

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

GRAZIELA CARLA TRINDADE MAYER

**DIALOGANDO COM ADOLESCENTES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
A CONTRIBUIÇÃO DA MUSICOTERAPIA COMUNITÁRIA**

SÃO LEOPOLDO

2015

GRAZIELA CARLA TRINDADE MAYER

DIALOGANDO COM ADOLESCENTES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
A CONTRIBUIÇÃO DA MUSICOTERAPIA COMUNITÁRIA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Dr. Jose Roque Junges
Coorientadora: Dra. Rosângela Barbiani

São Leopoldo

2015

M468d

Mayer, Graziela Carla Trindade

Dialogando com adolescentes sobre educação em saúde :
a contribuição da musicoterapia comunitária / por Graziela
Carla Trindade Mayer. – 2015.

136 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São
Leopoldo, RS, 2015.

“Orientador: Dr. Jose Roque Junges; Coorientadora: Dra.
Rosângela Barbiani.”

1.Educação em Saúde. 2.Adolescentes. 3.Musicoterapia
Comunitária. 4. Escola.. I. Título.

CDU: 615.85:78

GRAZIELA CARLA TRINDADE MAYER

DIALOGANDO COM ADOLESCENTES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
A CONTRIBUIÇÃO DA MUSICOTERAPIA COMUNITÁRIA

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em 09 de dezembro de 2015..

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marly Chagas Oliveira Pinto- Conservatório Brasileiro de Música RJ

Prof. Dr. Danilo Romeu Streck – UNISINOS

Prof. Dr. José Roque Junges – UNISINOS

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu refúgio e fortaleza, onde encontro forças para continuar enfrentando as dificuldades que surgem no dia-a-dia.

Ao meu amado esposo, José Anselmo Mayer, meu grande incentivador, meu suporte nos momentos de instabilidade e esgotamento mental, meu eterno namorado e com quem desejo envelhecer. Sem você do meu lado, não teria chegado até aqui. Te amo!

A minha filha, Luiza Trindade Mayer, minha herança, felicidade, presente maior de Deus. Obrigada por suportar minhas ausências, e por ser minha inspiração para que eu tenha a esperança de me mover em direção a buscar um mundo melhor.

Aos meus orientadores, Rosangela Barbiani e Jose Roque Jungles, pela paciência, auxílio e pelas palavras de motivação, calma e confiança e ajuda na finalização deste trabalho e aos demais professores do mestrado.

À Secretaria Municipal de Educação, em especial, à ex-secretária adjunta, Joana Darc Wittmann, que confiou e autorizou a minha entrada em campo, muito obrigada.

À Escola Municipal Álvaro Luis Nunes, pelo espaço cedido para realização deste trabalho; às coordenadoras, Vanessa e Sonia, e a todas aquelas com as quais eu convivi durante todo o trabalho de campo, por confiarem no meu trabalho, me ajudarem e demonstrarem carinho, apoio e incentivo na realização desta pesquisa.

A todos os adolescentes que contribuíram com a pesquisa através da sua participação, os meus sinceros agradecimentos pela disponibilidade, paciência e simpatia durante o processo de coleta de dados: sem a ajuda de vocês não seria possível tal realização.

Aos meus futuros companheiros de profissão Silvia Kappes e Lazaro Rondinele e suas famílias, muito obrigado pela disponibilidade e enorme força que deram nos momentos cruciais da pesquisa que estiveram comigo

Aos meus pais, Moacir e Marisa, que sempre me incentivaram a buscar por novos conhecimentos.

A minha irmã, por todos os momentos que já vivemos juntas, e por tudo o que ainda viveremos, juntas, sempre juntas, eternamente. Te amo!

Aos meus amigos e colegas do mestrado Clarissa, Cristiane, Denise, Gabriela, Janaina, Jocinei, Tissiani, Mariane e Vanesa, com quem tive a oportunidade de compartilhar inúmeros momentos de aprendizado, angústia, sofrimento, alegrias e vitórias, tornando essa experiência uma grande oportunidade para a nossa aproximação.

Aos colegas de trabalho que foram favoráveis ao meu afastamento, em especial minha Diretora Maria Dolores que sempre me apoiou na busca de novos conhecimentos. À Carolina, por ter me apresentado à secretaria da educação, tornando possível a concretização deste sonho.

Aos meus amigos, em especial, Márcia e Marquinho, que sei que muito rezaram por mim. Muito obrigada pelas suas orações.

As minhas amigas, Edineia, Luiza e Sofia, que vivenciaram comigo esta aventura, dando apoio e alegria nos momentos difíceis.

Aos demais familiares e amigos, não mencionados nominalmente aqui, mas que sempre torceram por mim e souberam compreender minhas ausências.

O sonho

Sonhe com aquilo que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que quer.

Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.

As pessoas mais felizes não tem as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades
que aparecem em seus caminhos.

A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passaram por suas vidas.

Clarice Lispector

RESUMO

Este estudo objetivou conhecer as concepções e práticas de saúde a partir das referências do público adolescente, no contexto escolar, dialogando com a complexa rede de relações que estes estabelecem com o mundo e em particular com suas expressões e identidades musicais. Por meio da Musicoterapia Comunitária (MT) procurou-se investigar suas potencialidades no desenvolvimento de processos de educação em saúde, com adolescentes dentro do espaço escolar. Foi realizado um estudo qualitativo embasado pelos pressupostos da pesquisa-ação e desenvolvido por meio de uma metodologia participativa. Nos encontros foram utilizados os Quatro Métodos de Musicoterapia, conforme apontado por Bruscia (2000): improvisação, composição, recriação e audição. A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2014, em uma escola municipal de ensino fundamental localizada em São Leopoldo, Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 12 adolescentes, com idade de 13 a 18 anos. Todos os encontros foram filmados com a finalidade de registrar os conteúdos desenvolvidos pela pesquisadora e os questionamentos dos participantes. O processo analítico percorreu duplo movimento, incorporando as descobertas, o conhecimento e as ações produzidas pelos adolescentes pesquisadores e a análise qualitativa (MINAYO, 2006). Os resultados do estudo sugerem que os adolescentes atribuem diferentes e contraditórios significados à saúde, transitando entre as representações e práticas do padrão hegemônico presentes no modelo biomédico de saúde e projeções autorais do grupo, associadas ao conceito ampliado de saúde. Essas últimas trazem valores como o auto-cuidado, passando pelo cuidado dos próximos, sobretudo, de amigos e família, estendendo-se ao cuidado com a escola e com o território. Nessa direção, a escola assume papel privilegiado no desenvolvimento humano, tem papel relevante na promoção da vida e no cuidado com a saúde de seus educandos. Entretanto, precisa incorporar esse olhar nas suas práticas pedagógicas, na gestão do espaço-ambiente que é compartilhado por todos. Para isso, pode se valer da comunidade escolar, da participação dos próprios alunos e da contribuição dos demais equipamentos de seu território. Dentre eles, a rede de saúde tem responsabilidade clínica e sanitária de desenvolver ações de promoção e prevenção dentro e fora da escola. É uma questão de diálogo intersetorial que precisa interligar necessidades de saúde com resolutividade. Mais que conhecer o significado e as práticas de saúde dos adolescentes, há necessidade de reconhecê-los como produtores de conhecimento e de práticas de saúde, aproximando os espaços do ambiente-escola como o do território-bairro. Do contrário, manter-se-á a cultura da fragmentação, impedindo que o cuidado esteja acessível no tempo oportuno e de forma integral, o que para os adolescentes pode significar, inclusive, danos ou perdas irreversíveis.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Adolescentes. Musicoterapia Comunitária. Escola.

ABSTRACT

This study aimed to learn about health conceptions and practices from references provided by teenagers, in the school context, in dialogue with the complex network of relations that they establish with the world and in particular with their expressions and musical identities. The potentialities in the development of health education processes through Community Music Therapy (MT) with teenagers in a school environment were investigated. A qualitative study was conducted supported by assumptions of an action-research and developed through a participatory methodology. Four methods of Music therapy were used in the meetings, as stated by Bruscia (2000): improvisation, composition, recreation and hearing. The fieldwork took place between the months of September to December 2014 in a municipal primary school located in São Leopoldo, in Rio Grande do Sul. 12 teenagers aged 13 to 18 took part in the research. All the meetings were recorded for the purpose of registering the contents developed by the researcher and the questions of the participants. The analytical process took double movement, incorporating the findings, knowledge and actions produced by the teenage researchers and the qualitative analysis (MINAYO, 2006). The results of the study suggest that teenagers have different and contradictory meanings to health, transiting between the representations and practices of the hegemonic pattern present in the biomedical model of health and the group projections associated with the expanded concept of health. These projections bring up values such as the self-care, caring for the others, above all, friends and family, extending to the care with the school and with the territory. This way, school takes a privileged role in human development, such as in the promotion of life and in the care with the health of their students. However, it is necessary to incorporate this look in their pedagogical practices, in the management of space and environment that is shared by all of them. In order to do it, it is possible to make use of the school community, participation of the students and of the contribution of the other equipment in its territory. Among them, the health network system has clinical and sanitary responsibility for developing actions for promotion and prevention inside and outside the school. It is a matter of intersectoral dialogue that needs to connect health needs with solving. More than learning the meaning and the health practices of teenagers, there is a need to recognize them as producers of knowledge and health practices, making the spaces of the school environment as the territorial neighborhood. Otherwise, we will keep the culture of fragmentation, preventing caring from being accessible in the right time and fully, which can even mean irreversible damage or loss for teenagers.

Keywords: Health education. Teenagers. Community Music Therapy. School.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- ANEPS - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
- BDTD - Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Ibct
- ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MS - Ministério da Saúde
- MT - Musicoterapia
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PROSAD - Programa Saúde do Adolescente
- PSE - Programa de Saúde na Escola
- SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBSF - Unidades Básicas de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Temas Geradores da Pesquisa	49
Quadro 2: Cronograma.....	53
Quadro 3: Orçamento.....	54

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está estruturada de acordo com as diretrizes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Por isso, encontra-se subdividida da seguinte forma:

I - Projeto de Pesquisa

Apresenta a temática da pesquisa, o referencial teórico, a sua justificativa, os seus objetivos, a proposta metodológica, os aspectos éticos, cronograma do desenvolvimento do estudo e o orçamento. Este projeto foi aprovado pela banca de qualificação e pelos comitês de ética e pesquisa da presente universidade e da instituição coparticipante no segundo semestre de 2014. As modificações sugeridas pela banca foram contempladas e incorporadas ao texto.

II – Relatório de Campo

Descreve toda a trajetória percorrida pela pesquisadora desde a elaboração do tema de pesquisa até a análise dos resultados obtidos.

III – Artigo Científico

Contempla os principais resultados e análise do estudo, por meio de quatro eixos analíticos: a primeira: **Com licença, podemos conversar? A música como porta de entrada ao diálogo com adolescentes**; a segunda: **A saúde e suas expressões na ótica dos adolescentes: (...) “Eu vou viver feliz sem as drogas por aí, com educação posso transformar o mundo bem melhor”**; a terceira: **“A escola como espaço-ambiente de produção de saúde: o caminho do diálogo e da participação**; e a quarta: **“A Musicoterapia como facilitadora do processo: com licença... NÓS podemos falar sobre saúde”**?

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	12
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 QUESTÃO DE PESQUISA.....	15
1.2 QUESTÕES NORTEADORAS.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1 Objetivo Geral	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
1.4 JUSTIFICATIVA.....	17
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
2.1 MUSICOTERAPIA: DO PASSADO AO PRESENTE.....	23
2.1.1 Musicoterapia Comunitária	26
2.2 COMUNIDADE: O TERRITÓRIO VIVO DE PRODUÇÃO DA SAÚDE.....	29
2.3 ADOLESCÊNCIA.....	32
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	37
3 PERCURSO METODOLÓGICO	43
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	43
3.2 PERCURSO INVESTIGATIVO: A PESQUISA “EM” AÇÃO.....	45
3.2.1 Definição do Universo Empírico	46
3.2.2 Participantes	47
3.2.3 Detalhamento Operacional da Pesquisa	47
3.2.4 Procedimentos e Instrumentos de Pesquisa	49
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	50
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	51
3.5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	51
4 CRONOGRAMA	53
5 ORÇAMENTO	54
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA	72
APÊNDICE B – ANÁLISE DO COMITÊ DE ÉTICA	73
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
RELATÓRIO DE CAMPO	75

1 APRESENTAÇÃO	76
2 ESCOLHA E INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA	78
3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS: A PESQUISA EM AÇÃO	80
4 CONTEXTO DOS ENCONTROS E PARTICIPANTES.....	82
5 QUESTÕES ÉTICAS	83
5.2 AS PRODUÇÕES AO LONGO DOS ENCONTROS.....	83
6 ANÁLISE DOS DADOS.....	96
ARTIGO CIENTÍFICO	97
INTRODUÇÃO	99
METODOLOGIA	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	125

PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), *adolescente* é todo o indivíduo que se encontra na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, compreendendo o período de transição entre a infância e a idade adulta. Este período de transição da infância para a fase adulta é marcado por transformações físicas e psicossociais, bem como por conflitos relacionados às incertezas, inseguranças, construção e conhecimento da imagem corporal e à identificação de pares, além das instabilidades familiares e sociais (GODINHO et al., 2000).

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população de adolescentes corresponde a 34.745.214, dos quais 50,4% são homens e 49,5% mulheres. Isso representa 21% da população total, número expressivo e que requer uma atenção especial (IBGE, 2010).

Nesta fase, também se dá a formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos que podem direcionar a vida dos jovens. Além disso, é ainda o momento em que se inicia a cobrança de maiores responsabilidades e de investimento na preparação profissional, visando à elaboração de um projeto de vida estável.

O adolescente vivencia essas mudanças e enfrenta processos conflituosos que, muitas vezes, não ganham uma escuta sensível, nem por parte da família, nem por parte dos profissionais, haja vista não haver, ainda, na área da saúde, em especial, um incremento à formação de profissionais para atender a essa faixa etária específica, pois as necessidades de saúde na adolescência extrapolam os aspectos orgânico-biológicos.

Promover a saúde de adolescentes e jovens exige compreender que os comportamentos iniciados nessa idade são cruciais para o restante da vida, porque repercutem no desenvolvimento integral da pessoa. A saúde nesta faixa etária está diretamente relacionada à promoção da participação juvenil no exercício da cidadania, especialmente, no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e por meio de ações de educação em saúde e prevenção de agravos.

A organização de programas voltados à saúde do adolescente requer, efetivamente, a consideração das dimensões social e coletiva, abordadas de forma multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo os diferentes aspectos que interagem

no cotidiano dos adolescentes e no contexto em que estão inseridos, procurando adaptar os conteúdos desses programas às diferentes modalidades de demandas individuais e coletivas.

Para Ramos (2001), torna-se essencial compreender a adolescência para além de sua demarcação temporal, incorporando a ideia do adolescente como protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo, conferindo-lhe, por conseguinte, um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social.

Cabié (1999, p.18) pontua que a adolescência não “[...] pode ser considerada fora de um contexto social, e não é só uma fase do desenvolvimento do indivíduo. A adolescência faz parte integrante da evolução de qualquer família e da nossa sociedade”. A adolescência é um acontecimento universal constituída pela cultura, mas que tem, por sua vez, uma base material vinculada com a idade e com a facticidade que essa categoria encerra. A juventude é tomada por um conjunto social diversificado, perfilando-se de classe social, situação econômica, interesses e oportunidades ocupacionais e educacionais (BARBIANI, 2007).

Dayrell (1998), nesse sentido, reafirma a inexistência de um único modo de ser adolescente e jovem, pois os códigos culturais (etnias, identidades religiosas e valores) também ocupam espaço importante na condição juvenil.

Nesta perspectiva cultural, a constituição da subjetividade social da adolescência está refletida também na música que o adolescente ouve. De acordo Maheirie (2003), as músicas, na medida em que provocam determinadas reações fisiológicas, podem, a partir daí, remeter a estados emocionais intensos, em que só as ações poderão lhes dar uma significação.

Se as características da adolescência mudam de um contexto para o outro, os sentidos e significados musicais para o sujeito adolescente também mudam, caracterizando a polissemia da natureza musical (SANTOS; BARCELLOS, 1996). Em um mesmo contexto cultural, por exemplo, ao improvisar musicalmente, podem descobrir direções diversas de significados e sentidos.

Estudos comprovam a influência dos estímulos musicais em todos os níveis do ser humano: biológico, fisiológico, psicológico, intelectual, social e espiritual. Os estímulos musicais evocam impressões e aspectos presentes nesses níveis, e estes, por sua vez, evocam sentidos e significados construídos pela relação entre o sujeito e o contexto social ao qual pertence (SANTOS; TEIXEIRA; ZANINI, 2011).

Nessa perspectiva, é preciso atentar para os aspectos que permitem compreender que a música tem significado para cada pessoa na medida em que se vincula à experiência vivida, passada e/ou presente. Sekeff (2007, p. 159) destaca que “[...] a natureza lúdica da música e sua polissemia estilham significados e expõem as riquezas de novos sentidos; ampliando, desse modo, a vivência do educando”. Nesses termos, a música permite vivenciar novas possibilidades de transgressão do estabelecido, desconstrução de certezas, reinvenção, rupturas, desenvolvimento da criatividade e poder para a tomada de decisão (ROHR, 2013).

Considerando que a música evoca valores, linguagem, dentre outros aspectos, para os adolescentes, propõe-se, nesta pesquisa, investigar se a Musicoterapia (MT) pode auxiliar a desencadear processos de educação em saúde com adolescentes no âmbito comunitário.

Sendo a educação em saúde a perspectiva de um trabalho com indivíduos e grupos, acentuando a condição de sujeitos plenos e plurais, utilizando metodologias participativas e fundamentando-se no entendimento do adolescente como protagonista, como fonte de iniciativa, de liberdade e compromisso, valorizando a dignidade plena e a possibilidade de uma construção coletiva do conhecimento em saúde (RAMOS, 2001), praticar a educação em saúde com adolescentes pode significar a possibilidade de evidenciar suas dúvidas, desejos, percepções; favorecendo, portanto, a construção de estratégias mais próximas de suas realidades, de modo a satisfazer suas necessidades.

1.1 QUESTÃO DE PESQUISA

Diante do exposto, cabe apresentar a questão a que esta pesquisa pretende responder: quais são as concepções e práticas de saúde do público adolescente, considerando suas experiências de vida e expressões musicais?

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

A seguir, serão apresentadas as questões que nortearão esta pesquisa:

- Quais são as concepções que os adolescentes têm sobre educação e saúde e quais são suas necessidades de saúde?
- Quais são as práticas de educação em saúde voltadas aos adolescentes que são operadas na e pela comunidade?
- Que estratégias e dispositivos são produzidos pelos adolescentes, frente a situações de vulnerabilidade em saúde?
- Quais os processos e dispositivos metodológicos que a Musicoterapia dispõe para fomentar processos de consciência sanitária?

1.3 OBJETIVOS

Na sequência, serão indicados os objetivos geral e específicos deste estudo.

1.3.1 Objetivo Geral

Conhecer as concepções e práticas de saúde a partir das referências do público adolescente, considerando suas experiências de vida e expressões musicais.

1.3.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos desta pesquisa são:

- a) Identificar as necessidades de saúde da realidade singular dos adolescentes e as estratégias que são construídas por eles.
- b) Conhecer as representações e práticas da comunidade em relação à educação em saúde, a partir das experiências e concepções dos estudantes.

- c) Sistematizar, por meio da prática investigativa, os aportes instrumentais e pedagógicos que a Musicoterapia pode operar para desencadear processos formativos de educação em saúde.

1.4 JUSTIFICATIVA

Para Maheirie (2003), a música carrega um significado social, por estar em relação com o contexto social no qual ela está inserida, ao mesmo tempo em que possibilita aos sujeitos a construção de múltiplos sentidos singulares e coletivos. A seu tempo, Kenneth Bruscia (2000) complementa que as experiências musicais estão relacionadas às experiências de vida, ou seja, àquilo que se refere à história do indivíduo e as suas percepções.

A terapia que se utiliza da música é denominada Musicoterapia, a qual usa a experiência musical para facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais e cognitivas do indivíduo (RUUD, 1998)

O repertório técnico da Musicoterapia é vasto e explora as potencialidades da música: o canto, a improvisação, as audições musicais, as composições, exploração de diversas fontes sonoras, tais como o corpo, o ambiente, os objetos e a natureza; a utilização dos instrumentos musicais; os jogos e as experiências musicais; os movimentos corporais; e as várias formas de expressão para envolver e afetar o ser humano.

A Musicoterapia tem sido utilizada amplamente na literatura, sobretudo no enfoque clínico (RUUD, 1998, BRUSCIA, 2007; TOMAINO, 2014; DA LUZ, 2014; SANTOS; TEIXEIRA; ZANINI, 2011; PIMENTEL, 2009). Entretanto, as experiências e produções teóricas no campo da saúde coletiva, com ênfase nas ações de prevenção e promoção da saúde, são recentes e em número reduzido.

Essa constatação se deu em virtude das pesquisas realizadas para este estudo, junto às bases de dados Capes (portal da Capes), Biblioteca Virtual em Saúde - BVS (LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO), além da

pesquisa em *Journal of Music Therapy* (Noruega e Estados Unidos), assim como na Revista Brasileira de Musicoterapia.

A pesquisa objetivou acessar publicações referentes à última década nos idiomas: português, espanhol e inglês. Os descritores utilizados foram: Musicoterapia, educação em saúde, comunidade, território em saúde, pesquisa-ação, saúde coletiva, Musicoterapia Comunitária, música e saúde e adolescência. Os achados evidenciaram incipiente produção na utilização da Musicoterapia no campo da saúde coletiva principalmente em se tratando do Brasil.

Também, acessou-se para esta pesquisa o banco de dissertações e teses do Brasil (Biblioteca Digital de Teses e Dissertações do Ibct – BDTD), no qual há uma tese de doutorado, cujo tema é o potencial da música como facilitadora do processo educativo em saúde e na enfermagem. A autora Rosena Vargas Rorh (2013), da Universidade do Rio de Janeiro, fez um estudo sobre educação em saúde facilitada pela música: uma estratégia de cuidado e pesquisa em enfermagem junto a sujeitos com diabetes mellitus tipo 2. O objetivo do estudo era conhecer os saberes e práticas de sujeitos com diabetes mellitus tipo 2 no cuidado de si compartilhados com a enfermeira na estratégia educativa grupal facilitada pela música. Os resultados da pesquisa confirmaram a tese de que a utilização da música na estratégia educativa em saúde configura-se em recurso potencializador para descodificação de temas sobre a doença e o cuidado de si, problematizados na interação dialógica com a enfermeira, e sua ressignificação.

Encontrou-se ainda outras duas dissertações de mestrado cujo tema é a utilização da Musicoterapia como um dispositivo para promoção de saúde. Em ambas, o objeto de estudo está associado a uma dimensão da Musicoterapia enquanto promotora de saúde. A autora Mariane Oselame (2013), em sua dissertação da Universidade do Rio de Janeiro, fez um estudo sobre as Práticas da Musicoterapia em Direção à Promoção da Saúde, cujo objetivo foi investigar como a Musicoterapia pode atuar enquanto dispositivo de Promoção da Saúde. A partir dos trabalhos pesquisados, evidenciou-se que a prática musicoterápica ressoa ações cheias de criatividade, autonomia e principalmente de Empoderamento (psicológico e social). Já a outra autora Maria da Conceição Peixoto (2011), da Universidade Federal de Goiás, fez um estudo sobre Musicoterapia Comunitária em um bairro de Goiânia – uma contribuição para a política nacional de saúde integral da população negra. No referido estudo, o principal objetivo foi investigar as contribuições da

Musicoterapia Comunitária para um grupo de mulheres negras, autodeclaradas, em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Em vista desse estudo, concluiu-se que a Musicoterapia Comunitária contribuiu para o fortalecimento da identidade étnico-racial e ampliação das redes sociais das mulheres negras da comunidade pesquisada.

O trabalho mais antigo publicado envolvendo a temática da Musicoterapia Comunitária está no Tratado de Musicoterapia, organizado por E. Thayer Gaston (1968). A origem da sua prática encontra-se na década de sessenta, no Movimento de Saúde Mental Comunitária, vinculado ao programa *Guerra à Pobreza*, do Presidente John F. Kennedy. Como parte do programa, a desinstitucionalização do sofrimento mental pretendia solucionar o problema de superlotação nos hospitais psiquiátricos. A Musicoterapia, nesse contexto, apoiava o paciente no processo de ressocialização após o longo período de internação e auxiliava o programa de prevenção às enfermidades mentais (OSELAME, 2013).

Bruscia (2000) descreve as experiências musicais coletivas como uma das forças dinâmicas mais importantes para a integração e a formação da subjetividade dos membros de uma comunidade. Para Chagas (2007, p. 156), esse “fazer musical” reestrutura elementos da identidade étnico-cultural; ressignifica rituais comunitários; e fortalece as imagens arquetípicas, que permeiam as práticas coletivas, dando oportunidade aos seus membros de “[...] criar, recriar, preservar vínculos que a mantém unida e ancorando-a em suas raízes”.

Cabe ressaltar que a Musicoterapia Comunitária utiliza a música dentro de um contexto mais amplo, já que reconhece os fatores sociais e culturais de saúde, doença e relacionamentos. Essa perspectiva parte do pressuposto de que o conhecimento se produz na interação entre o profissional e os sujeitos da investigação; enriquecendo, portanto, em termos teóricos, a problematização da relação entre a produção teórica e a aplicação do conhecimento (CAMPOS, 1998). Na Musicoterapia Comunitária, a força do conhecimento também nasce da interação entre o profissional e a comunidade.

No caso proposto para este estudo, os recursos da Musicoterapia Comunitária serão investigados na modalidade metodológica participativa, de acordo com a proposta de pesquisa-ação de Thiollent (2009), junto a adolescentes. Esse segmento foi escolhido em virtude de ser historicamente negligenciado pela

sociedade, pelas políticas públicas e, inclusive, pelas políticas de saúde (FERRARI, 2006; RUZANY et al., 2002).

Considerando que a música faz parte da vida do adolescente, integrando em suas manifestações e estilos os valores, Sekeff (2007) destaca:

[...] a música, essa forma de conhecimento humano de tonalidade afetiva, adquire também força educacional, pois a educação não se resume à simples transmissão de conhecimentos, mas, mais que isso, caracteriza-se como um processo de desenvolvimento de sentidos e significados em que o educando refletindo o mundo em volta, transforma a si próprio (SEKEFF, 2007, p.143).

Após essas considerações, vale resgatar que a adolescência é concebida como fase de desenvolvimento da identidade e da afirmação da autonomia. Por mais diversos que sejam os processos de desenvolvimento humano, a compreensão desse processo como um fenômeno social requer levar em consideração a realidade na qual se está inserido e as diversas dimensões dos acontecimentos humanos.

Além das dimensões subjetivas da adolescência, pensar o processo de adolecer envolve visualizar a/o adolescente em diferentes contextos sociais, dentre eles, a família, a escola, bem como a sua própria trajetória de vida no meio social. A maioria dos adolescentes brasileiros tem enfrentado uma difícil realidade e, muitas vezes, impõe-se a necessidade de trabalho, para obter condições de moradia, saúde e alimentação; vive ou sobrevive nem sempre em condições entendidas como adequadas, mas do modo possível.

Dados preliminares do Censo 2010 (IBGE, 2010) indicam que quatro em cada dez brasileiros (40%) que vivem na miséria são meninas e meninos de até 14 anos. O número de adolescentes brasileiros de 12 a 17 anos de idade que vive em famílias com renda inferior a ½ salário mínimo per capita é 7,9 milhões. Isso significa dizer que 38% dos adolescentes brasileiros estão em condição de pobreza (IBGE, 2010).

No Brasil, em 2009, do total de meninos e meninas de 15 a 17 anos, 85,2% estavam matriculados na escola. No entanto, apenas pouco mais da metade deles (50,9%) estava no nível adequado para a sua idade: o ensino médio (UNICEF, 2011).

Ao contrário do que ocorre na maioria dos outros países, no Brasil, os homicídios superam os acidentes de trânsito como primeira causa de mortalidade na adolescência. Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, cerca de 19 meninos e meninas de 12 a 17 anos em cada grupo de 100 mil pessoas da mesma faixa etária morreram vítimas de homicídio em 2009. Isso significa dizer que, em média, a cada dia, são assassinados 11 adolescentes no Brasil (UNICEF, 2011).

As desigualdades vivenciadas na sociedade, de um modo geral, e no processo de viver na adolescência, especificamente, podem contribuir para que a/o adolescente reproduza as violações sofridas.

Nesse sentido, são várias as circunstâncias da realidade que se colocam para a/o adolescente, como expressão da questão social, como os altos índices de violência, suicídio ou lesões intencionais, maiores taxas de infecção por transmissão sexual, dentre outros (OPAS, 2006). Além dessas situações ameaçadoras à/ao adolescente, o período da adolescência por si só, devido a sua complexidade, suscita a necessidade de políticas e programas voltados para essa população.

Ações governamentais direcionadas à saúde da/o adolescente tiveram uma maior concretização através de diretrizes e programas, nas últimas duas décadas, mais precisamente a partir da Constituição Brasileira de 1988 - que prevê a saúde como um direito, considerando, entre outros, a saúde como uma questão de cidadania e não apenas ausência de doença. Um dos programas oficializados pelo Ministério da Saúde (MS) foi o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD-1989), o qual tem como população alvo jovens de 10 a 19 anos de idade, enfocando, prioritariamente, o crescimento e o desenvolvimento, a sexualidade, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a prevenção de acidentes, os maus tratos e a família (LIMA, 2005).

