2. Contato com os prontuários dos atendidos pela instituição para levantamento dos dados coletados referente a: idade, gênero, data, motivo do acolhimento e tipo de violência doméstica sofrida.
3. Seleção dos 20 participantes entre a idade de sete a 11 anos, que sofreram violência doméstica e agendamento da primeira aplicação da ESI. Todos os 20 sujeitos que participaram desta pesquisa foram informados sobre a proposta de investigar seus níveis de estresse, antes e após as intervenções lúdico-musicais em grupo;
4. I aplicação da ESI nos 20 participantes;

5. Seleção dos oito participantes a partir dos resultados da ESI e agendamento dos horários e locais disponíveis para aplicação da ESI;

6. Roteiro das Intervenções Lúdico-Musicais em grupo:

Local: as sessões ocorreram em uma sala de computação na própria instituição, equipada com mesas e cadeiras;

Duração: os encontros ocorreram às quartas-feiras, das 15h30 às 16h30, com duração de cerca de 60 minutos;

Frequência: As sessões aconteceram uma vez por semana, sendo que nos feriados trocamos o dia;

Participação: Em quase todas as sessões as crianças estavam presentes, salvo situações de ida ao médico ou a audiências no Fórum;

Número de Participantes: grupo composto por oito crianças;

Acesso ao encontro: as sessões ocorriam na própria instituição. Após o lanche, as crianças eram chamadas para iniciarmos o encontro, nem sempre foi possível a sessão iniciar no mesmo horário, devido à dificuldade em concentrar todos ao mesmo tempo e a instituição de acolhimento ser de grande porte;

Material utilizado no procedimento: todos estes materiais foram disponibilizados às crianças em cima da mesa para que escolhessem livremente. Apresentamos instrumentos musicais, sucatas para construção de instrumentos, telas, argila, tinta guache.

Desenvolvimento da série de oito sessões semanais. Seguem o Plano geral de Intervenção apresentando as seguintes fases:

- Início: dura cerca de 10 minutos e trabalhamos o relaxamento corporal visando à descarga de tensões, conscientização corporal, entrosamento grupal e a socialização. Utilizaremos técnicas de respiração/inspiração, alongamento e movimentação corporal, auto-massagem e dança em grupo.
- Desenvolvimento: esta fase tem duração de 40 minutos e visa à livre expressão de estados emocionais e cognitivos. Desta forma, os sujeitos podem explorar os instrumentos criando sons que expressem conteúdos internos, construir instrumentos musicais utilizando sucatas, ouvir músicas gravadas fazendo pintura em tela e escultura em argila, cantar

canções conhecidas, criar composições. As técnicas utilizadas poderão ser ativas ou receptivas dependendo da necessidade expressa pelo grupo.

- Término: a última fase dura 10 minutos e finalizaremos as sessões com diálogos sobre aspectos que foram mobilizados na sessão.

7. II aplicação da ESI nas crianças participantes das Intervenções Lúdico-musicais em grupo e análise comparativa dos dados pré e pós-intervenção;

8. Realização das entrevistas semidirigidas com as técnicas da instituição (psicóloga e assistentes sociais) para obtenção de dados esclarecedores sobre o histórico e dinâmica familiar das crianças participantes do grupo, entender o motivo do acolhimento e a respectiva situação atual em termos biopsicossociais e jurídicos, para conseguirmos realizar uma avaliação da evolução das crianças do grupo, mediante as possíveis variáveis existentes que poderiam influenciar no resultado final com relação ao processo de estresse;

9. Redação da trajetória evolutiva;

10. Devolutiva para a Instituição referente às informações colhidas durante a pesquisa para a coordenação da Instituição e para os atendidos. A instituição de acolhimento assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5 Tratamento dos dados

Visando atender aos objetivos nos quais esta pesquisa se destina, será utilizado o pacote estatístico do programa Statistical Package for Social Sciences for Windows, SPSS, versão 17.0, para realizar as seguintes análises: idade, gênero, tipo de violência notificada.

Estatísticas descritivas dos resultados encontrados pela Escala de Stress Infantil de Lipp (ESI). Para análise de teste-reteste, avaliando as duas aplicações realizadas pré e pós-procedimento da escala ESI será utilizado o teste não paramétrico *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

As sessões das intervenções lúdico-musicais serão analisadas de forma qualitativa, buscando-se levantar a possível evolução de cada criança, após as intervenções lúdico-musicais em grupo, bem como do grupo em geral. Com base na análise das intervenções serão levantadas possíveis propostas à Instituição favorecendo a criança que sofreu violência doméstica e denota processo de estresse.

Destacam-se os aspectos éticos em relação à situação da criança acolhida, como processos que ocorrem em segredo de justiça. Desta forma, seus verdadeiros nomes foram omitidos e criados siglas para denominar cada participante de forma a preservar sua identidade e privacidade.

6 – RESULTADOS

Os resultados, por serem abrangentes e complexos, serão apresentados em suas diversas partes.

6.1 Resultados relativos ao perfil sócio-demográfico de todos os acolhidos

Tabela 1 – Referente à idade dos 100 acolhidos

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	100	1	17	6,66	2,969
Valid N (listwise)	100				

Os participantes desta primeira fase totalizaram 100 indivíduos na faixa etária entre 0 a 17 anos e 11 meses. A média encontrada foi de 6,66 anos, denotando que a criança pequena está mais vulnerável a influências do ambiente, devido ser uma pessoa em condição especial de desenvolvimento biopsicossocial, dependendo, portanto, dos cuidados do ambiente para seu adequado desenvolvimento biopsicossocial.

Tabela 2 – Referente ao gênero dos 100 acolhidos

Gênero				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid F	65	65,0	65,0	65,0
M	35	35,0	35,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Nesta pesquisa o gênero mais violentado é o feminino, representado por uma porcentagem de 65% das 100 crianças/adolescentes acolhidos; o gênero masculino representou uma porcentagem de 35%.

Figura 1 - Referente ao gênero dos 100 acolhidos

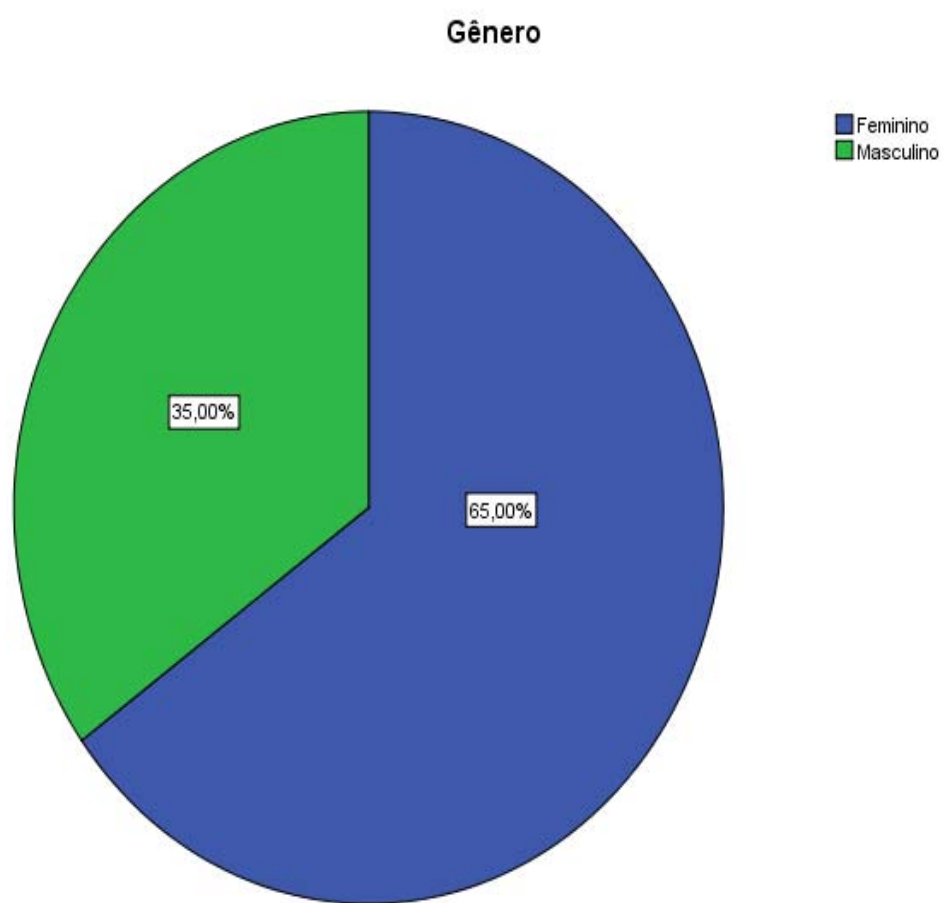
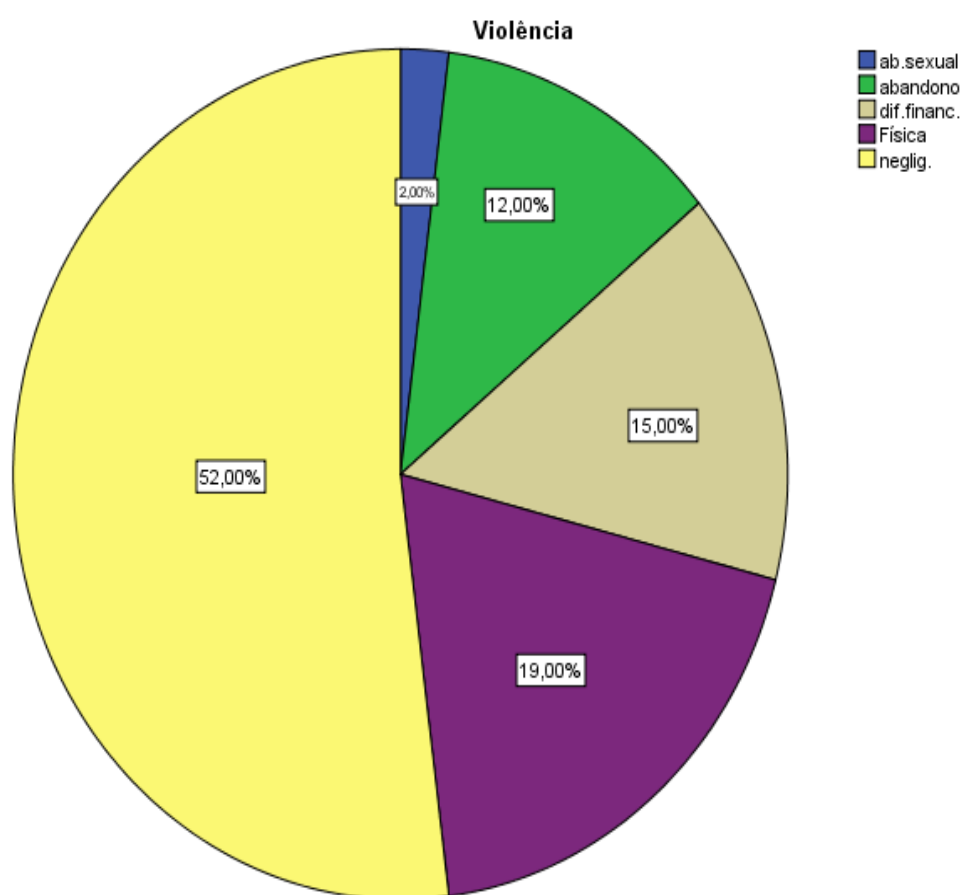


Tabela 3 – Referente ao motivo de acolhimento e tipos de violência doméstica notificada

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Abuso sexual	2	2,0	2,0	2,0
Abandono	12	12,0	12,0	14,0
Dif.financeira	15	15,0	15,0	29,0
Violência física	19	19,0	19,0	48,0
Negligência.	52	52,0	52,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Os motivos de acolhimento e as respectivas violências identificadas dos 100 acolhidos denotam os seguintes dados: 2 casos de abuso sexual, 12 casos de abandono, 19 casos de violência física e 52 casos de negligência, 15 casos relacionados a dificuldade financeira.

Figura 2 – Referente ao motivo do acolhimento e tipos de violência doméstica notificada



6.2 Resultados relativos a I aplicação da ESI

Participaram desta primeira aplicação 20 participantes, entre 7 a 11 anos e 11 meses, sendo dez do sexo masculino e dez do sexo feminino.

Tabela 4 – Referente ao gênero dos vinte participantes da I aplicação da ESI:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid F	10	50,0	50,0	50,0
M	10	50,0	50,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Do grupo das 20 crianças que participaram da primeira aplicação da escala de estresse, sendo 10 meninos e 10 meninas, os resultados mostraram que há prevalência de estresse no sexo feminino, sendo que 100 por cento das participantes apresentaram estresse.

Os resultados apontam que 4 meninos não apresentaram estresse, 11 crianças estavam na fase de alerta (7 meninas e 4 meninos), 3 crianças estavam na fase da resistência, (1 menina e 2 meninos), e por fim, encontramos 2 crianças (meninas) numa fase considerada mais patológica, quase exaustão.

Tabela 5 – Referente à diferenciação das crianças participantes do grupo e das não participantes:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	40,0	40,0	40,0
2	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Escolhemos oito crianças para participar do grupo de intervenção lúdico-musical, esta escolha baseou-se nos horários que a instituição disponibilizou uma sala para o atendimento, juntamente com a disponibilidade dos horários das crianças, portanto doze crianças não participaram do grupo interventivo. Observamos muito desejo e interesse das outras crianças em participarem do grupo.

6.3 Resultados comparativos referentes à ESI em crianças participantes das Intervenções Lúdico-musicais em grupo, nas fases pré e pós- intervenção

Na segunda aplicação da ESI no grupo interventivo, com oito crianças, foi constatado que quatro crianças (50%) diminuíram seu nível e outras quatro, não. Verificando individualmente essas crianças, temos que, dentre as que melhoraram: **C**, que, na primeira fase estava no nível de Quase-exaustão (84 pontos), baixou para a fase anterior, da Resistência (61 pontos); **Ke**, no nível de Alerta (55 pontos), permaneceu na mesma fase, mas baixou a pontuação (46 pontos); **Le**, no nível de Alerta (51 pontos), também permaneceu na mesma fase, mas baixou a pontuação (47 pontos) e **J**, no nível de Alerta (44 pontos), também permaneceu na mesma fase, mas baixou a pontuação (40 pontos). Em relação às quatro crianças que aumentaram seu estresse, foi observado que três permaneceram no mesmo nível (alerta), mas aumentaram ligeiramente sua pontuação: **K** (de 41 pontos, passou para 54); **T** (de 51, para 53); **E** (de 54, foi para 56). Apenas **L** mudou de nível, passando de Alerta (57), para resistência (66 pontos).

6.4 Resultados comparativos referentes a I e II aplicação da ESI no grupo de crianças não participantes das Intervenções Lúdico-musicais

Com relação às 12 crianças participantes da primeira aplicação da ESI que não participaram das intervenções lúdico-musicais em grupo, apenas quatro realizaram a segunda aplicação, pois as outras oito crianças foram desacolhidas durante a pesquisa.

No que se referem aos resultados da segunda aplicação da escala de estresse nas quatro crianças que não participaram do grupo interventivo, os resultados apontaram que duas crianças aumentaram seu nível de estresse: **M**, sem estresse na 1ª. Fase (37 pontos) passou para o nível de Alerta (47); **H**, também sem estresse (36), passou para Alerta (49 pontos). Duas crianças permaneceram no mesmo nível, mas diminuíram a pontuação: **G**, no nível de Resistência (76), baixou para (62); **Mi**, no nível de alerta, baixou seus pontos (54 para 35).

Tabela 6 - Referente ao desacolhimento das crianças participantes da I aplicação da ESI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	12	60,0	60,0	60,0
sim	8	40,0	40,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Destacamos que o termo desacolhido refere-se à situação quando a criança vai embora da instituição de acolhimento, ou seja, volta a morar com os pais/responsáveis ou é adotada.

Tabela 7. Referente a I aplicação da escala ESI e a II aplicação da ESI

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1ª Pont.	20	18	88	53,00	16,680
2ª Pont.	12	35	66	51,58	9,327

Foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon, o qual revelou não haver diferença significativa em níveis quantitativos entre os resultados da ESI antes e depois da Intervenção Lúdico-musical em grupo nos oito participantes ($P = 0,944$).

