



Universidades Lusíada

Lucas, Paula Cristina da Costa, 1978-

Encontros sonoros : musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional

<http://hdl.handle.net/11067/358>

Metadata

Issue Date	2013-09-19
Abstract	A musicoterapia com crianças e jovens em perigo é uma das áreas em que os musicoterapeutas têm vindo a investir cada vez mais. Assim, verifica-se um crescente reconhecimento do papel da música como mediador e promotor da relação terapêutica, numa população com tantas dificuldades ao nível da expressão verbal. Com este trabalho pretende-se dar a conhecer uma intervenção em musicoterapia com esta população no contexto específico do acolhimento residencial, no âmbito de um estágio do mestrado em mu...
Keywords	Crianças em risco - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa, Jovens em risco - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa, Musicoterapia para crianças, Musicoterapia para adolescentes, Centro de Acolhimento Temporário Casa da Boavista (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Type	masterThesis
Peer Reviewed	No
Collections	[ULL-IPCE] Dissertações

This page was automatically generated in 2019-06-26T12:23:10Z with information provided by the Repository



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Musicoterapia

Encontros sonoros: musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional

Realizado por:

Paula Cristina da Costa Lucas

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr. Nuno Eduardo Rodrigues Alves Pereira

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof.^a Doutora Maria Margarida da Costa Rebelo Accioly Nogueira

Vogal:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Relatório aprovado em:

23 de Março de 2012

Lisboa

2012



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Encontros sonoros: musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional

Paula Cristina da Costa Lucas

Lisboa

Fevereiro 2012



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Encontros sonoros: musicoterapia com crianças e
jovens em acolhimento institucional**

Paula Cristina da Costa Lucas

Lisboa

Fevereiro 2012

Paula Cristina da Costa Lucas

Encontros sonoros:
musicoterapia com crianças e jovens em
acolhimento institucional

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Musicoterapia

Coordenadora de Mestrado: Prof. Doutora Teresa Leite

Supervisora de Estágio: Prof. Doutora Teresa Leite

Orientador de Estágio: Dr. Nuno Pereira

Lisboa

Fevereiro 2012

Ficha Técnica

Autora Paula Cristina da Costa Lucas
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientador de estágio Dr. Nuno Eduardo Rodrigues Alves Pereira
Título Encontros sonoros: musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional
Local Lisboa
Ano 2012

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

LUCAS, Paula Cristina da Costa, 1978-

Encontros sonoros : musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional / Paula Cristina da Costa Lucas ; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite, Nuno Eduardo Rodrigues Alves Pereira. - Lisboa : [s.n.], 2012. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - LEITE, Teresa Paula Rodrigues de Oliveira, 1964-

II - PEREIRA, Nuno Eduardo Rodrigues Alves, 1971-

LCSH

1. Crianças em Risco - Assistência em Instituições - Portugal - Lisboa
2. Jovens em Risco - Assistência em Instituições - Portugal - Lisboa
3. Musicoterapia para Crianças
4. Musicoterapia para Adolescentes
5. Centro de Acolhimento Temporário Casa da Boavista (Lisboa, Portugal) - Ensino e Estudo (Estágio)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
7. Teses - Portugal - Lisboa

1. Problem Children - Institutional Care - Portugal - Lisbon
2. Problem Youth - Institutional Care - Portugal - Lisbon
3. Music Therapy for Children
4. Music Therapy for Teenagers
5. Centro de Acolhimento Temporário Casa da Boavista (Lisboa, Portugal) - Study and Teaching (Internship)
6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.L83 2012

APRESENTAÇÃO

Encontros sonoros: musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional

Paula Cristina da Costa Lucas

A musicoterapia com crianças e jovens em perigo é uma das áreas em que os musicoterapeutas têm vindo a investir cada vez mais. Assim, verifica-se um crescente reconhecimento do papel da música como mediador e promotor da relação terapêutica, numa população com tantas dificuldades ao nível da expressão verbal. Com este trabalho pretende-se dar a conhecer uma intervenção em musicoterapia com esta população no contexto específico do acolhimento residencial, no âmbito de um estágio do mestrado em musicoterapia. A intervenção decorreu ao longo de 9 meses e foram efectuadas uma média de 24 sessões com 17 utentes que estavam distribuídos entre 4 grupos e 3 intervenções individuais de musicoterapia. Na reflexão efectuada sobre todo este processo, dá-se especial ênfase ao estudo de dois casos (um individual e um grupal) em que são analisadas em maior detalhe as diversas fases da intervenção à luz de teorias do desenvolvimento infantil e das dinâmicas de grupo. Os resultados desta intervenção são, de uma forma geral, positivos, embora as mudanças observadas em cada paciente tenham ocorrido principalmente no contexto terapêutico, não se observando mudanças tão significativas no contexto social. Reconhece-se assim, a importância de ser dada continuidade ao trabalho desenvolvido neste estágio, através da musicoterapia ou de outro tipo de intervenção, preferencialmente, onde sejam trabalhadas a expressividade e as competências relacionais.

Palavras-chave: Musicoterapia, Crianças e jovens em perigo, Acolhimento institucional, Relação.

PRESENTATION

Sonorous encounters: music therapy with children and youth in residential care

Paula Cristina da Costa Lucas

Music therapy with children and youth at risk is one of the areas in which music therapists have been investing more and more. Thus, there is a growing recognition of the role of music as a mediator and promoter of the therapeutic relationship in a population with such difficulty with verbal expression. This work aims to raise awareness of music therapy intervention with this population in the specific context of residential care, within the traineeship of the master's degree in music therapy. The intervention took place over nine months and it was made an average of 24 sessions with 17 patients who were distributed among four groups and three individual music therapy interventions. In the reflection carried out on this whole process, it was given special emphasis to the study of two cases (one individual and one group). In both cases the various phases of the intervention are analyzed in greater detail in light of theories of child development and group dynamics. The results of this intervention are in general positive, although the changes observed in each patient have occurred mainly in the therapeutic context, not being observed such significant changes in the social context. Therefore, it is recognized the importance of continuing the work developed in this traineeship, through music therapy or another intervention, preferably, where the expressiveness and relational skills can be worked.

Keywords: Music therapy, Children and youth at risk, Residential care, Relationship.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos acompanhados em musicoterapia.....	47
Tabela 2 - Behavioral Checklist - Itens correspondentes a cada síndrome.	54
Tabela 3 - Agenda semanal do estágio, de Janeiro de 2011 a Junho de 2011.	56

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Caracterização da instituição.....	12
2.1. A Casa da Boavista	12
2.1.1. Identificação da instituição.....	12
2.1.2. Objectivos e princípios orientadores	12
2.1.3. Estrutura organizativa.....	14
2.1.4. A População da Casa da Boavista.....	15
2.2. O Sistema de Protecção de Crianças e Jovens.....	15
2.2.1. Enquadramento legal.....	15
2.2.2. O acolhimento institucional.....	17
3. Enquadramento teórico	19
3.1. A musicoterapia.....	19
3.2. As crianças e jovens em perigo.....	21
3.1.1. Desenvolvimento infantil e a vinculação	21
3.1.2. As crianças com problemáticas de abandono, negligência e maus-tratos.....	23
3.1.3. As crianças e jovens em acolhimento institucional.....	25
3.3. A musicoterapia e o desenvolvimento	27
3.4. A musicoterapia com crianças e jovens em perigo	30
3.5. A musicoterapia e as dinâmicas de grupo	35
4. Objectivos propostos.....	41
5. Metodologia.....	43
5.1. Procedimentos	43
5.1.1. Fase de integração	43
5.1.2. Fase de avaliação.....	44
5.1.1. Fase de acompanhamento	45
5.2. Descrição da amostra.....	47
5.3. Técnicas da musicoterapia utilizadas nas sessões.....	48
5.4. Materiais utilizados nas sessões	52
5.5. Instrumentos de avaliação.....	52
5.5.1. Ficha de dados pessoais e avaliação inicial	52
5.5.2. <i>Child Behavior Checklist</i> (Achenbach, 1991)	53
5.5.3. Plano terapêutico.....	55
5.5.4. Folha de registo das sessões de musicoterapia	55
5.5.5. Entrevista de avaliação final	55
5.6. Agenda semanal	56

5.7. Outros projectos	57
6. Estudo de Caso - Musicoterapia grupal e individual com o João	58
6.1. Apresentação do caso	58
6.2. Intervenção grupal.....	59
6.2.1. Objectivos no grupo.....	59
6.2.2. Processo e dinâmica da intervenção	59
6.3. Intervenção individual.....	61
6.3.1. Plano terapêutico.....	61
6.3.2. Processo e dinâmica da intervenção	62
6.4. Sumário e implicações	69
7. Estudo de Caso - Musicoterapia grupal com o Grupo I.....	70
7.1. Apresentação dos casos - Vértice individual.....	70
7.2. Plano terapêutico	72
7.3. Processo e dinâmica da intervenção - Vértice grupal	73
7.3.1. Fase do compromisso	73
7.3.2. Fase de diferenciação	73
7.3.3. Grupo de trabalho.....	75
7.3.4. Fase de término	76
7.4. Evolução do grupo - Entre o grupo-de-trabalho e o grupo de pressupostos básicos.....	77
7.5. Os Fenómenos grupais	78
7.5.1. Identificações	79
7.5.2. Papéis	79
7.5.3. Transferência e contra-transferência	80
7.6. Vértice social.....	81
7.7. Sumário e implicações	82
8. Outras intervenções	84
8.1. Intervenção individual - Martim.....	84
8.2. Intervenção individual - Francisco	85
8.3. Intervenção grupal - Grupo II.....	86
8.4. Intervenção grupal - Grupo III.....	87
8.5. Intervenção grupal - Grupo IIIa.....	88
8.6. Intervenção grupal - Grupo IIIb.....	88
9. Conclusão	90
10. Reflexão final	95
Referências	98
Anexos.....	102
Lista de anexos.....	103

Anexo A	104
Anexo B	105
Anexo C	106
Anexo D	107
Anexo E	108
Anexo F	109
Anexo G	110
Anexo H	111

1. INTRODUÇÃO

“Como gotas de chuva caindo
Como noites de frio no deserto
A música assim vem surgindo
e as palavras já têm rumo certo

A música me leva tão longe
Onde escondi meus segredos
Sobrevoando o horizonte
Vou despistando meus medos”
Mirielle (2006)

Partindo deste poema, pretende-se transmitir ao leitor a forma sublime como a música se pode constituir como veículo de acesso ao mundo interno, aos medos, segredos, fragilidades e sonhos. Foi essa descoberta, feita ao longo de uma vida cheia de encontros musicais e, mais recentemente, no mestrado de Musicoterapia, que levou à realização deste estágio. A escolha da população, as crianças e jovens em perigo que se encontram em acolhimento residencial, deveu-se, por um lado, a um interesse pessoal e profissional pelo trabalho com esta população e, por outro, ao reconhecimento da importância da utilização da música neste contexto, como forma de expressão e relação criativa, que se possa constituir como um complemento às relações e vivências promovidas pela casa de acolhimento onde residem.

Assim, com este trabalho pretende-se apresentar a intervenção em musicoterapia efectuada numa Casa de Acolhimento Temporário - a Casa da Boavista - de uma forma analítica e exploratória. Para isso, considerou-se que a descrição do trabalho feito nesta Instituição, bem como a contextualização teórica da musicoterapia, do desenvolvimento infantil e a revisão dos principais estudos sobre esta população e sobre a aplicação da musicoterapia à mesma, seriam muito úteis para que uma análise consistente dos casos em estudo.

Ao longo do estágio foram efectuadas sessões de musicoterapia com 17 crianças e jovens da Casa Boavista. Todos os procedimentos decorreram em harmonia com o

dia-a-dia da casa, desde a fase de integração à fase de acompanhamento, e são aqui descritos de forma reflexiva.

Para uma melhor compreensão dos processos terapêuticos, seleccionaram-se dois deles para estudo de caso, um individual e outro grupal. Pretende-se então analisar os casos acompanhados à luz das teorias que considerámos mais adequadas. No caso individual optou-se pela “Teoria do brincar” de Winnicott, estabelecendo um paralelo entre as vivências musicais e relacionais na relação paciente-terapeuta e as ideias psicodinâmicas sobre a interacção mãe-bebé e o desenvolvimento infantil. Esta visão permitiu uma melhor compreensão e intervenção ao longo de todo o processo evolutivo deste caso. No caso grupal optou-se por utilizar, como base de análise, as teorias de diversos autores sobre as dinâmicas de grupo, dando ênfase às teorias psicodinâmicas.

Por fim, pretende-se que este trabalho possa contribuir para uma reflexão sobre o valor psicoterapêutico da musicoterapia, como processo relacional orientado para a mudança, com a vantagem adicional de ter a música como um poderoso mediador da relação paciente-terapeuta. Nesta população, em que se reconhecem algumas dificuldades na adesão às terapias verbais, a música pode funcionar como linguagem universal criativa e expressiva, substituindo ou complementando a palavra.

2. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

2.1. A CASA DA BOAVISTA

2.1.1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estágio em Musicoterapia decorreu numa Centro de Acolhimento Temporário que se situa na freguesia de São Paulo, na cidade de Lisboa - a Casa da Boavista. No início deste estágio, esta instituição era um equipamento social com autonomia funcional, integrado na Unidade de Desenvolvimento Social do Núcleo de Respostas Sociais do Centro Distrital da Segurança Social. Contudo, no decorrer do estágio este estabelecimento foi cedido pelo Instituto da Segurança Social à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, por um período de 3 anos, passando esta a assegurar a gestão das respostas sociais prestadas pela Casa da Boavista. Este processo foi regulamentado pelo Decreto-Lei 485/2010 de 03/12/2010.

O Centro de Acolhimento Temporário é uma das respostas contempladas no sistema de acolhimento português e tem como objectivo geral acolher crianças e jovens em perigo durante um curto período de tempo, visando o garante de cuidados adequados, a satisfação das necessidades básicas e a criação de condições que promovam os direitos consagrados na Convenção dos Direitos da Criança, nomeadamente, o direito à educação, bem-estar e desenvolvimento integral. Esta instituição funciona em regime aberto, o que implica a livre entrada e saída das crianças e jovens da instituição, facilitando a integração das crianças e jovens na comunidade. (Casa da Boavista, 2006).

2.1.2. OBJECTIVOS E PRINCÍPIOS ORIENTADORES

De acordo com o Projecto Educativo do centro de acolhimento temporário (Casa da Boavista, 2006), a Casa da Boavista tem por objectivos:

- “Promover a reintegração da criança ou jovem na família, sempre que possível;
- Proporcionar a satisfação de todas as necessidades básicas em condições de vida tão similares quanto possível de uma estrutura familiar;
- Satisfazer as necessidades específicas decorrentes do acolhimento residencial e de circunstâncias próprias de cada criança;

- Proporcionar os meios que promovam a sua valorização pessoal, social, escolar e profissional;
- Avaliar da situação de cada criança ou jovem, definindo o projecto de vida e elaborando o plano de intervenção individualizado que corresponda ao seu superior interesse.”

Para levar a cabo os seus objectivos, a instituição rege-se por determinados princípios, descritos no Projecto Educativo (Casa da Boavista, 2006), que consideramos importante aqui referir:

Em primeiro lugar, procura olhar para as crianças ou jovens institucionalizados de uma forma contextualizada, fazendo uma reflexão sobre o seu percurso histórico, o seu contexto social e familiar, sobre os motivos do acolhimento e sobre as suas vivências na casa. Procura também compreender os comportamentos da criança de uma forma interactiva, tendo em conta os seus esquemas de funcionamento interno e externo, evitando assim a tendência de explicar o seu comportamento e funcionamento de forma casual e linear.

Por outro lado, a instituição procura que a intervenção seja planeada em conjunto, com a participação de todos os agentes educativos, para que todos tenham conhecimento dos objectivos a alcançar, das capacidades e comportamentos a potenciar e dos comportamentos que importa alterar ou atenuar.

A intervenção deve também ser diferenciada, tendo em conta a análise de cada situação, adequando a acção a cada indivíduo e sistema interactivo. O sistema aqui referido é constituído por diversos subsistemas (indivíduo, equipa, família, comunidade, etc.), sobre os quais a intervenção deverá incidir, orientada para um fim comum.

Outro princípio referido passa pela promoção de níveis de socialização cada vez mais elevados. Desta forma, as crianças e jovens devem ser orientadas no sentido de se integrarem em contextos que beneficiem a socialização, aumentando o número de sistemas de que fazem parte.