No entanto, observam-se indicadores crescentes de agravos de saúde da/o adolescente, como maior incidência de HIV/AIDS (TAQUETE et al., 2003), gravidez na adolescência (FONSECA; GOMES, 2004; HEIDEMANN, 2006), problemas nutricionais, como a anorexia (NUNES et al., 1998; HERSCOVICI; BAY, 1997; VEJA, 2006), bulimia (HEIDEMANN, 2006), obesidade (FERRIANI; SANTOS, 2001), violência (PEREIRA 2001; SANTANA; FERRIANI, 2001), suicídio, complicações na gravidez, infecção por transmissão sexual (OPAS, 1986), homicídios e lesões por acidentes de trânsito (BRASÍLIA, 1998), consumo de bebidas alcoólicas e de

inalantes (COTRIM; CARVALHO; GOUVEIA, 2000), uso de substâncias psicoativas (PEREIRA, 2001), mortalidade por arma de fogo (BRASIL, 2006) e inserção precoce no mercado de trabalho (FISCHER et al., 2003).

Frente a toda essa problemática, seria possível perguntar sobre a efetividade dessas diversas ações programáticas, bem como questionar se a abordagem das/os profissionais de saúde e educadores vêm correspondendo às concepções dos próprios adolescentes acerca das suas necessidades de saúde.

É necessário considerar os diversos contextos, seja da dimensão macropolítico-econômico-social, seja da micro, marcada pelo contexto social, familiar e individual, sendo estas dimensões permeadas pela cultura (FERREIRA et al., 2000).

No contexto micro social, assume especial relevância o território onde cotidianamente vivem os adolescentes. O território é espaço da produção da vida e, portanto, da saúde. Define-se como espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico o espaço que é construído coletivamente e de forma dinâmica por uma série de sujeitos e instituições que aí se localizam e circulam, no qual são desenvolvidas ações, onde se vincula a comunidade que aí vive e produz saúde e/ou doenças. É nesse território (que contempla as unidades escolares) e com os sujeitos de sua comunidade onde podem construir e fortalecer a articulação com a comunidade escolar (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Em função do papel estratégico do território, na produção de subjetividade e da cidadania, foi selecionado como lócus para a pesquisa o ambiente escolar, sobretudo pelo seu potencial aglutinador e protetivo de convívio social. A escola é um espaço de relações, um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo para a construção de valores, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interferindo diretamente na produção social da saúde.

Dessa forma, pensar a saúde da/o adolescente implica cogitar sobre as múltiplas maneiras de viver a adolescência e também de viver a vida: “Por sua vez, implica em um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se volta para essa parcela significativa da sociedade, os adolescentes” (FERREIRA et al., 2007, p. 218). Diante desses argumentos, entende-se pertinente a contribuição que o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pode gerar por meio deste projeto de pesquisa, visto que trará novos elementos para análise e proposição de alternativas de intervenção na ótica da promoção da educação em saúde ao público adolescente.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Tendo em vista que este projeto irá adotar metodologia participativa tendo a Musicoterapia Comunitária como recurso facilitador do processo educativo em saúde com adolescentes, este projeto incorpora uma revisão buscando o diálogo entre a Musicoterapia, comunidade/território, adolescência e a educação em saúde.

2.1 MUSICOTERAPIA: DO PASSADO AO PRESENTE

Há muito tempo, emprega-se a música com objetivos terapêuticos. Diferentes culturas e comunidades utilizam-na com base em suas crenças e modos de vida.

Entre os povos primitivos, o tratamento do doente cabia ao feiticeiro, o qual incluía danças e músicas cerimoniais, a “música de cura”. Acreditavam que a música tinha a capacidade de livrar o doente da possessão de espíritos, levando-o à cura. Segundo Leinig (2008), os primeiros relatos escritos sobre a influência da música no ser humano foram encontrados em papiros médicos egípcios, pelo antropólogo inglês Flandres Petrie, por volta de 1899, e se referem ao encantamento da música relacionado à sua influência na fertilidade feminina. Também, encontrou-se o relato bíblico no qual Davi aliviou a depressão do rei Saul com o toque de sua harpa.

No século XVI, muitos médicos começaram a acreditar no valor da música como elemento terapêutico a ser utilizado na recuperação e tratamento de seus pacientes. A música aparecia para reequilibrar, por ser de ordem e harmonia dos sons, e desempenhava as funções de catarse das emoções, enriquecimento da mente e domínio das emoções através de melodias que levavam ao êxtase (COSTA, 1989).

No século XVII, houve um grande desenvolvimento da Medicina Somática, que progrediu através da observação e da experiência, levando a descobertas cada vez mais importantes. Nesse século, a música era recomendada quase exclusivamente aos casos hoje ditos psiquiátricos. O médico Robert Burton (1632 apud LEINIG, 2008) descreveu casos clínicos do uso da música com melancólicos.

A música passou a ocupar um lugar privilegiado na busca das terapias que tocassem o sensorial (LEINIG, 2008).

No século XVIII, ocorreu a Revolução Industrial, um movimento que trouxe profundas modificações nas relações humanas e sociais, no estilo de vida e nos hábitos dos povos. Nessa época, dos grandes sanatórios, o fato psiquiátrico começou a se desligar do fato médico. Também nesse século surgiram as primeiras obras sobre a Musicoterapia com os tratados de Richards Brocklesby (1749 apud LEINIG, 2008), que abordou o tema apresentando alguns casos em que descreve os sintomas e as causas da doença psiquiátrica, a história musical do doente e a forma de usar a música no tratamento. Tissot (1798 apud LEINIG, 2008) prescreveu a música como forma de ajuda no tratamento de várias moléstias devido a sua importante influência na cura do físico sobre o moral, atuando na modificação do estado de espírito do paciente.

Philippe Phinel, médico fundador da Psiquiatria na França no século XIX, iniciou o trato moral nos asilos e nele incluiu a música, que deveria ser “harmoniosa”. Difundiram-se vários textos de psiquiatras que elogiavam ou criticavam os resultados obtidos. O médico Esquirol realizou tentativas de tratamento coletivo com pacientes alienadas através da audição de concertos executados por alunos e professores do Conservatório de Música de Paris. Em 1880, pela aproximação da Psiquiatria com a Neurologia, surgiu a esperança de fundamentar “cientificamente” a meloterapia a partir dos efeitos neurofisiológicos da música. A frustração de criar uma farmacopeia musical diminuiu o uso da música na Psiquiatria, e, com o advento da Psicanálise, ocorreu uma pausa no desenvolvimento do uso da música como terapia (LEINIG, 2008).

Conforme Blasco (1999), no século XX, a Musicoterapia sofreu um desenvolvimento bastante acelerado com o surgimento de novos estudos e importantes pesquisas. A música tornou-se, efetivamente, um elemento terapêutico através da sistematização feita pela Musicoterapia após a Segunda Guerra Mundial. As mudanças emocionais e fisiológicas que a música pode provocar nos ouvintes é ponto pacífico entre músicos, psicólogos e filósofos. Para a autora, seu valor terapêutico está no fato de a música produzir nos seres humanos efeitos biológicos, fisiológicos, psicológicos, intelectuais, sociais e espirituais. Nos Estados Unidos, a Musicoterapia surgiu como um recurso para a recuperação de neuróticos de guerra, enquanto na Argentina apareceu para fornecer reabilitação a pessoas atingidas pela

epidemia de poliomielite. Ela foi desenvolvida como disciplina em meados desse século e as primeiras associações de Musicoterapia foram fundadas, nos anos 50, nos Estados Unidos, Grã Bretanha e Áustria.

No Brasil, a Associação Brasileira de Musicoterapia foi fundada no Rio de Janeiro em 1968, tendo como seu primeiro presidente o doutor Roberto Alexandre Quileli (CARDEMAN e COSTA, 2006). No mesmo ano, foi fundada a Associação Sul Brasileira de Musicoterapia (GASTON, 1968; LEINIG, 2008).

Pode-se entender, então, que a Musicoterapia tem a música como principal recurso de trabalho. Por agir sobre as emoções, ela pode proporcionar autoaceitação, autopercepção e autoconhecimento através de sua aplicação. A Musicoterapia busca desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que alcance melhor qualidade de vida através de prevenção, reabilitação ou tratamento.

Em 1996, a Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia propôs a seguinte definição para a Musicoterapia:

Musicoterapia é a utilização da música e/ou de seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais e cognitivas.

A musicoterapia busca desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele ou ela alcance uma melhor organização intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através de prevenção, reabilitação ou tratamento (RUUD, 1998, p. 53).

Atualmente, a Musicoterapia é difundida nos quatro continentes com a presença de representantes dos mais diversos países, tais como Brasil, Índia, Austrália, Japão e Estados Unidos, entre outros, nos congressos internacionais.

Os resultados terapêuticos que vêm sendo publicados fizeram com que a Musicoterapia se propagasse para as mais diferentes áreas de aplicação: como doenças, traumas, incapacidades físicas, perdas sensoriomotoras, distúrbios psiquiátricos, problemas de conduta ou emocionais, drogadição, distúrbios de comunicação, dificuldades em relacionamentos, abusos, desvantagens, retardo mental e distúrbios de aprendizagem. Ela também é utilizada para promover autoavaliação, estimular o crescimento e o desenvolvimento, acelerar ou melhorar o

aprendizado, controlar a dor, dar assistência ao parto, acompanhar exercícios físicos e, ainda, tratar problemas psiquiátricos, geriátricos e deficiências neurológicas.

Todavia, Costa (1989) conclui que o valor terapêutico da música não está somente nos efeitos que o som pode provocar sobre o organismo e o psiquismo humano, mas no significado que lhe é dado pelo ouvinte. Da mesma forma, Barcellos (1992) afirma que a música deve ser usada na terapia por suas qualidades musicais e não apenas pelos efeitos do som no organismo.

2.1.1 Musicoterapia Comunitária

Conforme abordado na seção anterior, a música tem o poder de unir as pessoas, superar barreiras interculturais e ser uma linguagem compreendida por todos. Através da música, é possível aprender valores como a escuta, aprender a falar e a respeitar os outros. A música cria a solidariedade, o diálogo e a unidade. Em suma, a música parece ser um meio de união, adesão e gera uma unidade.

A Musicoterapia é um processo de intervenção centrado no som, na beleza e na criatividade (BRUSCIA, 2000). Nesse processo, experiências musicais são sustentadas pelo entrelaçamento de sons, ritmos, melodias, andamentos, pelos quais “[...] emergem lembranças, imagens, associações, reações físicas, psicoemocionais e cognitivas” (CRAVEIRO DE SÁ, 2003, p. 44).

A Musicoterapia Comunitária apoia-se na evidência de que a situação de saúde das populações está mais vinculada às condições de vida e de trabalho, que a riscos individuais diferenciados. Por essa razão, estuda a relação entre problemas individuais e problemas sociais dentro de um contexto local (PELLIZZARI, 2010).

De acordo com Pellizari (2010), transformações subjetivas precisam de tempo e ocorrem com a presença constante de um processo de trabalho. Contudo, também ocorrem por meio de atos de sentido comunitário que impactam pungentemente as populações e que são profundamente significativos em sua unicidade, de caráter ritual e cerimonial, que ancoram, elaboram ou inauguram uma história, que produzem um antes e um depois no ciclo da vida da pessoa ou grupo. A Musicoterapia Comunitária lança mão da potência da cerimônia grupal, mas busca um processo de transformação coletiva de saúde (OSELAME, 2013).

Nesse complexo de esforços, a Musicoterapia Comunitária disponibiliza suas especificidades próprias para a escuta dos sons presentes na subjetividade social.

Por meio da experiência sonora, os participantes expressam seus problemas através do som, exploram seus recursos através do som, trabalham seus conflitos através do som, desenvolvem relacionamentos através do som e encontram soluções e bem-estar através do som. E, tudo isso requer uma orientação auditiva. Tudo o que eles cantam ou tocam é mediado pelo que ouvem enquanto o fazem (BRUSCIA, 2000, p. 45).

A Musicoterapia Comunitária focaliza na premissa de que muitos problemas pessoais afetam a comunidade e vice-versa. A comunidade é, então, o "sujeito e objeto" da intervenção.

A Musicoterapia Comunitária desenvolve-se em espaços sociais, políticos, culturais, religiosos ou de trabalho. Seus objetivos se modelam e derivam da vida da comunidade, tornando-se um serviço de promoção de saúde nas várias camadas sociais. Juliette Alvin (1978) usava a música como uma ponte entre o mundo interior e o mundo exterior do paciente, Ansdell e Pavlicevic (2006) estendem a ideia da Musicoterapia do nível individual para a participação social e incentiva musicoterapeutas a perceberem que o processo individual é ampliado para o comunitário.

Ansdell e Pavlicevic (2006, p. 109) definem Musicoterapia Comunitária como "[...] uma abordagem musical para trabalhar com pessoas em contexto, reconhecendo os fatores sociais e culturais na saúde, na doença, relacionamentos e música".

O musicoterapeuta norueguês Ruud (1990) define a Musicoterapia dentro de uma perspectiva sistêmica. Segundo ele, o musicoterapeuta deve considerar o contexto cultural e ser sensível aos processos de transformação de clientes em suas comunidades. Complementarmente, ele sugere pensar sobre Musicoterapia como um movimento cultural. Para o autor, a música e a Musicoterapia têm um papel importante na melhoria da qualidade de vida (RUUD,1990). Bruscia (2007, p. 130) considera a Musicoterapia Comunitária "[...] práticas ambientais [que] inclui todas as aplicações da Musicoterapia e música, onde o foco principal é a promoção da saúde dentro e entre os vários níveis da comunidade". Ele também acrescenta que a

Musicoterapia pode ajudar grupos de pessoas a construir suas identidades coletivas.

Brynjulf Stige (2002) revela que a Musicoterapia Comunitária é focada na cultura e reconhece os aspectos individuais de saúde, tais como as condições e habilidades pessoais para participar na vida social, mas enfatiza que a saúde é também cuidado mútuo entre as pessoas, envolvendo a capacidade de interação e ação do ser humano implicado.

O desenvolvimento de experiências musicais coletivas são possíveis com os Quatro Métodos de Musicoterapia, conforme apontado por Bruscia em seu livro *Definindo Musicoterapia* (2000). Esses métodos são utilizados de modo sistemático e intencional em áreas, níveis e dinâmicas diferentes. Através da improvisação, composição, recriação e audição, é possível estruturar experiências musicais terapêuticas. Cada um dos métodos requer procedimentos técnicos e processos específicos para viabilizar a estruturação e o engajamento em processos interpessoais.

Segundo Barcellos (1994), improvisar é sinônimo de “brincar” musicalmente, ou seja, cria-se uma situação para que qualquer coisa aconteça. Esse expressar-se espontâneo pode ser realizado através de um instrumento musical, da voz ou do corpo, originando criações melódicas, harmônicas e/ou rítmicas. Ao mesmo tempo em que se promove uma desinternalização de materiais e estruturas por meio de uma catarse, essa experiência proporciona um processo de internalização de novas formas, materiais e estruturas geradas pela livre exploração.

A técnica da recriação musical, diferentemente da improvisação, parte de um elemento conhecido, de um modelo. É oferecida uma estrutura para que o sujeito desempenhe um comportamento ou um papel específico. Mais do que reproduzir, há a possibilidade de transformar (BRUSCIA, 2000).

Na composição musical, tem-se também um processo de criação, porém posteriormente a este é feito o registro. Portanto, aquilo que inicialmente foi improvisado toma forma, organiza-se e codifica-se. Geralmente, os aspectos mais técnicos do processo são de responsabilidade do musicoterapeuta, que realiza a adequação do desejo do cliente a sua capacidade musical.

A audição musical é uma das experiências mais conhecidas, já que, em geral, as pessoas partem do princípio de que Musicoterapia é ouvir músicas que produzam uma sensação relaxante e agradável. Entretanto, o foco dos atendimentos

musicoterapêuticos não se restringe à promoção de uma sensação prazerosa, mas este é determinado pela necessidade do cliente. A escolha das peças também não é feita aleatoriamente, mas “[...] de modo a potencializar no encontro com a música um encontro do cliente consigo mesmo” (PIAZZETTA, 2005, p.1294). Ao considerar que o homem pós-moderno vive um ambiente ruidoso, que faz com que ele se distancie cada vez mais de si mesmo, a experiência de audição pode se tornar extremamente valorosa.

Desse modo, um dos aspectos mais utilizados na Musicoterapia Comunitária é enfatizar a prevenção e a promoção de saúde, de acordo com a qual a prevenção, não só reforça a consciência individual, mas também a coletiva e o desenvolvimento de projetos e de estratégias de saúde da comunidade.

2.2 COMUNIDADE: O TERRITÓRIO VIVO DE PRODUÇÃO DA SAÚDE

“Comunidade é uma dessas palavras que transmitem uma sensação boa: é bom pertencer a uma comunidade, estar em comunidade” (BAUMAN, 2003, p.7).

Para começar, cabe mencionar que a comunidade é vista como um lugar “cálido”, um lugar confortável e aconchegante, como um lugar que não há perigos. “A palavra ‘comunidade’ soa como música aos nossos ouvidos. O que essa palavra evoca é tudo aquilo de que sentimos falta e precisamos para viver seguros e confiantes” (BAUMAN, 2003, p.7).

Nós últimos tempos, o termo comunidade vem sendo utilizado de forma desordenada, o que contribui para uma confusão conceitual. Comunidade não pode ser entendida como sinônimo de localidade geográfica, mas sim, como explicam Luca et al. (2010), um conceito existencial organizador das relações das pessoas com o grupo, do sentimento de identidade comum e do apelo à solidariedade.

Na análise de Bauman (2003), a Revolução Industrial e a criação do Estado-Nação geraram um novo ambiente de trabalho, que não estava mais vinculado aos ciclos da natureza. As pessoas foram despidas dos antigos hábitos comunitariamente sustentados, resultando na destruição de seus papéis sociais, de sua individualidade e condensadas na massa trabalhadora. A naturalidade dos trabalhos vivenciados e sua rede de interações, que era dotada de sentido e

pertencimento, não foram reproduzidas no ambiente frio de trabalho das fábricas, propiciando um regime de comando, obediência e punição, terminando por exterminar as comunidades por meio do desenraizamento de suas teias.

Essa forma de sociabilidade, imposta pelo sistema capitalista, influenciou não só a organização do trabalho, como também a forma de intervenção do estado na operacionalização das políticas públicas e na sua relação com a comunidade e usuários. Nos meados dos anos sessenta e setenta, denominava-se prática comunitária toda intervenção com enfoque nas questões de relevância social, na ótica estatal e no modelo biomédico. Já os programas preventivos consideravam participação comunitária a assiduidade dos moradores do bairro às atividades propostas pelos profissionais de saúde.

Assim, as práticas comunitárias em saúde pública consideravam comunidade como:

[...] um conjunto de pessoas que habitam uma dada região espacial ou geográfica e apresentam determinados fatores, padrões comportamentais ou de herança genética, que podem colocá-las em risco de adoecimento. Comunidade seria assim o conjunto de pessoas detectado como potencialmente exposto a alguns tipos de riscos à saúde e que assim é transformado em população-alvo (SILVA; SIMON, 2005, p.42).

Com o esgotamento desse modelo e a ascensão da Reforma Sanitária, esses conceitos são revistos e incorporados ao novo modelo de atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que propõe a ampliação do espaço de atuação dos profissionais, de forma que sua atuação não se restrinja às intervenções dentro das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), e, sim, alcance também o território, lugar privilegiado para o desenvolvimento do processo de trabalho junto à população

O conceito de território vai além do aspecto geográfico, pois se entende que ele seja mais do que uma região. Ele envolve as práticas sociais, políticas e técnicas, em que surgem permanentemente informações, transformações e modernizações. “O território é dinâmico, vivo, em constante movimento, com suas redes de relações, redes sociais, lugares com características próprias, com técnicas específicas, um verdadeiro espaço produtor de solidariedade” (SANTOS, 2002, p.33).

Portanto, é preciso compreender a importância do conhecimento do território, da maneira como ele é usado, o significado do lugar com suas representações simbólicas e subjetivas (PAGANI; ANDRADE, 2012). Desse modo, um dos recursos que se identifica e que reconhece a sua importância para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde é a escola. A escola é considerada: “[...] como espaço de relações e de desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde” (BRASIL, 2009, p.8).

A promoção da saúde na escola, de acordo com Valadão (2004, p. 4), “[...] corresponde a uma visão e a um conjunto de estratégias que têm como objetivo produzir repercussões positivas sobre a qualidade de vida e os determinantes de saúde dos membros da comunidade escolar”.

Assim, a escola torna-se um importante espaço de formação, pois possibilita agregar todas as formas de território, onde se desenvolvem ações de saúde pública, produções coletivas, com materialidade histórica e social, e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor.

A comunidade escolar, da mesma forma que todos os ambientes nos quais transcorre a vida, representa um cenário de promoção da saúde na medida em que as políticas educacionais que nela se concretizam têm implicações sobre o bem-estar individual e coletivo. Assim, a escola de educação fundamental passa a ser valorizada como um cenário privilegiado para a promoção da saúde (VALADÃO, 2004). Isso ocorre, porque não há processo educativo ou participativo válido e efetivo que não considere a realidade e o contexto em que o sujeito está inserido. Sob esse prisma, deve-se refletir acerca da inserção do sujeito no território em que vive e de sua relação com a cultura e com o desenvolvimento desse território (COLIN; PELICIONI, 2014).

Segundo Santos (2003, p.96), o território é o “[...] chão mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence [...] é a base do trabalho, das trocas materiais e espirituais e da vida”.

Paulo Freire (2001, p.15) dá importância singular à experiência, matriz do “[...] saber democrático”, mostrando que é preciso levar em conta as experiências relacionadas com a cultura do povo.

A comunidade fortalece os vínculos e as competências psicossociais no enfrentamento à monocultura dos saberes (SANTOS, 2005). Todos ganham em autonomia, visto que “[...] as mudanças nas pessoas levam às mudanças na comunidade a qual elas pertencem, ao mesmo tempo as mudanças comunitárias também transformam as pessoas” (MONTERO, 2008, p. 71).

2.3 ADOLESCÊNCIA

Pensar sobre adolescência requer pensar no seu desenvolvimento humano, mas também a realidade e o contexto em que este adolescente está inserido.

Segundo Silva et al. (2007), a adolescência é entendida como uma fase de indefinição, de transição e, ainda, um período passível de conflitos e crise, porém um período de busca pela liberdade. Essa fase é caracterizada pelas descobertas, pelo desabrochar da sexualidade, pelo aumento do número de amigas/os, pelo envolvimento grupal, pelas mudanças corporais que são vivenciadas diferentemente por meninas e meninos, e, principalmente, pelo fato de se adaptarem a um novo contexto: o de ser homem e o de ser mulher (FONSECA; GOMES, 2004).

O adolecer é uma etapa fundamental do processo de crescimento e desenvolvimento humano, marcada por mudanças intensas e multidimensionais, que abarcam as esferas: física (biológica), psicológica, sociocultural e familiares. Groppo (2000, p.8) diz que a “[...] adolescência torna-se, ao mesmo tempo, uma representação sociocultural e uma situação social”. Dolto (1990, p. 18), a seu tempo, explica que ela “[...] prolonga-se conforme as projeções dos adultos sobre os jovens”.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069/902 (BRASIL, 1990), a adolescência é circunscrita como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. Contudo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é uma etapa evolutiva caracterizada pelo desenvolvimento biopsicossocial, delimitada pela faixa etária de 10 a 19 anos. Desse modo, cabe destacar que o Ministério da Saúde toma por base o conceito da OMS, que define como público adolescente a população entre 10 a 19 anos de idade.

A adolescência é entendida como um fenômeno único e diverso, pois as necessidades do “[...] processo de adolecer envolve, além do adolescente, toda a sociedade: lar, família, grupos, escola, lazer, leis, serviços de saúde, planejamento urbano e todos os cenários necessários para a existência adolescente” (HEIDEMANN, 2006, p. 17).

Para Ramos (2001, p.11), o “[...] viver humano é marcado pelo seu tempo e espaço, pelas possibilidades sociais criadas pela humanidade em geral e para cada ser em particular, em face de suas também mutáveis necessidades”.

Diante do exposto, o crescimento e o desenvolvimento nesta faixa etária ganha importância ímpar, tanto que, a partir da década de noventa, políticas públicas para as/os adolescentes passaram a ser viabilizadas no intuito de subsidiar a melhoria da sua qualidade de vida em diversas áreas como saúde, educação, entre outras. A OMS, desde 1989, tardiamente, passou a reconhecer a adolescência como uma fase de importância vital, oficializando esse período como alvo de suas políticas (CORRÊA, 2000).

No Brasil, por meio da Constituição de 1988, em seu artigo 227, ficam estabelecidos os pilares dos direitos das/os adolescentes, garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, criado pela Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 2012).

São direitos das/os adolescentes: o “direito à vida e à saúde”, mediante a concretização de políticas sociais públicas que propiciem o nascimento e o desenvolvimento saudável e harmonioso, em condições apropriadas de existência; o “direito à liberdade, ao respeito e à dignidade”, pela possibilidade de ir e vir tanto em logradouros públicos como em espaços comunitários; dispor de liberdade de opinião, expressão, divertir-se, brincar, além de atuar na vida familiar e comunitária sem ser discriminada/o; respeitar a/o adolescente procurando conservar sua imagem, autonomia, identidade, valores e crenças, assegurando dignidade a elas/eles, protegendo-os/as de qualquer tratamento constrangedor, cruel, ou violento; o “direito à convivência familiar e comunitária”, de ser educado e criado no interior de sua família, na qual seja garantida uma coexistência familiar e comunitária; o “direito à educação, à cultura, ao esporte”, objetivando seu pleno desenvolvimento, preparo e qualificação para exercer a cidadania e atuar no mercado de trabalho.

A influência dos aspectos sociais mais abrangentes manifesta-se nas relações mais próximas estabelecidas pelo adolescente com as pessoas que lhe são importantes. Os grupos sociais revelam-se como preponderantes nessa etapa da vida em termos da definição de normas e valores que contribuem para a construção da identidade pessoal. Isso envolve os processos de identificação e diferenciação em relação ao grupo (BULGACOV et al., 2001).

Para Sánchez e Escribano (1999), a representação social que o adolescente tem de si mesmo está embasada tanto no autoconceito quanto na autoestima. São atribuições individuais aperfeiçoadas nas relações cotidianas desde a infância e que agem como fatores decisivos na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros.

Tais relações melhor configuram o bem-estar, que pode favorecer a maneira como as pessoas veem a si e aos outros, resultando em maior prazer na vivência das situações do dia-a-dia e no relacionamento com os pares (PASSARELI; SILVA, 2007). Vale destacar que a sensação de bem-estar ou de satisfação com a vida está ligada à forma como o indivíduo é capaz de lidar e absorver os episódios de sua vida (SILVA; COLABORADORES, 2007).

Costa e Bigras (2007), por sua vez, afirmam que as questões de saúde e bem-estar na adolescência e na infância devem ter um enfoque diferenciado em relação à população adulta, considerando os determinantes sociais (sistemas de saúde, educação, trabalho, desenvolvimento social, direitos necessários à integração social das famílias), espaços de convivência, formação e intervenção, bem como os determinantes familiares influenciados pelo ambiente sociocultural.

Complementarmente, na adolescência, a satisfação com a vida está relacionada a aspectos comunitários e econômicos, relações familiares, experiências escolares e relações com pares (BARROS et al., 2008).

No Brasil, em 2009, foram registrados quase 80 milhões de crianças, adolescentes e jovens de até 24 anos, cerca de 42% da população brasileira (IBGE, 2010), fazendo com que esta parcela se constitua como prioridade na perspectiva de ações intersetoriais e interdisciplinares, envolvendo várias políticas públicas, ministérios, secretarias de Estado e municípios. Como, por exemplo, o Programa de Saúde na Escola (PSE), a articulação entre as políticas de saúde e educação voltadas aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e

Adultos, através do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O programa visa ampliar as ações específicas de saúde, cujas diretrizes e objetivos evidenciam que, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde que:

- a) trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- b) permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde; e
- c) promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política (BRASIL, 2007a, p.2).

Em 2010, foram lançadas as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, embasadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010). Essas diretrizes preconizam uma abordagem sistêmica das necessidades do público adolescente e instrumentaliza gestores e profissionais de saúde no processo de construção de estratégias interfederativas e intersetoriais, visando à redução da vulnerabilidade dessa população.

Entretanto, as políticas públicas não asseguram o respeito e a garantia dos direitos humanos dos adolescentes. Além das questões estruturais que colocam os adolescentes em situação de vulnerabilidade, as relações que as instituições (estado, família, escola, etc) estabelecem com eles são dissonantes de sua realidade e de suas expectativas.

Logo, as violações de direitos ocorrem no âmago dessas relações, muitas vezes sendo os (as) adolescentes vítimas do impacto da falência das instituições de referência, vivenciando de forma dramática a fragilidade familiar, sociopolítica e econômica por qual passa o país, sendo o abandono, a drogadição, os maus-tratos em todas as suas nuances, a exploração sexual e a criminalidade formas evidentes da violência sofrida pelos adolescentes.

No caso da política de saúde, apesar do investimento em políticas públicas voltadas para esse público, pesquisas realizadas ao longo dos anos (AYRES, 1990; NEVES FILHO, 2007; LUZ, 2007; ASQUIDAMINI, 2013) demonstram um distanciamento dos adolescentes dos serviços de saúde.