6.5 Resultados dos dados relativos às fichas musicoterápicas e entrevistas realizadas com as técnicas das oito crianças participantes das Intervenções Lúdico-musical em grupo

Afim de que se possa acompanhar melhor a evolução das crianças no grupo interventivo, apresentam-se inicialmente os dados dos mesmos, colhidos em seus prontuários e através da ficha musicoterápica de cada uma das crianças em questão; seguem-se as entrevistas semidirigidas com as técnicas responsáveis (psicóloga e assistentes sociais) sobre o motivo do acolhimento, tipo de violência sofrida e situação atual das crianças participantes do grupo e de sua família. Por fim, indagamos se as técnicas observaram mudanças (positiva ou negativa) nas crianças do grupo interventivo, tanto na instituição como na escola.

- Dados das fichas musicoterápicas:

Ke: Idade: 9 anos; Sexo: Feminino; Motivo de acolhimento: negligência/alcoolismo da genitora, suspeita de abuso sexual. Ficha Musicoterápica: Você escuta e gosta de música? “Eu gosto de música, mas escuto só um pouco”. Você gosta de algum instrumento musical? “Berimbau e pandeiro”. Você sente que a música te ajuda de alguma forma em sua vida? “Só a música do Zaqueu”.

C: Idade: 7 anos; Sexo: feminino; Motivo de acolhimento: negligência e abandono materno. Ficha musicoterápica: Você escuta e gosta de música? “Gosta de ouvir a Xuxa e rebeldes”. Você gosta de algum instrumento musical? “Gosto de violão”. Você sente que a música te ajuda de alguma forma em sua vida? “Que eu gosto de cantar, fico feliz”.

T: Idade: 9 anos; Sexo: feminino; Motivo do abrigo: negligência e abandono materno. Ficha musicoterápica: Você escuta e gosta de música? “Escuto, escuto quase todo dia. Gosto de funk, black e forró. Fazia coral na igreja”. Você gosta de algum instrumento musical? “Gosto de bateria e guitarra”. Você sente que a música te ajuda de alguma forma em sua vida? “Ajuda, faz lembrar da minha família, (neste momento, ela canta uma música religiosa, “Como Zaqueu”, que fala da cura de feridas emocionais”.

E: Idade: 7 anos; Sexo: feminino; Motivo do acolhimento: problemas psiquiátricos da genitora /negligência. Ficha musicoterápica: Você escuta e gosta de música? “Escuto sempre e gosto muito”. Você gosta de algum instrumento musical? “Triângulo”. Você sente que a música te ajuda de alguma forma em sua vida? “Sim, mas não sei”.

J: Idade: 9 anos; Sexo: masculino; Motivo de acolhimento: problemas psiquiátricos da genitora /negligência. Ficha musicoterápica: Você escuta e gosta de música? “Gosto muito de música e escuto sempre”. Você gosta de algum instrumento? “Pandeiro e berimbau”. Você sente que a música te ajuda de alguma forma em sua vida? “Sim, porque gosto, acho legal”.

L: Idade: 9 anos; Sexo: masculino; Motivo de acolhimento: negligência materna/deficiência mental da genitora, precárias condições sócio-econômicas. Ficha musicoterápica: Você escuta e gosta de música? “Às vezes eu escuto música, gosto de música sim”. Você gosta de algum instrumento musical? “Gosto de bateria e violão”. Você sente que a música te ajuda de alguma forma em sua vida? “Acho que quando eu to triste ou com raiva me acalma”.

K: Idade: 8 anos; Sexo: feminino; Motivo do acolhimento: negligência materna/deficiência mental da genitora, precárias condições sócio-econômicas. Ficha musicoterápica: Você escuta e gosta de música? “Gosto de música de Deus. Eu escuto só às vezes”. Você gosta de algum instrumento

musical? “Violão eu gosto, mas não gosto de batoque”. Você acha que a música de ajuda de alguma forma em sua vida? “Ajuda”.

Le: Idade: 7 anos; Sexo: masculino; Motivo do acolhimento: negligência materna, alcoolismo da genitora. Ficha musicoterápica: Você escuta e gosta de música? “Gosto de qualquer música, eu escuto sempre”. Você gosta de algum instrumento musical? “Gosto de todos os instrumentos”. Você sente que a música te ajuda de alguma forma em sua vida? “Não”.

- Dados das entrevistas com as técnicas da instituição:

Ke, menina foi abrigada em 30/06/2006, aos seis anos, pois a mãe era alcoólatra e vivia nas ruas e muitas vezes **Ke** ia socorrê-la, caída na rua, alcoolizada. A mãe teve outros filhos que foram abandonados. Após o acolhimento de **Ke**, a mãe a visitava, mas não frequentemente e vinha acompanhada com uma tia que queria a guarda da menina, mas nunca solicitou oficialmente. Por outro lado, a assistente social observou falta de condições para a concessão da guarda a esta tia, pois ela cuidava em sua casa de 15 crianças com condições precárias tanto habitacionalmente, como na parte da higiene pessoal e do local.

O pai trabalhava como catador de papel e vinha visitar regularmente sua filha, sendo ele quem cuidava mais dela e demonstrava afeto. Durante as visitas feitas à filha, as técnicas observaram que **Ke** também gostava muito do pai. A família perdeu o poder familiar, pois o juiz não observou mudança na estrutura da família, a mãe sem aceitar tratamento, alcoolista. O pai abriu mão da filha, dizendo que queria o melhor para ela e que talvez fosse à adoção. Assim que o pai soube da destituição do poder familiar, disse que amava sua filha e queria o melhor para ela, pois sabia que ele não teria condições de dar a **Ke** uma vida digna.

A mãe recorreu da decisão do juiz, mas perdeu a causa. **Ke** disse que queria ainda ver os pais, mas o juiz explicou a ela que iria para outra família, desta forma não poderia mais vê-los e a cri Um casal italiano, sem filhos, se interessou em adotar **Ke** e o desacolhimento ocorrerá em 28/05/10. Questionamos como elas observavam **Ke** com relação à adoção e se também se houve mudança em **Ke** no período de atendimento no grupo de intervenções lúdico-musicais, tanto positivas como negativas.

A assistente social informou que **Ke** melhorou, pois antes queria cuidar do outros dava broncas nas crianças da instituição, e queira controlá-las, agia como adulta e não como criança. Atualmente observa que ela está brincando mais e cuidando mais de si mesma, está indo bem na escola. Permite-se

ser criança, brincar, fazer arte. Com relação à adoção, está esperançosa apesar de sentir receio e incerteza com relação ao futuro.

C e T são irmãs.

C, uma menina, atualmente com sete anos, foi acolhida em quando tinha dois de idade, pois sofria negligência por parte dos pais. Eles nunca vieram visitar a filha e perderam o poder familiar. A psicóloga conhece **C** há dois anos, relata que sempre foi muito chorosa, carente, com uma fala infantilizada, como um bebezinho, denota um comportamento instável no que tange à realização de atividades, ora desejando fazer, ora sentindo-se desmotivada. Existe atualmente um casal interessado em adotar **C**. São muito afetivos e adequados para com ela, e, ultimamente, eles têm levado **C** para sua casa aos finais de semana, juntamente com a irmã, **T**.

O problema, na visão da técnica, refere-se à posição do juiz que só permitirá a adoção de **C**, se o casal adotar também os dois irmãos dela, (**T** e outro menino adolescente que mora nesta instituição), mas o casal alega não ter condições financeiras para adotar os três, e até adotaria a **T** junto com **C**, mas que adotar o adolescente seria impossível.

T, menina, acolhida em 17/08/04 com quatro anos, segundo a psicóloga, é irmã mais velha de **C** e elas já haviam sido acolhidas antes de morarem nesta instituição. Atualmente **T** está com 10 anos. Sempre foi muito agressiva, resistente a cumprir obrigações. Quando é contrariada, torna-se muito violenta e revida. Ela pede muito por uma família e mostrou-se tocada com a adoção de **Ke** e também de outras crianças que são desacolhidas. Questiona porque não é adotada e sente muita raiva de sua situação. Vai bem na escola, mas ultimamente caiu sua produção e não quer obedecer as regras.

E e J são irmãos.

As duas crianças foram acolhidas em 07/01/05, pois a mãe está em situação de rua, mas vem sempre visitar os dois filhos. Ela é afetiva, mas bem descompromissada. Na interação entre mãe e filhos, a técnica entrevistada observa que as crianças gostam dela, mas entende que as visitas não são positivas para **J** e **E**, pois ela promete coisas a eles, mas não as cumpre, o que gera frustração. Segundo a visão da psicóloga, a mãe nunca vai conseguir tirar os filhos da instituição porque vive na rua.

E, menina, atualmente com sete anos, é inteligente e na escola está com bom desenvolvimento. No ano passado roubou algumas vezes, alegando que sua mãe precisava e então tinha que ajudá-la de qualquer jeito. Faz birras, é carente e tem desejo de ter uma mãe que cuide dela. Ao ser indagada pelo juiz se queria ser adotada, disse que não.

J, com nove anos, é arreado, teimoso, apresenta dificuldades em respeitar as regras, bate nos colegas e nos educadores, nunca chora na instituição, procura mostrar-se forte. Na escola tem defasagem de aprendizagem, e a psicóloga, em sua visão, destaca a influência do meio ambiente.

L e **K** são irmãos.

L, menino atualmente com nove anos, está na instituição há seis anos, portanto, desde 2004, quando tinha quatro anos. Sua mãe apresenta deficiência mental, com idade mental equivalente a 12 anos. O motivo do acolhimento de **L** deve-se à negligência materna e abandono paterno. Segundo relatos do Conselho Tutelar, a mãe não cuidava dos filhos, negligenciava os cuidados básicos destinados às crianças, e elas chegaram em condições precárias de saúde quando foram acolhidas. A assistente social analisa o fato de a genitora ter sido negligenciada na infância.

O pai reclamava da mãe criticando-a quanto aos cuidados dos meninos, mas ele também não a apoiava muito. O casal se separou e o pai, após um tempo de convivência com os filhos, os entregou para adoção, casando-se e assumindo quatro enteados como filhos. Nunca mais foi visitar os filhos.

A mãe as visita regularmente, todos os domingos, mas a técnica não percebe afetividade, sendo que ela trata os filhos como se fossem seus irmãos. Destaca ainda a dificuldade de trabalhar neste caso por falta de compreensão da família da genitora. O tio materno, irmão da genitora, mora em frente a casa da mesma, é casado e não tem filhos. Inicialmente ele e sua esposa iam visitar as crianças e pareciam ambíguos, ora prometendo que iam requerer a guarda das mesmas, ora dizendo que não achavam justo ter que assumir a responsabilidade pelos dois sobrinhos, pois a mãe deles tem capacidade para cuidar dos filhos, visto ela conseguir “namorar com todo mundo” (sic).

K, uma menina, mora na instituição desde a idade de um ano e oito meses. Segundo a assistente social, **K** tem uma postura diferente do irmão **L**, é mais distante da mãe, não confia e não espera nada dela. Mostra-se ambígua, fala que quer ser adotada, mas na frente do juiz, nega. Parece confusa, pois os tios prometeram que até dezembro deste ano (2010), eles vão morar com ele, mas ao mesmo tempo, ela sabe que existe a possibilidade disto não ocorrer e ficarem acolhidos até os dezoito anos na instituição, pois o juiz disse isto a ela. **K** apresentou queda no rendimento escolar depois da audiência.

O pai das crianças não tem condições de assumí-las e, além disto, há uma suspeita de que ele abuse sexualmente de **K**, que é sua enteada. Outro ponto é que ele só queria ficar com **K**, que é menina, e não queria **L**. Os tios quando vieram visitá-los a última vez, demonstraram insensibilidade, dizendo que tinham vindo visitá-los, mas que ainda iriam decidir se os levariam para passar o final de

semana na cada deles. No fim, eles sempre levam os dois irmãos (**K** e **L**), mas com certa frequência agem de forma ambígua e cruel.

Neste caso, para piorar a situação, há disputa de poder e saberes dos técnicos do Poder Judiciário, pois o psicólogo avalia que estas crianças tem que ir para adoção e a assistente social avalia que não, os técnicos disputam para ver a quem o juiz acatará.

Le, um menino, com sete anos, está acolhida há seis anos, desde 2004. Segundo a assistente social, a história de **Le** começa com o alcoolismo constantemente dos pais. O pai era mais cuidadoso com **Le**, mas bebia muito, foi atropelado e faleceu o ano passado, deixou uma herança em dinheiro para o filho. A genitora é alcoolista também, pegou a herança e gastou tudo em bebida e drogas, dando apenas um carrinho de presente para o filho.

Na primeira vez que foi acolhido em 2004, ele permaneceu apenas um mês na instituição, indo após um mês de acolhimento indo morar com a irmã de 21 anos e com a sogra dela. A irmã de **Le** tem duas filhas e acontecia muita briga entre as crianças, envolvendo ciúme de **Le** com as filhas e vice-versa. Diante desta situação **Le** morou com a irmã por um ano, depois disto, a irmã o devolveu para a mãe, alegando na instituição que os pais tinham parado de beber.

Logo depois, o casal voltou a beber e deixando **Le** largado pelas ruas, quando era cuidado, era a vizinha da genitora. Houve a denúncia que ele estava exposto a riscos e **Le** foi novamente acolhido, mas por outro lado a irmã dele não aceita a adoção, mas também não requer a guarda do menino.

Ela o leva todo fim de semana e entrega para a mãe, **Le** quer muito morar com a irmã, ele a prefere como mãe. A irmã por sua vez abandona o irmão a sua própria sorte, pois o entrega a mãe, que o abandona nas ruas. Esta situação para a técnica se reflete na dificuldade de **Le** em respeitar as regras. Ele é solto demais, faz o que quer, faz sua lei, ninguém o controla. A dificuldade encontrada pelos educadores da instituição refere-se a resistência de **Le** em permitir ser cuidado. Isto pode ter relação com o fato da mãe e da irmã enfatizarem para **Le** que ele já é um homem, sendo assim, o tratam como um adulto e esperam reação adulta dele. A mãe tem uma relação sexualizada com ele, pois o beija na boca. Não existem limites.

Le pegou coisas da instituição e levou para a escola, e vice versa. Ao ser questionado alegou que pegou para a mãe, pois ela não tem comida em casa. Ele alterna papel de vítima, mas também às vezes deixa claro que é o agressor e não precisa da instituição. Quando faz alguma coisa errada, admite, e, ao ser corrigido, aceita prontamente, sem ficar aborrecido. Em sua opinião técnica, ele precisa de atenção e quando recebe o que deseja, melhora seu comportamento. **Le** faz acompanhamento

psiquiátrico, toma antidepressivo e medicação para agitação e ansiedade, mas para a técnica, seus sintomas são de fundo emocional, ele não precisa de tanta medicação. Precisa de amor.

Conforme a psicóloga, as crianças sentem muita carência afetiva, e provavelmente vão apresentar algum problema de relacionamento ou comportamento, devido a privação afetiva ou física. As educadoras não têm preparo técnico para lidar com tais demandas, muitas até provocam, rotulam as crianças e enfatizam o uso da violência como resolução de conflitos interpessoais no dia a dia na convivência entre as crianças.

Segundo a psicóloga isto ocorreu no caso de uma menina que participou do grupo de intervenção lúdico-musical. Ela teve um atrito com duas crianças que moram em sua casa e a educadora que estava de plantão nesta casa, entendeu que C estava errada, pois e segurou-a para as outras duas crianças baterem nela. A educadora não foi punida, apenas advertida. Parece recorrente à dinâmica de acolhimento às crianças e adolescentes, existir indícios de despreparo técnico, passando da instituição de acolhimento, ao poder judiciário e a sociedade em geral.

6.6 Resultados relativos às Intervenções Lúdico-musicais em grupo

Em seguida descreveremos as aplicações das sessões realizadas com o grupo de oito crianças, entre sete a onze anos, que sofreram violência doméstica e apresentaram estresse.

Destacamos que a maioria esteve presente às sessões, com exceção de algumas crianças que eventualmente não participaram por motivo de saúde, reforço escolar, audiência no Fórum.

Destaca-se que nas sessões os objetivos propostos visavam propiciar relaxamento corporal, experimentação dos diferentes instrumentos (sons e materiais plásticos), interação grupal, comunicação, desenvolvimento da criatividade, socialização, expressão de estados emocionais.

1ª Intervenção Lúdico-Musical

Técnica utilizada: ativa (improvisação livre)

Participantes (oito): **C; T; K; Ke; E; Le; L; e J.**

Iniciamos a primeira sessão com o grupo sentado em círculo e explicamos sobre a pesquisa em andamento; realizamos o enquadre das oito Intervenções Lúdico-musicais no que tange ao dia, horário, regras e com relação a estrutura da sessão, esclarecemos que iniciáramos com um relaxamento corporal, depois brincaríamos com os instrumentos e, por fim, ao final da sessão, conversaríamos sobre

o que eles haviam achado do encontro. O grupo então sugeriu outras regras, tais como não xingar, não bater, não desobedecer, não chegar atrasado a sessão.