Por fim, a intervenção da Casa da Boavista deve promover o aumento de níveis de autonomização e de sentido de responsabilidade de uma forma progressiva, bem como a consciencialização das crianças e jovens acerca dos seus actos, do impacto destes no meio que os rodeia, através da reflexão, auto-crítica, partilha e discussão em grupo de experiências e emoções em relação a comportamentos de terceiros, ou próprios.

2.1.3. ESTRUTURA ORGANIZATIVA

O funcionamento da Casa da Boavista é assegurado por um director, uma equipa técnica constituída por uma técnica de serviço social e um psicólogo, uma equipa educativa constituída por 6 educadores sociais e 3 ajudantes de acção sócio-educativa e uma equipa de apoio constituída por uma administrativa e duas auxiliares de serviços gerais. (Casa da Boavista, 2006).

A equipa técnica tem como principais funções: a) o acolhimento, acompanhamento, avaliação aprofundada, dinamização e concretização do projecto de vida de cada criança ou jovem; b) supervisionar e acompanhar o desenvolvimento biopsicossocial dos educandos; c) orientar a equipa educativa, d) intervir junto das famílias ou figuras de referência da criança ou jovem acolhida/o e com as redes sociais de um modo integrado; e) articular com a comunidade envolvente e os seus respectivos recursos. (Casa da Boavista, 2006 e regulamento interno).

A equipa educativa tem como principal função a promoção do desenvolvimento biopsicossocial de cada criança / jovem. Cada membro da equipa educativa tem a função de encarregado de educação, tomando a seu cargo uma ou mais crianças/jovens, passando a representar a sua figura de referência na função de educador e cuidador. Algumas das funções específicas desta equipa passam por: a) acompanhar e estimular a criança / jovem ao nível do seu desenvolvimento intelectual, físico e emocional, b) promover um ambiente afectuoso, com espaços lúdicos e de afectos individualizados; c) promover um ambiente acolhedor, de confiança e segurança que contribua para o desenvolvimento de relações interpessoais e d)

responsabilizar-se pela saúde, actividades sócio-lúdicas, dinamização da sala de estudo e manutenção da Casa (Casa da Boavista, 2006 e regulamento interno).

A equipa de apoio tem como função a manutenção e higiene da casa, o tratamento das roupas e o trabalho administrativo e de secretariado. (Casa da Boavista, 2006).

2.1.4. A POPULAÇÃO DA CASA DA BOAVISTA

A Casa da Boavista visa o acolher crianças do género masculino com idades compreendidas entre os 10 e os 14 anos, observando-se excepções como o acolhimento de crianças e jovens com idades superiores e inferiores a este intervalo, especialmente no caso das fratrias (Casa da Boavista, 2006). No momento do início do estágio a casa acolhia 17 rapazes com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos.

No decorrer do estágio um jovem foi reintegrado na família e três jovens foram acolhidos, perfazendo no final do estágio um total de 19 crianças e jovens na instituição.

Estas crianças e jovens apresentam problemas de funcionamento diversos, tais como, défice de competências pessoais e sociais, perturbações emocionais e cognitivas que condicionam o seu desenvolvimento psicossocial, tendência para desvios comportamentais, dificuldades na contenção dos impulsos, ausência de limites, passagens ao acto, dificuldade em lidar com a frustração e dificuldades de integração e adaptação a diversos contextos, nomeadamente o contexto escolar, entre outros. Estas problemáticas nem sempre são visíveis por estas crianças e jovens apresentam muitas vezes uma pseudo-estabilidade. (Casa da Boavista, 2006).

2.2. O SISTEMA DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS

2.2.1. ENQUADRAMENTO LEGAL

O sistema de protecção de crianças e jovens tem como principais instrumentos a Convenção dos Direitos da Criança, a Constituição da República Portuguesa, cujos

princípios, valores e normas são desenvolvidos pela legislação ordinária, nomeadamente, pela Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo – Lei n.º 147/99, de 1 Setembro. (Leandro, Alvarez, Cordeiro & Carvalho, 2005).

A Convenção dos Direitos das Crianças adoptada pelas Nações Unidas em 1989 (UNICEF, 2004) defende que se deve garantir à criança o direito de viver com os pais, a não ser que isso seja incompatível com os seus legítimos interesses. Reforça que os laços afectivos familiares são de grande importância para a criança construir e preservar o seu sentido de identidade, essencial para o seu desenvolvimento integral – intelectual, social e moral.

Contudo, nos casos em que os seus direitos não são assegurados pelos pais ou outros responsáveis pelas crianças, o estado deve tomar “medidas administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança” (UNICEF, 2004 p. 13). Assim, e segundo a Lei n.º 147/99, art. 3º, uma criança ou jovem encontra-se em perigo quando se encontra numa das seguintes situações:

“a) Está abandonada ou vive entregue a si própria; b) está sujeita a maus-tratos, físicos ou psíquicos, ou é vítima de abusos sexuais; c) não recebe os cuidados necessários à sua idade; d) é obrigada a trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade; e) está sujeita a comportamentos que afectam a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; f) assume comportamentos ou entrega-se a actividades ou consumos que afectam gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, ou quem tenha a guarda da criança se oponham de modo adequado a remover essa situação”. (Lei n.º 147/99, art. 3º).

Torna-se neste momento necessário fazer uma distinção entre crianças em risco e crianças em perigo. O risco pressupõe a probabilidade de que algum dano venha a ocorrer, não passando ainda de uma possibilidade, enquanto que o perigo se verifica quando a probabilidade de risco é muito elevada, e caso não seja tomada uma providência adequada e atempada, o dano poderá mesmo concretizar-se (Casa da Boavista, 2006).

A intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem decorre então de situações de perigo ou fragilidade em que fique perturbado o desenvolvimento, funcionamento ou interacção da criança ou jovem e deve ser efectuada logo que a situação de perigo seja conhecida (Casa da Boavista, 2006). Esta intervenção deve obedecer aos seguintes princípios: Interesse superior da criança e do jovem; privacidade; intervenção precoce; intervenção mínima; proporcionalidade e actualidade; responsabilidade parental; prevalência na família; obrigatoriedade da informação; audição obrigatória e participação; e subsidiariedade. (artigo 4º da Lei n.º 147/99).

Segundo Leandro *et al.* (2005) estão previstos três níveis de intervenção, ainda que interligados. O primeiro nível compete às entidades com competência em matéria de infância e juventude (escola, serviços de saúde, município, organizações não governamentais, etc.), o segundo nível, e na impossibilidade de intervenção no nível anterior, a protecção das crianças e jovens compete às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e, por fim, no caso de a intervenção não ter o consentimento da família, a intervenção fica a cargo do Tribunal de Família e Menores.

As medidas de protecção podem ser de dois tipos: medidas em meio natural de vida - apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar e apoio para a autonomia de vida - ou medidas de colocação - confiança a pessoa idónea, acolhimento familiar e acolhimento Institucional. (Artigo 35º da Lei n.º 147/99).

Nota-se que são privilegiadas as medidas em meio natural de vida, nomeadamente, em detrimento das medidas de colocação. Estas medidas têm regulação no diploma através dos art. 60 a 63 da Lei n.º 147/99, que determinam a sua duração, execução e cessação, não se permitindo assim decisões abusivas quando uma medida é decretada.

2.2.2. O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Em Portugal, o acolhimento pode ser de curta ou longa duração (artigo 50º da Lei n.º 147/99). O sistema de acolhimento português contempla dois principais tipos de

resposta institucional: os Centros de Acolhimento de Temporário (CAT), onde a criança ou jovem não deve permanecer por mais de seis meses, e os Lares de Infância e Juventude (LIJ), para o acolhimento de longa duração (superior a seis meses). O sistema da Segurança Social dispõe ainda das Casas de Acolhimento de Emergência (CAE) que se destinam a acolher crianças e jovens em situação de perigo actual ou iminente para a sua vida ou integridade física. Frequentemente se observam situações em que o acolhimento se prolonga além do período previsto, normalmente por falta de outro tipo de respostas (Casa da Boavista, 2006).

Segundo o artigo 49^a da Lei n.º 147/99:

“A medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.” (Lei n.º 147/99, art. 49º).

Assim, a Instituição deve ser entendida como mais do que um mero abrigo que proporcione refúgio à criança, apenas com um papel passivo no provimento das necessidades básicas das crianças e jovens. Deve portanto ter um papel activo que articule a função educativa à função terapêutica. Neste sentido, a planificação é um aspecto crítico do funcionamento dos centros de acolhimento (Fontoura, 2008).

Esta questão torna-se mais premente ainda se tivermos em conta as mudanças que têm vindo a ocorrer no perfil da população atendida pelas instituições de acolhimento desde a introdução da Lei de protecção de crianças e jovens em perigo em 1999. Desde então, a gestão centralizada das respostas de protecção infantil e a diversificação de apoios às crianças e jovens em risco, nos seus próprios contextos de vida, pode ter contribuído para que a população com necessidade de colocação em cuidados fora da família passasse a ser tendencialmente constituída por crianças mais velhas - pré-adolescentes - e mais problemáticas. (Martins, 2008)

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1. A MUSICOTERAPIA

A musicoterapia é definida por Wigram (2000e), citado por Wigram, Pedersen e Bonde (2002), como sendo o uso da música em situações clínicas, educacionais e sociais para tratar pacientes ao nível das suas necessidades médicas, educacionais e psicológicas. Neste contexto, A música é utilizada como um meio de comunicação e de representação e expressão do mundo psicológico dos pacientes, e também como uma actividade/projecto onde se processa a construção da identidade e se negociam necessidades e vulnerabilidades na relação com os pares e com os adultos.

No trabalho com crianças com problemáticas de abandono, negligência e privação, e segundo os estudos que aqui descreveremos, a abordagem mais utilizada é a da Musicoterapia Psicoterapêutica. Assim, consideramos importante apresentar uma definição deste tipo de musicoterapia: Segundo Wigram *et al.* (2002), trata-se de um tipo de terapia em que a música é utilizada para ajudar o paciente a obter *insight* acerca do seu mundo, das suas necessidades e da sua vida. Através de uma abordagem psicodinâmica este toma consciência de pensamentos, sentimentos, atitudes e conflitos.

Especificamente, no trabalho com crianças o musicoterapeuta deve começar por criar um ambiente de suporte que promova o desenvolvimento das capacidades da criança. O terapeuta deve avaliar as suas características individuais, nomeadamente, no que diz respeito à forma como comunica e se relaciona com o mundo exterior, para melhor aceder às suas necessidades. (Wigram *et al.* 2002).

Os clientes da musicoterapia psicoterapêutica podem ser indivíduos com diversos problemas psiquiátricos, indivíduos com problemas psicológicos que afectam as suas vidas ou mesmo qualquer pessoa que procure uma mudança psicológica. Os *settings* em que se aplica podem também ser variados, passando pelos hospitais psiquiátricos, centros de aconselhamento e clínicas privadas (Bruscia, 1998). Independentemente do *setting* em que é aplicada, a musicoterapia psicoterapêutica é caracterizada pela relação estabelecida entre o terapeuta e o paciente: “It is within and through this

relationship that the therapy process unfolds, and the client makes the necessary change.”¹. (Bruscia, 1998a, p. 214).

Bruscia (1998) considera que o terapeuta pode optar por uma perspectiva “transformativa” ou de “*insight*”. Na perspectiva “transformativa” é a própria experiência musical que provoca a mudança, enquanto que na perspectiva de “*insight*” é a mediação verbal consequente à experiência musical que leva à mudança.

São objectivos deste tipo de musicoterapia o maior auto-conhecimento, a resolução de conflitos internos, a expressão emocional, as mudanças ao nível das emoções e atitudes, a melhoria das competências interpessoais, a resolução de problemas interpessoais, o desenvolvimento de relações saudáveis, o tratamento de traumas emocionais, o aprofundamento do *insight*, entre outros. Estes objectivos são semelhantes aos da psicoterapia, que se baseia também na relação estabelecida entre o paciente e o terapeuta, mas com a vantagem de utilizar a música como facilitador da relação. (Bruscia, 1998).

O tipo de musicoterapia atrás descrita, bem como a que por nós foi desenvolvida neste estágio, toma como referência a teoria psicanalítica. Como base nesta teoria, a música é utilizada como uma linguagem emocional que consegue aceder ao *self*, remover associações e conflitos inconscientes e estimular o pensamento e a reflexão sobre a vida da pessoa (Rudd, 1993, cit. por Sabbatella, 1999).

Nesta perspectiva, existem diversos aspectos da relação terapêutica, reconhecidos pelas teorias psicanalíticas que têm que ser tidos em conta na intervenção musicoterapêutica, nomeadamente, os fenómenos transferenciais e contra-transferenciais. A transferência é, segundo Rycroft (1995), o processo através do qual o paciente coloca no terapeuta sentimentos, ideias, etc. que derivam de outras relações com figuras significativas da sua vida. Assim, o paciente relaciona-se com o terapeuta como se fosse uma dessas figuras. A contra-transferência é, segundo o

¹“É dentro e através desta relação que o processo terapêutico se desenrola e o cliente alcança a mudança necessária.” (tradução nossa)

mesmo autor, a transferência do terapeuta em relação ao paciente, a sua resposta emocional em relação a determinados aspectos do comportamento do paciente. Heimann (1959) cit. por Pedersen (2006) considera que a contra-transferência pode ser um importante instrumento de investigação do inconsciente do paciente.

Segundo Pedersen (2006), Priestley (1975/1994) foi quem primeiro abordou os fenómenos contra-transferenciais no seu trabalho como musicoterapeuta, mas foi Bruscia (1998) quem procurou uma compreensão mais profunda destes fenómenos, tendo identificado os sinais da contra-transferência, as técnicas para descobrir e trabalhar com a contra-transferência e os tipos de contra-transferência – positiva, negativa, empática, complementar, somática, emocional, comportamental e musical.

3.2. AS CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO

3.2.1. O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E A VINCULAÇÃO

Antes de abordarmos as características específicas das crianças e jovens em perigo importa apresentar determinados aspectos essenciais ao desenvolvimento infantil. Neste sentido, um autor que não podemos deixar de referir é Winnicott. Para Winnicott (1975), a condição necessária para que o bebé se desenvolva, é a existência de uma *“mãe suficientemente boa”*, que responda e se adapte activamente às necessidades do bebé, atribuindo-lhe um significado e sentido.

A *“mãe suficientemente boa”* é portanto é aquela que tem uma função materna adequada à fase do desenvolvimento do seu bebé e que é capaz de uma *“primary maternal preoccupation”*². (Rycroft, 1995, p. 105)

Gradualmente, a criança passa de um estado de dependência absoluta da mãe, em que não consegue resistir à frustração da sua ausência, para um estado de dependência relativa. Através das gratificações satisfatórias e quando lhe é proporcionado um espaço relacional para a auto-exploração, a criança vai desenvolvendo a sua autonomia e a sua capacidade de estar só. (Winnicott, 1975)

²“preocupação materna primária.” (tradução nossa)

Winnicott (1975), sublinha ainda a importância de uma relação continuada entre a criança e a figura materna e/ou paterna. Quando se dão separações com uma duração para a qual a criança ainda não tem maturidade para tolerar, isso poderá dar origem a um estado que mais tarde se pode assemelhar a uma tendência anti-social.

Parece-nos também essencial falar acerca de um conceito que caracteriza a relação da criança com os seus cuidadores e que reforça a importância desta relação no desenvolvimento da sua estrutura interna e das suas competências relacionais com o exterior: a vinculação.

O conceito de vinculação foi desenvolvido por Bowlby desde 1950, que defendia que o vínculo do bebé à mãe e da mãe ao bebé resulta de determinados sistemas de comportamento característicos da espécie. Bowlby desenvolveu a sua teoria com base na perspectiva Darwiniana e considerava que a vinculação tinha uma vantagem selectiva. Neste sentido, a proximidade e protecção por parte das figuras adultas em relação à criança pequena eram importantes na sua luta contra os perigos do meio ambiente. (Guedeney, 2004).

A Teoria da vinculação de Bowlby afirma que as experiências afectivas iniciais com os pais, ou seus substitutos, estão na base das relações afectivas futuras. O autor demonstrou que a acessibilidade de figuras parentais é o único meio capaz de produzir sentimentos de segurança na criança. Ainsworth acrescenta que é a dupla noção de proximidade e de segurança que define o sistema de vinculação. (Guedeney, 2004).

