UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

ANA BEATRIZ BURIN

Ansiedade de performance musical: causas percebidas, estratégias de
enfrentamento e perfil clínico de músicos brasileiros e australianos

Ribeirão Preto – SP

2017

ANA BEATRIZ BURIN

Ansiedade de performance musical: causas percebidas, estratégias de enfrentamento e perfil clínico de músicos brasileiros e australianos

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Flávia de Lima Osório

Ribeirão Preto – SP

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Burin, Ana Beatriz

Ansiedade de performance musical: causas percebidas, estratégias de enfrentamento e perfil clínico de músicos brasileiros e australianos. Ribeirão Preto, 2017.

121 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Mental.

Orientadora: Osório, Flávia de Lima.

1. Ansiedade. 2. Performance musical. 3. Transcultural.
4. Estratégias de enfrentamento. 5. Músicos.

FOLHA DE APROVAÇÃO

BURIN, Ana Beatriz

Ansiedade de performance musical: causas percebidas, estratégias de enfrentamento e perfil clínico de músicos brasileiros e australianos

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre

Área de atuação: Saúde Mental

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Pedro e Maria Lúcia, que desde cedo me deram asas destemidas, raízes fortes e um amor imenso por aprender.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Flávia de Lima Osório, pelos ensinamentos valiosos e pelo equilíbrio entre o encorajamento, acolhimento e cobrança em todas as etapas desta jornada. Agradeço especialmente por ter me auxiliado no aprendizado de habilidades importantes relacionadas à pesquisa.

Aos professores Dr. José Alexandre de Souza Crippa e Dr. João Gabriel Marques Fonseca pelas contribuições preciosas no exame de Qualificação.

Aos colegas da Pós Graduação em Saúde Mental por terem contribuído com a minha formação e também terem suavizado a jornada com carinho e muitas risadas. Aos funcionários da USP pelas muitas contribuições ao longo da pesquisa.

Aos meus pais, que são a minha base, agradeço por tanto amor, dedicação e paciência durante toda a minha vida! Obrigada por plantarem no meu coração a semente da busca por conhecimento desde que eu era muito pequena e sempre cultivarem em mim o encantamento por estudar e aprender. Aos meus irmãos Ana Paula e Thiago por me mostrarem desde cedo a importância da dedicação e por vibrarem junto comigo pelas minhas conquistas. Aos meus sobrinhos Pedro, João e Nico por trazerem leveza nos momentos mais difíceis.

Ao meu marido Breno, de forma especial, por ter acompanhado de perto cada pedacinho deste trabalho e me nutriu de amor e afeto, me incentivou, teve sempre muita paciência e comemorou cada etapa concluída. Obrigada por ser meu porto seguro.

Aos amigos que de alguma forma contribuíram ao longo do caminho seja de forma acadêmica ou “jogando conversa fora” nos momentos necessários, minha gratidão.

Aos músicos que participaram da pesquisa e permitiram a execução do presente trabalho, meus sinceros agradecimentos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, pela bolsa concedida e pelo apoio financeiro para a realização desse estudo.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA REFERENTE DISSERTAÇÃO

- **Artigo completo publicado em periódicos indexados**

BURIN A. B, OSÓRIO F. L. Interventions for music performance anxiety: results from a systematic literature review. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 43, n. 5 Sept./Oct. 2016 (Apêndice A)

- **Artigo aceito para publicação**

BURIN A. B, OSÓRIO F. L. Music Performance Anxiety: A Critical Review of Etiological Aspects, Perceived Causes, Coping Strategies and Treatment. **Archives of Clinical Psychiatry** (Apêndice B)

Autoria: Ana Beatriz Burin

Título: Ansiedade de performance musical: causas percebidas, estratégias de enfrentamento e perfil clínico de músicos brasileiros e australianos

Este trabalho foi subvencionado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo mediante concessão de bolsa de Mestrado, no período de agosto de 2015 a julho de 2017.

Número do Processo: 2015/00097-0

Ribeirão Preto – SP
2017

RESUMO

BURIN, A. B. **Ansiedade de performance musical: causas percebidas, estratégias de enfrentamento e perfil clínico de músicos brasileiros e australianos.** 2017. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A ansiedade de performance musical (APM) é um subtipo do transtorno de ansiedade social caracterizado pela presença de temores relacionados ao desempenho musical que podem acarretar prejuízos na vida profissional dos músicos. Os sintomas variam de sensações de estresse normais da profissão à sintomas de ansiedade intensos. A literatura sugere que a etiologia da APM envolve aspectos fisiológicos e psicológicos. O conhecimento de outros aspectos como as causas da APM percebidas pelos músicos, estratégias de enfrentamento e variáveis culturais parece importante para uma visão detalhada da APM. O presente projeto teve por objetivo principal descrever o perfil clínico, os aspectos relativos à prevalência, causas percebidas e estratégias de enfrentamento da APM em uma amostra de músicos brasileiros clássicos (GCB) e populares (GPB) e comparar com uma amostra de músicos australianos profissionais (GMA). Foram utilizados diversos instrumentos de auto avaliação em uma amostra de 214 músicos brasileiros (GCB=114; GPB=100) e 376 músicos australianos. Os dados referentes à amostra brasileira foram analisados por meio de programa estatístico específico, em função das variáveis: formação musical, presença/ausência de APM e sexo. Foram realizadas análises comparativas entre músicos clássicos brasileiros e músicos australianos. Adotou-se como nível de significância $p < 0,05$. Os resultados apontam que 38,8% da amostra brasileira apresenta indicadores de APM e não houve diferença significativa de indicadores psiquiátricos entre os grupos GCB e GPB, exceto para subescala social de sensibilidade à ansiedade cuja pontuação média foi maior para o GCB. Quando comparados GCB e GMA, observou-se índices superiores nos indicadores de ansiedade traço, APM e depressão no GCB enquanto o GMA apresentou maiores indicadores de sensibilidade à ansiedade. Os músicos com APM apresentaram um perfil mais comprometido nos indicadores psiquiátricos. Em relação ao sexo, as mulheres apresentaram maiores índices de sensibilidade à ansiedade e depressão. Quanto as causas percebidas de ansiedade, independentemente da condição musical, do sexo e presença/ausência de APM as mais frequentemente apontadas pelos músicos foram a pressão de si próprio, tocar repertório difícil, incertezas ocasionadas por falhas técnicas e preocupação com a reação/avaliação da plateia. Quando comparados em função da formação musical, presença/ausência de APM e país de origem, o GCB, músicos com APM e GMA identificam com maior frequência e significância estatística um maior número de situações causadoras de ansiedade. De forma geral, a maioria das causas percebidas tem locus interno. Quanto às estratégias de enfrentamento, observou-se semelhança nas mais utilizadas independente da formação musical, presença/ausência de APM, sexo e país de origem. As mais utilizadas foram respirar profundamente, aumentar treino, familiarizar-se com local da performance e usar técnicas de relaxamento e, as mais utilizadas também foram efetivas do ponto de vista dos músicos. Nota-se predomínio de estratégias internas aos músicos e baixa procura por recursos externos como profissionais da área da saúde. A APM é uma condição que afeta tanto os músicos brasileiros como os australianos, as causas percebidas de forma geral são associadas a variáveis internas aos músicos que enfrentam esta condição com recursos próprios, com baixa procura por profissionais que poderiam oferecer intervenções mais efetivas.

Palavras-chave: Ansiedade. performance musical. Transcultural. Estratégias de enfrentamento. Músicos.

ABSTRACT

BURIN, A .B. **Musical performance anxiety: perceived causes, coping strategies and clinical profile of Brazilian and Australian musicians.** 2017. 121 f. Dissertation – Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2017.

Musical performance anxiety (MPA) is a subtype of social anxiety disorder characterised by the presence of fear related to musical performance, which can cause impairment in the musician's personal and professional life. Symptoms range from the normal stress sensations of the profession to the most intense and harmful anxiety symptoms. The literature suggests that the etiology of MPA involves physiological and psychological aspects. The knowledge of other aspects, such as how MPA causes are perceived by musicians, coping strategies and cultural variables seem important for a detailed view of MPA. The main objective of this project was to describe the clinical profile, prevalence, perceived causes and coping strategy of MPA in a sample of Brazilian classical (GCB) and popular musicians (GPB) and compare them with a sample of Australian professional musicians (GMA). Several instruments of self evaluation were used in a sample of 214 Brazilian musicians (GCB = 114, GPB = 100) and 376 Australian musicians. The data referring to the Brazilian sample were analyzed by means of a specific statistical program, according to the following variables: musical training, presence / absence of MPA and gender. Comparative analysis were performed between Brazilian classical musicians and Australian musicians. The significance level was set at $p < 0.05$. The results indicate that 38.8% of the Brazilian sample presented APM indicators and there was no significant difference of psychiatric indicators between GCB and GPB groups, except for social subscale of anxiety sensitivity wich mean score was higher for GCP. When comparing GCB and GMA, higher indices were observed in trait anxiety, MPA and depression in GCB, whereas GMA showed higher anxiety sensitivity indicators. The musicians with MPA presented a more compromised profile in the psychiatric indicators. In relation to sex, women had higher indices of sensitivity to anxiety and depression. Regarding the perceived causes of anxiety, regardless of the musical condition, sex and presence/absence of MPA, the most frequently pointed out by the musicians were self-pressure, difficult repertoire, uncertainties caused by technical failures and concern with evaluation of the audience. When compared in terms of musical training, presence / absence of MPA and country of origin, the GCB, musicians with MPA and the GMA identify with greater frequency and statistical significance a greater number of situations perceived as causing anxiety. The most perceived causes are internal to the musician. Regarding coping strategies, there was a similarity in the most used, independent of musical training, presence / absence of MPA, gender and country of origin. The most used were to breathe deeply, to increase training, to familiarize oneself with performance set and to use relaxation techniques, and the most used ones were also effective according to musicians. There is predominance of internal strategies of the musicians themselves and low demand for external resources such as health professionals. The MPA affects both Brazilian and Australian musicians. The perceived causes are generally associated with musicians' internal variables who face this condition with their own resources, with a low demand for professionals who could offer more effective interventions.

Keywords: Anxiety. Musical performance. Transcultural. Coping strategies. Musicians.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Fontes de recrutamento (N=214).....	36
Tabela 2: Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra de músicos brasileiros (N=214).....	43
Tabela 3: Indicadores psiquiátricos da amostra de músicos brasileiros (N=214)	45
Tabela 4: Causas Percebidas de Ansiedade na amostra de músicos brasileiros, distribuídos em função da formação acadêmica e estilo musical (N=214).....	47
Tabela 5: Classificação das causas percebidas de ansiedade em função de sua ordem de importância, na amostra total de músicos brasileiros (N=214).....	49
Tabela 6: Classificação das causas percebidas de ansiedade em função de sua ordem de importância na amostra músicos clássicos brasileiros (N=114).....	51
Tabela 7: Classificação das causas percebidas de ansiedade e função de sua ordem de importância na amostra de músicos populares brasileiros (N=100).....	53
Tabela 8: Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos músicos brasileiros frente a situações de ansiedade, classificação em função da frequência de uso e nível de funcionalidade (N=214)	55
Tabela 9: Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos músicos de clássicos brasileiros frente a situações de ansiedade, classificação em função da frequência de uso e nível de funcionalidade (N=114).....	57
Tabela 10: Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos músicos populares brasileiros frente a situações de ansiedade, classificação em função da frequência de uso e nível de funcionalidade (N=100).....	59
Tabela 11: Comparações entre os grupos de músicos clássicos e músicos populares em função do uso e funcionalidade das estratégias de enfrentamento (N=214)	61
Tabela 12: Indicadores psiquiátricos na amostra de músicos brasileiros em função da presença ou ausência de Ansiedade de Performance Musical (N=209).....	63
Tabela 13: Comparação entre as causas percebidas de ansiedade em músicos brasileiros com e sem ansiedade de performance musical (N=209).....	64
Tabela 14: Estratégias de enfrentamento utilizadas por músicos brasileiros com e sem ansiedade de performance musical (N=209)	66
Tabela 15: Funcionalidade das estratégias de enfrentamento utilizadas por músicos brasileiros com e sem ansiedade de performance musical (N=209).....	67

Tabela 16: Indicadores psiquiátricos da amostra de músicos brasileiros em função do sexo (N=214).....	69
Tabela 17: Comparações entre as causas percebidas de ansiedade em músicos brasileiros em função do sexo (N=214).....	71
Tabela 18: Estratégia de enfrentamento utilizadas por músicos brasileiros em função do sexo (N=214).....	72
Tabela 19: Funcionalidade das estratégias de enfrentamento utilizadas por músicos brasileiros em função do sexo (N=214).....	74
Tabela 20: Correlações entre as diferentes variáveis clínicas da amostra de músicos brasileiros (N=214).....	75
Tabela 21: Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra de músicos clássicos brasileiros e australianos (N=490).....	76
Tabela 22: Indicadores psiquiátricos da amostra de músicos clássicos brasileiros e australianos (N=490).....	77
Tabela 23: Número, percentagem e classificadas como primeira causa percebida nas amostras de músicos clássicos brasileiros e australianos (N=490)	79
Tabela 24: Estratégias de Enfrentamento utilizadas e avaliação da funcionalidade em função das amostras de músicos clássicos brasileiros e australianos (N=490)	81

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Critérios para Transtorno de Ansiedade Social.....	20
Figura 1. Fluxograma referente ao processo de coleta de dados.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA: Associação de Psiquiatria Americana.

APM: Ansiedade de Performance Musical

AUDIT: Tete para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool

DP: Desvio Padrão.

DSM - V: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – quinta edição.

ESA: Escala de Sensibilidade à Ansiedade

GB: Grupo de músicos brasileiros

GCB: Grupo músicos clássicos brasileiros

GMA: Grupo de músicos australianos

GPB: : Grupo músicos populares brasileiros

HPA: Eixo hipotálamo-pituitária-adrenal

IDATE-T: Inventário de Ansiedade Traço/Estado – Traço

KMPAI: Kenny Music Performance Anxiety Inventory – revised

NI: Não informado

PHQ-2: Questionário sobre a saúde do paciente 2

SPIN: Inventário de Fobia Social

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

TAS: Transtorno de ansiedade social

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP: Universidade de São Paulo

LISTA DE SÍMBOLOS

$>$	Maior
$\%$	Porcentagem
$*$	Significante
N	Frequência
p	Nível de Significância
t	Teste t de student
$\bar{X}$	Média
χ^2	Teste Qui-quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 A música como profissão	17
1.2 Ansiedade de Performance Musical	19
1.3 Ansiedade de Performance Musical e <i>Stage Fright</i>	22
1.4 Sintomas da Ansiedade de Performance Musical.....	23
1.5 Etiologia da Ansiedade de Performance Musical.....	24
1.5.1 Variáveis relacionadas ao indivíduo associadas à Ansiedade de Performance Musical .	25
1.5.2 Variáveis da Tarefa relacionadas à Ansiedade de Performance Musical	27
1.5.3 Variáveis da situação relacionadas à Ansiedade de Performance Musical	28
1.6 Causas relacionadas à Ansiedade de Performance Musical percebidas por músicos.....	30
1.7 Estratégias de enfrentamento	30
1.8 Tratamento.....	32
1.9 Justificativa do estudo	33
 2 OBJETIVOS	 34
 3 MÉTODO	 35
3.1 Sujeitos	35
3.2 Instrumentos	37
3.3 Coleta de Dados.....	40
3.4 Aspectos Éticos	41
3.5 Análise de Dados	41
 4 RESULTADOS	 42
4.1 Amostra Brasileira	42
4.1.1 Análises realizadas em função da formação musical da amostra.	42
4.1.2 Análises realizadas em função da presença/ausência de APM na amostra brasileira	62
4.1.3 Análises realizadas em função do sexo da amostra de músicos brasileiros.	68
4.1.4 Análise de Correlação.....	75
4.2 Amostra Brasileira e Australiana.....	76
4.2.1 Análises comparativas entre a amostra de músicos clássicos brasileiros e músicos clássicos australianos.....	76

5 DISCUSSÃO	83
6 CONCLUSÃO.....	94
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICES	104
APÊNDICE A - Produção Científica publicada na Revista Archives of Clinical Psychiatry	104
APÊNDICE B - Produção científica aceita para publicação na Revista Archives of Clinical Psychiatry.....	105
ANEXOS	106
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Brasil	106
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Austrália	108
Anexo C - Kenny Music Performance Anxiety Inventory – revised (KMPAI) – Traduzido para o português do Brasil por Barbar <i>et al</i> (2011 não publicado).....	109
Anexo D - Escala de Sensibilidade à Ansiedade.....	112
Anexo E - Checklist de causas percebidas de ansiedade de desempenho musical.....	113
Anexo F - Escala de avaliação do autocontrole da ansiedade de performance musical.....	114
Anexo G - Questionário sobre a saúde do paciente – (PHQ-2).....	115
Anexo H - Inventário de Fobia Social (SPIN).....	116
Anexo I - Inventário de Ansiedade Traço-Estado versão traço (IDATE-T)	117
Anexo J - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT)..	118
Anexo K - Questionário de identificação	119
Anexo L - Carta de autorização do uso do banco de dados.....	120
Anexo M - Aprovação no Comitê de Ética	121

1 INTRODUÇÃO

1.1 A música como profissão

A prática da música como profissão ou como atividade amadora demanda do músico um conjunto de conhecimentos, técnicas e habilidades que se consolidam durante um processo, muitas vezes longo, de preparação. Ao longo deste processo, além de ter um vasto conhecimento técnico acerca de sua prática, atuar como músico requer níveis altos de habilidades como coordenação motora, atenção e memória (KENNY; DAVIS; OATES, 2004; GALVÃO, 2006), velocidade, precisão e resistência (TUBIANA, 2000).

Smilde (2008) discute que a carreira do músico exige que este desempenhe múltiplas funções/papéis como, por exemplo, ser o artista, o compositor, o professor, o mentor, o treinador, o líder, entre outros. Tais papéis exigem do músico um conjunto de habilidades para que ele tenha sucesso na carreira. Além dessas peculiaridades características da carreira musical, segundo Kenny (2011) e Galvão (2006) existe uma relação entre o nível de conhecimento musical, a prática e uma performance bem sucedida, ou seja, quanto maior o conhecimento e longos períodos de prática, maior a possibilidade de sucesso na performance. Neste sentido destacam-se os músicos denominados de alta performance, ou seja, músicos que, em sua maioria, apresentam formação erudita, buscam perfeição no desempenho e que dedicam em média entre 4 a 6 horas de estudo por dia.

Segundo Ericsson; Krampe e Tesch-Romer (1993) estes músicos dedicam-se a um esforço intenso e deliberado ao instrumento musical relacionado à performance, o que pode impactar positivamente a performance, mas negativamente a saúde geral do músico. Andrade e Fonseca (2000) discutem que a prática do músico e do atleta de alta performance apresenta algumas similaridades como, por exemplo, o uso de grupos musculares que são utilizados em treinamentos/ensaios, e a dedicação intensiva a longos períodos de práticas que tem como objetivo uma performance pública. Frente a esta realidade de dedicação intensa, músicos de alta performance frequentemente apresentam dores nos grupos musculares, muitas vezes debilitantes, ligados ao instrumento tocado. Os autores discutem que uma diferença marcante entre músicos e atletas é que no caso dos atletas, frequentemente há um treinador físico e médicos acompanhando, o que não acontece no caso dos músicos.

Além da intensa demanda de horas de prática típicas da carreira musical (HALLAM, 2001; GALVÃO, 2006), há também várias exigências intrínsecas à profissão como trabalhar em turnos, estar disponível para viajar para apresentações, deixar a família durante turnês, se

ajustar a fusos horários, manejar instabilidade financeira muitas vezes típica da carreira, entre outros fatores (KENNY & ACKERMANN, 2009).

Destaca-se ainda que muitos músicos acabam desenvolvendo quadros que envolvem sofrimento físico, como dores em grupos musculares relacionados ao instrumento tocado, em função das muitas horas de treino, repetição e cansaço extremo (COSTA, 2003; KENNY; ACKERMANN, 2013). O transtorno musculoesquelético relacionado à performance é definido como dor, fraqueza, dormência, formigamento ou outros sintomas que interferem na capacidade de tocar o instrumento no nível em que o músico está acostumado a tocar (ZAZA; CHARLES; MUSZYNSKI, 1998). Esta condição acomete muitos músicos, sobretudo aqueles de alta performance. Segundo o estudo de Kenny e Ackerman (2013), cerca de 55 a 86% dos músicos de orquestra da Austrália apresentavam esta condição que favorece prejuízos significativos na carreira musical.

Além do sofrimento físico, há também o sofrimento psicológico, experienciado por grande parte dos músicos como, por exemplo, sintomas de ansiedade, quadros depressivos e ansiedade de performance musical (APM) a qual se associa às exigências do público e do próprio músico. (PERSSON, 1996; KENNY; ACKERMANN, 2013; BARBAR; CRIPPA; OSÓRIO, 2014). Um estudo realizado por Barbar; Crippa e Osório (2014) indicou que 19% de uma amostra de 230 músicos brasileiros profissionais e amadores apresentavam indicadores de ansiedade social, 20% apresentavam indicadores de depressão e 24% apresentavam indicadores de APM. Em estudo realizado previamente por Kenny; Driscoll e Ackermann (2014) identificou-se também um padrão significativo de indicadores de depressão (32%), ansiedade social (33%) e estresse pós traumático (22%) entre os músicos de orquestra da Austrália apontando para uma condição que independe da cultura e da formação do músico.

É possível destacar ainda outras condições clínicas associadas à carreira do músico como, por exemplo, problemas relacionados ao sono e uso de substâncias. Pereira et al. (2010) conduziram um estudo sobre qualidade do sono com músicos de orquestra e destacaram que 71% dos participantes apresentaram baixa qualidade de sono o que parece estar associado a dor e desconforto físico. O que diz respeito ao uso de substâncias, West (2004) destaca o uso de substâncias lícitas como o álcool, cafeína e medicamentos; e as ilícitas como cannabis, e cocaína. É sabido que muitos músicos recorrem ao abuso de substâncias para lidar com as demandas típicas da carreira, a saber, apresentação em público, muitas horas de ensaios, viagens e fusos horários.

Todo este panorama parece favorecer um impacto global negativo na qualidade de vida do músico, o que é percebido pelos mesmos (PEREIRA et al., 2010). Apesar disto, a atenção dedicada a esta população específica por parte das políticas públicas de saúde é escassa, bem como a busca por diferentes meios de ajuda e tratamentos pelos músicos, contribuindo para que o problema seja negligenciado.

1.2 Ansiedade de Performance Musical

A ansiedade é definida como a antecipação de ameaça futura e é associada à experiência de tensão muscular e vigilância como forma de preparação para perigo futuro e comportamentos com função de esquiva (APA, 2013). É importante salientar que a ansiedade em si não caracteriza um problema. Para Barlow (2002) a ansiedade é uma emoção natural que faz parte do conjunto de emoções humanas e é necessária para a sobrevivência. No entanto, quando o nível de ansiedade passa a prejudicar o funcionamento do indivíduo e acarretar sofrimento, passa então a ser considerada patológica.

Segundo a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V (APA, 2013), os transtornos de ansiedade se caracterizam pela presença de medo e ansiedade excessivos e comportamentos disfuncionais associados. Embora, em muitos casos, esses dois estados emocionais ocorrem concomitantemente, o medo, diferente da ansiedade se caracteriza por uma resposta emocional frente a uma ameaça iminente e real e, geralmente vem acompanhado de comportamentos com função de luta ou fuga.

De acordo com o DSM-V (APA, 2013), os transtornos de ansiedade se diferenciam de acordo com o tipo de objeto ou evento que produz as sensações de medo/ansiedade, alterações nas cognições relacionadas a tal evento ou objeto e que produzem comportamentos esquiva.

Dentro dos transtornos de ansiedade, destaca-se o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), que é caracterizado por temores e preocupações relacionadas à interações sociais em que há possibilidade de avaliação. Os critérios diagnósticos do TAS, segundo o DSM-V são:

Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social)

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 300.23 (F40.10)

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras).

Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.

B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).

C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade. Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.

D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.

E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.

F. O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses

G. O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica.

I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.

J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionada ou excessivo.

Especificadores: Os indivíduos com transtorno de ansiedade social do tipo somente desempenho têm preocupações com desempenho que são geralmente mais prejudiciais em sua vida profissional (p. ex., músicos, dançarinos, artistas, atletas) ou em papéis que requerem falar em público.

Quadro 1: Critérios para Transtorno de Ansiedade Social - Extraído de Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5 (APA, 2013, p. 202-203)

A ansiedade de performance associa-se ao especificador “somente desempenho” e pode ser considerada um tipo específico de ansiedade social. Portanto, trata-se de um subtipo de ansiedade social, em que os indivíduos apresentam temores relacionados ao desempenho e que, em geral, acarretam prejuízos em suas vidas profissionais como é o caso dos músicos, atletas e outros artistas (APA, 2013). Indivíduos também podem manifestar ansiedade de performance no trabalho, escola ou ambientes acadêmicos em que situações de se expor e falar em público são comuns.

Assim, o termo Ansiedade de Performance Musical (APM) diz respeito a uma condição de ansiedade de performance relacionada especificamente à performance musical, tanto para apresentações solo quanto em grupo, e para qualquer instrumento, incluindo o canto (PAPAGEORGI; HALLAM; WELCH, 2007 e TABORSKY, 2007; RYAN; ANDREWS, 2009).

Dessa maneira, a APM é entendida como um subtipo de ansiedade social. Na APM há uma escala de severidade dos sintomas, isto é, as sensações experienciadas pelos músicos vão desde o stress e ansiedade tidos como normais da prática da profissão até sintomas mais graves e prejudiciais, inclusive sensação de terror, muito similar ao pânico (POWELL, 2004; OSBORNE; KENNY, 2005; OSBORNE; KENNY, 2008).

A ansiedade musical pode impactar não só a performance em si, mas também a carreira e a qualidade de vida dos músicos (YONDEM, 2007; KENNY, 2011). De acordo com a literatura, é comum músicos com APM também apresentarem quadros depressivos e ansiedade social (BARBAR; CRIPPA; OSÓRIO, 2014; KENNY; DRISCOLL; ACKERMANN, 2014) que além de influenciar a qualidade de vida, podem exercer um papel importante no desenvolvimento da carreira profissional.

Não há consenso ainda na literatura acerca da prevalência da APM na população de músicos. Tal fato pode ser explicado em função da dificuldade em se detectar o transtorno, tanto por parte dos clínicos como dos próprios músicos (BARBAR; CRIPPA; OSÓRIO, 2014). Estes mesmos autores realizaram um estudo no Brasil que apontou prevalência de 24% em músicos brasileiros. Em uma revisão de literatura realizada por Brugués (2009) descreve uma prevalência entre 16% e 70% em músicos dos Estados Unidos e de países europeus nas décadas de 1980 e 1990. Segundo Steptoe (2001), em um estudo de revisão de literatura, a prevalência de APM entre músicos variou entre 15% e 25%. Estudos apontam também maior prevalência em mulheres em relação aos homens, assim como na ansiedade social e demais transtornos de ansiedade (RAE; MCCAMBRIDGE, 2004; OSBORNE; KENNY, 2005; YONDEM, 2007; OSBORNE; KENNY, 2008; THOMAS, 2013).

Segundo Fehm e Schimidt (2006), não há estimativas de prevalência para APM em crianças e adolescentes. Kenny e Osborne (2006) discutem que crianças muito pequenas raramente experimentam a APM da maneira como um adulto experiente; pelo contrário, parecem gostar de se apresentar e não parecem ficar desconfortáveis com possíveis falhas na performance.