Ayres (1990) aponta que, além das condições concretas da estrutura biológica, o modelo clínico tradicional tende a desconsiderar as necessidades de saúde dos adolescentes, uma vez que estas extrapolam os aspectos orgânicos e biológicos, já conhecidos e reforçados por esse modelo. Consoante com essa crítica, Neves Filho (2007, p. 138) afirma que “[...] o sistema de saúde, no modelo atual, não capta o adolescente por este estar em uma etapa da vida em que são pouco frequentes as doenças”. Além disso, observa-se que a conduta do profissional de saúde também precisa ser considerada.

De acordo com Almeida et al. (2012), a formação dos profissionais de saúde em seus cursos de graduação foi pautada no espaço hospitalar, privilegiando o modelo de atenção individualizado e especializado. Dessa forma, essa formação se reflete no modo como os profissionais de saúde se engajam com dificuldades nos modelos de atendimentos voltados para a saúde coletiva e, particularmente, para o modelo proposto no PSE de intervenção na escola.

Esse profissional estabelece uma relação vertical com o adolescente, impondo-lhe normas de conduta, acreditando que, assim fazendo, proporciona ao usuário qualidade no atendimento. Essa postura coloca o adolescente em uma posição de inferioridade e de passividade, retirando dele não só a liberdade de escolha, como também a responsabilidade por seus atos (SANTOS; RESSEL, 2013).

Assim, oferecer um espaço de escuta em que o adolescente tenha a liberdade de expressar sentimentos, dúvidas e reflexões pode contribuir para a promoção do cuidado em saúde, como também é “[...] uma oportunidade de melhorar o desempenho profissional e pessoal” (NEVES FILHO, 2007, p. 139).

Ayres e França Jr. (2000) destacam a importância do trabalho programático em saúde voltado para os adolescentes, por considerar esse grupo fértil e permeável à prevenção, à mudança e à construção, assim como para o autoconhecimento e à crítica.

Nessa direção, as ações em saúde, no âmbito da escola, podem assumir a direção ética e política de contribuir ao exercício de cidadania por meio do fortalecimento da autonomia, responsabilização pessoal e social, produção e valorização da arte, da cultura e dos modos de expressão do ser adolescentes como sujeito de deveres, mas também de direitos.

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Cardoso de Melo (2007) explica que, para se compreender as concepções de educação em saúde, é necessário buscar entender as concepções de educação, saúde e sociedade a elas subjacentes. Morosini, Fonseca e Pereira (2009) acrescentam a necessidade de se compreender essas concepções na interface com as concepções a respeito do trabalho em saúde e suas relações com os sujeitos do trabalho educativo.

O percurso das ações em educação em saúde no Brasil tem suas raízes nas primeiras décadas do século XX. Segundo Vasconcelos (2001), as estratégias de educação em saúde apresentadas eram muito tecnicistas e autoritárias, e as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativa próprias.

Até a primeira metade da década 1970, a prática de atenção à saúde se resumia quase que exclusivamente à medicina privada, para os que podiam pagar e para os trabalhadores que tinham carteira assinada, mas em ambas as situações o desenvolvimento das práticas em nível curativo. “As práticas preventivas e educativas em saúde se davam de forma isolada” (GOMES; MERHY, 2011, p.10).

Ainda, segundo o autor, as condições de saúde das classes pobres eram péssimas e não refletiam o crescimento econômico que o país apresentara nos últimos anos. Era crescente a insatisfação política, que desencadeou um processo de instabilidade social que obrigou o Estado a voltar um pouco sua atenção aos problemas mais básicos da população. Surge a tentativa de oferecer uma medicina curativa para os mais carentes, e começa a ser implementada no Brasil uma proposta de medicina comunitária que empregava técnicas simplificadas, de baixo custo, e valorizava os aspectos preventivos da saúde.

São criados vários postos e centros de saúde em muitas regiões e cidades periféricas dos grandes e médios centros de desenvolvimento durante esta política de saúde.

O trabalho em saúde, então, estruturou-se a partir da biomedicina, organizando o processo de trabalho de forma médico-centrado, caracterizando-se pela hierarquização, reproduzindo a divisão intelectual e social do trabalho e do saber em saúde. Assim, a educação em saúde, produzida no âmbito dos serviços de

saúde, esteve muito subordinada a esse modelo (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009).

Vale observar ainda que a segunda metade da década de oitenta foi marcada por uma profunda crise de caráter político, social e econômico, tendo enormes repercussões sobre a condição de saúde das populações, agravando as condições de vida, aumentando o desemprego, a desnutrição e a mobilidade dos grupos sociais menos protegidos (OLIVEIRA, 2000).

A crise também é vivida por segmentos significativos dos profissionais de saúde, que se viram diante da necessidade de atuar próximos da realidade das pessoas que eles atendiam, e passaram a se integrar na dinâmica da vida das classes populares (VASCONCELOS, 1997).

Este movimento, composto de diferentes correntes de pensamento (cristianismo, humanismo, socialismo) cuja convergência é dada pelo compartilhamento dos princípios da Educação Popular formulados por Paulo Freire, apoia-se numa diversidade muito grande de experiências, recolhidas e sistematizadas a partir de problemas de saúde específicos no âmbito dos serviços de saúde, dos locais de moradia, dos ambientes de trabalho (STOZ, 1993, p. 13).

Nas décadas de 1970 e 1980, num cenário nacional de abertura política, houve a forte influência das ideias e concepções de Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo, através da exposição dialogada de seus conteúdos. Tal participação popular estava em consonância com os princípios do SUS, instituído na década de 90.

Diante disso, as práticas educativas no campo da saúde começaram a realizar-se no sentido de apontar novos rumos, apresentando um deslocamento do paradigma das mudanças comportamentais por meio da informação para o paradigma das ações educativas participativas, interagindo com os saberes científico e popular. Sob esse ângulo, a educação em saúde refletiu-se no bojo da promoção da saúde com novas concepções.

Nesse contexto, emerge o processo de Reforma Sanitária, através de várias lutas políticas e institucionais que se intensificaram durante toda a década de 1980, contando com a participação de vários profissionais que haviam desenvolvido experiências inovadoras na organização da atenção à saúde, muitos dos quais

passaram a ocupar posições de gestão em algumas administrações públicas mais progressistas (GOMES; MERHY, 2011).

No ano de 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, grande marco político e teórico do processo de reestruturação da saúde pública da década de 1980. A partir das propostas surgidas lá, criou-se, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que garantiu atendimento universal nos serviços de atenção básica e rede de hospitais públicos e conveniados, iniciando um processo de descentralização de poder e desconcentração de recursos ao fortalecer as gestões estaduais (ELIAS, 1999; MERHY, 2002).

A Constituição Federal de 1988 ampliou as atribuições do Estado para com a saúde, afirmando no seu artigo de número 196 que:

- a) saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e
- b) econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso
- c) universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2012, p. 116).

Com ela, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi regulamentado através da Lei Federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que definia entre os princípios e diretrizes do SUS: universalidade e equidade do acesso; integralidade da atenção; participação da comunidade na gestão do sistema; descentralização político-administrativa com regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (GOMES; MERHY, 2011).

Na década de 1990, tem início a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família que, no contexto da política de saúde brasileira, vem contribuir para a construção e consolidação do SUS (BRASIL, 1997). Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destacam-se os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde.

O Ministério da Saúde, nos últimos anos, tem apresentado setores específicos para construção de políticas e incentivo a atividades no campo da educação popular em saúde, e também foi criado um grupo de trabalho específico junto à Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO),

órgão que congrega as entidades acadêmicas brasileiras que produzem no campo da saúde coletiva (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; VASCONCELOS, 2004).

Com o auxílio do Ministério da Saúde, em 2003, realizou-se uma nova configuração entre os movimentos sociais que se articulavam em torno da luta pela saúde. A partir de uma parceria com a Rede de Educação Popular e Saúde, realizaram-se encontros estaduais que culminaram em um encontro nacional, no qual se constituiu a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, que ficou conhecida por ANEPS (PEDROSA, 2007).

Ao longo desses anos, as ações de educação em saúde têm se apresentado como importantes instrumentos de dominação e de responsabilização dos indivíduos pelas suas condições de vida (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Nessa direção, “[...] a educação em saúde, por sua vez, não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes” (SOUZA; JACOBINA, 2009, p.624). A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém, não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que essas práticas educativas sejam emancipatórias (ALVES, 2005).

A estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Através da interface da educação e da saúde, torna-se possível pensar educação em saúde como uma estratégia de reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais.

Frente a esse cenário, observa-se, ainda, que, ao longo dos anos, as práticas de ações em educação em saúde vêm se difundindo, pois, segundo Gomes (2013), pautar a ação educativa nessa perspectiva faz-se fundamental no alcance do objetivo de empoderamento de sujeitos críticos, cujas ações serão autodeterminadas.

Um estudo realizado em uma escola da Rede Municipal de Ensino de Belo Horizonte (GOMES, 2013), pertencente ao Distrito Sanitário Barreiro, tinha por

objetivo evidenciar, na roda de conversa, algumas questões importantes quanto ao desenvolvimento da sexualidade na adolescência, especificamente do gênero feminino, e suas implicações de caráter negativo vivido pelas adolescentes, tal como a gravidez precoce.

Esse estudo constatou que ações educativas têm maior efetividade na construção de sujeitos-adolescentes críticos e autônomos, tais como a abordagem de suas relações interpessoais significativas. A prática educativa transformadora necessita de vínculo. Contudo, a educação em saúde nas unidades de Saúde da Família ocorre permeada de contradições e, para compreendê-la, o profissional de saúde precisa considerar as novas formas de relações sociais e as necessidades de saúde da população, com vistas a superar as práticas que se limitam a ensinar comportamentos saudáveis (GOMES, 2013).

Outro estudo realizado no Rio Grande do Sul com adolescentes relata atividades que tiveram o intuito de promover a saúde do adolescente, estimulando a adoção de medidas preventivas de autocuidado em relação à sexualidade e seus aspectos intrínsecos. O estudo discute a educação em saúde a partir da dialogicidade, do lúdico, da livre expressão, que contribua para a construção do conhecimento pela conversação, pelo respeito às ideias e saberes, no qual o educador e o educando assumem papel ativo no processo de aprendizagem (FONTANA; SANTOS; BRUM, 2013).

Um grupo de pesquisadores realizou, em uma escola pública de Fortaleza-CE, em 2007, um estudo cujo objetivo era relatar os efeitos das ações de educação em saúde junto à escola. Adotaram como referencial teórico-metodológico a pesquisa-ação, promovendo quatro oficinas de grupo focal com 25 adolescentes. Um dos temas discutidos com os adolescentes era riscos e vulnerabilidade relacionados à sexualidade na adolescência. Constatou-se que os adolescentes conhecem o preservativo masculino, mas não o utilizam de maneira correta e sistemática, expondo-se às DST/AIDS e à gravidez. Concluíram que as estratégias de educação em saúde devem ser direcionadas para os adolescentes com a finalidade de propiciar a reflexão crítica dos alunos sobre as questões de risco e vulnerabilidades relacionadas ao comportamento sexual (DIAS et al., 2010).

Recentes pesquisas de âmbito nacional e internacional apontam a necessidade de políticas e estratégias voltadas ao diálogo, em que se possam compartilhar dúvidas e curiosidades, alertando adolescentes e jovens quanto às

diversas situações de vulnerabilidade, como a violência, vivenciadas nesta fase (ERLANDSSON et al., 2013; SILVEIRA, 2012).

Segundo outros autores, a escola constitui-se em importante espaço para formação cidadã de crianças e adolescentes, preparando-os para conviver e atuar em sociedade mediante mecanismos de sociabilidade e integração entre as diferentes visões de mundo (BRANDÃO NETO et al., 2014).

A educação em saúde deixa, portanto, de ser apenas mais uma oferta pontual dos serviços para ser algo inerente às suas práticas; construindo, assim, a participação popular no seu cotidiano (VASCONCELOS, 2008). Incentiva o conceito de discutir os problemas, reivindicar, mas também solucionar a possibilidade das pessoas manifestarem-se como sujeitos e de sentirem-se capazes de ajudar a encontrar novas soluções ali onde muitas vezes as certezas absolutas tornam-se obstáculos para o desenvolvimento das possibilidades da própria vida.

A seguir, será apresentada a seção que trará os embasamentos metodológicos adotados nesta pesquisa.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção, serão abordados e descritos o tipo de pesquisa e a operacionalização da mesma.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A abordagem escolhida para este estudo será de natureza qualitativa a qual é essencial à análise indutiva, à significação dos fenômenos e às relações estabelecidas entre os fenômenos investigados no espaço cotidiano das pessoas envolvidas (TURATO, 2003). No campo da saúde, a pesquisa qualitativa parte do princípio de que “[...] é possível e é necessário intervir para transformar e de que é possível escolher um rumo que leva à vida saudável e com qualidade, de forma solidária” (MINAYO, 2006, p. 134). Desse modo, o envolvimento na relação pesquisador/pesquisado determina os caminhos da pesquisa.

Conforme adverte Minayo (2006, p. 22), a metodologia de pesquisa qualitativa é entendida como capaz “[...] de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos *atos, às relações e às estruturas sociais*”. A pesquisa qualitativa lida com *variáveis rebeldes* (TURATO, 2003), sujeitas às surpresas, porque todos os envolvidos na pesquisa trabalham juntos para a explicação dos problemas colocados.

Em consonância a essa perspectiva e considerando o universo e sujeitos de pesquisa, busca-se combinar investigação e intervenção, por meio da utilização dos pressupostos da metodologia da pesquisa-ação. Nessa abordagem, a participação comunitária e a noção de sujeito histórico assumem centralidade, por meio do reconhecimento de que o saber local e a solução para problemas concretos passam pela intersubjetividade dos participantes.

Valorizando o processo de intervenção, o pesquisador/pesquisado tem um papel a desempenhar e uma competência a oferecer para o objetivo comum de integração do saber popular e o saber acadêmico, de privilegiar o trabalho de investigação, de criação ou de produção de um saber local (THIOLLENT, 2014).

Sendo assim, como delineamento de pesquisa, será desenvolvida uma metodologia participativa, na qual o pesquisador estabelece um contato direto com o fenômeno observado; reconhecendo o seu papel ativo e intervencionista, o pesquisador não apenas toma parte da situação: ele a modifica e é por ela modificado (THIOLLENT, 2009; BRANDÃO; STRECK, 2006).

Thiolent (2003, p.17) diz que “[...] a participação das pessoas implicadas nos problemas investigados é absolutamente necessária, precisa ter uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação”.

Parte-se, então, do princípio de que a comunidade é um sistema complexo, cujo entrelaçamento de determinantes sociais, fenômenos saúde-doença, demanda uma intervenção contextualizada, e, ainda, a valorização das interconexões sociais voltadas à promoção da saúde integral.

Essa perspectiva favorece a participação ativa dos membros do grupo. Parte-se do pressuposto de que os questionamentos devem emergir espontaneamente dos participantes e esses devem gerar informações e utilizá-las, de modo a orientar a ação e a tomada de decisões, feitas em conjunto com o pesquisador (BRANDÃO, 2006). Assim sendo, pesquisa na perspectiva da ação, além de engajar o pesquisador na situação estudada, transformando-o em um observador participante, coloca a importante questão da ação planejada no campo em estudo. É necessário ressaltar que a ação é gerada no próprio processo de investigação. Há, por conseguinte, uma estreita participação dos pesquisadores e pessoas envolvidas na pesquisa, deixando estas de serem meros informantes, para tornarem-se sujeitos, produtores ativos de conhecimento (STRECK, 2006).

Thiolent (2009, p.16) ressalta que “[...] a pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o “nível de consciência” das pessoas e grupos considerados”; há, portanto, uma escuta da demanda do grupo. A partir dessa escuta, propõe-se uma ação a ser realizada, tendo em vista os problemas colocados, que exigem soluções de acordo com as particularidades dos atores sociais envolvidos. A ação é planejada em um processo de negociação constante com as pessoas envolvidas. Colocando-se a ação planejada (seja ela de caráter social, educacional, técnico ou outro) no centro do processo de pesquisa, pretende-se ficar atento não apenas às necessidades práticas da situação estudada, mas também às exigências teóricas “[...] de conhecimento a ser produzido em função dos

problemas encontrados na ação ou entre os atores da situação” (THIOLLENT, 2009, p. 16).

A conjugação dos pressupostos metodológicos dessas abordagens (metodologia qualitativa, pesquisa-ação e Musicoterapia Comunitária) será exposta na sequência da descrição do percurso investigativo e do planejamento operacional da pesquisa.

3.2 PERCURSO INVESTIGATIVO: A PESQUISA “EM” AÇÃO

Para organizar e fundamentar a operacionalização da investigação, este projeto foi estruturada a partir das contribuições de Thiollent e de seus pressupostos da pesquisa-ação:

Como estratégia de pesquisa, a pesquisa-ação pode ser vista como modo de conceber e de organizar uma pesquisa social de finalidade prática e que esteja de acordo com as exigências próprias da ação e da participação dos atores da situação observada (THIOLLENT, 2009, p.28).

Na metodologia da pesquisa, “[...] os pesquisadores recorrem a métodos e técnicas de grupos para lidar com a dimensão coletiva e interativa da investigação e também, técnicas de registro, de processamento e de exposição de resultados” (THIOLLENT, 2009, p.29). Segundo o autor, outros instrumentos podem ser utilizados para a complementação das informações: entrevistas individuais, questionários, diagnósticos de situação, mapeamento de representações, entre outros.

O planejamento da pesquisa é muito flexível. Contrariamente a outros tipos de pesquisa, não se segue uma série de fases rigidamente ordenadas. Há sempre um vaivém entre as várias preocupações a serem adaptadas em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo de pesquisadores no seu relacionamento com a situação investigada (THIOLLENT, 2009, p. 51).

Portanto, o planejamento de pesquisa exige do pesquisador uma vigilância metodológica permanente, pois o conhecimento (e ação) produzidos também se submetem a critérios de validação, norteados pelos próprios pressupostos da pesquisa.

Para Kvale (2007), a validade na pesquisa qualitativa é expressa em todos os momentos em que o pesquisador desenvolve a pesquisa: a) na problematização do assunto, por meio da coerência da base teórica utilizada com o enfoque dado; b) na estruturação da pesquisa, a validade envolve a adequação do desenho de pesquisa e dos métodos usados para cada tópico, além dos objetivos que dão o direcionamento do estudo; c) na coleta de dados, está no cuidado ao checar os dados informados, respeito ao que está sendo expresso pelos participantes; d) na interpretação, refere-se à forma como as questões são colocadas no texto e à lógica das interpretações realizadas; e e) na verificação, está relacionada tanto com a validade do conhecimento produzido como para quais formas de validação são relevantes um estudo específico, e a decisão de que é relevante para a comunidade no diálogo da validade.

Dessa forma, a descrição detalhada do processo do estudo através de diários de campo e utilização de imagens auxilia na verificação das informações obtidas, assim como contribui para o processo de auto reflexão e geração de um novo conhecimento a partir das práticas que serão realizadas.

3.2.1 Definição do Universo Empírico

A pesquisa será desenvolvida em escola situada em um bairro da cidade de São Leopoldo que esteja localizada em uma zona de vulnerabilidade social e cujos indicadores de saúde, de educação e sociais sejam preocupantes.

A partir da identificação da escola, será feita a proposta de pesquisa à equipe diretiva e, havendo o interesse, a oficialização do Projeto junto à Secretaria Municipal de Educação.

Também, está prevista uma sondagem inicial com os estudantes adolescentes, a fim de verificar o interesse em participar da investigação.

3.2.2 Participantes

Será realizado convite geral a todos os adolescentes estudantes, por meio de visita às salas de aula, anunciando a proposta de formação de um grupo de adolescentes que abordará a temática educação em saúde, utilizando como instrumento a Musicoterapia.

Dos interessados, serão selecionados até 20 participantes a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- a) estudantes na faixa etária de 13 a 16 anos, de ambos os sexos, que estejam efetivamente matriculados e frequentando a escola; e
- b) estudantes que obtenham autorização dos pais e ou responsáveis e que tenham disponibilidade de horário para participar da pesquisa.

Serão excluídos os adolescentes que não disponham de tempo no contraturno das aulas para participar dos seminários em sua integralidade.

3.2.3 Detalhamento Operacional da Pesquisa

O planejamento inicial da pesquisa prevê a imersão ao campo em um período de três meses, e a realização de 14 encontros na escola, em turno inverso às aulas, sendo eles semanais e com duração de 1 hora e 30 minutos. Cada encontro terá uma temática geradora a ser abordada através de uma técnica da Musicoterapia previamente escolhida. A temática geradora, assim como os elementos musicais servirão como instrumentos para desencadear o diálogo e o processo grupal, isto é, como dispositivos-meio à condução do processo da pesquisa “em” ação que será protagonizado por todos os participantes.

A operacionalização da pesquisa seguirá as fases propostas por Thiollent (2009), com as adequações que forem consideradas necessárias ao público adolescente e ao universo da comunidade escolar. As fases, apesar de apresentarem uma cronologia temporal, são flexíveis e se conectam uma as outras, pois a dinamicidade do processo coletivo não pode ser apreendida a priori.

Assim sendo, elencou-se o planejamento inicial dos passos a serem seguidos para cada fase.

1ª Fase: Exploratória: Nesta fase, “desenha-se” com os participantes o formato da pesquisa, identificando as prioridades e motivações. Envolve questões como: a formação de vínculos, expectativas, definição de papéis, objetivos, campo de observação, os atores, até a elaboração de um diagnóstico inicial da situação/problemática delimitada. Também é nesta fase que se sistematizam as informações documentais disponíveis.

Abaixo, têm-se as seguintes etapas:

- Identificação da escola situada na cidade de São Leopoldo que esteja localizada em zona de vulnerabilidade social e cujos indicadores de saúde, de educação e sociais sejam preocupantes.
- Apresentação do projeto de pesquisa às instâncias decisórias (Secretaria de Educação e escola).
- Inserção na comunidade/território: caracterização/reconhecimento do campo, construção de vínculos locais.
- Constituição do grupo de pesquisa: divulgação do projeto na escola, convite aos estudantes; apresentação da pesquisadora e de seus colaboradores; contrato pedagógico (regras convivência); e esclarecimento dos objetivos da pesquisa.
- “Início” dos seminários (encontros semanais) como principal espaço de desenvolvimento e sistematização sobre as descobertas da pesquisa.
- Definição de temáticas de interesse dos adolescentes em torno do objeto central da pesquisa: a saúde dos adolescentes.

2ª Fase: Definição do tema (problema) de pesquisa: a partir da proposição temática inicial da pesquisadora, é necessário analisá-la sob o ponto de vista prático e reflexivo, por meio das seguintes proposições ao grupo:

- Análise e delimitação da situação inicial: o grupo de pesquisadores deve produzir um retrato de sua realidade, assim como as concepções que se têm sobre saúde, doença e formas de cuidado (individual e coletivo).
- Identificação dos problemas, prioridades, necessidades a serem resolvidos para refletir sobre as possibilidades de ação (passagem entre a situação encontrada e a desejada). No grupo, serão levantadas as concepções de

saúde, as estratégias de cuidado, assim como as práticas cotidianas do território frente ao processo saúde/doença.

- Expressão das sínteses e das reflexões produzidas por meio de paródias e composições musicais, jogos rítmicos, exploração de sons corporais, recriação de canções, etc.

3.2.4 Procedimentos e Instrumentos de Pesquisa

Para que a pesquisa possa fluir nas fases acima propostas, serão utilizados instrumentos para a produção e o registro dos dados. A produção do grupo será registrada por meio de diários de campo, gravações em áudio, vídeo e fotos. Esses procedimentos serão realizados por dois monitores que irão ajudar na operacionalização dos seminários, bem como na coleta de dados, e pelos próprios adolescentes que se identificarem com essas atividades e queiram contribuir.

Os temas serão debatidos por meio de atividades e técnicas musicoterápicas como recriação musical, improvisação, composição e audição musical, a fim de contribuir na discussão dos principais temas. Sendo eles: as concepções de saúde que os adolescentes têm, as práticas/estratégias utilizadas por eles no processo de saúde e doença, assim como identificar conjuntamente os problemas e as necessidades de saúde da comunidade.

Considerando o aporte instrumental desses dispositivos e utilizando o referencial de Bruscia (2000), na proposição dos Quatro Métodos de Musicoterapia e a metodologia da pesquisa-ação elaborada por Thiolhent (2009), foi elaborada uma proposta de organização dos seminários/encontros, a fim de aproximar os objetivos e temas geradores da pesquisa com o desenvolvimento prático da pesquisa.

Quadro 1: Temas Geradores da Pesquisa

Encontros	Métodos de Musicoterapia	Temas Geradores
1º	Acolhida e apresentação dos participantes e pesquisadora.	Tema livre, pois o objetivo deste encontro é o conhecimento do grupo, sensibilização, assim como de suas preferências musicais.
2º	Atividades baseadas na técnica de recriação musical.	Concepções de Saúde e Doença.
3º	Atividades baseadas na técnica de recriação e audição musical.	
4º	Atividades baseadas na técnica de	
		Práticas cotidianas (experiências) de cuidado, no

	recriação e composição musical.	processo saúde / doença.
5º	Atividades baseadas na técnica de recriação e composição musical.	Proposição de uma “escuta ampliada” aos jovens da comunidade escolar.
6º	Atividades baseadas na técnica de recriação e improvisação musical.	Trabalhando com as Categorias emergentes do grupo (concepções e práticas). Questão orientadora: como a comunidade e adolescentes “cuidam” de sua saúde Produção/Síntese 1.
7º	Atividades baseadas na técnica de recriação e improvisação musical.	
8º	Atividades baseadas na técnica de recriação e composição, audição musical.	Necessidades de saúde (âmbito coletivo e comunitário / individual). Mapeando os problemas e as necessidades da comunidade. Questão orientadora: Que saúde temos? Que saúde queremos?
9º	Atividades baseadas na técnica de recriação e composição, audição musical.	
10º	Atividades baseadas na técnica de recriação e composição musical.	Trabalhando com as Categorias emergentes do grupo: potências de alcance em “ação”.
11º	Atividades baseadas na técnica de recriação e composição musical.	Questão orientadora: O que queremos mudar? De que forma isso é possível?
12º	Ensaio/Preparação das ações definidas pelo grupo.	Espaço a ser definido e auto-gerido pelo grupo, a partir do processo investigativo vivenciado.
13º	Momento de apresentação final à comunidade escolar das sínteses e produtos do grupo.	Questão orientadora: o que nós faremos, o que está ao nosso alcance?
Encontros	Métodos de Musicoterapia	Temas Geradores
14º	Avaliação/Confraternização	Momento de análise e avaliação do processo coletivo, retorno ao grupo das informações, discussões feitas durante os encontros. Confraternização marcando o encerramento das atividades.

Fonte: Elabora pela autora

Salienta-se que essa proposição inicial poderá vir a sofrer transformações de acordo com as proposições e intervenções do próprio grupo participante, servindo como um guia condutor e não como uma agenda fixa de atividades.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados produzidos, durante a pesquisa, serão analisados como dados qualitativos, a partir das contribuições de Bauer e Gaskel (2013), que contemplam processos mais complexos como a interação da imagem e da música no tratamento analítico de pesquisa.

Nessa perspectiva, os registros de campo (diário, gravação de áudio, vídeo) serão transcritos e categorizados à luz das questões norteadoras da pesquisa. Os conteúdos e significados das produções musicais do grupo também serão analisados na direção dos objetivos propostos pela pesquisa.

A análise será feita em duplo movimento, incorporando as descobertas, o conhecimento e as reflexões produzidas pelos adolescentes pesquisadores.

Dessa forma, será incorporado ao trabalho formal da análise acadêmica, o olhar dos adolescentes que representará o horizonte de um coletivo e de sujeitos em ação pensando e expressando seu lugar no mundo neste tempo histórico.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo, em observância às diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, atenderá aos seguintes aspectos éticos: os sujeitos convidados a participar da pesquisa serão esclarecidos sobre os objetivos e finalidades da mesma. Eles registrarão sua livre aceitação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Apêndice C). Uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora. Considerando que os sujeitos de pesquisa serão adolescentes, a participação no grupo só se efetivará mediante assinatura de Termo de igual teor de seus pais e/ou responsáveis. O participante terá o direito de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo, bem como lhes será assegurada a privacidade quanto aos dados confidenciais obtidos na investigação. Como se trata de uma investigação que envolverá dispositivos grupais, os participantes serão convidados à contratação de cuidados éticos sobre o sigilo e respeito às singularidades que sejam trabalhadas e expostas durante os encontros.

As propostas de atividades musicais a serem oferecidas aos integrantes da pesquisa respeitarão a individualidade de cada um de forma que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos, esperando-se que as mesmas se revertam em benefícios a todos que participarem dos encontros.

Esta pesquisa terá início após sua apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos do Estado Rio Grande do Sul.

3.5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

A divulgação dos resultados será exibida junto com os sujeitos de pesquisa para toda comunidade escolar/familiar em um formato a ser definido.

Será produzido um artigo científico com as informações coletadas durante a pesquisa de campo.

4 CRONOGRAMA

Nesta seção, será apresentado o cronograma elaborado para o desenvolvimento da presente pesquisa.