Bowlby explica que o desenvolvimento do comportamento de vinculação decorre ao longo de três fases. Numa primeira fase o bebé põe em acção os processos de discriminação e dirige o seu repertório comportamental apenas aos cuidadores, o que é promotor de uma interacção responsiva por parte das figuras cuidadoras. Na segunda fase, o bebé já segue a mãe quando esta se afasta, recebendo-a com a maior satisfação no seu regresso. Passa também a utilizar a mãe como base de segurança para deambulações exploratórias. Finalmente, na última fase a criança já

pode ter uma relação recíproca com a mãe, passando a adquirir um discernimento intuitivo sobre os seus sentimentos e motivos. (Guedeney, 2004).

Através de uma investigação a que chamaram “*A Situação Estranha*”, Ainsworth, Bell e Stayton (1971) e Ainsworth *et al.* (1978) definiram três tipos de padrões de vinculação. Assim, concluíram que consoante os cuidados maternos promovidos, as crianças apresentavam diferentes comportamentos: crianças inseguras – evitantes, crianças inseguras – resistentes/ambivalentes e crianças seguras. (Ainsworth e Bowlby, 1991). Main e Solomon (1990), cit. por Miljkovitch (2004) definiram ainda um outro tipo de padrão comportamental: as crianças desorganizadas / desorientadas.

Sroufe e Waters (1977) sublinham que o tipo de vinculação estabelecida na infância terá consequências desenvolvimentais ao nível do desempenho da criança na exploração de contextos desconhecidos, bem como na aquisição do conceito de autonomia do *self* e competência social no seio do grupo de pares. Mais tarde, Fonagy, Trevanthen e Stern, cit. por Guedeney (2004) demonstraram que a proximidade e a sua manutenção, características de uma vinculação segura, têm também um papel essencial no desenvolvimento da mentalização e da intersubjectividade.

Bender, Bliesener, & Losel, (1996), cit. por Amir & Yair (2008) consideram que muitas crianças que tiveram uma vinculação insegura na infância manifestam um comportamento anti-social, tendo problemas de comunicação, poucas competências sociais e dificuldades relacionais. Maier (1994), citado pelas mesmas autoras, refere ainda que estas crianças têm normalmente dificuldades em confiar e receber ajuda e apoio dos outros.

3.2.2. AS CRIANÇAS COM PROBLEMÁTICAS DE ABANDONO, NEGLIGÊNCIA E MAUS-TRATOS

As vivências relacionadas com o abandono, a negligência e a privação estão normalmente relacionadas com cuidadores negligentes que não tomaram devidamente conta das necessidades da criança. Estas necessidades passam pela alimentação, higiene, cuidados médicos, ou mesmo necessidades afectivas. Muitos destes pais não

deram os afectos, carinhos e reforços necessários para que a criança pudesse formar uma base emocional segura. (O'Hagan, 2006, citado por Amir, D. & Yair, M., 2008).

As crianças e jovens em perigo são de uma forma geral descritas como aquelas que sofrem maus-tratos ou actos negligentes normalmente causados por disfunção parental, o que lhes pode causar danos ao nível do desenvolvimento físico, intelectual, emocional e/ou social. (Amir e Yair, 2008).

Como consequência, muitas destas crianças deixam transparecer sentimentos de zanga, abandono e desespero que têm grandes dificuldades em expressar, vivenciando um estado quase permanente de tensão interna e sofrimento emocional difuso. Dependendo das circunstâncias em que as situações de perigo ocorrem e da idade em que se começam a desenrolar os problemas no seio da família, estas crianças podem desenvolver diversos tipos de problemas psicológicos, entre eles as perturbações do desenvolvimento, a depressão, a hiperactividade, as perturbações do comportamento, a delinquência, entre outras. (Amir e Yair, 2008).

Podemos considerar que as crianças com problemáticas de abandono e negligência sofreram uma ruptura ou insuficiência dos vínculos afectivos. Lehtonen (1993) refere que Winnicott considerava que a experiência traumática de privação afecta a experiência de “continuidade da existência” da criança. Esta privação impede a criança de experienciar uma segurança básica na relação com as figuras parentais e de aceder ao pensamento elaborado.

Rygaard (2006) inclui estas problemáticas nas “Perturbações da Vinculação”. Este autor descreve estas perturbações como aquelas que incluem os problemas emocionais e de comportamento observados frequentemente em crianças que não receberam atenção suficiente nos primeiros anos de vida.

No que diz respeito aos adolescentes em perigo, a principal problemática passa pelas perturbações na construção / reconstrução da identidade, que se manifesta muitas vezes por labilidade afectiva, vulnerabilidade narcísica, ausência de controlo dos

impulsos, compulsão para a agressão, isolamento e dificuldade na expressão e elaboração da vida afectiva. (Flower, 1993).

3.2.3. AS CRIANÇAS E JOVENS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Especificamente no que concerne às crianças e jovens que, tendo sofrido actos negligentes, abandono e maus-tratos, se encontram institucionalizados, podemos referir que diversos estudos apontam para uma tendência depressiva, elevados níveis de destruturação, atrasos no desenvolvimento e condutas agressivas (Marques, 2006; Biscaia e Negrão, 1999; Taylor, 2004, citados por Pinhel, Torres e Maia, 2009).

Mas determinados autores vão mais longe, apontando mesmo alguns efeitos do acolhimento institucional. Martins (2005) reflecte acerca do impacto da institucionalização na criança ou jovem, sublinhando que a institucionalização pode comportar consequências negativas a diversos níveis, sobretudo pela vivência subjectiva de afastamento e abandono das crianças relativamente à família e pelas atribuições depreciativas e de auto-desvalorização que isso pode motivar.

Segundo Leandro *et al.* (2005, p. 99):

“A estrutura residencial não pode pensar que é a “salvadora” da criança e que, como tal, esta tem que mudar de cara e ficar, de um momento para o outro, satisfeita e liberta. Ficarà decerto, mas apenas em parte, porque a outra parte terá saudades, sentirá pena e procurará regressar “às origens”.”.

Estas crianças podem desenvolver uma perturbação reactiva da vinculação como efeito do acolhimento institucional, mantendo padrões de vinculação disfuncionais com as novas figuras cuidadoras, mesmo com o seu cuidador de referência. (Zeanah, Smyke, Koga e Carlson, 2005 citados por Pinhel *et al.*, 2009)

Ao nível das suas vivências internas, Martins (2005) refere que a regulamentação excessiva da vida quotidiana, invasora da definição do espaço próprio, a vivência grupal, a organização institucional e a permanência prolongada na instituição podem

interferir na organização da intimidade e na construção da autonomia pessoal da criança ou jovem.

Pinhel *et al.* (2009, p. 519) levaram a cabo uma investigação em que concluíram que:

“os comportamentos manifestados, pelas crianças institucionalizadas, reflectem representações mentais negativas, em que os adultos cuidadores surgem como indisponíveis, rejeitantes ou abusadores, que promovem na criança o desenvolvimento de um self desvalorizado, que se vai consolidando em frágeis alicerces.”

Os autores reflectem acerca da importância de, na fase de adaptação das crianças a este novo sistema relacional serem criadas estratégias que tenham em conta o potenciar das capacidades de resiliência e de adaptação, para que consigam positivamente ultrapassar as adversidades às quais foram expostas.

Bowlby (1981,1984), citado por Pinhel *et al.* (2009), refere que o facto dos cuidados na instituição estarem divididos por vários cuidadores pode ser um obstáculo a uma interacção securizante com o adulto. Contudo, o autor sublinha que a existência de um adulto de referência, atento às necessidades específicas da criança pode ser muito importante desde que sejam postos em prática pelo cuidador três conceitos chave: continuidade, disponibilidade e sensibilidade da resposta.

Segundo Leandro *et al.* (2005), a criança mesmo quando rejeitada, abandonada ou maltratada pela família, sentirá a falta desta, o que torna natural a prevalência de sentimentos ambíguos e ambivalentes. Assim, é importante que a os profissionais e a dinâmica da casa se adaptem ao ritmo da evolução da criança ou jovem, à medida que esta vai gerindo a sua dor, perdas, sofrimento, sensação de injustiça e traição, ao mesmo tempo que se inicia um processo de securização e de encontro com afectos e modelos até aí possivelmente inexistentes.

Por outro lado, podemos considerar que, mesmo com as dificuldades inerentes à institucionalização, esta pode comportar ganhos efectivos, tanto para a criança como para a família (Martins, 2005). Segundo Zurita e Fernández del Valle (1996) cit. por

Martins (2005, p. 5):“o tipo de relações instituídas na modalidade de acolhimento institucional, mais profissionais e mediadas, facilita o contacto pais-filho(a) e promove o envolvimento e a proximidade da família biológica.”.

Zurita *et al* (1996), citados por Martins (2005) referem ainda outras vantagens do acolhimento institucional, quando comparado com outros tipos de medidas. Por um lado, o facto de serem contextos mais estruturados e organizados, com limites claramente definidos para os comportamentos e, por outro, o facto de promoverem vivências grupais que podem ser especialmente benéficas para os adolescentes, facilitando o estabelecimento de laços com diferentes pares e adultos, favorecendo o desenvolvimento de sentimentos de pertença e de cooperação em relação ao grupo e promovendo a interiorização de valores e padrões de conduta grupais.

Contudo, e tendo em conta as graves carências ao nível psicológico e educativo de que estas crianças e jovens sofrem, estas apresentam uma elevada percentagem de sintomas psicológicos e comportamentais e uma conseqüente elevada taxa de morbilidade psiquiátrica (Gonçalves, Almeida, Guimarães e Alves 2005). Assim, deveria ser considerada uma prioridade o acesso destas crianças e jovens aos cuidados de saúde mental. Contudo, e segundo Gonçalves *et al* (2005), esta realidade é muito precária. Por um lado, nem sempre na própria instituição existem profissionais com formação em saúde mental, por outro, o seu acesso a serviços especializados onde as suas situações clínicas possam ser diagnosticadas e tratadas nem sempre é fácil dada a falta de recursos humanos. Por fim, uma outra possibilidade poderia passar pelas residências terapêuticas, onde as crianças e jovens com problemáticas mais acentuadas poderiam ter cuidados integrados de saúde mental, mas que em Portugal são quase inexistentes.

3.3. A MUSICOTERAPIA E O DESENVOLVIMENTO

Diversos autores têm procurado estabelecer uma ligação entre o desenvolvimento infantil e a musicoterapia. Neste sentido, Lehtonen (1993) considera que a música é um processo psíquico, uma manifestação externa e perceptível dos processos

internos, uma expressão que os indivíduos utilizam para transformar as experiências internas de significação em manifestações externas audíveis.

Lehtonen (1993) refere que, no que diz respeito ao desenvolvimento psicológico, todo o acto criativo é uma forma de resolver problemas da vida real. Para o autor, a particularidade da música passa por ser uma forma de expressão com a qual o indivíduo consegue aceder a partes suas localizadas em estágios precoces do desenvolvimento, nomeadamente ao nível da aquisição da função simbólica. O acto criativo na expressão musical é pelo autor comparado à capacidade de brincar. Segundo Ginsburg (2006) brincar é essencial para o desenvolvimento porque contribui para o bem-estar cognitivo, físico, social e emocional das crianças e jovens.

Van der Linde (1999) refere-se também ao brincar e à música como actividades relacionadas, ambas importantes para o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. O autor considera que o brincar e a música são importantes veículos para:

- Desenvolver a capacidade mental e intelectual que formam a base da linguagem;
- Ajudar a criança a tomar consciência de si, o que resulta numa melhor auto-confiança e auto-imagem;
- Desenvolver os aspectos afectivos, permitindo uma melhor expressão de sentimentos e alívio de tensões;
- Desenvolver papéis sociais;
- Desenvolver a criatividade.

Ao nível biológico, Pavlicevic (2000) refere que as crianças estão neurologicamente predispostas para identificar e responder a padrões musicais, da mesma forma que são muito sensíveis aos ritmos, movimentos, vocalizações, alterações tímbricas e de volume da voz, gestos e sons maternos.

Newham (1999) sublinha ainda que a voz é a primeira forma de expressão de sentimentos profundos e instintivos do bebé, através do choro, dos risos, dos gemidos,

entre outras vocalizações. Neste sentido, Sekeles (1996, p. 31), uma autora que desenvolveu um modelo desenvolvimental e integrativo na musicoterapia, afirma:

“The human voice is endowed with a flexibility which allows it to express emotion, even without the use of specific words. The musical parameters which influence emotion can be expressed vocally by means of changes in tempo and continuity, accentuation, pitch and range, timbre and dynamics”.³

Pavlicevic (2000) conclui que, tal como na relação mãe-bebé, também o terapeuta e o paciente estabelecem uma relação em que o principal objectivo do terapeuta é entrar em contacto, através da música, com o paciente e com a sua experiência emocional do mundo. A autora refere-se especificamente à improvisação em musicoterapia, como forma de promover uma relação emocional inter-subjectiva, através de um acto musical espontâneo e idiossincrático.

Através da improvisação, o terapeuta pode trabalhar directamente com as emoções e comportamentos da criança, no sentido de promover a sua auto-regulação, uma vinculação saudável e a sua capacidade de brincar. (Bargiel, 2004; Robarts, 1998, 2003; Wheeler & Stultz, 2001 citados por Robarts, 2006).

Amir e Yair (2008), partindo do pressuposto de que as interacções entre pais e crianças são musicais por natureza (Nakata & Trehub, 2004; Papousek, 1996; Standley, 2001; Trehub & Schellenberg, 1995, cit. por Amir e Yair, 2008, p. 118) concluem algo que nos parece reforçar a importância da musicoterapia com crianças, nomeadamente com aquelas que sofreram traumas precoces: “it seems logical to use music in order to recapture these early experiences and process them. Music therapy

³ "A voz humana é dotada de uma flexibilidade que lhe permite expressar emoções, mesmo sem o uso de palavras específicas. Os parâmetros musicais que influenciam a emoção podem ser expressos oralmente por meio de mudanças de andamento e continuidade, acentuação, tom e tessitura, timbre e dinâmica " (tradução nossa)

offers a pre-verbal quality of mother-infant bonding in a safe environment, that is enjoyable and provides a feeling of freedom.”⁴.

Neste mesmo sentido, Flower (1993) introduz o termo “Musical Attachment”⁵ para definir o processo através do qual a música funciona como espaço de segurança a que a criança se pode ligar mas do qual também se pode separar, da mesma forma que o fazem uma mãe e o seu bebé.

Também na Adolescência, diversos musicoterapeutas descrevem as vantagens da utilização da música na criação de ambientes seguros e familiares para os adolescentes, devido à sua forte e pré-existente relação com a música (Skewes, 2001). Outra vantagem assinalada por Skewes (2001) no trabalho com esta população é a possibilidade da música provocar mudanças sem ser necessário o recurso às palavras, mas também a sua capacidade de facilitar a expressão verbal e emocional. A autora sublinha ainda que a musicoterapia permite aceder a necessidades desenvolvimentais específicas da adolescência tais como a formação da identidade e pode também ser útil no aumento do *insight* sobre o próprio e suas relações interpessoais.

3.4. A MUSICOTERAPIA COM CRIANÇAS E JOVENS EM PERIGO

As crianças e jovens em perigo têm dificuldades em expressar o que sentem através de palavras, ou mesmo em reconhecer os seus sentimentos (Amir e Yair, 2008). São muitas vezes incapazes de apresentar formas “simbólicas” para aquilo que sentem ou pensam (Johnson, 1999, cit. por Amir e Yair, 2008). Neste sentido, apresentamos neste capítulo alguns exemplos de trabalho em musicoterapia com crianças e jovens em perigo que reforçam a ideia de que se trata de uma terapia muito eficaz no trabalho com esta população.

⁴ "Parece lógico usar a música com o objectivo de recuperar essas experiências precoces e processá-las. A musicoterapia oferece um aspecto pré-verbal do vínculo mãe-filho, num ambiente seguro, agradável e que proporciona uma sensação de liberdade. " (tradução nossa)

⁵ "Vinculação musical " (tradução nossa)

Alguns trabalhos aqui apresentados referem-se a um *setting* individual, outros a um *setting* grupal e poderemos ver ao longo desta revisão como, no primeiro caso, o trabalho passa por uma compreensão mais profunda do mundo interno dos pacientes e, no segundo caso, passa principalmente pelo desenvolvimento de competências pessoais e relacionais, embora, em determinados casos seja também possível um trabalho psicoterapêutico mais profundo.