Segundo as autoras, a transição destas crianças para adultos que podem sofrer com APM envolve a combinação de vários fatores que podem acarretar resultados tanto positivos como negativos, a saber: o temperamento inato, o traço de ansiedade, o aumento da capacidade cognitiva, a função auto reflexiva e a tomada de perspectiva, o tipo de educação recebida dos pais, o impacto de outras experiências interpessoais, a percepção e interpretação do mundo, a habilidade técnica e as experiências prévias relacionadas à performance.

A ansiedade pode ser desencadeada tanto por preocupações conscientes e racionais, como por estímulos que estimulam, inconscientemente, experiências anteriores de ansiedade produzindo sensações somáticas desconfortáveis. Tais estímulos podem ser chamados de gatilhos e podem incluir experiências aversivas prévias, que podem embasar o desenvolvimento de cognições negativas e pensamentos disfuncionais futuros (BARLOW, 2002). Alguns estudos mais voltados para este público de músicos jovens têm sido realizados nos últimos anos (FEHM; SCHIMIDT, 2006; KENNY; OSBORNE, 2006). Entender que a APM pode começar a se desenvolver numa faixa etária tão jovem, abre um caminho que deve a ser melhor investigado e que favoreça a prevenção efetiva de tal condição.

1.3 Ansiedade de Performance Musical e *Stage Fright*

No campo do conhecimento sobre a performance musical nota-se o uso do termo pânico do palco relacionado à performance musical. Em muitos casos os termos pânico de palco e APM têm sido utilizados como sinônimos (STUDER et al., 2011). No entanto, Kenny (2011) e Steptoe (2001) discutem que fazer a distinção destes conceitos parece importante para que exista um maior rigor conceitual e consequentemente, maior rigor metodológico em pesquisas nesta área do conhecimento que se proponham a investigar estes dois fenômenos relacionados à performance e, que segundo os referidos autores, são diferentes.

Segundo Steptoe (2001), a APM refere-se a sentimentos experienciados pelos músicos em vários momentos e contextos e não exclusivamente no palco. O pânico do palco implica em um medo súbito ou pavor relacionado ao momento de se apresentar num palco enquanto a APM pode se desenvolver de maneira gradual e ter início dias antes da performance.

Kenny (2011) salienta que experienciar a APM pode se tratar de uma forma de defesa contra a possibilidade de reexperienciar um estado emocional intensamente doloroso ou a apreensão relacionada à possibilidade de uma ameaça futura que envolva vergonha ou humilhação em uma situação de performance.

A APM também pode trazer importantes implicações em como a música é tocada, ou seja, na qualidade da apresentação da performance e, esta questão, não parece ter a mesma importância quando se trata do pânico do palco.

Para este estudo, será utilizado o conceito de APM discutido por Steptoe (2001).

1.4 Sintomas da Ansiedade de Performance Musical

Os sintomas envolvidos na APM compreendem três grandes grupos, os fisiológicos, os mentais e os comportamentais (VALENTINE, 2002) e são, em geral, experienciados concomitantemente (LEHMAN; SLOBODA; WOODY, 2007).

Entre os sintomas fisiológicos pode-se citar o aumento do batimento cardíaco, palpitação, falta de ar, hiperventilação, boca seca, transpiração, náusea, diarreia e tonturas (MARSHALL, 2008). Cunha (2013) também destaca, entre os sintomas físicos, dor de cabeça, problemas digestivos, aumento da sudorese, problemas musculoesqueléticos, alterações na pressão sanguínea, no ritmo cardíaco e na frequência respiratória, tensão muscular, mãos frias, fadiga, entre outros.

Os sintomas mentais podem ser divididos em dois grupos para uma melhor compreensão: os sintomas cognitivos e os sintomas emocionais (CUNHA, 2013). Os sintomas cognitivos envolvem dificuldade de concentração, distração elevada, problemas relacionados à memória, pensamentos distorcidos, interpretação errada da partitura, entre outros (STEPTOE, 2001). Lehman; Sloboda e Woody (2007) chamam a atenção para a importância dos sintomas mentais cognitivos na manutenção da APM bem como no prejuízo da qualidade da performance. Já, entre os sintomas emocionais, é possível destacar a tensão, apreensão, insegurança, pavor ou pânico (STEPTOE, 2001).

Em se tratando dos sintomas comportamentais destaca-se a agitação, tremores, rigidez, palidez e comprometimento da própria performance (dificuldade em manter a postura e falhas técnicas) (STEPTOE, 2001; VALENTINE, 2002). Os sintomas comportamentais são a parte acessível publicamente pela audiência presente. Assim, eles podem ser percebidos como sinal de ansiedade e como efeito, estimular ainda mais a vivência de ansiedade, já que o músico pode sentir que está sendo avaliado, favorecendo a instalação de um ciclo vicioso. Além

disso, os sintomas comportamentais acabam por, em muitos casos, comprometer a performance já que podem prejudicar a execução do instrumento em questão.

1.5 Etiologia da Ansiedade de Performance Musical

Em relação à etiologia da APM, há consenso entre os pesquisadores sobre a interação de três fatores na construção da APM: cognitivos, comportamentais e fisiológicos (KENNY, 2005; FEHM; SCHIMIDT, 2006; TABORSKY, 2007). No entanto, ainda parece não existir um estudo mais detalhado em relação à participação de cada um dos citados fatores no desenvolvimento da APM.

O modelo de Barlow para a ansiedade é bastante utilizado para a sua compreensão (BARLOW, 2000). Tal modelo tem como proposta uma integração entre três instâncias (vulnerabilidades) possivelmente envolvidas no desenvolvimento da ansiedade. São elas: vulnerabilidade biológica generalizada (hereditária); vulnerabilidade psicológica generalizada e vulnerabilidade psicológica mais específica, em que a ansiedade passa a se correlacionar com certos estímulos por meio de condicionamento de respostas e crenças.

Segundo tal modelo, pode-se supor que a ansiedade, em geral, pode ser explicada por questões fisiológicas e experiências ao longo da vida do indivíduo. Cada instância acima citada tem um papel determinante no desenvolvimento da ansiedade. No entanto, segundo aponta Rocha; Diaz-Neto e Gattaz (2011), a terceira instância parece estar mais relacionada ao desenvolvimento de ansiedades mais específicas como fobia específica e pânico. Por se tratar de vulnerabilidades psicológicas mais peculiares, é possível que a ansiedade social ou especialmente as ansiedades de performance sejam mais impactadas por esta instância.

Papageorgi; Hallam e Welch (2007) e Kenny (2011) apontam para a existência de predisposições tanto biológicas como psicológicas que são intrínsecas ao indivíduo e entendem que fatores extrínsecos tais como experiências musicais anteriores, bem como outras experiências relacionadas à ansiedade, envolvidas nas histórias pessoal e profissional também são importantes no desenvolvimento da APM.

Valentine (2002) discute que a APM sofre a influência de três fatores: a pessoa, a tarefa e a situação. De maneira geral, para esta autora, o fator pessoa é o conjunto de características da personalidade individual que englobam aspectos tais como perfeccionismo, autoestima e traço e estado de ansiedade. Já o fator tarefa diz respeito a aspectos relacionados à tarefa em si, como por exemplo, repertório, competência para ler partitura e memorização.

O fator situação/contexto refere-se a qual tipo de situação está em vigor, isto é, se é um ensaio ou uma apresentação, se esta é avaliativa ou não, entre outras.

A seguir, discorrer-se-á sobre cada um destes fatores em específico.

1.5.1 Variáveis relacionadas ao indivíduo associadas à Ansiedade de Performance Musical

De acordo com os dois principais modelos técnicos citados no presente trabalho (BARLOW, 2000; VALENTINE, 2002) que se propõem a discutir a origem da APM, há concordância que o foco no indivíduo (entendido como um conjunto de aspectos que formam sua personalidade) é fundamental para que se possa entender melhor a APM. Nesse sentido, torna-se imprescindível que se faça uma análise cuidadosa sobre as variáveis sócio demográficas, os conceitos de autoestima, perfeccionismo, ansiedade traço/ estado, cognição e peculiaridades acerca de valores culturais.

A autoestima, entendida como a maneira que o indivíduo pensa a respeito de si mesmo, parece ser um fator importante envolvido na APM. Segundo estudo realizado por Mei-Yuk (2011) sugere-se que altos níveis de ansiedade estejam relacionados a baixos níveis de autoestima. A autoestima é um conceito processual, ou seja, ele se constrói ao longo do tempo e as relações sociais vigentes no contexto em que o indivíduo está inserido têm um papel importante na construção deste sentimento (GUILHARDI, 2002). Segundo Mei-Yuk (2011), a ansiedade pode não afetar diretamente a performance, mas, a ansiedade diretamente relacionada à autoestima pode distorcer a percepção de seu desempenho.

Brand (2007) realizou um estudo visando comparar os níveis de autoestima de professores de música da América, Austrália e China. Os resultados apontaram que os grupos culturais divergem em relação à percepção de si mesmos. Os chineses, por exemplo, apresentam níveis inferiores de autoestima comparados aos americanos. Os resultados deste estudo deixam claro que as diferenças culturais, entendidas como um conjunto de aspectos e valores de cada país ou região têm um papel importante na compreensão tanto da construção da APM como também na sua prevenção e tratamento.

No que se refere ao perfeccionismo, o mesmo pode ser caracterizado como um traço de personalidade, e definido como presença de elevados padrões de desempenho acompanhado por auto avaliações excessivamente críticas. (FROST et al., 1990). Dois aspectos deste conceito são especialmente importantes no campo da compreensão da APM: os esforços perfeccionistas e as preocupações perfeccionistas (FROST et al., 1993). Os esforços

perfeccionistas estão relacionados à busca por um elevado padrão e, em geral, estão associados a aspectos positivos. Kobori (2011) investigou o papel do perfeccionismo no que se refere à APM em músicos japoneses e destacou que corresponder às altas expectativas dos pais ou tutores é importante para a própria auto avaliação e nesse sentido, aspectos do perfeccionismo podem ser positivos já que eles treinam mais e ficam mais atentos à performance, por exemplo.

Já as preocupações perfeccionistas dizem respeito a uma faceta mal adaptativa do perfeccionismo, que engloba preocupação excessiva com erros, dúvidas sobre as próprias ações e reações negativas a falhas ou imperfeições. Em relação a este aspecto negativo do perfeccionismo, Kenny (2011) discute que, ao se engajarem em comportamentos avaliativos, os perfeccionistas empregam uma quantidade elevada de energia e acabam desenvolvendo rigidez cognitiva no que diz respeito aos conceitos de sucesso, falha ou fracasso e, muitas vezes classificam o sucesso de maneira dicotômica, ou seja, tudo ou nada.

Pesquisas sobre a relação entre ansiedade-traço e ansiedade-estado têm sido desenvolvidas com o objetivo de investigar possíveis relações entre elas e a APM (KENNY; DAVIS; OATES, 2004; KENNY; DRISCOLL; ACKERMANN, 2014). De acordo com Silva e Spielberg (2007) a ansiedade-estado se define por um estado emocional que existe num momento de tempo determinado e é caracterizado por tensão, apreensão, nervosismo e preocupação. Já a ansiedade-traço diz respeito a uma tendência relativamente estável para interpretar determinadas situações como ameaçadoras e uma intensificação das reações referentes à ansiedade-estado. A ansiedade-traço, por sua tendência em favorecer a interpretação, por parte do indivíduo, de determinadas situações como aversivas e ameaçadoras, e elevar os níveis de ansiedade-estado bem como a tendência para sentir apreensão e preocupações de maneira crônica, favorece que os músicos, em situações avaliativas ou que favoreçam medo de um possível fracasso, apresentem performances com qualidade inferior àqueles com níveis inferiores deste tipo de ansiedade (KENNY, 2011).

Kenny; Driscoll e Ackermann (2004) encontraram uma forte associação entre ansiedade-traço e APM, além de uma associação entre alto nível de ansiedade-traço e tensão pessoal relacionada ao ambiente de trabalho dos músicos.

Outro aspecto importante dentro do campo da ansiedade é a noção de sensibilidade à ansiedade. Kenny (2011) conceitua a sensibilidade à ansiedade como a tendência do indivíduo em perceber seu próprio estado ansioso e interpretar seus sintomas como perigosos/ameaçadores. Um estudo realizado por Stephenson e Quarrier (2005) indica que a sensibilidade à ansiedade foi um importante preditor de APM, especialmente em relação às

mulheres. Outra correlação importante foi que indivíduos com níveis altos de sensibilidade à ansiedade relataram mais dores e menos prazer enquanto tocavam.

O sexo é um importante fator relacionado à APM. De acordo com extenso um estudo realizado por Kenny; Driscoll e Ackermann (2014) com músicos orquestrais australianos, as mulheres relataram níveis significativamente maiores de APM em relação aos homens. Estes resultados corroboram estudos prévios (OSBORNE; KENNY, 2005; PAPPAGEROGI; HALLAM; WELCH, 2007; YONDEM, 2007) que já destacavam maior prevalência de APM e maior intensidade em mulheres.

Outra variável sócio demográfica a ser destacada é a idade. Os resultados do estudo realizado por Kenny; Driscoll e Ackermann (2014) apontam que músicos mais jovens (com menos de 30 anos) são mais afetados pela APM do que músicos mais velhos (com mais de 51 anos). Estes achados sugerem que conforme os músicos ganham mais experiência com o passar dos anos de prática, os sintomas da APM amenizam.

Em se tratando de cognição, indivíduos que apresentam altos níveis de APM parecem pensar em relação a si mesmos e em relação à situação de performance de maneira diferente de indivíduos com baixos níveis de ansiedade musical. Dentre os pensamentos mais recorrentes de indivíduos com altos níveis de APM, conforme aponta Kenny (2011), pode-se citar: a) expectativas negativas mais fortes antes do evento; b) forte viés negativo em suas auto avaliações de desempenho anteriores; c) forte expectativa de que o seu desempenho será avaliado negativamente por seus examinadores / audiência; d) preocupações marcantes sobre as consequências de um mau desempenho; e) elevada suscetibilidade às mudanças nas reações de juízes ou audiência; f) incapacidade de se sentirem confortáveis através de evidências de que eles lidaram com a situação habilmente em situações prévias (WALLACE; ALDEN, 1997).

1.5.2 Variáveis da Tarefa relacionadas à Ansiedade de Performance Musical

A tarefa também é um importante fator associado à APM e segundo Valentine (2002) compreende aspectos como o repertório a ser tocado, competência para ler a partitura e memorização. Sinico e Winter (2012) destacam que o nível de ansiedade experienciado é proporcional à dificuldade da tarefa, ou seja, quanto mais difícil a tarefa, ou seja, quanto maior a complexidade e exigência (em termos de leitura e memorização) do repertório a ser tocado, maior será o nível de ansiedade experienciado.

Sinico e Winter (2013) destacam que a escolha do repertório é muito importante e, caso o nível de exigência do mesmo bem como a demanda técnica seja incompatível com as habilidades do músico, há riscos de impactos negativos na ansiedade de performance. Em um estudo descritivo sobre causas de ansiedade em músicos flautistas realizado por estes autores, o repertório musical foi apontado como a principal causa de APM.

A memorização é um fator relacionado à tarefa que também merece atenção. A depender do nível de excitação sentido na performance, lapsos de memória podem ocorrer e, já que em muitas situações é esperado que o músico toque sem o auxílio da partitura, depender da memória e correr o risco de ter lapsos pode favorecer mais sintomas de APM ao longo da apresentação (MARSHALL, 2008).

1.5.3 Variáveis da situação relacionadas à Ansiedade de Performance Musical

Como já dito, as variáveis do contexto onde a performance é executada interferem na vivência da ansiedade em especial da APM. Assim, além das questões relacionadas ao indivíduo é importante uma análise das especificidades de cada situação de performance (apresentação solo ou em conjunto, gênero musical, ensaio, apresentação envolvendo avaliação, acesso a formação musical entre outros) e de como os músicos lidam com as mesmas.

A APM pode ocorrer em apresentações solo e também em conjunto (PAPAGEORGI; HALLAM; WELCH, 2007; TABORSKY, 2007; RYAN; ANDREWS, 2009), porém segundo o estudo de Ryan e Andrews (2009), as apresentações solo produzem mais ansiedade do que se apresentar em conjunto. Segundo o autor isto se deve ao fato de o músico ficar mais exposto e, de possíveis erros serem mais perceptíveis neste contexto.

A formação do músico também é um aspecto importante a ser analisado. O estudo conduzido por Ryan e Andrews (2009) com cantores de coral demonstrou que experienciar APM era comum para esses músicos, porém os participantes que tiveram acesso a uma formação musical universitária relataram episódios menos frequentes de APM, mas não menos graves se comparados a participantes sem formação musical.

Em outro estudo, McKenzie (2013) avaliou seis músicos que tiveram acesso a altos níveis de formação musical e os resultados apontam que os mesmos experienciaram ansiedade, mesmo quando se sentiam preparados para a apresentação. Uma reflexão importante relacionada a este achado é salientado por McGrath (2012), o qual refere que a APM pode ser experienciada independente da preparação do músico, ou seja, ela pode estar

mais relacionada com a inabilidade de gerir estados emocionais de apreensão do que com a preparação adequada.

Ainda em relação à formação musical, em um estudo realizado por Barbar, Crippa e Osório (2014), músicos com formação profissional apresentaram maiores índices (39%) de APM em relação aos músicos amadores (14%). Segundo os autores, isto pode ser explicado em função das exigências típicas da profissão.

Em relação ao gênero musical, dados de um estudo realizado por Papageorgi, Creech e Welch (2013) sugerem que músicos dos mais variados gêneros musicais compartilham percepções e preocupações semelhantes e, que músicos clássicos apresentam maiores níveis de APM. O mesmo estudo demonstra que os níveis de ansiedade dos músicos aumentam conforme o momento da apresentação se aproxima e chega a um pico imediatamente antes da performance. Por outro lado, começa a decrescer conforme a apresentação se desenvolve. Isso sugere que a apresentação pode ser dividida em pelo menos três momentos distintos: a) o período que antecede a apresentação, em que sintomas da APM já estão presentes de forma leve; b) o momento imediatamente anterior à apresentação, em que os sintomas da APM são percebidos com mais intensidade e c) o período mais crítico em que apresentação está acontecendo de fato, no qual os sintomas ainda estão presentes, mas já começam a diminuir.

A situação/contexto da apresentação também é um fator importante dentro do fenômeno da APM. Os níveis de APM podem variar de acordo com a mesma, ou seja, se a situação em questão é um ensaio, uma apresentação pública, se há um caráter avaliativo ou se a competitividade está envolvida. Os dados do estudo conduzido por Yoshie et al. (2009) sugerem que os músicos experienciaram níveis mais elevados de APM na condição de apresentação avaliativa do que em situação de ensaio. LeBlanc et al. (1997) realizaram um estudo com músicos adolescentes do ensino médio em três situações: numa sala de ensaio sem audiência, numa sala de ensaio com um pesquisador e na sala de ensaio com os pesquisadores, colegas e câmera filmando. Os resultados sugerem que tanto os níveis de APM como frequência cardíaca nas duas primeiras situações eram parecidas e tais índices aumentavam consideravelmente na terceira situação de apresentação. Contudo, nos estudos realizados por Craske e Craig (1984) e Yoshie; Kudo e Ohtsuki (2008), não houve diferença significativa na qualidade da performance quando comparadas as situações de ensaio e frente a uma audiência avaliativa.

1.6 Causas relacionadas à Ansiedade de Performance Musical percebidas por músicos

Considerando a importância dos processos cognitivos na etiologia e manutenção da APM, entender as causas percebidas pelos músicos como envolvidas no desenvolvimento da APM mostra-se importante. Identificar tais causas, bem como se elas são internas ao músico (pensamento, sentimento e sensações) ou externa (reações da audiência ou aspectos do ambiente) pode contribuir para uma intervenção mais efetiva em quadros envolvendo APM.

Ainda são poucos estudos voltados para a compreensão das causas percebidas de APM pelos músicos. Entre eles pode-se destacar o estudo de Kenny; Driscoll e Ackermann (2014) com uma amostra de 377 músicos de orquestra da Austrália. Para estes músicos as três causas associadas à APM foram: pressão de si mesmo, excitação física em excesso antes ou durante a apresentação e experiência ruim em performances. De acordo com os autores, estes dados sugerem a presença de vulnerabilidade psicológica e traços de perfeccionismo mal adaptativo.

Cunha (2013) realizou um estudo descritivo em que um dos objetivos era compreender as causas de APM em flautistas, sendo as mais referidas o repertório difícil, a apresentação pública e a avaliação. Estudos desta natureza são importantes na compreensão da construção e manutenção da APM.

1.7 Estratégias de enfrentamento

Estratégias de enfrentamento são um conjunto de habilidades que pessoas utilizam para lidar com situações adversas e estressantes (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Em se tratando do âmbito musical, estratégias de enfrentamento são comportamentos e pensamentos que os músicos se engajam para lidar com a APM. Destaca-se que o nível de efetividade destas estratégias é variável, depende da situação e das características do sujeito que as utiliza.

Segundo Cunha (2013), a escolha de determinadas estratégias em detrimento de outras está intimamente relacionada a quais sintomas estão sendo experienciados por cada músico. Em outras palavras, cada sintoma experienciado requer uma ou mais estratégias para amenizar as sensações provenientes da APM, o que nem sempre possibilita bons resultados.

Kenny (2011) propõe uma classificação destas estratégias em cognitivas, comportamentais e cognitivo-comportamentais. Segundo a autora, as estratégias cognitivas têm como objetivo alterar processos cognitivos inadequados, como por exemplo, padrões de pensamentos negativos ou distorcidos relacionados à performance como reestruturação

cognitiva, por exemplo; as comportamentais seriam apoiadas em técnicas comportamentais de alteração de comportamentos como, por exemplo, dessensibilização sistemática. Por fim, as cognitivo-comportamentais têm como propósito alterar padrões inadequados de pensamento e de comportamentos problemáticos. Além destas categorias, a autora destaca a existência de estratégias diversas relacionadas ao uso de recursos/intervenções técnicas como a hipnoterapia, musicoterapia, entre outras.

Apesar desta classificação, em geral, a estratégia tem efeito tanto na cognição como nos comportamentos. Segundo Lazarus e Folkman (1984) o enfrentamento efetivo envolve mudanças tanto em esforços cognitivos como comportamentais para gerenciar as demandas externas/internas que a pessoa não tem como parte dos recursos próprios.

Dentre as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por músicos de orquestras figuram: respirar profundamente, técnicas de distração, *self-talk*, aumento do treino, técnicas de relaxamento, busca por auxílio médico, prática de hipnose, uso de medicação e uso de álcool (KENNY; DRISCOLL; ACKERMANN, 2014).

Em outro estudo conduzido por Zakaria; Musib e Shariff (2013) com músicos ainda não graduados, as principais formas de enfrentamento da APM citadas foram: o rezar, o uso de técnicas de respiração e relaxamento, aumento da prática e acúmulo de experiências prévias envolvendo performance.

Cunha (2013), estudando estratégias de enfrentamento da APM em flautistas, encontrou que as mais utilizadas eram familiaridade com o repertório a ser tocado, habilidade de leitura, treino constante, expressão musical e memorização.

Allen (2013) conduziu um estudo com pianistas, com o objetivo de investigar a improvisação como uma possível estratégia de enfrentamento. Os resultados sugerem que de fato ela pode ser uma ferramenta utilizada para diminuir as sensações de ansiedade durante uma apresentação porque possibilita uma ação quando uma possível falha ocorrer, já que com a improvisação livre, o músico é encorajado a explorar aspectos como a criatividade para manejar o estresse e nervosismo durante a apresentação.

Studer et al. (2011) ao pesquisar músicos universitários destaca que as estratégias mais frequentemente citadas foram exercícios de respiração, técnicas de autocontrole e uso de substâncias naturais (especialmente homeopatia). Já em relação à efetividade das estratégias usadas, as mais efetivas foram exercícios de respiração, uso de medicação e técnicas de autocontrole. Por outro lado, a estratégia percebida como menos efetiva foi o uso de cafeína.

Figuram também dentro das estratégias de enfrentamento utilizadas por músicos o uso de álcool e substâncias ilícitas como forma de manejar os sintomas da APM (RYAN;

ANDREWS, 2009). É importante salientar que, como é o caso do álcool e outras substâncias, dentre as possíveis estratégias de enfrentamento nem todas são adaptativas e nem todas são efetivas.

1.8 Tratamento

É necessário fazer a distinção entre estratégias de enfrentamento e tratamento em relação à APM. Enquanto estratégias de enfrentamento são recursos (conjunto de habilidades) utilizados pelo próprio indivíduo para manejo das sensações desconfortáveis de ansiedade, neste caso APM (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998), tratamento diz respeito a modalidades de intervenção que tem por objetivo minimizar o sofrimento e prejuízo acarretado pela APM (KENNY, 2005).

Pesquisas relacionadas ao tratamento da APM começaram a surgir a partir da década de 1970 e tem chamado a atenção de pesquisadores da área nos últimos anos (KENNY, 2005; BRUGUÉS, 2011). Dentre as principais modalidades de tratamento pesquisadas nas últimas décadas, destacam-se as terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais, as intervenções farmacológicas, o biofeedback, a meditação, musicoterapia, yoga e exposição virtual (KENNY, 2005; BRUGUÉS, 2011; BURIN; OSÓRIO, 2016).

Em recente revisão sistemática sobre este tema (BURIN; OSÓRIO, 2016) as modalidades de intervenção que vem sendo utilizadas nos últimos anos a terapia cognitivo comportamental (TCC), yoga, biofeedback, meditação, exposição virtual, musicoterapia e alexander technique. Dentre as modalidades, a TCC apresenta mais resultados positivos o que corrobora os dados de revisões prévias realizadas por Brugués (2011) e Kenny (2005) e a yoga aparece como modalidade inovadora e com alguns resultados favoráveis. Embora com resultados animadores, discute-se importantes fragilidades metodológicas nos estudos revisados tais como número reduzido de participantes nos estudos, grande variedade de instrumentos utilizados e falta de critérios claros sobre inclusão/exclusão de sujeitos nas amostras (BURIN; OSÓRIO, 2016).

Mesmo com alguns tratamentos sendo pesquisados, a atenção dedicada a esta população específica por parte das políticas públicas de saúde ainda é escassa, bem como a busca por diferentes meios de ajuda pelos músicos, contribuindo para a APM seja negligenciada.

Exceção a isto se faz em um Programa de Atenção Integral à Saúde do Artista de Performance, oferecido no Brasil (Minas Gerais) por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)

em conjunto com a Instituição Universitária (LIMA et al., 2016). Este programa foi implantado em 2009 e, de acordo com Lima et al. (2016), em 5 anos de funcionamento já foram atendidos 122 músicos com queixas majoritariamente físicas, como por exemplo, problemas relacionados à postura, tendinites e fibromialgia. Os relatos sugerem impactos positivos na vida dos músicos especialmente no que diz respeito a estratégias de riscos de adoecimento. Também está em fase de avaliação um protocolo de atividade em grupo que contempla temas como aspectos relacionados à respiração, automassagem e percepção de tensões no corpo, consciência corporal e APM.