Quadro 2: Cronograma

Atividades	2014												2015					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Elaboração do Projeto					x	x												
Revisão Bibliográfica			x	x	x	x	x	x										
Aprovação na Comissão Científica UNISINOS									x									
Coleta de Dados									x	x	x	x						
Análise dos Dados													x	x				
Redação preliminar															x	x		
Correção e Revisão																	x	
Entrega da Dissertação																		x

Fonte: Elaborado pela autora

5 ORÇAMENTO

A seguir, apresentar-se-á a previsão orçamentária para execução do estudo:

Quadro 3: Orçamento

Recursos materiais	Quantidade	Valores parciais
Combustível para o deslocamento de carro	15 km = 1 litro de gasolina	R\$ 100,00
Instrumentos musicais	(01) Violão, (01) aparelho de som, (20) ovinhos de percussão, (20) pares de clavas, (05) afoxés, (05) reco-recos, (06) caxixi, (02) tambores, (02) pandeiros, (02) meia-lua, (02) ganzás, (02) tamborim (05) chocalhos de semente (01) caixa	R\$ 3.000,00
Registro audiovisual	(01) máquina filmadora	R\$ 1.000,00
CDs de estilos musicais variados	30	R\$ 500,00
Papel A4	04 pacotes	R\$ 100,00
Fotocópias	200	R\$ 200,00
Cópias impressas	1000	R\$ 100,00
		Total R\$ 5.000,00

Fonte: Elaborado pela autora

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. M. B. **Comunidade e sociedade**: conceito e utopia. Raízes, Campina Grande, v. XVIII, n. 20, 1999. p. 54-57. Disponível em: <<http://www.ufcg.edu.br/~raizes/artigos>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.8, n.15, p.259-74, 2004. Disponível em: <<http://issuu.com/revista.interface/docs/15>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

ALMEIDA, M. M. de et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2014.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n. 16, p.39-52, 2005.

ALVIN, J. **Musicoterapia**. Buenos Aires: Ricordi, 1978.

ANSDELL, G.; PAVLICEVIC, M. **Beginning Research in the Arts Therapies: A practical guide**. Jessica Kingsley Publishers, 2006.

ASQUIDAMINI, Fabiane. **Saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa**: o caso de São Leopoldo/RS. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2013.

AYRES, J. R. C. M. **Adolescência e saúde coletiva**: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: Schraiber LB, organizador. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-82.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA Jr., I. Saúde do Adolescente. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (org.). **Saúde do Adulto**. Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 66-85 (Saúde em Debate, 96: Série Didática 3).

BARBIANI, R. Mapeando o discurso teórico latino-americano sobre juventude(s): a unidade na diversidade. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 138-153. jan./jun. 2007.

BARBIANI, R. **Relatório Preliminar Pesquisa**: Violência e Violação de direitos humanos: medidas socioeducativas no município de São Leopoldo na ótica dos determinantes sociais da saúde. São Leopoldo: maio/2014.

BARCELLOS, Lia Rejane. **Cadernos de Musicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BARCELLOS, Lia Rejane. **Cadernos de Musicoterapia 3**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

BARCELLOS, Lia Rejane. Familiaridade, confortabilidade e previsibilidade da canção popular como “holding” as mães de bebês prematuros. In: _____ (Org.). **Vozes da Musicoterapia**. São Paulo: Apontamentos, 2007. p. 81-91.

BARRETO, Adalberto de Paula. **Terapia Comunitária**: passo a passo. 3. ed. Fortaleza: Gráfica LCR, 2008.

BARRETO, Adalberto de Paula. O simbolismo da dor: quando a boca cala os órgãos falam... In: CAMAROTTI; FREIRE; BARRETO (org.). **Terapia Comunitária Integrativa sem Fronteiras**: compreendendo suas interfaces e aplicações. Brasília: MISMEC-DF, 2011. p.311-334.

BARROS, L. P. et al. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 3, p. 212-217, 2008.

BAUER, Martin W.; GASKEL, Geroge (orgs.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

BAUMAM, Zygmunt. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BLASCO, Serafina Poch. **Compendio de Musicoterapia**. Vol. I e II. Barcelona: Herder, 1999.

BOCK, A. M.; GONÇALVES, M. G; FURTADO, O. (orgs.). **Psicologia sócio-histórica**: uma perspectiva crítica em psicologia. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BORUCHOVITCH E, Felix-Souza IC; SCHAAL, V. T. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de primeiro grau. **Rev Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 418-25, dez. 1991.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo (orgs.). **Pesquisa participante: a partilha do saber**. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2006. p. 21-54.

BRANDÃO NETO, Waldemar et al. Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 02 Set. 2014.

BRANDÃO Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo R. A pesquisa participante e a partilha do saber: uma introdução. In: **Pesquisa participante: a partilha do saber**. BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo (orgs.). Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2006. p. 7-20.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei Federal 8.069/1990, Brasília – DF, 1990.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**, de 13 de julho de 1990. Porto Alegre: Conselho Municipal dos Direitos da criança e do adolescente, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente (PROSAD)**. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. País registra queda de mortes por arma de fogo. 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área de Saúde do Adolescente e do Jovem**. Marco legal: saúde, um direito do adolescente. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Brasília, 2007a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Marco teórico e referencial**. Saúde sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2007b. 57 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem**. Apresentação. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=241>. Acesso em: 7 maio 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p.

BRASÍLIA. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS. Escritório de representação no Brasil. **A saúde no Brasil**, Brasília, p.1-48, nov. 1998.

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BRUSCIA, K. **Musicoterapia – Modelos y práctica**. Mexico: Editorial Pax, 2007.

BUBER, M. **Sobre Comunidade**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

BUENO, C. O.; STRELHOW, M. R. W.; CÂMARA, S. G. Inserção em grupos formais e qualidade de vida entre adolescentes. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 311-320, set./dez. 2010.

BULGACOV, Y. L. M. et al. Identidade profissional e projeto de vida: leitura da construção da identidade em adolescentes. Artigo apresentado no XXVIII CONGRESSO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA. Santiago: Chile, 2001.

CABIÉ, M. C. Adolescência e ciclo familiar existencial. In: GAMMER, C.; CABIÉ, M. C. **Adolescência e crise familiar**. Tradução: Dra. Maria Emília Jacob Pereira. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

CAMARGO, D.; MAHEIRIE, K.; WASLAWICK, P. Significados e sentidos da música: uma breve “composição” a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 105-113, jan./abr. 2007.

CAMPOS, R. H. F. 'Introdução A Psicologia Social Comunitária' in CAMPOS, REGINA HELENA DE FREITAS (org.). **Psicologia Social Comunitária, da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 9-15.

CARDOSO DE MELO, J. A. Educação Sanitária: uma visão crítica. **Cadernos do Cedex**. São Paulo: Cortez Editora-Autores Associados, n. 4, p. 28-43, 1981.

CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade**. A era da informação: economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 2.

CARDEMAN, Clarice; COSTA, Clarice Moura. **A Musicoterapia no Rio de Janeiro 1955 a 2005**. Rio de Janeiro, 2006

CHAGAS, M. **Musicoterapia**: desafios da interdisciplinaridade entre a modernidade e a contemporaneidade. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

CHAGAS, M. **Processos de subjetivação na música e na musicoterapia**. Tese (Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social – EICOS Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CHAGAS, M.; PEDRO, R. **Musicoterapia**: desafios entre a modernidade e a contemporaneidade – como sofrem os híbridos e como se divertem. Rio de Janeiro: Mauad X Bapera, 2008.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem**. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

COLIN, Elaine Cristina da Silva; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Territorialidade e Promoção da Saúde: Quando a Gestão Participativa Faz a Diferença. **2º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SAÚDE E AMBIENTE**, 19 a 22 de outubro de 2014, Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

CORRÊA, A. C. de P. A enfermagem Brasileira e a Saúde. In: RAMOS, F.R.S. et al. (orgs.). **Adolescer, compreender, apoiar, acolher**. Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. 195p.

COSTA, Clarice Moura. **O despertar para o outro**. São Paulo: Summus, 1989.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, 2007.

COTRIM, B. C.; CARVALHO, C. G.; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.6, p. 636-645, dez. 2000.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. **A teia do tempo e o autista**: música e musicoterapia. Goiânia: UFG, 2003.

DA LUZ, Luiza Thomé. Musicoterapia com idosos institucionalizados na melhoria de habilidades de comunicação IN: DREHER, Sofia Cristina; MAYER, Graziela Carla Trindade (orgs.). **A clínica na musicoterapia**: [recurso eletrônico] avanços e perspectivas / São Leopoldo: EST, 2014. 296 p.

DANIELI, G. L. **Adolescentes grávidas**: percepções e educação em saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) -- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, 2010.

DIAS, Fernanda Lima Aragão et al. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 456-461, jul./set. 2010.

DOLTO, F. **A causa dos adolescentes**. Trad. Julieta Leite. Rio de Janeiro: Novo Fronteira, 1990.

ELIAS, P. E. M. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: Cohn A, Elias PEM. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 3. ed. rev. amp. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1999. p. 59-119.

ERLANDSSON, K. et al. Qualitative interviews with adolescents about "friends-with-benefits" relationships. **Public Health Nurs**, v. 30, n. 1, p. 47-57, jan. 2013.

ESPOSITO, Roberto. Nihilismo e Comunidade. In: PAIVA, Raquel (org.). **O retorno da comunidade**: os novos caminhos do social. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007. p. 15-30.

FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; THOMSON; Zuleika; MELCHIOR, Regina. **Atenção à saúde dos adolescentes**: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n.11, p. 2491-2495, Nov. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/24.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

FERREIRA, M. de A. et al. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: Uma questão de cidadania. In: RAMOS, F.R.S. et al. (orgs.). **Adolescer, compreender, apoiar, acolher**. Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília, DF: ABEn/Governo Federal, 2000. 195 p.

FERREIRA, M. de A. et al. Saberes de adolescentes: Estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p.217-224, abr./jun. 2007.

FERREIRA, Márcia de Assunção. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 205-11, Abr./Jun. 2006.

FERRIANI, M. das G.C.; SANTOS, G.V.B. dos. Adolescência, puberdade e nutrição. In: **Adolescer, compreender, atuar, acolher**. ABEN - Ministério da Saúde Brasília-DF, 2001. p.77-91.

FISCHER, F.M. et al. Efeitos do trabalho sobre a saúde de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.973-984, 2003.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLICK, Uwe. **Qualidade na Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FERNANDES, Florestan (Org.). **Comunidade e sociedade**: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação. São Paulo: Nacional e USP, 1973. p. 140-143.

FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Manifestações de gênero no processo de adolescer. Acta Scientiarum. **Health Sciences**, Maringá, v.6, n.1, p.231-237, 2004.

FONTANA, Rosane Teresinha; SANTOS, Antônio Vanderlei dos; BRUM, Zaléia Prado de. A educação em saúde como estratégia para a sexualidade saudável. **J. res.: fundam. care**. Online, v. 5, n. 4, p. 529-36, out./dez. 2013.

FREGTMAN, C. D. **Corpo, Música e Musicoterapia**. Rio de Janeiro: Cultrix, 1989.

FREIRE, P. **Educação e atualidade brasileira**. São Paulo: Cortez, Instituto Paulo Freire, 2001.

GASTON, T. E. (Org). **Tratado de Musicoterapia**. Buenos Aires: Paidós, 1968.

GODINHO, R. A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio: **Rev. Latinoam. Enferm**, v.8, n. 2, p. 25-32, 2000.

GOMES, Carlos; MINAYO, Cecília. **Enfoque ecossistêmico de saúde**: uma estratégia transdisciplinar. Disponível em: <http://www.interfacehs.sp.senac.br/images/artigos/11_pdf.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2014.

GOMES, Claudia de Moraes. Vivência em grupo: sexualidade, gênero, adolescência e espaço escolar. **Rev APS**, v. 16, n. 1, p. 103-111, jan./mar. 2013.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n1, jan. 2011.

GROPPO, L. A. **Juventudes**: ensaios sobre a sociologia e história das juventudes modernas. Rio de Janeiro: DIFEL, 2000.

GUARESCHI, Pedrinho A.; BIZ, Osvaldo. **Mídia & democracia**. Porto Alegre: Evangraf, 2005.

GUSFIELD, J. R. **Community**: a critical response. New York: Harper & Row Publications, 1975.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e Saúde**: uma visão preventiva. Para profissionais de saúde e educação. Petrópolis: Vozes, 2006.

HERSCOVICI, C. R.; BAY, L. **Anorexia nervosa e bulimia**. Ameaças á autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

IBGE. **Censo Demográfico 2010** - Resultados do universo. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

KVALE, Steinar. **Doing Interviews** (Book 2 of the SAGE Qualitative Research kit). London: Sage, 2007.

- LEINIG, Clotilde Espínola. **A Música e a Ciência se encontram**: um estudo entre a música, a ciência e a Musicoterapia. Curitiba: Juruá, 2008.
- LIMA, J. L. **Conhecendo o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD)**. 2005. Disponível em: <www.uff.br/disicamep/prosad>. Acesso em: 07 jun. 2014.
- LUCA, A. Q; BRIANEZI. T; SORRENTINO. M. O Conceito de 'Comunidade' na Educação Ambiental. **V ENCONTRO NACIONAL DA ANPPAS**, 4 a 7 de outubro de 2010, Florianópolis – SC, Brasil.
- LUZ, M. T. Relação entre o adolescente e a sociedade atual. In: LUZ, M. T. (Org.). **Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: CPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.
- MAHEIRIE, K. Processo de criação no fazer musical: uma objetivação da subjetividade, a partir dos trabalhos de Sartre e Vygotsky. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n. 2, p. 147-153, 2003.
- MARINO, Eduardo. **Manual de avaliação de projetos**: uma ferramenta para aprendizagem e desenvolvimento de sua organização. São Paulo: IAS, 1997.
- MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001. p. 39-64.
- MENDOZA, C. Evolución de la práctica clínica de la Musicoterapia hacia el campo social-comunitario. La comunidad, sujeto y objeto de intervención. En Pellizzari, P.C. y Rodríguez. **Salud, escucha y creatividad**. El Salvador: Ediciones de la Universidad del Salvador, 2005.
- MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 197-228.
- MINAYO, Cecília. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MONTERO, Maritza. **Introducción a la psicología comunitaria**. Buenos Aires: Paidós, 2008.

MORÉS, Fernanda Brenner; SILVEIRA, Esalva. Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção da saúde. **Saúde em Debate**. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200006>. Acesso em: 21 out. 2014.

MORIN, André. **Pesquisa-Ação integral e sistêmica**: uma antropopedagogia renovada. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. 232p.

MOROSINI, M. V; FONSECA, A. F; PEREIRA, I. B. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.htm>>. Acesso em: 20 set. 2014.

NEVES FILHO, A. de C. Habilidades de comunicação na consulta com adolescentes. In: LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

NISBET, R. A. **The question of community**. Nova York: Oxford Univ. Press, 1953.

NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

OLIVEIRA, R. M. **A produção do conhecimento em escala local**: repensando a relação entre a investigação científica e a experiência dos grupos populares [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

OLIVEIRA, Sidinei Rocha de; PICCININI, Valmiria Carolina. **Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa**. CADERNOS EBAPE. BR, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, artigo 6, Mar. 2009.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Carta de Otawa**. Brasília, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

OSELAME, Mariane N. **Um estudo sobre as práticas da musicoterapia em direção à promoção da saúde**. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia) – Programa de Pós-Graduação de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. 105 f.

OUTEIRAL, J. **Adolescer**. Estudos revisados sobre adolescência. 2. ed. rev. atual. e amp. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

OZÓRIO, L. Educação Popular e Saúde: elogio à comunidade. **Revista APS**, v.7, n.2, p.96-103, jul./dez. 2004.

PAGANI, Rosani; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Preceptoría de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, May 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/08.pdf>>. Acesso em: 2 Oct. 2014.

PAIVA, Raquel. **O espírito comum: comunidade, mídia e globalismo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Mauad, 2003.

PALÁCIOS, Marcos. O medo do vazio: comunicação, socialidade e novas tribos. In: RUBIM, A. A. (org.). **Idade mídia**. Salvador: UFBA, 2001.

PARSON, Talcott. Las estructuras principales de La comunidad: un punto de vista sociológico. In: FRIEDRICH, Carl J. (Org.). **La comunidad**. México: Roble, 1969. p. 155-178.

PASSARELI, P. M.; SILVA, J. A. Psicologia Positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. **Estudos de Psicologia Campinas**, v. 24, n. 4, 513-517, 2007.

PEDROSA, J. I. S. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: Ministério da Saúde, organizador. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 13-7

PEIXOTO, M. C de M. **Musicoterapia comunitária em um bairro de goiânia**: uma contribuição para a política nacional de saúde integral da população negra. Dissertação (Mestrado em Música) – Programa de Pós-Graduação em Música, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiás, 2011. 240 f.

PELLIZZARI, P. **Musicoterapia**: promoción y prevención de la salud. In: II Fórum de Musicoterapia do Rio Grande do Sul. 2010. São Leopoldo. RS. Anais do II Fórum de Musicoterapia do Rio Grande do Sul. Disponível em CD-ROM.

PELLIZZARI, P. **Crear Salud**: aportes de La Musicoterapia preventiva – comunitária. Buenos Aires: Patricia Pellizzari Editora, 2011.

PELLIZARI, P.; RODRÍGUEZ, R. **Salud, Escucha y Creatividad**. Musicoterapia Preventiva Psicosocial. Buenos Aires: EUS, 2005.

PENSO, Maria Aparecida Penso; BRASIL, Katia Cristina Tarouquella Rodrigues; ARRAIS, Alessandra da Rocha; LORDELLO, Silvia Renata. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.2, p.542-553, 2013.

PEREIRA, S. M. Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: riscos e reflexos para a vida futura. In: **Adolescer, compreender, atuar, acolher**. Brasília – DF: ABEN – Ministério da Saúde, 2001. p.112-120.

PEREIRA, P. C. G. **Formação de professores de ensino fundamental para educação em saúde**: uma proposta de Educação popular em saúde através da intersectorialidade. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade Vale do Itajaí – UNIVALI, 2012.

PERUZZO, C. M. K; VOLPATO, M. O. Conceitos de comunidade, local e região: inter-relações e diferenças. **II COLÓQUIO BINACIONAL BRASIL-MÉXICO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO**, 01 a 03 de abril de 2009, São Paulo, Brasil, 2009.

PERUZZO, Cicília Maria Krohling. Comunidades em tempo de redes. In: **Comunicação e movimentos populares**: quais redes? São Leopoldo: Unisinos, 2002. p. 275-298.

PIAZZETTA, C. M. F. Escuta musicoterápica: uma construção contemporânea. Congresso da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Música – ANPPOM, 15, 2005, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://tv.ufrj.br/anppom/sessao22/clarapiazzetta_leomaracraveiro.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2014.

PIMENTEL, ADRIANA de Freitas. **A musicoterapia na sala de espera em uma unidade básica de saúde** - os usuários rompem o silêncio. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

RAMOS, F. R. S. Bases para uma resignificação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: RAMOS, F. R. S. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEN, 2001. p. 11-8.

ROHR, Roseane Vargas. **Educação em saúde facilitada pela música**: uma estratégia de cuidado e pesquisa em enfermagem junto a sujeitos com diabetes mellitus tipo 2. Tese (Doutorado em Enfermagem) -- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2013.

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

RUUD, E. Música como um meio de comunicação. Perspectiva a partir da semiótica e da comunicação. In: RUUD, E. (Org.). **Música e saúde**. São Paulo: Summus, 1991. p.167-173.

RUUD, E. **Music Therapy**: improvisation, communication, and culture. Gilsum: Barcelona Publishers, 1998.

RUZANY, M. H. et al. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 639-649, 2002.

SAMPAIO, R. T. Por uma noção de Música em Musicoterapia, In: SAMPAIO, A. C.; SAMPAIO, R. T. **Apontamentos em Musicoterapia**. São Paulo: Apontamentos, 2005. v. 1.

SÁNCHEZ, A. V.; ESCRIBANO, E. A. **Medição do autoconceito**. Bauru, SP: Edusc, 1999.

SANTANA, J. S. da S.; FERRIANI, M. das G. C. Violência rima com adolescência? In: **Adolescer, compreender, atuar, acolher**. Brasília – DF: ABEN - Ministério da Saúde, 2001. p.95-103.

SANTOS, A. L; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov. 2010/fev. 2011.

SANTOS, M. **O país distorcido**. O Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha, 2002. p. 33, 82, 84.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único, à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **O Fórum Social Mundial**: manual de uso. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, C. C.; RESSEL, L. B. O adolescente no serviço de saúde. **Revista Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-55, jan./mar. 2013.

SANTOS, Hermes S.; TEIXEIRA, Célia F. S.; ZANINI, Claudia. Contribuições da musicoterapia para o fortalecimento da subjetividade de adolescentes participantes de um projeto social. **Opus**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 163-182, dez. 2011.

SANTOS, M. A.; BARCELLOS, L. R. M. **A natureza polissêmica da música e a musicoterapia**. 1996. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B7-3Xng5XEKFNzBhNDhmZTltNjFhNy00N2U4LTgwYzUtNWUyZGQzOTVjMzNh/edit>>. Acesso em: 08 ago. 2014.

SAWAIA, Bader B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, R. H. (org) **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

SEKEFF, M. L. **Da música, seus usos e recursos**. 2. ed. São Paulo: Unesp, 2007.

SILBER, T. J. et al. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cad Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 831-841, 2000.

SILVA, R.; SIMON, C. Sobre a diversidade de sentidos de comunidade. *Revista Psico*, Porto Alegre, v.36, n.1, jan./abr. 2005. p.39-46.

SILVA, R. A. et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1113-1118, 2007.

SILVEIRA, R. E. et al. Oficinas com professores: educação em saúde para o manejo com adolescentes. **Acta paul. enferm.**, v. 25(Esp.), p.169-74, 2012.

SOUZA, I. P. M. de; JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história Brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 33, n.4, p.618-627, out./dez. 2009.

STIGE, B. **Culture-centered music therapy**. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2002.

STIGE, B. Community Music Therapy: Culture, Care and Welfare. In: PAVLICEVIC, M.; ANSDELL, G. **Community music therapy**. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2004.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. In: VALLA V. V. **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1993. p.13-22.

STRECK, D. R. Pesquisar é Pronunciar o Mundo: notas sobre método e metodologia. In: BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. (Orgs). **Pesquisa Participante**: O saber da partilha. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2006. p. 259-276.

TAMIETTI, M. B.; CASTILHO, L. S.; PAIXÃO, H. H. Educação em saúde bucal para adolescentes: inadequação de uma metodologia tradicional. **Arq Odontol.**, v. 34, n. 1, p. 33-45, jan./jun.1998.

TAQUETTE, S. R. et al. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1437-1444, sep./oct. 2003.

TARIZZO, Davide. Filósofos em comunidade. Nancy, Espósito, Agamben. In: PAIVA, Raquel (Org.). **O retorno da Comunidade**: os novos caminhos do social. Rio de Janeiro: Manuad, 2007.

THIOLLENT, Michael. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

THIOLLENT, Michel. Pesquisa-Ação e Pesquisa Participante: uma visão de conjunto. In: STRECK, Danilo; SOBOTTKA, Emil A.; EGGERT, Edla (Orgs.). **Conhecer e Transformar**: Pesquisa-ação e pesquisa participante em diálogo internacional. Curitiba, PR: CRV, 2014.

TIFATINO, E. Desde la Musicoterapia Comunitaria a la Paz. Musica, terapia y comunicacion. **Revista de Musicoterapia**, Bilbao 3, n. 32, 2012.

TOMAINO, Concetta M. **Musicoterapia neurológica**: evocando as vozes do silêncio. São Leopoldo: EST, 2014.

TÖNNIES, Ferdinand. Comunidade e sociedade como entidades típico-ideais. In: FERNANDES, Florestan. (org.). **Comunidade e sociedade**: leituras sobre problemas conceituais, metodológicos e de aplicação. São Paulo: Editora Nacional e Editora da USP, 1973. p. 96-116.

TÖNNIES, Ferdinand. Comunidade e Sociedade: textos selecionados. In: MIRANDA, Orlando. (org.). **Para ler Ferdinand Tönnies**. São Paulo: USP, 1995. p. 231-342.

TÖNNIES, Ferdinand. **Communit and Society**. Nova Iorque: Dove Publication, 2002.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

ULLRICH, Danielle Regina et al. **Reflexões teóricas sobre confiabilidade e validade em pesquisas qualitativas**: em direção à reflexividade analítica. *Análise*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 19-30, jan./abr. 2012.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Saúde. In: MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

UNICEF. **O direito de ser adolescente**: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, DF: UNICEF, 2011.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <[HTTP://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/)>. Acesso em: 21 out. 2014.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2006. p. 103-17.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 73-100.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular**: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Physis, 2004. p. 14 - 67-83.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

VATTIMO, Gianni. O belo como experiência comunitária. In: PAIVA, Raquel (org.). **O retorno da comunidade: os novos caminhos do social**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007. p. 63-68.

VEJA. A magreza que mata. A morte de uma modelo por anorexia faz soar o alarme sobre as causas dessa doença misteriosa que vitima as adolescentes e mulheres jovens. **Veja**, São Paulo, abr., ed.1983, a.39, n.46, nov. 2006.

VYGOTSKY, L. S. **Psicologia da Arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZANINI, Claudia R. O. **Coro terapêutico: um olhar do musicoterapeuta para o idoso no novo milênio**. Dissertação (Mestrado em Música) – Escola de Música e Artes Cênicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, 2002.

ZANINI, Claudia R. O. **O Efeito da Musicoterapia na Qualidade de Vida e na Pressão Arterial do Paciente Hipertenso**. Tese (Doutorado em Música) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2009.

APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LEOPOLDO
Estado do Rio Grande do Sul
SMED - SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO Praça
Tiradentes, nº 119 - Centro São Leopoldo - RS - CEP 93010-020
Fones: (0xx51) 3589-1829; 3589-6822; 3589-6666; 3589-1655
E-mail: smed.ped@saoleopoldo.rs.gov.br



Carta de Anuência

São Leopoldo, 03 de setembro de 2014.

Eu, Joana D'Arc Wittmann, secretária de Educação adjunta e diretora de gestão pedagógica Municipal de educação, conheço o protocolo de pesquisa intitulado "Musicoterapia Comunitária um dispositivo para Educação em Saúde com Adolescentes: uma proposta de pesquisa-ação", o qual será desenvolvido por Graziela Carla Trindade Mayer musicoterapeuta, aluna do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, matriculada regularmente no curso de mestrado, sendo a pesquisadora responsável, sob orientação da Professor Doutor José Roque Junges e autorizo a realização do mesmo na rede municipal de ensino, na escola Álvaro Luis Nunes.

O início desta pesquisa poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos.

Atenciosamente,

Joana D'arc Wittmann
Secretária Municipal de Educação Adjunta
Diretora de Gestão da Educação Básica

São Leopoldo, Berço da Colonização Alemã no Brasil.



APÊNDICE B – ANÁLISE DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 132/2014

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 14/136 **Versão do Projeto:** 23/09/2014 **Versão do TCLE:** 23/09/2014

Coordenadoras:

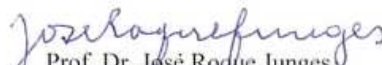
Mestranda Graziela Carla Trindade Mayer (PPG em Saúde Coletiva)

Título: A Musicoterapia Comunitária um dispositivo para Educação em Saúde com Adolescentes: uma proposta de pesquisa-ação.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 23 de setembro de 2014.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu Graziela Carla Trindade Mayer, mestranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, orientanda do Prof. Dr. José Roque Junges, estou realizando a pesquisa: **“Musicoterapia Comunitária um dispositivo para Educação em Saúde com Adolescentes: uma proposta de pesquisa-ação”**, que tem o objetivo de analisar as potencialidades da musicoterapia no desenvolvimento de processos de educação em saúde voltados à promoção da saúde de adolescentes, no âmbito coletivo e comunitário. Assim se poderá pensar a saúde da/o adolescente e cogitar sobre as múltiplas maneiras de viver a adolescência e também de viver a vida, por sua vez, implica em um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se volta para essa parcela significativa da sociedade, os adolescentes.

A participação do(a) seu/sua filho/filha na pesquisa constituirá em participar de encontros semanais com duração de uma hora e trinta minutos em que serão realizadas atividades musicais, dinâmicas de grupos a fim de identificar com os adolescentes as necessidades de saúde da escola e quais atividades ajudariam para ter mais saúde.

Os encontros acontecerão na escola no turno inverso de quando seu/sua filho/filha tem aula. Os horários serão previamente combinados e marcados. Esses encontros serão filmados para poder analisar as atividades musicais dos adolescentes.

Todas as informações obtidas durante os encontros serão confidenciais, isto é, o nome do(a) seu/sua filho/filha ficará anônimo(a) e nunca aparecerá nas publicações. Você poderá pedir todos os esclarecimentos necessários sobre os encontros e sobre a participação do(a) seu/sua filho/filha. A participação dele/dela deve ser voluntária, podendo ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo, se essa for a sua vontade. O material coletado será guardado pela pesquisadora confidencialmente por cinco anos e depois destruído.

Esse documento será assinado em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via em seu poder e a outra com a pesquisadora.

Data: ____/____/____.

Nome do responsável pelo adolescente

Assinatura do responsável

Eu _____ li e compreendi esse termo de consentimento que meus pais receberam e estou de acordo em participar das atividades musicais na escola.

Assinatura do(da) adolescente

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 23 / 09 / 14
.....
.....

Graziela Carla Trindade Mayer, pesquisadora, telefone para contato: 51-98285654

Av. Unisinos, 950 Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul Brasil

RELATÓRIO DE CAMPO

1 APRESENTAÇÃO

Este relatório tem o intuito de apresentar a trajetória da presente pesquisa, descrevendo todas as etapas percorridas desde as motivações para a escolha do tema até a execução e os resultados finais deste estudo. Os primeiros passos dessa caminhada iniciaram no segundo semestre de 2013, a partir da inserção desta pesquisadora no mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Após a definição da professora Rosangela Barbiani como orientadora, alguns encontros foram realizados, a fim de discutir a linha de pesquisa que seria seguida.