Stewart e Stewart (2002) dão-nos a conhecer o seu trabalho musicoterapêutico com uma criança que sofreu traumas relacionados com o abandono e privação precoces. Trabalham numa abordagem individual psicodinâmica e enfatizam a necessidade de se promover um ambiente contendor que permita responder às necessidades do paciente. Os autores sublinham a importância dos cuidados primários e da consequente capacidade de brincar (Winnicott, 1971, citado pelos autores) para um desenvolvimento infantil saudável e descrevem a evolução do processo terapêutico com base nesta abordagem. Assim, numa primeira fase, a criança procura através do instrumento musical uma experiência de si. A consistência e fiabilidade da terapeuta e do *setting* permitem-lhe ir construindo de forma mais estável o sentimento de si (*self*). Numa segunda fase, começa a tolerar a presença e participação do outro (terapeuta), passando a ser capaz de entrar em relação, brincando e fazendo música em conjunto. E, finalmente, numa terceira fase, acede finalmente, através da música e do jogo, a um brincar simbólico.

Numa criança que sofreu uma experiência traumática relacional precoce, a sua dificuldade em estabelecer uma relação de confiança e os seus medos em relação ao mundo exterior podem comprometer a sua capacidade de brincar. Stewart e Stewart (2002, p. 151) explicam como consideram que a musicoterapia pode ajudar a criança a explorar estes medos: "It allowed her to test external reality and, hopefully, to find it a more reliable place than her worst fears would have her believe."⁶

Amir e Yair (2008), abordam o trabalho com crianças em risco que sofreram de negligência e/ou abuso físico, emocional ou sexual e que vivem em Lares de

⁶ "Permitiu-lhe testar a realidade externa e, esperamos, passar a reconhecê-la como um lugar mais confiável do que os seus piores medos a levaram a acreditar." (tradução nossa)

Acolhimento. Estas autoras reconhecem que estas crianças, vinculadas de forma insegura, têm dificuldades relacionais, nomeadamente no estabelecimento de uma relação de confiança.

Com o estudo efectuado, as autoras pretendiam encontrar o significado de improvisações ao piano efectuadas por estas crianças em sessões de musicoterapia individual. Os principais significados encontrados foram “no home”, “circle of distress” e “hope”⁷. Amir e Yair (2008) reflectem sobre o papel da musicoterapia como o lugar onde as crianças podem encontrar essa “casa”. “By finding suitable musical interventions, the therapist can help clients organize their music, thus find some order in their inner world and re-create their inner home”⁸. (Amir, 1999, cit. por Amir e Yair, 2008, p. 137).

A “esperança” pode também ser encontrada por algumas destas crianças através da musicoterapia. Amir e Yair (2008) consideram que existe algo na música que pode ajudá-las a despertar um mundo interno onde é possível brincar, serem espontâneas e criativas. É ainda importante referir que, ao contrário da criança estudada por Stewart e Stewart (2002), que tinha sido adoptada aos 21 meses, as crianças deste estudo encontram-se institucionalizadas, um ambiente que pode ser sentido por elas como negativo e ansiogénico, o que torna ainda mais importante a presença da referida “esperança”. Amir e Yair (2008) concluem, sugerindo o uso das improvisações ao piano com crianças que vivem em Lares de Acolhimento como ferramenta de diagnóstico, prognóstico e terapia.

Também Roberts (2006), no seu trabalho musicoterapêutico individual com crianças que sofreram de abuso sexual, procurou ajudar as crianças a construir uma nova forma de existir e de existir com o outro. Defende que, ao aceder a um sentimento de coerência interna e de ligação ao outro, a criança pode encontrar um espaço seguro e estável, ao mesmo tempo que flexível.

⁷ "casa, círculo de sofrimento e esperança" (tradução nossa)

⁸ ""Ao encontrar intervenções musicais adequadas, o terapeuta pode ajudar os clientes a organizar a sua música, e assim, a encontrar alguma ordem no seu mundo interior e a recriar a sua casa interior" (tradução nossa)

Podemos concluir acerca das intervenções individuais que, um dos principais instrumentos de trabalho é a relação, tal como descrita por Strecht (1998) no seguinte excerto:

“As crianças modelam-se aos adultos que as rodeiam, e se nos oferecermos como uma presença continuada no tempo poderemos ajudá-las a resolver processos patológicos de descontinuidade, devolvendo-lhes um conforto genuíno e uma esperança digna, facilitando uma cura” (p. 39).

Na maioria dos casos apresentados anteriormente, fenómenos regressivos ocorrem na musicoterapia, através da qual os pacientes reactivam as suas experiências precoces com os objectos primários, as vicissitudes da relação mãe-bebé e revivenciam as suas necessidades desenvolvimentais que ficaram por satisfazer. (Frank-Schwebel, 2002).

Contudo, existe um outro fenómeno que ocorre no sentido oposto, a procura da identidade. Segundo Erickson (1987), citado por Bloch-Wrobel (2002), a criança lida também com questões relacionadas com a sua cultura desde os seus primeiros encontros, procurando a sua identidade ao interagir com diferentes pessoas ao longo da vida. Assim, é importante que o terapeuta esteja atento a estes aspectos culturais que surgem nos comportamentos e na música do paciente e que os aproveite como um bom contributo para o crescimento da criança na Musicoterapia (Bloch-Wrobel, 2002).

No que diz respeito à musicoterapia grupal, começamos por apresentar o trabalho de Hodermarska e Scott-Moncrieff (2007) que descrevem a sua intervenção num Programa terapêutico de cuidados Infantis com crianças cujas mães se encontravam a fazer tratamento por abuso de substâncias. Neste trabalho, a que chamaram “*Operatic Play*”, utilizaram as contribuições da musicoterapia e da dramaterapia e procuraram incorporar diversas técnicas, tais como: as árias improvisadas, o canto recitado e o diálogo. Com esta abordagem as autoras perceberam que a violência, a separação e a perturbação podem ser expressas por palavras, quando ao mesmo tempo existe uma relação musical promotora de ligação, contenção, “calor” e estabilidade. “Within the boundaries and safety of musical structure there is the possibility for expansive and

intensive expression”⁹. (Kenny 1991, cit. por Hodermarska e Scott-Moncrieff, 2007, p. 251).

Rio e Tenney (2002) trabalharam também num *setting* grupal com jovens em tratamento residencial com história de agressões. O tratamento descrito consiste numa abordagem com vários níveis, em que se trabalha não só ao nível comportamental, como também ao nível psicodinâmico. Por um lado, é tido em conta o mundo interno dos pacientes e as suas experiências traumáticas. Neste sentido, as autoras reforçam a importância do estabelecimento de vinculações seguras e não ameaçadoras no aqui-e-agora do tratamento, o que é possível tanto na relação com o *staff* como na musicoterapia. Por outro lado, sendo a musicoterapia baseada em experiências concretas, é possível aliar às teorias psicodinâmicas as abordagens comportamentais, ao proporcionar ao paciente interações significativas num enquadramento comportamental de condicionamento de distorções cognitivas.

As autoras consideram que o *setting* grupal é o mais adequado para trabalhar com adolescentes pois consideram que o grupo pode ser entendido como um modelo para o comportamento em sociedade. Além disso, o trabalho em grupo pode ser sentido por eles como menos ameaçador e nele podem ser promovidas a socialização e a influência mútua ao nível de valores, atitudes e comportamentos.

Em relação a todo o Programa de musicoterapia com adolescentes com história de agressão em tratamento residencial, Rio e Tenney (2002) concluem que a musicoterapia os ajudou na capacidade de confiar, na expressão pessoal e no desenvolvimento de relações interpessoais e de vinculações significativas. Perceberam também que diversas técnicas e recursos podem ser usados em função da personalidade, experiência, educação, preferências musicais e repostas apresentadas pelos pacientes.

Por fim, sublinhamos que o terapeuta deve ter determinadas competências adicionais ao trabalhar com grupos de adolescentes. Assim, é importante que compreenda bem o

⁹ "Dentro dos limites e da segurança da estrutura musical, há a possibilidade de uma expressão expansiva e intensa" (tradução nossa)

desenvolvimento na adolescência e a forma como este se reflecte nas suas escolhas musicais, bem como, os comportamentos esperados num grupo de pares. O terapeuta deve estar preparado para alternar entre dois papéis: o de contenção nas fases iniciais e mais regredidas do grupo e numa segunda fase, um papel em que seja capaz de dar gradualmente mais autonomia ao grupo, à medida que os elementos se vão vinculando mais uns aos outros. (Skewes, 2001).

3.5. A MUSICOTERAPIA E AS DINÂMICAS DE GRUPO

Segundo Fernandes (2003), o grupo terapêutico com crianças é um espaço de identificações, de partilha, de continuidade, de estabelecimento de diferenças bem como de abolição de diferenças, muito importante para o desenvolvimento infantil. Assim, no relacionamento com os pares, o grupo promove o reconhecimento das dificuldades de cada um, promove o auto-conhecimento e o conhecimento dos próprios limites e dos limites do outro.

Existem fenómenos importantes que são comuns a todos os grupos terapêuticos e que determinam a forma como o grupo evolui como um todo e como os seus elementos crescem e modificam os seus comportamentos. Segundo Zimmerman (1997) é inerente à formação de um grupo a presença de um “campo grupal dinâmico” onde transitam fantasias e ansiedades e que é descrito pelo autor da seguinte forma:

“O campo é composto por múltiplos fenómenos e elementos do psiquismo e, resulta que todos esses elementos, tanto os intra como os inter-subjectivos, estão articulados entre si, de tal modo que a alteração de cada um deles vai repercutir sobre os demais, em uma constante interação entre todos” (Zimmerman, 2000, p. 29).

Zimmerman (2000) postula a existência de 4 aspectos essenciais para a compreensão dos fenómenos que ocorrem no campo grupal: as identificações, os papéis desempenhados no grupo, a transferência e a contra-transferência.

A aquisição de um sentimento de identidade coeso passa pelo reconhecimento e elaboração das diferentes identificações parciais que vamos fazendo ao longo da vida, através da introjecção de características e valores das figuras parentais e da

sociedade. Estas identificações podem ser sadias e promover sentimentos de unificação e de pertença ou podem ser patológicas e prejudicar o crescimento autónomo da pessoa. No grupo terapêutico é importante que os pacientes aprendam a discriminar as identificações sadias das patológicas, para que se possam desidentificar destas últimas e possam encontrar novos modelos de identificação, promovendo assim uma identidade autêntica e estável (Zimmerman, 2000).

No grupo terapêutico, tal como noutros grupos, os pacientes vão assumindo diferentes papéis e, em cada papel, condensam-se as expectativas, necessidades e crenças de cada um. Estes papéis podem ser assumidos pelo próprio ou serem atribuídos pelo grupo de forma inconsciente. Um bom indicador da evolução grupal é quando os papéis deixam de ser fixos e estereotipados e passam a ser mais flexíveis e mutáveis. Faz parte da função do terapeuta facilitar o reconhecimento e modificação desses papéis, promovendo o sentimento individual de uma identidade própria e diferenciada dos outros. Alguns destes papéis assinalados por Zimmerman (2000) são: o bode expiatório, o porta-voz, o instigador, o sabotador, o apaziguador, o líder, etc.

A transferência é a via através da qual os conflitos com os objectos originais, surgidos das experiências passadas, emergem no relacionamento terapêutico com o terapeuta e com os outros membros do grupo. A transferência é assim um grande mobilizador da terapia e ocorre com maior facilidade nas crianças e nos grupos. Por outro lado, a contra-transferência é o conjunto de reacções inconscientes do terapeuta em relação aos pacientes e às suas transferências. Ao reconhecer e elaborar os seus sentimentos contra-transferenciais, o terapeuta pode utilizá-los como um instrumento de empatia. (Zimmerman, 2000)

Ao brincar, a criança vai revelando a sua ansiedade e a sua agressividade. Neste contexto, é necessário compreender por que motivo, dentro da situação transferencial do grupo, aparecem os impulsos destrutivos, assinalando-os e observando as suas consequências. No grupo, quando um problema é vivido este é dividido entre todos, tornando-se mais leve e menos monstruoso. Assim, será mais fácil para a criança dominar as suas angústias e controlar a sua impulsividade. (Fernandes, 2003).

Zimmerman considera que nestas idades a actividade motora substitui a comunicação verbal dos problemas e conflitos, assim como determina uma precária atenção para as interpretações, considerando assim que as interpretações devem na maior parte das vezes ter um cunho pedagógico esclarecedor. Schiffer, citado por Sá (2003) considera que o terapeuta deve interpretar o material com prudência, promovendo a interpretação realizada pelas próprias crianças.

Em musicoterapia, mesmo quando baseada em princípios psicodinâmicos, a interpretação verbal, mediada por processos cognitivos, pode mesmo tornar-se desnecessária, pois a compreensão e reconhecimento dos problemas emocionais e interpessoais podem ser alcançados através de mudanças interpessoais significativas, o que resulta numa experiência emocional correctiva. Na música, em conjunto, novos padrões comunicacionais são experienciados e formas de comunicação mais satisfatórias podem ser associadas aos sentimentos (Friedlander, 1994).

Hara (1999) assinala que, embora as teorias da terapia com grupos se apliquem aos grupos de Musicoterapia, estes grupos têm especificidades importantes de assinalar: a) Além da linguagem verbal, os grupos de musicoterapia têm também como instrumento os elementos musicais de ritmo, melodia, harmonia, timbre, dinâmica, etc. para se relacionarem no aqui-e-agora da sessão. b) Na experiência única de fazer música em grupo, os membros podem desenvolver papéis significativos no grupo, independentemente das suas capacidades de se expressarem verbalmente. c) Os elementos do grupo vivenciam um processo criativo que lhes permite criar as suas próprias soluções em grupo. d) Finalmente, os grupos de musicoterapia vivenciam uma experiência estética que se torna relevante para os membros do grupo.

O trabalho de Bion (1961) sobre a Dinâmica dos Grupos dá também um grande contributo para a compreensão do grupo de musicoterapia ao longo da sua evolução. Qualquer grupo vai oscilando entre aquilo a que Bion chama o grupo-de-trabalho, um grupo em que todas as pessoas estão envolvidas no trabalho terapêutico, enfatizando a aprendizagem e reconhecendo a necessidade de evoluir; e o grupo de pressuposto básico em que o grupo se mobiliza inconscientemente para a recusa do trabalho terapêutico e em que uma poderosa força afectiva impede a actividade racional do

grupo, recusando agressivamente o processo de desenvolvimento do grupo. (Bléaudonu, 1993).

Os pressupostos básicos descritos por Bion (que caracterizam o grupo de pressupostos básicos) são os seguintes: de dependência, de ataque-fuga e de acasalamento. O pressuposto de dependência tem a ver com a relação do grupo ao líder, neste caso o terapeuta, do qual espera receber alimento material e espiritual e protecção. O grupo espera que o líder o proteja e satisfaça todas as suas necessidades, sem que o grupo tenha que fazer qualquer movimento nesse sentido. (Bion, 1961).

No pressuposto de ataque-fuga, o grupo apresenta-se como se não pudesse subsistir senão lutando contra um perigo difuso ou, fugindo deste. As atitudes de fuga ou agressão nos grupos terapêuticos podem acontecer em relação a um membro do grupo, ao terapeuta, às actividades da sessão, etc. (Bion, 1961).

E por fim, no pressuposto de acasalamento, o grupo tem uma crença colectiva e inconsciente de que, quaisquer que sejam os problemas e necessidades do grupo, um facto futuro, uma ideia fantasiado ou um ser ainda por nascer, os resolverá. O estado emocional neste pressuposto é a ideia de um futuro idealizado e não a resolução do presente. Estes pressupostos oferecem uma grande resistência ao crescimento do grupo porque implicam um sistema defensivo contra angústias primitivas. (Bion, 1961).

Outra teoria que consideramos contribuir para a compreensão da evolução do grupo é a de MacKenzie (1994) que define 4 fases pelas quais um grupo terapêutico passa ao longo da sua história. Na primeira fase, a Fase de Compromisso, começa-se a desenvolver um sentimento de coesão grupal. Para isso são importantes as intervenções por parte do terapeuta sobre temas grupais, promovendo um sentimento de propósito comum e de envolvimento. Nesta fase são reforçadas no grupo a confiança, a expressão pessoal e a possibilidade de tomar riscos. Surgem também questões relacionadas com os limites grupais - externos, de liderança, subgrupos, interpessoais, individuais e internos - que devem sempre ser esclarecidos e discutidos.