1.9 Justificativa do estudo

As pesquisas voltadas para a APM têm crescido nos últimos anos, notadamente em países europeus e na Austrália, mas ainda há muitas lacunas a serem preenchidas. Parece importante que, estudos voltados para um maior entendimento de causas atribuídas à APM e estratégias de enfrentamento sejam realizados, já que a literatura é mais escassa sobre tais aspectos. Também é importante que estudos comparativos entre países/culturas diferentes, bem como sobre as possíveis diferenças existentes entre músicos profissionais clássicos e populares, sejam realizados de forma a aumentar o conhecimento acerca das especificidades culturais e prática dos músicos.

No Brasil ainda são poucos os estudos envolvendo APM. Portanto, conhecer o perfil dos músicos brasileiros, sobretudo em função das peculiaridades culturais/profissionais favorecerá o planejamento de intervenções específicas e possivelmente mais efetivas, que minimizem não só sintomas, mas sobretudo o sofrimento e prejuízos associados à situação profissional e de performance.

2 OBJETIVOS

O presente trabalho teve por objetivo geral descrever o perfil clínico e os aspectos relativos à prevalência, causas percebidas e estratégias de enfrentamento da APM em uma amostra de músicos brasileiros profissionais clássicos e populares e, comparar com uma amostra de músicos clássicos profissionais australianos.

Como objetivos secundários, visou-se comparar as causas/estratégias de enfrentamento da APM em função da presença/ausência de APM e variáveis sócio demográficas e profissionais específicas (sexo e tipo de formação musical).

3 MÉTODO

Este estudo é parte de um projeto maior que vem sendo conduzido na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, sob a responsabilidade dos Profs. Drs. Flávia de Lima Osório e José Alexandre de Souza Crippa, iniciado em 2009, em parceria com o grupo de pesquisa da Universidade de Sydney, Austrália, coordenado pela Prof. Dianna Kenny. Este projeto tem como objetivo maior avaliar diferentes aspectos da APM envolvendo a) validação de instrumento, b) análises de diferentes características clínicas em músicos brasileiros e comparação cultural com músicos australianos, c) reconhecimento de expressões faciais de emoção e, d) efeitos da ocitocina na redução da APM.

3.1 Sujeitos

O presente estudo foi conduzido com duas amostras, uma brasileira e uma australiana.

A amostra brasileira foi composta por 114 músicos profissionais clássicos (GCB) e 100 músicos populares (GPB) que aceitaram participar do estudo voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A).

Entende-se por músicos profissionais clássicos aqueles com formação acadêmica clássica na área da música e tocam em orquestras. Tal grupo foi composto por músicos das seguintes orquestras: Orquestra Sinfônica de Ribeirão Preto (OSRP), Orquestra Sinfônica Brasileira (OSB), Filarmônica USP (FUSP) de Ribeirão Preto e Orquestra Sinfônica de Porto Alegre (OSPA) e por alunos de graduação, pós-graduação e docentes da Faculdade de Música da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo (campus de Ribeirão Preto e São Paulo), Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O grupo de músicos populares se caracteriza por músicos sem formação acadêmica musical, mas que se autodenominam músicos e se apresentam regularmente para plateias.

Os critérios de inclusão de sujeitos na amostra adotados: ambos os sexos, idade igual ou maior que 18 anos e participação frequente em apresentações musicais (pelo menos uma apresentação por mês). Como critério de exclusão adotou-se o preenchimento incompleto de pelo menos dois dos instrumentos de auto avaliação.

Os músicos foram recrutados nas cidades de Ribeirão Preto e região, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Em Ribeirão Preto e região foram incluídos músicos profissionais clássicos e populares. No Rio de Janeiro e Porto Alegre, apenas músicos profissionais clássicos foram

selecionados. A Tabela 1 apresenta as fontes de recrutamento e o número de sujeitos associados a cada uma delas.

Tabela 1: Fontes de recrutamento de sujeitos da amostra de músicos brasileiros

Fonte de Recrutamento	Grupo	Sujeitos	
		(elegíveis)	(Aceitaram participar)
Orquestra Sinfônica de Ribeirão Preto	GCB	44	8
Banda de Baile de Formatura/casamento	GPB	25	16
Escola de Musica UFRJ - estudantes	GCB	17	17
Escola de Musica UFRJ – professores	GCB	4	4
Músicos Clássicos Diversos do Rio de Janeiro	GCB	4	4
Orquestra Sinfônica Brasileira	GCB	36	36
Filarmônica USP	GCB	20	13
Orquestra de Viola Caipira	GPB	28	20
Banda Sinfônica de Santa Rosa de Viterbo	GPB	14	14
Coral Aquarela	GPB	4	4
Escola de Comunicação e Artes - USP	GCB	60	21
Coral Minaz	GPB	70	10
Projeto Guri	GPB	7	7
Orquestra Sinfônica de Porto Alegre	GCB	60	7
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (alunos e professores)	GCB	10	4
Graduandos em Música da Universidade de Ribeirão Preto	GPB	60	18
Músicos populares diversos	GPB	9	7
Bandas de POP e Rock	GPB	6	6
Bandas de Samba e Pagode	GPB	8	2

GCB: Grupo de músicos clássicos brasileiros / GPB: Grupo de músicos populares brasileiros

A amostra australiana foi composta por 380 músicos clássicos profissionais da cidade de Sydney (GMA) que aceitaram participar voluntariamente do estudo. A Austrália tem oito orquestras sinfônicas profissionais e todos os músicos destas orquestras foram convidados a participar do estudo em questão. Estes músicos são a elite musical da Austrália. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Sydney e assinaram o termo de consentimento da Universidade de Sydney. (Anexo B).

O processo de composição amostral pode ser melhor visualizado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma referente ao processo de inclusão e exclusão de sujeitos (GCB: Grupo de Músicos Clássicos Brasileiros / GPB: Grupo de Músicos Populares Brasileiros / GMA: Grupo de Músicos Clássicos Australianos / N: frequência)

3.2 Instrumentos

Para a realização do presente estudo, os seguintes instrumentos foram utilizados:

- **Kenny Music Performance Anxiety Inventory- revised (KMPAI; KENNY, 2009)** - Inventário de 40 itens desenvolvido para avaliar a teoria baseada na emoção da ansiedade proposto por Barlow (2000) referente à ansiedade no contexto de performance musical. Esta é uma versão expandida e revisada do inventário inicial de 24 itens (KENNY; DAVIS; OATES, 2004). Itens foram especialmente construídos ou selecionados de outras escalas para abordar cada um dos componentes teóricos de Barlow, incluindo evocação de proposições de ansiosas (por exemplo, incontrolabilidade, imprevisibilidade e pistas situacionais); mudança de atenção (por exemplo, a tarefa ou o foco de auto avaliação, medo da avaliação negativa); excitação fisiológica e memória. Os itens são respondidos em uma escala de *Likert* de sete pontos (0 =

Discordo fortemente a 6 = concordo totalmente) e quanto maior o escore maior a ansiedade e aflição psicológica. Esta escala demonstrou excelente confiabilidade interna (alfa de alfa = 0,94; KENNY, 2009). Utilizou-se a versão traduzida, adaptada e validada para o Português do Brasil por Rocha; Dias-Neto e Gattaz (2011). A nota de corte adotada para presença de indicadores de APM foi 108. (Anexo C)

- **Escala de Sensibilidade à Ansiedade** – Instrumento de 16 itens proposto por Reiss et al. (2008) que objetiva identificar os níveis de ansiedade experienciados pelos sujeitos em determinadas situações Os itens são pontuados em uma escala *Likert* de pontos que variam de “Muito Pouco” (zero) a “Muitíssimo” (quatro). A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, no qual quanto maior o resultado, maior é a sensibilidade à ansiedade apresentada pelo sujeito. Utilizou-se a versão traduzida para o Português do Brasil por Barbar e Osório (2012, não publicado). (Anexo D)

-**Checklist de Causas Percebidas de Ansiedade de Desempenho Musical** – Instrumento proposto por Kenny, Driscoll e Ackermann (2014), que se caracteriza por ser uma lista de verificação de causas comumente percebidas da APM. É composto por 22 itens obtidos a partir de entrevistas com músicos ao longo de intervenções terapêuticas. Inicialmente, para cada item, os sujeitos devem assinalar sim ou não, caso o fator apresentado contribua para a APM. Posteriormente, para aqueles itens assinalados como sim, é pedido ao sujeito que os classifique em ordem de significância sendo o número (1) aquele fator/causa mais importante e os demais classificados com números na sequência. Utilizou-se a versão traduzida para o Português do Brasil por Barbar e Osório (2012, não publicado) (Anexo E).

- **Escala de Avaliação do Autocontrole da Ansiedade de Performance** – Escala de auto avaliação que objetiva identificar as estratégias utilizadas pelos músicos para auto administrar a APM. Foi desenvolvida e por Kenny; Driscoll e Ackemrann (2014) e é composta por 18 itens. Inicialmente, para cada item, o sujeito deve avaliar dentre as estratégias, aquelas que mais utilizam, pontuando (1) para a utilizada mais frequentemente e assim respectivamente. Posteriormente deverá avaliar o quanto cada estratégia utilizada funciona em uma escala *likert* de 4 pontos (0= não funciona; 3= funcionam muito bem). (Anexo F)

- **Questionário sobre a Saúde do Paciente – 2 (PHQ-2)** – versão traduzida e adaptada para o português do Brasil por Osório et al. (2009) do instrumento proposto por Kroenke; Spitzer e

Williams (2001). Objetiva rastrear a presença de episódio depressivo através de dois itens assinalados em uma escala *likert* referentes a frequência de sintomas presentes nos últimos 15 dias anteriores à aplicação (nunca, vários dias, mais do que metade dos dias e quase todos os dias). Adotou-se como nota de corte para a presença de indicadores de depressão o valor 3 proposta pelo estudo de Osório et al. (2009). (Anexo G)

- **Inventário de Fobia Social (SPIN)** – instrumento proposto por Connor; Davidson e Churchill (2000). Foi utilizada a versão traduzida e adaptada para o português do Brasil por Osório et al (2004). Instrumento de auto aplicação composto por 17 itens pontuados numa escala *likert* variando de “nada” (0) até “extremamente” (4), que visa quantificar os sintomas fisiológicos de medo e evitação relacionados com o TAS. Uma maior pontuação associa-se a um maior nível de sintomas. Adotou-se a nota de corte para a presença de indicadores de ansiedade social o valor de 19 conforme sugerido por Osório et al. (2004). (Anexo H)

- **Inventário de Ansiedade Traço-Estado versão traço (IDATE-T)** – Instrumento elaborado por Spielberger; Gorsuch e Lushene em 1970 e traduzido e validado para a língua portuguesa por Biaggio (1977). O mesmo objetiva avaliar os traços de ansiedade do sujeito, sendo composto por de 20 afirmações que requerem que os sujeitos descrevam como geralmente se sentem. As opções variam entre *quase nunca (1)* e *quase sempre (4)*. (Anexo I)

- **Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool - (AUDIT)** - originalmente desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no fim da década de 1980, é uma das medidas mais empregadas em todo o mundo para identificação de grupos de risco e rastreamento do uso inadequado de álcool em amostras clínicas e da população geral. Utilizou-se a versão traduzida para o Português do Brasil por et al. (2005). Adotou-se como nota de corte para presença de problemas relacionados ao álcool o valor 8 sugerido por Lima et al. (2005) (Anexo J)

- **Questionário de Identificação** – desenvolvido por Barbar (2013), composto por 12 itens que visam a caracterização sócio demográfica e musical da amostra. (Anexo K)

3.3 Coleta de Dados

O procedimento de coleta de dados no Brasil teve início em 2012 com um levantamento dos grupos musicais, conservatórios e escolas de música da cidade de Ribeirão Preto e região que poderiam ser fonte de participantes em potencial para o estudo. Após este levantamento, realizou-se o contato com os coordenadores ou dirigentes dos grupos. Nesse momento, os pesquisadores puderam esclarecer os objetivos da pesquisa, pedir autorização para a realização de uma sessão de coleta e combinar um horário em que os participantes pudessem ser encontrados coletivamente. Alguns grupos não responderam ao contato ou não estavam em atividade, impedindo a participação no estudo. Com aqueles grupos onde o contato foi bem sucedido (vide Tabela 1), os encontros foram realizados durante intervalos de ensaios, ou após os mesmos, a partir de sugestão dos coordenadores.

No Rio de Janeiro, por meio de parceria com o Professor Ivan Nirenberg, docente do curso de música da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e integrante da Orquestra Sinfônica Brasileira, os dados foram coletados junto a músicos de seu convívio acadêmico e profissional, em situações de maior conveniência para os músicos.

Durante o contato com os músicos, após apresentação dos objetivos do estudo pelos pesquisadores, o procedimento de coleta de dados continuou com aqueles participantes que aceitaram participar e assinaram o TCLE em duas vias, sendo que aos participantes foi entregue uma delas e a outra, foi arquivada pelos pesquisadores. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual. Aos participantes foi entregue um caderno de aplicação, contendo todos os instrumentos apresentados na seção anterior. Explicou-se que as instruções para preenchimento dos mesmos encontravam-se por escrito no próprio instrumento. Nas aplicações, o avaliador previamente treinado ficou à disposição para orientações e esclarecimentos necessários. A etapa da coleta de dados encerrou-se com a entrega do caderno, por parte do sujeito.

Na Austrália, todos os membros das oito orquestras nacionais foram convidados a participar da pesquisa. Os que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento e preencheram os instrumentos da mesma maneira que os músicos brasileiros, exceto no que se refere ao questionário de identificação, que apresentava uma estrutura diferente, mas com informações comuns. Estes dados foram coletados pela professora D. Kenny e sua equipe e nos foram enviados já inseridos em um banco de dados, cujo uso foi devidamente autorizado. (Anexo L)

3.4 Aspectos Éticos

Os voluntários receberam informações detalhadas sobre o projeto de pesquisa, tendo liberdade de optar pela participação ou não no estudo. Os participantes foram incluídos no estudo somente após serem informados, em detalhes, sobre o mesmo e terem assinado o TCLE, concordando com a participação voluntária.

Todos os procedimentos foram conduzidos de acordo com a Declaração de Helsinque e as normas éticas do Ministério da Saúde (C.N.S. Resolução nº 196 de 10/10/96).

Os sujeitos identificados como portadores de APM que necessitaram de algum tipo de auxílio ou tratamento foram esclarecidos e encaminhados para avaliação e atendimento na rede de saúde de suas respectivas cidades.

O estudo foi enviado para avaliação e apreciação do Comitê de Ética Médica em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, recebendo parecer favorável. (Processo HCRP nº2855/2015). (Anexo M)

3.5 Análise de Dados

Os dados, depois de inseridos totalmente no banco de dados da amostra brasileira, foram analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 13). A estatística descritiva (média, desvio padrão, porcentagem e mediana) foi utilizada para caracterizar a amostra e o perfil clínico dos músicos, bem como os aspectos relacionados às causas percebidas de APM e estratégias de enfrentamento.

Para comparação da amostra brasileira em função da condição profissional (formação), variável sócio demográfica (sexo), clínicas (APM) utilizaram-se do Teste do Qui-quadrado e t Student uma vez que os dados apresentavam distribuição normal.

Para análises de correlações o Teste de Correlação de Pearson foi o utilizado.

Para a comparação das amostras brasileira e australiana, foi utilizado o Teste do Qui-quadrado e t student.

O nível de significância adotado para todas as análises foi de $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados inicialmente em função da amostra brasileira. Em uma primeira análise, os músicos brasileiros foram divididos em dois grupos distintos em função de sua formação: GCB e GPB. As variáveis analisadas foram: indicadores sócio demográficos, psiquiátricos, causas percebidas de ansiedade de performance musical e estratégias de enfrentamento.

Posteriormente, realizaram-se outras análises, dividindo-se o grupo de músicos brasileiros em função da presença/ausência de APM e do sexo, tendo-se como variáveis de desfecho as mesmas acima descritas.

Por fim, realizaram-se as análises comparativas entre os músicos brasileiros e australianos em função das variáveis: indicadores sócio demográficos, psiquiátricos, causas percebidas de ansiedade de performance musical e estratégias de enfrentamento.

4.1 Amostra Brasileira

4.1.1 Análises realizadas em função da formação musical da amostra.

A amostra brasileira deste estudo foi composta por 214 músicos, divididos entre aqueles com formação profissional clássica (N=114) e aqueles populares (N=100).

A caracterização sócio demográfica e clínica dos mesmos estão apresentadas nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2: Caracterização sócio demográfica e clínica da amostra de músicos brasileiros em função do tipo de formação musical (N=214)

VARIÁVEIS	GB (N=214)		GCB (N=114)		GPB (N=100)		Estatística
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	143	66,8	75	65,8	68	68,0	$X^2=0,57$ p= 0,88
Feminino	71	33,2	39	34,2	32	32,0	
Idade							
X	34,0		35,2		32,7		t= 1,23 p=0,22
(DP)	(14,3)		(14,1)		(14,5)		
Mínima/Máxima	18/80		18/80		18/78		
Estado Civil							
Sem companheiro(a)	142	66,3	80	70,2	62	62,0	$X^2=1,23$ p=0,29
Com companheiro(a)	68	31,8	33	29,0	35	35,0	
NI	4	1,9	1	0,8	3	3,0	
Escolaridade							
Até 11 anos de estudo	61	28,5	24	21,0	37	37,0	$X^2=8,69$ p=0,003*
>11 anos de estudo	139	65,0	86	75,4	53	53,0	
NI	14	6,5	4	3,5	10	10,0	
Instrumentos							
Cordas	90	42,1	61	53,5	29	29,0	$X^2=23,40$ p<0,001*
Voz	29	13,5	13	11,4	16	16,0	
Sopro	31	14,4	19	16,7	12	12,0	
Percussão	14	6,5	4	3,5	10	10,0	
Piano	24	11,2	15	13,2	9	9,0	
Outros	1	0,5	0	0	1	1,0	
Múltiplos	21	9,9	2	1,7	19	19,0	
NI	4	1,9	0	0	4	4,0	
Uso de Medicação							
Sim	39	18,2	23	20,2	16	16,0	$X^2=0,50$ p= 0,48
Não	167	78,0	88	77,2	79	79,0	
NI	8	3,8	3	2,6	5	5,0	

GB: Grupo de músicos Brasileiros; GCB : grupo de músicos clássicos brasileiros; GPB: grupo de músicos de populares brasileiros; N: frequência; NI : não informado; % : porcentagem; p: nível de significância; X: média; X^2 : Teste do Qui-quadrado; t: Teste de student; *: significância estatística

No que se refere a caracterização sócio demográfica da amostra é possível notar um predomínio de músicos do sexo masculino, sendo a idade média do grupo de 34 anos. Predominaram também sujeitos solteiros e com maior escolaridade.

Para as variáveis sexo, idade e estado civil não foram observadas diferenças significativas entre os grupos com formação clássica e popular. Porém, como era de se esperar, em relação à escolaridade, o GCB apresenta mais anos de estudo do que o GPB.

Quanto aos instrumentos utilizados, o GCB utiliza em sua maioria um único instrumento, sendo mais comumente os de corda, sopro e piano. Já o GPB há uma maior diversidade de instrumentos utilizados, com destaque para cordas e voz.

No que se refere à medicação, grande parte dos músicos referiram não fazer uso (78%). Entre aqueles que referiram o uso de medicação, as principais utilizadas eram para problemas cardíacos, da tireoide e gastrointestinal. Apenas 4% dos músicos (N=9) alegaram fazer uso de medicação psicotrópica e 0,9% de betabloqueadores (N=2).

A Tabela 3 apresentam os indicadores psiquiátricos da amostra brasileira, avaliados por diferentes instrumentos.

Tabela 3: Indicadores psiquiátricos da amostra de músicos brasileiros em função da formação musical (N=214)

Indicadores Psiquiátricos	GB (N=214)	GCB (N=114)	GPB (N=100)	Estatística
Ansiedade – IDATE				
X	41,3	41,3	41,4	t= -0,02
(DP)	(11,5)	(12,3)	(10,6)	p=0,98
Ansiedade Social - SPIN				
X	16,5	16,8	16,2	t=0,31
(DP)	(12,6)	(12,9)	(12,2)	p=0,75
Sim(%) ^(A)	36,0	39,5	32,00	
Ansiedade de Performance Musical - KMPAI				
X	101,1	104,7	97,0	t= 1,47
(DP)	(38,1)	(38,0)	(37,9)	p=0,14
Sim(%) ^(A)	38,8	43,9	33,00	
Escala de Sensibilidade à Ansiedade – Escala Total				
X	16,74	17,40	16,01	t= 0,89
(DP)	(10,96)	(10,83)	(11,10)	p=0,38
ESA_subescala físico				
X	7,16	7,12	7,21	t= -0,96
(DP)	(6,50)	(6,32)	(6,72)	p=0,92
ESA_subescala mental				
X	2,66	2,70	2,61	t= 0,23
(DP)	(2,71)	(2,76)	(2,67)	p=0,82
ESA_subescala social				
X	6,88	7,45	6,23	t= 2,55
(DP)	(3,50)	(3,55)	(3,33)	p=0,01*
Depressão – PHQ2				
X	1,1	1,2	1,0	
(DP)	(1,4)	(1,4)	(1,4)	t=0,1
Sim(%) ^(A)	12,2	13,2	11,0	p=0,32
Abuso de Álcool - AUDIT				
X	3,6	4,1	3,1	t= 1,51
(DP)	(5,0)	(5,1)	(4,9)	p=0,13
Sim(%) ^(A)	13,1	13,2	13,0	

AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso de Álcool; DP: Desvio Padrão; ESA: Escala de Sensibilidade à Ansiedade ; GB: grupo de músicos brasileiro ; GCB: grupo de músicos clássicos brasileiros; GPB: grupo de músicos populares brasileiros; IDATE: Inventário de Ansiedade Traço-Estado versão traço; KMPAI: Escala de Kenny para Ansiedade de Performance Musical – revisada ; N: frequência; NI: não informado; PHQ2: Questionário sobre a Saúde do Paciente – 2; %: porcentagem; SPIN: Inventário de Fobia Social; ^(A): porcentagem de sujeitos com pontuação na escala acima da nota de corte proposta pelo estudo psicométrico referido na metodologia; p: nível de significância; X: média; X^2 : Teste do Qui-quadrado; t: Teste t de student; *: significância estatística

No que se refere aos indicadores psiquiátricos da amostra, é possível notar que cerca de 36% da amostra brasileira apresenta indicadores de TAS 38,8% apresentam indicadores de APM, o que chama atenção pela alta prevalência. Destaca-se também que 12,2% dos músicos apresentam indicadores de depressão e 13,1% de abuso de álcool. No entanto, não há diferença significativa entre os indicadores psiquiátricos entre o GCB e o GPB.

Também não se observou diferenças entre os grupos no que diz respeito aos níveis de ansiedade avaliados pelo IDATE e à sensibilidade à ansiedade avaliada pela ESA, exceto para a subescala social, em que o GCB apresenta maiores índices sensibilidade a aspectos relacionados avaliação social, ou seja, sensibilidade ao controle do que a audiência pode pensar e respeito dele.

Nas Tabelas de 4 a 7, apresentar-se-á os dados relacionados às causas percebidas de ansiedade. Especificamente na Tabela 4 , é demonstrado o percentual de músicos que identificam cada uma das causas apresentadas em função da formação acadêmica e estilo musical.

Tabela 4: Causas Percebidas de Ansiedade na amostra de músicos brasileiros, distribuídos em função da formação acadêmica e estilo musical (N=214)

Causas	GB (N=214)		GCB (N=114)		GPB (N=100)		Estatística	
	Sim	%	Sim	%	Sim	%		
Problema de saúde ao tocar	60	28,0	38	33,3	22	22,0	$X^2=3,37$	$p=0,07$
Repertório difícil	135	63,1	78	68,4	57	57,0	$X^2=3,01$	$p=0,08$
Experiência ruim em performances	102	47,7	66	57,9	36	36,0	$X^2=9,1$	$p=0,003^*$
Preocupação com reação/avaliação da plateia/avaliação	116	54,2	65	57,0	52	52,0	$X^2=0,91$	$p=0,34$
Preocupação com a confiabilidade da memória	98	45,8	64	56,1	35	35,0	$X^2=8,87$	$p=0,003^*$
Presença de sintomas físicos	99	46,3	68	59,6	32	32,0	$X^2=16,57$	$p<0,001^*$
Falta de autoconfiança	62	29,0	39	34,2	24	24,0	$X^2=2,49$	$p=0,11$
Nível elevado de autoconsciência	80	37,4	55	48,2	25	25,0	$X^2=13,62$	$p<0,001^*$
Nível baixo de autoestima	64	29,9	39	34,2	25	25,0	$X^2=2,26$	$p=0,13$
Preparação inadequada	97	45,3	61	53,5	36	36,0	$X^2=7,70$	$p=0,006^*$
Falta de apoio de pessoas próximas	33	15,4	17	14,9	16	16,0	$X^2=0,02$	$p=0,88$
Falta de confiança como músico/cantor	83	38,8	55	48,2	28	28,0	$X^2=8,90$	$p=0,003^*$
Pensamentos negativos/preocupação com a performance	101	47,2	64	56,1	37	37,0	$X^2=7,16$	$p=0,007^*$
Avaliação negativa da performance	86	40,2	50	43,8	36	36,0	$X^2=1,33$	$p=0,25$
Dificuldade em lidar com pensamentos negativos relacionados à performance	63	29,4	43	37,7	20	20,0	$X^2=7,54$	$p=0,006^*$
Dificuldades em lidar com sintomas físicos relacionados à performance	67	31,3	48	42,1	19	19,0	$X^2=12,60$	$p<0,001^*$
Pressão dos pais	9	4,2	6	5,3	3	3,0	$X^2=0,69$	$p=0,41$
Pressão dos professores	33	15,4	22	19,3	11	11,0	$X^2=2,88$	$p=0,09$
Pressão de si próprio	149	69,6	98	86,0	51	51,0	$X^2=28,15$	$p<0,001^*$
Pressão por competir	65	30,4	45	39,5	20	20,0	$X^2=9,28$	$p=0,002^*$
Incerteza por falhas técnicas	120	56,1	79	69,3	41	41,0	$X^2=17,72$	$p<0,001^*$
Ansiedade traço	108	50,5	63	55,3	45	45,0	$X^2=2,23$	$p=0,14$

GB: grupo de músicos brasileiro; GCB: grupo de músicos clássicos brasileiros; GPB: grupo de músicos populares brasileiros; N: frequência; NI: não informado; %: porcentagem; p: nível de significância; X^2 : Teste do Qui-quadrado; *: significância estatística

Em relação às causas percebidas de ansiedade é possível notar que as mais comuns, identificadas por mais da metade da amostra de músicos brasileiros são: pressão de si próprio; tocar um repertório difícil; incertezas ocasionadas por falhas técnicas; preocupação com a reação/avaliação da plateia e ansiedade traço. Já, as menos frequentes foram: pressão dos pais/professores e falta de apoio de pessoas próximas.

O grupo de músicos clássicos brasileiros se diferencia do grupo de músicos populares brasileiros na medida em que nele se identifica com maior frequência e significância estatística um maior número de situações percebidas como causadoras de ansiedade. Destacam-se as mesmas em ordem decrescente: pressão de si próprio; incertezas ocasionadas por falhas técnicas, tocar um repertório difícil, presença de sintomas físicos relacionados à ansiedade, experiência previa ruim em performance, preocupação em relação à memória; pensamentos negativos /preocupação com a performance, preparação inadequada para a performance, nível elevado de autoconsciência, falta de autoconfiança, dificuldade em lidar com sintomas físicos relacionados à performance, pressão por competição e dificuldade em lidar com pensamentos negativos relacionados à performance.