O interesse por desenvolver esse tema de pesquisa é decorrente da trajetória acadêmica e profissional da autora. Enquanto acadêmica do Curso de Graduação em Musicoterapia, na Faculdade EST, ela realizou estágios curriculares em Escola regular, Centro de Atenção Psicossocial em São Leopoldo, na Clínica Escola da Faculdade EST e ainda participou de atividades de extensão relacionadas à saúde comunitária. Tais atividades proporcionaram um contato maior com a saúde coletiva, fazendo crescer cada dia mais o interesse em aprender e pesquisar sobre os processos de saúde.

Dessa maneira, passou-se a vislumbrar a oportunidade de pesquisar e apreender novas alternativas de intervenção na ótica da promoção da educação em saúde ao público adolescente. E, a partir dessas ações, repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para essa parcela significativa da sociedade.

Desse modo, a temática em estudo procurou refletir sobre o desenvolvimento de processos de educação em saúde no espaço escolar utilizando a Musicoterapia Comunitária, tentando identificar as necessidades de saúde da realidade singular dos adolescentes e as estratégias que são construídas por eles; conhecer as representações e práticas da comunidade em relação à educação em saúde, a partir das experiências e concepções dos estudantes; e sistematizar, por meio da prática investigativa, os aportes instrumentais e pedagógicos que a Musicoterapia pode operar para desencadear processos formativos de educação em saúde.

Para a construção do projeto de pesquisa, primeiramente, foi preciso estudar intensamente sobre o assunto, pois não havia familiaridade da autora com as

políticas e programas voltados para os adolescentes, assim como uma apropriação dos conceitos de educação em saúde. Portanto, poder trabalhar com esse tema oportunizou a experimentação de algo novo, que provocou sentimentos de ansiedade, mas também fez com que a autora ficasse entusiasmada pela ideia de desencadear espaços de discussões voltados às necessidades e ao universo dos adolescentes.

No decorrer da construção do projeto de pesquisa, orientanda e orientadora foram conversando sobre as possibilidades de lugares para realização da pesquisa. Definiu-se que, pelo fato de a Universidade estar situada na cidade de São Leopoldo e tendo em vista as contribuições para esse município, a pesquisa seria realizada na rede municipal dessa mesma cidade.

Através de uma colega de trabalho, obteve-se o contato da secretária adjunta da Secretaria Municipal de Educação Joana Dark. A primeira reunião foi em agosto de 2014. Na ocasião, foram explicados os objetivos do projeto e com muita receptividade a secretária solicitou mais informações de como seria a escolha da escola para a pesquisa. Informou-se que a ideia era utilizar os dados da pesquisa realizada pela professora Rosângela Barbiani a respeito dos indicadores de violência contra crianças e adolescentes no município de São Leopoldo, RS. A referida pesquisadora realizou um mapeamento das zonas vulneráveis na cidade. A secretária, então, solicitou que o projeto escrito fosse encaminhado para posteriormente ser realizada a definição do local da pesquisa, conforme será abordado na próxima seção.

Durante a finalização do projeto de pesquisa, houve alteração do orientador da pesquisa, passando o professor Jose Roque Junges a ser o novo orientador e a professora Rosângela Barbiani a coorientadora. Em concordância com esses professores e com o auxílio da secretaria de educação, foram compilados todos os documentos necessários da instituição coparticipante do estudo para a submissão do projeto na plataforma Brasil, assim como para a qualificação, ocorrida no dia 20 de novembro de 2014, momento em que os componentes da banca foram, além do orientador, o professor Dr. Danilo Romeu Streck (Programa de Pós-Graduação em Educação da Unisinos) e a professora Dra. Marly Chagas Oliveira Pinto (Conservatório Brasileiro de Música do Rio de Janeiro).

Nessa ocasião, foram ressaltadas algumas questões principalmente relacionadas à necessidade de clarear na justificativa o papel dos adolescentes

como protagonistas (sujeitos) de suas histórias de vida. Sugeririam também incluir repensar os conceitos e a utilização de algumas sugestões de bibliografia. Após a apreciação das recomendações apresentadas, o projeto foi finalizado e apresenta-se aqui a versão final. Cabe destacar que o projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade, sem restrições, no dia 23 de setembro de 2014, sob o número 14/136. A partir dessa data, deu-se início à inserção da presente acadêmica no campo de estudo.

2 ESCOLHA E INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA

Antes da entrada da autora na escola, foi realizada uma reunião ainda com a secretaria de educação para a construção do mapeamento das escolas municipais e das regiões em que elas estavam localizadas. O município de São Leopoldo possui 36 escolas municipais, sendo 20 escolas com ensino fundamental completo. A partir da pesquisa desenvolvida por Barbiani (2014), identificou-se o universo de moradia dos adolescentes, que cumpriram algum tipo de medida socioeducativa. Dentre todos os bairros mapeados da cidade de São Leopoldo, Rio do Sinos, São Miguel (Vila Paim), Campestre (São Cristovão), Vicentina e Fazenda São Borja (Morro do Paula) apresentaram maior distribuição espacial do local de moradia desses adolescentes.

A partir desses dados, obteve-se a localização das escolas municipais nos bairros, selecionando primeiramente as escolas com ensino fundamental completo (até o nono ano) que se encontrassem nessas regiões. Os dados indicaram a existência de duas escolas situadas nessas regiões com ensino fundamental completo, mas ambas as instituições de ensino já possuíam várias atividades extras direcionadas aos alunos no turno inverso.

Identificou-se, então, que as zonas de maior vulnerabilidade social e econômica não possuíam escolas municipais de ensino fundamental completo. Em virtude disso, realizou-se novamente um mapeamento buscando identificar as escolas mais próximas a esses bairros.

A escola está situada na zona norte do município de São Leopoldo/RS, com 214.087 habitantes (IBGE, 2010). Segundo dados do Censo (IBGE 2010), trata-se do quinto bairro mais populoso (13.599) e o quarto com maior com população jovem

(3.318). Este bairro não possui cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O bairro tem um centro de saúde com atendimento de 24 horas. Segundo IBGE (2010), a renda socioeconômica das pessoas com rendimentos é de um a dois salários mínimos ao mês.

A partir daí, identificou-se a Escola Municipal Álvaro Luiz Nunes, localizada à rua Edmundo Felix Nunes, s/nº, no bairro Campina, divisa com o bairro São Miguel. Em virtude de estar localizada na divisa de ambos os bairros e por não possuir atividades extras para os alunos no contra turno, essa foi a instituição de ensino escolhida.

O nome da escola é em homenagem ao Professor Álvaro Luis Nunes. Álvaro estudou no Instituto Concórdia para ser professor. Foi convidado pela diretora da EMEF Otília Rieth para assumir a coordenação do anexo Otília na Vila Antônio Leite. O anexo ficava onde hoje é a EMEI Antônio Leite. A comunidade foi crescendo e o anexo ficou pequeno. Então, o professor Álvaro solicitou que uma escola fosse construída. Em 1996, Álvaro adoeceu. Trabalhou até dois dias antes de seu falecimento. Muitos relatam que ele contribuiu com o próprio dinheiro para a construção das salas de aula. Contudo, não chegou a ver a concretização de seu sonho. A escola foi inaugurada no dia 27 de maio de 2000.

A escola oferta Educação de Jovens e Adultos – Supletivo (Ensino Fundamental – Supletivo) e Ensino Fundamental. Quanto à estrutura física, possui: 19 salas de aulas, sala de diretoria, sala de professores, Laboratório de Informática, sala de recursos multifuncionais para Atendimento Educacional Especializado (AEE), quadra de esportes coberta, quadra de esportes descoberta, cozinha, biblioteca, sala de leitura, parque infantil, banheiro dentro do prédio, banheiro adequado à educação infantil, banheiro adequado a alunos com deficiência ou mobilidade reduzida, sala de secretaria, banheiro com chuveiro e refeitório. Desde a educação infantil até o nono ano, nos turnos da manhã e tarde, e o ensino supletivo, à noite, são 1.145 alunos, sendo que 442 alunos estão nos anos finais (do 6º ao 9º anos).

Foi realizado, então, contato com a Escola Álvaro Luis Nunes através da supervisora Vanessa. Por telefone, a supervisora se mostrou muito interessada em conhecer a proposta da pesquisa. Desse modo, foi agendado um horário para a apresentação da mesma. O encontro foi marcado para o dia 15 de setembro às 13 horas e 30 minutos na escola.

Nesse dia, logo após nossa conversa, a supervisora apresentou esta autora para o vice-diretor e às secretárias da escola. Além disso, foi possível conhecer as instalações da escola. Após o término desse primeiro contato, a pesquisadora despediu-se das pessoas que a acolheram e se retirou da escola. Dessa forma, a acadêmica retornou para sua casa refletindo sobre as barreiras que teria de enfrentar e sobre a realidade a ser encontrada daqui para frente. No mesmo dia, houve a confirmação da escola para iniciar o projeto. Por telefone, foram combinados os dias para início da pesquisa. A supervisora escolar também informou que, em virtude de espaço, só tinha sala disponível no turno da manhã, pois à tarde as salas estavam todas ocupadas. A sala disponível para os encontros seria a sala da diversidade, uma sala utilizada na escola para múltiplas atividades. A partir desse dia, deu-se início aos procedimentos para a coleta de dados.

3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS: A PESQUISA EM AÇÃO

Para a coleta de dados desta pesquisa, foram utilizadas como técnicas principais os quatro métodos da Musicoterapia, aliados da pesquisa ação e da metodologia participativa. Assim, foi possível uma aproximação com o campo a ser investigado e uma contextualização das falas, das dimensões não verbais, da realidade social e das interações nas relações. As observações, os contextos e as impressões sobre os encontros foram anotadas em um diário de campo. Os dados foram registrados através dos vídeos durante os encontros semanais. Em função da complexidade dos instrumentais de pesquisa e da Musicoterapia, participaram, de forma voluntária, dois estudantes de Musicoterapia, que registraram os acontecimentos, observaram a linguagem não verbal e as atividades práticas, bem como auxiliaram com os equipamentos.

A coleta de dados ocorreu de setembro a dezembro de 2014. Primeiramente, durante dois dias não consecutivos, foram feitos os convites para os adolescentes. Com a ajuda da supervisora, organizou-se como seria a entrada nas salas de aula, o convite e a apresentação da proposta do projeto.

Foram visitadas as salas de aula do 7º, 8º e 9º anos para fazer o convite. Batia-se à porta e pedia-se licença ao professor, a supervisora iniciava

apresentando a presente pesquisadora, falando seu nome e dizendo que tinha um convite para eles. Na continuação da apresentação, a acadêmica reforçava as informações já passadas pela supervisora e apresentava sucintamente o projeto de como seriam os encontros, dia, horário e que estaria na escola para tirar dúvidas e conversar com eles novamente.

Na segunda rodada, a acadêmica levou o violão perguntando se gostavam de cantar, o que gostavam; cantou, por conseguinte, junto com os alunos algumas músicas que pediram. Informou-se a eles a existência de um Termo de Consentimento e a necessidade da assinatura deles e de um responsável. Procurou-se deixar clara a garantia de anonimato dos participantes com relação às informações obtidas, assim como da autonomia deles para decidirem acerca de sua participação ou não da pesquisa. Junto ao termo que cada um levou para casa, tinha um bilhete com as informações do início dos encontros, horário, sala e o término do projeto. Foi combinado com os adolescentes que poderiam trazer o Termo de Consentimento Livre (TCL) no dia marcado para o início dos encontros, mas este precisaria estar assinado por eles e por um responsável. Além disso, indicou-se que, se houvesse dúvida, a família poderia vir junto para buscar o esclarecimento devido.

Os encontros já estavam agendados. O início estava marcado para sexta dia 26 de setembro às oito horas e trinta minutos na sala da diversidade.

Os encontros seguiam o planejamento inicial das temáticas, mas não necessariamente sempre na mesma ordem. Durante os encontros, iniciava-se normalmente com uma atividade de acolhida com os adolescentes, uma atividade rítmica e com jogos musicais com objetivo de interagir e aproximar o grupo para os próximos momentos. O segundo momento era dirigido dentro dos temas geradores. Para tanto, foram utilizados os Quatro Métodos de Musicoterapia, conforme apontado por Bruscia (2000): improvisação, composição, recriação e audição como dispositivo para as discussões. Após esse momento, era proposto aos adolescentes escolher músicas, instrumentos, os quais eles pudessem tocar e cantar junto. O repertório utilizado era variado e continha desde funk até música gospel. A escolha das músicas sempre era feita pelos adolescentes.

Num terceiro momento, utilizava-se alguma dinâmica, canção de roda para introduzir a temática a ser trabalhada, associada às técnicas musicoterápicas (audição, recriação, composição e improvisação). No momento seguinte, era

abordado o tema, feitas as discussões, apontamentos utilizando vários recursos: sonoros, gráficos, imagens, entre outros.

Em virtude do pequeno número de adolescentes no primeiro encontro e da não adesão principalmente do nono ano, o convite foi estendido também aos alunos do 5º e 6º anos desde que os adolescentes tivessem 13 anos completos. Essa estratégia obteve resultado, sendo possível nuclear o grupo inicial com 12 participantes.

4 CONTEXTO DOS ENCONTROS E PARTICIPANTES

Os encontros aconteceram durante o período da manhã. A sala disponibilizada para a pesquisa encontrava-se junto ao prédio destinado ao ensino fundamental (do 1º ao 3º anos), mas, em razão de outras atividades que surgiram ao longo da pesquisa, o grupo foi acomodado em diferentes espaços. A duração dos encontros era de uma hora e trinta minutos em espaços alternados (biblioteca, sala de projetos e pátio).

A proposta inicial da pesquisa era realizar 14 encontros com os adolescentes. Em virtude do calendário escolar, ocorreram, no total, 11 encontros. Durante a pesquisa, a pesquisadora frequentou a escola semanalmente e sempre que necessário em outros dias. A cada encontro, ia conhecendo e se aproximando mais da rotina da escola, assim como dos adolescentes.

A circulação fora dos horários da pesquisa possibilitou captar o funcionamento dos atendimentos aos alunos em geral diante de alguma dificuldade, de como era a relação entre a escola, alunos e famílias.

Durante esse processo, foi possível conhecer melhor o ambiente no qual o público adolescente estava inserido, assim como de que maneira se davam suas relações com a escola. Dentre muitas conversas realizadas com os adolescentes durante todo processo, eram constantes os relatos relacionados ao seu desenvolvimento pedagógico, histórias do seu insucesso escolar, os pensamentos de abandono dos estudos e dificuldades que enfrentam no dia-a-dia.

Nas conversas iniciais dos encontros, enquanto era aguardada a chegada de todos, eram comuns os relatos dos adolescentes sobre os acontecimentos da

semana, sobre quem estava namorando quem, provas, as brigas e a violência em volta da escola. Um dos relatos mais fortes foi uma execução na parada de ônibus em frente à escola, já que os adolescentes relataram que chegou um homem de moto e atirou no outro que estava na parada: “[...] prof. foi na saída às 11:30, uma gritaria, eu me escondi na esquina” (Vitório¹, 14 anos).

5 QUESTÕES ÉTICAS

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta normas e diretrizes para pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, conforme parecer nº 14/136 e pela Secretaria Municipal de Educação de São Leopoldo instituição coparticipante através da carta de anuência. Todos os participantes e responsáveis concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente estudo manteve o direito do anonimato e da confidencialidade das participantes, através do sigilo das entrevistas gravadas e da utilização de pseudônimos.

5.2 AS PRODUÇÕES AO LONGO DOS ENCONTROS

Ao longo deste estudo, foram identificadas diversas formas de manifestação dos adolescentes frente aos temas abordados. Durante todo processo, a Musicoterapia foi o fio condutor das discussões e das produções realizadas pelos adolescentes a partir dos temas discutidos.

Desde o primeiro encontro, as preferências musicais dos adolescentes estiveram presentes. No primeiro dia marcando, quando do encerramento do encontro, a pesquisadora perguntou ao grupo o que gostariam de cantar. Um grupo de adolescentes pediu a canção Vagalume interpretada pelo cantor Pollo. Nos encontros que se seguiram, essa canção sempre esteve presente.

¹ Para preservar o sigilo e anonimato dos adolescentes, os nomes foram trocados por pseudônimos.

Como proposta, foi sugerida aos adolescentes uma reflexão sobre o que era saúde para eles. A partir dessa discussão, os adolescentes fizeram o registro por escrito sobre o que significava para eles, individualmente, o termo saúde. Nesse mesmo dia, os adolescentes trouxeram gravações de suas preferências musicais e cada um mostrou ao grupo sua música.

No decorrer dos encontros, os adolescentes foram convidados a fazerem em dupla a composição de uma paródia musical, cujo tema seria Saúde. Dentre as canções já trazidas pelos adolescentes, eles escolheram a música Vagalume (Pollo). Cada dupla apresentou sua paródia ao restante do grupo. No encontro seguinte, a sugestão era, a partir de todo material produzido por eles, compor uma paródia coletiva. Por meio das composições anteriores, foi realizada a composição do refrão da música Vagalume em grupo; contendo, assim, a ideia de todos os adolescentes.

Seguem as transcrições das discussões referentes ao tema: “O que é saúde para você”?

<p>Concepções de Saúde e Doença</p>	<p>1: “Saúde pra mim é um modo de viver, onde as pessoas procuram o saber, e tentam sobreviver, lutam pelas conquistas, não desistem isso você pode ver”.(Manu, 13 anos)</p> <p>2: “Saúde pra mim é um modo de viver ajudar os outros. Pra eles entender que não é nada fácil, tem que lutar”. (Davi, 13 anos)</p> <p>3: “Saúde pra mim é ter uma boa alimentação, sair correndo para fazer exercício e depois fazer flexão. Comer frutas para ter uma boa alimentação e isso eu posso ter uma saúde boa”. (Breno, 14 anos)</p> <p>4: “Saúde é ter uma boa alimentação, comer frutas, legumes e fazer exercícios. (Carlos, 14 anos)</p> <p>5: “Saúde é ter uma vida saudável. Fazer valer a pena uma vida no mundo de hoje. E também saúde mental e espiritual, exercitando o cérebro, procurando ficar calmo e concentrado.(Vitória, 14 anos)</p>	<p>Composição em dupla:</p> <p>Dupla1: Vou caçar mais de um milhão de estudantes por aí, pra viver feliz eu posso ser outra pessoas/ Eu só quero me formar na faculdade vou entrar e quero acordar já formado. (Davi, 13 anos e João, 18 anos)</p> <p>Dupla 2: Vou procurar mais de um milhão de vidas pra sorrir e mudar o mundo desse horror. Eu só quero que acabe essas drogas por aí, pra te ver sorrir e mudar o mundo desse horror.(Carla, 13 anos)</p> <p>Dupla3: Eu vou ter educação ir ver a minha família sorrir vou andar e pular correr e me alegrar, e onde eu possa ter amizade por aí, eu só quero andar e ver todo mundo sorrir. (Breno, 14 anos e Carlos ,14 anos)</p>
--	---	---

A seguir, apresenta-se a paródia coletiva a partir da música *Vagalume*, cujo refrão foi composto por todos os adolescentes do grupo:

Eu vou viver feliz sem as drogas por aí, com educação posso transformar o mundo bem melhor. / eu só quero estudar na faculdade vou entrar e com esperança que as drogas um dia possam acabar.

A composição dessa paródia virou uma música de referência para o grupo. Ela era cantada em todos os encontros e o pedido vinha sempre dos adolescentes.

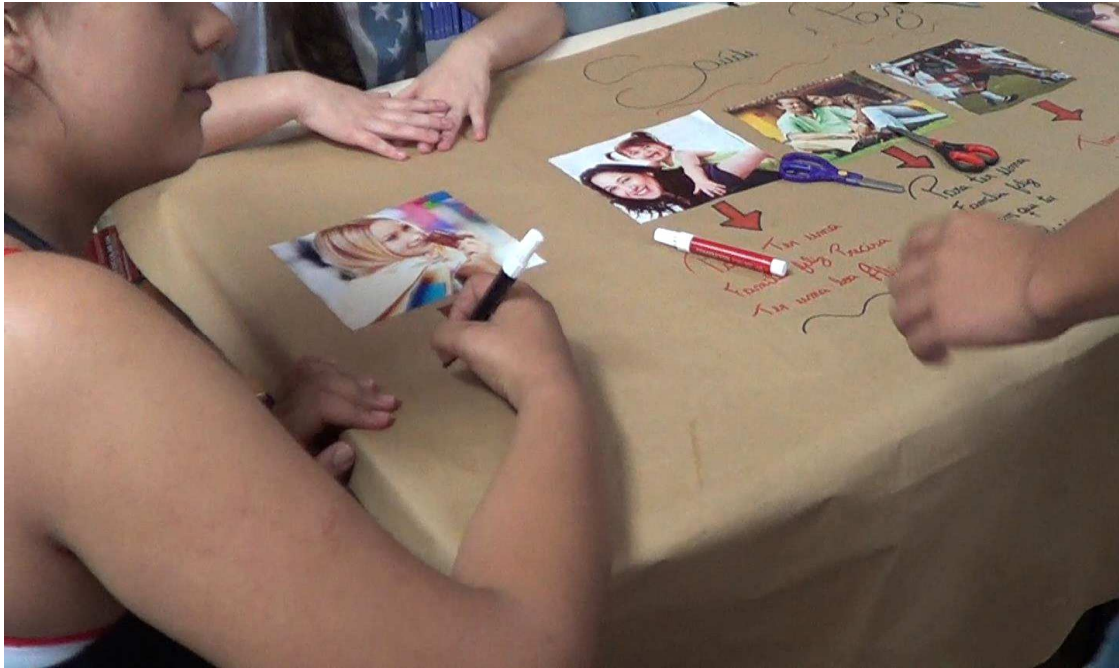
No quinto encontro, foi proposto a eles conhecerem as representações e práticas da comunidade em relação à educação em saúde, através das experiências e concepções deles. Dito de outro modo, foram levados a refletirem sobre as práticas cotidianas (experiências) de cuidado, no processo saúde / doença; e sobre como a comunidade e os adolescentes “cuidavam” de sua saúde.

A atividade foi realizada através da técnica de audição musical, segundo a qual canções pré-selecionadas com eles em um encontro anterior iriam levá-los a produzir cartazes que representassem suas experiências. Os adolescentes estavam divididos em dois grupos. As seguintes músicas que embalsaram esse momento foram escolhidas por eles: “A igreja vem” (Anderson Freire), “A Festa” (Mc Lon), “Wiggle” (Jason Deruto), “Fala com a minha mão” (Ms Loos) e “Princesinha de Aba Reta” (Mc Novinho).

Após a finalização da atividade, cada grupo apresentou seu cartaz explicando o que significava as imagens. Segue a transcrição das falas dos adolescentes durante a apresentação dos cartazes:

Grupo 1 – Saúde		Grupo 2 – Saúde e Paz
Práticas de saúde que faço	Práticas que deveria fazer	
Correr nos ajuda a ser saudáveis	Fazer exercício para ficar com o corpo da Claudica Leite	Para ter uma família feliz Temos que ter prática esportiva
Exercício como a yoga também ajuda	Sexo é vida - sexo também é uma atividade física	Para termos uma família feliz, temos que ter paz
Natação também ajuda a queimar gordura		Para termos uma família feliz, precisa ter boa alimentação
Academia		Sair para poder comprar coisas que gostaria
Lutas		Ter cuidado com nosso corpo é ter uma boa saúde
Comer coisas saudáveis e não guloseimas		Praticar exercícios para uma vida saudável

Os cartazes foram pendurados na escola no saguão de entrada dos alunos. A seguir, apresenta-se uma seleção de imagens na qual é evidenciado o momento de produção dos cartazes pelos adolescentes.



Durante o próximo encontro, deu-se continuidade aos trabalhos com o tema: saúde. A proposta era andar pela escola e mapear os problemas e necessidades ligados à saúde. Para a realização dessa atividade, os adolescentes foram divididos em dois grupos, cada grupo tinha uma máquina fotográfica/filmadora, com a qual poderia fazer fotos dos problemas ou necessidades que julgassem pertinentes.

Para a surpresa da pesquisadora, a coleta foi realizada de outra forma, os adolescentes realizaram filmagens e fizeram entrevistas, abordaram alunos, professores e funcionários, questionando qual era a opinião deles sobre a saúde na escola e o que precisava melhorar. Essa modalidade de entrevista que eles realizaram foi uma iniciativa dos adolescentes, assim como as perguntas realizadas no momento das entrevistas. Segue, abaixo, a transcrição dos principais excertos das entrevistas feitas pelos adolescentes:

Grupo 1: O que você acha que precisa melhorar na escola?

Professora 1: Limpeza das salas principalmente, ter ar condicionado nas salas, seria ideal, a princípio isso.

Alunos na turma 1: Limpeza, ter mais brinquedos na pracinha.

Coisa boa: recreio, comida, desenhar, a pracinha.

Grupo 1: O que você acha que tem bom, ruim e precisa melhorar na escola?

Professor 2: na parte estrutural – precisa de uma manutenção (acho que nas férias vai ser feito); ponto de vista de alunos – fazer um trabalho de conscientização com alunos na parte de estudo, pois eles não estudam nada, educação dos alunos. Acho que se melhorar a educação a vida social também melhora, pois quando um não respeita o direito do outro acaba dando confusão.

Professor 3: comportamento de alguns alunos, a limpeza da escola, regras e limites para alunos.

Resposta da turma 2: melhorar uniforme, banheiros, ter espelho, a quadra, ter papel higiênico no banheiro, ventilador que preste.

Funcionárias da merenda 1: higiene, limpeza e manutenção do refeitório.

Grupo 1: Em relação à manutenção do refeitório, como está?

Merendeira 2: Tá ruim, bancos do refeitório já foram solicitados, materiais para uso das crianças, mas ainda não chegaram.

O grupo 2 entrevistou três professores. Segue a transcrição:

Grupo 2: Como você percebe a educação?

Professora 4: Como professora, eu percebo que nossa escola apresenta vários problemas como todas as outras, em termos de indisciplina. Então, a gente tem procurado conversar com os alunos na base do respeito, que é uma troca, onde tu trata com respeito, tu recebe de volta. A gente percebe que questões de agressividade, bullying, que levam à indisciplina, que levam a problemas com os colegas; se isso for tratado de forma radical, acaba não dando resultado, então a gente procura trabalhar com diálogo com a família, com os alunos com conversa, nós temos bastantes problemas, mas nós sempre tentamos solucionar através do respeito e do diálogo.

Grupo 2: Sora, você acha que a saúde na escola está evoluindo ou diminuindo para os alunos?

Professora 5: Só na escola, eu acho no geral, no estado está precária. Eu acho que não é só na escola é em todo mundo. Vi uma reportagem no fantástico falando que estão trazendo médicos de Cuba, porque os nossos acham que ganham pouco.

Grupo 2: O que a leitura influencia no conhecimento das crianças?

Bibliotecária: Porque a leitura desenvolve o hábito da leitura, motiva, no momento que o aluno está motivado e lê, ele amplia os conhecimentos de mundo, melhora a escrita, a leitura, e o aluno passa a ter mais visão de mundo, porque vai ter gosto de descobrir novos assuntos e novos conhecimentos.

Quando retornaram à sala, falou-se sobre o que eles tinham feito, sobre o que os motivou a entrevistar se a ideia era só coletar as informações a partir das suas percepções. A resposta deles foi que dessa forma poderiam realmente ter certeza dos problemas reais de saúde da escola. Revelava-se, nesse momento, um protagonismo dos adolescentes na apropriação da temática e na forma de explorá-la junto à comunidade escolar.

No encontro seguinte, o assunto tratado na semana anterior – sobre as necessidades de saúde da comunidade escolar – foi retomado. As questões orientadoras da atividade foram:

- Uma palavra/expressão que lembre, remeta saúde para você?
- Alguma coisa que você faz para ter saúde?
- O que tem no bairro/acontece voltado para saúde da comunidade?
- E na escola tem alguma atividade, ação voltada para a saúde?
- O que vocês acham que poderia ter na comunidade voltado para a saúde?

Pensando em tudo que escreveram, que tipo de ações é possível realizar?

Para desenvolver a proposta, fez-se uma atividade onde cada um recebeu uma folha em branco para colar nas costas e uma caneta. A proposta era cantar uma música e, ao final dessa canção, seria solicitada alguma informação com base nas questões orientadoras da atividade. Enquanto a música tocasse, eles andariam pela sala e, assim que a música parasse, cada um deveria escrever uma palavra ou frase sobre o tema sugerido no papel colado nas costas de cada adolescente.

Após a finalização da atividade, discutiu-se sobre o que cada um tinha recebido na sua folha e o que eles achavam. Dentre os pontos sinalizados por eles,

verificou-se a questão de que no bairro não tem nenhuma ação de saúde para a comunidade. Ao contrário, tem coisas ruins, tais como lixo. Esse item, cabe observar, foi unânime entre os adolescentes. Dentro da escola, sinalizaram principalmente a questão dos banheiros mais limpos e com condições de uso. Falaram sobre o presente projeto de Musicoterapia, indicando-o como uma atividade voltada para a saúde dentro da escola. Lembraram que, no bairro, tem uma horta, mas que fica na barranca do rio, um lugar de difícil acesso.

A seguir, algumas transcrições das expressões que foram escritas pelos adolescentes.