Em seguida o grupo passa pela Fase de Diferenciação (MacKenzie, 1994), em que algumas diferenças individuais começam a surgir. Normalmente, nesta fase começam a aparecer conflitos interpessoais, discórdias e a abordagem de assuntos mais sensíveis. MacKenzie (1994) considera que, apenas quando o grupo atravessa com sucesso estas duas fases, está preparado para uma exploração mais intensa dos assuntos pessoais e interpessoais, alcançando uma terceira fase: o Grupo de Trabalho. Finalmente, MacKenzie (1994) descreve a Fase de Término, que, como o nome indica, é aquela em que o processo termina. Nesta fase é normal que venham ao de cima assuntos associados à perda, tais como o luto, a zanga, a rejeição, o abandono ou a frustração, por não se ter tido o suficiente.

Existe ainda um aspecto que nos parece importante abordar ao nível da dinâmica do grupo mais alargado: o grupo da instituição. Tal como referido anteriormente, estas crianças vivem juntas num contexto onde são favorecidas as relações entre pares e com as equipas da instituição. Assim, parece-me essencial perceber como são vividas estas relações e de que forma o processo terapêutico pode também ser influenciado pelas relações estabelecidas no aqui-e-agora da casa (instituição). Woringhton (2003) descreve as relações entre pares em comunidades terapêuticas para crianças e jovens de uma forma que julgo ser também útil para compreender as relações neste tipo de instituição. Dois aspectos são essenciais para compreendermos este tipo de relação:

Por um lado, a relação entre pares é muito influenciada pela cultura do grupo alargado, ou seja, pelas regras conscientes e inconscientes estabelecidas e pelas expectativas pré-existentes no grupo. Isto pode não ter tanto a ver com as regras formais da casa mas com as atitudes e comportamentos que são encorajados ou reprovados pelas próprias crianças e jovens. Esta cultura do grupo está também relacionada com a forma como desenvolvem um sentimento partilhado de responsabilidade pela casa, o que acontece nela, o que acontece a uns e a outros e que actividades secretas (delinquentes ou sexuais) fazem uns com os outros. (Woringhton, 2003).

Por outro lado, a relação com os adultos da casa que deve ser de qualidade, contentora das emoções difíceis, para que as crianças não precisem de se virar umas para as outras para descarregar essas emoções de forma inapropriada e destrutiva. (Worington, 2003).

Por fim, gostaríamos apenas de sublinhar os benefícios da musicoterapia com esta população quer ao nível individual, quer grupal. Esta perspectiva é corroborada por Nordoff e Robbins (2004), cit. por Robarts (2006), que reconheceram o potencial integrativo da música na ajuda a crianças com grandes dificuldades relacionais. Na musicoterapia individual e grupal estes musicoterapeutas exploraram os efeitos da improvisação como forma de relação e de comunicação. Foi com esta ideia em mente que partimos para esta intervenção que passaremos a descrever e analisar nos próximos capítulos.

4. OBJECTIVOS PROPOSTOS

A revisão bibliográfica aqui apresentada permitiu-nos perceber como a musicoterapia é uma terapia bastante adequada ao trabalho com crianças e jovens em perigo. Estas crianças e jovens sofreram traumas precoces que interromperam o seu desenvolvimento normal e por isso as suas necessidades passam principalmente pela possibilidade de estabelecer um vínculo seguro que lhes proporcione a oportunidade de reconstruir os seus padrões de relacionamento com adultos cuidadores e com os pares. A musicoterapia, pelas suas características relacionais e simbólicas pode permitir à criança estabelecer esse vínculo muito idêntico ao estabelecido pelo bebé com uma mãe “*suficientemente boa*”.

Contudo, tendo em conta as vivências precoces, é por vezes muito difícil para estas crianças e jovens estabelecer relações duradouras. Rygaard (2006) questiona por isso se as psicoterapias, que se baseiam na relação afectiva mútua, serão ajuda suficiente para estas crianças. A nós esta questão faz-nos concluir que uma intervenção terapêutica em que a musicoterapia esteja integrada nos diferentes cuidados à criança, especificamente nos casos de crianças em Acolhimento Institucional, pode ser mais eficaz que a sua aplicação isolada. É muito importante reconhecer que a carência precoce destas crianças pode interromper ou tornar mais lento o seu desenvolvimento psicológico e social e que, por isso, o terapeuta também terá que saber ajudá-la a sair, lentamente, da imaturidade social e afectiva em que ficou retida (Rygaard, 2006).

Na musicoterapia, pode ser feito um trabalho de continuidade em relação ao trabalho feito na casa, ao promover uma cultura que seja boa para cada criança e que favoreça boas relações entre pares, criando um ambiente contentor e criativo que lhes permita contribuir para o trabalho do grupo sem que o grupo se torne, nem um espaço de *acting out*, nem uma espaço de regras e normas muito rígidas que não deixe lugar para a exploração do que possa acontecer entre eles.

No fundo torna-se essencial que, por um lado, seja feito um trabalho de continuidade e complementaridade na terapia e na casa. Mas, por outro lado, é também importante

que exista uma certa diferenciação dos contextos social e grupal (da casa e da musicoterapia).

Assim, com base nos dados apresentados, foram estabelecidos no início do estágio os seguintes objectivos para o trabalho de musicoterapia com as crianças e jovens em perigo da Casa da Boavista:

- Fomentar o relacionamento construtivo entre pares na Casa da Boavista;
- Facilitar a abertura ao estabelecimento de laços com adultos de referência;
- Promover a expressão de sentimentos entre pares;
- Fomentar o sentimento de pertença e a coesão grupal;
- Fomentar o sentido de autonomia e identidade própria em cada jovem (num contexto em que têm que viver em grupo);
- Promover uma actividade criativa e relacional;
- Constituir-se como um veículo terapêutico para os pacientes que têm dificuldade em aderir às terapias verbais;
- Favorecer a diminuição de episódios, tais como os conflitos, a recusa escolar ou os comportamentos agressivos.

5. METODOLOGIA

Embora não se trate de um trabalho de investigação mas de um relatório de uma intervenção terapêutica, podemos considerar que a orientação metodológica deste relatório é a de um Estudo de Caso Exploratório, referente aos processos musicoterapêuticos ocorridos no contexto de um Estágio. O material clínico analisado foi recolhido através de diversos instrumentos que descreveremos neste capítulo.

5.1. PROCEDIMENTOS

5.1.1. FASE DE INTEGRAÇÃO

Na fase inicial do estágio ocorreram duas actividades que se mostraram essenciais para uma boa evolução do estágio, por um lado, o relacionamento informal com os residentes da casa, e por outro, a recolha de informação clínica e educacional junto da equipa técnica e educativa e através dos processos individuais a que tive acesso.

Com as crianças e jovens da casa o relacionamento teve muitas diferenças individuais. Alguns dos mais novos aproximaram-se logo muito de mim, procurando afecto e chamando-me para as suas brincadeiras. Outros residentes mais velhos solicitaram também bastante a minha presença, quer para ouvir música, para os ajudar no estudo ou para fazer um jogo de tabuleiro ao serão. Logo nestes primeiros contactos percebi que alguns o faziam de forma adequada e outros tinham alguma dificuldade na gestão de limites na relação. Alguns jovens, por outro lado, começaram por manter uma distância, a que chamaria distância de segurança. Demoraram bastante tempo a aproximar-se, demonstrando dificuldade em confiar.

Os elementos da equipa técnica foram uma importante ajuda na minha integração na casa. O psicólogo e a assistente social estabeleceram logo comigo uma relação bastante aberta, partilhando dados e preocupações relacionados com cada caso. Facilitaram-me acesso aos processos individuais e disponibilizaram-se para responder a todas as dúvidas que fui expondo. Para que percebesse melhor o trabalho de acompanhamento de cada caso, o psicólogo convidou-me ainda a participar numa reunião na CPCJ de Sintra com a técnica da CPCJ e com os familiares de 3 irmãos

acolhidos na Casa da Boavista. Esta reunião permitiu-me conhecer de forma mais aprofundada a história desta família, bem como a dinâmica familiar. Numa outra ocasião participei também numa visita domiciliária à casa da família de 3 irmãos que estiveram na Casa da Boavista e que foram reintegrados na família, o que me permitiu também entender o trabalho desenvolvido pelos técnicos ao longo das diversas fases do processo. A reunião com a professora de um dos jovens permitiu-me perceber como é feito o acompanhamento educativo de cada caso.

A relação com os educadores foi também uma boa ajuda por terem facilitado a minha integração nas diversas dinâmicas da casa, nos tempos de lazer, na sala de estudo e nas refeições. Foram também muito importantes as diversas conversas formais e informais que tive com os educadores acerca dos respectivos educandos.

Durante o período do meu estágio, estagiaram também na Casa da Boavista uma colega do curso de Psicologia Criminal e uma colega do curso de Serviço Social. A relação estabelecida com estas estagiárias, bem como a partilha de dúvidas e preocupações foi também essencial para a construção de um ambiente de trabalho responsável e ao mesmo tempo acolhedor.

Em todo este processo, quer na relação com os utentes quer na relação com as equipas ficou claro que esta é uma casa já muito habituada a integrar e a trabalhar com estagiários de diversas áreas, o que foi para mim uma mais-valia.

5.1.2. FASE DE AVALIAÇÃO

Ao fim de cerca de um mês de observação e integração, iniciou-se a fase de avaliação. Depois de analisar as possibilidades de intervenção junto da equipa técnica chegou-se à conclusão que todos os residentes da casa beneficiariam em ser acompanhados em Musicoterapia, caso essa necessidade e motivação fosse também reconhecida junto das crianças e jovens e dos respectivos educadores. Ainda no contexto informal da Casa da Boavista foram sendo feitas entrevistas às crianças e jovens, bem como aos respectivos Encarregados de Educação. Os dados recolhidos permitiram preencher a Ficha de Dados Pessoais e Avaliação Inicial (Anexo A). Esse

preenchimento não pode ser feito por completo em todos os casos, pois as entrevistas foram sendo adequadas às capacidades individuais e receptividade de cada criança / jovem. As questões relacionadas com a receptividade musical e o contacto com os instrumentos apenas puderam ser preenchidos depois da primeira sessão de Musicoterapia. Assim, optou-se, de facto, pelo acompanhamento dos 17 rapazes que se encontravam na altura na Casa da Boavista e estavam então reunidas as condições para a construção do Plano Terapêutico (anexo D) de cada caso individual ou grupo.

5.1.3. FASE DE ACOMPANHAMENTO

Depois de todos estes procedimentos, deu-se início às sessões de musicoterapia que foram marcadas em função da disponibilidade de cada criança/jovem e tendo em conta as rotinas da casa. Numa primeira fase foi aplicado aos educadores o instrumento "*Child Behavior Checklist*" (Anexo B e C) que viria a ser aplicado novamente no final do acompanhamento, como forma de avaliação dos resultados.

As sessões decorreram com periodicidade semanal num *setting* exterior à Casa da Boavista. Este Centro de Acolhimento Temporário tem diversas parcerias estabelecidas com a comunidade envolvente, o que permitiu que as sessões de musicoterapia decorressem na Junta de Freguesia de Santos-o-Velho que disponibilizou duas salas para o efeito.

Tendo em conta a bibliografia que reconhece os benefícios da Musicoterapia em grupo com esta população e analisando os dados recolhidos na avaliação inicial, optou-se por dar primazia ao trabalho em grupo, trabalhando apenas individualmente com os casos com grandes diferenças no grau de desenvolvimento intelectual e emocional em relação aos restantes elementos. A formação dos grupos teve em conta as idades dos participantes, bem como a separação das fratrias.

Assim, inicialmente começaram por ser efectuados dois acompanhamentos individuais e três grupais, mas passados dois meses de intervenção foi sentida a necessidade de passar a trabalhar com três acompanhamentos individuais e quatro grupais. Isto

deveu-se ao facto de um dos grupos ter um número elevado de pacientes (seis) e cedo se ter percebido que, tendo em conta a falta de limites e necessidade de uma atenção mais individualizada dos seus intervenientes, o grupo teria que ser dividido. No caso do acompanhamento individual que se iniciou também ao fim de dois meses, tratava-se de uma criança que se encontrava integrada num grupo mas que demonstrou, nas primeiras sessões, uma maior imaturidade em relação ao resto do grupo e necessidades bastante diferenciadas.

Foi efectuada uma média de 24 sessões por acompanhamento e as sessões tiveram uma média de 40 minutos, com os casos individuais, e uma hora, com os grupos.

Tendo em conta o facto de as sessões se realizarem fora da casa, houve uma logística que teve que ser bem articulada entre mim, a equipa e as crianças e jovens. Os mais velhos deslocavam-se sozinhos e os mais novos eram acompanhados por mim ou por um educador. O percurso para as sessões acabou por ter algum impacto nas próprias sessões, pois era nesse percurso que algumas temáticas significativas das vivências dos pacientes eram levantadas ou, por outro lado, que ocorriam motivos de distração e agitação (comprar guloseimas, surgimento de conflitos entre o grupo, etc.).

As sessões decorreram de forma regular, apenas com algumas faltas por motivos pessoais dos pacientes ou por indisponibilidade das salas. A recepção por parte dos funcionários da Junta de Freguesia ocorreu sem problemas, contudo, o espaço físico das sessões era susceptível a alguma falta da neutralidade necessária devido ao ruído que por vezes se ouvia no andar de cima e às alterações que a decoração de uma das salas foi sofrendo, por se tratar, ao mesmo tempo, de uma sala de exposições.

As sessões foram gravadas em vídeo, depois de obtida autorização do Director da Casa da Boavista e dos pacientes, o que facilitou a análise e supervisão dos processos. Ao longo das sessões foi sendo preenchida a Folha de Registo das Sessões (Anexo E).

Em paralelo à Musicoterapia, continuou a ser dado espaço para algum contacto informal no dia-a-dia da casa com as crianças e jovens e foi também destinado algum tempo à preparação e análise das sessões. No final dos processos Musicoterapêuticos foi aplicada novamente a "*Child Behavior Checklist*" e procurou-se saber os progressos obtidos por parte dos pacientes, junto dos seus educadores, com o auxílio da Entrevista de Avaliação final (Anexo F).

Na fase final do estágio, optou-se por promover uma separação gradual, tendo em conta as problemáticas da vinculação destes pacientes, continuando a ir à Casa da Boavista durante algumas semanas depois de terminadas as sessões. Assim, proporcionaram-se momentos de relação e foi reforçada a criação de um espaço interno em cada paciente para a musicoterapia e para a relação com a terapeuta-estagiária. Esta opção não invalidou que também nas sessões tivesse sido trabalhada a separação durante as últimas 4 a 5 sessões.

5.2. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Apresenta-se em seguida (Tabela 1) os dados pessoais de cada criança e jovem acompanhado em Musicoterapia, bem como o número de sessões e *Setting* em que participou. Para protecção da confidencialidade dos utentes foram-lhes atribuídos nomes fictícios.

Tabela 1 - Casos acompanhados em musicoterapia

	Nome	Data de Entrada na Instituição	Data Nascimento	Número de Sessões	Setting
1.	Martim	15/10/2009	25/01/2005	25	Individual
2.	Francisco	24/09/2008	22/05/2001	26	Individual
3.	João	01/07/2010	29/06/2001	24	Grupo I e Individual
4.	Alexandre	15/10/2009	08/09/2000	24	Grupo I
5.	Bruno	29/06/2010	05/06/2001	24	Grupo I

6.	Carlos	27/04/2010	14/09/1998	24	Grupo I
7.	Rafael	01/07/2010	27/06/2000	24	Grupo II
8.	Mauro	29/06/2010	15/05/1999	24	Grupo II
9.	Ricardo	16/07/2010	09/07/1998	24	Grupo II
10.	Pedro	14/11/2007	04/02/1997	24	Grupo II
11.	Renato	19/09/2008	02/10/1997	23	Grupo III e Grupo IIIa
12.	Manuel	16/08/2010	18/07/1997	23	Grupo III e Grupo IIIa
13.	Rui	28/10/2003	09/09/1993	23	Grupo III e Grupo IIIa
14.	Afonso	15/05/2010	29-05-1997	19	Grupo III e Grupo IIIa
15.	Fernando	14/11/2007	26/02/1996	25	Grupo III e Grupo IIIb
16.	Daniel	21/07/2010	13/06/1995	25	Grupo III e Grupo IIIb
17.	Miguel	16/08/2010	26/09/1999	18	Grupo IIIb

5.3. TÉCNICAS DA MUSICOTERAPIA UTILIZADAS NAS SESSÕES

As principais técnicas utilizadas na Musicoterapia psicoterapêutica são, segundo Bruscia (1998), a improvisação, as canções e a Imagética com Música.