Na Tabela 5 será apresentada a classificação das causas percebidas de ansiedade em função de sua ordem de importância na amostra total de músicos brasileiros.

Tabela 5: Classificação das causas percebidas de ansiedade em função de sua ordem de importância, na amostra total de músicos brasileiros (N=214)

Causas Percebidas	Ordem de Importância ^(A)					% Acumulada
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	
Problema de saúde ao tocar (N=60)	12,5	14,6	6,2	8,3	4,1	45,7
Repertório difícil (N=135)	16,1	17,0	12,5	6,2	6,2	58,0
Experiência ruim em performances (N=102)	1,1	12,5	11,4	12,5	12,5	50,0
Preocupação com reação da plateia/avaliação (N=116)	16,8	10,5	13,7	9,5	5,3	55,8
Preocupação com confiabilidade da memória (N=98)	15,4	9,5	5,9	8,3	9,5	48,6
Presença de sintomas físicos (N=99)	11,9	14,3	9,5	7,1	13,1	55,9
Falta de autoconfiança (N=62)	2,0	4,1	12,2	16,3	14,3	48,9
Nível elevado de autoconsciência (N=80)	1,6	12,7	14,3	6,3	17,5	52,4
Nível baixo de autoestima (N=64)	3,7	7,4	5,5	18,5	9,3	44,4
Preparação inadequada (N=97)	3,2	18,3	19,3	7,5	6,5	54,8
Falta de apoio de pessoas próximas (N=33)	3,7	7,4	14,8	22,2	7,4	55,5
Falta de confiança como músico/cantor (N=83)	1,5	10,3	10,3	4,4	13,2	39,7
Pensamentos negativos/preocupação com a performance (N=101)	6,2	8,6	9,9	7,4	13,6	45,7
Avaliação negativa da performance (N=86)	4,5	6,0	8,9	6,0	11,9	37,3
Dificuldade em lidar com pensamentos negativos relacionados à performance (N=63)	4,2	10,4	6,2	8,3	6,2	35,3
Dificuldades em lidar com sintomas físicos relacionados à performance (N=67)	1,7	1,7	8,6	10,3	5,2	27,5
Pressão dos pais (N=9)	12,5	25,0	25,0	12,5	12,5	87,5
Pressão dos professores (N=33)	3,4	3,4	6,9	10,3	10,3	34,3
Pressão de si próprio (N=149)	22,0	11,8	13,4	1,6	7,9	56,7
Pressão por competir (N=65)	1,9	3,8	5,7	13,2	7,5	32,1
Incerteza por falhas técnicas (N=120)	1,0	5,9	12,9	8,9	7,9	36,6
Ansiedade traço (N=108)	23,5	4,7	10,6	8,2	4,7	51,7

1^a: primeira; 2^a: segunda; 3^a: terceira; 4^a: quarta; 5^a: quinta; ^(A): destaca-se apenas a porcentagem de sujeitos entre aqueles que assinalaram a referida causa percebida de ansiedade, que a classificou entre as cinco causas mais importantes

As causas mais comumente percebidas associadas à vivência de ansiedade, já destacadas na Tabela 4, são também aquelas, no geral, classificadas como as mais importantes. Neste sentido destacam-se: ansiedade traço, pressão por si próprio, preocupação com a reação/avaliação da plateia e tocar um repertório difícil.

É importante destacar que a pressão dos pais, apesar de não indicada como uma causa frequente, é mais fortemente percebida como uma causa importante. Tal fato pode ser explicado, provavelmente, em função de que parte significativa dos músicos avaliados é ainda jovem e estudante, mantendo relação de proximidade com os pais.

Nas Tabelas 6 e 7, tal classificação de importância é apresentada em função do GCB e GPB, respectivamente.

Tabela 6: Classificação das causas percebidas de ansiedade em função de sua ordem de importância na amostra músicos clássicos brasileiros (N=114)

Causas Percebidas	Ordem de Importância ^(A)					% Acumulada
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	
Problema de saúde ao tocar (N=38)	10,0	20,0	6,7	10,0	3,3	50,0
Repertório difícil (N=78)	11,8	13,2	13,2	7,3	7,3	52,8
Experiência ruim em performances (N=66)	12,3	12,3	12,3	15,8	5,3	58,0
Preocupação com a reação da plateia/avaliação (N=65)	13,5	8,4	15,4	5,8	7,7	50,8
Preocupação com a confiabilidade da memória (N=64)	16,7	9,3	3,7	9,2	5,5	44,4
Presença de sintomas físicos (N=68)	15,2	15,2	10,2	6,8	10,2	57,6
Falta de autoconfiança (N=39)	3,2	6,4	3,2	16,1	12,9	41,8
Nível elevado de autoconsciência (N=55)	2,2	11,1	17,8	6,7	17,8	55,6
Nível baixo de autoestima (N=39)	6,2	6,1	9,4	15,6	6,2	43,5
Preparação inadequada (N=61)	5,2	10,3	20,7	6,9	5,2	48,3
Falta de apoio de pessoas próximas (N=17)	6,7	13,3	6,7	13,3	20,0	60,0
Falta de confiança como músico/cantor (N=55)	2,2	4,3	2,1	4,3	15,2	28,1
Pensamentos negativos/preocupação com a performance (N=64)	7,5	9,4	13,2	3,8	7,5	41,4
Avaliação negativa da performance (N=50)	5,3	2,6	7,9	7,9	7,9	31,6
Dificuldade em lidar com pensamentos negativos relacionados à performance (N=43)	5,7	14,3	8,6	8,6	8,6	45,8
Dificuldades em lidar com sintomas físicos relacionados à performance (N=48)	2,3	18,6	7,0	11,6	7,0	46,5
Pressão dos pais (N=6)	16,7	16,7	16,7	16,7	16,7	83,3
Pressão dos professores (N=22)	4,5	4,5	4,5	9,1	16,6	39,2
Pressão de si próprio (N=98)	25,0	8,3	11,9	14,2	9,5	68,9
Pressão por competir (N=45)	2,6	5,3	2,6	10,5	5,3	26,3
Incerteza por falhas técnicas (N=79)	7,6	9,1	9,1	7,6	10,6	44,0
Ansiedade traço (N=63)	21,1	5,8	5,8	7,7	7,7	48,1

1^a: primeira; 2^a: segunda; 3^a: terceira; 4^a: quarta; 5^a: quinta; ^(A): destaca-se apenas a porcentagem de sujeitos entre aqueles que assinalaram a referida causa percebida de ansiedade e que a classificou entre as cinco causas mais importantes

É possível notar de acordo com a Tabela 6 que para o GCB há uma tendência das causas de ansiedade mais frequentemente percebidas serem também as classificadas como mais importantes, assim como no grupo total. Para este grupo destacam-se pressão de si próprio, ansiedade traço, pressão dos pais e preocupação com a confiabilidade da memória.

É importante destacar que neste grupo as causas pressão dos pais e falta de apoio de pessoas próximas são pouco frequentes, mas são percebidas como causas com maior grau de importância por aqueles músicos que as indicaram.

Já para o GPB (Tabela 7 a seguir) observa-se uma tendência em identificar-se uma maior variedade de situações de ansiedade, indicando certa heterogeneidade. A presença de ansiedade traço e preocupação com a reação/avaliação da plateia foram causas identificadas com alta frequência e com alto grau de importância.

Situações como falta de apoio de pessoas próximas, pressão dos pais, preparação inadequada para a performance, falta de autoconfiança, problemas de saúde ao tocar, falta de confiança e pressão de professores e de si próprio estão entre as situações mais valorizadas (alto grau de importância), mas são pouco citadas (menos frequentes).

Tabela 7: Classificação das causas percebidas de ansiedade e função de sua ordem de importância na amostra de músicos populares brasileiros (N=100)

Causas Percebidas	Ordem de Importância ^(A)					% Acumulada
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	
Problema de saúde ao tocar (N=22)	16,7	5,5	16,7	11,1	11,1	61,1
Repertório difícil (N=57)	22,7	2,3	11,4	4,5	4,5	45,4
Experiência ruim em performances (N=36)	3,2	12,9	9,7	12,9	6,4	45,1
Preocupação com a reação da plateia/avaliação (N=52)	20,9	18,6	11,6	13,9	2,3	67,3
Preocupação com a confiabilidade da memória (N=35)	13,3	10,0	10,0	6,7	16,7	56,7
Presença de sintomas físicos (N=32)	8,0	12,0	8,0	8,0	20,0	56,0
Falta de autoconfiança (N=24)	27,8	16,7	16,7	5,5	11,1	77,8
Nível elevado de autoconsciência (N=25)	16,7	5,5	5,5	16,7	11,2	55,6
Nível baixo de autoestima (N=25)	9,1	27,7	13,6	9,1	18,2	77,7
Preparação inadequada (N=36)	31,4	17,1	8,6	11,4	2,9	71,4
Falta de apoio de pessoas próximas (N=16)	33,3	41,8	8,3	8,3	8,3	100,0
Falta de confiança como músico/cantor (N=28)	22,3	27,3	4,5	9,1	4,5	67,7
Pensamentos negativos/preocupação com a performance (N=37)	3,6	7,1	3,6	14,3	25,0	53,6
Avaliação negativa da performance (N=36)	3,4	10,3	10,3	3,4	17,2	44,6
Dificuldade em lidar com pensamentos negativos relacionados à performance (N=20)	7,7	15,4	15,4	7,7	7,7	53,9
Dificuldades em lidar com sintomas físicos relacionados à performance (N=19)	6,7	13,3	6,7	6,7	13,3	46,7
Pressão dos pais (N=3)	50,0	50,0	--	--	--	100,00
Pressão dos professores (N=11)	14,3	14,3	14,3	14,3	14,3	71,5
Pressão de si próprio (N=51)	16,3	18,6	16,3	18,6	4,6	74,4
Pressão por competir (N=20)	13,3	20,0	13,3	6,7	6,7	60,0
Incerteza por falhas técnicas (N=41)	2,9	2,9	20,0	8,6	8,6	43,0
Ansiedade traço (N=45)	27,3	3,0	18,2	9,1	9,1	66,7

1^a: primeira; 2^a: segunda; 3^a: terceira; 4^a: quarta; 5^a: quinta; (A): destaca-se apenas a porcentagem de sujeitos entre aqueles que assinalaram a referida causa percebida de ansiedade, que a classificou entre as cinco causas mais importantes

No que diz respeito às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos músicos frente às situações de ansiedade, a Tabela 8 sinaliza aquelas mais frequentemente utilizadas pela amostra total de músicos brasileiros, bem como a classificação em função da frequência de uso e de seu nível de funcionalidade.

Tabela 8: Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos músicos brasileiros frente a situações de ansiedade, classificação em função da frequência de uso e nível de funcionalidade (N=214)

Estratégias de Enfrentamento	Sujeitos que Utilizam		Frequência de uso (%) ^(A)					Nível de Funcionalidade ^(B, C)			
	N	%	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	0	1	2	3
Consumir álcool	22	10,3	40,9	13,6	27,3	4,5	4,5	4,5	36,4	13,7	45,4
Tomar antidepressivos	2	0,9	50,0	--	--	--	--	--	50,0	--	50,0
Tomar medicação para ansiedade	17	7,9	41,2	11,8	11,8	5,9	11,8	5,9	29,4	23,5	41,2
Tomar betabloqueadores	21	9,8	52,4	--	9,5	14,3	14,3	--	19,0	33,3	47,7
Respirar profundamente	142	66,3	46,5	21,8	33,1	9,9	7,0	2,1	27,1	38,7	32,1
Métodos de distração	37	17,3	16,2	32,4	10,8	13,5	18,9	6,1	36,4	36,3	21,2
Discutir sobre a ansiedade com família/amigos	57	26,6	12,3	19,3	14,0	15,8	14,0	3,7	54,5	27,3	14,5
Discutir sobre a ansiedade com professor de música	41	19,2	7,3	17,1	19,5	14,6	17,1	7,3	39,0	31,7	22,0
Consultar um médico	7	3,3	14,3	14,3	14,3	14,3	28,6	60,0	--	20,0	20,0
Consultar um psicólogo	17	7,9	14,3	23,5	29,4	11,8	5,9	13,3	40,0	20,0	26,7
Consultar um psiquiatra	9	4,2	22,2	11,1	11,1	11,1	--	14,3	14,3	28,6	42,8
Familiarizar-se com a prática no local da apresentação	98	45,8	23,5	13,3	21,4	19,4	13,2	25,8	42,3	30,9	1,0
Hipnose	5	2,3	20,0	40,0	20,0	--	--	66,7	--	33,3	--
Aumentar treino	114	53,3	27,2	31,6	18,4	8,8	9,6	14,0	37,1	47,0	1,9
Fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar	64	29,9	12,5	17,2	29,7	9,4	10,9	3,2	32,3	33,9	30,6
Usar medicação não prescrita	6	2,8	50,0	33,3	16,7	--	--	50,0	--	50,0	--
Usar técnicas de autoconvencimento	58	27,1	15,5	12,1	27,6	17,2	8,6	7,0	49,1	26,3	17,6
Usar técnicas de relaxamento	93	43,5	12,9	31,2	16,1	16,1	11,8	2,2	28,2	37,0	32,6

(A): classificação em função da frequência de uso: 1^a = a que mais utiliza, 2^a = segunda que mais utiliza, 3^a = terceira que mais utiliza, 4^a = quarta que mais utiliza, 5^a = quinta que mais utiliza; (B) - nível de funcionalidade: 0 – não funciona, 1= funciona um pouco, 2= funciona bastante 3=funciona muito bem; (C): Somatória em alguns casos é inferior a 100% pois nem todos os sujeitos responderam à questão; % : porcentagem

De forma geral, as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pela amostra total de músicos brasileiros envolve o uso de recursos internos/pessoais dos indivíduos. Dentre as estratégias mais utilizadas estão: 1) respirar profundamente; 2) aumentar o treino; 3) familiarizar-se com a prática no local da apresentação; 4) uso de técnicas de relaxamento; 5) fazer brincadeiras sobre a performance e 6) uso de técnicas de autoconvencimento. No que diz respeito à funcionalidade destas estratégias, pode-se dizer que as mais utilizadas, de maneira geral, também são aquelas que atingiram um alto nível de eficácia no sentido de diminuir a ansiedade.

Por outro lado, as estratégias menos utilizadas foram: tomar antidepressivos, hipnose, uso de medicação não prescrita, consultar médico/psiquiatra/psicólogo e uso de medicação para a ansiedade. Nota-se que tais estratégias de enfrentamento envolvem o uso de recursos externos ao indivíduo como, por exemplo, recursos médicos e de saúde e que existe uma tendência das mesmas serem avaliadas como pouco eficazes/funcionais.

Nas Tabelas 9 e 10 estes dados relativos às estratégias de enfrentamento são apresentados em função do GCB e GPB.

Tabela 9: Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos músicos de clássicos brasileiros frente a situações de ansiedade, classificação em função da frequência de uso e nível de funcionalidade (N=114)

Estratégias de Enfrentamento	Sujeitos que Utilizam		Frequência de uso (%) ^(A)					Nível de Funcionalidade ^(B, C)			
	N	%	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	0	1	2	3
Consumir álcool	9	7,9	11,1	22,2	33,3	--	11,1	11,1	55,6	--	33,3
Tomar antidepressivos	2	1,7	50,0	--	--	--	--	50,0	50,0	--	--
Tomar medicação para ansiedade	10	8,8	40,0	10,0	10,0	10,0	--	--	30,0	20,0	50,0
Tomar betabloqueadores	19	16,7	57,9	--	5,2	10,5	15,8	--	20,0	30,0	50,0
Respirar profundamente	80	70,2	42,5	20,0	15,0	8,7	10,0	2,5	34,3	27,8	35,4
Métodos de distração	19	16,7	10,5	26,3	10,5	15,8	26,3	6,0	52,9	17,6	23,5
Discutir sobre a ansiedade com família/amigos	33	28,9	6,1	24,2	12,1	18,2	15,1	3,1	56,2	22,0	18,7
Discutir sobre a ansiedade com professor de música	29	25,4	6,9	17,2	24,1	13,8	24,1	10,0	43,3	26,7	20,0
Consultar um médico	4	3,5	--	--	25,0	25,0	--	66,7	--	--	33,3
Consultar um psicólogo	10	8,8	--	40,0	10,0	--	20,0	11,1	55,6	22,2	11,1
Consultar um psiquiatra	4	3,5	25,0	--	--	--	--	--	33,3	33,3	33,4
Familiarizar-se com a prática no local da apresentação	71	62,3	23,9	11,3	22,5	16,9	16,9	--	30,0	37,1	32,9
Hipnose	2	1,7	50,0	--	--	--	--	100,0	--	--	--
Aumentar treino	69,00	60,5	27,5	30,4	17,4	8,7	11,6	13,4	44,8	40,3	1,5
Fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar	32	28,1	9,37	18,75	28,12	6,2	9,37	3,2	38,8	29,0	29,0
Usar medicação não prescrita	4	3,5	--	25,0	--	25,0	--	--	75,0	25,0	--
Usar técnicas de autoconvencimento	37	32,4	16,2	13,5	18,9	18,9	10,8	8,3	55,5	19,4	16,8
Usar técnicas de relaxamento	58	50,9	12,1	24,1	17,2	22,4	12,1	3,5	31,6	22,8	42,1

(A): classificação em função da frequência de uso: 1^a = a que mais utiliza, 2^a = segunda que mais utiliza, 3^a = terceira que mais utiliza, 4^a = quarta que mais utiliza, 5^a = quinta que mais utiliza; (B): nível de funcionalidade: 0 – não funciona, 1= funciona um pouco, 2= funciona bastante 3=funciona muito bem; (C): Somatória em alguns casos é inferior a 100% pois nem todos os sujeitos responderam à questão; % : porcentagem

O GCB apresentou um perfil de uso de estratégias de enfrentamento bem próximo ao grupo total (GB). Destacam-se as estratégias mais utilizadas: respirar profundamente, familiarizar-se com a prática no local da performance, aumentar o treino, uso de técnicas de relaxamento e uso técnicas de autoconhecimento. No geral, segundo os músicos, o uso destas estratégias é eficaz.

Dentre as estratégias menos utilizadas estão novamente, como salientado no GB, o uso de antidepressivos, hipnose, a procurar por médico/psiquiatra/psicólogo, o uso de medicação não prescrita e o consumo de álcool. De forma geral, tais estratégias não funcionam ou funcionam parcialmente para diminuir a ansiedade segundo os músicos que as utilizam.

Tabela 10: Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos músicos populares brasileiros frente a situações de ansiedade, classificação em função da frequência de uso e nível de funcionalidade (N=100)

Estratégias de Enfrentamento	Sujeitos que Utilizam		Frequência de uso (%) ^(A)					Nível de Funcionalidade ^(B, C)			
	N	%	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	0	1	2	3
Consumir álcool	13	13,0	7,7	61,5	7,7	23,1	--	--	23,1	23,1	53,8
Tomar antidepressivos	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Tomar medicação para ansiedade	7	7,0	42,9	14,3	14,3	--	28,6	14,2	28,6	28,6	28,6
Tomar betabloqueadores	2	2,0	--	--	50,0	50,0	--	--	50,0	50,0	--
Respirar profundamente	62	62,0	51,6	24,2	8,0	11,3	3,2	1,6	18,0	52,4	28,0
Métodos de distração	18	18,0	22,2	38,9	11,1	11,1	11,1	6,2	18,8	56,2	18,8
Discutir sobre a ansiedade com família/amigos	24	24,0	20,8	12,5	16,7	12,5	12,5	4,3	52,2	34,8	8,7
Discutir sobre a ansiedade com professor de música	12	12,0	8,3	16,7	8,3	16,7	--	--	27,3	45,4	27,3
Consultar um médico	3	3,0	33,3	--	--	--	--	50,0	--	50,0	--
Consultar um psicólogo	7	7,0	14,3	--	--	57,1	--	16,7	16,7	16,6	50,0
Consultar um psiquiatra	5	5,0	20,0	20,0	20,0	20,0	--	25,0	--	25,0	50,0
Familiarizar-se com a prática no local da apresentação	27	27,0	22,2	18,5	18,5	25,9	3,7	14,8	55,5	26,0	3,7
Hipnose ^(D)	3	3,0	--	66,7	33,3	--	--	--	--	33,3	--
Aumentar treino	45	45,0	26,7	33,3	20,0	8,9	6,7	1,5	11,9	44,8	41,8
Fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar	32	32,0	15,6	15,62	31,25	12,5	12,5	3,2	25,8	38,8	32,2
Usar medicação não prescrita	2	2,0	--	--	50,0	--	--	--	--	50,0	50,0
Usar técnicas de autoconvencimento	21	21,0	14,3	9,5	42,8	14,3	4,7	4,8	38,1	38,1	19,0
Usar técnicas de relaxamento	35	35,0	14,3	42,8	14,3	5,7	11,4	--	25,8	57,1	17,1

(A): classificação em função da frequência de uso: 1^a = a que mais utiliza, 2^a = segunda que mais utiliza, 3^a = terceira que mais utiliza, 4^a = quarta que mais utiliza, 5^a = quinta que mais utiliza; (B): nível de funcionalidade: 0 – não funciona, 1= funciona um pouco, 2= funciona bastante 3=funciona muito bem; (C): Somatória em alguns casos é inferior a 100% pois nem todos os sujeitos responderam à questão; (D): 2 músicos não informaram sobre o nível de funcionalidade da estratégia hipnose; % : porcentagem

Segundo a Tabela 10, o GPB apresentou também grande semelhança o GCB em relação às estratégias de enfrentamento mais e menos utilizadas e em relação à avaliação de sua funcionalidade. Como estratégias mais utilizadas, neste grupo, destacam-se o respirar profundamente, aumento de treino, uso de técnicas de relaxamento, fazer brincadeiras sobre a performance e familiariza-se com o local da performance.

Em relação às estratégias menos utilizadas destacam-se o uso de antidepressivos, betabloqueadores e de medicação não prescrita, a procura por médico, psiquiatra e psicólogo e o uso da hipnose. A avaliação numérica destes indicadores aponta para uma tendência deste grupo de músicos avaliar de forma mais positiva a funcionalidade destas estratégias, apesar de serem também, pouco utilizadas, como já evidenciado no GCB.

A análise estatística comparativa dos grupos GCB e GPB quanto á frequência de uso e funcionalidade das estratégias de enfrentamento pode ser vista na Tabela 11.

Tabela 11: Comparações entre os grupos de músicos clássicos e músicos populares em função do uso e funcionalidade das estratégias de enfrentamento (N=214)

Estratégias de Enfrentamento	Estatística Uso GCB x GPB		Estatística Funcionalidade GCB x GPB	
Consumir álcool	$X^2=1,50$	$p=0,22$	(A)	$p=0,40$
Tomar antidepressivos	(A)	$p=0,50$	---	---
Tomar medicação para ansiedade	$X^2=0,23$	$p=0,63$	(A)	$p=0,64$
Tomar betabloqueadores	$X^2=12,95$	$p<0,001^*$	(A)	$p=0,34$
Respirar profundamente	$X^2=1,60$	$p=0,21$	$X^2=4,82$	$p=0,03^*$
Métodos de distração	$X^2=0,07$	$p=0,80$	$X^2=3,87$	$p=0,05^*$
Discutir sobre a ansiedade com família/amigos	$X^2=0,67$	$p=0,41$	$X^2=0,05$	$p=0,83$
Discutir sobre a ansiedade com professor de música	$X^2=6,21$	$p=0,01^*$	(A)	$p=0,29$
Consultar um médico	(A)	$p=1,00$	(A)	$p=1,00$
Consultar um psicólogo	$X^2=0,23$	$p=0,63$	(A)	$p=0,32$
Consultar um psiquiatra	(A)	$p=0,74$	(A)	$p=1,00$
Familiarizar-se com a prática no local da apresentação	$X^2=26,71$	$p<0,001^*$	$X^2=2,35$	$p=0,13$
Hipnose ^(D)	(A)	$p=0,67$	(A)	$p=0,33$
Aumentar treino	$X^2=5,16$	$p=0,02^*$	$X^2=0,46$	$p=0,50$
Fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar	$X^2=0,39$	$p=0,53$	$X^2=1,13$	$p=0,29$
Usar medicação não prescrita	(A)	$p=0,69$	(A)	$p=0,40$
Usar técnicas de autoconvencimento	$X^2=3,54$	$p=0,06$	$X^2=2,38$	$p=0,12$
Usar técnicas de relaxamento	$X^2=5,47$	$p=0,02^*$	$X^2=1,15$	$p=0,28$

(A): Teste Exato de Fisher; GCB: grupo de músicos clássicos brasileiros; GPB: grupo de músicos populares brasileiros; p – nível de significância; X^2 – Teste do Qui-quadrado; * - significância estatística

Segundo a Tabela 11, observa-se que houve diferença significativa no uso das seguintes estratégias de enfrentamento as quais são mais frequentes no GCB: tomar betabloqueadores, discutir sobre a ansiedade com professor de música, familiarizar-se com a prática no local da performance, aumentar o treino e usar técnicas de relaxamento.

Já em relação à funcionalidade das estratégias de enfrentamento, nota-se diferença significativa apenas para as estratégias respirar profundamente e utilização de métodos de distração, as quais são avaliadas como mais funcionais/efetivas no GPB.

4.1.2 Análises realizadas em função da presença/ausência de APM na amostra brasileira

Nesta análise, os músicos brasileiros foram divididos em dois grupos em função da presença (pontuação no KMPAI maior ou igual a 108) e ausência (pontuação no KMPAI menor que 108).

Na Tabela 12 apresenta-se os indicadores psiquiátricos destes dois grupos distintos, onde se observa que os mesmos são mais frequentes no grupo com APM, exceto para a variável presença de abuso de álcool.