Depois de terminado o enquadre, solicitamos que cada criança respirasse profundamente e fizesse um movimento com o corpo, alongando-o. Todos fizeram seus movimentos, em seguida, colocamos os instrumentos dispostos no chão e pedimos que escolhessem um deles que lhes chamasse atenção. Depois da escolha realizada, sentados em círculo, solicitamos que cada criança se apresentasse com um som, falando seu nome, idade, características pessoais. A proposta era que, enquanto um participante tocasse, o restante do grupo ouvisse o som do colega.

Neste início de sessão, o grupo estava muito curioso devido à possibilidade de brincar com os instrumentos, e a maioria demonstrou motivação e satisfação ao tocá-los. Foi um pouco difícil conseguir que se sentassem para conversarmos, pois estavam muito agitados e ansiosos para manusear os instrumentos, mas, por fim, foi possível iniciarmos um diálogo.

Em círculo começam a tocar cada um por vez, apresentando um som:

K: do coração (pandeiro); **L** som da amizade (atabaque); **J** da “zueira” (bongô); **Ke:** da amizade, (violão); **E:** som de amigos (metalofone); **T** de sonho de instrumento (flauta); **Le:** som do coração (flauta); **C:** som da alegria (chocalho).

A seguir, seguindo nossa orientação, propusemos um jogo sonoro na qual cada criança deixava seus instrumentos em suas respectivas cadeiras e se dirigiam à cadeira a sua direita. Desta forma, tiveram oportunidade de experimentar os vários instrumentos e seus sons. Essa dinâmica se deu sucessivamente, até cada criança chegar à sua própria cadeira com o instrumento escolhido inicialmente. Quando, por fim, todos os integrantes sentaram com seu instrumento escolhido, solicitamos que cada um, na sua vez, criasse um ritmo, enquanto o grupo ficava em silêncio. Logo depois do ritmo criado pelo colega, o grupo tentava entrar em sintonia com o ritmo produzido pelo executante. Em geral, o grupo conseguiu ouvir e entrar no ritmo. Ao fim da sessão, encerramos com um diálogo sobre o que eles acharam e sentiram.

A seguir, os depoimentos:

E: “Achei legal, senti que é muito barulhento. Gostei de todos os instrumentos, mas o que mais gostei foi do violão. Tô triste, porque vamos nos despedir” (sic); **Ke:** “Achei muito legal porque a gente experimentou instrumentos. Gosto mais do metalofone, senti alegria porque fizemos um encontro bom” (sic); **J:** “Gostei, porque sai da cadeira e zuei. Meu som é de zueira, senti legal, gostei do atabaque” (sic); **T:** “Foi legal, porque nós brincamos com os instrumentos, senti legal porque toquei instrumentos que nunca toquei, gostei do violão” (sic); **L:** “Foi legal porque nós brincamos, mexemos nos

instrumentos. Senti feliz e gostei mais do violão e do bongô” (sic); **C**: “Foi legal porque a gente bateu nos instrumentos todos juntos, gostei mais do pau de chuva” (sic); **Le**: “Foi bom porque nós tocamos música que nunca toquei. Gostei do violão e atabaque. Eu senti amor” (sic); **K**: “Foi muito legal porque tocamos instrumentos. Gostei mais do violão e senti felicidade” (sic).

Em dois momentos observamos **Le** foi agredido, hostilizado sendo empurrado, momento em que intervimos e dissemos que não permitiríamos violência física nem verbal, havendo cessado a atitude violenta.

Ao final da sessão, **E** relata que **Le** dera um empurrão em outra criança do abrigo; o acusado se defende negando e dizendo para **E** não se meter na vida dele. Neste momento, colocamos que todos tinham defeitos e qualidades e que às vezes agíamos impulsivamente, sem pensar, em situações que mexem com nossas emoções. Após esta fala, a criança que havia sofrido a acusação, disse que “tem que bater mesmo, dar porrada” (sic). Dissemos que existem outras formas de resolvermos os conflitos sem usar a violência, pois ela pode trazer dor, machucar fisicamente e emocionalmente.

Destacamos que as crianças participantes do grupo estão acolhidas devido à violência doméstica por parte dos pais. Neste sentido, observamos que alguns integrantes do grupo, expressam e reproduzem a violência sofrida, quando elegem um “bode expiatório” e o hostilizam abertamente, destacando seus defeitos, agressividade e dificuldade de respeitar regras.

O integrante eleito para ocupar o papel de “bode expiatório” sofreu violência física por parte de um colega. Ele não reagiu, teve uma atitude inerte e foi preciso uma intervenção neste momento para cessar o ato violento. Além disto, ele foi delatado por uma colega sobre suas atitudes inadequadas de empurrar uma colega do abrigo, tentou se defender verbalmente, mas sem sucesso, e, mesmo após escutar que existem outras formas de resolver os problemas, ratifica com suas palavras o uso da violência (“tem que bater, dar porrada”).

Observamos estes impactos da violência doméstica em algumas crianças do grupo. **Le**, ora demonstra passividade diante da violência sofrida, sendo vítima da situação, ora sendo ele próprio o agressor; **J** revela comportamentos violentos em sua forma de interagir com o outro, denotando reprodução da violência doméstica; poderíamos pensar que **E** ao apontar apenas **Le** como ruim e agressivo no grupo, reproduz a violência doméstica, pois o culpa pela situação de conflito, fazendo uma avaliação unilateral. Parece haver uma projeção em **Le** de aspectos negativos do grupo, como por exemplo, não respeitar regras, ser violento, destacando apenas seus defeitos, mas o grupo todo denota as mesmas dificuldades que ele.



Figura 3 – Instrumentos musicais utilizados nas Intervenções Lúdico-musicais em grupo

2ª Intervenção Lúdico-musical

Técnica utilizada: ativa (improvisação livre)

Iniciamos a sessão com um relaxamento corporal através de massagem grupal, com os integrantes sentados em círculo. Ao mesmo tempo em que recebiam massagem na mão, do colega que estava sentado à sua direita, faziam massagem na mão do colega à sua esquerda, desenvolvendo a percepção de receber e dar, de si e do outro. Perguntamos como tinha sido esta experiência de receber e dar massagem; a maioria disse que preferiu receber massagem a fazer, disseram que é chato fazer e que receber é mais fácil.

Diante da história de violência doméstica e abandono sofrido por estas crianças, destacamos que era esperado este tipo de reação, pois é difícil dar para o outro na medida em que não vivenciaram a

experiência de receber. Percebemos que durante a massagem aconteceram reclamações no sentido de que às vezes algumas crianças faziam a massagem machucando o outro, refletindo talvez a violência sofrida, ou seja, o contato com o outro é baseado na dor.

Em seguida, solicitamos que se formassem grupos e conversassem sobre o seu dia, como estavam se sentindo. Posteriormente, foi solicitada a apresentação de cada grupo, sendo que cada integrante devia escolher um instrumento e fazer um som para apresentar o que o colega expressou. As crianças entendem bem a proposta e participam ativamente:

Grupo 1 (3 crianças : **L**; **Le** e **J**) : **L** apresenta **Le**, através de um som bem ritmado escolhendo o pandeiro e colocando ao final que **Le** está com calor e se sentindo feliz; **Le** apresenta **J**, escolhe o violão, toca levemente duas cordas do instrumento e diz que **J** está andando a cavalo; **J** apresenta **L** utiliza o atabaque, tocando forte e rindo, toca com ritmo acelerado e diz que não sabe o que dizer.

Grupo 2 (2 crianças: **K** e **Ke**): **K** apresenta **Ke** escolhendo a flauta, toca forte e ri. Em seguida diz que **Ke** gostou muito da escola e também de estar aqui hoje; **Ke** apresenta **K** através também da flauta e diz que achou legal os namorados, a escola e a educação física. Diz quer ir embora logo do abrigo e achou legais os amigos da escola. Diz que **K** gostou da escola e que gosta muito das amigas.

Grupo 3 (2 crianças: **T** e **C**) : **T** apresenta **C** com o metalofone e faz um movimento deslizando sobre o instrumento. Diz que ela gostou do palhaço que assistiu na escola, gostou de seu dia na escola e está feliz; **C** escolhe o Kalimba e faz um som calmo.

Seguiu-se uma improvisação instrumental livre, sendo que a maioria trocou de instrumento, menos **Ke** e **T**. O grupo demonstrou muita animação, e, ao mesmo tempo em que tocavam, dançavam alegremente. Em seguida voltaram às duplas e ao trio anteriores, e, atendendo à solicitação fazem nova apresentação de canções, usando outros instrumentos, à sua escolha. Assim:

Grupo 1 - **L** (atabaque) / **J** (pandeiro meia lua)/ **Le** (violão): **Le** canta e toca com o violão uma música com ritmo funk e os outros meninos acompanham com seus respectivos instrumentos. A letra da música cantada foi: “Eu sou bala de aço, de cair no labirinto, nós vamos te fuzilar... depois de muito tempo a poeira abaixou, nós vamos se muquiar que o reforço já chegou. Aquele cidadão que sobe pelo ar são mosquitos de ferro” (sic).

Grupo 2 - **K** (kalimba)/**Ke** (flauta): **K** canta e **Ke** acompanha. Letra da música de **K**: “Se for dirigir não beba, mas se for beber me chama, a gente pega uma gatinha e tome/tome (ritmo funk).” (sic). Em seguida **Ke** canta uma música evangélica: “Como Zaqueu, só pra te ver, olhar pra ti e chamar sua atenção, entra na minha vida, mexe com as minhas estruturas, faz um milagre em mim.” (sic). **Ke**

se aborrece e chora, pois o grupo todo quer cantar junto e ela não quer que isto aconteça, ela então para de cantar.

Grupo 3 - **T** (bongô)/ **C** (pandeiro): **T** canta e **C** acompanha. Letra da música: “Uma palavra perdida já quase esquecida me fez lembrar, cantando as sete letrinhas e todas juntinhas me fez cativar. Cativar é amar, é também carregar um pouquinho da dor que alguém tem que levar... laços fortes criou, responsável tu és pelo que cativou, vou tentar cativar, viver perto de alguém, laços fortes criou. Um deserto, tanto sol, entre e homens e mulheres, vou tentar cativar, viver perto de alguém.” (sic). Em seguida, **C** diz que sente vergonha, mas por fim acaba cantando e **T** acompanha. Letra da música: “Vai galera, coração, solte a voz, bate na palma da mão. Diz que existe a emoção, é tanta emoção que não cabe no coração.” (sic).

Observam-se como os grupos optaram por canções que refletiram conteúdos vivenciais. Assim, no grupo 1 percebemos uma identidade sonora baseado no ritmo do funk com uma canção que relata a violência do cotidiano delas. O grupo 2 cantou duas canções, sendo que a primeira denotou conteúdo sexualizado com falta de interdição social, já a outra, de fundo religioso, expressava busca por esperança, ânsia por mudança nas estruturas pessoais. O grupo 3 cantou duas canções demonstrando uma busca por alguém que cuide delas e ofereça um relacionamento saudável, baseado no cuidado, no carinho. As duas canções demonstram a falta que sentem de um cuidador que crie vínculos afetivos com elas, que lhes propicie emoções saudáveis.

3ª Intervenção Lúdico-Musical

Técnica utilizada: ativa (improvisação livre)

Iniciamos a sessão com um relaxamento corporal a partir de uma formação lúdica. Solicitamos que o grupo formasse um trenzinho e cada integrante recebesse massagem nas costas do colega que estava atrás dele e também fizesse massagem no colega da frente. As crianças, mais uma vez disseram que gostam mais de receber massagem do que fazer no outro.

Brincaram com os sons do metalofone, flauta, violão, atabaque, bongô, reco-reco e Kalimba. Passado o tempo de experimentação e expressão sonora, dissemos que eles poderiam trocar de instrumento. O canto surgiu como expressão natural dos grupos, que se formaram espontaneamente.

Le, **L** e **J** fizeram um ritmo de capoeira utilizando o pandeiro, tocaram e cantaram canções de que aprenderam na aula de capoeira, que é dada na instituição. **Le** quis o instrumento de **K** (pandeiro meia-lua) e já ia arrancá-lo dela, que reclamou. Perguntei à ela se poderia emprestar e ela concordou.

C demonstrou desejo de tocar o violão, mas não se dirigiu à pessoa que estava com ele, recorrendo à psicóloga para que a ajudasse. **L** que estava com o violão, demonstrou compreender o desejo de **C** e emprestou prontamente. **C** toca sorrindo demonstrando satisfação com o som produzido, mas parece sentir-se impotente em conseguir o que quer, não tenta dialogar ou negociar com o outro, necessitando da intervenção de alguém para realizar seu desejo.

Ke reclamou que tinha muito barulho. **C** começou a chorar, pois disse que **Le** bateu nela. Perguntei o que aconteceu, ele falou que bateu porque queria o violão. Neste momento **L** perguntou ao **Le** se ele havia batido mesmo nela. **Le** confirmou e então **L** foi um mediador pedindo que ele se desculpasse. **Le** pediu desculpas e **C** parou de chorar. Neste momento, **L**, passa a mediar o conflito entre **Le** e **C**, parecendo haver internalizado as regras sociais e ter empatia para com o outro, cobrando desculpas do agressor.

Durante o encontro, observa-se que **Le** vai atrás da realização de seu desejo, mas de forma inadequada. Assume o que faz e acata o que lhe pedem sem problemas, parecendo indicar que necessita ser direcionado a se controlar diante de um ato impulsivo, buscando uma relação de cuidado e orientação. Por duas vezes **Le** utiliza da violência para conseguir o que quer, arranca o instrumento desejado da mão de outra criança e bate nela, em outro momento foi um brinquedo que estava na sala, o motivo da agressividade e disputa. A impulsividade e a agressividade aparecem, contudo, em vários momentos, sendo que **Le** às vezes agride, às vezes é agredido, podendo revidar ou não, conforme o caso. Por vezes, **Le** demonstra indiferença ao que não é seu; não pede ajuda, mesmo quando precisa. Parece que ele sabe que não pode contar com ninguém no âmbito familiar, e depende só dele mesmo para conseguir o que quer. Por outro lado, denota perceber tal situação e se adapta a ela quando desenvolve independência em seus atos.

Após um tempo de improvisação livre, algumas crianças quiseram cantar, outras não, mas a maioria do grupo participa e as canções revelam temas sobre a violência urbana, o universo marginal, canções que estão na mídia atual. Enquanto a maioria canta e dança, alguns ficam imersos por momentos em seu mundo interno, tal como **Le** e **C**.

Destacamos que **C** apresentou maior nível de estresse deste grupo (quase exaustão), fase considerada mais patológica. Durante estas intervenções iniciais, mostra-se chorosa e sem defesa diante da agressão de algum colega, mostrando muita dependência afetiva. Apresentou-se mais com sintomas físicos tais como conjuntivite e gripe no decorrer dos encontros.

T gosta muito de cantar e conhece muitas canções. Ela cantou e tocou no violão uma música com a seguinte letra: “Essa tal de Juliete tomou doze e tomou choque, dezoito no pescoço, porque água

de bandido é red Bull.” (sic). A maioria das crianças sabia a letra desta música e cantou junto, menos **C**, que se distrai com um carrinho; **Le** disputa com ela o brinquedo e acaba tirando o carrinho dela, e ela não reage.

J canta “Rebolation” e todas as crianças gostam; **T** se junta a ele e passa a cantar, enquanto **L** e **J** acompanham, tocando bongô e pandeiro. Depois **T** canta “Créu” e o grupo acompanha cantando junto, menos **Le** que continua se distraindo com o carrinho e **C** fica chorosa, mas não quer falar o motivo. **J** canta uma música para **Le**, com palavras ofensivas (palavrões). **Le** fica quieto, sentado, sem tocar e cantar e não se defende diante da música de **J**. Realizamos então uma intervenção dizendo que não permitiríamos agressões direcionadas a alguém através das músicas.

Forma-se um grupo que não toca e não canta: **C**, **Le** e **K** observam as outras crianças tocando e cantando “rebolation”. Outro grupo se forma, sendo que **E** e **Ke** se juntam para tocar. **L** pega o violão, **J** o bongô e **T** o reco-reco. **L** pede para cantar um Funk: “Novinha, vê se não mexe comigo”.(sic). Tentamos estimular as três crianças que estavam sem tocar. **K** não quer tocar nem falar, parecendo aborrecida; **C** reage com um sorriso; **Le** abre a porta e vai embora. Em seguida, **K** interage com **C** conversando.