Na Improvisação em Musicoterapia, o paciente expressa-se através da música espontaneamente, utilizando um instrumento ou a voz, sem que para isso tenha que ter formação musical (Bruscia, 1998).

Neste processo é tida em conta a propensão natural de todos os seres humanos para criar e dar respostas através de sons expressivos e estéticos. À medida que os sons vão emergindo, o paciente segue-o até criar algo que seja para si significativo. Segundo Bruscia (1998, p.5):

“Improvising is simply playing around with sound until they form whatever patterns, shapes, or textures one wants them to have, or until they mean whatever one wants them to mean. As such, it is a way of free-associating with or projecting oneself onto sounds”¹⁰.

Brown e Pavlicevic (1997), Nordoff e Robbins (1977) e Pavlocevic (1997), citados por Pavlicevic (2000), distinguem a Improvisação em Musicoterapia da Improvisação Musical por considerarem que o seu objectivo não passa por conceitos estéticos nem pela utilização de regras musicais no sentido da criação de uma “boa música”, como no caso da Improvisação Musical. Em Musicoterapia, o objectivo da Improvisação passa antes pela criação de uma relação interpessoal íntima entre o terapeuta e o paciente, através da expressão musical.

Segundo Bruscia (1998), três variáveis são tidas em conta na vivência da Improvisação por parte do paciente: o *Setting* interpessoal, o meio musical usado e o ponto de referência. Em relação ao *Setting* interpessoal é preciso ter em conta se o paciente improvisa sozinho, com o terapeuta ou em grupo. Na escolha do meio através do qual é produzida música, é tida em conta se é usada a voz, instrumentos ou partes exteriores do corpo para produzir som. E, finalmente, na terceira variável é preciso ter em conta se a improvisação tem como referência algo que não é musical, tal como uma ideia, um sentimento ou uma história ou se não tem qualquer referência e é totalmente livre.

Na abordagem que foi seguida neste estágio, optou-se por utilizar a improvisação das seguintes formas:

- Improvisação vocal e instrumental aos pares ou em pequenos grupos, com e sem referências não musicais;
- Apresentação do sentimento actual através de improvisação num instrumento;

¹⁰“A improvisação é simplesmente brincar com som até formar quaisquer padrões, formas, texturas que se queira que eles tenham, ou até que eles signifiquem qualquer coisa que se queira que eles signifiquem. Como tal, a improvisação é uma forma de associação livre e de projecção do próprio nos sons” (tradução nossa)

- Criação de ritmos e vocalizações (improvisados) e imitação em grupo;

A segunda técnica descrita por Bruscia (1998) e que foi utilizada neste estágio é a canção. As canções são utilizadas pelo ser humano para explorar emoções. Com elas podem ser expressos sentimentos, crenças, valores, esperanças, desilusões, medos e triunfos. No fundo, são os sons do nosso desenvolvimento pessoal: “They allow us to relive the past, to examine the present, and to voice our dreams for the future”¹¹ (Bruscia, 1998, p. 9). Desta forma, na Musicoterapia, as canções são um ótimo veículo para aceder ao mundo interno, a pensamentos, emoções e comportamentos e, conseqüentemente, à mudança (Bruscia, 1998).

Existem diversos métodos utilizados para introduzir as canções num processo de Musicoterapia, dos quais seleccionaram-se os seguintes:

- Reprodução/performance de canções, como forma de experienciar as emoções por elas expressas;
- Composição de canções em grupo;
- Partilha de uma canção gravada que expresse algo que o paciente queira comunicar sobre si próprio;
- Análise da letra de uma canção, relacionando-a com a vida dos pacientes;
- Criação de uma nova letra para uma música escolhida pelo grupo, através da técnica dos espaços - técnica em que o terapeuta escreve parte das frases e os pacientes completam.

Um exemplo da técnica dos espaços é o seguinte:

Às vezes sinto _____
E quero _____
E quero _____
Às vezes penso _____
Mas não _____
Mas não _____

Por fim, a Imagética com música é descrita por Bruscia (1998) como qualquer experiência que envolva ouvir música que provoque respostas que recorram à imaginação, tais como, a associação livre, a criação de histórias projectivas, as imagens, as sensações, as memórias, etc. As músicas são escolhidas pelo terapeuta, podendo ter ou não a ver com os gostos pessoais do paciente ou ser escolhidas para produzir determinado efeito. O terapeuta pode ou não dar orientações ao longo da música e o paciente pode ou não dar uma resposta verbal.

No contexto do estágio esta técnica foi utilizada da seguinte forma:

- Relaxamento induzido com música e orientações verbais.

Foram também utilizadas outras técnicas em que a música gravada era promotora de imagens, emoções, sensações ou memórias, mas em que a proposta passava por outros tipos de expressão, tais como:

- Expressão corporal com suporte musical;
- Expressão pictórica com suporte musical.

Utilizaram-se ainda algumas técnicas com objectivos específicos, que se passam a descrever:

- Expressão dramática e utilização de fantoches com atmosfera sonora (tocada e cantada pela terapeuta), como forma de ampliação do imaginário simbólico;
- Jogos de movimento que promovem a articulação, a atenção e a relação entre pares;
- Utilização de cartões de sentimentos para estabelecer relações entre os sentimentos transmitidos pela música (gravada e improvisada) e os cartões.

¹¹"Elas permitem-nos reviver o passado, analisar o presente, e expressar os nossos sonhos para o futuro"

5.4. MATERIAIS UTILIZADOS NAS SESSÕES

Ao longo das sessões foram utilizados diversos instrumentos musicais: um instrumento harmónico - o teclado - e Instrumentos de percussão. Além disso, utilizou-se também uma aparelhagem de som, uma câmara de filmar e outros recursos ligados à expressão dramática e plástica, tais como, os fantoches, as cartolinas, as tintas e os lápis e canetas. Numa das salas, o *setting* era constituído por cadeiras e uma mesa, noutra por almofadas e um tapete.

Os instrumentos musicais de percussão utilizados foram os seguintes:

- Tamborins
- Pandeireta
- Triângulo
- Maracas
- Ocean Drum
- Caixa chinesa
- Guizeira
- Reco-reco
- Clavas
- Xilofone
- Metalofone
- Harmónica
- Tambor
- Cow bell

5.5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

5.5.1. FICHA DE DADOS PESSOAIS E AVALIAÇÃO INICIAL

A Ficha de dados pessoais e avaliação inicial (Anexo A), foi um instrumento essencial para a criação de um plano terapêutico para cada criança ou grupo. Os dados

(tradução nossa)

personais e anamnésicos permitiram perceber as necessidades que poderiam ser trabalhadas na Musicoterapia e foram recolhidos através de uma entrevista com os educadores, através dos processos individuais e do contacto informal com as crianças e jovens. A avaliação da indicação para musicoterapia foi feita através de uma entrevista individual com cada criança e jovem, em que se abordaram as expectativas e a biografia musical e através da observação na primeira sessão, nomeadamente no que diz respeito ao Perfil de receptividade musical e ao Perfil de comportamentos e atitudes face ao contacto com os instrumentos musicais.

5.5.2. CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (ACHENBACH, 1991)

A "Child Behavior Checklist" (CBCL) - Anexo B e C - é um questionário que se insere num conjunto de instrumentos propostos por Achenbach (1991). Assenta numa avaliação dimensional dos problemas e competências emocionais e comportamentais de crianças e adolescentes, assumindo que existe um contínuo entre o normal e o patológico, e que a diferença entre estes assenta não no tipo de comportamentos evidenciados pela criança, mas sim na frequência com que estes ocorrem.

O questionário tem uma Escala de Competências e uma Escala de Síndromes e Problemas. Na primeira são abordadas as áreas social, escolar e de actividades. Na segunda Escala, as Síndromes identificadas são as seguintes: isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinvente e comportamento agressivo. Estas Síndromes podem ser agrupadas em problemas internos e externos, sendo as três primeiras consideradas problemas internos e as duas últimas problemas externos. Os problemas sociais e de pensamento não têm valores consistentemente altos em nenhuma das duas áreas; os problemas de atenção estão clinicamente mais próximos dos problemas externos, mas os valores obtidos não permitem aí a sua inclusão.

O questionário tem um número total de 120 questões, cada uma descrevendo um problema da criança ou adolescente relativo aos últimos 6 meses. A pessoa que avalia a criança/adolescente (que neste caso foi o seu Encarregado de Educação) deverá assinalar o valor 2 se aquele comportamento for muito frequente, o valor 1 se o comportamento ocorrer algumas vezes e o valor 0 se o comportamento nunca ocorrer.

A avaliação dos resultados deverá ter em consideração as oito síndromes apresentadas anteriormente. Os itens que avaliam cada síndrome encontram-se distribuídos de acordo com a Tabela 2:

Tabela 2 - Child Behavioral Checklist - Itens correspondentes a cada síndrome

Isolamento	42, 65, 69, 75, 80, 88, 102, 103, 105
Queixas somáticas	51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g
Ansiedade/ depressão	12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 50, 52, 71, 89, 103, 112
Problemas sociais	1, 11, 25, 38, 48, 55, 62, 64
Problemas de pensamento	9, 40, 66, 70, 80, 84, 85
Problemas de atenção	1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 45, 46, 61, 62, 80
Comportamento delinvente	2, 26, 39, 43, 63, 67, 72, 81, 82, 90, 96, 101, 105, 106
Comportamento agressivo	3, 7, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 37, 57, 68, 74, 86, 87, 93, 94, 95, 97, 104

Fonte: Achenbach (1991)

Os resultados relacionados com problemas internos são determinados pela soma dos valores alcançados nas síndromes de isolamento e ansiedade/depressão e os resultados relacionados com problemas externos são determinados pela soma das síndromes de comportamento delinvente e comportamento agressivo.

No que se refere à validade e fidelidade desta escala, os dados de diversos estudos, efectuados tanto nos EUA como noutros países, têm revelado boas qualidades psicométricas.

Este questionário foi utilizado neste contexto, tendo em conta os problemas de comportamento, emocionais e relacionais evidenciados por esta população. A análise dos seus resultados serve apenas o objectivo de monitorização dos progressos obtidos em relação aos diversos síndromes e competências, não se prevendo a sua utilização para fins de investigação. O questionário foi aplicado no início e no final da intervenção.

Existe uma versão adaptada à população portuguesa mas não foi possível ter acesso a esta em tempo útil para esta avaliação. Considerou-se contudo que, tendo em conta que não se trata de um trabalho de investigação, os dados obtidos através de uma tradução livre da versão original seriam os suficientes para os objectivos a que nos propomos.

5.5.3. PLANO TERAPÊUTICO

A ficha onde se redigiu o Plano terapêutico (Anexo D) de cada criança ou grupo permitiu sistematizar, no final da fase de avaliação, quais os objectivos a trabalhar e quais as estratégias que melhor permitiriam alcançá-los.

5.5.4. FOLHA DE REGISTO DAS SESSÕES DE MUSICOTERAPIA

A Folha de Registo das sessões de Musicoterapia (Anexo E) foi um importante instrumento para que fossem redigidas as principais memórias e impressões de cada sessão, imediatamente a seguir a esta. Para melhor organização, esse registo foi dividido por três categorias: Eventos em destaque, Temas / Palavras-chave e Notas pessoais. Num segundo momento, as sessões eram analisadas em maior detalhe através das gravações de vídeo efectuadas.

5.5.5. ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO FINAL

A Entrevista de Avaliação final (Anexo F) foi efectuada junto dos Encarregados de Educação de cada criança / jovem e tinha como objectivo obter dados qualitativos no que diz respeito à forma como os seus educandos vivenciaram as sessões de Musicoterapia, bem como à observação por parte do educador de mudanças ao nível

comportamental, relacional e emocional ao longo do processo ou imediatamente a seguir a cada sessão. Os dados obtidos nesta Entrevista servem de complemento aos dados quantitativos obtidos através da "Child Behavior Checklist".

5.6. AGENDA SEMANAL

A estadia na Instituição, na fase de Integração, que decorreu no primeiro mês e meio, foi distribuída pelas tardes e noites de quarta e quinta-feira. No final desta fase, começaram a ser realizadas semanalmente 5 sessões de Musicoterapia nesses mesmos períodos. Em Janeiro, foi necessário dividir um dos grupos de Musicoterapia em dois e passar um paciente de um outro grupo para um acompanhamento individual, passando assim a ser efectuadas 7 sessões semanais. A sua distribuição semanal encontra-se na tabela 3, bem como o tempo passado na instituição com outras tarefas.

Tabela 3 - Agenda semanal do estágio, de Janeiro de 2011 a Junho de 2011

	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
16h		Preparação de sessões, reuniões com equipa técnica e educativa ou relação informal com residentes	Preparação de sessões, reuniões com equipa técnica e educativa ou relação informal com residentes
17h		Sessão de Musicoterapia individual: Martim	Sessão de Musicoterapia individual: João
18h		Sessão de Musicoterapia individual: Francisco	Sessão de Musicoterapia com o Grupo I: Alexandre, Bruno e Carlos
19h		Preparação de sessões ou relação informal com residentes	Preparação de sessões ou relação informal com residentes
20h	Sessão de Musicoterapia com o	Sessão de Musicoterapia com o Grupo IIIb: Daniel,	Sessão de Musicoterapia com o Grupo II: Mauro,

	Grupo IIIa: Rui, Renato e Manuel	Fernando, Miguel e Afonso	Rafael, Pedro e Ricardo
--	----------------------------------	---------------------------	-------------------------

Por diversas vezes o tempo destinado à preparação de sessões, à relação informal com os residentes ou às reuniões com elementos da equipa teve que ser estendido. Estive ainda presente em 4 reuniões de Equipa que se realizam todas as quintas-feiras das 10h às 13h, numa reunião na CPCJ de Sintra, numa visita domiciliária e numa reunião com a professora de um dos jovens. Finalmente, gostaria de referir que participei ainda em três actividades da Casa da Boavista: o Jantar de Natal, o Dia da Família e o Jantar Medieval.

5.7. OUTROS PROJECTOS

Tal como foi referido, durante o estágio foi também possível participar noutras actividades da casa, de uma forma mais ou menos activa. De sublinhar o Dia da Família, em que se proporcionou uma participação activa na dinamização de um espaço de partilha e convívio entre as famílias destas crianças e jovens. A proposta passava por levar a cabo algumas dinâmicas de grupo juntamente com os técnicos e estagiárias da casa, actividade que teve grande receptividade por parte das famílias. Embora esta actividade fugisse um pouco do âmbito deste estágio, foi muito importante poder usar outras formas de expressão criativa (jogos de apresentação e coesão, expressão plástica, etc.) como forma de aproximação a estas crianças e jovens e respectivas famílias. Esta actividade permitiu também obter um maior conhecimento da vivência relacional e afectiva de cada família.

Em Março de 2011 surgiu a oportunidade de apresentar o trabalho até então desenvolvido no VI Encontro da Associação Portuguesa de Musicoterapia, através de uma comunicação. Esta experiência foi muito gratificante e enriquecedora pois promoveu uma maior reflexão acerca da relação entre as dinâmicas de grupo e as especificidades de cada paciente em Musicoterapia Grupal. Foi também uma boa oportunidade para partilhar ideias com colegas mais experientes nestas matérias. A comunicação teve como tema: “Encontros Sonoros: Musicoterapia, o grupo e a criança em Acolhimento Residencial” (Anexo G).

6. ESTUDO DE CASO - MUSICOTERAPIA GRUPAL E INDIVIDUAL COM O JOÃO

Com este Estudo de Caso pretendo reflectir acerca de uma Intervenção em Musicoterapia, com uma criança com 9 anos de idade, o João.