Tabela 12: Indicadores psiquiátricos na amostra de músicos brasileiros em função da presença ou ausência de Ansiedade de Performance Musical

Indicadores Psiquiátricos	Com APM (N=83)	Sem APM (N=126)	Estatística	
Ansiedade – IDATE				
X (DP)	49,5 (11,4)	35,9 (7,8)	t=-9,89	p<0,001*
Ansiedade Social – SPIN				
X (DP)	24,7 (13,1)	11,3 (9,1)	t=-8,68	p<0,001*
Sim(%) ^(A)	65,1	18,3		
Escala de Sensibilidade à Ansiedade – Escala Total				
X (DP)	22,3 (11,9)	13,0 (8,4)	t=-6,00	p<0,001*
ESA_subescala físico				
X (DP)	10,22 (7,18)	5,08 (4,97)	t=-5,53	p<0,001*
ESA_subescala mental				
X (DP)	3,79 (3,27)	1,92 (1,99)	t=-4,58	p<0,001*
ESA_subescala social				
X (DP)	8,28 (3,16)	5,97 (3,46)	t=-4,83	p<0,001*
Depressão – PHQ2				
X (DP)	1,8 (1,5)	0,7 (1,1)	t=-5,87	p<0,001*
Sim(%) ^(A)	25,3	4,0		
Abuso de Álcool – AUDIT				
X (DP)	4,0 (5,8)	3,5 (4,5)	t=-0,66	p=0,511
Sim(%) ^(A)	16,9	11,1		

APM: Ansiedade de Performance Musical; AUDIT : Identificação de Problemas Relacionados ao uso de Álcool; DP: Desvio Padrão; ESA: Escala de Sensibilidade à Ansiedade; GB: grupo de músicos brasileiro; GCB: grupo de músicos clássicos brasileiros; GPB: grupo de músicos populares brasileiros; IDATE: Inventário de Ansiedade Traço-Estado versão traço; KMPAI: Kenny Music Performance Anxiety Inventory- revised; N: frequência; PHQ2: Questionário sobre a Saúde do Paciente – 2; %: porcentagem; SPIN: Inventário de Fobia Social; ^(A): porcentagem de sujeitos com pontuação na escala acima da nota de corte proposta por estudo psicométrico; p: nível de significância; X²: Teste do Qui-quadrado; t : Teste t de student; *: significância estatística

Tabela 13: Comparação entre as causas percebidas de ansiedade em músicos brasileiros com e sem ansiedade de performance musical (N=209)

Causas Percebidas	Com APM (N=83)		Sem APM (N=126)		Estatística	
	N	%	N	%		
Problema de saúde ao tocar	33	39,7	25	19,8	$X^2=10,63$	$p=0,001^*$
Repertório difícil	61	73,5	71	56,3	$X^2=6,61$	$p=0,010^*$
Experiência ruim em performances	58	69,9	43	34,1	$X^2=24,21$	$p<0,001^*$
Preocupação com a reação da platéia/avaliação	70	84,3	46	36,5	$X^2=44,74$	$p=0,001^*$
Preocupação com a confiabilidade da memória	48	57,8	49	38,9	$X^2=7,39$	$p=0,007^*$
Presença de sintomas físicos	57	68,7	41	32,5	$X^2=30,03$	$p<0,001^*$
Falta de autoconfiança	47	56,6	16	12,7	$X^2=47,93$	$p<0,001^*$
Nível elevado de autoconsciência	37	44,6	40	31,7	$X^2=5,17$	$p=0,023^*$
Nível baixo de autoestima	47	56,6	17	13,5	$X^2=45,33$	$p<0,001^*$
Preparação inadequada	43	51,8	52	41,3	$X^2=2,68$	$p=0,101$
Falta de apoio de pessoas próximas	12	14,4	20	15,9	$X^2=0,008$	$p=0,930$
Falta de confiança	58	69,9	24	19,0	$X^2=56,52$	$p<0,001^*$
Pensamentos negativos/preocupação com a performance	60	72,3	39	30,9	$X^2=36,92$	$p<0,001^*$
Avaliação negativa da performance	50	60,2	36	28,6	$X^2=21,51$	$p<0,001^*$
Dificuldade em lidar com pensamentos negativos relacionados à performance	44	53,0	18	14,3	$X^2=36,79$	$p<0,001^*$
Dificuldades em lidar com sintomas físicos relacionados à performance	39	46,1	26	20,6	$X^2=16,68$	$p<0,001^*$
Pressão dos pais	4	4,8	5	4,0	$X^2=0,13$	$p=0,72$
Pressão dos professores	15	18,1	18	14,3	$X^2=0,73$	$p=0,39$
Pressão de si próprio	71	85,5	76	60,3	$X^2=16,00$	$p<0,001^*$
Pressão por competir	39	47,0	25	19,8	$X^2=18,71$	$p<0,001^*$
Incerteza por falhas técnicas	59	71,1	59	46,8	$X^2=12,39$	$p<0,001^*$
Ansiedade traço	60	72,2	45	35,7	$X^2=27,99$	$p<0,001^*$

APM – Ansiedade de Performance Musical; N – frequência; % - porcentagem; p – nível de significância; X^2 – Teste do Qui-quadrado; * - significância estatística

Na Tabela 13, acima, apresentou-se a percepção dos grupos com e sem APM em relação às causas percebidas de ansiedade. Observou-se que no grupo de músicos com APM, 70% ou mais dos músicos identificam como causas de sua ansiedade as seguintes situações: pressão de si próprio; preocupação com a reação/avaliação da plateia; tocar um repertório difícil; dificuldade em lidar com pensamentos negativos; ansiedade traço e incerteza ocasionada por falhas técnicas.

Em relação ao grupo de músicos sem APM, as causas percebidas de ansiedade mais frequentemente foram: pressão de si próprio; tocar um repertório difícil; incertezas ocasionadas por falhas técnicas; preparação inadequada para a performance; preocupação com a memória. Salienta-se que para nenhuma delas atingiu-se o percentual de 70%.

Comparativamente, exceto para as causas: preparação inadequada para a performance, falta de apoio de pessoas próximas, pressão dos pais/professores, o grupo com APM avaliou as situações como mais frequentemente relacionadas à ansiedade por eles experimentada.

Na Tabela 14 são apresentadas as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos músicos com e sem APM. Nesta tabela será possível notar que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos músicos com APM foram respectivamente: respirar profundamente, aumentar o treino, familiarizar-se com a prática no local da performance, uso de técnicas de relaxamento e discutir sobre a ansiedade com família/amigos. Já as estratégias menos utilizadas por este grupo foram: hipnose, uso de antidepressivos, procurar um médico, consultar um psiquiatra e uso de medicação não prescrita.

Comparativamente ao grupo de músicos sem APM, observa-se um perfil semelhante entre as estratégias mais e menos utilizadas, assim como em relação à formação musical da amostra, como já previamente apresentado. As diferenças entre os grupos, evidenciadas estatisticamente, relacionam-se a frequência de uso de betabloqueadores, de discussão sobre a ansiedade com família/amigos e consulta a psicólogo, as quais foram mais utilizadas pelos músicos com APM.

Tabela 14: Estratégias de enfrentamento utilizadas por músicos brasileiros com e sem ansiedade de performance musical (N=209)

Estratégias de Enfrentamento	Com APM (N=83)		Sem APM (N=126)		Estatística	
	N	%	N	%		
Consumir álcool	9	10,8	13	10,3	$X^2=0,01$	$p=0,90$
Tomar antidepressivos	2	2,4	0	0,0	--	$p=0,16^{(A)}$
Tomar medicação para ansiedade	12	14,4	4	3,2	$X^2=9,01$	$p=0,003^*$
Tomar betabloqueadores	15	18,1	6	4,8	$X^2=9,81$	$p=0,002^*$
Respirar profundamente	58	69,9	80	63,5	$X^2=0,91$	$p=0,34$
Métodos de distração	18	21,7	19	15,1	$X^2=1,50$	$p=0,22$
Discutir sobre a ansiedade com família/amigos	33	39,7	24	19,0	$X^2=10,82$	$p=0,001^*$
Discutir sobre a ansiedade com professor de música	21	25,3	19	15,1	$X^2=3,38$	$p=0,07$
Consultar um médico	4	4,8	3	2,4	--	$p=0,44^{(A)}$
Consultar um psicólogo	12	14,4	4	3,8	$X^2=9,01$	$p=0,003^*$
Consultar um psiquiatra	4	4,8	5	4,0	$X^2=0,09$	$p=0,77$
Familiarizar-se com a prática no local da apresentação	45	54,2	53	42,0	$X^2=2,97$	$p=0,09$
Hipnose	1	1,2	4	3,2	--	$p=0,65^{(A)}$
Aumentar treino	48	57,8	63	50,0	$X^2=1,23$	$p=0,27$
Fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar	28	33,7	34	27,9	$X^2=1,09$	$p=0,30$
Usar medicação não prescrita	5	6,02	1	0,8	--	$p=0,40^{(A)}$
Usar técnicas de autoconvencimento	26	31,3	30	23,8	$X^2=1,44$	$p=0,23$
Usar técnicas de relaxamento	35	42,2	55	43,6	$X^2=0,04$	$p=0,83$

(A): Teste Exato de Fisher; APM: Ansiedade de Performance Musical; N: frequência; NI: não informado; p: nível de significância; X^2 : Teste do Qui-quadrado; % : porcentagem; *: significância estatística

Quanto à funcionalidade das estratégias de enfrentamento, os dados são apresentados na Tabela 15.

Tabela 15: Funcionalidade das estratégias de enfrentamento utilizadas por músicos brasileiros com e sem ansiedade de performance musical (N=209)

Estratégias de Enfrentamento	Com APM (N=83)		Sem APM (N=126)		Estatística	
	N	% ^(B)	N	% ^(B)		
Consumir álcool	4	40,0	9	69,2	$X^2=1,97$	$p=0,16$
Tomar antidepressivos	1	50,0	--	--	--	--
Tomar medicação para ansiedade	7	58,3	4	100,0	--	$p=0,25^{(A)}$
Tomar betabloqueadores	11	73,3	7	100,0	--	$p=2,26^{(A)}$
Respirar profundamente	33	56,9	63	80,8	$X^2=9,13$	$p=0,003^*$
Métodos de distração	9	50,0	10	66,7	$X^2=0,93$	$p=0,34$
Discutir sobre a ansiedade com família/amigos	13	39,4	10	45,4	$X^2=0,20$	$p=0,66$
Discutir sobre a ansiedade com professor de música	12	52,2	11	64,7	$X^2=0,63$	$p=0,43$
Consultar um médico	1	25,0	1	100,0	--	$p=0,40^{(A)}$
Consultar um psicólogo	5	41,7	2	100,0	--	$p=0,46^{(A)}$
Consultar um psiquiatra	2	50,0	3	100,0	--	$p=0,43^{(A)}$
Familiarizar-se com a prática no local da apresentação	28	62,2	44	84,6	$X^2=6,32$	$p=0,01^*$
Hipnose	0	0,0	1	100,0	--	$p=0,33^{(A)}$
Aumentar treino	36	78,3	55	88,7	$X^2=2,17$	$p=0,14$
Fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar	15	55,5	23	69,8	$X^2=1,28$	$p=0,26$
Usar medicação não prescrita	2	40,0	1	100,0	--	$p=1,00^{(A)}$
Usar técnicas de autoconvencimento	9	34,6	14	48,3	$X^2=1,05$	$p=0,31$
Usar técnicas de relaxamento	23	65,7	40	74,1	$X^2=0,72$	$p=0,40$

(A): Teste Exato de Fisher; APM: Ansiedade de Performance Musical; N – frequência; (B): porcentagem calculada em relação ao número de sujeitos que assinalaram que a estratégia funciona dentre os sujeitos que assinalaram utilizar tal estratégia; NI: não informado; %: porcentagem; p: nível de significância; X^2 : Teste do Qui-quadrado; *:significância estatística

Segundo a Tabela 15, foi possível notar que quase não há diferenças estatísticas significativas no uso de estratégias de enfrentamento pelos músicos com e sem APM. Cabe destacar que as estratégias respirar profundamente e familiarizar-se com a prática no local da performance são menos eficazes para os músicos com APM.

4.1.3 Análises realizadas em função do sexo da amostra de músicos brasileiros.

Nestas análises, os músicos foram divididos em dois grupos em função do sexo. O grupo do sexo masculino ficou composto por 143 músicos e o feminino por 71.

Na Tabela 16, os indicadores psiquiátricos apresentados por estes grupos distintos são apresentados.

Tabela 16: Indicadores psiquiátricos da amostra de músicos brasileiros em função do sexo (N=214)

Indicadores Psiquiátricos	Masculino (N=143)	Feminino (N=71)	Estatística	
Ansiedade – IDATE				
X	41,0	42,0	t=-0,58	p=0,57
(DP)	(11,9)	(10,8)		
Ansiedade Social – SPIN				
X	16,20	17,21	t=-0,55	p=0,58
(DP)	(12,0)	(13,7)		
Sim(%) ^(A)	35,5	38,0		
Ansiedade de Performance Musical - KMPAI				
X	101,9	99,5	t=0,43	p=0,67
(DP)	(36,5)	(41,2)		
Sim(%) ^(A)	38,0	40,8		
Escala de Sensibilidade à Ansiedade – Escala Total				
X	15,2	19,8	t=-2,8	p=0,005*
(DP)	(9,7)	(12,6)		
ESA_subescala físico				
X	6,2	9,1	t=-3,14	p=0,002*
(DP)	(6,2)	(6,7)		
ESA_subescala mental			t=-2,00	p=0,05*
X	2,4	2,2		
(DP)	(3,2)	(3,5)		
ESA_subescala social				
X	6,6	7,4	t=-1,37	p=0,17
(DP)	(3,5)	(3,5)		
Depressão – PHQ2				
X	1,0	1,4	t=-2,01	p=0,05*
(DP)	(1,4)	(1,4)		
Sim(%) ^(A)	12,2	14,5		
Abuso de Álcool - AUDIT				
X	4,1	2,7	t=1,89	p=0,06
(DP)	(5,6)	(3,2)		
Sim(%) ^(A)	14,4	11,9		

AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso de Álcool; DP: Desvio Padrão; ESA: Escala de Sensibilidade à Ansiedade; GB: grupo de músicos brasileiros; GCB: grupo de músicos clássicos brasileiros; GPB: grupo de músicos populares brasileiros; IDATE: Inventário de Ansiedade Traço-Estado versão traço; KMPAI: Escala de Kenny para Ansiedade de Performance Musical – revisada; N: frequência; NI: não informado; PHQ2: Questionário sobre a Saúde do Paciente – 2; %: porcentagem; SPIN: Inventário de Fobia Social; ^(A): porcentagem de sujeitos com pontuação na escala acima da nota de corte proposta por estudo psicométrico; p: nível de significância; X: média; X²: Teste do Qui-quadrado; t: Teste t de student; *: significância estatística

Segundo a Tabela 16, nota-se que os únicos indicadores que apresentam diferença estatística significativa entre os sexos referem-se à escala de sensibilidade à ansiedade (seja no escore total, seja nas subescalas física e mental) e à escala de depressão. Nestes

indicadores, as mulheres tendem a apresentar maior pontuação, ou seja, maiores indicadores (exceto para ansiedade mental) onde ocorre o contrário.

Na Tabela 17 apresentar-se-á as comparações entre as causas percebidas de ansiedade por homens e mulheres.

Poder-se-á notar nesta Tabela que as mulheres associam mais frequentemente como causas da ansiedade as seguintes situações: problemas de saúde ao tocar, preocupação com a confiabilidade da memória, falta de autoconfiança, falta de confiança e dificuldade em lidar com pensamentos negativos relacionados à performance.

Tabela 17: Comparações entre as causas percebidas de ansiedade em músicos brasileiros em função do sexo (N=214)

Causas Percebidas	Masculino (N=143)		Feminino (N=71)		Estatística	
	N	%	N	%		
Problema de saúde ao tocar	31	22,6	29	40,8	$X^2=7,56$	$p=0,006^*$
Repertório difícil	86	62,8	49	69,0	$X^2=0,80$	$p=0,37$
Experiência ruim em performances	69	50,4	33	47,8	$X^2=0,09$	$p=0,77$
Preocupação com a reação da platéia/avaliação	76	55,5	41	58,6	$X^2=0,18$	$p=0,67$
Preocupação com a confiabilidade da memória	57	41,3	42	60,0	$X^2=6,51$	$p=0,01^*$
Presença de sintomas físicos	64	40,0	36	52,2	$X^2=0,69$	$p=0,40$
Falta de autoconfiança	33	24,4	30	42,9	$X^2=7,34$	$p=0,007^*$
Nível elevado de autoconsciência	53	39,3	27	39,7	$X^2=0,004$	$p=0,95$
Nível baixo autoestima	40	29,2	24	34,3	$X^2=0,56$	$p=0,45$
Preparação inadequada	63	46,3	34	49,3	$X^2=0,16$	$p=0,69$
Falta de apoio de pessoas próximas	22	16,4	11	15,9	$X^2=0,08$	$p=0,93$
Falta de confiança como músico/cantor	47	34,6	36	50,7	$X^2=5,06$	$p=0,02^*$
Pensamentos negativos/preocupação com a performance	67	48,9	34	47,9	$X^2=0,02$	$p=0,89$
Avaliação negativa da performance	56	41,2	30	42,9	$X^2=0,05$	$p=0,82$
Dificuldade em lidar com pensamentos negativos relacionados à performance	35	25,7	28	40,0	$X^2=4,43$	$p=0,03^*$
Dificuldades em lidar com sintomas físicos relacionados à performance	44	32,1	23	33,3	$X^2=0,03$	$p=0,86$
Pressão dos pais	8	5,9	1	1,4	$X^2=2,14$	$p=0,14$
Pressão dos professores	21	15,4	12	17,4	$X^2=0,13$	$p=0,72$
Pressão de si próprio	98	70,0	51	71,8	$X^2=0,08$	$p=0,78$
Pressão por competir	42	31,1	23	33,8	$X^2=15$	$p=0,70$
Incerteza por falhas técnicas	73	53,3	47	66,2	$X^2=3,19$	$p=0,07$
Ansiedade traço	68	49,6	40	56,3	$X^2=0,84$	$p=0,36$

N – frequência; % - porcentagem; p – nível de significância; X^2 : Teste do Qui-quadrado; * : significância estatística

Na Tabela 18 a mesma comparação entre os sexos é feita para o uso de estratégias de enfrentamento da ansiedade.

Tabela 18: Estratégia de enfrentamento utilizadas por músicos brasileiros em função do sexo (N=214)

Estratégias de Enfrentamento	Masculino (N=143)		Feminino (N=71)		Estatística	
	N	%	N	%		
Consumir álcool	20	14,0	2	2,8	$X^2=6,42$	$p=0,01^*$
Tomar antidepressivos	1	0,7	1	1,4	--	$p=1,00^{(A)}$
Tomar medicação para ansiedade	10	7,0	7	9,7	$X^2=0,53$	$p=0,47$
Tomar betabloqueadores	14	9,8	7	9,7	$X^2=0,00$	$p=0,99$
Respirar profundamente	91	63,6	51	71,8	$X^2=1,43$	$p=0,23$
Métodos de distração	19	13,3	18	25,3	$X^2=4,83$	$p=0,03^*$
Discutir sobre a ansiedade com família/amigos	37	25,9	20	2,2	$X^2=0,13$	$p=0,72$
Discutir sobre a ansiedade com professor de música	25	17,5	16	22,5	$X^2=0,78$	$p=0,38$
Consultar um médico	5	3,5	2	2,8	--	$p=1,00^{(A)}$
Consultar um psicólogo	10	7,0	7	9,9	$X^2=0,53$	$p=0,47$
Consultar um psiquiatra	7	4,9	2	2,8	--	$p=0,72^{(A)}$
Familiarizar-se com a prática no local da apresentação	66	46,1	32	45,1	$X^2=0,02$	$p=0,88$
Hipnose	3	2,1	2	2,8	--	$p=1,00^{(A)}$
Aumentar treino	79	55,2	35	45,1	$X^2=0,67$	$p=0,41$
Fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar	48	33,6	16	22,5	$X^2=2,75$	$p=0,10$
Usar medicação não prescrita	3	2,1	3	4,2	--	$p=0,40^{(A)}$
Usar técnicas de autoconvencimento	39	27,3	19	26,7	$X^2=0,01$	$p=0,94$
Usar técnicas de relaxamento	58	40,6	35	49,3	$X^2=1,47$	$p=0,23$

(A): teste exato de Fisher; N: frequência; % : porcentagem; p: nível de significância; X^2 : Teste do Qui-quadrado; *: significância estatística

Em relação ao uso das diferentes estratégias de enfrentamento em função do sexo, podem-se perceber apenas pequenas diferenças significativas: os homens tendem a utilizar com mais frequência o consumo de álcool e as mulheres métodos de distração.

Quanto à eficácia das estratégias, as diferenças significativas também foram limitadas para o sexo. Observou-se apenas que as mulheres julgaram as estratégias de familiarizar-se com a prática no local da apresentação e de utilizar técnicas de autoconvencimento como mais funcionais que os homens. Estes dados podem ser visualizados na tabela 19.

Tabela 19: Funcionalidade das estratégias de enfrentamento utilizadas por músicos brasileiros em função do sexo (N=214)

Estratégias de Enfrentamento	Masculino (N=143)		Feminino (N=71)		Estatística	
	N	%	N	%		
Consumir álcool	13	61,9	0	0,0	--	p= 0,18 ^(A)
Tomar antidepressivos	1	100,0	0	0,0	--	p=1,00 ^(A)
Tomar medicação para ansiedade	7	70,0	4	57,1	--	p=0,64 ^(A)
Tomar betabloqueadores	13	86,7	5	71,4	--	p=0,56 ^(A)
Respirar profundamente	64	71,1	35	70,0	X ² =0,02	p=0,89
Métodos de distração	11	68,7	8	47,1	X ² =1,59	p=0,21
Discutir sobre a ansiedade com família/amigos	14	40,0	9	45,0	X ² =0,13	p=0,72
Discutir sobre a ansiedade com professor de música	13	52,0	10	62,5	X ² =0,44	p=0,51
Consultar um médico	1	33,3	1	50,0	--	p=1,00 ^(A)
Consultar um psicólogo	2	25,0	5	71,4	--	p=0,13 ^(A)
Consultar um psiquiatra	4	80,0	1	50,0	--	p=1,00 ^(A)
Familiarizar-se com a prática no local da apresentação	45	68,2	27	87,1	X ² =3,94	p=0,05*
Hipnose	1	33,3	1	33,3	--	--
Aumentar treino	63	82,9	31	88,6	X ² =0,59	p=0,44
Fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar	29	63,0	11	68,7	X ² =0,17	p=0,68
Usar medicação não prescrita	2	66,7	1	33,3	--	p=1,00 ^(A)
Usar técnicas de autoconvencimento	13	34,2	12	63,16	X ² =4,31	p=0,04*
Usar técnicas de relaxamento	40	69,0	25	73,53	X ² =0,2	p=0,64

(A): teste exato de Fisher; N: frequência; % : porcentagem; p: nível de significância; X²: Teste do Qui-quadrado; * - significância estatística

4.1.4 Análise de Correlação

Apresentar-se-á abaixo as análises de correlação binomial envolvendo os indicadores clínicos da amostra total de músicos brasileiros.

Tabela 20: Correlações entre os diferentes instrumentos/variáveis clínicas da amostra de músicos brasileiros (N=214)

Instrumentos	IDATE	SPIN	KMPAI	ESA	PHQ2	AUDIT
IDATE - ansiedade	1	r= 0,73 p<0,001*	r=0,62 p<0,001*	r=0,57 p<0,001*	r=0,58 p<0,001*	r=0,59 p=0,49
SPIN- ansiedade social	--	1	r=0,60 p<0,001*	r=0,64 p<0,001*	r=0,43 p<0,001*	r=0,05 p=0,46
KMPAI- ansiedade de performance musical	--	--	1	r=,053 p<0,001*	r=,040 p<0,001*	r=0,02 p=0,82
ESA - sensibilidade à ansiedade	--	--	--	1	r=0,44 p<0,001*	r=0,001 p=0,99
PHQ-2 – depressão	--	--	--	--	1	r=,003 p=0,73
AUDIT – abuso de álcool	--	--	--	--	--	1

AUDIT: Identificação de Problemas Relacionados ao uso de Álcool; ESA: Escala de Sensibilidade à Ansiedade; IDATE: Inventário de Ansiedade Traço-Estado versão traço; KMPAI: Kenny Music Performance Anxiety Inventory- revised; PHQ2: Questionário sobre a Saúde do Paciente – 2; SPIN: Inventário de Fobia Social; p: nível de significância; r: nível de correlação; *: significância estatística

Segundo a Tabela 20, todos os indicadores clínico-psiquiátricos correlacionam-se de forma significativa e positiva entre si, com magnitude de moderada a alta. Exceção se faz à variável abuso de álcool que não mostrou correlação significativa com nenhum das demais variáveis.

4.2 Amostra Brasileira e Australiana

4.2.1 Análises comparativas entre a amostra de músicos clássicos brasileiros e músicos clássicos australianos.

Para estas análises foram utilizadas a amostra de músicos clássicos brasileiros (N=114) e a amostra de músicos australianos (N=376)

A caracterização sócio-demográfica e clínica dos mesmos estão apresentadas nas tabelas 21 e 22.

Tabela 21: Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra de músicos clássicos brasileiros em australianos (N=490)

Variáveis	GCB (N=114)		GMA (N=376)		Estatística
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	75	65,8	183	48,7	$X^2=10,28$ $p<0,001^*$
Feminino	39	34,2	193	51,3	
Idade					
Média	35,2		42,1		$t=-5,67$ $p<0,001^*$
(DP)	(14,1)		(10,2)		
Mínimo/Máximo	18/80		18/68		
Instrumentos					
Cordas	61	53,5	238	63,3	-----
Voz	13	11,4	0	0	
Sopro	19	16,7	125	33,2	
Percussão	4	3,5	12	3,2	
Piano	15	13,2	0	0	
Múltiplos	2	1,7	0	0	
NI	0	0	1	0,3	

N: frequência; NI : não informado; % : porcentagem; p: nível de significância; X: média; X^2 : Teste do Qui-quadrado; t: Teste t de student; *: significância estatística

Em relação à caracterização sócio-demográfica da amostra, nota-se diferença significativa no que se refere ao sexo, com predomínio de homens na amostra de músicos clássicos brasileiros e de mulheres na amostra de músicos australianos. Nota-se também diferença significativa em relação à idade, a amostra brasileira apresentou média de idade de 35 anos enquanto a amostra australiana média de idade de 42 anos.

Quanto aos instrumentos utilizados, os músicos brasileiros utilizam em sua maioria um único instrumento, sendo mais comumente os de corda, sopro e piano. Os músicos

australianos em sua totalidade utilizam um único instrumento e há um predomínio de instrumentos de corda.

A seguir, a Tabela 22 traz dados relativos a indicadores psiquiátricos das amostras brasileira e australiana.

Tabela 22: Indicadores psiquiátricos da amostra de músicos clássicos brasileiros e australianos (N=490)

Variáveis	GCB (N=114)	GMA (N=376)	Estatística
Ansiedade - IDATE			
X	41,3	38,5	t=2,20
(DP)	(12,3)	(10,5)	p=0,03*
Ansiedade Social – SPIN			
X	16,8	15,0	t=1,48
(DP)	(12,9)	(10,7)	p=0,14
Sim	39,5	34,4	X ² = 1,33 p=0,25
Ansiedade de Performance Musical - KMPAI			
X	104,7	84,11	t= 4,80
(DP)	(38,0)	(40,7)	p<0,001*
Sim	43,9	28,5	X ² =9,48 p=0,002*
Escala de Sensibilidade à Ansiedade - ESA			
X	17,4	32,9	t= -7,74
(DP)	(10,8)	(9,71)	p<0,001*
Depressão – PHQ-2			
Item 1 - Perda de prazer/interesse			
Sim	52,3	30,5	X ² = 17,24 p<0,001*
Item 2 - Humor deprimido			
Sim	40,5	19,4	X ² = 21,81 p<0,001*

DP: Desvio Padrão; ESA: Escala de Sensibilidade à Ansiedade; IDATE: Inventário de Ansiedade Traço-Estado versão traço; KMPAI: Escala de Kenny para Ansiedade de Performance Musical – revisada; N: frequência; PHQ2: Questionário sobre a Saúde do Paciente – 2; %: porcentagem; SPIN: Inventário de Fobia Social; ^(A): porcentagem de sujeitos com pontuação na escala acima da nota de corte proposta pelo estudo psicométrico referido na metodologia / p: nível de significância; X: média; X²: Teste do Qui-quadrado; t: Teste t de student; *: significância estatística

Em se tratando dos indicadores psiquiátricos apresentados na Tabela 22, é possível notar que não houve diferença significativa entre as amostras de músicos brasileiros e australianos nos indicadores de TAS. Já em relação aos indicadores de ansiedade traço, APM e depressão nota-se diferença significativa entre as amostras com maiores níveis de APM e depressão nos músicos brasileiros em relação aos australianos. Nota-se também diferença significativa na escala de sensibilidade à ansiedade maior níveis destes indicadores nos músicos australianos.