T e **J** propõem espontaneamente um jogo com **C** e **K**. Observa-se como o brincar emerge naturalmente em situações livres, proporcionando prazer e descontração. O jogo ocorre com os quatro de mãos dadas e é para bater na mão do colega que está ao lado, perde quem falar “ai”. Após um tempo da brincadeira **C** chora reclamando que **J** bateu forte em sua mão. **J** se defende dizendo que ela sabia como era a brincadeira, então que não entrasse no jogo.

L toca o violão concentradamente, depois o grupo vai parando de tocar e guarda os instrumentos se preparando para o fim da sessão. Todos dizem que gostaram muito da sessão. **Ke** e **C** não querem ir embora e reclamam do término da sessão.

Enquanto a sessão vai acabando, **L** toca o violão com satisfação, não quer largá-lo, toca como se fosse um prolongamento de si; **Ke** e **C** reclamam que a sessão encerrou, demonstram envolvimento e satisfação, assim como busca de afeto físico e próximo, através do abraço, ao se despedirem.

Nesta sessão, as letras que foram cantadas falam de um contexto social e urbano violento, sexualizado, refletindo possivelmente vivências reais, mas surgiram canções que expressam sentimentos de carência e o desejo de ter um cuidador afetivo.

4ª Intervenção Lúdico-Musical

Técnica utilizada: ativa (criação de instrumentos musicais com sucata).

Iniciamos a sessão com o grupo sentado em círculo e propusemos um relaxamento corporal, no qual cada integrante na sua vez inventava um movimento bem solto, ao mesmo tempo em que o grupo o imitava. Todo o grupo participou criando cada qual um movimento diferente, que foi imitado pelo resto do grupo, com alegria e soltura.

Em seguida, foi aplicada a técnica da criação de instrumentos musicais, sendo dispostas na mesa várias sucatas para que as crianças criassem instrumentos baseados em suas características pessoais, cores, formatos, sons preferidos. O grupo todo ficou muito motivado. Colocamos que poderíamos ajudá-los caso precisassem, mas que era para eles se expressarem e criarem livremente seus instrumentos.

T e **Le** foram as únicas crianças que não solicitaram ajuda. Demonstraram criatividade e inovação; **T** fez seu instrumento denotando alegria e satisfação e foi muito criativa e autônoma. Esta criança tem uma condição de não ter mais família, devido à destituição do poder familiar. Adora cantar e os resultados das técnicas empregadas pareceram dar condições de se expressar e lidar com suas emoções, inclusive as relativas a vivências dolorosas. **T** é criativa, mas também impulsiva e busca a realização de seus desejos, mesmo que de forma agressiva.

Le fez dois instrumentos. Estava com dificuldade para encapar seu instrumento, mas não aceitou ajuda em nenhum momento. Será que compreende que tem de viver sozinho e buscar soluções para os seus desejos, pois os adultos não irão fazer isto por ele? Ele parece um mini adulto que não depende dos outros, visão corroborada pela assistente social, que confirma que a família o vê como um adulto, que ele tem de ser virar sozinho nas suas coisas. A técnica de construção de instrumentos proporcionou o exercício de sua criatividade através da construção de dois instrumentos.

K pedia ajuda a todo o momento ajuda, pois não queria construir seu instrumento, sozinha. Mesmo com o auxílio, dizia que ninguém queria ajudá-la. Fez um instrumento, não gostou e acabou desistindo dele, por fim fez outro, mas sempre com a ajuda. Denotou muita dependência e pouca criatividade, certa paralisação diante da proposta de criar um instrumento utilizando sucatas. Auxiliamos muito na construção do instrumento e mesmo assim **K** pedia ajuda, alegando não saber fazer, mas parecia que ela não queria fazer, por medo de produzir algo feio ou incorreto, com muita insegurança e baixa auto-estima. Demonstrou grande dificuldade em valorizar e aceitar sua produção, pois não gostou do primeiro instrumento que fizemos, só aceitando o segundo. Parece evidenciar um

doloroso movimento de sentir falta do outro e, ao mesmo tempo, medo de aceitar o que vem dele, por medo de nova recusa e conseqüente frustração.

C fez um instrumento, disse que estava feio, não gostou e começou a chorar. Nós a ajudamos e também **Ke** se dispôs a auxiliá-la. Continuou chorosa, não sabendo o que escolher e quando produzia algo, não gostava, ficando insatisfeita. Demonstrou desta forma, no início, muita insatisfação com sua produção, insegurança e ansiedade, dizendo que não conseguia fazer nada de bom, mas, por fim, depois de receber acolhimento e ajuda de **Ke** e da psicóloga, reagiu e fez dois instrumentos, dizendo até que gostara de seu último instrumento, num movimento de afirmação e auto-aprovação.

J, L, E, solicitaram ajuda algumas vezes, mas na maior parte da sessão criaram seus instrumentos de forma independente. **Ke** fez dois instrumentos e pediu ajuda para dar o acabamento. Ficou muito feliz com o instrumento que denominou “mamadeira”. Enquanto cria seu instrumento, conta que vai ser adotada por pais italianos. Faz dois chocalhos sendo que um tem um formato de mamadeira com um coração colado à frente. Terminamos a sessão e combinamos que iríamos tocar os instrumentos construídos na próxima sessão.



Figura 4 – criação de instrumentos musicais com sucatas

5ª Intervenção Lúdico-musical

Técnica utilizada: ativa (improvisação livre com os instrumentos construídos com sucatas)

Iniciamos a sessão com relaxamento corporal, cada um fazendo o seu próprio alongamento físico. Em seguida, foi entregue a cada criança, o instrumento construído com sucatas e solicitamos que cada um falasse para o grupo sobre o instrumento criado e o que tinha a ver com eles ; em seguida solicitamos que criassem um som, um ritmo com o seu instrumento.

Ke quis começar e disse que fez dois instrumentos, uma mamadeira de instrumento e um chocalho. Colocou que como ela, os instrumentos tinham sons brilhantes. Tocou os dois instrumentos ao mesmo tempo, com um ritmo binário. Ficou muito motivada com seus dois instrumentos e destacou o instrumento que denominou mamadeira, (faz sentido neste momento em que vai ganhar pais e se tornar filha novamente). Ao falar de seus instrumentos consegue relacionar-se com eles dizendo que como ela, os instrumentos tinham sons brilhantes, ela parece estar bem emocionalmente, consegue ver e elogiar o trabalho de uma colega e também ver sua produção e gostar dela, ficar satisfeita com ela; **T** seguiu dizendo que o instrumento dela tinha a ver com a sua beleza, que ficou muito lindo seu instrumento, gostou muito dele e adorou construí-lo. Em seguida tocou com ritmo ternário, bem marcado. **Ke** neste momento disse a **T** que gostou do instrumento dela, pois foi diferente e divertido. Durante a construção do instrumento, ela não pediu ajuda em nenhum momento e demonstrou satisfação, criatividade e concentração no processo de criação. Disse que foi “ótimo, maravilhoso” (sic), fazer e tocar o instrumento que criou; **L** fez dois instrumentos e disse que gostou deles, tinha a ver a cor prata que brilhava e era alegre como ele. Tocou um ritmo ternário. Disse se sentiu feliz, “porque a gente é amigo.” (sic). **E** disse “foi legal porque fez dois instrumentos e cantou duas músicas” (sic). Não soube relacionar seu instrumento com características próprias. Tocou com um ritmo instável; **C** fez dois instrumentos e disse que eles têm a ver com amor. Rindo fez um som, inicialmente com arritmia, depois conseguiu fazer um ritmo estável e binário. Disse que “foi gostoso e teve amor.” (sic). Mostrou-se muito afetiva e vem conseguindo expressar-se emocionalmente e dizer mais o que pensa nas sessões; **Le** fez dois instrumentos sem pedir ajuda e disse que um era um pau de chuva e o outro chocalho. Relacionou os instrumentos construídos com brilho, tocou um ritmo ternário o pau de chuva. Durante a sessão, ele demonstrou saber quais materiais queria e curiosidade em experimentar algo novo. Após o canto do segundo grupo, saiu da sala; **K** disse que seu instrumento tem a ver com chupeta e fez som bem forte e depois bem fraco, sem ritmo e que achou “legal porque teve brincadeira.” (sic).

Fez dois instrumentos, contudo, pareceu não conseguir brincar com eles. Fez um som forte e outro fraco, denominou som de chupeta. Em seguida o grupo todo toca junto por um tempo, depois se formam duas duplas e um trio, utilizam os instrumentos e cantam:

Grupo 1 – **T / E**: Elas cantaram duas músicas que existem, mas inventaram a letra. Cada uma com seu instrumento. Letra da primeira música: “Tudo o que eu quero é sair da escola, não agüento mais a professora de história, português. Canso de ficar na escola, esperando o resultado” (sic).

Letra da segunda música: “Trililim, trililim, trililim, seu pai ligou pra mim.- Quem é? - Sou seu avô, eu quero te estuprar. -Vai ter cachorro quente?- Não, não, vai ter linguça. Tô ficando enfiadinha, toma, toma sua bombinha”. (sic).

Neste grupo, surgem duas canções uma falando da insatisfação com a escola e com a relação professor/aluno; a outra música denota temas sobre violência sexual explícita, de adulto contra criança, revelando talvez conteúdos e vivências pessoais ou como expressão de uma cultura que violenta a criança e a usa como um objeto.

Grupo 2 – **L / Le**: ele canta e toca um funk que conhece, **L** o acompanha com seu instrumento.

Letra da música: “Na frente de casa, some bomba na guerra, tudo ou nada, várias titani no peito, com colete a prova de bala, pra fazer assalto com uma doze. Só perfume importado, pistola no bolso, mulher, ouro e poder. Lutando é que se conquista, não precisa de crédito, nós paga tudo a vista, somos fora da lei.” (sic). **Le** cantou e **L** acompanhou com o instrumento, surgiu novamente uma canção que fala o que é a vida de um bandido, como ele encara a vida, a falta da internalização da lei.

Grupo 3 – **Ke/ K/ C**: **Ke** e **K**, cantam juntas com os seus instrumentos, **C** quis cantar sozinha.

Letra da música de **Ke** e **K**: “Você não vale nada, mas eu gosto de você, tudo o que queria era saber por que, vou fazer você chorar. Você brigou comigo, bagunçou minha vida, você não tem explicação.”(sic). As duas crianças cantam uma música que fez sucesso na mídia. A letra se refere a alguém sem préstimos, sem valor, mas que mesmo assim, é alvo do afeto delas. Nesta música que tem um ritmo bem popular (forró), as crianças cantam e dançam animadas, mas a letra remete hipoteticamente a uma situação de amor incondicional da criança em relação aos adultos, mesmo este adulto não sendo adequado para a criança. Em seguida, **C** quis cantar sozinha com seu instrumento: “Vai galera, coração solte a voz na palma da mão, disque para a emoção, a galera, todo mundo animado, a festa começou, ninguém vai ficar parado. Aqui tá bom demais. É tanta emoção, que nem cabe no coração.” (sic). Ela inventou uma música que falava de seu sentimento, de suas emoções e de certa forma de sua busca de bem estar e alegria Enquanto isto, **Ke** ficou “mamando” no seu instrumento denominado mamadeira.

No final da sessão, todo o grupo cantou e tocou: “É o bonde da Juju, porque água de bandido é wiski com rede Bull.” (sic); depois cada um comentou como tinha sido tocar com os instrumentos deles e as respostas foram na sua maioria muito positivas: legal porque fizemos instrumento e depois tocamos, teve brincadeira; senti gostoso e amor; felicidade e uma sensação de amizade.

6ª Intervenção Lúdico-Musical

Técnica utilizada: receptiva (audição de música brasileira erudita)

Obs: **K** e **L** não participaram devido audiência no Fórum.

Nesta sessão utilizamos uma técnica receptiva através da audição da música “A Lenda do caboclo”, de Villa-Lobos, e solicitamos que tentassem relaxar; em seguida, o grupo foi convidado a pintar em uma tela ao som dessa música. Escutaram, com certa dificuldade inicial de concentração, mas comentaram: **E**: “Você tá sendo muito legal, tô gostando dos encontros.”(sic). Enquanto ouviam, **Ke** disse que gostou, mas ficou triste. Todo o grupo então fala que gostou muito de Villa-Lobos, dizendo que ele é “legal demais.”

Iniciaram então a criação das telas e, durante todo o tempo que pintaram, demonstraram concentração e identificaram o som instrumental da música, que era de piano. Foram dispostos vários materiais como: tinta guache, lápis, pincéis, canetinha, borracha, lápis de cor, cola glíter colorida, paetês e purpurina. O grupo todo demonstrou muita motivação e concentração ao criar a tela e pela primeira vez, não houve agressão verbal e surgiu um diálogo grupal sobre a situação de **Ke**. Ela espontaneamente contou ao grupo pode ser adotada por um casal italiano. Ela falou desta mudança em sua vida e algumas crianças disseram que não desejam a adoção, ainda mais para fora do Brasil. **C** diz que não ser adotada por pais da Itália; **T** também disse que não queria ir para fora do Brasil.

Ke consegue expressar o que sente e disse que tem um lado bom e um chato; o bom é que ela vai poder ter pais, mas o ruim é não falar italiano e tem medo de não conseguir aprender, disse que estava feliz, mas nem tanto, porque estava com medo; Acolhemos neste momento o sentimento de **Ke** e conversamos sobre as coisas positivas que ela pode viver na Itália. Quando o grupo terminou de criar sua tela, solicitamos que falassem um pouco sobre o que acharam e sobre suas criações. Seguiram-se às apresentações dos quadros e comentários sobre a música. A maioria do grupo gostou da música, algumas crianças destacaram sua surpresa e admiração como **Ke**, que parabenizou o compositor e identificou o instrumento (piano) se encantando. Fez um quadro do amor e disse que era a flor nascendo, demonstrou muita satisfação com sua tela; **J** falou que a música o lembrou de algo bom, seu

time do coração, o Santos. Normalmente ele é impulsivo, nesta sessão estava tranquilo e concentrado; **E** disse que gostou da atividade porque foi gostoso e fez um coração partido; **Le** destaca que foi gostoso e bonito ouvir esta música e fazer o quadro ao mesmo tempo, denominou seu quadro como da paixão; **C** destacou que ao ouvir a música sentiu amor, carinho e paixão e ficou muito satisfeita com seu quadro. Foi a primeira vez que ela não chorou ou ficou fragilizada, ao contrário, demonstrou muita motivação, concentração, entusiasmo e apreço por sua produção. Destacamos que **C** é a criança que mais apresentou estresse. Observamos que nesta sessão, pela primeira vez, ela brincou espontaneamente, descobrindo-se ao fazer a sua pintura, revelando-se a si mesma, buscando seu Self

Telas criadas ao som de Villa-Lobos “Lenda do Caboclo”



Figura 5 – Coração partido. Autora: (E)



Figura 6 – Quadro do amor: flor nascendo. Autora: (Ke)

7ª Intervenção Lúdico-Musical

Técnica utilizada: receptiva (audição de música brasileira erudita)

Iniciamos a sessão com relaxamento corporal, propondo duas ações concomitantes: escutar outra música de Villa-Lobos, “Impressões Seresteiras” e brincar criando uma escultura com argila. A proposta era que relaxassem e criassem algo com este material. Tivemos certa dificuldade inicial de concentração, pois era aniversário de **T** e todos estavam muito agitados.

A maioria das crianças demonstrou muita satisfação ao escutar a música e brincaram com a argila de forma curiosa e animada; apenas duas delas (**J** e **K**) revelaram dificuldade com a argila inicialmente, não sabendo o que fazer com ela e um pouco insatisfeitos com sua produção. Posteriormente, conseguiram construir objetos e ficaram muito alegres com suas produções.