6.1. APRESENTAÇÃO DO CASO

O João encontra-se na Casa da Boavista desde Julho de 2010, juntamente com dois irmãos mais velhos. Antes vivia com a mãe, esses dois irmãos e outro meio-irmão de 19 anos com quem a mãe tem um relacionamento amoroso. O pai do João morreu quando este tinha 5 anos. A família do João era acompanhada pela CPCJ de Sintra há algum tempo por a mãe sofrer de violência doméstica e por possível negligência e maus tratos por parte do pai aos filhos. Contudo, o motivo da retirada foi o facto de ter falecido um irmão de 3 meses por síndrome do abanão. O caso está ainda em tribunal, pelo que a CPCJ considerou mais seguro retirar estas crianças.

Na fase de avaliação pude verificar, pela observação e através dos dados fornecidos pela equipa técnica e educativa, que o João é um menino que apresenta uma grande carência afectiva, mas interioriza muito os seus sentimentos. Os assuntos familiares, nomeadamente a morte do irmão, são como “segredos familiares” de que não fala. Através do "Child Behavior Checklist" (Anexo H), preenchido pelo seu educador de referência, ficou clara alguma dificuldade ao nível social e na gestão dos comportamentos agressivos. Efectivamente, apresenta frequentemente comportamentos agressivos, responde mal aos adultos e recusa fazer as tarefas escolares. Estes comportamentos parecem existir em oposição a um lado muito carinhoso do João. O seu Educador refere ainda que o João chora muito à noite. Nesta fase de avaliação pude também participar numa reunião na CPCJ de Sintra em que estavam presentes a mãe e o meio-irmão do João com quem a mãe se relaciona, o David. A mãe apresentou uma atitude muito passiva e depressiva, em oposição ao comportamento do David, que era agressivo e agitado.

Tendo em conta as suas dificuldades relacionais, comunicacionais, afectivas e ao nível da expressão dos sentimentos, decidi colocar o João num grupo com rapazes da sua faixa etária e com necessidades semelhantes.

6.2. INTERVENÇÃO GRUPAL

6.2.1. OBJECTIVOS NO GRUPO

Em função dos motivos apresentados anteriormente, foram definidos os seguintes objectivos a trabalhar com este grupo:

- Melhorar a consciência de si e do outro, no que diz respeito a características pessoais, necessidades e capacidades;
- Aquisição de competências interpessoais como a reciprocidade, empatia e prazer partilhado na relação;
- Maior capacidade e adequação na expressão dos sentimentos;
- Maior controlo e canalização dos impulsos agressivos;
- Melhorar a comunicação e a expressão pessoal.

6.2.2. PROCESSO E DINÂMICA DA INTERVENÇÃO

Tal como referido, o João iniciou o processo terapêutico num grupo, com o qual fez 7 sessões. Tratava-se de um grupo caracterizado por uma grande inquietude, em que ficou manifesta desde a primeira sessão a grande necessidade que tinham de brincar, sem, contudo, saberem como. A transferência grupal sugeria-me uma grande avidez e por atenção e contenção, que era contudo transmitida de uma forma desorganizada, deslimitada ou mesmo agressiva. Contra-transferencialmente, senti que poderia não conseguir vir a ser uma “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1975) que conseguisse conter e elaborar os sentimentos tão caóticos que eles projectavam na relação.

Contudo, aos poucos, fui percebendo que, com uma atitude paciente e organizadora, tolerando o caos e, ao mesmo tempo, sugerindo actividades estruturantes mas lúdicas, eles perceberiam que eu estava lá para eles e os ajudaria a dar sentido ao que sentiam. Um exemplo disso foi a realização de uma actividade de movimento com

música em que íamos imitando animais mais e menos agressivos, mais e menos inquietos. Esta dramatização permitiu-lhes brincar, ainda que com dificuldades no “brincar com o outro”, e experienciar de forma mais organizada o que estavam a sentir e que antes apenas conseguiam agir. Depois disto, foi então possível fazer uma improvisação a pares que parecia já um esboço de relação, embora ainda com muitas dificuldades em dar espaço e ouvir o outro. Este parecia ser o início de uma nova fase em que o grupo se abria à possibilidade de ouvir o outro, por se terem sentido também ouvidos na sua dor. Assim, quando percebi que toleravam, comecei também a pôr mais limites e a orientar as sessões de forma mais directiva para trabalhar os objectivos propostos.

O grupo passou a oscilar entre momentos prazerosos e criativos, tal como aconteceu na sessão em que fizemos o jogo “Roda o Tambor” em que cada um ia inventando um ritmo no tambor e os restantes imitavam tocando nas pernas, e momentos de agitação e agressões mútuas. Como se não tolerassem ainda uma relação entre pares mais construtiva e sentissem necessidade de regressar aos padrões relacionais destrutivos a que estavam habituados.

Nesta fase, tornaram-se claras as dificuldades do João na relação com os pares. Não parecia ainda ter a mínima capacidade de se proteger das provocações dos outros, adoptando uma atitude muito agressiva e, no momento seguinte, muito frágil e ausente. Além disso, em diversos jogos e actividades observava-se um afastamento e uma recusa que estavam a ser difíceis de gerir no grupo. O seu comportamento manifestava uma grande imaturidade e regressão que me levaram a questionar a sua continuidade no grupo. Ao mesmo tempo, tive que reflectir se essa decisão seria pelo melhor interesse do paciente ou devida a algum movimento contra-transferencial relacionado com o meu sentimento de impotência. A reflexão foi também mediada com a ajuda do psicólogo da Casa da Boavista que concordou com essa mudança do João do *setting* grupal para individual.

Assim, percebi as vantagens de trabalhar com o João individualmente: poderia trabalhar com ele numa relação dual contentora que tanto necessitava e assim permitir uma regressão a estágios anteriores do desenvolvimento em que pudesse

experienciar um vínculo seguro comigo como cuidadora. Reconheço contudo que as vivências grupais seriam também importantes, mas o João não me parecia ainda preparado para elas. Por outro lado, também o grupo teria vantagens com esta mudança, na medida em que, ao reduzir o número de elementos poderia “cuidar melhor deles” e permitir-lhe usufruir melhor da relação grupal. O processo de separação do grupo foi relativamente fácil e o João mostrou-se contente por passar a ter um espaço só para si.

6.3. INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

Na altura em que iniciei as sessões individuais com o João, este tinha iniciado há pouco tempo um processo psicoterapêutico. O relatório efectuado pela sua psicóloga ajudaram-me a redefinir os objectivos para a continuidade do trabalho com o paciente. Segundo a psicóloga, o João apresentava movimentos de dependência ao outro e tinha pouca iniciativa na relação, para assim evitar confrontar-se e experimentar situações novas, sentidas como ansiogénicas e geradoras de insegurança e angústia. Revelava dificuldades na gestão dos afectos e impulsos internos agressivos. Além disso, apresentava tristeza e sofrimento interno mas tentava escondê-los e não pensar estas emoções.

6.3.1. PLANO TERAPÊUTICO

Assim, através destes dados e do que tinha sido observado no grupo, defini como objectivos e estratégias para os alcançar os seguintes:

- Objectivo 1: Melhorar a sua relação com o *self* e com o outro.
Estratégias: Promover uma melhor contingência na resposta e estimular a capacidade de partilha e de esperar pela sua vez.
- Objectivo 2: Diminuir a sua dificuldade em sentir-se aceite e querido.
Estratégias: Promover um espaço acolhedor onde possa desenvolver a sua capacidade de confiar e promover um espaço de exploração onde sinta que pode ser ele próprio.

- Objectivo 3: Aumentar a sua capacidade e adequação na expressão das emoções.

Estratégias: Promover o reconhecimento das diferentes emoções em si e no outro, promover a experimentação de diferentes emoções e sentimentos através da música, favorecer um ambiente em que se sinta aceite na sua zanga e agressividade, para que a possa pensar em vez de agir.

6.3.2. PROCESSO E DINÂMICA DA INTERVENÇÃO

Foram efectuadas 17 sessões individuais com o João. Ao analisar as vivências musicais e relacionais ao longo das sessões, parece-me que foi ocorrendo uma evolução semelhante à que se dá no desenvolvimento infantil, tal como descrito por Winnicott (1975) na sua Teoria do Brincar, pelo que me parece pertinente apresentar a minha compreensão dos vários momentos da intervenção à luz dessa Teoria.

1ª Fase - Mãe como Ambiente

Numa primeira fase Winnicott (1975) considera que a mãe dá resposta às necessidades físicas e emocionais do bebé através dos seus cuidados, comportamentos de adaptação e espelhamento empático. Só assim o bebé pode desenvolver um sentimento do seu verdadeiro *self*. A mãe tem aqui um duplo papel, essencial na criação de um ambiente de *holding*, tanto na introdução de limites, que dão segurança ao bebé, como na facilitação de um espaço privilegiado para o bebé, em que ela está receptiva à experiência do bebé e ao mesmo tempo se adapta activamente às suas necessidades.

Nas primeiras sessões, o João parecia ainda não aceitar esse espaço em que eu cuidaria dele num ambiente contentor. Não parecia sentir-se seguro na relação, fazendo ataques ao vínculo ou afastando-me. Isso foi evidente logo na primeira sessão em que ele procurou o teclado e começou a tocar nas teclas de forma aparentemente aleatória. De vez em quando tocava com força em todas as teclas, criando sons muito violentos, parecendo com isso fazer um ataque ao *setting*. Por vezes fez movimentos para se aproximar de mim, dizendo “toca tu”, mas rapidamente

me afastava do teclado, invadindo o meu espaço ou dizendo “espera”. Este “espera” impaciente que dizia quando eu começava a tocar, reconheço agora que talvez significasse “Espera, ainda não estou preparado para te ter aqui a cuidar de mim”. Também a invasão do meu espaço poderia significar um movimento fusional, numa relação onipotente narcísica em que ainda não reconhecia o eu e o outro como separados e em que eu ainda servia apenas para satisfazer as suas necessidades imediatas. Esta ideia foi ainda confirmada quando ele decide pegar nos fantoches de dedos e começa a contar uma história em que o pirata comia a professora. Na nossa relação poderia interpretar que, também ele, não sabendo ainda como se relacionar comigo separada dele, apenas poderia começar por me ter se me tivesse dentro de si, num movimento que é, ao mesmo tempo de uma grande violência. Ao longo desta pequena história procurei dar uma tonalidade emocional ao que ele dramatizava através da música tocada no teclado.

Quando parecia começar a aproximar-se, o João voltava a trazer temáticas mais agressivas que me afastavam. Numa sessão, começou a associar um som do teclado a chapadas que simulava dar-me. Ele representava o papel de mãe e eu o de filho. Quando decide parar as chapadas, encontra um som que diz que é de água. Parecia querer recuar da agressividade anteriormente vivida e dá-me água a beber, mas rapidamente percebo que o faz de forma desadequada e violenta também. Mesmo o movimento cuidador que conhece (dar água) transforma-se num movimento de ataque à relação.

Numa outra sessão em que recorreu aos mesmos sons das chapadas, eu experimentei começar a tocar outros sons menos graves e ele passou das chapadas às festinhas. Este movimento de aproximação levou-me a crer que o ambiente contentor que promovi com as novas sonoridades ajudara o João a perceber que eu tinha sobrevivido aos seus ataques e que, sem retaliar, me tinha revelado uma figura materna de confiança e adaptada.

Nas sessões seguintes ele começou a conseguir incluir-me nas suas brincadeiras com o teclado, ainda pouco melódicas, e a tolerar melhor a interacção. Eu ia espelhando o que ele tocava mas com uma certa distância que sentia ainda ser necessária. Nestas

sessões, antes da interacção, começava diversas vezes por tocar uma melodia conhecida - "A Machadinha" - o que me parecia ser uma forma de ter ainda algum controlo na maneira como se deixava entrar aos poucos na sessão / relação. "A Machadinha" teve contudo uma outra função ao longo das sessões. No início, quando se enganava, frustrava com grande facilidade e à medida que o tempo foi passando e por se sentir valorizado, foi começando a sentir-se mais seguro de si e das suas competências e a tolerar melhor a frustração.

A experiência regressiva vivida nesta fase pelo João permitiu-lhe reviver uma relação primária que foi experienciada possivelmente como pouco segura. No espaço contendor da Musicoterapia e da relação comigo ele foi testando a minha capacidade de tolerar os seus ataques e percebendo que ali encontraria um lugar seguro para brincar e tocar.

2ª Fase - Separação e Descoberta do Brincar Transicional

Nesta fase o bebé começa a ser capaz de perceber a mãe como um "objecto", separado de si. Com esta separação surge um espaço entre a mãe e o bebé a que Winnicott (1971) chamou de "espaço intermediário" ou "espaço transicional" e é nesse espaço que o bebé começa a explorar a relação entre o *self* e o outro. Também nesta fase, o bebé começa a usar determinados objectos, como um cobertor ou um peluche, como "objecto transitivo" (Winnicott, 1971, citado por Stewart e Stewart, 2002). "They serve a soothing substitute for the mother presence and allow for a world of illusion in which the infant's capacity for imaginative play can develop to assist him or her in coming to terms with shared reality"¹². (Stewart e Stewart, 2002, p. 138).

Nesta altura do processo terapêutico comecei a achar que o João estava preparado para passar para uma fase de maior criatividade e capacidade de brincar e tocar. Segundo a teoria de Winnicott (1975) poderia considerar que a Música começava a funcionar como "espaço transicional" para a exploração do próprio e do outro na

¹²"Eles servem de substituto calmante para a presença da mãe e permitem a criação de um mundo de ilusão em que a capacidade da criança para brincar de forma imaginativa se pode desenvolver para ajudá-la a alcançar uma realidade compartilhada" (tradução nossa)

relação comigo e os instrumentos musicais poderiam ser os “objectos transitivos”. Esse espaço seguro continuava a ser ainda o do teclado, mas aos poucos o João parecia começar a conseguir experimentar outras formas de relação através da música.

Numa sessão, o João descobriu que a sala estava cheia de missangas espalhadas pelo chão e começou a apanhá-las, não parecendo interessado em tocar. Decidi ir para o teclado e comecei a tocar uma base harmónica tranquilizadora, como se lhe dissesse: “não faz mal, estou aqui na mesma”. A certa altura, comecei a cantar sobre as missangas e como elas eram especiais (seria algo precioso que ele queria levar dali, ou apenas uma forma de fuga à relação?). E, imediatamente, ele me começou a responder, cantado também:

João: Eu não posso tocar, porque ainda estou a apanhar e eu vou juntá-las!

Paula: Vais juntá-las e fazer um colar.

João: Vou fazer um colar.

Paula: E a quem o vais dar?

João: Aos meus amigos e à minha amiga Paula.

Paula: A tua amiga Paula que está a tocar para ti, mesmo quando não queres tocar com ela.

João: Eu adoro as missangas e a Paula diz dó,ré,mi,fa,sol,la,si,dó.

Paula: dó,ré,mi,fa,sol,la,si,dó. Um colar para os meus amigos.

João: amigos, é bom ter amigos!

Paula: E o que fazes com os amigos?

João: Eu brinco e jogo.”

Pela primeira vez cantámos em conjunto e senti que este momento foi muito importante para o João que, quando começou a apanhar as missangas parecia ainda querer confirmar se eu ali ficaria para ele (mesmo quando ele andava de joelhos pela sala de costas para mim). E de facto fiquei. Ele percebia agora que se podia separar de mim porque eu continuaria presente, o que lhe permitiria aceder a um novo tipo de relação com o exterior.

Nesta fase o paciente começava a ser capaz de cantar comigo e experimentar outros instrumentos, tais como a harmónica. Contudo, continuava a sentir necessidade de comprovar de tempos a tempos a minha presença e a minha capacidade de reconhecer os seus sentimentos. São exemplo disso as sessões em que ele tocava sons na harmónica e me pedia para adivinhar o que queria dizer com aquele som. Noutra sessão abraçou-se a mim e disse: “Dizem que eu sou um pirata.”. Então, como se de uma canção de embalar se tratasse, cantei: “Podes contar comigo. Não precisas de ser pirata.”

3ª Fase - Sozinho na Presença do Outro

Para Winnicott (1975), nesta fase, o bebé já consegue brincar sozinho na presença do outro, por ter sido criada entre si e a mãe uma relação de confiança que lhe permite manter uma memória da sua presença fiável, acreditando assim na sua disponibilidade quando dela precisar.