A seguir apresentar-se-á a Tabela 23 que contém dados referentes à frequência, percentagem e causas percebidas classificadas como a primeira por músicos clássicos brasileiros e músicos australianos.

Tabela 23: Número, percentagem e classificadas como primeira causa percebida nas amostras de músicos clássicos brasileiros e australianos (N=490)

Causas Percebidas	GCB			GMA			Estatística	
	N	%	1ª (%)	N	%	1ª (%)		
Problema de saúde ao tocar	38	33,3	10,0	159	45,04	16,8	$X^2=4,04$	$p=0,04^*$
Repertório difícil	78	68,4	11,8	136	61,1	9,8	$X^2=3,02$	$p=0,08$
Experiência ruim em performances	66	57,9	12,3	277	78,2	9,1	$X^2=16,34$	$p<0,001^*$
Preocupação com reação/avaliação da platéia/avaliação	65	57,0	13,5	243	67,7	9,6	$X^2=2,41$	$p=0,12$
Preocupação com a confiabilidade da memória	64	56,1	16,7	202	57,7	8,9	$X^2=0,01$	$p=0,92$
Presença de sintomas físicos	68	59,6	15,3	276	78,2	24,0	$X^2=12,62$	$p<0,001^*$
Falta de autoconfiança	39	34,2	3,2	208	59,9	8,5	$X^2=20,17$	$p<0,001^*$
Nível elevado de autoconsciência	55	48,2	2,2	191	55,5	4,4	$X^2=0,56$	$p=0,46$
Nível baixo de autoestima	39	34,2	6,3	122	36,0	8,7	$X^2=0,10$	$p=0,92$
Preparação inadequada	61	53,5	5,2	219	62,9	18,8	$X^2=1,44$	$p=0,23$
Falta de apoio de pessoas próximas	17	14,9	6,7	92	27,0	9,7	$X^2=5,44$	$p=0,02^*$
Falta de confiança como músico/cantor	55	48,2	2,2	175	51,5	11,8	$X^2=0,12$	$p=0,73$
Pensamentos negativos/preocupação com a performance	64	56,1	7,5	270	76,3	13,6	$X^2=15,33$	$p<0,001^*$
Avaliação negativa da performance	50	43,8	5,3	113	33,6	3,3	$X^2=5,00$	$p=0,02^*$
Dificuldade em lidar com pensamentos negativos relacionados à performance	43	37,7	5,7	161	47,4	7,6	$X^2=2,51$	$p=0,11$
Dificuldades em lidar com sintomas físicos relacionados à performance	48	42,1	2,3	164	48,0	13,7	$X^2=0,75$	$p=0,39$
Pressão dos pais	6	5,3	16,7	41	12,2	6,3	$X^2=3,88$	$p=0,05^*$
Pressão dos professores	22	19,3	4,5	149	43,1	8,5	$X^2=18,50$	$p<0,001^*$
Pressão de si próprio	98	86,0	25,0	319	88,6	28,9	$X^2=0,57$	$p=0,45$
Pressão por competir	45	39,5	2,6	212	60,7	8,2	$X^2=12,77$	$p<0,001^*$
Incerteza por falhas técnicas	79	69,3	7,6	255	72,2	8,1	$X^2=0,05$	$p=0,83$
Ansiedade traço	63	55,3	21,2	131	37,3	15,3	$X^2=13,08$	$p<0,001^*$

N: frequência; % percentual válido

Nota-se que as causas mais frequentemente percebidas pela amostra brasileira foram pressão por si próprio, incerteza por falhas técnicas e repertório difícil em performances. A causa mais frequentemente classificada em primeiro lugar foi a preocupação com a pressão por si próprio.

Já em relação à amostra australiana, as causas mais frequentemente percebidas foram pressão por si próprio, experiência ruim em performance e presença de sintomas físicos. A causa mais frequentemente classificada como primeira causa percebida foi pressão por si próprio.

Nota-se que em onze causas percebidas houve diferença significativa entre as amostras brasileira e australiana. Os músicos australianos identificam mais frequentemente como causas percebidas problemas de saúde ao tocar, experiência ruim em performance, presença de sintomas físicos, falta de autoconfiança, falta de apoio de pessoas próximas, dificuldade em lidar com pensamentos negativos relacionados à performance, pressão dos pais, pressão dos professores e pressão por competir. Já os músicos clássicos brasileiros identificam mais frequentemente como causa percebida a avaliação negativa da performance.

A seguir, a Tabela 24 se refere às estratégias de enfrentamento utilizadas pelas amostras de músicos brasileiros e australianos bem como a avaliação da funcionalidade de tais estratégias.

Tabela 24: Estratégias de Enfrentamento utilizadas e avaliação da funcionalidade em função das amostras de músicos clássicos brasileiros e australianos (N=490)

Estratégias de Enfrentamento	Utilizadas						Funcionalidade					
	GCB (N=114)		GMA (N=376)		Estatística		GCB (N=114)		GMA (N=376)		Estatística	
	N	%	N	%			N	%	N	%		
Consumir álcool	9	7,9	35	9,3	X ² =0,21	p=0,64	3	33,3	14	41,2	(A)	p=0,67
Tomar antidepressivos	2	1,7	13	3,5	X ² =0,86	p=0,36	1	50,0	8	72,7	(A)	p=0,52
Tomar medicação para ansiedade	10	8,8	16	4,3	X ² =3,55	p=0,06	7	70,0	12	75,0	(A)	p=0,78
Tomar betabloqueadores	19	16,7	116	30,9	X ² =8,82	p=0,003*	16	84,2	105	93,8	(A)	p=0,15
Respirar profundamente	80	70,2	192	51,0	X ² =12,94	p<0,001*	50	63,3	138	78,4	X ² =6,43	p=0,01*
Métodos de distração	19	16,7	41	10,9	X ² =2,70	p=0,01*	7	41,2	27	67,5	X ² =3,44	p=0,06
Discutir sobre a ansiedade com família/amigos	33	28,9	114	30,3	X ² =0,79	p=0,78	13	40,6	43	40,2	X ² =0,002	p=0,97
Discutir sobre a ansiedade com professor de música	29	25,4	25	6,7	X ² =31,50	p<0,001*	14	50,0	13	56,5	X ² =0,22	p=0,64
Consultar um médico	4	3,5	14	3,7	X ² =0,01	p=0,92	1	33,3	5	33,3	(A)	p=1,00
Consultar um psicólogo	10	8,8	21	5,6	X ² =1,50	p=0,22	3	33,3	13	61,9	(A)	p=0,15
Consultar um psiquiatra	4	3,5	13	3,5	X ² =0,001	p=0,98	2	66,7	6	54,6	(A)	p=0,71
Familiarizar-se com a prática no local da apresentação	71	62,3	155	41,2	X ² =15,61	p<0,001*	49	70,0	107	67,3	X ² =0,16	p=0,69
Hipnose	2	1,7	14	3,7	X ² =1,08	p=0,30	13	92,9	13	92,9	---	---
Aumentar treino	69,00	60,5	229	60,9	X ² =0,005	p=0,94	58	86,6	204	90,7	X ² =0,94	p=0,33
Fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar	32	28,1	169	45,0	X ² =10,30	p=0,001*	18	58,1	154	90,6	X ² =22,46	p<0,001*
Usar medicação não prescrita	4	3,5	0	0	X ² =13,30	p=0,001*	1	25,0	7	100,0	(A)	p=0,007*
Usar técnicas de autoconvencimento	37	32,4	176	46,8	X ² =7,33	p=0,007*	13	36,1	114	65,1	X ² =10,50	p=0,001*
Usar técnicas de relaxamento	58	50,9	140	37,2	X ² =6,76	p=0,009*	38	67,9	110	75,9	X ² =1,33	p=0,25

N: frequência; %: percentual válido calculado apenas entre os sujeitos que utilizam tal estratégia e que avaliaram sua funcionalidade; *: significância estatística

De acordo com a Tabela 24, as estratégias de enfrentamento mais frequentemente utilizadas pelos músicos brasileiros foram respirar profundamente, familiarizar-se com o local da performance a aumentar o treino. Já as menos utilizadas foram tomar antidepressivo e hipnose.

Para os músicos australianos, as estratégias mais empregadas foram aumentar o treino, respirar profundamente e usar técnicas de autoconvencimento. Já as menos utilizadas foram usar medicação não prescrita, consultar psiquiatra e tomar antidepressivo.

Entre as 18 estratégias de enfrentamento, nota-se diferença significativa em nove. As estratégias respirar profundamente, métodos de distração, discutir sobre ansiedade com professor de música, familiarizar-se com a prática no local da performance, usar medicação não prescrita e usar técnicas de relaxamento foram utilizadas mais por músicos brasileiros. Já as estratégias tomar betabloqueadores, fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar e usar técnicas de autoconvencimento foram utilizadas mais por músicos australianos.

Em relação às estratégias classificadas com maiores níveis de funcionalidade para o grupo de músicos brasileiros foi hipnose, aumentar o treino e tomar betabloqueador. Já as menos funcionais foram consumir álcool, consultar médico e consultar psicólogo.

Para o grupo australiano, as estratégias com maiores níveis de funcionalidade foram usar medicação não prescrita, tomar betabloqueadores e hipnose. Já as menos funcionais foram consultar médico, discutir sobre a ansiedade com família/amigos e consumir álcool.

É possível notar diferença significativa nas estratégias de enfrentamento respirar profundamente, fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar, usar medicação não prescrita e usar técnicas de autoconvencimento classificadas como mais funcionais para a amostra de músicos australianos.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou descrever o perfil clínico bem como aspectos relativos à prevalência, causas percebidas e estratégias de enfrentamento da APM em uma amostra de músicos brasileiros clássicos e populares e comparar com uma amostra de músicos clássicos australianos.

Utilizou-se de amostras distintas, as quais guardaram algumas peculiaridades entre si. A amostra de músicos brasileiros, dividida em músicos clássicos e músicos populares, apresentou homogeneidade no que se refere ao sexo, idade, estado civil e uso de medicação. A diferença significativa entre o GCB e o GPB está relacionada à escolaridade e aos instrumentos tocados. A escolaridade no GCB é maior, possivelmente em função de um dos critérios para inclusão neste grupo ser formação superior na área da música. No que se refere ao instrumento tocado, o GPB apresenta maior variabilidade de instrumentos com destaque para cordas e voz, enquanto que para o GCB os instrumentos mais tocados são corda, sopro e piano. Esta diferença também pode estar relacionada às peculiaridades de cada grupo, já que em orquestras predominam os instrumentistas. Se por um lado tais diferenças podem ter um peso negativo na comparação estatística dos grupos, por outro lado, tem um aspecto favorável que é a generalização dos resultados devido à ampla diversidade de músicos, de ambos os sexos e provenientes de diferentes contextos musicais.

Nas análises interculturais (músicos brasileiro *versus* músicos australianos) utilizou-se apenas o grupo de músicos clássicos brasileiros de forma a homogeneizar as amostras. Ainda assim, observaram-se diferenças significativas em relação ao sexo já que na amostra brasileira há mais homens do que mulheres em relação à amostra australiana. Também há diferença em relação à idade, com média maior para os músicos australianos. Esta diferença pode ser explicada por um viés de seleção da amostra brasileira que recrutou também músicos de orquestra que ainda estão na universidade e, portanto, são mais novos.

Em relação aos instrumentos tocados, chama atenção que os músicos australianos, em sua totalidade, utilizam apenas um instrumento e há um grande predomínio dos instrumentos de corda e sopro que juntos correspondem a 96,5% dos instrumentos utilizados. Já para a amostra brasileira existe uma maior variabilidade de instrumentos com destaque para cordas, sopro, piano e voz.

Em relação aos indicadores de TAS, o percentual encontrado na amostra brasileira foi superior ao do estudo prévio realizado por nosso grupo (BARBAR; CRIPPA E OSÓRIO, 2014 – 15%), ainda que as amostras compartilhem características sócio demográficas bastante

semelhantes. Uma diferença, contudo, diz respeito ao tipo de músico, que no estudo de Barbar, Crippa e Osório (2014) era, em sua maioria, amadores. Este fato poderia sugerir que a maior taxa de TAS no estudo estaria associada ao predomínio de músicos clássicos no presente estudo, o que não se sustenta quando se observa que tal prevalência não difere quando se avaliam os grupos de músicos clássicos e populares separadamente (39,5% e 32% respectivamente). Destaca-se também que tal índice é bastante superior à taxa de prevalência do diagnóstico do TAS na população geral (ANDRADE et al., 2012 – 3,5%), mesmo considerando-se as taxas de falso negativo do instrumento utilizado para rastreio.

Esses indicadores reforçam a alta presença de TAS neste grupo específico, independente de serem músicos clássicos, ou seja, considerados de alta performance e com mais exigência de resultados e perfeição, ou populares/amadores. Também se observou neste estudo a ausência de diferença em relação ao sexo, diferente do que já foi apontado pela literatura (APA, 2013), em que as mulheres são mais vulneráveis a esta condição.

No que se refere aos indicadores de sensibilidade à ansiedade, os músicos clássicos apresentaram índices superiores neste indicador em relação aos músicos populares somente na subescala social, a qual diz respeito a aspectos de exposição social. O medo das sensações desconfortáveis de ansiedade que caracterizam a sensibilidade à ansiedade, a crença de que estas sensações podem ter consequências sociais prejudiciais, aliados ao alto grau de exigência, tanto por parte do músico clássico como da própria plateia, podem estar relacionados a este dado (REISS; MCNALLY, 1985).

Considerando que a condição/profissão do músico envolve necessariamente exposição social intensa, intrínseca à prática musical, tem-se, ainda assim, índices alarmantes, sinalizando que estes indivíduos apresentam sofrimento e/ou prejuízo diante das situações cotidianas do universo musical.

Como no TAS, a prevalência de APM na amostra total de músicos brasileiros foi de 38,8%, superior à encontrada no estudo de Barbar, Crippa e Osório (2014) também com músicos brasileiros (24%). Esse índice supera os apontados por Steptoe (2001) em sua revisão da literatura (prevalência entre 15 e 25% em músicos profissionais) e se aproxima mais dos indicadores mais expressivos evidenciados por Van Kemenade, Van Son e Van Heesch (1995), que apontaram taxas de 59% em músicos holandeses e de Yoshie et al. (2009) que encontraram prevalência de 64% em músicos japoneses.

Como evidenciado no TAS, nota-se a ausência de diferença entre os grupos, quando comparados em função da condição musical e do sexo, o que foi diferente do esperado pois, segundo Andrade e Fonseca (2000), fatores como alta exigência, muitas horas de dedicação,

cobrança em relação à performance são comuns na vida de músicos de orquestras, considerados de alta performance. Assim, a hipótese era de que tais aspectos pudessem refletir nos indicadores de ansiedade e de APM destes músicos, quando comparados aos músicos populares. Porém, outros autores consideram que a vivência da APM, mesmo em altos índices, independe do tipo de músico, do instrumento tocado e do formato de apresentação (solo ou grupal) (PAPAGEORGI; HALLAM; WELCH, 2007; TABORSKY, 2007; RYAN; ANDREWS, 2009; KENNY; DRISCOLL; ACKERMANN, 2014).

Como era de se esperar, os músicos com indicadores de APM são também aqueles com maiores índices de TAS, reforçando a associação importante entre estas duas condições (65%), conforme já apontado pela literatura, porém com índices inferiores 27 a 43%) (OSBORNE; FRANKLIN, 2008; BARBAR, CRIPPA E OSÓRIO, 2014). Esses dados apontam que, para a maioria dos músicos com APM, as situações sociais de exposição que trazem preocupação, medo e vergonha não se restringem a situações de performance musical, pelo contrário, são mais amplas e sinalizam para a necessidade de se dedicar maior atenção e cuidado a este grupo.

Os músicos com APM também apresentaram maiores índices de sensibilidade à ansiedade. Este dado reforça a ideia de que a sensibilidade à ansiedade trata-se de uma variável da personalidade que configura um risco cognitivo para transtornos de ansiedade (REISS; MCNALLY, 1985). Segundo Taylor e Cox (1998), a sensibilidade à ansiedade desempenha um papel importante tanto na etiologia como na manutenção de transtornos de ansiedade.

Considerando-se a influência cultural nos indicadores de ansiedade social, observou-se que os músicos brasileiros apresentaram indicadores superiores aos australianos, o que está de acordo com os estudos populacionais, já que a taxa de prevalência do TAS na população australiana é também inferior a do Brasil (2,3% *versus* 3,9%) (LAMPE et al., 2003; ANDRADE et al, 2012). Notou-se também índices superiores de APM na amostra brasileira em relação à australiana. Além das diferenças culturais, Kenny; Driscoll e Ackermann (2014) e Ackerman et al. (2014) destacam certa tendência de músicos mais jovens serem mais afetados pela APM do que músicos mais velhos. Assim, considerando que os músicos brasileiros têm média de idade inferior a dos músicos australianos, esta é outra hipótese que pode justificar os achados. Para estes autores, é possível que, à medida que os músicos ganhem mais experiência com o passar da idade, os sintomas da APM sejam amenizados, provavelmente porque os músicos aprendam a manejar tais sintomas. De qualquer forma, em ambas as amostras, são alarmantes as taxas de tal condição.

De forma curiosa, os músicos australianos apresentaram maiores índices de sensibilidade à ansiedade e menores índices de APM em relação aos músicos brasileiros. Este dado merece cautela em sua interpretação uma vez que apenas 38 músicos australianos responderam o instrumento que avalia esta variável. Contudo, este dado chama a atenção, ainda assim, já que a sensibilidade à ansiedade, conforme já descrito acima, é fator de risco para transtornos de ansiedade (REISS; MCNALLY, 1985). Este achado abre caminho para reflexões acerca de possíveis recursos internos de músicos australianos que funcionem como fator de proteção para desenvolvimento de APM, mesmo na presença de grande sensibilidade à ansiedade.

No que diz respeito aos indicadores de ansiedade, um dos aspectos avaliados foi a ansiedade na sua característica de traço. Entende-se por esta condição uma disposição relativamente estável em interpretar situações como ameaçadoras, com intensificação das sensações atreladas à ansiedade-estado, definida como um estado emocional restrito a um momento determinado em que sensações como tensão, apreensão, nervosismo e preocupação estão presentes (SILVA; SPIERBELGER, 2007). Observou-se que a condição/formação do músico parece não estar associada a esta variável, mas sim à presença de APM, já que somente os músicos com esta condição apresentaram maiores indicadores de ansiedade traço. Da mesma forma, os músicos clássicos brasileiros apresentaram maiores níveis de ansiedade traço que os australianos corroborando esta associação, já que os músicos clássicos brasileiros têm maiores índices de APM.

A forte associação entre altos níveis de ansiedade traço e APM já foi discutida em estudos prévios (KENNY; DAVIS; OATES, 2004; YOSHIE; KUDO; OHTSUKI, 2008) nos quais se evidenciou que músicos com APM tem maior propensão a interpretar inúmeras situações como ansiogênicas, o que pode estar relacionado à etiologia dos transtornos de ansiedade, inclusive a APM (HUMARA, 1999). Segundo Spielberger (1981), o indivíduo com alto nível de ansiedade traço ficaria mais vulnerável a situações que envolvem avaliação por outras pessoas, justamente o que ocorre em situações de performance musical. Dados do estudo de Mei Yuk (2011) sugerem uma forte associação entre baixos níveis de autoestima, altos níveis de ansiedade traço e APM. Isto não é comum apenas em relação à performance musical, mas também se estende a outras categorias profissionais, como no âmbito esportivo, por exemplo, em que nota-se a associação entre baixos níveis de autoestima e altos níveis de ansiedade de performance nos atletas (KOYVULA; HASSMEN; FALLBY, 2002).

Quanto aos indicadores de depressão, diferente dos achados prévios, a amostra avaliada no estudo atual apresentou índices menores desta condição, mesmo utilizando um

instrumento de rastreio menos específico em relação ao estudo de Barbar; Crippa e Osório (2014). Tais índices mostram-se próximos às taxas de depressão da população geral brasileira (9,4%) (ANDRADE et al, 2012) e, assim como neste estudo populacional, os índices são superiores nas mulheres. Porém, para os músicos com indicativos de APM, os sintomas de depressão são mais evidentes, assim como no estudo de Barbar; Crippa e Osório (2014), sinalizando novamente para outra comorbidade comum para a condição. Cabe também destacar a existência de uma forte correlação entre depressão e dores musculoesqueléticas relacionadas à performance e APM (KENNY; ACKERMANN, 2013), embora esta última não tenha sido foco da presente pesquisa. Destaca-se que essa taxa de comorbidade entre APM e depressão é também superior nos músicos brasileiros em relação aos australianos.

Quanto ao uso abusivo de álcool, as taxas encontradas no presente estudo de 13%, são superiores às taxas relativas à população brasileira (2,7%) (ANDRADE et al, 2012), apontando que os músicos fazem frequentemente mais uso nocivo do álcool. Sabe-se que o uso de álcool e outras substâncias é razoavelmente comum entre os músicos, possivelmente devido ao estilo de vida destes profissionais e também como forma de lidar com a sensação de ansiedade (WEST, 2004; RYAN; ANDREWS, 2009).

Em estudo na Austrália (KENNY; DRISCOLL; ACKMERNN, 2014) foi encontrada uma associação entre maior frequência de uso de álcool e níveis maiores de APM, o que permite reflexão sobre o papel do álcool como possível meio de enfrentamento das vivências de ansiedade. Nesta direção, Buckner; Eggleston e Schmidt (2006) discutem sobre o papel do álcool no enfrentamento do TAS e apontam associação entre alto risco de consumo de álcool em situações que envolvam emoções desagradáveis, tão comuns em performances musicais. Pode-se citar ainda, conforme Ham et al. (2002, 2005) a presença de expectativas acerca de maior assertividade social e diminuição na tensão com o aumento de consumo de álcool em indivíduos com ansiedade social. Nos músicos brasileiros não se observou diferença no uso de álcool em relação à presença/ausência de APM.

Segundo relatório da OMS (2014) sobre uso de álcool, o Brasil está entre os países com maior consumo de álcool na América Latina. O uso desta substância é comum e até mesmo estimulado nestes países. Até o momento não fora encontrado estudo prévio sobre a incidência do uso de álcool em músicos brasileiros, o que se faz oportuno para o entendimento do papel do álcool na vida dos músicos.

Em relação às causas percebidas de ansiedade, de maneira geral, as mais frequentemente apontadas pelos músicos foram a pressão de si próprio, tocar um repertório difícil, incertezas ocasionadas por falhas técnicas e preocupação com a reação/avaliação da

plateia. Elas foram as mais frequentes, independente da condição musical, do sexo e presença ou ausência de APM. Tais causas englobam tanto aquelas associadas à pessoa, quanto à tarefa e à situação, referendando o modelo teórico Valentine (2002).

Dentre as causas mais frequentemente apontadas por músicos clássicos (pressão de si próprio, incerteza ocasionadas por falhas técnicas, repertório difícil, experiência ruim em performance e preocupação com a reação/avaliação da plateia) e músicos com APM (pressão de si próprio; preocupação com a reação/avaliação da plateia; tocar um repertório difícil; dificuldade em lidar com pensamentos negativos; ansiedade traço e incertezas ocasionadas por falhas técnicas), nota-se um predomínio de causas relacionadas ao indivíduo o que pode estar relacionado a questões associadas a problemas de autoestima e ao perfeccionismo, que são possivelmente mais comuns nestes tipos de músicos de alta performance.

A pressão de si próprio e a incerteza ocasionada por falhas técnicas dizem respeito às variáveis associadas à pessoa e estão ligadas a processos cognitivos. Assim, a maneira de pensar e interpretar aspectos da performance passa por crenças negativas a respeito de si próprio e da performance, que foram construídas ao longo da vida e das experiências dos músicos e podem influenciar a percepção da performance como ameaçadora (KEMP, 1996; LEHMANN; SLOBODA; WOODY, 2007) o que contribuiria para a vivência da APM. Outro aspecto interessante possivelmente associado ao uso de mecanismos cognitivos de enfrentamento é apontado por Maciente (2016). Esta autora faz uma discussão interessante sobre aspectos do funcionamento cerebral envolvido em situações de ameaça que também está presente na APM. Segundo a autora, a amígdala, que é uma estrutura cerebral que tem dentre suas funções o processamento das emoções, identifica sinais de ameaça e rapidamente prepara o organismo para reações de luta ou fuga. Neste processo há a ativação do eixo HPA (o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal) e há a liberação de grande fluxo de hormônios relacionados ao estresse, em especial cortisol e a adrenalina o que acarreta alterações fisiológicas importantes (aumento da frequência cardíaca e da pressão sanguínea) e produção de grande quantidade de energia disponível para consumo nos comportamentos de luta ou fuga. Embora o organismo do músico tenha se preparado para consumir a grande quantidade de energia produzida, as características da situação de performance obrigam o músico a permanecer parado e além disso, há ainda a exigência em relação ao autocontrole motor para desempenhar bem a performance. Por não poder se engajar em comportamentos de luta e fuga que utilizariam esta energia, as sensações fisiológicas continuam sendo experienciadas, o que exige engajamento por parte do músico tanto em estratégias de enfrentamento relacionadas a aspectos cognitivos como fisiológicos.

Outro fator que parece estar envolvido nas causas relacionadas ao indivíduo, são as preocupações perfeccionistas, que ao contrário dos esforços perfeccionistas, em que o indivíduo busca um alto padrão de desempenho, o indivíduo se engaja em preocupações excessivas, reações negativas e dúvidas em relação às próprias ações, com uma visão rígida do que é sucesso e fracasso (KENNY, 2011) o que favorece níveis elevados de ansiedade. Kenny; Davis e Oates (2004) em estudo com músicos profissionais de orquestra e Sinden (1999) em seu estudo com estudantes de música, encontraram correlação positiva entre preocupações perfeccionistas e APM.

A preocupação com a reação/avaliação da plateia é um fator importante na APM e diz respeito a uma variável relacionada tanto à situação como ao indivíduo. A ideia de julgamento social por parte da plateia é, na maioria das vezes, interpretada como intimidadora por parte dos músicos com APM que nutrem expectativas sobre um julgamento negativo ou desfavorável (LEHMANN; SLOBODA; WOODY, 2007) o que é um aspecto central no TAS.

No que tange às causas de ansiedade associadas à tarefa, destaca-se o repertório. Segundo Sinico e Winter (2013), a escolha do repertório deve levar em conta as habilidades do músico, caso contrário haverá maior probabilidade deste experienciar APM. Segundo esses autores, um grupo de flautistas brasileiros apontaram aspectos relativos ao repertório como a principal causa de APM. Os músicos clássicos brasileiros elegeram o repertório difícil como a segunda principal causa de ansiedade enquanto os músicos australianos a elegeram em sétimo lugar. Parece que o repertório difícil, ainda que esteja alinhado com as habilidades do músico, tem um peso mais expressivo para os músicos brasileiros. É possível que os músicos brasileiros ao considerarem o repertório como difícil estejam sob controle de crenças e pensamentos disfuncionais em relação às próprias habilidades para tocar determinado repertório. Destaca-se que o grupo de músicos clássicos brasileiros apontou uma maior variedade e frequência de causas associadas à ansiedade em relação aos músicos populares assim como os músicos com APM em relação aos sem APM. Essa tendência em identificar um maior número de causas de ansiedade pode estar associada aos maiores níveis de sensibilidade à ansiedade nestes dois grupos quando comparados aos demais. Outra hipótese possível é a de que o grupo de músicos clássicos identifique maior número de causas em função da pressão e das altas exigências tão típicas da carreira, como já apontado na literatura (PERSSON, 1996; KENNY; ACKERMANN, 2013).