Ao final da sessão conversamos sobre a atividade proposta:

L disse ter gostado da textura agradável da argila e que isso o acalma. Seu trabalho foi sobre pedras, falou que gostou da música. Durante a sessão, ficou mais concentrado e conseguiu relaxar com a argila, fez algumas bolinhas, denominando-as de pedras e, o resto do tempo, brincou com elas e centrou-se na sensação tátil que a argila proporcionava. Nesta sessão, ele conseguiu desabafar um

pouco através do contato com a argila e com a música. Disse: “Gostei da música e de brincar com a argila, a argila é macia. Meu trabalho foi de bolinhas de pedra, o resto eu quero só mexer com as mãos porque me deixa calminho.” (sic); **J** fala de sua raiva ao não conseguir manejar o novo material, dizendo que iria desistir de fazer escultura. Estimulamos **J** a brincar com a argila, sentir sua textura, explorar suas possibilidades. Ainda meio resistente e com raiva, ele consegue lidar com suas emoções e impulsividade, se concentra e interage com a argila. Disse: “A argila é legal, parece massinha. Às vezes fiquei com raiva, não sabia o que fazer, mas depois fiz um menino e duas bolas de futebol, ficaram bonitas.” (sic); **T** gostou muito da música e fez uma escultura dela mesma com a argila. Disse: “Foi legal fazer a argila e escutar música, então eu fiz uma boneca que sou eu. Me senti feliz porque hoje é meu aniversário e quero um feliz dia das mães.”(sic); **Le** brincou como sempre mostrando curiosidade e independência na sua produção. Ao final ele diz “achei da hora, senti legal. Minha escultura chama: “cesta de ovinhos da mamãe patinha.” (sic). Podemos levantar hipóteses que a cesta é o ambiente, representando o útero materno e a necessidade de acolhida e proteção para que os ovinhos (**Le**) se desenvolvam. Durante o processo de criação, percebemos que foi difícil para **Le** fazer uma cesta estruturada, pois a todo o momento, ela se quebrava, partia, espelhando talvez a própria desestruturação de sua família e sua mãe, que não conseguem propiciar sustentação e apoio para o desenvolvimento emocional de **Le**; **E** destacou que achou a música bonita e gostou de brincar com argila: “achei a música muito bonita e a argila, achei gostoso brincar com ela porque eu fiz uma bonequinha linda.” (sic). Para **K**, a argila despertou ansiedade inicial, mas depois a criança conseguiu se adaptar ao material novo e fez sua escultura, gostando muito da música lhe dar idéias. Fez uma menina chamada loirinha. **C** brincou de forma muita espontânea e fez vários objetos explorando a flexibilidade da argila, por fim, também fez uma cesta com ovinhos: “Me senti bem porque gostei da música e a argila é legal.” (sic); o processo de criação da cesta foi mais tranquilo para **C**, refletindo talvez o amor e apoio que vem recebendo de uma família interessada em adotá-la; **Ke** brincou descobrindo a argila e demonstrou satisfação e contentamento com sua escultura, fez uma figura feminina estruturada, bem proporcionada e ovos dourados. Ela talvez fosse ganhar em breve uma família na Itália, sua vida pode se estruturar melhor e seus ovinhos podem nascer. Disse: “Muito, muito, muito bom porque a música é romântica e a argila pode virar várias coisas, né?”(sic).

Esta sessão oferece pistas sobre o caminho percorrido por estas crianças que passam das letras com conteúdos fortemente agressivos e sexuais, para a criação de temas infantis e cheios de ternura e esperança para com a vida, como um ninho cheio de ovos. Observa-se como a temática dos ovinhos se repete em alguns trabalhos (**C**, **Le** e **Ke**) denotando hipoteticamente a tendência para o nascimento do

novo, do vir a ser. O lidar com a argila, um simulacro das fezes, cria condições das crianças elaborarem sua relação de separação com a mãe de maneira menos sofrida.

Ao final da sessão **J** pela primeira vez, ajudou a arrumar a sala e pediu que os colegas fizessem o mesmo.



Figura 7 - Criação de esculturas com argila ao som de Villa-Lobos “Impressões Seresteiras” I



Figura 8 - Criação de esculturas com argila ao som de Villa-Lobos “Impressões Seresteiras” II



Fig. 9- Cesta de ovinhos da mamãe patinha. Autor: (Le)



Figura 10 - Menininha loira. Autora: (K)

8ª Intervenção Lúdico-musical

Técnica utilizada: ativa (improvisação livre)

Obs: **K** não participou da sessão devido à consulta médica.

As crianças na penúltima sessão pediram para tocar os instrumentos, desta forma a sessão teve como proposta relaxar e brincar sonoramente improvisando com os instrumentos musicais e nos despedirmos do trabalho em grupo.

No início da sessão **Le** pediu para ir ao banheiro logo que entrou na sala de atendimento e disse que iria ao banheiro; perguntamos se ele voltaria, pois era nosso último encontro, ele disse que retornaria, porém não voltou. Quanto a **Le**, observamos antes mesmo de iniciarmos o grupo, ele estava demonstrando resistência em participar da última atividade. Por fim, com insistência ele entrou na sala, saindo logo em seguida. Levantamos a hipótese que **Le** viveu muitas perdas em sua vida afetiva e familiar, sendo difícil o rompimento de relacionamentos ou até mesmo estabelecer um vínculo para ele. Ele se defende de novas feridas e abandonos, ele faz o que pode para lidar com seus traumas.

Demos início a sessão com o relaxamento corporal, através de alongamento físico, o grupo formando um círculo e cada criança fez o seu movimento. Em seguida os instrumentos musicais foram dispostos no chão. Solicitamos que as crianças escolhessem um instrumento e pedimos que falassem qual era o motivo de suas escolhas, por que gostavam destes instrumentos, o que tinha a ver com eles. Eles escolheram e sentaram-se em círculo e disseram: **Ke**: Eu gosto da flauta porque o som é legal pra tocar, tem a ver com a minha música; **E**: eu quero o atabaque porque faz muito barulho e tem a ver com os sonhos de barulho; **L**: eu gosto do pandeiro porque é legal de bater; **C**: sempre gostei do pau de chuva porque eu gosto do som dele, tem a ver com amor e carinho; **T**: gosto do violão porque ele é bom, mas este instrumento não tem nada a ver comigo; **J**: eu gosto do pandeiro meia-lua porque gosto do som dele.

Em seguida propusemos um jogo sonoro na qual uma criança fazia um som e um ritmo e a outra ao seu lado tinha que dar prosseguimento, inovando e imprimindo o seu som, e assim sucessivamente, até completar a rodada. Acabado o jogo, o grupo quis trocar de instrumento, e em seguida começaram a improvisar livremente.

T pegou o pandeiro meia-lua; **C** escolheu o pau de chuva; **C** pegou o violão; **J** escolheu a flauta e comanda um ritmo, o qual **L** acompanha com o pandeiro e **K** com o triângulo. **Ke** toca o metalofone e faz um som bem ritmado e todo o grupo a acompanha. **E** toca o violão com a maioria do grupo tocando junto. Formam assim como que uma banda ou pequena orquestra, o grupo conseguiu brincar

de forma harmônica, interagiram adequadamente e observamos a presença da escuta das crianças um pouco mais desenvolvida. Ao final da sessão solicitamos que fizessem um som dedicado a alguém. A maioria do grupo disse que a música que tocariam seria para eles próprios. **T** disse que não dedicaria à ninguém e **C** dedicou sua música para a psicóloga.

Em seguida encerramos a sessão conversando sobre o que eles tinham achado de nossos encontros:

J Disse: “Foi legal, gostei, nós fez trabalho, amei, queria que tivesse mais encontros, e muitos” (sic). **L** disse: “Legal, gostei porque é legal brincar com o violão e fazer um monte de coisa, gostaria muito que tivesse mais encontros com a música.” (sic). **Ke**: “Muito, muito legal, adorei, amei, porque a gente brincou, fizemos instrumentos, tocamos, o pau de chuva e brincamos com música todos juntos, gostaria muito que tivesse mais encontros assim.” (sic). **C**: “Gostei porque é muito gostoso tocar instrumento, eu gostaria que tivesse mais encontros.” (sic). **T**: “Legal os encontros, adorei trabalhar em equipe, gostei de tudo.” (sic). **E**: “Legal, gostei porque fiz umas atividades né, quadro, instrumento e muitas coisas legais.” (sic).

Terminando a roda de conversa, a maioria do grupo destacou que foi muito prazeroso brincar com música e criar coisas artísticas. Não podemos deixar de colocar um ponto significativo com relação à necessidade das crianças acolhidas realizarem atividades lúdicas, pois todos os dias as crianças que não participaram do grupo, queriam e solicitavam o tempo todo para incluí-las, a música chamava muita atenção. Despedimos-nos do grupo, mas **L** e **C** não queriam parar de tocar instrumentos, por fim **C** saiu; quanto a **L**, pegou o metalofone e tocou energicamente, sem parar. Foi resistente em sair da sala.

7. DISCUSSÃO

O desenvolvimento deste estudo ocorreu de forma favorável e a pesquisa dividiu-se em três fases. Na primeira fase realizamos um levantamento do perfil sócio-demográfico através do prontuário dos acolhidos referente à idade, gênero, motivo de acolhimento e tipos de violência doméstica notificadas, perfazendo um total de 100 crianças e adolescentes.

Na segunda fase aplicamos a Escala de Estresse Infantil em 20 crianças vítimas de violência doméstica, com idade entre 7 a 11 anos. Em seguida selecionamos 8 crianças que apresentavam estresse para participarem das intervenções lúdico-musicais. Na terceira fase reaplicamos a ESI nos 20 participantes da primeira aplicação, após as intervenções lúdico-musicais para investigarmos se houve mudança no nível de estresse destas crianças.

Iniciaremos esta discussão analisando o perfil sócio-demográfico de todos os acolhidos e em seguida discutiremos a variação de estresse antes e após as intervenções lúdico-musicais nas crianças participantes do grupo e também nas crianças que não participaram do grupo interventivo.

Com relação à idade a média encontrada foi de 6,66 anos, denotando que a criança pequena está mais vulnerável a influências do ambiente devido ser uma pessoa em condição especial de desenvolvimento biopsicossocial, dependendo, portanto, dos cuidados do ambiente para seu adequado desenvolvimento biopsicossocial. Isto significa que a criança é imatura, e desta forma, não consegue se defender do abuso de poder dos adultos. Segundo Saffioti (1989, p. 16) a sociedade revela uma face adultocêntrica, ou seja, o adulto detém o poder, a autoridade e a verdade sobre as coisas.

Os dados da pesquisa feita por Tardivo e Pinto Júnior (2008, p. 192) no Centro de Referência de Infância e Adolescência (CRIA), no município de Guaratinguetá, (SP), demonstraram que a idade mais atendida estava entre 0 a 13 anos de idade, com porcentagem de (81%), portanto, desde muito novas as crianças sofrem violência em casa. Conforme alerta Pires (2001) a criança está mais em situação de risco diante de fontes estressoras que atingem a interação intrafamiliar, pois é dependente da relação parental, não tem controle sobre sua vida e os adultos agem como querem.

Os dados da pesquisa acima coincidem com os dados observados nesta pesquisa, pois há um predomínio de denúncias de violência doméstica contra crianças em idade escolar. O fato da criança que começa a ir para a escola e creche bem cedo, ampliando sua rede social, pode gerar mais notificações. Atualmente todas as instituições que atendem crianças são obrigadas pelo ECA, a denunciar os casos de violência doméstica aos órgãos competentes, no caso o Conselho Tutelar, que é o órgão de proteção legal das crianças e adolescentes. Destaca-se que esta denúncia pode ajudar uma

criança e também sua própria família a transformar suas relações afetivas, pois provavelmente serão encaminhadas para órgãos de atendimento e proteção específicos, propiciando através de acompanhamento psicossocial, novos paradigmas de relacionamento baseado na igualdade de direitos.

No que tange ao gênero, observamos que o sexo feminino é o mais violentado, representado por uma porcentagem de 65% das 100 crianças/adolescentes acolhidos; o gênero masculino representou uma porcentagem de 35%. Esses dados corroboram com estudos já realizados (SAFFIOTI, 1997; AZEVEDO e GUERRA 1994 e SANTOS, 1991) que apontam que as crianças do sexo feminino são submetidas a situações de violência com mais frequência que as do sexo masculino, representando 60% das notificações.

De acordo com Tardivo e Pinto Júnior (2008, p.192) o atendimento realizado pelo CRIA – Guaratinguetá, que atende crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, aparece com porcentagens similares, sendo que gênero feminino representou (61%) dos atendimentos realizados na instituição.

Em uma pesquisa realizada por Flores, Oliveira e Kristensen (2000, p.106), na região de Grande Porto Alegre (RS), foram obtidos resultados que apontaram que existe um risco significativamente maior de meninas serem vitimizadas (35%). Pode-se a partir daí levantar a hipótese de que ser criança e do sexo feminino representa um fator de risco, denotando desigualdade, desrespeito e violência para com a pouca idade associada ao gênero feminino denotando uma sociedade sexista, desigual e violenta com este gênero.

Referente ao motivo de acolhimento e tipos de violência doméstica notificadas os dados revelam 2 casos de abuso sexual, 12 casos de abandono, 15 casos relacionados a dificuldade financeira 19 casos de violência física, 52 casos de negligência.

Conforme Pinheiro (1998) cerca de 8 milhões das crianças do mundo estão acolhidas em uma instituição de proteção, sendo que os motivos encontrados são violência e desintegração familiar, além de condições econômicas e sociais adversas. Nesta pesquisa os dados apontam a negligência como o motivo de acolhimento mais encontrado, representada por mais de 50% das notificações. Deste modo, a negligência consiste em privar a criança de algo que ela necessita, essencial ao desenvolvimento sadio. Pode significar omissão em termos de cuidados básicos como privação de medicamentos, alimentos, ausência da proteção contra a inclemência do tempo (frio/calor), afeto, educação.

Na perspectiva de Caminha (2000), este tipo de violência pode ter relação com a violência macrossocial, estrutural. Isto significa que a negligência pode advir quando o Estado não oferece condições da família propiciar o adequado desenvolvimento das crianças nos âmbitos biopsicossociais,

gerando o processo de vitimação, ou seja, a família é abandonada pelo Estado que, por sua vez, abandona a si mesma e seus membros.

Por outro lado, Pires (2000) discorre sobre uma confusão no que tange a relacionar pobreza com a negligência, pois destaca que existem famílias com poder econômico muito baixo que conseguem oferecer uma rotina para as crianças, levam-nas às escolas e consultas médicas, não negligenciam as necessidades básicas das crianças. Não podemos esquecer que há também negligência em famílias com maior poder econômico e social, a negligência afetiva. Sendo assim, para esta autora não existe tal relação, que é baseada em preconceito e estereótipos.

Pires (2000) chama a atenção para a área da Saúde Pública com relação à negligência, pois tal fenômeno revela número consideravelmente grave no cenário nacional, 50% das notificações praticadas contra as crianças. A negligência representa fatores de risco sérios para o desenvolvimento da criança, podendo gerar efeitos nocivos em longo prazo. Um fator de risco nestes casos refere-se à reprodução da violência, ou seja, pais que foram negligenciados podem vir a negligenciar seus filhos, deste modo, observa-se que a negligência intrafamiliar, perpassa os tempos, ou seja, por várias gerações ocorre a negligência para com as crianças, fazendo parte da cultura da família, como por exemplo, escolarização deficiente, falta constantes à escola, deficiência na higiene pessoal e da casa, etc.

Verifica-se que muitos pais fazem uso de álcool e drogas, agravando comportamentos negligentes para com as crianças. Koller (2000, p. 41) destaca em sua pesquisa que a negligência é mais encontrada em mães muito jovens. Especificamente acerca da negligência, Day et al (2003) destaca que a negligência é uma “supervisão perigosa”, sendo mais frequente em famílias jovens. Os dados revelam que o fato da família ter características de uniparentalidade aumenta em 220% o risco de negligência. Diante desta situação faz-se premente um trabalho direcionado a prevenção da gravidez indesejada, tanto em mulheres adultas como em adolescentes e fomentar discussões junto às famílias no que tange a vivência da sexualidade de forma responsável e consciente.

No que concerne ao abuso sexual, esta violência aparece num percentual bem baixo, 2%, talvez isto ocorra por alguns motivos. Há que se destacar a falta de preparo técnico para a realização de um adequado diagnóstico de abuso sexual, visto esta violência, em alguns casos, não deixar marcas físicas, sendo, portanto, de difícil comprovação em exame de corpo delito. Outro ponto a ser lembrado refere-se ao descomprometimento por parte dos indivíduos em denunciar. Parece que problemas familiares ainda são tratados como pertencentes ao âmbito privado, portanto não se deve interferir no seio familiar. Sendo assim, esta violência é cercada pela resistência, pois toca a esfera privada e sagrada da

família, sendo inadmissível admitir e reconhecer que os pais violentam sexualmente as crianças e dentro da família. Esta violência evidencia a inversão de papéis parentais e falta de limites intrafamiliares. Pires (2000, p. 66) refere que a maioria das crianças que sofrem abuso sexual é do sexo feminino e esta violência acontece dentro de casa. Na maioria dos casos os agressores identificados são pais biológicos, padrastos, avós, tutores ou parentes próximos.