Questões orientadoras	Expressões
<ul style="list-style-type: none"> • Uma palavra/expressão que lembre, remeta saúde para você? 	Comida saudável Andar de roler Pessoas bonitas Alimentação Felicidade Amizade
<ul style="list-style-type: none"> • Alguma coisa que você faz para ter saúde? 	Caminhada Cuidar do cabelo Se alimentar direito Correr/andar de bicicleta Jogar bola e correr Correr e jogar bola Nada
<ul style="list-style-type: none"> • O que tem no bairro/acontece voltado para a saúde da comunidade? 	Não tem Tem lixo
<ul style="list-style-type: none"> • E na escola tem alguma atividade ou ação voltada para a saúde? 	Projeto de Musicoterapia, exame de vista Vacina do HPV Vacina Musicoterapia Educação física
<ul style="list-style-type: none"> • O que vocês acham que poderia ter no bairro voltado para a saúde? 	Posto médico melhor Horta Praça para exercícios, pista de skate
<ul style="list-style-type: none"> • Pensando em tudo que escreveram, que tipo de ações é possível realizar? 	Musicoterapia ano que vem Cuidar dos banheiros Horta Menos uso de drogas, banheiros melhores Mais Musicoterapia no ano que vem

A partir dessa exploração inicial, retomou-se a atividade da semana passada sobre as filmagens que fizeram. Por solicitação dos adolescentes, foi repetida a experiência da outra semana. Eles, novamente, foram para o pátio da escola e realizaram novas entrevistas. Dessa vez, os adolescentes organizaram três questões e igualmente se dividiram em dois grupos. As questões sugeridas pelos

adolescentes foram: O que é saúde para você? O que vocês acham que poderia melhorar na escola? Quais as práticas de saúde que têm na escola?

Os dois grupos visitaram, no total, quatro salas de aula, sala dos professores, e entrevistaram mais uma professora. Nessa ocasião, a pesquisadora acompanhou os grupos de longe. Segue o relato extraído do diário de campo:

Grupo 1:

“O grupo bateu na porta do 7º ano e pediu licença para entrar e explicou que estava fazendo um trabalho sobre saúde e queria saber o que eles entendiam por saúde? A turma estava bem desorganizada, classes fora do lugar, vários alunos começaram a falar ao mesmo tempo, a professora que estava na sala interveio dizendo que esta era uma oportunidade deles falarem, era um espaço, já que muitas vezes reclamam por não serem ouvidos. O grupo perguntou se tinha alguma coisa na estrutura da escola para melhorar? Alunos responderam alimentação, higiene, comportamento, sobre as práticas de saúde: uma aluna lembrou-se da vacina HPV. Logo deu o sinal e os alunos saíram correndo da sala. O grupo agradeceu a professora e esta os elogiou.

O grupo foi, então, na sala do 5º ano: a professora estava recolhendo as provas, mas permitiu a entrada do grupo. A sequência das perguntas foi a mesma. Um aluno respondeu que saúde é correr, fazer exercício. Sobre o que poderia melhorar: alguns alunos falaram que a educação, respeito, a limpeza nos banheiros, ventiladores que funcionem, mas sobre as práticas de saúde da escola: não souberam responder.

Grupo 2:

O grupo visitou a sala dos alunos menores, 3º e 2º ano e fizeram as perguntas de forma mais simples. Em ambas as turmas, as crianças não falaram nada sobre o que é saúde. Na questão sobre o que eles achavam que poderia melhorar na escola, falaram sobre o banheiro, sobre ter água nas torneiras, falta de espelho. O grupo dirigiu a pergunta também à professora que respondeu que era importante rever os banheiros, pois isso era uma questão de higiene e saúde. Sobre práticas que a escola tem e sobre saúde: falou da alimentação que considera bem balanceada e completa para as crianças.

Este grupo também entrou na sala de professores, tinham oito professores na sala no momento. Primeiramente, os alunos dirigiram as questões a todos, mas ninguém respondeu. Então, um professor sugeriu que eles escolhessem alguém. Então, os adolescentes o escolheram, o professor de ciências. A primeira questão não foi respondida. Sobre o que precisa mudar: a resposta do professor foi sobre a alimentação dos alunos, que do ponto de vista dele estão se alimentando mal; deu como exemplo as lixeiras que têm muitos pacotes de alimentos industrializados; falou do esgoto ao redor da escola, que não tem um sistema eficiente, sendo este depositado no banhado próximo à escola; e também falou sobre a importância de desenvolver um laboratório de ciências. Em seguida, uma professora pediu licença para responder e falou que muitos dos problemas da escola estão na má organização das verbas da escola, por isso têm problemas nos banheiros, classes quebradas, entre outras coisas.

[...] eles saíram da sala dos professores e voltaram para uma sala de aula.

O grupo entrevistou ainda mais uma professora dentro de sala de aula e perguntou o que ela achava que precisava melhorar na escola para ter mais saúde? A professora respondeu: a regra de trazer lanche saudável para a escola; acho que isso ajudaria bastante.

Como finalização do vídeo, um dos grupos fez um resumo das principais temáticas que apareceram. A seguir, veja a transcrição da fala da adolescente Diana, 13 anos e do Vitório de 14 anos:

Fomos por toda escola e perguntamos aos alunos o que eles entendiam sobre saúde, alguns não responderam, então mostramos toda escola como ela está, os professores estão por ai comendo bolinho e tomando refri e depois dizem que a gente não tem saúde, os banheiros tá tudo quebrado, não tem espelho, tá sujo, as portas estão riscadas, tá tudo estragado. Sobre as salas os ventiladores estão estragados, que as classes estão estragadas e precisa de coisa melhor na sala. Finalizam o vídeo falando: esta foi a pesquisa aqui na escola falando sobre saúde, muito obrigado (Vivian, 13 anos e Vitório, 14 anos)

A realização dessa atividade foi de autoria dos adolescentes. Na volta para a sala, conversou-se sobre o que eles ouviram, se concordavam ou não. Alguns adolescentes se mostraram um pouco contrariados com as respostas que tiveram, principalmente dos professores, que têm um discurso e fazem outra coisa:

[...] falam sobre alimentação saudável e eles mesmos não fazem (Diana, 13 anos).

Falam da gente, mas tão lá comendo bolinho de chocolate (Isabela, 13 anos).

[...] a Sora falando sobre o mau direcionamento da verba, isso é um assunto sério (Vitorio, 14 anos).

Esses dias a gente tava fazendo um trabalho de inglês e a sora T passou com duas formas assim (mostra com as mãos o tamanho da forma, referindo como grande) de nega maluca. Eu disse o sora é pra nossa merenda de amanhã? Ela disse não! É para o lanche dos professores (faz um movimento com as mãos de indignação) (Breno, 13 anos).

A pesquisadora perguntou aos adolescentes como foi estar nessa posição de “pesquisador” e alguns adolescentes comentaram que foi legal. Inicialmente, sentiram-se envergonhados, mas depois passou. Trouxeram, ainda, as situações em que os alunos não participaram:

Eles (alunos) não respondiam nada direito, ficavam avacalhando (Diana, 13 anos).

... alunos não respondem (Carla, 13 anos).

...depois só reclamam (Manu, 13 anos).

Nos encontros seguintes, seguiu-se trabalhando com as informações levantadas e coletadas pelos adolescentes no âmbito escolar por uma opção da pesquisadora, em virtude do tempo e da segurança não foi proposto a circulação dos adolescentes no bairro. Durante o décimo encontro, trabalhou-se com as categorias emergentes do grupo. Desse modo, os adolescentes foram motivados a pensar em ações que poderiam ser efetivadas e sobre o que seria possível fazer em relação às informações que eles já tinham levantado.

As sugestões sinalizadas pelos adolescentes foram: manutenção dos banheiros, limpeza diária das salas de aula, recolhimento do lixo, conserto dos ventiladores, horta escolar e continuação do projeto de Musicoterapia para o ano que vem.

A pesquisadora ficou responsável por passar essas informações para a supervisão da escola em virtude de que muitos alunos já estavam entrando em

férias e não retornariam mais à escola. Além disso, também acharam que as informações seriam mais bem recebidas dessa forma.

Pensando com o grupo uma forma de finalização da experiência, surgiu a oportunidade de eles se apresentarem na festa de natal da escola, sendo que era a primeira vez que seria realizada tal confraternização para toda a comunidade escolar.

O convite foi feito pela direção da escola. Eles avaliaram a possibilidade e aceitaram participar com exceção de uma integrante.

Dessa forma, os adolescentes decidiram apresentar canções durante a festa de natal da escola. Para tanto, escolheram três canções sendo uma delas a composição da paródia realizada por eles, a música *Valeu Amigo* e uma canção de natal. Juntos, eles tocariam instrumentos musicais. A apresentação na escola seria dia cinco de dezembro à noite.

Nota de campo (apresentação na festa de natal): *os adolescentes entraram no palco às vinte horas e dez minutos; a quadra poliesportiva coberta estava lotada, havia muitas famílias; algumas trouxeram suas cadeiras de casa. O grupo foi apresentado pela supervisora. Enquanto os adolescentes se organizavam, esta pesquisadora, cumprimentei as famílias e falei sobre o projeto e sobre as músicas que iriam ser apresentadas, sobre a composição da paródia e a escolha das outras também. Iniciou-se apresentando a paródia da música *Vagalume*; em seguida, a música *Valeu Amigo*; e, para finalizar, a música *Anoiteceu* foi apresentada. As famílias acompanharam cantando esta última música, batendo palmas. No final da apresentação, já fora do palco, agradecemos a presença de todos e foi combinado o último encontro do grupo para a próxima semana.*

A seguir, apresenta-se uma foto das famílias no pátio da escola durante a apresentação.



E, abaixo, a foto da apresentação dos adolescentes durante a Festa de Natal da escola.



O último encontro ocorreu no dia 12 de dezembro. Alguns adolescentes faltaram, mas mesmo assim foi feita uma reflexão de como foi para eles participarem de um projeto de pesquisa. Segue a fala de dois adolescentes:

Quando a senhora foi lá na sala falar pensei que a gente ia aprender a tocar instrumento tocar, mas foi algo diferente, aprendeu outras coisas e também a tocar instrumentos, então acrescentou algo mais além disso... Os assuntos trabalhados sobre a escola ainda precisam melhorar, mas vão melhorar ainda mais depois deste trabalho que a gente tá fazendo, pois é um trabalho muito importante não só para escola, mas para a sociedade também que está sofrendo muito (Vitorio, 14 anos).

Foi bom, gostei de aprender a tocar instrumentos que não sabia. Foi legal falar sobre outras coisas, foi bom acordar cedo (Davi, 13 anos).

Realizou-se, então, uma pequena confraternização. A pesquisadora agradeceu a presença deles e este momento de aprendizagem que lhe foi proporcionada, assim como também aos dois monitores que estavam sempre presentes.

Neste dia, uma das adolescentes estava de aniversário. Então, o grupo cantou parabéns para ela. A pesquisadora levou um bolo para compartilhar com eles. Os adolescentes trouxeram refrigerantes e bolacha. Seguiu-se conversando sobre a experiência. Logo após, um dos adolescentes pegou o violão e puxou a música *Anoiteceu* no violão. E, em seguida, a música *Valeu Amigo*. Os integrantes do grupo se despediram e a pesquisadora lhes desejou um Feliz Natal. Individualmente, todos vieram abraçar a pesquisadora e, aos poucos, foram saindo.

Percebe-se o crescimento desta acadêmica com essa experiência, não só como pesquisadora, mas principalmente como pessoa. A inserção nesse ambiente possibilitou o autoconhecimento. Foi possível perceber o quanto preconceituosa e desconfiada esta acadêmica foi ao chegar à escola. Conviver mais de perto com esses adolescentes permitiu ampliar o olhar para suas particularidades, necessidades, desejos, de perceber que, embora estejam em uma região empobrecida, terem marcas profundas em suas vidas, referente a situações vividas como abuso, brigas, constantes mudanças da cidade, ter um sistema que corrobora para o insucesso desses adolescentes, eles não desanimam ou desistem dos seus objetivos de sonharem com um futuro melhor.

6 ANÁLISE DOS DADOS

Como se trata de uma pesquisa qualitativa inspirada nos pressupostos da pesquisa-ação e executada sob a metodologia da pesquisa participativa, o processo analítico percorreu duplo movimento, incorporando as descobertas, o conhecimento e as ações produzidas pelos adolescentes pesquisadores e a análise qualitativa (MINAYO, 2012).

Nessa perspectiva, os registros de campo (diário, gravação de áudio e vídeo) foram transcritos e categorizados à luz das questões norteadoras da pesquisa. Os conteúdos e significados das produções musicais do grupo também foram analisados na direção dos objetivos propostos pela pesquisa, guiados pela análise de conteúdo do tipo temática, que prevê as seguintes fases, segundo Minayo (2012):

1) Ordenação dos dados: mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo

2) Classificação dos dados: identificação das estruturas relevantes das mensagens (categorias específicas)

3) Análise final: abrangendo dois níveis de interpretação (determinações estruturais/categorias gerais e conjunturais do fenômeno).

A análise dos dados será apresentada no corpo do artigo, próxima seção que compõe a presente Dissertação.

ARTIGO CIENTÍFICO

DIALOGANDO COM ADOLESCENTES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A CONTRIBUIÇÃO DA MUSICOTERAPIA COMUNITÁRIA

Graziela Carla Trindade Mayer¹

Jose Roque Junges²

Rosangela Barbiani³

RESUMO: Este estudo objetivou conhecer as concepções e práticas de saúde a partir das referências do público adolescente, no contexto escolar, dialogando com a complexa rede de relações que estes estabelecem com o mundo e em particular com suas expressões e identidades musicais. Foi realizado um estudo qualitativo embasado pelos pressupostos da pesquisa-ação e desenvolvido por meio de uma metodologia participativa. Nos encontros foram utilizados os Quatro Métodos de Musicoterapia, conforme apontado por Bruscia (2000): improvisação, composição, recriação e audição. A pesquisa de campo ocorreu entre os meses de agosto a dezembro de 2014, em uma escola municipal de ensino fundamental localizada em São Leopoldo, Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 12 adolescentes, com idade de 13 a 18 anos. O processo analítico percorreu duplo movimento, incorporando as descobertas, o conhecimento e as ações produzidas pelos adolescentes pesquisadores e a análise qualitativa (MINAYO, 2006). Os resultados do estudo sugerem que os adolescentes atribuem diferentes e contraditórios significados à saúde, transitando entre as representações e práticas do padrão hegemônico presentes no modelo biomédico de saúde e projeções autorais do grupo, associadas ao conceito ampliado de saúde. Essas últimas trazem valores como o auto-cuidado, passando pelo cuidado dos próximos, sobretudo, de amigos e família, estendendo-se ao cuidado com a escola e com o território. Nessa direção, a escola assume papel privilegiado no desenvolvimento humano, tem papel relevante na promoção da vida e no cuidado com a saúde de seus educandos. Mais que conhecer o significado e as práticas de saúde dos adolescentes, há necessidade de reconhecê-los como produtores de conhecimento e de práticas de saúde, aproximando os espaços do ambiente-escola como o do território-bairro. Do contrário, manter-se-á a cultura da fragmentação, impedindo que o cuidado esteja acessível no tempo oportuno e de forma integral, o que para os adolescentes pode significar, inclusive, danos ou perdas irreversíveis.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Adolescentes. Musicoterapia Comunitária. Escola.

ABSTRACT: This study aimed to learn about health conceptions and practices from references provided by teenagers, in the school context, in dialogue with the complex network of relations that they establish with the world and in particular with their expressions and musical identities. A qualitative study was conducted supported by assumptions of an action-research and developed through a participatory methodology. Four methods of Music therapy were used in the meetings, as stated by Bruscia (2000): improvisation, composition, recreation and hearing. The fieldwork took place between the months of September to December 2014 in a municipal primary school located in São Leopoldo, in Rio Grande do Sul. 12 teenagers aged 13 to 18 took part in the research. The analytical process took double movement, incorporating the findings, knowledge and actions produced by the teenage researchers and the qualitative analysis (MINAYO, 2006). The results of the study suggest that teenagers have different and contradictory meanings to health, transiting between the representations and practices of the hegemonic pattern present in the biomedical model of health and the group projections associated with the expanded concept of health. These projections bring up values such as the self-care, caring for the others, above all, friends and family, extending to the care with the school and with the territory. This way, school takes a privileged role in human development, such as in the promotion of life and in the care with the health of their students. More than learning

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

² Dr. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

³ Dra. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

the meaning and the health practices of teenagers, there is a need to recognize them as producers of knowledge and health practices, making the spaces of the school environment as the territorial neighborhood. Otherwise, we will keep the culture of fragmentation, preventing caring from being accessible in the right time and fully, which can even mean irreversible damage or loss for teenagers.

Keywords: Health education. Teenagers. Community Music Therapy. School.

INTRODUÇÃO

O adolecer é uma etapa fundamental do processo de crescimento e desenvolvimento humano, marcada por mudanças intensas e multidimensionais, que abarcam as esferas: física (biológica), psicológica, sociocultural e familiar (GROPPO, 2000). É momento particular da formação da pessoa e da afirmação dos seus recursos e de suas potencialidades humanas.

A adolescência é fenômeno único e diverso, pois as necessidades do “[...] processo de adolecer envolvem, além do adolescente, toda a sociedade: família, grupos, escola, lazer, leis, serviços de saúde, planejamento urbano e todos os cenários necessários para a existência do adolescente” (HEIDEMANN, 2006, p. 17).

Nessa perspectiva, extrapola-se a definição restrita de um marcador cronológico para pensar a saúde de adolescentes diretamente relacionada à promoção da participação juvenil no exercício da cidadania, em especial, no fortalecimento dos seus vínculos familiares e comunitários e por meio de ações de educação em saúde e prevenção de agravos.

No Brasil, por meio da Constituição de 1988, em seu artigo 227, ficam estabelecidos os pilares dos direitos das/os adolescentes, garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, criado pela Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 2012). O direito à saúde e à vida estão assegurados de forma prioritária às crianças e adolescentes pelo reconhecimento tardio da fase peculiar de desenvolvimento em que se encontram, vulneráveis e demandando proteção.

Após uma década de existência do ECA, foram lançadas as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2010). Essas diretrizes preconizam uma abordagem sistêmica das necessidades do público adolescente e instrumentalizam gestores e profissionais de saúde no processo de construção de estratégias interfederativas e intersetoriais, visando à redução da vulnerabilidade

dessa população. Dentre esses fatores, é possível mencionar: fatores biológicos e psicológicos, culturais, socioeconômicos, políticos, étnicos e raciais (BRASIL, 2010).

Entretanto, as políticas públicas, por si só, não asseguram o respeito e a garantia dos direitos humanos dos adolescentes⁴. Além das questões socioestruturais que colocam os/as adolescentes em situação de vulnerabilidade, as relações que as instituições (estado, família, escola, etc) estabelecem com eles são dissonantes de sua realidade e de suas expectativas (AYRES, 1990; NEVES FILHO, 2007; LUZ, 2007; ASQUIDAMINI, 2013; VELLOSO, 2015). Dessa forma, pensar a saúde do/a adolescente implica cogitar sobre as múltiplas maneiras de viver a adolescência e também de viver a vida: “Por sua vez, implica em um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para essa parcela significativa da sociedade, os adolescentes” (FERREIRA et al., 2007, p.218).

Ayres e França Jr (2000), por sua vez, destacam a importância do trabalho programático em saúde voltado para os/as adolescentes, por considerar esse grupo fértil e permeável à prevenção, à mudança e à construção, assim como ao autoconhecimento e à crítica.

A educação em saúde deve pressupor a perspectiva de um trabalho com indivíduos e grupos, acentuando a condição de sujeitos plenos e plurais, utilizando metodologias participativas e fundamentando-se no entendimento do/a adolescente como protagonista, como fonte de iniciativa, de liberdade e compromisso, valorizando a dignidade plena e a possibilidade de uma construção coletiva do conhecimento em saúde (RAMOS, 2001).

Através da interface da educação e da saúde, torna-se possível pensar educação em saúde como uma estratégia de reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais.

A partir dessa perspectiva, as ações em saúde, no âmbito da escola, podem assumir a direção ética e política de contribuir ao exercício de cidadania por meio do fortalecimento da autonomia, responsabilização pessoal e social, produção e valorização da arte, cultura, dos modos de expressão do ser adolescente como sujeito de deveres, mas também de direitos.

⁴ Embora se reconheça a inscrição de gênero e importância do tema, por uma questão de estilo textual, optou-se por não realizar essa diferenciação.

Outro dispositivo integrante da vida dos adolescentes, utilizado como forma de expressão e manifestação, é a música. Independentemente de seu estilo e das “tribos”, é muito mais que um acessório de consumo ou de moda. É, de fato, um instrumento de comunicação com o mundo. Através da música, os jovens falam, opinam, criticam e sugerem acerca de política, religião, regras sociais, etc. (VALENZUELA, 1998).

É preciso atentar, então, para os aspectos que permitem compreender que a música tem significado para cada pessoa na medida em que se vincula à experiência vivida, passada e/ou presente, também em relação a um devir, é quando proporciona articular o vivido junto aos sentimentos e emoções à própria música.

Dentro das várias formas de utilização da música, encontra-se a Musicoterapia - um processo de intervenção centrado no som, na beleza e na criatividade (BRUSCIA, 2000). Nele, as experiências musicais são sustentadas pelo entrelaçamento de sons, ritmos, melodias, andamentos, pelo qual “[...] emergem lembranças, imagens, associações, reações físicas, psicoemocionais e cognitivas” (CRAVEIRO DE SÁ, 2003, p. 44).

Entre suas ramificações, a Musicoterapia Comunitária apoia-se na evidência de que a situação de saúde das populações está mais vinculada às condições de vida e de trabalho, que a riscos individuais diferenciados. Por isso, estuda a relação entre problemas individuais e problemas sociais dentro de um contexto local (PELLIZZARI, 2010).

Brynjulf Stige (2002) explica que a Musicoterapia Comunitária é focada na cultura, reconhece os aspectos individuais de saúde, tais como as condições e habilidades pessoais para participar na vida social, mas enfatiza que a saúde é também cuidado mútuo entre as pessoas, envolvendo a capacidade de interação e ação do ser humano envolvido. Desenvolve-se em espaços sociais, políticos, culturais, religiosos ou de trabalho.

Num estudo realizado por Arroyo (2009), ela identificou que os jovens se relacionam com as músicas em ambientes diversos da escola ou fora dela, mas com repercussão maior no contexto escolar.

Segundo Cunha (2007), ao compartilhar músicas, as pessoas asseguram um espaço social individual e coletivo. As pessoas usufruem de um mesmo fato cultural que passa a se constituir em um significado pessoal e diferenciado para cada um. “Ao compartilhar suas músicas, o ser humano garante espaços de convivência e

participação social, reorganizando-se emocionalmente, reafirmando pautas identitárias e preferências musicais” (CUNHA, 2007, p.6).

Assim, oferecer um espaço de escuta em que o adolescente tenha a liberdade de expressar sentimentos, dúvidas e reflexões pode contribuir para a promoção do cuidado em saúde (NEVES FILHO, 2007).

Considerando a coexistência desses atores e saberes em rede: adolescentes, seus ambientes e territórios, sobretudo a escola e a Musicoterapia, o objetivo desta pesquisa foi conhecer as concepções e práticas de saúde a partir das referências do público adolescente, no contexto escolar, dialogando com a complexa rede de relações que este estabelece com o mundo e, em particular, com suas expressões musicais. Em especial, buscou-se investigar as potencialidades da Musicoterapia Comunitária (MT) no desenvolvimento de processos de educação em saúde com adolescentes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa embasado pelos pressupostos da pesquisa-ação e desenvolvido por meio de uma metodologia participativa. A perspectiva da pesquisa-ação supõe uma ação coletiva orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação. Já a metodologia participativa é o fio condutor do processo, no qual se reconhece papel ativo e de mediação, do pesquisador: ele não apenas toma parte da situação; ele a modifica e é por ela modificado (THIOLLENT, 2009; BRANDÃO; STRECK, 2006).

Ambas as abordagens situam os sujeitos numa posição ativa da construção do conhecimento, numa posição em que já não se vêem divididos, quem pesquisa e quem é pesquisado, assim como quem gera conhecimento e quem dá ao outro conhecimento (BRANDÃO, 2006 apud ADAMS, MORETTI; STRECK, 2014).

A pesquisa respeitou os aspectos éticos, conforme Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sendo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale dos Sinos nº 14/136. Além disso, também foi autorizada pela Secretaria Municipal de Educação e pela equipe diretiva da escola na qual se efetivou a pesquisa. O presente estudo manteve o direito do anonimato, a

privacidade e a confidencialidade dos adolescentes, através da utilização de pseudônimos.

Após aprovação das instâncias envolvidas, o projeto foi apresentado aos estudantes, utilizando-se termos compatíveis com seu o entendimento, sendo o termo de consentimento livre e esclarecido assinado por eles e seus respectivos responsáveis.

O cenário da pesquisa foi uma escola de ensino fundamental, situada na zona norte do município de São Leopoldo/RS, com 214.087 habitantes (IBGE, 2010). Segundo dados do Censo (IBGE 2010), é o quinto bairro mais populoso (13.599) e o quarto com maior com população jovem (3318). Este bairro não possui cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), o bairro tem um centro de saúde com atendimento de 24 horas. Segundo IBGE (2010) a renda socioeconômica das pessoas com rendimentos é de um a dois salários mínimos ao mês. Os sujeitos da pesquisa foram doze adolescentes, entre 13 e 18 anos, de ambos os gêneros, sendo a maioria deles proveniente de famílias extensas, com mais de três irmãos, residindo com os pais, trabalhadores inseridos no mercado informal e/ou empregados em atividades de serviços gerais.

Os adolescentes aderiram à proposta de forma espontânea, mediante convite da pesquisadora em todas as turmas do quinto ao nono ano do Ensino Fundamental. Os encontros, tiveram periodicidade semanal com duração de uma hora e trinta minutos e foram realizados entre setembro e dezembro de 2014, no horário inverso ao das aulas, tendo totalizado onze encontros.

Em cada encontro, a pesquisadora e os participantes interagem com a proposição temática, guiados pelas questões : 1) Quais as concepções de saúde e doença? 2) Quais as práticas cotidianas de cuidado no processo saúde / doença? 3) Quais as necessidades de saúde? Que saúde temos? Que saúde queremos? 4) O que queremos mudar? De que forma isso é possível? 5) O que nós faremos? O que está ao nosso alcance?

Para desenvolver os objetivos desta pesquisa e suas questões norteadoras, os encontros foram operacionalizados por meio das experiências musicais coletivas, dentro dos Quatro Métodos de Musicoterapia - utilizados de modo sistemático e intencional, em áreas, níveis e dinâmicas diferentes: improvisação, composição, recriação e audição (BRUSCIA, 2000). Cada um dos métodos requer procedimentos

técnicos e processos específicos de modo a viabilizar a estruturação e o engajamento em processos interpessoais.

Segundo Barcellos (1994), improvisar é sinônimo de “brincar” musicalmente, ou seja, cria-se uma situação para que qualquer coisa aconteça. Através dessa experiência, os adolescentes foram incentivados a desenvolver a espontaneidade, a criatividade e a liberdade de expressão, buscando refletir, nesta pesquisa, sobre as concepções e práticas de saúde desde o universo da adolescência, em suas múltiplas formas de ser vivida.

A técnica da recriação musical, diferentemente da improvisação, parte de um elemento conhecido, de um modelo. Através desse elemento, os adolescentes puderam representar não só as formas de cuidados com a saúde, como também as estratégias utilizadas através das canções reproduzidas por eles.

A composição musical foi utilizada como forma de registro ao processo de criação. Desse modo, aquilo que inicialmente foi improvisado toma forma, organiza-se e codifica-se. Como exemplo, cabe mencionar que a atividade de criação de uma paródia musical resultou em um refrão composto pelo grupo que se tornou um canto de referência para os adolescentes.

A audição musical foi utilizada para conhecer e aproximar a autora do universo dos adolescentes, também para estimular as representações, suas ideias e pensamentos.

Em função da complexidade dos instrumentais de pesquisa e da Musicoterapia, participaram de forma voluntária dois estudantes de Musicoterapia, que registraram os acontecimentos, observaram a linguagem não verbal e as atividades práticas, bem como auxiliaram com os equipamentos. O espaço para realização da pesquisa foi previamente organizado com os materiais para o desenvolvimento da atividade (violão, pandeiros, ovinho, meia lua, tambor, chocalhos, folhas A4 coloridas, lápis, canetinhas, revistas, objetos lúdicos, entre outros).

Todos os encontros foram filmados com a finalidade de registrar os conteúdos desenvolvidos pela pesquisadora e os questionamentos dos participantes. Nessa perspectiva, os registros de campo (diário, gravação de áudio, vídeo) foram transcritos e categorizados à luz do problema de pesquisa. Os conteúdos e significados das produções musicais do grupo também foram analisados na direção dos objetivos propostos pela pesquisa. Como se trata de uma pesquisa qualitativa

inspirada nos pressupostos da pesquisa-ação e executada sob a metodologia da pesquisa participativa, o processo analítico percorreu duplo movimento, incorporando as descobertas, o conhecimento e as ações produzidas pelos adolescentes pesquisadores e a análise qualitativa (MINAYO, 2006).