Os músicos com APM, por sua vez, apresentam um perfil clínico de maior comprometimento no que diz respeito aos indicadores psiquiátricos (maiores índices de ansiedade traço, ansiedade social e sensibilidade à ansiedade) o que pode favorecer o músico a identificar e mostrar-se sensível a um maior número de causas disparadoras de ansiedade.

Um dado que chama atenção diz respeito à pressão dos pais, que foi pouco frequentemente identificado, mas associado a alto grau de importância para os músicos clássicos brasileiros. Tendo em vista que os músicos clássicos da amostra estudada, em sua maioria, são estudantes universitários, pode-se supor que exista uma relação mais estreita de dependência por parte dos músicos e de cobrança por parte dos pais que poderia explicar este dado. Kenny e Osborne (2006) apontam que estilos parentais é um importante fator na APM. Segundo as autoras, famílias em que as expectativas com relação a excelência são elevadas e o suporte para atingir tal excelência é baixo, favorecem respostas fisiológicas, comportamentais e cognitivas típicas de quadros de APM. Corroborando essa ideia, Maciente (2016) em seu estudo realizado com músicos orquestrais paulistas, aponta que a ansiedade relativa à transmissão geracional, isto é, aspectos da criação e de características da personalidade dos pais tem um papel importante na APM.

Comparativamente aos homens, as mulheres destacam causas de APM mais associadas à autoestima e confiança. Mais da metade das causas frequentemente apontadas pelas mulheres denotam um padrão de baixa confiança que pode estar ligado à autoestima. Problemas com a autoestima costumam ser uma questão mais frequentemente relacionada a mulheres do que aos homens (ROBSON, 1988).

Considerando-se as diferenças culturais que possam estar envolvidas na identificação de causas de ansiedade, os músicos australianos percebem um maior número de situações como causadoras de ansiedade do que os músicos brasileiros o que pode estar relacionado aos maiores níveis de sensibilidade à ansiedade encontrados neste grupo.

Nota-se que, independente da condição/formação musical, presença/ausência de APM, sexo e país de origem, as causas mais frequentemente identificadas pela maior parte dos músicos tem *locus* interno (cognitivo), ou seja, podem ser controladas/manejadas pelo próprio músico, desde que ele tenha acesso a recursos que possam ajudá-lo nesta questão, seja por meio de recursos internos próprios, profissionais da área da saúde ou de programas de manejo de ansiedade na própria formação.

Neste contexto, observou-se que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pela amostra de músicos brasileiros foram semelhantes, independente da condição profissional, presença/ausência de APM e sexo. As principais foram: respirar profundamente, aumentar o treino, familiarizar-se com local da performance e usar técnicas de relaxamento. Estes achados vão na direção do que já foi apontado pela literatura como as principais estratégias utilizadas por este público em que figuram as estratégias voltadas a prática de respiração, relaxamento e aumento da prática (STUDER et al., 2011; ZAKARIA; MUSIB; SHARIFF,

2013) as quais dizem respeito a estratégias internas, ou seja, que exigem manejo de habilidades pessoais dos próprios músicos para administrarem a APM.

Ainda que as estratégias mais utilizadas tenham sido avaliadas com algum nível de funcionalidade, chama atenção que as mais efetivas não foram aquelas mais utilizadas e que, algumas das estratégias menos utilizadas foram avaliadas com alto grau de efetividade. Esta incongruência suscita importantes reflexões, especialmente acerca de prováveis insucessos no manejo da APM e grande sofrimento experienciado pelo músico.

Cabe destacar que neste cenário, o estudo qualitativo de Mejía (2016) com estudantes brasileiros da Paraíba, o qual retrata bem a realidade encontrada no cenário musical: músicos afetados pela APM e variedade de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos músicos de forma intuitiva e sem orientações por parte de professores e profissionais da saúde. O referido autor destaca que neste estudo, as estratégias mais utilizadas envolviam a espiritualidade e a busca de textos de autoajuda para amenizar os sintomas da APM.

Tendo em consideração a categorização proposta por Lazarus e Folkman (1984) sobre os tipos de estratégias de enfrentamento, ou seja, aquelas focadas no problema (engajamento em comportamentos que visam superar o problema envolvido na ansiedade) ou focadas na emoção (regulação da emoção evocada por determinado estímulo), no presente estudo, observa-se que, nas estratégias mais frequentemente apontadas pelos músicos, há um predomínio de estratégias relacionadas à regulação emocional (respiração, relaxamento, familiarizar-se com local da performance) em comparação àquelas focadas na resolução de problemas (aumentar o treino). Assim, é possível notar que grande parte das estratégias citadas envolvem recursos internos dos músicos, isto é, o próprio músico se engaja em ações cognitivas e comportamentais para lidar com a ansiedade de forma individual, ou seja, sem recorrer a algum tipo de suporte social ou profissional. Fora isso, o uso destas estratégias de regulação emocional não são mais efetivas sob o ponto de vista dos músicos.

Por outro lado as predominantemente voltadas para resolução do problema, que inclusive envolvem buscas por profissionais/serviços da área da saúde, ou seja, uso de recursos externos são as menos utilizadas, mas percebidas como mais efetivas. Chama atenção a baixa frequência por atendimento médico e psicológico, o que pode referendar a literatura prévia (KENNY, 2011; BARBAR; CRIPPA; OSÓRIO, 2014) sobre o fato dos músicos interpretarem a APM como uma condição normal e típica da carreira musical, que impede a busca por ajuda especializada, aliada à dificuldade por parte dos profissionais da área de saúde de rastrear e detectar o transtorno. Isto evidencia a importância de campanhas voltadas à conscientização e esclarecimentos sobre esta condição bem como a

disponibilização de serviços especializados para este público alvo. Ainda que a frequência seja baixa, a presença da APM está associada a maior busca pelo profissional psicólogo quando músicos com e sem esta condição são comparados. É lamentável que a procura por este profissional seja tão baixa visto dentre as intervenções que este profissional pode oferecer, há a terapia cognitivo comportamental que é uma modalidade de intervenção com maior nível de evidência de efetividade para o tratamento da APM segundo revisão da literatura de Burin e Osório (2016).

Por outro lado, o uso de betabloqueador foi mais frequente no grupo de músicos clássicos, no grupo de músicos com APM e nos músicos australianos quando comparados aos brasileiros (16,7; 18,1 e 30,9% respectivamente) e foi avaliado com alta efetividade. Cabe ressaltar que os músicos que classificaram o uso do betabloqueador como efetivo, provavelmente sejam mais impactados por sintomas fisiológicos decorrentes das reações de luta e/ou fuga já que, conforme aponta Kenny (2011), os betabloqueadores não tem efeito sobre sintomas cognitivos, emocionais ou psicológicos. Isso reforça o que já foi apontado na literatura (FISHBEIN et al., 1988; KENNY, 2005; BRUGUÉS, 2011) em relação a frequente busca por este medicamento por parte dos músicos, sobretudo de alta performance (MACIENTE, 2016) principalmente com o objetivo de melhoria nos sintomas como palpitação, hiperventilação, tremor e náusea (MCGRATH, 2012). Em pesquisa realizada no Brasil com bacharelados de música, a taxa de uso de betabloqueadores foi de 17,3%, o que é levemente maior que o índice encontrado nos músicos clássicos (16,7%), principalmente em performances solo, concursos e masterclass (NASCIMENTO, 2013). A presença da APM associada a maior uso desta substância pode ser em função da efetividade nos sintomas fisiológicos ou porque é algo comum no meio musical e efetivo do ponto de vista dos músicos.

O uso de medicação para ansiedade foi pouco frequente, mas avaliado com alto grau de efetividade. A baixa frequência de uso pode estar relacionada aos efeitos indesejados dos ansiolíticos como, por exemplo, comprometimento da coordenação motora fina e a qualidade da performance, apontados por Nascimento (2013).

A procura por suporte social (família, amigos e professores) no geral foi baixa e mais frequente nos músicos clássicos e no grupo de músicos com APM com destaque para o professor de música. Para os músicos clássicos, o professor é uma figura de referência para auxílio no manejo das sensações difíceis da APM e, em geral, é uma pessoa mais velha e experiente. Conforme já descrito acima, Kenny, Driscoll e Ackermann (2014) e Ackerman et al. (2014) destacam que músicos mais velhos e experientes como, por exemplo, professores sofrem menos com sintomas da APM possivelmente porque aprenderam a manejar tais

sintomas ao longo da carreira e, portanto, podem ter um papel de suporte/modelo para músicos mais jovens.

Apesar de ser uma figura importante e influenciadora que poderia ter papel chave e mais favorável no processo de manejo da APM, Nascimento (2013) destaca que quase a metade dos professores não oferece orientação aos alunos no que se refere a estratégias de enfrentamento e, quando o fazem, as orientações dadas baseiam-se no senso comum e não no que a literatura da área tem a oferecer. Já para os músicos com APM, independente da formação profissional, o suporte da família e amigos ganha destaque. Possivelmente os ambientes familiar e social sejam percebidos com menor nível de pressão e exigência do que o contexto musical e com mais acolhimento ao sofrimento. Esse dado condiz com o apontado no estudo com estudantes de música realizado por Dews e Williams (1989) em que os amigos foram identificados como a principal rede de apoio a estudantes de música, enquanto aconselhamento formal foi considerado como último recurso.

Em análise específica, os músicos clássicos brasileiros e os músicos australianos apresentaram poucas diferenças quanto às estratégias mais utilizadas. Os brasileiros utilizaram mais frequentemente do que os músicos australianos das estratégias voltadas à regulação emocional: respirar profundamente, uso de técnicas de relaxamento, familiarizar-se com a prática no local da performance e métodos de distração. Também se utilizaram mais dos recursos de discutir com professor de música e medicação não prescrita que se referem a recursos externos como tentativa de manejar a ansiedade. Já os australianos, quando comparados aos músicos brasileiros, empregaram mais frequentemente: uso de betabloqueador, fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar e uso de técnicas de autoconvencimento que também foram avaliadas com alta efetividade. Exceto em relação ao uso do betabloqueador, as outras estratégias utilizadas pelos músicos australianos citadas acima são técnicas apoiadas na psicoterapia cognitiva (KENNY, 2011) e dizem respeito a mudanças em padrões de pensamentos automáticos relacionados à ansiedade (BECK; FREEMAN; DAVIS, 2005). Kaminski (2017) destaca que o excesso de atividade mental, ou seja, pensamentos disfuncionais e preocupações excessivas, afetam significativamente a percepção do músico, acarretando dificuldades que podem ter impacto na memória e consequentemente na performance. É possível que o engajamento dos músicos australianos em estratégias cognitivas preventivas possa também estar relacionado à menor prevalência de APM nos músicos australianos.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que é alta a prevalência de TAS e APM e de possíveis comorbidades como depressão e abuso de álcool na amostra de músicos brasileiros comparada à população geral e aos músicos australianos. Notou-se grande variedade de causas associadas à APM com destaque para aquelas relacionadas às variáveis do indivíduo. Com relação às estratégias de enfrentamento, observaram-se semelhanças entre os grupos avaliados, no que diz respeito àquelas mais utilizadas, com predomínio das focadas nos recursos internos dos músicos. Do ponto de vista cultural, foram observadas poucas diferenças entre músicos brasileiros e australianos tanto no que diz respeito aos indicadores psiquiátricos quanto em relação às causas percebidas de ansiedade e estratégias de enfrentamento sinalizando para uma universalidade no que diz respeito aos diferentes aspectos relacionados à APM.

O presente estudo proporcionou um avanço na compreensão de aspectos relativos à APM em músicos profissionais clássicos e populares brasileiros bem como sobre possíveis diferenças culturais envolvidas. Contudo, é necessário apontar limitações que devem ser levadas em conta na interpretação dos dados. O principal limite do estudo foi a utilização de instrumentos de rastreio para avaliação das diferentes condições clínicas e de instrumentos nem sempre validados para o contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ACKERMANN, B. J. et al. Sound Practice - improving occupational health and safety for professional orchestral musicians in Australia. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 5, 973, 2014
- ALLEN, R. Free improvisation and performance anxiety among piano students. **Psychology of Music**, United States, v.41, n.1, p. 75–88, 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 2013 Disponível em: <http://www.appi.org>. Acesso em: 27 mai. 2016.
- ANDRADE, E. Q.; FONSECA, J. G. M. Artista-atleta: reflexões sobre a utilização do corpo na performance dos instrumentos de cordas. **Per musi.**, Belo Horizonte, v. 2, p. 118-128, 2000.
- ANDRADE, L. H. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 7, n. 2, p. 1-11 2012.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.
- BARBAR, A. E. M.; CRIPPA, J. A. S.; OSÓRIO, F. L. Performance anxiety in Brazilian musicians: Prevalence and association with psychopathology indicators. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 152, n. 154, p. 381–386, 2014.
- BARBAR, A. E. M. 2013. **Ansiedade de Performance Musical**: validação transcultural de instrumento de avaliação. 2013. 94 f. Monografia (Conclusão do Programa de Bacharelado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
- BARLOW, D. H. Unravelling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. **American Psychologist**, Washington, v. 55, n.11, p. 1247 – 1263, 2000.
- BARLOW, D. H. **Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic**. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2002.
- BECK, A. T.; FREEMAN, A.; DAVIS D. D. **Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 31-44, 1977.

BRAND, M. Collectivistic versus individualistic cultures: a comparison of American, Australian and Chinese music education students' selfesteem. **Music Education Research**, v.6, n. 1, p. 57-66, 2007.

BRUGUÉS, A. O. **Music Performance Anxiety-a review of the literature**. 2009. 171 f. Thesis (PhD) - Universitat. Freiburg im Bresgau, Deutschland, 2009.

BRUGUÉS, A.O. Music performance anxiety-part 2. a review of treatment options. **Medical Problems of Performing Artists**, Philadelphia, v. 26, n.3, p. 164-71, 2011.

BUCKNER, J. D.; EGGLESTON, A. M.; SCHMIDT, N. B. Social anxiety and problematic alcohol consumption: the mediating role of drinking motives and situations. **Behavioral Therapy**, New York, v. 37, n. 4, p. 381-91, 2006.

BURIN A. B.; OSÓRIO F. L. Interventions for music performance anxiety: results from a systematic literature review. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 43, n. 5 Sept./Oct. 2016

CONNOR, K. M. et al. Psychometric properties of the social Phobia Inventory (SPIN): a new self-rating scale. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, London, v. 176, n. 4, p. 379-386, 2000.

COSTA, C. **Quando tocar dói: análise ergonômica do trabalho de violistas de orquestra**. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações)—Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

CRASKE M. G.; CRAIG K. D. Musical performance anxiety: the three- systems model and self-efficacy theory. **Behavior Research Therapy**, Oxford, v. 22, p. 267–280, 1984.

CUNHA, A. S. **Ansiedade na performance musical: causas, sintomas e estratégias de estudantes de flauta**. 102 f. Dissertação (Mestrado em Música) - Faculdade de musica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DEWS, C. L. B.; WILLIAMS, M. S. Student musicians' personality styles, stresses, and coping patterns. **Psychology of Music**, Thousand Oaks, v. 17, n. 1, p. 37-47, 1989.

ERICSSON, K. A.; KRAMPE, R. T.; TESCH-ROMER, C. The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. **Psychological. Review**, London, v. 100, n. 3, p. 363-406, 1993.

FEHM, L.; SCHMIDT, K. Performance anxiety in gifted adolescent musicians. **Journal of Anxiety Disorders**, New York, v. 20, n. 1, p. 98-109, 2006.

FISHBEIN, M.; MIDDLESTADT, S. E.; OTATTI, V.; STRAUS, S.; ELIIS, A. Medical Problems among musicians: Overview of a National Survey. **Medical Problems of Performing Artists**, Philadelphia, v. 3, n. 1, p. 1, 1988.

FROST, R. O. et al. The dimensions of perfectionism. **Cognitive Therapy and Research**, New York, 14, n. 5, p. 449-468, 1990.

FROST, R. O. et. al. A comparison of two measures of perfectionism. **Personality and Individual Differences, Oxford**, v. 14, n.1, p. 119-126, 1993.

GALVÃO, A. Cognição, Emoção e Expertise Musical. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 169-174, 2006.

GUILHARDI, H. J. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade: Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor. In: BRANDÃO, M. Z. S.; CONTE, F. C. S.; MEZZAROBIA, S. M. B. (Orgs.). Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor. Santo André: ESETec, 2002.

HALLAM, S. The Development of Metacognition in Musicians: Implication for Education. **British Journal of Music Education**, Cambridge, v. 18, n. 1, p. 27-39, 2001.

HAM, L. S. et al. Social anxiety and specificity of positive alcohol expectancies: Preliminary findings. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, New York, v. 27, n. 2, p. 115-121, 2005.

HAM, L. S. et al. Alcohol expectancies and drinking behavior in adults with social anxiety disorder and dysthymia. **Cognitive Therapy and Research**, New York, v. 26, n. 2, p. 275-288, 2002.

HUMARA, M. The relationship between anxiety and performance. **Athletic Insight: Online Journal of Sport Psychology**, v. 1, n. 2, 1999.

KAMINSKI, L. C. (2017). **Preparação, realização e avaliação da performance musical: enfrentamento do estresse e da ansiedade entre músicos cameristas**. 131 f. Tese (Programa de Pós- Graduação em Música) - Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Brasil.

KEMP, A. E. **The musical temperament: Psychology and Personality of Musicians**. New York: Oxford University Press, 108-120, 1996.

KENNY, D.; DAVIS, P.; OATES, J. Music performance anxiety and occupational stress amongst opera chorus artists and their relationship with state and trait anxiety and perfectionism. **Journal of Anxiety Disorders**, New York, v. 18, n. 6, p. 757–777, 2004.

KENNY, D. A systematic review of treatments for music performance anxiety. **Anxiety, Stress and Coping**, New York, v. 18, n 3, p. 183-208, 2005.

KENNY, D. T.; OSBORNE, M. S. Music performance anxiety: new insights from young musicians. **Advances in Cognitive Psychology**, Warsaw, v. 2, n. 2-3, p. 103-114, 2006.

KENNY D. T.; ACKERMANN, B. **Optimising physical and mental health in performing musicians**. In HALLAM S., CROSS, I. & , M. (eds), *Oxford handbook of music psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

KENNY, D. T. **The psychology of music performance anxiety**. Oxford: Oxford University Press, 2011.

KENNY, D.; ACKERMANN, B. Performance-related musculoskeletal pain, depression and music performance anxiety in professional orchestral musicians: A population study. **Psychology of Music**, Thousand Oaks, v. 0, n. 0, p. 1–18, 2013.

KENNY, D.; DRISCOLL, T.; ACKERMANN, B. Psychological well-being in professional orchestral musicians in Australia: A descriptive population study. **Psychology of Music**, Thousand Oaks, v. 2, n.42, p. 210– 232, 2014.

KOBORI, O. et al. Traits and cognitions of perfectionism and their relation with coping style, effort, achievement, and performance anxiety in Japanese musicians. **Journal of Anxiety Disorders**, New York. v. 25, n. 5, p. 674–679, 2011.

KOIVULA, N.; HASSMEN, P. & FALLBY, J. Self-esteem and perfectionism in elite athletes: effects on competitive anxiety and self-confidence. **Personality and Individual Differences**, Oxford, v. 32, n. 5, p. 865-875, 2002.

- KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001.
- LAMPE, L. et al. Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). **Psychological Medicine**, London, v. 33, n. 4, p. 637-646, 2003.
- LAZARUS, R. S, FOLKMAN S. **Stress, appraisal, and coping**. Springer Publishing Company, Inc, New York, 1984.
- LEBLANC, A. et al. The effect of Audience on Music Performance Anxiety. **Journal of Research in Music Education**, v. 45, n. 3, p. 480-496, 1997.
- LEHMANN, A.; SLOBODA, J.; WOODY, R. **Psychology for Musicians: understanding and acquiring the skills**. New York: Oxford Press, 2007.
- LIMA, R. C. et al. Programa de Atenção Integral à Saúde do Artista de Performance: relato da experiência desenvolvida em um serviço universitário em Minas Gerais. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 221-7, 2016.
- LIMA, C. T. et al. **Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample**. Alcohol and alcoholism, Oxford, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005.
- MACIENTE, M. N. **Estratégias de enfrentamento para a Ansiedade de Performance Musical (APM): um olhar sobre músicos profissionais de orquestras paulistas**. 330 f. Tese (Doutorado em Artes) - Universidade de São Paulo, 2016.
- MARSHALL, A. J. **Perspectives about Musician's Anxiety performance**. Dissertação de Mestrado. University of Pretoria, 2008.
- MCGRATH, C. E. **Music Performance Anxiety therapies: a review of the literature**. Tese de doutorado, Urbana, Illinois, 2012.
- MCKENZIE, L. M. **Music Performance Anxiety and performance degradation in students who study or have studied music at a collegiate level: a case study**. Dissertação (Mestrado) -Tennessee State University, 2013.
- MEI-YUK, C. **The Relationship Between Music Performance Anxiety, Age, Self-Esteem, and Performance Outcomes in Hong Kong Music Students**. Durham University, 2011.

Disponível em: http://etheses.dur.ac.uk/637/1/THE_RELATIONSHIP_BETWEEN_MUSIC_PERFORMANCE_ANXIETY%2C_AGE%2C_SELF-ESTEEM_AND_PERFORMANCE_OUTCOMES_IN_HONG_KONG_MUSIC_STUDENTS.pdf?DDD29+. Acesso 18 mai. 2017.

MEJÍA, C. M. G. **Estratégias para o controle da ansiedade na performance musical**. 133 f. Dissertação (Mestrado em Música). Universidade Federal da Paraíba, Brasil, 2016.

NASCIMENTO, S. E. F. **Ansiedade de Performance Musical: um estudo sobre o uso de betabloqueadores por bacharelados em Música**. 160 f. Dissertação (Mestrado em Música) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global status report on alcohol and health**. Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2014. Genebra, Suíça, 2014.

OSBORNE, M. S.; KENNY, D. T. Development and validation of a music performance anxiety inventory for gifted adolescent musicians. **Journal of Anxiety disorders**, New York, v. 19, n. 7, p. 725-751, 2005.

OSBORNE, M.S.; FRANKLIN, J. Cognitive processes in music performance anxiety. **Australian Journal of Psychology**, v. 54, n. 2, p. 86–89, 2008.

OSBORNE, M. S.; KENNY, D. T. The role of sensitizing experiences in musicperformance anxiety in adolescent musicians. **Psychology of Music**, Thousand Oaks, v. 36, n. 4, p. 447-462, 2008.

OSBORNE, M. S.; KENNY, D. T. Development and validation of a music performance anxiety inventory for gifted adolescent musicians. **Journal of Anxiety disorders**, New York, v. 19, n. 7, p. 725-751, 2005.

OSÓRIO, F. L. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, Hillsdale, v. 45, n. 3, p. 216-227, 2009.

OSÓRIO, F. L. et al. Inventário de Fobia Social (SPIN): validação para o Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo**, v. 26 (supl II), 2004.

PAPAGEORGI, I.; HALLAM, S.; WELCH, G. F. A conceptual framework for understanding musical performance anxiety. **Research Studies in Music Education**, New York, v. 28, n. 1, p. 83-107, 2007.

PAPAGEORGI, I.; CREECH, A.; WELCH, G. (2013). Perceived performance anxiety in advanced musicians specializing in different musical genres. **Psychology of Music**, Thousand Oaks, v. 41, n. 1, p. 18–41.

PEREIRA, E. F. et al. Percepção de qualidade do sono e da qualidade de vida de músicos de orquestra. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 37, n. 2, 2010.

PERSSON, R. S. The Maestro Music Teacher and Musicians' Mental Health. In: ANNUAL CONVENTION OF THE AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 104., 1996, Toronto. Disponível em: www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1139133/FULLTEXT01.pdf. Acesso em: 18 mai. 2016.

POWELL, D. Treating Individuals with debilitating performance anxiety: an introduction. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken. v. 60, n. 8, p. 801-808, 2004.

RAE, G.; MCCAMBRIDGE, K. Correlates of performance anxiety in practical music exams. **Psychology of Music**, Thousand Oaks, v. 32, n. 4, p. 432-439, 2004.

REISS et al (2008). Anxiety sensitivity index consolidated user manual: ASI, ASI-3, and CASI. Worthington, OH: IDS Publishing.

REISS, S.; MCNALLY, R. J. The expectancy model of fear. In REISS, S.; BOOTZIN, R. R. (Eds.). **Theoretical issues in behavior therapy**. New York: Academic Press, 1985. p. 107-121.

ROBSON, P.J. Self-esteem – A psychiatric view. **British Journal of Psychiatry**, London, 153, 6–15, 1988.

ROCHA, S. F.; DIAS-NETO, E.; GATTAZ, W. F. Ansiedade na performance musical: tradução, adaptação e validação do Kenny Music Performance Anxiety Inventory (K-MPAI) para a língua portuguesa. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 217-21, 2011.

RYAN, C.; ANDREWS, N. An investigation into the choral singer's experience of music performance anxiety. **Journal of Research in Music Education**, v.57, n.2, p. 108-126, 2009.

SILVA, D. R, SPIELBERGER, C. D. **Manual do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)**. 2007. Disponível em: <www.mindgarden.com>. Acesso em: 13 maio 2015.

SINDEM, L. M. **Music performance anxiety: contributions of perfectionism, coping style, self- efficacy, and self-esteem.** Thesis (PhD) - Arizona State University, 1999.

SINICO, A.; WINTER, L; L. Ansiedade na Performance Musical: definições, causas, sintomas, estratégias e tratamento. **Revista Conservatório de Música UFPel**, n.5, p. 36-64, 2012.

SINICO, A.; WINTER, L., L. **A influência do repertório sob a ansiedade na performance musical de estudantes de flauta.** In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO EM MÚSICA, 23., 2013, Natal. Comunicação Oral.

SMILDE, R. A profissão musical e o músico profissional; uma reflexão. **Em pauta**, v. 19, n.32/33, p. 110-117, 2008.

SPIELBERGER, C. D. **Tensão e Ansiedade.** São Paulo: Harper & Row do Brasil Ltda, 1981.

STEPHENSON, H.; QUARRIER, N. Anxiety sensitivity and performance anxiety in college music students. **Medical Problems of performing artists**, Philadelphia, v. 20, n. 3, p. 119-125, 2005.

STEPTOE, A. Negative Emotions in Music Making: The Problem of Performance Anxiety. In: In: JUSLIN, P. N.; SLOBODA, J. A. (Eds.). **Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications.** Oxford, UK: Oxford University Press. p. 291-307.

STUDER, R. et al. Stage fright: its experience as a problem and coping with it. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Washington, v. 84, n. 7, p. 761-771, 2011.

TABORSKY, C. Musical performance anxiety: a review of literature. **Update:Applications of Research in Music Education**, New York, v. 26, p. 15-25, 2007.

TAYLOR, S.; COX, B. J. An Expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a Hierarchic Structure in a Clinical Sample. **Journal of Anxiety Disorders**, New York, v. 12, n. 5, p. 463-483, 1998.

THOMAS, J. P.; NETTELBECK, T. Performance anxiety in adolescent musicians. **Psychology of Music**, Thousand Oaks, v. 42, n. 04, p. 634-634, 2013.

TUBIANA, R. Functional Disorders in Musicians. **European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology**, London, v. 3, p. 9-12, 2000.