Outro ponto que merece atenção relaciona-se à dinâmica deste fenômeno levar a criança ao complô do silêncio, devido ameaças reais caso a criança confirme o abuso sexual. Sendo assim, forma-se o pacto do silêncio entre os integrantes da família, imposto pelo agressor às suas vítimas. A mãe participa da violência de forma passiva, ou seja, sendo omissa, conivente com o pacto do silêncio. Observa-se não raras vezes, que a mãe também sofreu abuso sexual quando era criança e revive o trauma só que agora como agressora omissa.

No que se refere à violência física, ela é representada com 19 casos nesta pesquisa. Observamos em muitas crianças acolhidas que a violência física é uma reação automática para resolver situações conflitivas. Este comportamento pode revelar o abuso do poder familiar e a reprodução da violência. Para Saffioti (1989), na interação adulto/criança há uma assimetria na relação, acarretando desigualdade de poder. Violentando fisicamente, os pais ratificam da resolução de conflitos através do uso da violência e parece que há um consenso de que infligir dor é necessário na educação das crianças. Elas provavelmente repetirão tal atitude. Segundo Oliveira (1989), na violência física a criança é tratada como objeto, coisa. Esta situação pode gerar privação afetiva e suscitar o *acting out* (atuação) como atos delinquentiais, sendo em geral os meninos, as maiores vítimas.

Com relação aos casos de abandono, estes totalizaram 12 casos. Podemos levantar a hipótese baseada que neste tipo de violência, há o abandono do Estado para com a família no que tange a propiciar condições dignas de vida e desta forma, a família abandonada, abandona as crianças e não raras vezes o abandono é justificado pela dificuldade financeira. Observamos através do histórico da família na instituição, que muitos pais também foram abandonados quando crianças. Muitos moram na rua, usam álcool e drogas e tem dificuldade em assumir o papel de cuidadores, pois também não receberam cuidados. Este tipo de violência reflete descaso e desrespeito a condição especial de desenvolvimento das crianças, tanto por parte dos pais como também do Estado.

No que tange aos casos de dificuldade financeira, constatamos 15 casos, nestes casos os pais entregaram seus filhos alegando não ter condições econômicas e sociais de educar os filhos. Estes dados podem traduzir a falta de políticas públicas que garantam condições mínimas para que as famílias cuidem das crianças nos âmbitos sócio-econômicos. Ainda há muita pobreza e situações

degradantes pela qual a família brasileira passa e muitas delas entregam seus filhos às Instituições de acolhimento alegando que querem propiciar condições de vida melhores para seus filhos.

Na segunda fase da pesquisa participaram da I aplicação da ESI, 20 crianças, sendo 10 meninos e 10 meninas, os resultados mostraram que há prevalência de estresse no sexo feminino (100% das participantes do sexo feminino apresentaram estresse).

Dos 20 participantes, da I aplicação da ESI, 16 crianças apresentavam estresse e quatro participantes do sexo masculino não apresentaram estresse. A maioria das crianças (7 meninas e 4 meninos) estavam na primeira fase (alerta), considerada menos perigosa; diagnosticamos uma menina e dois meninos na segunda fase (resistência) e duas meninas na terceira fase (quase exaustão) considerada perigosa à saúde biopsicossocial.

Conforme Day et al (2003), a violência doméstica, estupro e abuso sexual na infância estão entre as causas mais comuns de Transtorno de Estresse Pós-traumático em mulheres, pois geralmente a paciente tem a sensação de estar revivendo o evento traumático, passando a desenvolver então uma conduta evitativa e emocionalmente pode apresentar-se apática, assustada e/ou denotar dificuldades para adormecer e se concentrar.

De acordo com Caminha (2000, p. 51), este transtorno tem relação direta com o ambiente e afeta os indivíduos causando problemas importantes no sistema cognitivo, afetivo e comportamental. Segundo este autor o abusos intrafamiliares desencadeiam o TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático) propiciando riscos e danos às suas vítimas. Diante desta constatação é importante realizar o diagnóstico precoce para prevenir consequências mais graves à saúde das crianças e encaminhá-las para os atendimentos necessários a prevenção, promoção e tratamento do estresse.

Com relação à II aplicação da ESI no grupo de 20 crianças participantes da I aplicação da ESI, só foi possível reaplicar a escala em 12 crianças, pois as outras foram desacolhidas, isto é, foram adotadas ou retornaram para suas famílias de origem. Destas 12 crianças, 8 participaram do grupo interventivo e 4 não participaram do grupo interventivo.

Desta forma, inicialmente discutiremos os resultados da II aplicação da ESI nas quatro crianças que não participaram do grupo interventivo e em seguida discutiremos os resultados da ESI e das Intervenções Lúdico-musicais com as 8 crianças participantes das intervenções Lúdico-musicais em grupo.

Com relação às crianças que não participaram do grupo interventivo, os dados apontam que duas crianças (meninos) que não tinham estresse passaram a desenvolver o primeiro nível de estresse (alerta) e as outras duas crianças (uma menina e um menino) diminuíram o estresse, mas permaneceram

na mesma fase. Esta situação pode indicar que os eventos externos têm um impacto muito grande na vida das crianças acolhidas, sejam estes, positivos ou negativos, como por audiência no Fórum, por fatores de risco como o distanciamento das visitas da família, entre outros.

Sendo assim, elas estão expostas a fatores estressores inerentes a sua própria condição de vida e desta forma, elas podem passar a qualquer momento a desenvolver estresse ou mesmo diminuir o nível de estresse, dependendo de fatores ambientais e individuais. Conforme Hutz (2002) as crianças que passam por uma situação de acolhimento e afastamento familiar por terem sofrido violência doméstica podem desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático como sintomas como isolamento social, ansiedade, depressão, transtorno alimentar, pesadelos.

Desta forma estes dados apontam a necessidade de propiciar para todas as crianças acolhidas possibilidades delas enfrentarem e lidarem com o processo de estresse, que pode aparecer a qualquer momento. Neste sentido parece que o brincar com música pode ser uma estratégia adequada por ser uma atividade espontânea e livre, facilitadora da expressão de conteúdos internos e promotora de prazer e relaxamento.

Discutiremos em seguida as Intervenções Lúdico-musicais realizadas em grupo com 8 crianças selecionadas. Todas as crianças participantes do grupo de intervenção lúdico-musical apresentavam em sua história de vida momentos traumáticos, desvelando-se como uma falha ambiental que não proveu, conforme Winnicott (1991) *holding*, que significa sustentação, para o seu adequado desenvolvimento nas áreas biopsicossociais. As crianças passaram por uma ruptura total ou parcial com a família, sendo acolhidas para sua proteção.

Constatamos nas entrevistas com as técnicas que os motivos de acolhimento destas crianças do grupo provinham de múltiplos fatores, tais como, negligência, a reprodução da violência doméstica, uso de substâncias químicas pelos pais/responsáveis (álcool e *crack*), problemas psiquiátricos das genitoras, deficiência mental das genitoras, falta de condições sócio-econômicas, abandono dos pais e familiares. Segundo a assistente social, o setor técnico realizou todos os encaminhamentos necessários para os genitores e seus familiares que necessitassem de tratamento médico ou encaminhamento para programas de reinserção social, mas a maioria deles não deu continuidade aos encaminhamentos. O maior índice de agressores indica a genitora como a principal agente, porém há que se destacar a ausência da figura paterna no núcleo familiar na maioria dos casos.

Na instituição, segundo Bowlby (1995) a situação de privação emocional é contínua, pois não existem cuidadores específicos para cada criança. Além disso, há despreparo profissional para formar um cuidador, no sentido de oferecer apoio e continência emocional e afetiva às crianças, elas tem

cuidados físicos, mas não emocionais. A colocação deste autor foi corroborada na entrevista com as técnicas da instituição, pois as mesmas enfatizaram que a instituição de acolhimento é um lugar onde as crianças são cuidadas fisicamente, tem uma casa, comida e escola, porém os cuidados emocionais são negligenciados.

Analisar intervenções lúdico-musicais em grupais mostra-se tarefa complexa, pois se observam vários aspectos de cunho terapêutico e musicoterapêutico, tais como: dinâmica do grupo, interações grupais e papéis desenvolvidos; expressões sonoro-musicais, canções, os instrumentos tocados e a forma como são manuseados, possíveis relações estabelecidas entre a criança e instrumento musical, trocas de instrumentos ou pelo contrário fixação em um determinado instrumento, técnicas musicoterapêuticas que se adaptam mais satisfatoriamente a dinâmica grupal.

Com relação à pontuação na escala ESI quatro crianças diminuíram seu estresse e quatro aumentaram. Iniciaremos com as quatro crianças que melhoraram o estresse, posteriormente discorreremos sobre as crianças que aumentaram o estresse.

Analisando em termos qualitativos, em entrevista com as técnicas responsáveis por estes casos, foi destacado que realmente estas crianças melhoraram psicologicamente de alguma forma.

J abaixou um pouco a pontuação, diminuindo seu estresse, mas permaneceu na mesma fase anterior de estresse. Segundo dados da entrevista semidirigida, **J** está menos defendido ao lidar com sua mãe, pois há um mês vem conseguindo expressar seus sentimentos para ela, chora e reclama, demonstra sua frustração, sua raiva. Conforme Winnicott (2005), a criança privada ficará doente e dará indícios de resgate de sua saúde mental, quando conseguir enfurecer-se diante de sua condição de vida, isto é, de sua privação emocional. Diz este autor que é preciso vivenciar esta fúria para voltar a ter saúde, significando um sinal positivo, pois isto significa que a criança volta a ter esperança que o ambiente pode proporcionar algo bom, restituir o que lhe foi roubado. Outro indicativo positivo, refere-se a mudança no que tange ao respeitar mais as regras na instituição e também escutar mais o outro. Inicialmente, no grupo, **J** agia impulsivamente e com agressividade, xingava e batia nos colegas, não respeitava as regras. Sua forma de tocar era forte e com um ritmo instável e no começo das sessões se interessava mais por instrumentos de percussão, batia forte e alto, apresentava dificuldade em se concentrar e escutar o outro. Quando era para falar o que tinha achado da sessão, ele tinha um pouco de resistência, parecendo às vezes ter dificuldade para nomear seus sentimentos e pensamentos. Nas sessões finais, **J** estava menos agressivo e pareceu conseguir controlar um pouco mais seus impulsos com relação a xingamentos e agressão direcionada a colegas do grupo e a lidar um pouco melhor com sua ansiedade nas últimas sessões. **J** passou a se interessar posteriormente por instrumentos melódicos

(violão e flauta) e nas três últimas sessões revelou maior concentração, interação social e comunicação. **J** na penúltima sessão quis ajudar espontaneamente a arrumar a sala e pediu que os outros do grupo fizessem o mesmo.

C no início das sessões grupais era em relação ao seu desejo, muito passiva e submissa, dependente do outro para realizá-lo. Denotava muita fragilidade psicológica, chorava quando era agredida, mas não conseguia se defender das agressões exercia o papel de vítima no início das intervenções. No decorrer das intervenções, observamos que ela conseguiu desenvolver uma agressividade positiva, a partir da vivência da fúria referente a sua vida e ao abandono sofrido pelos pais; neste sentido, para Winnicott (2005), há a possibilidade de resgatar a saúde mental através de comportamento de revolta, fúria. **C** desenvolveu estratégias de defesa, parou de se lamentar e passou a encarar as situações, denotando uma atitude mais ativa e agressiva. Na escala ESI, **C** baixou significativamente os pontos, indo para uma fase melhor, ou seja, conseguiu diminuir seu estresse. Conforme Winnicott (2005, p.107): “Um dos mais importantes sinais de saúde é o surgimento e a manutenção, na criança, do brincar construtivo”. Este brincar construtivo surge quando o ambiente ao redor da criança é suficientemente bom, apóia e sustenta. Qualitativamente, observamos uma evolução no brincar de **C**, ela passou de uma postura mais dependente e insegura na interação grupal para uma atitude mais ativa, autônoma e espontânea. Ela mudou sua forma de lidar com as situações, tanto nas sessões como em situações na instituição, demonstrando maior concentração, comportamento espontâneo, autonomia e criatividade. Um fator positivo, ultimamente na vida de **C**, refere-se ao fato que ela está recebendo muito afeto e cuidado de um casal interessado em adotá-la. Provavelmente, pela primeira vez, **C** esteja sentindo o amor e cuidado parental, pois quase todo fim de semana os padrinhos a levam para casa, eles a adoram. Para agradar **C**, eles acabam levando junto a irmã dela (**T**), apesar da preferência ser por **C**. Parece que esta criança está num caminho de fortalecimento do EU e resgate da saúde mental, pois o ambiente está sendo suficientemente bom para ela e além desta situação altamente positiva, ela tem uma tendência para a saúde, para brincar.

No grupo, **Le** sempre manteve uma atitude independente e defensiva, mesmo que precisasse de ajuda em algum momento, não pedia. Segundo Bowlby (1995, p. 36), a criança privada de afeto pode desenvolver relacionamento superficial, ser inacessível, evasiva. Observamos alguns comportamentos descritos acima no comportamento desta criança, como ser inacessível para estabelecer interação com o outro. Às vezes ele denotava comportamentos ambíguos, pois ao mesmo tempo em que não permitia muito contato afetivo, procurava estar perto fisicamente e interagia quando era estimulado; ora apresentava comportamentos agressivos, ora denotava muita passividade diante de atitudes agressivas

das outras crianças do grupo, não se defendendo. Diante da dinâmica grupal, **Le** participava prontamente das atividades, mas dentro de seu mundo, não permitindo muito contato, agia de forma mais individual e menos interativa. Talvez ele esteja refletindo como sua família o trata. Ele está sozinho e tem de dar conta do que quer, pois não tem apoio de ninguém, apenas dele próprio. **Le** não ficou no último dia no grupo, talvez seja difícil lidar com rompimentos e perdas. As crianças tentaram colocá-lo num lugar de bode expiatório, projetando conteúdos que na realidade era de todo o grupo como, por exemplo, dificuldade de respeitar regras, indisciplina, agressividade. **Le** demonstrou tendência para a criatividade ao lidar com os materiais, pois explorou diferentes maneiras de construir suas artes. Através da escultura com argila, ele representou a falta de uma mãe (cesta de ovinhos da mamãe patinha). A cesta era cheia de ovinhos, representando possibilidades de novos nascimentos, mas para que isto aconteça será necessário ser cuidado para poder nascer, crescer, ser. No que tange ao processo de estresse, ele diminuiu sua pontuação na ESI, porém permaneceu na mesma fase. Segundo a psicóloga, ele apresentou uma melhora no que tange a permitir ser cuidado, mas é muito carente e assim, deseja atenção e faz tudo para conseguir isto, mesmo que de forma negativa.

A outra criança que diminuiu sua pontuação na escala ESI, refere-se a **Ke**, ela denotou muita carência afetiva desde o começo, e segundo as técnicas existia uma suspeita de que ela tivesse sofrido abuso sexual, porém esta informação nunca foi confirmada, com relação ao suspeito também não dispõe de dados.

No começo das Intervenções Lúdico-musicais em grupo, **Ke** abraçou a psicóloga de forma a tentar um contato físico mais íntimo, parecendo buscar um contato afetivo e sexualizado. Manejamos a situação de forma a não ter prosseguimento este tipo de contato. Desde o início ela interessou-se pelas atividades lúdico-musicais e mostrou-se solícita, parecendo mais madura que o resto do grupo. Ao final do processo grupal, conforme foi sentindo-se a vontade trouxe a informação para o grupo que seria adotada; parecia feliz e ao mesmo tempo apreensiva, disse que queria muito uma família. Nas atividades **Ke** conseguia interagir e brincar adequadamente com o grupo, era uma das crianças que mais internalizava regras. Adorou a flauta e metalofone (instrumentos melódicos) e brincou com eles produzindo lindos sons. Durante a aplicação da técnica musicoterapêutica receptiva com audição de música de Villa-Lobos, criação da tela e escultura, demonstrou em alguns momentos, insegurança com sua produção, mas no final dos encontros expressava satisfação com suas produções se encantando com elas e também com Villa-Lobos.