A seguir, apresenta-se o quadro-síntese da execução dos encontros, considerando as aproximações temáticas e metodológicas da Musicoterapia e da investigação no âmbito da saúde coletiva:

Quadro 1: Quadro-síntese da Execução dos Encontros

Encontros	Métodos de Musicoterapia	Temas Geradores
1º	Acolhida e apresentação dos participantes e pesquisadora.	Tema livre, pois o objetivo deste encontro é o conhecimento do grupo, a sensibilização e o conhecimento de suas preferências musicais.
2º	Atividades baseadas na técnica de recriação musical.	Concepções de Saúde e Doença
3º	Atividades baseadas na técnica de recriação e composição musical.	
4º	Atividades baseadas na técnica de recriação e composição musical.	Práticas cotidianas (experiências) de cuidado, no processo saúde / doença. Proposição de uma “escuta ampliada” aos jovens da comunidade escolar sobre concepções e práticas em saúde.
5º	Atividades baseadas na técnica de recriação e improvisação musical.	Trabalhando com as Categorias emergentes do grupo (concepções e práticas). Questão orientadora: como a comunidade e adolescentes “cuidam” de sua saúde?
6º	Atividades baseadas na técnica de recriação e composição e de audição musical.	Necessidades de saúde (âmbito coletivo e comunitário / individual). Mapeando os problemas e as necessidades da comunidade. Questão orientadora: Que saúde temos? Que saúde queremos?
7º	Atividades baseadas na técnica de recriação e audição musical.	
8º	Atividades baseadas na técnica de recriação e composição musical.	Trabalhando com as Categorias emergentes do grupo: Potências de alcance em “ação”. Questão orientadora: O que queremos mudar? De que forma isso é possível?
9º	Ensaio/preparação das ações definidas pelo grupo.	Espaço a ser definido e auto-gerido pelo grupo a partir do processo investigativo vivenciado.
10º	Momento de Apresentação/Encaminhamentos finais à comunidade escolar das sínteses e produtos do grupo.	Questão orientadora: o que nós faremos? o que está ao nosso alcance?
11º	Avaliação / confraternização	Momento de análise e avaliação do processo coletivo, retorno ao grupo das informações, discussões feitas durante os encontros. Confraternização marcando o encerramento da pesquisa.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A próxima seção apresenta os resultados da pesquisa, considerando seu desenvolvimento processual e dialógico.

REPERTÓRIOS E ITINERÁRIOS PERCORRIDOS COM OS ADOLESCENTES

A análise dos resultados foi feita de acordo com o processo grupal desenvolvido com adolescentes ao longo da pesquisa, na apropriação de seus saberes e fazeres sobre o tema saúde. Do trabalho analítico, emergiram quatro categorias: a primeira delas, nomeada **“Com licença, podemos conversar? A música como porta de entrada ao diálogo com adolescentes”** aborda a forma como a música foi estratégica na aproximação da pesquisadora ao universo dos adolescentes e na indução ao diálogo sobre uma temática em geral distante do cotidiano de vida dos adolescentes. A segunda categoria, intitulada **“A saúde e suas expressões na ótica dos adolescentes: (...) “Eu vou viver feliz sem as drogas por aí, com educação posso transformar o mundo bem melhor”**”, representa as reflexões e práticas dos adolescentes sobre saúde. A terceira categoria **“A escola como espaço-ambiente de produção de saúde: o caminho do diálogo e da participação”** retrata o protagonismo dos adolescentes frente aos temas desenvolvidos. E a quarta categoria apresenta **“A Musicoterapia como facilitadora do processo: com licença... NÓS podemos falar sobre saúde?”** apresenta as principais evidências produzidas sobre a utilização da musicoterapia como dispositivo promotor de processos de educação em saúde.

A seguir, serão abordadas cada uma das categorias identificadas.

“Com licença, podemos conversar? A música como porta de entrada ao diálogo com adolescentes”

Entrar no mundo dos adolescentes implica poder entender sobre os modos de vida desses sujeitos, mergulhar em seus cotidianos, compreender como se dão suas relações de amizade, identidades, família, enfim, como transcorre a vida em seus nexos e (im)possibilidades. Nesse período, como já amplamente estudado (HORTA; SENA, 2011; BARBIANI, 2007; DAYRELL, 2003), a transição é um marco identitário que os coloca entre margens e contornos não muito precisos que vão desde a infância até a fase adulta, dependendo das condições e oportunidades objetivas de vida. Portanto, há diferentes maneiras de ser “adolescente” e de “ser jovem” (MARGULIS; URRESTI, 1998) se forem consideradas as múltiplas possibilidades que se apresentam nos planos econômicos, social, político e cultural. Nas palavras de Dayrell (2005), esse processo compreende construções que estão fortemente

vinculadas a dimensões culturais e dinâmicas sócio-históricas. No campo cultural, ganha relevo a música, a dança, o corpo e o visual.

Diante dessa multiplicidade de expressões, a opção por trabalhar com adolescentes e adentrar em seus complexos mundos existenciais trouxe inúmeros desafios comunicacionais e culturais, sendo que a utilização da música foi o dispositivo estratégico de aproximação com os sujeitos da pesquisa e com a temática de estudo. Dessa forma, conhecer os adolescentes por meio de suas identificações musicais foi o primeiro procedimento de pesquisa, por onde se começou a desvelar representações e práticas sobre a saúde. Em outras palavras, a música foi o fio condutor de nossas discussões, já que as preferências musicais dos adolescentes estiveram sempre presentes na busca do diálogo sobre educação e saúde, percorrendo vários repertórios e estilos tais como a música gospel, pop rock, hip hop, hap, sertanejo e funk.

Dentre esses estilos, o funk teve maior destaque no grupo. O funk é fruto de um conjunto de experimentações e transformações sofridas pela música negra norte-americana, uma das formas mais importantes pelas quais as vozes e os desejos dos jovens negros e latinos pobres começam a ser ouvidos desde os anos de 1930 (VIANNA, 1997; FARIA, 2015). No Brasil, uma nova fusão que deu origem ao funk carioca, através de bailes, começou a se espalhar para outras cidades brasileiras, e desde então veio ganhando novas peculiaridades e se firmando como uma das maiores manifestações culturais entre o público adolescente e jovem na atualidade. Enquanto o funk, na sua origem, possuía como temática o orgulho negro, hoje, o funk ganhou novos tons ao ter adicionadas letras nas quais o consumo de roupas, óculos, carros e bebidas de marcas famosas é supervalorizado.

Nas músicas trazidas pelos adolescentes, é possível identificar esse movimento de identificação com uma cultura consumista de valores e artefatos criados e disseminados pelo capitalismo global

Vem se jogando, vem se atirando só porque eu fui de buscar na porta da tua casa de nave do ano. Foi de Veloster que eu fui te buscar, com vidro fume, banco de couro e teto solar. As meninas piram quando vê os moleques sabe que é cria Partenon de Porto Alegre. Agora ela não anda, ela desfila, só pra dar um role com nós numa Kawasaki Ninja (Trecho da Música "Vem se jogando, vem se atirando" do DKM e Dmenor).

Logo que eu vim da favela entre becos e vielas / Sangue bom não sou nenhum pra ladrão / Passa como as naves da hora e as melhores cocotas /

*Obrigado meu senhor pelo dom / As gurias vem com nós pra dançar /
Porque eles querem desfrutar e às vezes acelerar os navão (Trecho da
música "Fala com a minha mão" do Mc Loss).*

Considerando a popularidade dessas expressões, não se pode ignorar a força ideológica do mercado que assedia cada vez mais precocemente seus potenciais consumidores, como é o caso do segmento infantil, de adolescentes e jovens.

Por outro lado, ainda é possível perceber que a identificação dos adolescentes vai além de um estilo musical e de seus conteúdos. Existe a identificação com os interpretes do funk. Nesta pesquisa, a maioria dos funk escolhidos pelos adolescentes é interpretada por jovens de 13 a 20 anos, adolescentes que saíram da periferia e a partir do funk construíram uma nova vida. O funk, nesta vertente denominada de *funk ostentação*, virou uma expressão popular, a chance de uma carreira de sucesso, dinheiro, visibilidade, conquista de outro status social, o qual projeta nos jovens a possibilidade de buscar novos caminhos nos quais possam se encontrar e construir novas formas de realizar-se na vida. Essa projeção representa, sobretudo, a inscrição de classe social dos adolescentes pobres, que inviabiliza muitos de seus sonhos de ascensão social dentro dos itinerários possíveis de vida que possuem. Já nas classes sociais privilegiadas, a adolescência e a juventude tendem a se estender com respaldo econômico da família, enquanto que, nas periferias, a vivência da adolescência é encurtada pelas necessidades de sobrevivência de si, da família, por vezes com a chegada dos filhos, marcadores da vida adulta (HORTA; SENA, 2010).

Por outro lado, outros marcadores estiveram presentes nas escolhas musicais dos adolescentes. Segundo Green (1987, p.100), "[...] o que caracteriza os gêneros musicais apreciados pelos jovens é a sua correspondência às tendências latentes e às pulsões mais vigorosas de sua idade: ascensão social, felicidade, juventude, sexualidade, sucesso afetivo ou financeiro, crítica da sociedade".

Nesse sentido, os determinantes socioculturais não são meras reproduções, tampouco traduzem a totalidade da visão de mundo dos adolescentes. Tais tendências podem ser identificadas no excerto abaixo da música que o grupo escolheu, no primeiro encontro, como sua representação coletiva:

Faço dos teus braços um lugar mais seguro, Procurei paz em outro abraço não achei eu juro, Saio do compasso, passo apuros que vier, Abro a janela pra que você possa ver... Vou caçar mais de um milhão de vagalumes por aí, E pra te ver sorrir eu posso colorir o céu de outra cor, Eu só quero amar você, E quando amanhecer eu quero acordar... Do seu lado (Techo da música "Vagalume" cantada pelo cantor Pollo).

Ao lado dessas representações, que denotam necessidades de segurança, proteção e afeto, outras emergiram, conforme será demonstrado nas próximas seções.

Cabe observar que foi por intermédio da escuta e da partilha de seus gêneros e escolhas musicais que se construiu um campo comum para o diálogo a que a pesquisa se propôs. Isso posto, abordar o tema saúde de uma forma concreta para os adolescentes demandou um olhar para o cotidiano e para seus movimentos, no âmbito da realidade particular dos sujeitos envolvidos.

Segundo Vasconcelos (2001, p. 126):

[...] no atual contexto de fragmentação da vida social, a recomposição de uma abordagem mais globalizante da saúde não pode caber apenas às iniciativas ampliadas das instituições. Cabe principalmente ao crescimento da capacidade de doentes, famílias, movimentos sociais e outros setores da sociedade civil em articularem, usufruírem e reorientarem os diversos serviços e saberes disponíveis.

Por isso, este primeiro resultado diz respeito à necessária contextualização cultural, social e geracional que qualquer iniciativa de pesquisa e ação deve considerar quando se propõe a fazer *com* os sujeitos e não *para* eles ou *apesar* deles. Nessa direção, a música e seus recursos, como mediação dialógica, foram facilitadores do processo, tanto para a pesquisadora como para os adolescentes, no sentido do reconhecimento e valorização dos saberes já existentes.

Refletir sobre as preferências musicais reveladas por eles possibilitou conhecer muitas de suas concepções a respeito dos papéis sociais que desempenham, de seus universos cotidianos, assim como suas identidades, ainda em construção. Dessa forma, foi possível identificar suas percepções e ações acerca do cuidado e da saúde dentro dos seus contextos de vida, revelando uma perspectiva de realidade caracterizada pelas dificuldades de se construir sonhos de

um futuro promissor perante as reais condições sociais das classes populares, conforme será abordado na próxima seção.

“A saúde e suas expressões na ótica dos adolescentes: (...) Eu vou viver feliz sem as drogas por aí, com educação posso transformar o mundo bem melhor”...

No decorrer dos encontros, entre notas, clavas, canetas e papéis, o grupo refletiu e produziu sua visão do processo saúde-doença, sendo porta-voz de diferentes e contraditórios entendimentos sobre o tema, tal como está posto na realidade social.

Os enunciados individuais e tímidos foram tomando corpo e clarificando-se no espaço do coletivo em torno de duas visões predominantes: a primeira, ligada às condições de vida e às relações sociais, contemplando a subjetividade, o simbólico, a singularidade e a multidimensionalidade do viver a adolescência:

Saúde pra mim é um modo de viver, onde as pessoas procuram o saber, e tentam sobreviver, lutam pelas conquistas, não desistem isso você pode ver (Manu 13 anos).

[...] saúde é ter uma vida saudável. Fazer valer a pena uma vida no mundo de hoje. E também saúde mental e espiritual, exercitando o cérebro, procurando ficar calmo e concentrado (Vitorio, 14 anos).

A segunda visão reproduz o discurso vigente sobre a saúde como uma decorrência de estilos pessoais de vida, assentados em hábitos e atitudes (comportamentos) considerados sadios:

Saúde pra mim é ter uma boa alimentação, sair correndo para fazer exercício e depois fazer flexão. Comer frutas para ter uma boa alimentação e isso eu posso ter uma saúde boa (Breno, 14 anos).

Saúde é ter uma boa alimentação, comer frutas, legumes e fazer exercícios (Carlos, 14 anos).

Consoante a essas concepções, emergiram as construções sobre o “quê os torna saudáveis”, isto é, atitudes e práticas individuais e coletivas que promovem a saúde ou evitam doenças. Para essa reflexão, utilizou-se como dispositivo grupal a técnica de seleção e colagem de imagens representativas das ideias dos adolescentes. As imagens e comentários traduziram as seguintes concepções e práticas:

Comer coisas saudáveis e não guloseimas (Vitorio, 14 anos).

Ter cuidado com nosso corpo é ter uma boa saúde (Carlos, 14 anos).

Praticar exercícios para uma vida saudável (Vivian, 13 anos).

Sexo é vida- sexo também é uma atividade física (Vitorio, 14 anos).

Na escola tem a educação física (Breno, 13 anos).

Tem vacina HPV e o exame de vista (Vitorio, 14 anos).

Como muita salada e corro todo dia (Diana, 13 anos).

Cuido do cabelo, para estar sempre bonito (Vivian, 13 anos).

Nas concepções e práticas referidas, a noção de cuidado comparece associada ao discurso operante da saúde tradicional (fazer exercícios físicos e alimentar-se de forma saudável), assim como através da negação de práticas anti-saudáveis (ingerir guloseimas e estar acima do peso). A escola foi referida como lugar de práticas de prevenção, como as vacinações e exames de acuidade visual e também por desenvolver práticas de promoção como é o caso da disciplina de educação física.

Ainda associadas ao modelo preventivista, emergiram visões mais ampliadas de saúde (o cuidado consigo e com o corpo, a sexualidade como dimensão da expressão da vida). Na dialética indivíduo-sociedade, a representação que cada pessoa tem de seu próprio corpo possibilita ao ser humano características que o tornam único, ao mesmo tempo em que o sentimento de identidade criado nas pessoas envolve: o que eu penso de mim; o que os outros pensam de mim; e o que eu penso que os outros pensam de mim (SANTOS, 2008).

Para além da reprodução de um discurso hegemônico, o cuidado com o corpo em grande parte está vinculado às suas diferentes conotações: simbólica, biológica, cultural e relacional, próprias desta fase de desenvolvimento (HORTA; SENA, 2011). A dimensão biológica, conforme exposta acima, é a mais corrente, mas não exclui as demais na relação dos adolescentes com suas experiências de vida e saúde.

O imbricamento dessas dimensões é especialmente importante quando se está refletindo sobre o processo do adolescer na contemporaneidade. A imagem corporal cada vez mais representa um espelho do *self*, em que a aparência e a essência se confundem (GIDDENS, 2002). Por outro lado, é na construção social de uma dada estética corporal que também se constrói a identidade nas dimensões individual e coletiva.

Um exemplo dessas aproximações são as canções que os adolescentes individualmente trouxeram como suas preferências musicais, conforme abordado na seção anterior. Nas letras de “Princesinha de Aba Reta” (Mc Novinho) e “A Festa” (Mc Lon), é possível observar a identificação entre imagem/auto-imagem corporal na construção de uma dada identidade coletiva:

*Com certeza ela é modelo / Ou então ela faz curso / E por onde passa /
Deixa geral maluco / E seu cheiro, sua fragrância / Só usa Dolce Gabbana /
Tá sempre no estilo (Música “Princesinha de Aba Reta” - Mc Novinho).*

*Bota o Nike no pé / Joga a meia na canela / E de nave importada / Assim
que eu passei por ela / O perfume é o Paco Rabanne / Tava eu, os menor e
as madame / Os menino chique, bem trajado / Falando vem pro baile funk /
Pra que? (Trecho da música “A Festa” – Mc Lon).*

Nesta dimensão simbólica, a imagem construída pelos adolescentes do corpo saudável (e com o seu cuidado) é materializada com a conjugação de diferentes adereços, ritos e recursos para o embelezamento que, na perspectiva estética, possibilita a construção de relações de afeto e de poder. Essas projeções, por sua vez, aproximam esse público das redes de amizade e de convívio social, presencial ou virtual, caracterizando a dimensão relacional das concepções e práticas de saúde ligadas ao cuidado de si.

No contexto maior dessas relações, a dimensão cultural marca presença de forma decisiva na construção de um “estar no mundo” e na visão que os adolescentes produzem sobre o cuidado com a saúde, mediada pelos valores

societários vigentes. Para a sociedade em geral, a saúde depende em algum grau daquilo que é possível consumir no mercado que se criou em seu entorno, seja por meio de recursos diagnósticos e de tratamento, seja por meio de um arsenal de recursos preventivos (alimentação, prática de atividades esportivas, etc). Considerando o universo da adolescência e a forte influência que os meios de comunicação exercem, sobretudo os midiáticos, a aderência aos discursos veiculados também se reflete nas construções sobre as práticas de saúde:

Não deveríamos comer muito pão porque tem glúten, nem doce e salgados. A gente pode comer, mas não em excesso. Eu olho Bem Estar todo dia. É importante a gente ouvir outras ideias (Vitor, 14 anos; programa sobre saúde diário que passa na rede globo).

Por outro lado, à medida que os encontros produziam a escuta e a emergência de ideias próprias do contexto social e cultural dos adolescentes, outras visões sobre a saúde foram se desenhando, embaladas nos ritmos musicais que acompanhavam as discussões.

Inicialmente, em duplas, e, após alguns encontros, trabalhando coletivamente, os adolescentes foram desafiados pela pesquisadora a compor uma paródia musical que representasse suas percepções de saúde. Na música, a composição de uma paródia é a recriação de um texto, onde mantém a estrutura, isto é, características que remetem à produção original, como por exemplo, o ritmo – no caso de canções – mas modifica-se o sentido (SANTOS et al., 2011). A música escolhida para esta composição foi *Vagalume* interpretada pelo cantor Pollo, para expressar o significado coletivo sobre saúde. Nessa construção, percebe-se que a noção de saúde para os adolescentes passa a expressar outras projeções, estas associadas a um projeto de vida e de felicidade que supõe sonho e mudança:

Eu vou viver feliz sem as drogas por aí, com educação posso transformar o mundo bem melhor. / eu só quero estudar na faculdade vou entrar e com esperança que as drogas um dia possam acabar (Paródia da música Vagalume – Pollo).

Esta pequena, mas significativa produção do grupo, é um espelho de seus contextos de vida cotidianos, mas também projetivos revelando a realidade difícil das classes populares, quando se trata de pensar o presente e o futuro. As drogas, em si, mas, sobretudo a rede de tráfico que domina territórios populares como é o caso do bairro onde moram apareceu de forma significativa nessa elaboração. Afinal, como é possível pensar em saúde sem enfrentar a criminalidade que destrói trajetórias de vida ainda tão nascentes?

Um ambiente de vida demarcado pela criminalidade decorrente da disputa do tráfico de drogas é perceptível a qualquer um que adentre ao bairro. Como por exemplo, ao lado da escola, um ponto de vendas de drogas foi desmanchado pela polícia durante o período de execução da pesquisa. Casas foram queimadas. A violência cotidiana passa a ser percebida como uma condição de vida onde não há espaços de proteção preservados. A qualquer momento, na escola, em suas casas ou nos trajetos, ela invade e interrompe de forma avassaladora itinerários de vida. Por isso, pensar saúde para esses adolescentes é pensar rotas de fuga e/ou de proteção a um determinante social que torna esse segmento muito vulnerável, implicando outros setores da sociedade, como a segurança pública.

Por outro lado, e contraditoriamente à ausência do Estado nessa política pública, na paródia, a educação compareceu como indutora de um projeto de vida para os adolescentes. No imaginário do grupo, a educação (e, portanto, a instituição escola) é uma ponte para a construção de seus projetos de felicidade. Enunciá-los e cantá-los por meio de uma parodia musical foi uma possibilidade de anunciá-los para outros espaços e tempos, dentro e fora da escola, de tornar visíveis seus territórios existenciais e sociais.

Assim sendo, pensar a saúde requer o olhar ampliado para o território e suas (im)possibilidades. Dematteis (2008, p.34) afirma que o território não é apenas uma superfície sobre a qual se projeta alguma atividade humana, mas é também o “[...] meio e a matriz de um futuro, visando à proteção do conjunto de condições necessárias à vida”. O autor defende que, para melhorar a qualidade do ambiente e a própria sociedade, a ação política deve considerar a territorialidade que sob seu ponto de vista envolve relações dinâmicas entre a economia, a cultura, as instituições e o poder com os elementos materiais e imateriais, vivos e inertes, que são próprios do território onde habita, vive e se produz.

De uma forma muito singular e em um pequeno parágrafo, os adolescentes condensaram a dialética exclusão-inclusão na qual suas vidas se movem e podem ser transformadas. Freire (1996), ao destacar a importância da esperança no processo educativo, afirma que a impossibilidade de sonhar com o amanhã diferente asfixia a liberdade, e, nesse sentido, acreditar no sonho é mover-se em direção a um futuro com possibilidades de escolhas e mudanças. Enquanto a desesperança é capaz de imobilizar, a esperança possibilita o mover-se. Ela é um elemento fundamental no processo educativo dialógico; não se constituindo, por conseguinte, como uma espera imobilizada, mas como um permanente e eterno movimento de busca.

Nessa perspectiva, o campo das artes, em especial, da música é particularmente produtor e potencializador dessas mediações, “[...] pois, ultrapassando a palavra, ela fala às emoções e aos afetos e, longe de comunicar uma informação doutrinária, sempre irá desvelar uma percepção subjetiva da realidade” (SEKEFF, 2007, p.169).

A sequência da construção grupal propiciada pelos encontros revelou outras evidências da visão de saúde, associada a um projeto de vida difícil, mas pelo qual valeria a pena batalhar. Em outra dinâmica empregada, qual seja de identificar músicas que “falassem” das questões que compuseram na paródia, após muita discussão, o grupo escolheu: “É preciso saber viver”, de autoria de Roberto Carlos e Erasmo, escrita em 1968, mas famosa na interpretação da Banda Titãs (ícone da música pop rock brasileira) e “Sonhar” escrita em 2014 pelo jovem paulista representante do funk ostentação Mc Gui, na época, com 16 anos.

Apesar de mais de quarenta anos separarem a idade dessas canções, assim como as diferentes características de seus intérpretes, elas apresentaram um conteúdo não só significativo para os adolescentes como também revelador de suas conexões com o tema saúde. Alguns excertos abaixo são exemplos da dupla identificação:

Não nasci na rua / Mas me joguei nela / Sou mero aprendiz / Na vida de favela / Tenho certeza / Que a fé nunca morre / E a vida real não parece novela / Se hoje eu tenho quero dividir / Ostentar pra esperança levar / Pras crianças nunca desistir / Um sonho que leve a gente acreditar / Peço pra Deus o caminho iluminar / Que a luta que eu travo não me traga dor / Eu faço o possível pra gente ganhar / A guerra de miséria que a gente criou / Cê tá ligado, o quanto é difícil / Quando lá em cima querem derrubar / Mas

quando embaixo se pede ajuda / Ninguém dá a mão se é pra te levantar
(Música “Sonhar” cantada por Mc Gui).

Quem espera que a vida / Seja feita de ilusão / Pode até ficar maluco / Ou
morrer na solidão / É preciso ter cuidado / Pra mais tarde não sofrer / É
preciso saber viver. Toda pedra do caminho / Você pode retirar / Numa flor
que tem espinhos / Você pode se arranhar / Se o bem e o mal existem /
Você pode escolher / É preciso saber viver (Música “É Preciso saber viver”
cantado pelos Titãs).

As letras de ambas as músicas referem-se à superação das dificuldades ao longo da vida, a superação dos problemas, as escolhas, a fé como força e a esperança para vencer os duros contornos de uma dada posição social no mundo.

Dessa forma e a exemplo da seção anterior, as aproximações analíticas desta categoria denotam a centralidade da perspectiva de saúde na materialidade do modo de viver a vida dos adolescentes, muito mais que em suas representações produzidas pela influência do mercado ou do viés biologicista, predominante na sociedade. Seus mundos se *plugam* com diferentes outros mundos e neste enredamento sociocultural vivenciam princípios de socialização heterogêneos e, às vezes, contraditórios (PENSO et al., 2013).

Para esse entendimento, foi necessária a escuta dos sentidos e universos imersos nas escolhas musicais, assim como suas ressignificações no coletivo, momento em que os adolescentes puderam expressar seus contextos de vida, particularidades, os recursos existentes e acionados, simbólicos e materiais.

Se as características da adolescência mudam de um contexto para o outro, os sentidos e significados musicais para o sujeito adolescente também mudam, caracterizando a polissemia da natureza musical (SANTOS; BARCELLOS, 1996). Em um mesmo contexto cultural, por exemplo, ao improvisar musicalmente, podem descobrir direções diversas de significados e sentidos.

Assim sendo, ter espaços capazes de oportunizar aos adolescentes a análise de sua situação de saúde e a projeção desta para o futuro dentro de seu contexto de vida, faz-se fundamental. Assim, é possível conhecer os determinantes que incidem favorecendo ou não o processo saúde-doença para além de uma perspectiva linear do risco, buscando criar espaços voltados para a troca e acesso à informação de forma dialógica com os jovens sobre os aspectos que envolvem a saúde.

“A escola como espaço-ambiente de produção de saúde: o caminho do diálogo e da participação”

Esta categoria emergiu da reflexão acerca dos momentos subsequentes empreendidos pelo grupo no processo da pesquisa. Quando se avançou para a última temática geradora que os instigaram sobre: quais as necessidades de saúde? Que saúde temos? Que saúde queremos? O que queremos mudar? De que forma isso é possível? O que nós faremos? O que está ao nosso alcance?, houve um significativo movimento dos adolescentes que inicialmente discutiram a questão de forma pontual e em seguida a projetaram “para fora” do espaço protetivo grupal.

No encontro que tematizou o quê a escola e o bairro faziam em termos de saúde para os adolescentes, chamou atenção a referência ao território reduzido a duas expressões recorrentes: *“o bairro não tem nada, tem lixo”*.

Já, na escola, foram localizadas práticas tradicionais como o *“exame de vista; vacinas (inclusive a do HPV), a prática da educação física”* e a pesquisa *“a Musicoterapia o projeto que estamos fazendo”*.

Apesar de essas ações representarem certa integração entre as unidades/equipes de saúde da comunidade com a escola, ambas não desenvolvem ou estimulam práticas/ações voltadas aos interesses e necessidades dos adolescentes. Para eles, *“posto médico melhor; horta; praça para exercícios; pista de skate”* são alguns exemplos de como poderiam cuidar melhor de sua saúde. Essas iniciativas se aproximam do pensar a saúde em seu conceito ampliado, na intersecção com a intersectorialidade, interdisciplinariedade e com a participação comunitária.

A problematização inicial a essa indagação motivou o grupo a também pensar “mais além”. Para surpresa da pesquisadora e da escola, por dois encontros consecutivos, os adolescentes percorreram salas de aula, corredores, sala de professores e refeitório buscando “a escuta” sobre o que as pessoas pensavam sobre a saúde. De filmadora em mãos e com um microfone imaginário, foram colhendo informações e construindo suas próprias conclusões.

Aqui, é possível pontuar mais um elo de ligação entre educação e saúde que pode fazer a diferença no processo educativo: o estímulo à autonomia. O respeito à curiosidade crítica do adolescente é um desafio à autonomia do ser adolescente.

Para Freire (1996, p.59), “O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder aos outros”.

Dos depoimentos colhidos pelos adolescentes, as necessidades de saúde coletivas projetaram-se no *ambiente escola* e foram de diferentes ordens: desde aquelas relacionadas ao auto cuidado (autoestima), tais como espelhos nos banheiros, até as coletivas e relacionadas ao bem estar de todos:

Professora 1: Limpeza das salas principalmente, ter ar condicionado nas salas, seria ideal.

Professor 1: ... a alimentação dos alunos, está cada dia pior, eles estão se alimentando mal, exemplo as lixeiras têm muitos pacotes de alimentos industrializados.

Alunos 1: ... a limpeza nos banheiros está horrível, ventiladores que funcionam...

Aluno 2: Melhorar uniforme, banheiros, ter espelho, a quadra, ter papel higiênico no banheiro, ventilador que preste.

A partir da incursão ao cotidiano da escola, os adolescentes debateram no grupo possíveis soluções e encaminhamentos. As sugestões sinalizadas pelos adolescentes foram: manutenção dos banheiros, limpeza diária das salas de aula, recolhimento do lixo, conserto dos ventiladores, horta escolar e continuação do projeto de Musicoterapia para próximo ano. Tais sugestões foram organizadas em uma lista e encaminhadas à direção da escola.

Nesta singular experiência protagonizada pelos adolescentes, tornou-se possível compreender o alcance e o significado da prática qualificada como dialógica. O ato de dialogar vai além da troca de ideias por meio de palavras, consolida-se na práxis social transformadora. Conforme Freire (2003), para o diálogo se estabelecer, é preciso que haja ação e reflexão, ou seja, práxis verdadeira, compromisso com a palavra. Se não for assim, a palavra acaba por se tornar um ativismo, ação pela ação, ou então a reflexão se torna um emaranhado de palavras sem sentido e sem reflexão.