VALENTINE, E. **The fear of performance**. In: Rink, J. *Musical Performance: A Guide to Understanding*. Cambridge: Cambridge University Press, 168-182, 2002.

VAN KEMENADE, J. F. L. M.; VAN SON, M. J. M.; VAN HEESCH, N. C. Performance anxiety among professional musicians in symphonic orchestras: a self-report study. **Psychological Reports**, Louisville, v. 77, 555–562, 1995.

ZAKARIA, J. B.; MUSIB, H. B.; SHARIFF, S. M. Overcoming Performance Anxiety among Music Undergraduates. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 90, p. 226 – 234, 2013.

ZAZA, C, CHARLES, C, MUSZYNSKI, A. The meaning of playing- related musculoskeletal disorders to classical musicians. **Social Science Medicine**, Oxford, v. 47, n. 12, p. 2013–2023, 1998.

YONDEM, Z. D. Performance anxiety, dysfunctional attitudes and gender in university music students. **Journal of Social Behavior and Personality**, San Rafael, v. 35, n.10, p. 1415-1426, 2007.

YOSHIE M.; KUDO K.; OHTSUKI, T. Effects of psychological stress on state anxiety, electromyographic activity, and arpeggio performance in pianists. **Medical Problems of Performing Artists**, Philadelphia, v. 23, p.120–132, 2008.

YOSHIE M. et al. Music performance anxiety in skilled pianists: effects of social-evaluative performance situation on subjective, autonomic, and electromyographic reactions. **Experimental Brain Research**, Berlin, v. 199, p. 117-126, 2009.

WALLACE, S.; ALDEN, L. Social Phobia and positive social events: the price of success. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 106, n. 3, p. 416-24, 1997.

WEST, R. **Drugs and Musical Performance**. In WILLIAMON A. *Musical Excellence: Strategies and Techniques to Enhance Performance*. Oxford University Press, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Produção Científica publicada na Revista

Archives of Clinical Psychiatry

Review article

Interventions for music performance anxiety: results from a systematic literature review

ANA BEATRIZ BURIN¹, FLÁVIA DE LIMA OSÓRIO^{1,2}¹ Department of Neuroscience and Behaviour, Medical School of Ribeirão Preto, São Paulo University (FMRP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brazil.
² National Institute of Science and Technology, Translational Medicine (INCT), Brazil.

Received: 8/30/2016 – Accepted: 10/1/2016

DOI: 10.1590/1981-53160000000000000000000000000000

Abstract

Background: Music performance anxiety (MPA) is characterised by fears related to performing music. It may result in damages to personal life and professional career, so treatment and prevention are very important. **Objective:** To undertake a systematic literature review on the effectiveness/efficacy of MPA interventions and to integrate these findings to those in the literature reviewed previously. **Methods:** We used PubMed, PsycINFO and SciELO databases and keywords *music*, *performance anxiety*, *treatment*, *therapy* and *intervention* and manual research. We selected articles published between October-2002/July-2016. **Results:** Out of 97 articles, 23 were reviewed. Sixteen studies presented inter-group experimental design, and seven presented pre-post experimental design. The intervention modalities reviewed were cognitive behavioural therapy (CBT), virtual reality exposure, biofeedback, yoga, meditation, music therapy and the Alexander technique. Although the interventions presented some indicators of efficacy in the MPA outcomes and improvement in performance quality, important methodological limitations were observed: low number of individuals and non-specific criteria for their inclusion/exclusion. This reinforces previous findings regarding methodological fragilities associated with this context. **Discussion:** CBT is the most frequently studied modality and with the greatest number of effectiveness indicators. The remaining modalities indicate tendencies in positive outcomes that require further and efficient investigation in more rigorous studies with greater methodological control.

Burin AB, Osório FL / Arch Clin Psychiatry. 2016;43(5):116-31

Keywords: Music performance anxiety, interventions, treatment, therapy, systematic review.

Introduction

Music performance anxiety (MPA) is considered a subtype of social anxiety disorder. It is typified by the presence of specific fears related to performing music¹, and it can be related to both solo and group presentations, as well as to any instrument, including singing²⁻⁴. MPA can impact not only the performance itself but also the musician's career and quality of life^{5,6} therefore, representing a condition that requires the attention of clinicians in its recognition and treatment.

Although MPA has been a part of the human experience for a long time, it was not until the 1970s that medical and psychological treatment and intervention-related research started being conducted. Among these treatments and interventions, behavioural and cognitive behavioural therapies, pharmacological interventions (mainly beta blockers), biofeedback, meditation and music therapy all stand out. There has been a focus on adult musicians, as observed by two previous literature reviews, one of which was systematic⁷ and the other was non-systematic⁸.

The results of these reviews denote some evidence of effectiveness. When behavioural and cognitive behavioural therapies were considered, a reduction in MPA and improvement in music performance quality was found⁷. Combined interventions, such as cognitive behavioural therapy associated with biofeedback and progressive muscle relaxation, were also found to have positive effects on decreasing MPA, as did the use of beta blockers^{8,9}.

According to Kenny⁷, an important factor to consider is the methodological fragility of the studies carried out in this context, particularly in terms of the low number of participants and of experimental inter-group crossover studies, the lack of rigour in the methods used and the non-standardisation of the instruments utilised in outcome assessment.

The aforementioned reviews concluded that this field has yet to be explored through new research, which should focus on the

methodological refinements necessary in order to create stronger evidence on the efficacy of MPA-related treatments.

It is known that a) the results on the effectiveness of different interventions presented thus far have been inconclusive; b) the reviews published till date^{7,8} did not include studies that assess children and adolescents (which seems important, as MPA may begin in infancy or adolescence, and as early interventions in this group may prevent suffering and negative effects on their musical careers as adults); and c) new studies are still being published. Given these factors, we propose this present study, the aim of which is to undertake a systematic literature review seeking a) to assess the efficacy and effectiveness of MPA treatments/interventions in children, adolescents and adults and b) to integrate the current findings into the body of knowledge from the previously reviewed literature.

Material and methods

This study was carried out in accordance with the guidelines set in the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses¹⁰ and in the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions¹⁰. A systematic search was performed in the PsycINFO, PubMed and SciELO electronic databases, using the following keywords: (*Music* * *Performance Anxiety*) and (*treatment or therapy or intervention*). Articles published from October 2002 (the date of the latest article included in the systematic literature review conducted by Kenny in 2005⁷ onwards) were included, wherein the last search was performed in July 2016. The article inclusion and exclusion process followed the criteria shown in Figure 1.

As shown in Figure 1, 97 articles were found. After applying the inclusion and exclusion criteria, 19 articles were selected, which were independently evaluated in terms of their relevance by two

APÊNDICE B - Produção científica aceita para publicação na Revista Archives of Clinical Psychiatry

- Fwd: Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) - Decision on Manuscript ID RPC-2017-001...

[Pessoas](#) ★

Assunto: Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) - Decision on Manuscript ID RPC-2017-0011.R1

Data: 31/07/2017 14:13

De: Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) <onbehalf+jcrippa+fmrp.usp.br@manuscriptcentral.com>

Para: flaliosorio@ig.com.br

Responder para: jcrippa@fmrp.usp.br

31-Jul-2017

Dear Dr. Osório:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Music Performance Anxiety: A Critical Review of Etiological Aspects, Perceived Causes, Coping Strategies and Treatment" in its current form for publication in the Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,

Dr. José Alexandre Crippa

Editor-in-Chief, Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)

jcrippa@fmrp.usp.br

Associate Editor

Comments to the Author:

(There are no comments.)

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Brasil

<p>Projeto de Pesquisa: Validação Transcultural de um Instrumento de Avaliação da Ansiedade de Performance Musical</p>

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -

A Ansiedade de Desempenho Musical é caracterizada pela sensação de incômodo e desconforto nas situações onde o sujeito necessita apresentar-se para outros. As pessoas/músicos que experimentam este tipo de ansiedade muitas vezes tendem a evitar as apresentações, ou as enfrentam com muito sofrimento, o que pode dificultar o desenvolvimento, inclusive, da carreira profissional. Para conhecer e melhor identificar este tipo de ansiedade, estamos solicitando sua participação em responder alguns instrumentos dos tipos escala e questionário que têm por objetivo identificar músicos amadores ou profissionais que possam estar tendo esta dificuldade. Com isto, conheceremos se estes instrumentos são adequados para identificar a Ansiedade de Performance Musical.

Caso você aceite participar, estará nos ajudando a melhorar a possibilidade de identificar esta ansiedade em pessoas adultas, beneficiando no futuro outras pessoas, que poderão receber algum tipo de ajuda para melhor enfrentar esta dificuldade. Vale a pena salientar que só o resultado nos instrumentos não é por si só indicador da Ansiedade de Performance Musical, pois estes instrumentos tem uma margem de erro, e isto é parte do que queremos conhecer nesta pesquisa.

Sua participação consistirá em responder por escrito, a quatro instrumentos diferentes, incluindo questionário e escala, nos quais você estará avaliando seu comportamento em situações de apresentação musical e alguns sintomas físicos. Para tanto você gastará em torno de 20 minutos.

A sua participação não significa nenhum ônus ou risco para você ou para a sua saúde. Caso no decorrer das atividades desista de participar, poderá entregar os questionários sem, ou antes de terminar de respondê-los, sem qualquer constrangimento.

Se por acaso você for identificado como portador desta ansiedade, serão colocadas à sua disposição informações sobre a mesma e sugerido encaminhamento para avaliação e/ou tratamento na rede de saúde de Ribeirão Preto.

Sem qualquer identificação dos participantes, nos comprometemos com a divulgação científica das informações colhidas e assumimos a responsabilidade por qualquer ônus que a participação no estudo possa acarretar.

Qualquer dúvida que você tenha poderá entrar em contato conosco.

Prof Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Psiquiatra – Docente da FMRP-USP
CRM 80893
Telefone: 36022201

Profa Dra Flávia de Lima Osório
Psicóloga – Pesquisadora da FMRP-USP
CRP 06/53152-3
Telefone: 36022837

Eu,, RG, tendo lido as informações acima, voluntariamente concordo em participar do referido projeto de pesquisa, estando ciente dos meus direitos e da possibilidade de desistência sem quaisquer ônus ou prejuízo.

Assinatura

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Austrália

The University of Sydney

ABN 15 211 513 464

Bronwen Ackermann PhD BAppSc(Physiotherapy)**Dianna Kenny** PhD BA (Hons) ATCL (Piano) Professor Psychology and Music**Tim Driscoll** MBBS PhD Occupational Physician

Telephone: +61 2 9351 9472

Facsimile: +61 2 9351 9715

Email: B.Ackermann@usyd.edu.au

**RESEARCH STUDY INTO OCCUPATIONAL INJURIES IN MUSICIANS
PARTICIPANT CONSENT FORM**

I,[PRINT NAME], give consent to my participation in the research project

TITLE: Orchestral musicians' health and wellbeing study

In giving my consent I acknowledge that:

1. The procedures required for the project and the time involved (including any inconvenience, risk, discomfort or side effect, and of their implications) have been explained to me, and any questions I have about the project have been answered to my satisfaction.
2. I have read the Participant Information Statement and have been given the opportunity to discuss the information and my involvement in the project with the researcher/s.
3. I understand that I can withdraw from the study at any time, without affecting my relationship with the researcher(s) or the University of Sydney now or in the future. Whatever your decision, it will not affect your healthcare or your relationship with your health practitioner(s).
4. I understand that my involvement is strictly confidential and no information about me will be used in any way that reveals my identity.
5. I understand that being in this study is completely voluntary – I am not under any obligation to consent.
6. I understand that I can stop my involvement at any time if I do not wish to continue, and all data collected will be destroyed and the information provided will not be included in the study.
7. I consent to –

I) Audio-taping	YES	☐	NO	☐
II) Video-taping	YES	☐	NO	☐
III) Receiving Feedback	YES	☐	NO	☐

If YES, please provide your details i.e. mailing address, at the bottom of the page.

Signed:

Name:

Date:

Email address:

**Anexo C - Kenny Music Performance Anxiety Inventory – revised (KMPAI) –
Traduzido para o português do Brasil por Barbar *et al* (2011 não publicado)**

Inventário de Ansiedade de Performance Musical de Kenny – versão revisada

Abaixo há algumas afirmações sobre como você geralmente se sente e como você se sente antes ou durante uma apresentação. Por favor, circule um número que indique o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

		Discordo $\Rightarrow$ Concorde						
		Totalmente			Totalmente			
K1	Eu geralmente me sinto no controle da minha vida	6	5	4	3	2	1	0
K2	Eu acho fácil confiar nos outros	6	5	4	3	2	1	0
K3	Às vezes me sinto deprimido sem saber o porquê	0	1	2	3	4	5	6
K4	Frequentemente eu acho difícil buscar energia para fazer as coisas	0	1	2	3	4	5	6
K5	Preocupação excessiva é uma característica da minha família	0	1	2	3	4	5	6
K6	Frequentemente eu sinto que a vida não tem muito a me oferecer	0	1	2	3	4	5	6
K7	Mesmo se eu trabalhar duro na preparação de uma apresentação, eu estou sujeito a cometer erros	0	1	2	3	4	5	6
K8	Eu acho difícil depender dos outros	0	1	2	3	4	5	6
K9	Meus pais atendiam às minhas necessidades	6	5	4	3	2	1	0
K10	Antes ou durante uma apresentação, eu tenho sensações parecidas com pânico	0	1	2	3	4	5	6
K11	Antes de uma apresentação, eu nunca sei se terei um bom desempenho	0	1	2	3	4	5	6
K12	Antes ou durante uma apresentação, eu sinto minha boca seca	0	1	2	3	4	5	6
K13	Frequentemente eu sinto que não tenho muito valor como pessoa	0	1	2	3	4	5	6
K14	Durante uma apresentação, eu fico pensando se serei capaz de terminá-la	0	1	2	3	4	5	6
K15	Pensar na avaliação que eu posso ter interfere no meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
K16	Antes ou durante uma apresentação eu me sinto enjoado ou desmaio ou tenho um desconforto no estômago	0	1	2	3	4	5	6

K17	Mesmo nas apresentações mais estressantes, eu tenho confiança de que terei um bom desempenho	6	5	4	3	2	1	0
K18	Frequentemente eu fico preocupado com uma reação negativa da platéia	0	1	2	3	4	5	6
K19	Às vezes me sinto ansioso sem nenhuma razão específica	0	1	2	3	4	5	6
K20	Desde que comecei a estudar música, me lembro de me sentir ansioso com as apresentações	0	1	2	3	4	5	6
		<div>Discordo $\Rightarrow$ Concordo</div> <div>Totalmente Totalmente</div>						
K21	Eu me preocupo que uma apresentação ruim possa arruinar minha carreira	0	1	2	3	4	5	6
K22	Antes ou durante uma apresentação, eu experimento o coração acelerar, batendo forte no meu peito	0	1	2	3	4	5	6
K23	Meus pais quase sempre me ouviam	6	5	4	3	2	1	0
K24	Eu desisto de boas oportunidades para me apresentar devido à ansiedade	0	1	2	3	4	5	6
K25	Depois da apresentação, eu me preocupo se me apresentei bem o suficiente	0	1	2	3	4	5	6
K26	Minha preocupação e o meu nervosismo com a apresentação interferem no meu foco e na minha concentração	0	1	2	3	4	5	6
K27	Quando eu era criança, eu frequentemente me sentia triste	0	1	2	3	4	5	6
K28	Frequentemente eu me preparo para uma apresentação com uma sensação de pavor e de desastre eminente	0	1	2	3	4	5	6
K29	Um dos meus pais, ou ambos, eram muito ansiosos	0	1	2	3	4	5	6
K30	Antes ou durante uma apresentação eu tenho aumento de tensão muscular	0	1	2	3	4	5	6
K31	Frequentemente eu sinto que não tenho nada a esperar	0	1	2	3	4	5	6
K32	Depois da apresentação, eu relembro-a em minha mente várias vezes	0	1	2	3	4	5	6
K33	Meus pais me encorajaram a tentar coisas novas	6	5	4	3	2	1	0
K34	Eu me preocupo tanto antes de uma apresentação que não consigo dormir	0	1	2	3	4	5	6
K35	Quando me apresento sem partituras, minha memória é confiável	6	5	4	3	2	1	0
K36	Antes ou durante uma apresentação eu experimento agitação, calafrios e tremores	0	1	2	3	4	5	6

K37	Eu tenho confiança em tocar de memória	6	5	4	3	2	1	0
K38	Eu me preocupo em ser avaliado pelos outros	0	1	2	3	4	5	6
K39	Eu me preocupo com meu próprio julgamento sobre como irei me apresentar	0	1	2	3	4	5	6
K40	Eu continuo comprometido com a apresentação mesmo quando isso me causa grande ansiedade	0	1	2	3	4	5	6

©Kenny, D.T. (2009). *Kenny Music Performance Anxiety Inventor-Revised (K-MPAI-R)*
 Tradução para português do Brasil: Barbar, A.E.M., Prado, M.Y.A., Osório, F.L. (2011)

Anexo D - Escala de Sensibilidade à Ansiedade

ESCALA DE SENSIBILIDADE À ANSIEDADE

Por favor leia as afirmações abaixo e marque com um X a alternativa mais adequada.

	Muito pouco 0	Um pouco 1	Moderadamente 2	Muito 3	Muitíssimo 4
1. Para mim, é importante não demonstrar nervosismo	()	()	()	()	()
2. Quando não consigo me concentrar, tenho medo de estar ficando louco	()	()	()	()	()
3. Fico assustado(a) quando me sinto trêmulo	()	()	()	()	()
4. Fico assustado(a) quando me sinto tonto(a)	()	()	()	()	()
5. É importante para mim controlar minhas emoções	()	()	()	()	()
6. Fico assustado(a) quando meu coração bate muito rápido	()	()	()	()	()
7. Fico embaraçado(a) quando meu estômago ronca	()	()	()	()	()
8. Fico assustado(a) quando sinto náuseas	()	()	()	()	()
9. Quando meu coração está batendo rápido, tenho medo de estar tendo um enfarto	()	()	()	()	()
10. Fico assustado(a) quando sinto falta de ar	()	()	()	()	()
11. Quando meu estômago está embrulhado, fico preocupado(a) que estou com uma doença séria	()	()	()	()	()
12. Fico assustado quando não sou capaz de manter minha mente controlada	()	()	()	()	()
13. Outras pessoas notam quando me sinto trêmulo	()	()	()	()	()
14. Sensações corporais incomuns me assustam	()	()	()	()	()
15. Quando estou nervoso(a) fico preocupado(a) em estar com alguma doença mental	()	()	()	()	()
16. Fico assustado(a) quando estou nervoso(a)	()	()	()	()	()

Anexo E - Checklist de causas percebidas de ansiedade de desempenho musical

Abaixo está uma lista de possíveis causas da ansiedade de performance musical. Pensando em todas as situações de apresentação em que você vivenciou ansiedade de performance durante sua carreira musical (incluindo a época de estudante), circule SIM para TODOS os fatores que contribuíram/contribuem para a sua ansiedade de performance e **classifique-os**. Coloque o número 1 no item que você considera mais responsável e depois numere os outros na sequência, por ordem de significância. Não numere fatores que não contribuíram/contribuem para a sua ansiedade de performance musical. Use cada número de classificação apenas UMA vez

Causas para a ansiedade de performance	Se aplica a mim?		Classificação
Ansiedade sobre problemas de saúde relacionados ao tocar (ex.: dor, tensão muscular, lesão)	SIM	NÃO	
Tentar tocar um repertório muito difícil	SIM	NÃO	
Experiências ruins de performance (ex.: lapsos de memória, perda de controle técnico)	SIM	NÃO	
Preocupação com a reação da plateia/ medo de avaliação negativa	SIM	NÃO	
Preocupação com a confiabilidade da memória (se tocando de cor)	SIM	NÃO	
Sintomas físicos excessivos antes ou durante a performance (ex.: coração batendo forte, desconforto no estômago, boca seca, mãos suadas)	SIM	NÃO	
Falta geral de autoconfiança	SIM	NÃO	
Nível elevado de autoconsciência	SIM	NÃO	
Nível de auto-estima geralmente baixo	SIM	NÃO	
Preparação inadequada para a performance	SIM	NÃO	
Apoio insuficiente de pessoas próximas a você	SIM	NÃO	
Falta de confiança em você mesmo como músico/cantor	SIM	NÃO	
Pensamentos negativos e preocupações em relação à performance	SIM	NÃO	
Avaliação negativa da performance	SIM	NÃO	
Não saber lidar com pensamentos negativos e preocupações sobre a performance	SIM	NÃO	
Não saber lidar com sintomas físicos (ex.: coração batendo forte, desconforto no estômago, boca seca, mãos suadas)	SIM	NÃO	
Pressão dos pais	SIM	NÃO	
Pressão do professor	SIM	NÃO	
Pressão de si próprio	SIM	NÃO	
Pressão por competir com colegas/outros músicos	SIM	NÃO	
Incerteza causada por falhas técnicas	SIM	NÃO	
Tendência a ser ansioso no geral, não apenas na apresentação	SIM	NÃO	
Outro, especifique: _____	SIM	NÃO	

Anexo F - Escala de avaliação do autocontrole da ansiedade de performance musical

Abaixo está uma lista de ações que são normalmente utilizadas por músicos para **aliviar a ansiedade de performance**. Por favor **classifique-as de acordo com a frequência** com que você utiliza estas ações. Não classifique ações que você nunca utiliza. Coloque o número 1 na ação que você utiliza com mais frequência e depois numere as outras em ordem de frequência. Para as ações que você utiliza, complete a coluna “Quanto funciona?” usando os números de 0 a 3, onde: **0 = não funciona, 1 = funciona um pouco, 2 = funciona bastante, 3 = funciona muito bem**.

Por exemplo, para a ação X o músico classificou-a como 5, indicando que esta é a 5ª ação mais utilizada para aliviar sua ansiedade de performance. Quando ele utilizou esta ação, ele achou que funcionou bastante e a classificou com 2.

Ação feita	Classificação	“Quanto funciona?”
<i>Exemplo: Ação X</i>	5	2
Consumir álcool		
Tomar antidepressivos Especifique: _____		
Tomar medicação para ansiedade Especifique: _____		
Tomar betabloqueadores (ex.: propanolol) Especifique: _____		
Respirar profundamente		
Usar métodos de distração Especifique: _____		
Discutir sobre sua ansiedade de performance com seus parceiros, pais, colegas		
Discutir sobre sua ansiedade de performance com um professor de música		
Consultar um médico		
Consultar um psicólogo		
Consultar um psiquiatra		
Familiarizar-se com a prática no local da apresentação		
Usar hipnose		
Aumentar o treino		
Fazer brincadeiras/tirar sarro da prática de se apresentar		
Usar medicação não-prescrita		
Usar técnicas de auto-convencimento (desafiar pensamentos negativos, se reafirmar)		
Usar técnicas de relaxamento		
Outro, especifique: _____ _____		

Anexo G - Questionário sobre a saúde do paciente – (PHQ-2)**Patient Health Questionnaire (PHQ-2)**

Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você se sentiu incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nunca	Vários Dias	Mais do que metade dos dias	Quase todos os dias
(a) Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	☐	☐	☐	☐
(b) Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	☐	☐	☐	☐

Anexo H - Inventário de Fobia Social (SPIN)

INVENTÁRIO DE FOBIA SOCIAL (SPIN)

Por favor, indique quanto os seguintes problemas incomodaram você durante a última semana. Marque somente um item para cada problema, e verifique se respondeu a todos os itens.

	nenh.	um pouco	modera- damente	bast. tanto	extrema- mente
1. Tenho medo de autoridades	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2. Incomodo-me por ficar vermelho na frente das pessoas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. Festas e eventos sociais me assustam	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. Evito falar com pessoas que não conheço	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5. Fico muito assustado ao ser criticado	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Transpirar na frente das pessoas me incomoda	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
8. Evito ir a festas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
9. Evito atividades nas quais sou o centro das atenções	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
10. Conversar com estranhos me assusta	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
11. Evito falar para uma platéia ou dar discursos (ex. apresentações em sala de aula)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
12. Faço qualquer coisa para não ser criticado	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
13. Sentir palpitações cardíacas me incomoda quando estou no meio de outras pessoas	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
14. Tenho receio de fazer coisas quando posso estar sendo observado	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
15. Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
16. Evito falar com qualquer autoridade	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
17. Tremer ou estremecer na frente das outras pessoas me angustia	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Desenvolvido Jonathan Davidson (1993)
Tradução e adaptação para o Português:
Crippa JAS, Graeff PG, Szardi NW,
Setzer LA, Susatto GF, Loureiro SR (2003).
Diagramação: Marcela Werra (2004).

Anexo I - Inventário de Ansiedade Traço-Estado versão traço (IDATE-T)

Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE-T

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO

Quase sempre.....4 Às vezes.....2
Frequentemente.....3 Quase nunca.....1

Item	Descrição	1	2	3	4
1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rápidas	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado	1	2	3	4
7	Sinto-me calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises e problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16	Estou satisfeito	1	2	3	4
17	Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

Anexo J - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT)

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Orientação para o início da entrevista:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”.

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;">☐</p>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">☐</p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais</p> <p style="text-align: right;">☐</p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">☐</p>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias</p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p> <p style="text-align: right;">☐</p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">☐</p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">☐</p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;">☐</p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;">☐</p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;">☐</p>

Anexo K - Questionário de identificação

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento
Divisão de Psiquiatria

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....

Data de Nascimento: Idade:

Sexo: () masculino () feminino

Estado civil: () solteiro () casado () separado/divorciado () viúvo

Escolaridade:

Músico: () profissional () amador

Instrumento:

Atividade Profissional:

Telefone para contato:

E-mail:Uso

de Medicação: () não () sim. Qual?

Anexo L - Carta de autorização do uso do banco de dados

Professor Dianna Kenny PhD, ATCL (Piano)
Professor of Psychology and Music

TO WHOM IT MAY CONCERN

Re: Database of psychosocial factors questionnaires [including the *Kenny-Music Performance Anxiety Inventory (K-MPAI)* (2009)] of professional Australian orchestral musicians

I, Professor Dianna T. Kenny, Professor of Psychology at the University of Sydney, authorize **Ana Beatriz Burin**, under the supervision of Professor Flávia de Lima Osório PhD, who is undertaking studies in the Post Graduate Program in Mental Health – (Master level) in Ribeirão Preto Medicine College at São Paulo University, to use my data base from which the research paper *Psychological Well-Being In Professional Orchestral Musicians In Australia: A Descriptive Population Study* (published in *Psychology of Music*, 2012) was developed in her own study - *Music Performance Anxiety: perceived causes, coping strategies and clinical profile in Brazilian and Australian musician*.

I confirm that the Australian study was approved by The University of Sydney Human Ethics Committee.

Permission is granted for the use of my data set on the basis that the required acknowledgements are made in any research publications in which these data are used.

Yours sincerely

Professor Dianna Kenny
29th October 2014

Anexo M - Aprovação no Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 10 de junho de 2015

Ofício nº 2091/2015
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“ANSIEDADE DE PERFORMANCE MUSICAL: CAUSAS PERCEBIDAS, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E PERFIL CLÍNICO DE MÚSICOS BRASILEIROS E AUSTRALIANOS” – Versão 2, de 25/05/2015**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 409ª Reunião Ordinária realizada em 08/06/2015 e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 2855/2015.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 466/12 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
ANA BEATRIZ BURIN
FLÁVIA DE LIMA OSÓRIO (Orientadora)
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e Registro PB/CONEP nº 5440
(16)3602-2228/cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br