No segundo grupo todos elevaram sua pontuação na escala de estresse, sendo que três meninas aumentaram suas pontuações na escala, mas ficaram na mesma fase (alerta) e um menino piorou seu

estresse, mudando para a segunda fase do estresse (fase de resistência). Do ponto de vista qualitativo, a piora na escala ESI pode significar que a criança está utilizando mais a energia vital do organismo para enfrentar um estímulo estressor e resolver o problema, e neste sentido ainda há reservas de saúde, mas neste sentido, Lipp e Lucarelli (2005), alertam acerca do estresse infantil, mostrando a necessidade da avaliação do estresse na infância como forma de contribuir para especificar as intervenções em níveis promotores e preventivos, nas esferas da clínica, institucional, escolar e familiar. O estresse pode evoluir e atingir níveis patológicos e perigosos, pois quando se prolonga ou é intenso, as glândulas supra-renais produzem corticosteróides em excesso, afetando diretamente o sistema imunológico. Deste modo, há um enfraquecimento do organismo, reduzindo a resistência e deixando-o vulnerável a infecções, doenças contagiosas e a desenvolver doenças que estavam latentes, tais como hipertensão arterial, diabetes, alergias, obesidade, etc. Na esfera psíquica, as conseqüências psicológicas são diversas, como depressão, ansiedade, irritação, agressividade, apatia, falta de concentração, desinteresse, etc. Observamos estes comportamentos em algumas crianças do grupo.

Começaremos com os casos de **L** e **K**, que são irmãos.

Segundo as técnicas da instituição, **L** passou por uma audiência no Fórum. **L** mudou muito emocionalmente depois da sexta intervenção, coincidindo com esta audiência. Passou a demonstrar um certo desânimo, abatimento e retraimento com relação a interação grupal. Nomeou sua escultura como pedras e neste sentido conseguiu expressar seus sentimentos de forma simbólica. Parece mesmo que as coisas não mudam, são áridas como pedras, estáticas. Destacamos que foi muito saudável para **L** brincar com a argila porque parece que ele descarregou conteúdos emocionais, ao mesmo tempo em que relaxou, brincou com a argila de forma concentrada, deixando-o visivelmente mais calmo. Conforme Winnicott (1999, p. 151):

o estresse surge a partir de fracasso relativo ou total do suprimento ambiental. Essas deficiências podem ser descritas em termos de inconfiabilidade, destruição da confiança, interferência da imprevisibilidade, e um padrão definitivo ou repetitivo de quebra da continuidade da linha da vida da criança individual.

Parece que sua confiança no ambiente está abalada, ele sente que o ambiente não o sustenta e acolhe. Fomos informados que ele não está se alimentando corretamente e tem emagrecido; no âmbito escolar seu rendimento caiu. Depois da última audiência no Fórum, obtivemos informação da assistente social sobre a situação de **L** na Instituição. Segundo a técnica ele percebeu que existem promessas por parte dos parentes (tios maternos) que não são cumpridas, pois há seis anos os tios maternos prometem que vão tirar os sobrinhos da instituição, mas tais previsões não ocorrem. Ele tinha esperança de ir morar com os tios em dezembro deste ano, mas agora sabe que não pode esperar nada deles. Ele

também compreendeu que sua mãe não tem condições de ficar com ele e sua irmã, pois é doente mental. A previsão dado pelo Fórum será que ele e sua irmã ficarão na Instituição até os 18 anos. **L** não quer continuar no abrigo e chora para a assistente social desabafando sua frustração. Na última sessão lúdico-musical, **L** não queria sair da sala e tocou quase que hipnotizado pelo metalofone, tocava fortemente como se tivesse descarregando algo.

Quanto a **K**, seu estresse também aumentou talvez por conta de toda esta situação familiar. A diferença entre ela e seu irmão, é que **K** não esperava muita mudança por parte da mãe. Ela mora na instituição desde um ano e oito meses, está institucionalizada. Segundo Winnicott (1999, p. 149), a personalidade de uma criança pode sofrer alterações devido a privação ambiental e coloca que estas alterações podem gerar distúrbios de caráter, difíceis de tratar. Em algumas sessões ela denotou a capacidade de brincar prejudicada, pois não conseguia explorar os materiais apresentados e se frustrava facilmente ameaçando abandonar a atividade. Denotou algumas vezes bloqueio de sua criatividade e interação grupal retraída. Durante as sessões, quando ela solicitava ajuda, não conseguia ver o que o outro fazia por ela no sentido de ajudá-la, nada a satisfazia, ficava insatisfeita, denotava um comportamento dependente e ansioso com suas produções, desistindo rapidamente de concluí-las, demonstrava carência afetiva e baixa auto-estima.

T é irmã de **C**. No início das Intervenções Lúdico-musicais em grupo, ela parecia mais envolvida com as atividades, brincava demonstrando alegria e prazer em tocar os instrumentos e fazer descobertas. Às vezes agia de forma impulsiva e agressiva, xingando alguém do grupo. Sabia defender seu ponto de vista quando era atacada, mesmo que para isto tivesse que agredir o outro. Nas últimas sessões, ela denotou certa indiferença na relação com o grupo, brincando mais sozinha, parecia um pouco irritada e desconcentrada. Segundo Bowlby (1995, p. 36) a privação emocional por parte da mãe e da família pode gerar como consequência o desenvolvimento de características nas crianças como relacionamento superficial; capacidade reduzida no que tange ao contato com o outro na construção de relações profundas, comportamento inacessível a ajuda, falta de reações emocionais em momentos propícios, falta de preocupação, furtos e falta de concentração na escola. Observamos alguns destes comportamentos em **T** nas últimas sessões, estava com reduzida capacidade de interação, no grupo parecia alheia ao outro, e mais retraída e isto coincidiu com um momento de mudança em sua vida, pois havia uma esperança em ser adotada junto com sua irmã **C**, porém esta esperança acabou quando o juiz informou que só permitiria a adoção se o casal adotasse também o irmão das meninas, um adolescente de 14 anos, na qual as meninas não tinham vínculo afetivo. O casal disse que desta forma não seria possível adotar as duas irmãs. **T** Sente-se rejeitada e não amada e segundo as técnicas seu

rendimento escolar caiu. Parece que **T** está expressando sua frustração novamente para com a privação que provêm do ambiente, quando cai seu rendimento escolar, quando parece ausente no ambiente, mergulhada em seu mundo, ausente. De certa forma enfurecer-se com um ambiente desfavorável é saudável e demonstra que **T** indigna-se com sua situação, mas muitas vezes recorre a reprodução vivida, isto é, utilizando a violência para resolver seus problemas.

Winnicott (2005, p.225) ressalta “as crianças que apresentam um complexo de privação desenvolvem qualidades anti-sociais sempre que começam de novo a ter esperança”. **T** vive atualmente uma situação de vida frustrante. Seus pais perderam o poder familiar, ela quer ser adotada, mas ainda não foi possível, pois tem um irmão adolescente, porém não tem vínculo

Quanto a **E** (irmã de **J**), ela demonstrou afetividade e colaboração nas atividades propostas. Às vezes pedia ajuda, mas também se sentia livre para criar, descobrir sonoridades e texturas. Observamos uma busca por si mesma, através de sua pintura, escultura e instrumento feito com sucata, disse gostou muito das músicas. Ela tentava sempre interagir com as crianças do grupo e conseguiu expressar seus sentimentos fortes através de um ritmo marcado e forte, por vezes cantando através de sua música a instabilidade emocional presente. **E** é inteligente, vai bem na escola, mas revela comportamentos instáveis, como por exemplo, birras e teimosia quanto ao cumprimento e respeito às regras. Em relação à mãe, ela revela afetividade, mas não parece ter ilusões quanto a sua transformação, por outro lado, parece confusa com relação ao que deseja, pois diz que quer ser adotada na instituição, mas para o juiz diz que não quer. Seu quadro apresentava o tema do coração partido. Parece que ela tem de aprender a lidar com esta situação que lhe machuca e estressa.

Observamos nos comportamentos das crianças sintomas que denotavam relação com as consequências da violência doméstica, pois algumas delas apresentavam dificuldade de interagir em grupo, agressividade em excesso, reprodução de comportamentos violentos, suscetibilidade emocional, bloqueios, comportamentos regressivos e submissão. Diante disto, na perspectiva de Lisboa et al (2002), os estudos evidenciam que a violência direcionada à criança tem impacto sobre o seu comportamento, aumentando o risco para problemas de comportamento, de ajustamento acadêmico e de percepção social.

De acordo com Winnicott (1965/2005), propiciar condições suficientemente boas, isto é, com um *setting* acolhedor, remete a um *holding*, que favorece a expressão de sentimentos pessoais carregados de afeto e esperança e possibilita a retomada de um desenvolvimento emocional saudável.

Durante as sessões, a maioria das crianças demonstrou interação e alegria ao brincar e ao descobrir variados sons. Formaram espontaneamente vários subgrupos durante o encontro e o funk

apareceu com frequência, denotando, segundo Benenzon (1988), um ritmo de expressão e identificação grupal (ISO grupal), mas elas demonstraram abertura para apreciar novas sonoridades como, por exemplo, músicas de Villa-Lobos. A maioria das crianças expressou alegria e satisfação ao ouvir a si mesmas, os sons criados por eles e também pelos colegas. Na técnica de construção de instrumentos parece que o prazer em construir e tocar instrumentos que eles próprios criaram, trouxe uma sensação de satisfação, auto-estima e busca pelo EU.

Neste sentido propiciar um atendimento Lúdico-musical em grupo foi de encontro às necessidades de expressão de estados emocionais e mentais destas crianças, necessidade constatada por relatos de crianças do grupo e também das outras crianças acolhidas. Conforme a leitura winnicottiana, um *setting* acolhedor facilita o brincar e o surgimento da espontaneidade e criatividade na criança. Observamos também que o brincar grupal aproximou as crianças, convidou ao brincar, a partir de um jogo que utilizou o corpo, o ritmo e o movimento, estimulando a autopercepção e a percepção do outro.

No que tange ao fenômeno grupal, seguindo a teoria de Bion (1975) observamos os pressupostos de base do grupo, pois cada integrante revelou seu modo de ser, agindo muitas vezes de forma inconsciente, impulsiva. Houve também projeção de conteúdos negativos em figura eleita como bode expiatório; o comportamento de luta e fuga surgiu neste mesmo participante tido como bode expiatório, ora ele lutava, tentando se defender, ora ele simplesmente saía da sala e fugia do grupo. Observamos também pareamento no grupo, quando as crianças formavam pares para tocar os instrumentos ou cantar, ou até mesmo brigar e não realizar a tarefa em comum no grupo.

Ocorreram situações significativas onde as outras crianças da instituição pediam todos os dias para incluí-las no grupo, quase imploravam e em seguida questionavam porque não poderiam participar. Os instrumentos, os sons, a música chamavam muita a atenção das crianças, em geral, e não era incomum, várias delas baterem na porta durante a sessão, ou olhar da janela.

Destacamos, por fim, que toda produção sonora do paciente era aceita e valorizada como expressão do EU no ato de brincar e não só a presença da música e do som eram agentes terapêuticos, mas também o inter-relacionamento que foi estabelecido com a psicóloga, baseada numa atitude acolhedora e afetiva. Observamos que ao brincar, as crianças descobriram, experimentaram, transformaram e criaram. Parece premente o lúdico como estratégia de promoção da saúde mental às crianças acolhidas.

8- CONCLUSÃO

A violência apresenta expressões alarmantes, sendo que todos os dias muitos cidadãos são atingidos por ela de alguma forma. Ela se reveste em diversas modalidades, seja em âmbitos privados (família) ou públicos (estado). Na esfera pública, a violência para com os cidadãos, demonstra-se através da falta de comprometimento e ações, por parte de nossos dirigentes, no que tange a criação de políticas nas áreas sócio-econômica, saúde, cultura, educação, que garantam condições de desenvolvimento saudável aos indivíduos.

Na esfera privada, ou seja, na família, a violência revela-se como um fenômeno complexo, pois vem travestido, autorizado e justificado em nome do amor parental. As relações são estabelecidas numa base assimétrica, isto é, num pólo está o adulto, detentor do poder e domínio; e no outro a criança, submetida ao poder dele. Geralmente, a violência surge como reprodução quase automática de antigos modelos de interação, ou seja, as antigas vítimas, agora estão no papel de agressores. O ciclo da violência se completa.

Discorrer sobre violência implica em pensarmos sobre a ética para a construção de uma sociedade mais justa, igualitária, solidária, menos violenta. É importante um novo paradigma que priorize a cultura da paz, mas não uma paz negativa, ou seja, como ausência de conflitos ou doenças, mas uma paz que admite o conflito como expressão do ser humano e tem como fundante o respeito ao outro, possibilidades de igualdade e justiça a todos os cidadãos.

Destarte, esta ação ética não deve apenas partir do governo, mas de todos os diferentes atores sociais (públicos e privados) com seus olhares específicos, propiciando deste modo, a efetividade nas ações políticas, educacionais, familiares e individuais. Neste processo de construção de sociedade mais saudável, é preciso que o governo e a sociedade civil desenvolvam a consciência de que as ações, seja num plano individual ou coletivo, possuem uma inter-relação, portanto, há uma influência mútua, como por exemplo, na esfera individual e coletiva, no âmbito privado e público, o eu e o não-eu, o dentro e o fora.

É preciso perceber esta inter-relação com responsabilidade pessoal e pública e ter compromisso constante com o rompimento do ciclo da violência como modo de inter-relação intra e interpessoal. O comprometimento com o cumprimento desta lei é o início para o rompimento do ciclo da violência. A criança ganha seu destaque no século XX, considerado o século da criança, mas de fato existe a constatação de que ela ainda sofre privação e não é uma privação apenas no âmbito familiar e instituição de acolhimento, mas em esferas públicas como na saúde, educação, áreas sócio-culturais.

A violência doméstica gera conseqüências a curto, médio e longo prazo, o estresse é um deles. Parece premente desenvolver formas de atendimento mais acolhedoras, que reduzam, se que é possível, os danos causados pela violência contra a criança e o estresse decorrente.

Neste estudo levantamos dados referentes ao perfil sócio-demográfico de crianças acolhidas como idade, gênero, tipos de violências notificadas, motivo de acolhimento. Os resultados demonstraram que ser criança pequena e pertencer ao gênero feminino, é um fator de risco para a incidência de violência doméstica. A violência mais notificada foi a negligência, seguida da violência física, psicológica, abandono e sexual. Em todos os casos há o ciclo da violência, isto é, reprodução de modelos vividos.

Investigamos o nível de estresse da criança acolhida vítima de violência doméstica antes e após intervenções lúdico-musicais. Constatamos altos índices da presença de estresse em crianças acolhidas, o que justifica a importância deste trabalho no âmbito da saúde mental. De certa forma é esperado que as crianças que estejam acolhidas apresentem processo de estresse devido à violência sofrida e ao afastamento do convívio familiar.

Neste sentido observamos mudanças no nível de estresse tanto nas crianças participantes do grupo interventivo e como nas crianças não participantes do grupo interventivo. Tais variações podem ter relação com os estímulos estressores (positivos ou negativos) que exercem um impacto muito grande na vida das crianças acolhidas, como por fatores de risco como o distanciamento das visitas da família, rejeição, adoção, entre outros. Sendo assim, elas estão expostas a estímulos estressores inerentes a sua própria condição de vida e a qualquer momento, dependendo de fatores ambientais e individuais, o estresse pode surgir, aumentar ou diminuir.

Destacamos que apesar das crianças participantes do grupo interventivo terem sofrido violência doméstica e alguns casos ainda sofrerem algum tipo de violência, é importante propiciar um novo paradigma de relacionamento pessoal e interpessoal e isto significa sair da posição de objeto e experimentar a posição de sujeito de direitos. No grupo interventivo a maioria das crianças demonstrou que há um EU que está vivo, pois de alguma forma, todas brincaram, interagiram, expressaram seus estados emocionais e estresse através de atividades lúdico-musicais, sendo observadas mudanças positivas no comportamento afetivo-relacional dos mesmos.

Neste sentido o resultado desta pesquisa indica que as Intervenções Lúdico-musicais em grupo propiciam condições saudáveis de vida às crianças acolhidas que apresentem processo de estresse, pois o brincar associado à música propicia humanização, facilita a interação grupal, a comunicação, a criatividade e a espontaneidade. Promove deste modo, a expressão de estados emocionais e cognitivos,

revelando-se como medida de prevenção, promoção e preservação da saúde biopsicossocial das crianças acolhidas, em processo de estresse.

O rompimento do ciclo da violência contra a criança requer a priorização de políticas direcionadas às famílias, escolas, instituições de acolhimento visando o desenvolvimento de ações promotoras e preventivas na área da saúde. Para tanto, sugerimos que novos estudos com crianças acolhidas, vítimas de violência doméstica sejam realizadas para compreendermos os fatores de proteção e risco no que tange a este fenômeno e a investigação de intervenções que esta população demanda.

BIBLIOGRAFIA

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. **Reconhecendo os diferentes tipos de violência.** Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br/>>. Acesso em 10 de jan. 2009.

ADORNO, S. **Violência e Educação.** São Paulo: Summus, 1988.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família,** 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. A (Orgs.). **Crianças vitimizadas:** a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989.