Nesse processo de diálogo com a escola, foi interessante perceber aflorar a visão crítica dos adolescentes. As contradições que se produzem no entrecchoque de

discursos e práticas foram constatadas pelos adolescentes nas relações de poder instituídas:

[...] os professores estão por aí comendo bolinho e tomando refri e depois dizem que a gente não tem saúde [...] (Diana, 14 anos).

Esses dias a gente tava fazendo um trabalho de inglês e a sora T passou com duas formas assim (mostra com as mãos o tamanho da forma, referindo como grande) de nega maluca. Eu disse o sora é pra nossa merenda de amanhã? Ela disse não! É para o lanche dos professores (o adolescente faz um movimento com as mãos de indignação) (Breno, 13 anos).

Tais posturas, que em geral são relativizadas e naturalizadas no cotidiano escolar, foram capturadas e verbalizadas pelos adolescentes. Sabe-se que a tendência à verticalização das relações e decisões é uma construção social.

Os reflexos da cultura adultocrêntrica se espalham por todas as esferas da vida social e no espaço escolar produz, por um lado, tensionamentos e, de outro, passividade e desmotivação.

Frente a esse aspecto, Silva, Mello e Carlos (2010) sustentam que historicamente a sociedade impõe à criança e ao adolescente uma condição de relatividade, ambiguidade e transitoriedade, passando a inseri-los no mundo adulto através da disciplina, do trabalho e da punição; não lhes cabendo, portanto, o mesmo poder de expressão e tratamento que cabem aos adultos.

Segundo estudo realizado Silva, Mello e Carlos (2010) com adolescentes, constatou-se que eles ainda permanecem em uma relação de dependência da escola e dos educadores para a realização e participação de atividades educativas em saúde. Isso significa dizer que esses adolescentes ainda convivem com uma relação educador-educando unilateral, pouco participativa, indicando uma urgente necessidade de se promover a inclusão desses adolescentes como atores ativos do mundo escolar. Essa realidade também é encontrada no âmbito da política de saúde. Dada a invisibilidade dos adolescentes e da escassez de olhares e práticas integrais de promoção da saúde voltadas ao segmento (BRESSAN, 2011; GUIMARRÃES; LIMA, 2011; SOARES, 2011), processos de educação em saúde envolvendo a escola e seu território e centrados na metodologia participativa têm grande potencial de êxito, assim como são eticamente recomendados.

Para Pedrosa (2006), as dimensões da educação em saúde articulam-se e manifestam-se em diferentes cenários, destacando-se a escola um dos alicerces da educação, da cidadania e da formação. Nela, constituem-se situações em que estão presentes estruturas, processos e atores, que imprimem sentido às suas ações. Logo, podem-se denominar as ações de educação em saúde como agir educativo, em que se propõe a construção de projetos voltados para o direito à vida, em sua existência plena, entre as pessoas, seus ambientes e territórios (JUNGES; BARBIANI, 2013).

Apesar das contradições e tensões acerca do ambiente escolar, identificou-se nas falas e nas atitudes dos adolescentes o desejo de um espaço para o diálogo dentro e fora da sala de aula. Pela projeção social que depositam na escola (a educação é vista como o caminho para a transformação social), o ambiente escolar é um espaço de sociabilidade que ultrapassa as fronteiras da aprendizagem cognitiva, dos conteúdos curriculares, pois, trata-se de um espaço vital de convivência. Nesse sentido, o ambiente escolar concebido como espaço de produção da vida é potencialmente produtor de saúde. Para o ser humano, “[...] o espaço, além de ser um elemento potencialmente mensurável, é o lugar de reconhecimento de si e dos outros, porque é no espaço que ele se movimenta, realiza atividades e estabelece relações sociais” (LIMA, 1995, p. 187). (CUNHA; ARRUDA; SILVA; MELLO; CARLOS, 2010).

Foi nesse espaço que os participantes da pesquisa propuseram ações de promoção da saúde ainda que de forma pontual, sinalizando a importância do ambiente em sua efetivação. Pela potência do espaço escolar, diversas políticas de saúde recomendam esse ambiente para o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, assim como a participação dos adolescentes nas ações (BRASIL, 2007). Complementarmente, vale destacar que a escola é um centro de aprendizagem por excelência e considerada um dos espaços mais importantes para a promoção da saúde (BRESSAN, 2011).

Essa assertiva foi evidenciada pela pesquisa, à medida que foi no ambiente-escola que os adolescentes se reconheceram como produtores do “valor” da saúde e da construção de seu próprio futuro. A escola possibilita agregar todas as formas de território, onde se desenvolvem ações de saúde pública, produções coletivas, com materialidade histórica e social, e configurações espaciais singulares

compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor (VALADÃO, 2004).

Para essa construção, e levando em consideração a experiência da pesquisa, é fundamental a criação de espaços de diálogo e participação efetiva dos alunos. O processo participativo tem como essência a dinâmica dialógica de interações e trocas interpessoais que se consubstanciam em novos sentidos, símbolos e significados pessoais e coletivos. A participação é, portanto, dispositivo intrínseco aos processos educativos, de socialização consciente e propositiva e a escola pode ser o lócus de aprendizagem de valores e práticas democráticas, que expressam a superação de uma cultura cívica autoritária e centralizadora (GUIMARÃES; LIMA, 2011). O processo vivenciado, centrado na abordagem participativa, favoreceu movimentos de autonomia, problematizando necessidades e situações criativas, construtivas e solidárias, na solução de problemas reais na escola, na comunidade e na vida social mais ampla.

No desenrolar da sondagem realizada pelos adolescentes, a formulação de outras perguntas como: *“a educação e a saúde na escola estão evoluindo ou diminuindo? O que a leitura influencia no conhecimento das crianças?”* denotam a preocupação do grupo com a saúde desde seu conceito ampliado: no âmbito do coletivo e de seus determinantes socioculturais, no qual assumem centralidade a escola como ambiente de convívio e (des)cuidado com a saúde; e o bairro, de forma menos acentuada, como território que condensa os determinantes sociais da saúde, externando suas vulnerabilidades e ameaças.

Os assuntos trabalhados sobre a escola ainda precisam melhorar, mas vão melhorar ainda mais depois deste trabalho que a gente tá fazendo, pois é um trabalho muito importante não só para escola, mas para sociedade também que está sofrendo muito (Vitorio, 14 anos).

Refletindo sobre o curso da pesquisa e da forma como os adolescentes a conduziram junto com a pesquisadora, se o processo dialógico com os adolescentes fosse mantido, muito provavelmente outros movimentos entre ambiente-escola e território-bairro poderiam ser desencadeados, com o seu protagonismo.

O protagonismo juvenil se constitui na participação dos/das adolescentes em atividades individuais ou familiares que podem ter como espaço a escola, a

comunidade, através de movimentos, campanhas e outras formas de mobilização que vão além do seu entorno sociocomunitário (SILVA; MELLO; CARLOS, 2010; COSTA, 2001).

Para Costa (2000, p. 126):

[...] o protagonismo juvenil é uma forma de reconhecer que a participação dos adolescentes pode gerar mudanças decisivas na realidade social, ambiental, cultural e política em que estão inseridos [...] Assim, o protagonismo juvenil, tanto quanto um direito, é um dever dos adolescentes.

Para o alcance desse nível de participação, é preciso avançar, sobretudo, reconhecendo nos adolescentes a capacidade de serem atores de sua própria vida, capazes de ter projetos, de escolher, de julgar de modo positivo ou negativo, e capazes também, mais simplesmente, de ter relações sociais, quer se trate de relações de cooperação, de consenso ou conflitivas (TOURAINÉ, 1998).

Tomando essas referências à luz da experiência vivida, contextualiza-se o último achado de pesquisa que será descrito na próxima seção: a Musicoterapia como facilitadora do processo. Esta que, aliada à abordagem participativa, embasada nos pressupostos da pesquisa-ação, resultou na viabilização do curso metodológico da pesquisa, isto é, proporcionou à pesquisadora ferramentas dialógicas que de fato operaram como dispositivos à reflexão sobre educação e saúde.

“A Musicoterapia como facilitadora do processo: com licença... NÓS podemos falar sobre saúde”?

Um dos objetivos de pesquisa foi o de indagar sobre as possibilidades de a Musicoterapia Comunitária contribuir à promoção da saúde junto ao público adolescente. A pertinência da questão assenta-se no fato de que a Musicoterapia tem seus métodos consagrados em tratamentos, intervindo em processos de saúde-doença já instalados, com incipiente inserção no campo da saúde coletiva e seus processos de educação em saúde. Outros estudos demonstram a escassez de produções científicas abordando a temática: juventudes (inclui-se, aqui, o segmento adolescentes), músicas e escolas (ARROYO, 2009).

Frente a essa indagação, ao longo do processo foram recolhidos indícios de respostas que, após análise, configuraram-se como evidências positivas à interrogação.

A música operada no âmbito da Musicoterapia e da Saúde Coletiva proporcionou aos adolescentes um instrumento potente de expressão e produção de ideias e conhecimentos à medida que aproximou:

- a) a pesquisadora (e seu mundo adulto) dos adolescentes com suas histórias singulares de vida em seu ambiente escola e território;
- b) o objeto de pesquisa do universo de vida e relacional dos sujeitos, mediado pela música - um dos componentes mais presentes na cultura juvenil;
- c) os adolescentes de processos criativos e propositivos de ação, por meio do manejo de instrumentos musicais, da elaboração coletiva de letras e paródias, facilitando a comunicação e a autoafirmação de valores e conhecimentos.

Percebeu-se, então, que a proposta de pesquisa acompanhada pela música foi importante, pois não só motivou a participação dos adolescentes, como também auxiliou na comunicação e na verbalização de ideias, uma vez que ela compõe o universo juvenil e produz diferentes formas de integração e expressão. É, de fato, um instrumento de comunicação com o mundo. Através da música, os jovens falam, opinam, criticam e sugerem acerca de política, religião, regras sociais, etc (VALENZUELA, 1998).

Quando a senhora foi lá na sala falar pensei que a gente ia aprender a tocar instrumento tocar, mas foi algo diferente, aprendeu outras coisas e também a tocar instrumentos, então acrescentou algo mais além disso... (Vitorio, 14 anos).

Foi bom, gostei de aprender a tocar instrumentos que não sabia. Foi legal falar sobre outras coisas, foi bom acordar cedo (Davi, 13 anos).

Ao longo da história, a propagação de expressões juvenis através de preferências musicais; a “[...] relação música-visual-vida foi adquirindo cada vez mais visibilidade, tanto pela expressão quanto pela diversificação dos estilos, ganhando uma importância maior para a identidade juvenil” (DAYRELL, 2005, p.39).

A música, a partir desse ponto de vista, não é compreendida apenas como uma manifestação individual, fruto da mente brilhante de determinados artistas, desconectada do universo ideológico e sócio-histórico. A música não é considerada exclusivamente como um sintoma, um presságio, ou mesmo como um produto acabado, mas como um elemento integrante da própria História. Ela influencia e é influenciada, ela reflete e retrata uma dada realidade, “[...] num processo de constante iteração dialética e recriação permanente” (FREIRE, 1992, p.7).

Em outras palavras, Dayrell (1999, p. 27) sugere que:

[...] a música é uma dimensão presente na história cultural da humanidade, acompanhando as transformações do homem e da sociedade, expressando, de alguma forma, nas melodias e nas letras, a relação do indivíduo com o seu mundo, no seu tempo.

Conforme afirma Sampaio (2005, p.23), o *fazer musical* é um território capaz de permitir “[...] uma análise criativa que gera um mapa, uma cartografia de possíveis caminhos, possíveis processos de significações, possíveis relações, possíveis ganhos de complexidade e possíveis processos de evolução humana”. Na mesma direção, Millecco (2000, p.84) ressalta que a experiência do *fazer musical* constitui um território “[...] definido como o conjunto de muitas forças, um espaço de muitas trocas, um campo de forças centrífugas e centrípedas, de caso e ordem [...]”.

As representações (...) são portadoras do simbólico, ou seja, dizem mais do que aquilo que mostram ou enunciam, carregam sentidos ocultos, que construídos social e historicamente, se internalizam no inconsciente coletivo e se apresentam como naturais, dispensando reflexão (PESAVENTO, 2003, p.41).

Logo, o sujeito é a música que improvisa, compõe, escuta e recria. É a música que dança, reza e celebra. Desse modo, fica evidente que as experiências musicais revelam as experiências vividas, o modo de ver o mundo, as necessidades e as esperanças da comunidade. A música é parte constitutiva das culturas e das identidades e significações, tendo em vista que também, através da cultura, são atribuídos sentidos às coisas e aos processos que possibilitam uma compreensão do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou conhecer as concepções e práticas de saúde a partir das referências do público adolescente, no contexto escolar, dialogando com a complexa rede de relações que estes estabelecem com o mundo e em particular com suas expressões musicais. É, portanto, um recorte da sociabilidade humana contemporânea e de suas construções acerca do objeto saúde, campo multifacetado de conhecimentos e práticas.

O universo dos adolescentes começou a ser desvelado pelas suas preferências musicais, cujo conteúdo e significado representaram valores e códigos relacionais presentes na sociedade e que estão vinculados ao status social e aos projetos de vida neles implicados. Valores como a paz, a amizade e a ascensão social se expressam e interagem com contextos vivenciais particulares, pertinentes ao ciclo vital da adolescência vivida em um bairro popular e periférico. O cuidado com o corpo também foi um valor associado à saúde, vinculado às suas múltiplas conotações: simbólica, biológica, cultural e relacional, próprias desta fase de desenvolvimento.

Os resultados do estudo sugerem que os adolescentes atribuem diferentes e contraditórios significados à saúde, tais como as representações e práticas do padrão hegemônico presentes no modelo biomédico de saúde e centrado na ênfase de vigilância de estilos e hábitos individuais. Por outro lado, a saúde revelou-se como expressão autoral do grupo e de seus valores, desde as projeções de vida veiculadas pela mídia e pelos ícones musicais, até projeções baseadas em suas vidas cotidianas, como o desejo de ascender socialmente pela via da educação. Essas últimas trazem claramente valores como o auto-cuidado, passando pelo cuidado dos próximos, sobretudo, de amigos e família, estendendo-se ao cuidado com o ambiente e com o território.

Nesse sentido, mais do que conhecer o significado e as práticas de saúde dos adolescentes, há necessidade de reconhecê-los como produtores de conhecimento e de práticas de saúde, aproximando os espaços do ambiente-escola com o do território-bairro. A experiência de pesquisa, embora circunscrita no tempo e no espaço da escola, pode apreender o alcance desse pressuposto.

Ao longo do processo, constatou-se um movimento próprio do grupo, ainda que os encontros estivessem norteados por temas geradores. Os adolescentes “transbordaram” os limites da própria experiência grupal, problematizando a temática saúde com o universo escolar. Afixaram suas produções em cartazes no saguão da escola; subiram ao palco, como convidados na Confraternização de Natal; elaboraram uma lista de prioridades a ser encaminhada à direção da escola; entre outras ações já relatadas. Para a surpresa de professores, alunos e da própria pesquisadora, os adolescentes, apoiados por câmeras e pelo próprio coletivo que formaram, invadiram a escola com perguntas; apropriando-se, desse modo, do papel de pesquisadores.

Nesse processo, outras descobertas emergiram. Alguns mitos ou falsas crenças presentes no senso comum em relação ao público adolescente e juvenil foram desconstruídos nesta pesquisa.

As evidências sugeriram que:

- 1) As perguntas elaboradas pelos adolescentes, bem como o conteúdo subjacente revelam uma adolescência sintonizada e preocupada com o seu contexto e não apenas com seus desejos e percepções.
- 2) Valores que muitos acreditam estar desaparecendo do horizonte juvenil fazem parte do ideário de vida dos adolescentes, sujeitos da pesquisa: a família, a amizade e a educação são pilares sobre os quais alicerçam seus projetos de vida e suas noções de saúde.
- 3) As músicas escolhidas, a paródia produzida e o protagonismo de irem em busca de respostas junto à comunidade escolar revelaram adolescentes ativos e ávidos por conhecimento e ação, destoando da imagem generalizada de que adolescentes são passivos e indolentes frente à realidade que se passa.

A partir das descobertas oportunizadas pela pesquisa, pode-se afirmar que pensar em ações de educação em saúde com adolescentes implica supostos éticos e metodológicos, tais como:

- 1) Re-conhecimento da potência desses sujeitos no planejamento e execução de projetos educacionais e de promoção da saúde, entendida como defesa da vida e de sua dignidade.

- 2) Faz-se necessário construir estratégias de imersão no cotidiano dos adolescentes para potencializar as ações de saúde e para integrá-las em seus diversos espaços de vida: a escola, a família, o bairro e a cidade.
- 3) A elaboração de pautas interventivas de educação em saúde deve contemplar outros temas e assuntos para além dos tradicionais, focados na noção de risco e exposição às drogas, violência, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce.
- 4) A escola, como espaço privilegiado de desenvolvimento humano tem papel relevante na promoção da vida e no cuidado com a saúde de seus educandos. Entretanto, precisa incorporar esse olhar nas suas práticas pedagógicas e na gestão do espaço-ambiente que é compartilhado por todos. Para isso, pode se valer da comunidade escolar, da participação dos próprios alunos e da contribuição dos demais equipamentos de seu território. Dentre eles, a rede de saúde tem responsabilidade clínica e sanitária de desenvolver ações de promoção e prevenção dentro e fora da escola. É uma questão de diálogo intersetorial que precisa interligar necessidades de saúde com resolutividade. Do contrário, manter-se-á a cultura da fragmentação, impedindo que o cuidado esteja acessível no tempo oportuno e de forma integral, o que para os adolescentes pode significar, inclusive, danos ou perdas irreversíveis.

O conjunto dessas assertivas reafirma, portanto, a potência da interface entre educação e saúde, como uma estratégia política e programática de reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas de vida, visando alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva dos sujeitos envolvidos.

Por fim, embora se reconheça que os resultados e interpretações construídos dizem respeito ao universo específico desta pesquisa, não podendo ser generalizados, espera-se ter contribuído ao adensamento do debate, à tematização de novos elementos para análise e à proposição de alternativas de intervenção na ótica da promoção da educação em saúde com o público adolescente.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Henri. **O que é justiça ambiental?** Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

ADAMS, Telmo; MORETI, Cheron Zanini; STRECK, Danilo R. De Cartagena a Porto Alegre: notas e reflexões sobre possibilidades de um quixotismo participante. IN: STRECK, Danilo R.; SOBOTTKA, Emil A.; EGGERT, Edla. **Conhecer e Transformar**: pesquisa-ação e pesquisa participante em diálogo internacional. Curitiba, PR: CRV, 2014.

ASQUIDAMINI, Fabiane. **Saúde do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa**: o caso de São Leopoldo/RS. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, 2013.

ARROYO, Margarete. Juventudes, músicas e escolas: análise de pesquisas e indicações para a área da educação musical. **Revista da ABEM**, Porto Alegre, v. 21, p. 53-66, mar. 2009.

AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. IN: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-82.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA Jr. I. Saúde do Adolescente. IN: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, M. (Org.). **Saúde do Adulto**. Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 66-85.

AYRES, J. R. C. M. et al. Adolescência e AIDS: avaliação de uma experiência de educação prevenyiva entre pares. **Interface** –Comunicação, Saúde , Educação, v.7, n.12, p. 123-38, 2003

BARBIANI, Rosangela. Mapeando o discurso teórico latino-americano sobre juventude(s): a unidade na diversidade. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 138-153. jan./jun. 2007.

BARCELOS, L. R. M. **Cadernos de Musicoterapia 3**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1994.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. IN: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRANDÃO Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo R. A pesquisa participante e a partilha do saber: uma introdução. In: **Pesquisa participante: a partilha do saber**. BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo (Orgs.). Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2006. p. 7-20.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Constituição Federal da República**. Brasília: Governo Federal, 1988.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília: 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde nas Escolas. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 23 set. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRESSAN, Aline. **A Participação Juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**: contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro, 2011.

BRUSCIA, K. **Definindo Musicoterapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. IN: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CARTIER, Ruy et al. Vulnerabilidade social e risco ambiental: uma abordagem metodológica para avaliação de injustiça ambiental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2695-2704, dez. 2009.

CECI, Daniel Rubens; KASSMAYER, Karin. **O direito ambiental na sociedade de risco e o conceito de Justiça Ambiental**. 2009. Disponível em: <www.anppas.org.br/.../cd/.../GT11-1015-886-20080510203835.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

COSTA, A. C. G. **Protagonismo Juvenil**: adolescência, educação e participação democrática. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

COSTA, A. C. G. O adolescente como protagonista. IN: **Protagonismo Juvenil**: caderno de atividades/Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CRAVEIRO DE SÁ, Leomara. **A teia do tempo e o autista**: música e musicoterapia. Goiânia: UFG, 2003.

CUNHA, R. A vivência social da música. Simpósio de Música da Faculdade de Artes do Paraná, 3, 2007, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba, 2007. Disponível em: <www.fap.pr.gov.br/.../IIISimpdemusica/.../A_vivencia_social_da_musica_Rosemyriam_Cunha.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CUNHA, R.; ARRUDA, M.; SILVA, S. M. Homem, Música e Musicoterapia. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba, v.1, p.1-14, 2010.

DAYRELL, J. Juventude, grupos de estilo e identidade. **Educação em revista**, p. 25-39, 1999.

DAYRELL, J. **A música entra em cena**: o rap eo funk na socialização da juventude. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

DAYRELL, J. O Jovem como sujeito social. **Revista Brasileira de Educação**, n. 24, set./out./nov./dez. 2003.

DEMATTEIS, G. Sistema Local Territorial: um instrumento para representar, ler e transformar o território. IN: ALVES, A. F.; CORRIJO, B. R.; CANDIONOTTO, Z. P. (Orgs.). **Desenvolvimento territorial e agroecologia**. São Paulo: Expressão popular, 2008. p. 33-44.

FARIA, D. C. Entre o local e o global: articulações do funk brasileiro e do kuduro angolano. Livro de Atas do 1. Congresso da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa. **XII CONLAB**, Lisboa, p. 3344-3352, 2015.

FERREIRA, M. de A. et al. Saberes de adolescentes: Estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.2, p.217-224, abr./jun. 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 35. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FREIRE, Vanda Lima Bellard. **Música e sociedade**. Uma perspectiva histórica e uma reflexão aplicada ao ensino superior de música. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996a.

FREIRE, P. **Educação como prática libertadora**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz na Terra, 1996b.

GIDDENS, A. **Modernidade e Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GREEN, Anne-Marie. Les comportements musicaux dês adolescents. Inharmoniques “Musiques, Identités”, Paris, vol. 2, p. 88-102, 1987. IN: SILVA; Helena Lopes da. Gênero, adolescência e musica: um estudo de caso no espaço escolar. **EM PAUTA**, v. 17, n. 28, jan./jun. 2006.

GROPPO, L. A. **Juventudes**: ensaios sobre a sociologia e história das juventudes modernas. Rio de Janeiro: DIFEL, 2000.

GUIMARÃES, J. S.; LIMA, I. M. S. O. Youth participation and health promotion: strategy for human development (Participação juvenil e promoção da saúde: estratégia de desenvolvimento humano). **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 3, p. 859-866, 2011.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e Saúde**: uma visão preventiva. Para profissionais de saúde e educação. Petrópolis: Vozes, 2006.

HORTA, Natália de cássia; SENA, Roseni Rosângela de. A saúde no cotidiano de jovens residentes em um bairro popular de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45 (Esp. 2), p.1673-8, 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 15 ago. 2015.

IBGE. **Censo Demográfico 2010** - Resultados do universo. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. **Revista de Bioética** (Impr.), v. 21, n. 2, p. 207-17, 2013.

LUZ, M. T. Relação entre o adolescente e a sociedade atual. IN: LUZ, M. T (Org.). **Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro: CPESC:IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

MILLECO, Ronaldo P. **Processos de subjetivação em Educação Musical e Musicoterapia**. Dissertação (Mestrado em Música) -- Programa de Pós-Graduação em Música, Conservatório Brasileiro de Música, 2000.

MINAYO, Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Cecília. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):621-626, 2012

MITJÁNS-MARTÍNEZ, A. La escuela: un espacio de promoción de salud. **Psicología Escolar e Educacional**, v. 1, p.19-24, 1996.

NEVES FILHO, A. de C. Habilidades de comunicação na consulta com adolescentes. IN: LEITE, A. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

OLIVEIRA, Fernanda Silva de; LEITE, Lúcia Helena Alvarez. A atualidade do pensamento de Paulo Freire e sua contribuição para a educação no Brasil. **Paidéia r. do cur. de ped. da Fac. de Ci. Hum., Soc. e da Saú., Univ. Fumec**, Belo Horizonte, Ano 9, n.13, p. 43-56, jul./dez. 2012.

OLIVEIRA. Arlindo Weber de; FITZ, Paulo Roberto. Análise da Violência em Escolas Públicas e Privadas de Bairros de Classes Sociais A, B, C no Município de São Leopoldo, RS. **Cadernos de Educação da Faculdade de Educação da UFPEL**. n. 47, p.165-185, jan./abr. 2014.

OSELAME, Mariane N. **Um estudo sobre as práticas da musicoterapia em direção à promoção da saúde**. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia) --

Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, UFRJ, Rio de Janeiro, 2013. 105 f.

PEDROSA, J. I. Promoção da saúde e educação em saúde. IN: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS** – Ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 77-95.

PELLIZZARI, P. **Musicoterapia**: promoción y prevención de la salud. IN: II Fórum de Musicoterapia do Rio Grande do Sul. 2010. São Leopoldo. RS. **Anais do II Fórum de Musicoterapia do Rio Grande do Sul**. Disponível em: CD-ROM.

PENSO, Maria Aparecida Penso; BRASIL, Katia Cristina Tarouquella Rodrigues; ARRAIS, Alessandra da Rocha; LORDELLO, Silvia Renata. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.2, p.542-553, 2013.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. **História & História Cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

RAMOS, F. R. S. Bases para uma ressignificação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. IN: RAMOS, F. R. S. **Adolescer**: compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEN, 2001. p. 11-8.

RS. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes**. Porto Alegre, abr. 2010.

SAMPAIO, R. T. Por uma noção de Música em Musicoterapia, IN: SAMPAIO, A. C.; SAMPAIO, R. T **Apontamentos em Musicoterapia**. São Paulo: Apontamentos, 2005. v. 1.

SANTOS, M. P. S. et al. A paródia: uma estratégia educativa para conhecimentos relacionados à saúde. **R. bras. Ci. e Mov**, v. 19, n. 3, p.86-98, 2011.

SANTOS, L. A. S. **O corpo, o comer e a comida**: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo [online]. Salvador: EDUFBA, 2008. 330 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 07 set. 2015.

SEKEFF, M. L. **Da música, seus usos e recursos**. 2. ed. São Paulo: Unesp, 2007.

SILVA, Thais Gama da. *Protagonismo na Adolescência: A Escola como Espaço e Lugar de Desenvolvimento Humano*. Dissertação (Mestrado em Educação) -- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

SILVA, Marta Angélica Iossi; MELLO, Débora Falleiros de; CARLOS, Diene Monique. O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 12, n. 2, p. 287-93, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a09.htm>>. Acesso em: 10 set. 2015.

SOARES, Cassia Baldini. Juventude e saúde: concepções e políticas. IN: Juarez DAYRELL, Maria Ignez Costa Moreira; STENGEL, Márcia (Orgs.). **Juventudes contemporâneas**: um mosaico de possibilidades. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2011.

STAMATO, Maria Izabel Calil. Protagonismo Juvenil: um conceito em revisão. IN: ESPINDULA, Brenda (Org.). **Protagonismo da Juventude Brasileira**: Teoria e Memória. São Paulo: Instituto Arte Cidadania (IAC) Centro de Estudos e Memória da Juventude (CEMJ), 2009.

STIGE, B. **Culture-centered music therapy**. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2002.

STRECK, D. R. Pesquisar é Pronunciar o Mundo: notas sobre método e metodologia. IN: BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. (Orgs.). **Pesquisa Participante**: O saber da partilha. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2006, p. 259-276.

THIOLLENT, Michael. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TOURAINÉ, Alain. Juventud y democracia en Chile. **Revista Última Década**. Centro de Investigación y Difusión Poblacional de Achupallas (CIDPA). Viña Del Mar, Chile, n.8, 1998. Disponível em: <<http://www.cidpa.cl>>. Acesso em: 10 set. 2015.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <[HTTP://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/)>. Acesso em: 21 out. 2014.

VALENZUELA, José Manuel. Identidades juveniles. IN: CUBIDES, Humberto J.; TOSCANO, Maria Cristina Laverde; VALDERRAMA, Carlos Eduardo H. (Ed.). **“Vivendo a Toda”**. Jóvenes, territórios culturales y nuevas sensibilidades. Fundación Universidad Central, Santafé de Bogotá: Paidós, 1998. p. 38-45. (Série Encuentros)

VELLOSO, Marta Pimenta; SANTOS, Maria Lúcia. Construindo conhecimento em saúde nas escolas publicas IN: **Livro de Atas do 1º Congresso da Associação Internacional de Ciências sociais e Humanas em Língua Portuguesa**. Lisboa, 2015.

VIANNA, H. **O baile funk carioca**: festas e estilos de vida metropolitanos. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) -- Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Rio de Janeiro, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.

VIANNA, H. **O mundo do funk Carioca**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.