_____. **Violência doméstica na infância e na adolescência.** São Paulo: Robe, 1996. (Série: Encontros com a Psicologia).

_____. **Infância e Violência Fatal em Família.** São Paulo: Iglu, 1998.

ANZIEU, D. **O grupo e o Inconsciente:** o imaginário grupal. Trad. Anette Fuks e Hélio Gurovitz. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

BARENBOIM, D. **A música desperta o tempo.** São Paulo: Martins Fontes, 2007.

BARCELLOS, L. R. M. **Etapas do processo musicoterápico para uma metodologia de musicoterapia.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1999. (Cadernos de Musicoterapia n° 4).

_____. **Musicoterapia:** transferência, contratransferência e resistência. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

_____. **Cadernos de Musicoterapia** n° 1,2,3 e 4. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BARANOW, A. L. V. M. **Musicoterapia:** Uma visão geral. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

BENEDITO, S. **Dicionário breve de mitologia grega e romana.** Lisboa: editorial Presença, 2000.

BENENZON, R. **Manual de Musicoterapia.** Trad. Clementina Nastari. Rio de Janeiro: Enelivros, 1985.

_____. **Teoria da Musicoterapia.** Trad. Ana Sheila M. de Uricoecheal. São Paulo: Summus, 1988.

BION, W. R. **Experiências com Grupos.** Trad. Walderedo Ismael de Oliveira. 2^a ed. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: EDUSP, 1975. (original de 1961).

BOMTEMPO, E. e FORESTI, S. M. Aprendendo o esquema corporal na creche com Pinóquio. In: ANTUNHA, E.G.; BOMTEMPO, E. e OLIVEIRA, V. B. (Orgs.) **Brincando na escola, no hospital, na rua...** 2^a ed. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2008. p. 29 - 50.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

_____. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 4^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006

BRASIL. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. **Código de Menores**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/...1979/L6697.htm>>. Acesso em 22 de jan. 2009.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Estabelece os direitos e proteção às crianças e adolescentes. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccvi_03/leis/L8069.htm>. Acesso em 10 de nov. de 2009.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Estabelece os direitos e proteção aos Idosos. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>> Acesso em 29 de Nov. de 2009.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Estabelece os direitos e proteção às mulheres. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato_2004-2006/_Lei/L11340.htm>. Acesso em 15 de jan. 2010.

BRASIL. Lei nº 12.010, de 03 de agosto de 2009. Altera alguns artigos do Estatuto da Criança e Adolescente. Disponível em: < http://planalto.gov.br/ccivil..._Lei/L12010.htm>. Acesso em 19 de mar. 2010.

BRUSCIA, K. E. **Definindo Musicoterapia**. Trad. Mariza V. F. Conde. 2^a ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CÂMARA FILHO, J. W. S. e SOUGEY, E. B. Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, vol. 23, nº 4, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp>> Acesso em 2 de junho de 2009.

CAMINHA, R. M. A violência e seus danos à criança e ao adolescente. In: VV.AA. **Violência Doméstica**. Brasília: AMENCAR, 2000. p. 43-60.

CARDIA, N. A violência urbana e os jovens. In: PINHEIRO, P. S. et al. **São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana**. Rio de Janeiro: Garamond, 1998. p.133-154.

CARVALHO, A. M. Crianças institucionalizadas e desenvolvimento: possibilidades e desafios. In: LORDELO, E; CARVALHO, A. e KOLLER, S. **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 19-44.

COHEN, C. **O incesto um desejo**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1993.

DELGADO, L. F. e FISBERG, M. Síndrome do bebê espancado. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 25, nº 3, p. 111-116, jul. 1990. Disponível em: <http://www.bdt.d.ufrj.br/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=1244>. Acesso em 25 de maio de 2009.

DAY, V. P. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, vol. 25, nº 1, Abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000400003&script=sci_arttext>. Acesso em 10 de jun. de 2010.

DIMENSTEIN, G. **Cidadão de Papel**. 4ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

EASTMAN, A. C. Epidemiologia e violência. In: PINHEIRO, P. S. et al. **São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana**. Rio de Janeiro: Garamond, 1998. p. 73-93.

FERREIRA, C. C. M.; REMEDI, P. P. e LIMA, R. A. G. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, vol. 59, nº 5 Sept./Oct. 2006. Disponível em: <<http://www1.capes.gov.br/estudos/dados/2004/Prod.Bib.Pdf>> Acesso em 15 de julho de 2009.

GABEL, M. (Org.). **Crianças vítimas de abuso sexual**. Trad. Sonia Goldfeder. São Paulo: Summus, 1997.

GASTON, T. **Tratado de Musicoterapia**. Buenos Aires: Paidós, 1968.

GROSSI, R.; KAMINSKI, C. R. e PARTALA, L. I. Z. Aspectos Psicológicos em crianças institucionalizadas vítimas de Violência Doméstica. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 06, nº 01, p. 37-44. jan/junho de 2004. Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/.../Revista%20n.01%20ano%202004.pdf>>. Acesso em 22 de maio de 2009.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Violência de Pais Contra Filhos: procuram-se vítimas**. São Paulo: Cortez, 1985.

HOUAISS, A. e VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001.

HUTZ, C. S. **Situações de risco e vulnerabilidade na Infância e na Adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

HUIZINGA, J. **Homo Ludens: o jogo como elemento de cultura**. 5ª ed. Trad. João Paulo Monteiro. São Paulo: Perspectiva, 2007. (original de 1938).

INSTITUTO de Pesquisas Psíquicas Imagick. Disponível em: <<http://www.imagick.org.br/pagmag/musica/k448a.html>>. Acesso em 18 de maio de 2010.

JENSEN, H. S. Música e Saúde na Sociedade Pós-Moderna. In: RUUD, E. (Org.) **Música e Saúde**. Trad. Vera B. Wrobel, Glória P. de Camargo e Mirian Goldfarber. São Paulo: Summus, 1991, p. 157 – 165.

JOURDAIN, R. **Música, cérebro e êxtase**. Trad. Sonia Coutinho. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.

LEINIG, C. E. **Tratado de Musicoterapia**. São Paulo: Sobral Editora, 1977.

LISBOA, C. S. M.; KOLLER, S. H.; RIBAS, F. F.; BITENCOURT, K.; OLIVEIRA, L.; E PORCIÚNCULA, L. P. e De MARCHI, R. B. Estratégias de *coping* de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 5, nº 2, 2002.

LIPP, M. E. P. Stress Emocional: Prevalência e implicações. In: GUILHARD, H. J. e AGUIRRE, N. C. (Orgs.) **Sobre o comportamento e cognição**: expondo a variabilidade. Santo André, SP: ESETC. Editora Associados, 2006. p. 229-237.

LIPP, M. E. N. e LUCARELLI, M. D. M. **Escala de Stress Infantil - ESI**: Manual. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LIPP, M. E. N. (Org). **Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções**. 5ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

MARCÍLIO, M. L. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In: FREITAS, M. C. (Org.) **História Social da Infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2006.

MARMO, D. B. □ DA VOLI, A. e OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 71, p. 313-316, 1995.

MARIZ, V. **Heitor Villa-Lobos**: compositor brasileiro. 11ª ed. Belo Horizonte: Itatiaia, 1989.

McCLOSKEY, L.A.; FIGUEREDO, A. J. e KOSS, M. P. The effects of systemic family violence on children's mental health. **Child Development**, v. 66, nº 5, 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7555214>>. Acesso em 05 de mar. de 2009.

MILANI, R. G. e LOUREIRO, S. R. A violência doméstica e o comportamento sob perspectiva da saúde pública, 2008. Disponível em: <http://www.cesumar.br/curtas/psicologia2008/trabalhos/A_VIOLENCIA_DOMESTICA_E_O_COMPORTEAMENTO_INFANTIL_UMA_REVISAO_DA_LITERATURA.pdf>. Acesso em 3 de jul. de 2009.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.10 nº 1, p. 7-18, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MOURA, A. C. M. **Reconstrução de vidas**: como prevenir e enfrentar a violência doméstica, o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes. São Paulo: SMADS, SEDES Sapientiae, 2008.

NEGWER, M. **Villa-Lobos**: o florescimento da música brasileira. Trad. Stéfano Paschoal. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

NEWMAN, A. **As idéias de D.W. Winnicott**: Um guia. Trad. Davy Dogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2003.
Oliveira (2008)

OLIVEIRA, V. B. **Rituais e brincadeiras**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

OLIVEIRA, V. B. e YAMAMOTO, K. **Psicologia da Saúde**: temas de reflexão e prática. São Bernardo do Campo: UMEESP, 2003.

OLIVEIRA, V. B. Avaliação-intervenção lúdica de bebês em creche. In: OLIVEIRA, V. B.; BOMTEMPO, E. e ANTUNHA, E. G. (Orgs.). **Brincando da escola, no hospital, na rua...** 2ª ed. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2008. p. 9-28.

OLIVEIRA, V. B. O brincar da criança hospitalizada e a família: o que dizem os trabalhos? In: OLIVEIRA, V. B. e PEREZ-RAMOS, A. M. Q. (Orgs.). **Brincar é Saúde**: o lúdico como estratégia preventiva. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2010. p. 41 – 76.

OLIVEIRA, A. B. Saúde e Vitimização. In: AZEVEDO, M. A. e GUERRA, V. A. (Org.) **Crianças vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989.

PAHLEN, K. **História universal da música**. Trad. Della Nina. São Paulo: Melhoramentos, 1959.

PIAZZETTA, C. M. e CRAVEIRO, L. S. A escuta musicoterápica: uma construção contemporânea. In: DÉCIMO QUINTO CONGRESSO, ANPPOM, 2005, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005. Mesa redonda. Disponível em: <http://www.anppom.com.br/anais/...sessão22/clarapiazzetta_leomaracraveiro.pdf>. Acesso em 17 jan. 2009.

PINHEIRO, P. S. Diagnósticos da violência. In: _____ et al. **São Paulo sem medo**: um diagnóstico da violência urbana. Rio de Janeiro: Garamond, 1998. p. 13-17.

PIRES, J. M. A. Violência na infância: aspectos clínicos In: VV.AA. **Violência Doméstica**. Brasília: AMENCAR, 2000. p. 61-70. (UNICEF).

PIRES, A. **Crianças e pais em risco**. Lisboa: ISPA, 2001.

ROSA, J. T. e MOTTA, I. F. (Orgs.). **Violência e sofrimento de crianças e adolescentes**: na perspectiva winnicottiana. Aparecida, SP: Idéias & Letras; São Paulo: Fapesp, 2008.

RUIZ, Z. A. Dinâmica familiar e o abuso da criança. In: KRYNSKI, S. (Org.). **A Criança Maltratada** São Paulo: Almed, 1985. p. 41-52.

RUUD, E. **Caminhos de Musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

SAFFIOTI, H. I. B. Agressões sexuais contra crianças e adolescentes no Brasil. In: **Rompendo o silêncio**. COSTA, J. J. (Org.) São Luís: CEDCA; Centro de Defesa Pe. Marcos Passerini; Procuradoria 1997.

_____. A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. A (Orgs.). **Crianças vitimizadas**: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989. p. 13-21.

SAFRA, G. **Momentos mutativos em psicanálise: Uma visão winnicottiana** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SALZINGER, S., FELDMAN, R., MAK-ING, D., MOJICA, STOCKHAMMER, T., ROSÁRIO, M. Effects of partner violence and physical child abused on child behavior: A study of abused and comparison children. **Journal of Family Violence**, v. 17 nº 1, 2002. Disponível em: <http://www.johnhamel.net/família_fam_v_research_v/.../Summary.DVresearch.doc>. Acesso em 11 de set. 2009.

SANTOS, H. O. **Crianças Espancadas**. Campinas: Papirus, 1987.

SEGUNDO, R. Notas Sobre o direito da criança. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 7, nº 61, jan. 2003 Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3626&p=2>>. Acesso em 05 de julho de 2010.

SILVA, E. R. **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: IPEA/CONANDA, 2004.

SIQUEIRA, M. M. M; JESUS, S.N.; OLIVEIRA, V. B. **Psicologia da saúde: Teoria e Pesquisa**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicologia & Sociedade**, v.18, nº 1, p. 71-80, jan/abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a10v18n1.pdf>>. Acesso em 24 de fev. 2010.

STRAUS, M. A. e SMITH, C. Family Patterns and Child Abuse. In: GELLES, R. J. e STRAUS, M. A. **Physical violence in american families: risk factors and adaptations to violence in 8.145 families**. 4ª ed. New Brunswick: Transaction Publishers, 2009. p. 245-262. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=UWOMYAwyJewC&printsec=frontcover&dq=Physical+violence+in+american+families:+risk+factors&hl=pt-BR&ei=oN5VTIO9PIP48AaApa2PBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCgQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 15 out. de 2009.

TAME, D. **O poder da música**. Trad. Octavio Mendes Cajado. São Paulo: Cultrix, 1984.

TARDIVO, L. S. P. C e PINTO JUNIOR, A. A. Violência contra crianças e adolescentes: reflexões sobre o pensar e o fazer do psicólogo clínico. In: ROSA, J. T e MOTTA, I. F. (Orgs.) **Violência e sofrimento de crianças e adolescentes: na perspectiva winnicottiana**. São Paulo: FAPESP, 2008.

TROICE, E. M. e SOSA, J. J. S. La experiência Musical como factor curativo em La musicoterapia com pacientes com esquizofrenia crônica. **Salud Mental**. Instituto Nacional de Psiquiatria Ramón de La Fuente, México, vol 26, nº 4, p. 47-58, 2003.

VAISBERG, T. A. **Ser e Fazer: Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana**. Aparecida: Idéias & Letras, 2004. (Coleção Psi-atualidades, nº 3).

WAZLAWICK, P.; CAMARGO, D. e MAHEIRIE, K. Significados e sentidos da música: uma breve “composição” a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 12, nº 1,

jan/abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n1/v12n1a12.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2010.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. Trad. Marcelo B. Cipolla. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (original de 1965).

_____. **Conversando com os pais**. Trad. Álvaro Cabral. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (original de 1993).

_____. **Holding e Interpretação**. Trad. Sonia M. Tavares M. de Barros. São Paulo: Martins Fontes, 1991. (Original publicado em 1954).

_____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Irineo Constantino S. Ortiz. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (original de 1979).

_____. **O Brincar e a Realidade**. Trad. José Octávio A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1975. (original de 1971).

_____. **Privação e delinquência**. Trad. Álvaro Cabral; revisão da tradução Monica Stahel. – 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. (original de 1984)

_____. **Tudo começa em casa**. Trad. Paulo Sandler. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (original de 1986).

ZANON, F. **Villa-Lobos**. São Paulo: Publifolha, 2009. (Coleção: Folha explica)

ZÁRATE, P. e DÍAZ, V. Aplicaciones de la musicoterapia en la medicina. **Revista médica**, Santiago, v. 129, nº 2, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000200015&lang=pt&tlng=es>. Acesso em 16 de junho de 2009.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO – FACULDADE DE PSICOLOGIA E
FONOAUDIOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A CEBASP (Comunidade Educacional de Base Sítio Pinheirinho) é um abrigo para crianças/adolescentes de 0 a 18 anos de idade, localizada no município de São Paulo. A coordenação técnica consente com a realização da pesquisa acadêmica no abrigo, com a participação de crianças entre 7 a 11 anos neste estudo, que tem por objetivo investigar o nível de estresse da criança abrigada vítima de violência doméstica antes e após as intervenções lúdico-musicais.

A coordenação da Instituição foi informada que serão coletados dados dos prontuários das crianças para levantamento do perfil sócio-demográfico dos mesmos; segue-se a aplicação da Escala de Estresse Infantil em grupo de crianças entre 7 a 11 anos para triagem daquelas que apresentem sintomas de estresse e que sofreram violência doméstica; a próxima fase seguirá com a participação das crianças escolhidas dentro deste critério em um grupo, utilizando intervenções lúdico-musicais, isto é, atividades com instrumentos musicais, músicas gravadas criando jogos sonoros.

Declaramos que este estudo tem caráter acadêmico e será coordenado pela Dra. Vera Barros de Oliveira (Prof. Da Universidade Metodista de São Paulo).

Declaramos, ainda, ter compreendido que as crianças não sofrerão nenhum tipo de prejuízo de ordem psicológica ou física e que a privacidade das mesmas será preservada. Concordamos que os dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que seja mantido o sigilo sobre a participação dos sujeitos. Estamos também cientes de que poderemos a qualquer momento, comunicar a desistência dos participantes neste estudo.

(Local e data)

(Assinatura do responsável)

(Documento de identificação)

(Assinatura do coordenador da pesquisa)