Tal como descrito por Winnicott, nesta fase o João parecia começar a conseguir estar “sozinho na presença do outro”. A minha presença dava-lhe segurança para começar a explorar novas formas de tocar e, pela primeira vez, começou a tocar de forma improvisada pequenas frases melódicas. A certa altura disse: *“Eu estou a falar com o piano e o piano está a falar comigo”*. E eu respondi-lhe: *“Então eu também vou falar contigo através do piano.”* Então, começamos a tocar alternadamente pequenas frases pela primeira vez. A certa altura, descobre uma frase musical com três notas de que gosta e eu repito. Tocamos a frase os dois algumas vezes e depois comecei a fazer uma base harmónica. Percebi então que ele tinha ainda alguma dificuldade em fazer aquilo a que Winnicott (1975) chama “O brincar na relação” por estar muito absorto no seu próprio jogo para se ligar verdadeiramente a mim. Por diversas vezes, quando sentia que a relação musical era ainda demasiado para suportar, regressava à sua melodia securizante da “Machadinha”.

Foi nesta fase que ocorreram duas sessões muito importantes no processo terapêutico do João.

Na décima sessão chegou triste e começámos a sessão a falar, o que não era comum:

“João: Não me apetece fazer nada. Estou triste. Por causa daquilo do meu irmão.

Paula: Queres me falar sobre isso?

João: Não me apetece falar.

Paula: Não precisas de contar já é bom desabafares que estás triste.

(silêncio)

Paula: Já tinhas estado com o Afonso ao colo?

João: Sim.

Paula: Gostavas muito dele...

João: Sim.”

Depois deste diálogo continuava cabisbaixo e emocionado. Perguntei-lhe se queria fazer a Música do Afonso e respondeu-me que não. Ficou um longo tempo em silêncio e eu, sem falar, comecei a colocar os diversos instrumentos de percussão numa mesa à sua frente. Aos poucos começou, pela primeira vez, a experimentar os diversos instrumentos e a improvisar comigo, a início de forma menos ligada e coordenada, mas depois com ritmos mais seguros e utilizando ostinatos. A sessão terminou num ambiente bem-disposto e relaxado. Com esta sessão, percebi que o João começava a confiar naquele espaço para partilhar as suas dores mais profundas, mas ainda testando apenas a minha capacidade para tolerar essa dor. Ao perceber que eu tolerava, pode envolver-se na improvisação de uma forma mais liberta, relacional e segura.

Na décima segunda sessão ocorreu algo também muito importante. Decidiu pegar nos fantoches e escolheu novamente a personagem da professora. As restantes personagens eram meninos, meninas e outras personagens sem nome. Ao longo da história todos começaram por se comer uns aos outros. De vez em quando vinha alguém salvar um amigo, mas logo voltavam a andar todos à luta ou a comerem-se. A professora foi “super-mulher” mas também foi vilã. A história era muito confusa e eu fui espelhando a sua tonalidade afectiva através do teclado, bem como procurando interpretar e clarificar o que se passava através do canto. Um exemplo disso foi a seguinte frase: “*a professora ora é má ora é boa*”. No final da história um personagem voltou a comer uma outra, mas desta vez, o que estava dentro do outro voltava a

nascer. Considero que esta dramatização é já muito diferente da primeira pois já não me parece tratar-se apenas de uma destrutividade primária e por elaborar. Neste caso, parece-me que através do brincar simbólico ele foi tentado lidar com as suas relações actuais e precoces. Além disso, O nascimento depois da deglutição reflecte possivelmente uma esperança de, depois de tanta destrutividade, voltar a nascer através da nossa relação.

Depois destas sessões tão difíceis, o João mostrou-se bastante resistente e em recusa em algumas sessões. Parecia precisar de recuperar desta exposição toda. Afinal estava a aprender a lidar com emoções de uma forma diferente da que conhecia até aqui. Contudo, a dificuldade em lidar com a dor levou-o por vezes a regressar a formas de funcionamento mais primitivas e agressivas.

4ª Fase - O Brincar na Relação

Nesta fase, Winnicott (1975) considera que existe já um potencial para o bebé e a mãe brincarem em conjunto. Os mundos interno e externo de ambos podem agora encontrar-se e o bebé já aceita que a mãe introduza na brincadeira ideias suas. Esta capacidade de aceitar o mundo externo, separado de si, acompanhá-lo-á na sua participação cultural na vida adulta.

Na fase final da intervenção, considero que o João fez muitos movimentos no sentido de experimentar este tipo de relação, embora ainda não de uma forma segura e permanente. Isto foi evidente, principalmente na última sessão em que partimos de uma música que eu lhe tinha ensinado e o João conseguiu libertar-se dela e improvisar a partir dela comigo. A presença de ostinatos, frases melódica, silêncios, diferenças de velocidade, são bem reveladores da forma como ele conseguia já experimentar tocar de forma criativa mas com uma maior regularidade e organização interna. Curiosamente, foi através de uma música que tinha introduzido nas nossas sessões para lhe dar segurança e contacto com algo só nosso, que ele se pode, depois de se sentir seguro, explorar o “mundo” do piano de forma mais criativa. A música que refiro tinha a particularidade de ser tocada com a mão fechada e não com

os dedos e nesta última sessão ele permitiu-se também abrir a mão e tocar as mesmas notas com os dedos.

Tendo em conta que já estávamos numa fase menos turbulenta da relação, a separação foi sendo vivida de forma tranquila pelo João. Em vez de me agredir, como era normal no seu funcionamento, quando sentia que ia ser abandonado, o João pode expressar a tristeza. Curiosamente, na última sessão projectou essa tristeza em mim quando, depois de se abraçar a mim, perguntou: “Estás a chorar?”

6.4. SUMÁRIO E IMPLICAÇÕES

Embora se tratando de um processo muito regressivo, a mediação feita pela música permitiu que estas vivências ocorressem numa intervenção terapêutica de curta duração, de uma forma criativa e sem ser tão invasiva como poderia ser se se tratasse de uma psicoterapia verbal. Assim, a música permitiu que essa regressão não fosse sentida como muito fragilizante ou destruturante para o paciente.

Contudo, considero que este processo terminou numa altura em que ainda havia muito a trabalhar e a consolidar com o João, podendo apenas esperar que ele tenha conseguido manter uma representação interna positiva da nossa relação terapêutica e que continue a encontrar lugares onde se possa sentir contido e cuidado, tais como as consultas com a sua psicóloga e os cuidados do dia-a-dia do Centro de Acolhimento Temporário.

7. ESTUDO DE CASO - MUSICOTERAPIA GRUPAL COM O GRUPO I

Com este Estudo de Caso pretendo reflectir acerca de uma Intervenção Grupal em Musicoterapia, com crianças e jovens com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos. Trata-se do Grupo I que era inicialmente constituído pelo João, pelo Alexandre, pelo Bruno e pelo Carlos. Tal como referido no Estudo de Caso anterior, o João passou para uma intervenção individual ao fim de sétima sessão, pelos motivos atrás expostos.

Procurarei explorar as vivências e o crescimento destas crianças ao longo do processo Musicoterapêutico através de um triplo vértice: o individual, o grupal e o social. Assim, depois de apresentar individualmente os constituintes do grupo, pretendo analisar os fenómenos grupais em articulação com as vivências individuais nas sessões de Musicoterapia, não deixando de parte o contexto social específico destas crianças, que partilham a mesma casa e que, por isso, ao contrário de outros *settings* terapêuticos, têm uma relação no exterior das sessões, com os pares e com a equipa do Centro de Acolhimento Temporário.

7.1. APRESENTAÇÃO DOS CASOS - VÉRTICE INDIVIDUAL

Este grupo era constituído inicialmente por quatro rapazes que se encontram nesta casa por terem sido retirados às suas famílias devido a vivências de abandono, negligência, abusos e maus-tratos. Foram realizadas com eles 25 sessões semanais.

Tendo em conta que já foi dado a conhecer o João, no Estudo de Caso anterior, passarei em seguida a descrever os restantes três elementos do grupo:

O Alexandre tem 10 anos, está na Casa de Acolhimento desde Outubro de 2009, juntamente com o seu irmão Martim, e foi retirado à família por negligência. A mãe tem história de toxicodependência e o pai encontra-se preso. Nos últimos anos tem vindo a desenvolver uma relação de maior proximidade com os avós maternos. Através da observação e pelos dados fornecidos pela Encarregada de Educação e pela Equipa Técnica percebi que, em casa e na escola, tem algumas dificuldades nas relações interpessoais, o seu comportamento é muito apelativo, oscilando entre uma intensa

procura do afecto e o afastamento do outro através de comportamentos agressivos e disruptivos. Em diversos momentos identifica-se com actividades e gostos mais associados ao feminino o que por vezes é motivo gozo pelos pares. A sua Encarregada de Educação sublinha ainda os seus excessivos ciúmes em relação ao irmão. Na observação inicial na musicoterapia, o Alexandre evidencia-se pela vontade de se destacar individualmente, tendo dificuldade em dar espaço ao outro, cantando ou dançando de forma algo exibicionista.

O Bruno tem 9 anos e está na Casa da Boavista desde Junho de 2010 juntamente com o seu irmão Mauro. Foi retirado à família por maus tratos físicos, negligência e abandono diurno. Vivia com a mãe e com o irmão e o pai é um pai ausente. A mãe mantinha-os bastante isolados, não promovendo o contacto com a família alargada. Os pais do Bruno são naturais de Angola. Através da observação e pelos dados fornecidos pela Encarregada de Educação e pela Equipa Técnica percebi que o Bruno tem boas competências interpessoais, é bem-disposto e sociável entre os pares, tendo por vezes alguma dificuldade no controlo dos impulsivos agressivos. Na relação com o adulto apresenta uma dificuldade inicial em estabelecer uma relação de confiança e proximidade. Tanto o Bruno como o Alexandre se encontravam no início do processo em acompanhamento Psicoterapêutico, mas o psicólogo da Casa da Boavista considerou que a Musicoterapia seria um bom complemento à Psicoterapia verbal. Na observação inicial em musicoterapia o Bruno evidencia-se pelas competências musicais e capacidade de comunicar através da música, embora apresente alguns comportamentos disruptivos e provocatórios.

O Carlos tem 12 anos e está na Casa da Boavista desde Abril de 2010 por negligência grave e desprotecção. Esteve grande parte da sua infância entregue a uma avó e só quando esta faleceu foi entregue à mãe. A mãe prostituía-se, tendo possivelmente sujeito o filho a situações em que presenciou a sua prostituição. Existe uma grande imaturidade da mãe na relação com o filho, sendo evidenciados comportamentos de paridade. O pai, natural de Cabo-Verde, é um pai ausente. Através da observação e pelos dados fornecidos pelo Encarregado de Educação e pela Equipa Técnica, fui percebendo que o Carlos procura muito o adulto, nomeadamente, através de abraços e do contacto físico. Na escola é responsável e motivado mas precisa muito de reforço

positivo por parte do adulto e é bastante desorganizado nas suas tarefas, cumprimento de normas e rotinas da casa. Tem algumas dificuldades ao nível da coordenação motora e apresenta alguma irrequietude e pontualmente estereotípias. O Carlos foi acompanhado durante algum tempo em sessões de Psicomotricidade. Nas sessões evidencia-se pela expressão corporal pouco coordenada e agitação motora.

No final da fase de avaliação pude concluir que estes rapazes apresentavam necessidades que se manifestam pela dificuldade em estabelecer relações de confiança, em expressar o que sentem através de palavras e em gerir as suas emoções, conflitos e impulsos.

7.2. PLANO TERAPÊUTICO

Assim, tendo em conta as necessidades atrás apresentadas, defini como principais objectivos para esta intervenção, bem como as estratégias para os alcançar, os seguintes:

- Objectivo 1: Melhorar a consciência de si e do outro.
Estratégias: Promover a imitação e a diferenciação nos jogos musicais, promover a partilha e o auto e hetero-conhecimento ao nível das características pessoais, dos gostos e das competências musicais.
- Objectivo 2: Aquisição de competências interpessoais.
Estratégias: promover a reciprocidade através da música e a criação de momentos lúdicos e criativos que estimulem o prazer partilhado na relação.
- Objectivo 3: Maior capacidade e adequação na expressão dos sentimentos.
Estratégias: Promover o reconhecimento das diferentes emoções em si e no outro, promover a experimentação de diferentes emoções e sentimentos através da música, favorecer um ambiente em que se sintam aceites na sua zanga e agressividade, para que a possam pensar em vez de agir.
- Objectivo 4: Melhorar a comunicação.

Estratégias: Estimular a escuta activa, a capacidade de esperar pela sua vez e de levar uma tarefa até ao fim.

7.3. PROCESSO E DINÂMICA DA INTERVENÇÃO - VÉRTICE GRUPAL

7.3.1. FASE DO COMPROMISSO

A primeira fase do trabalho grupal foi já abordada no Estudo de Caso anterior. Estabelecendo uma relação com as 4 fases pelas quais um grupo terapêutico pode passar ao longo da sua história, definidas por MacKenzie (1994), posso considerar que o período atrás descrito foi o equivalente à fase de Compromisso em que se procurava desenvolver alguma coesão grupal mas em que diversas questões relacionadas com os limites externos do grupo tiveram que ser trabalhadas, tais como as dificuldades interpessoais e individuais, principalmente ao nível da gestão da agressividade e conflitualidade.

7.3.2. FASE DE DIFERENCIAÇÃO

Neste grupo, já sem o João presente, observou-se que as diferenças individuais começaram a surgir muito cedo e foi necessário trabalhá-las antes de se poder dizer que existisse um grupo verdadeiramente coeso. Aliás, posso até dizer que essas diferenças, conflitos e dificuldade em respeitar o espaço do outro foram desde o início os grandes obstáculos à criação de uma cultura de grupo em que pudessem desenvolver importantes competências interpessoais, tais como a reciprocidade, a empatia, e o prazer partilhado na relação.

Assim, senti que era necessário sugerir actividades em que essa diferenciação fosse trabalhada. Numa sessão propus que apresentassem ao grupo uma música com que se identificassem. Os três apresentaram músicas muito diferentes: o Bruno apresentou uma música de hip-hop, o Carlos, uma de kuduro e o Alexandre uma da série de televisão sua preferida “o Mundo de Pati”. Era uma música divertida, do estilo pop e cantada por uma rapariga adolescente. Embora reconheçam que todos têm gostos muito diferentes, conseguem nesta sessão estar atentos às escolhas dos outros e até ter prazer em ouvi-las. O Bruno e o Carlos disseram que gostam muito de músicas

com ritmo e de dançar e referem-se um ao outro como irmãos. O facto de serem ambos filhos de pais africanos pode ter contribuído para este comentário, que se viria a repetir noutras sessões. Desta forma, começava a perceber-se que havia alguma exclusão em relação ao Alexandre. Contudo, nesta sessão todos estavam mais atentos ao outro do que em sessões passadas o que permitiu a ambos apreciar também a música do Alexandre. Este aspecto pode ser confirmado pelo comentário que fizeram no final, em que disseram ter gostado da voz da cantora. Parece-me que este foi o início de uma possibilidade de se identificarem com formas de se expressarem a que não estavam habituados. Por exemplo, no caso do Bruno, cujas escolhas musicais me parecem revelar uma identificação com uma atitude mais agressiva e defensiva, a possibilidade de se poder identificar com uma música “doce” e calma é muito importante.

Depois desta sessão, o grupo foi oscilando entre momentos de grande conflitualidade e agitação e momentos de uma grande proximidade, pelo menos aparente. Pareciam ter ainda dificuldade em pensar os conflitos de forma mais aprofundada e por isso faziam movimentos de negação da agressividade e idealização do grupo. Este parece-me um movimento natural para três rapazes habituados a padrões relacionais mais destrutivos que, ao encontrarem na musicoterapia um lugar onde podem experimentar ser diferentes, procuram-no ser. Contudo, por ser para eles difícil ainda tolerar essa proximidade, voltavam ciclicamente aos padrões relacionais que lhes eram mais familiares.

Ainda nesta fase de diferenciação, foi importante que fossem reconhecendo as actividades para que cada um tinha mais jeito: o Alexandre canta muito bem e tem um grande sentido melódico, o Bruno tem um bom sentido rítmico e o Carlos gosta muito de dançar. Aliás, todos eles gostam muito de dançar. Estas diferenças iam sendo assinaladas por mim e foram importantes duas sessões em que só estavam dois deles para que conseguissem estar mais atentos ao outro e conseguissem ter uma atenção da minha parte mais privilegiada.

Contudo, o sentimento contra-transferencial que me invadia era que nunca era suficiente. Todos precisavam de muito espaço (não só relacional, mas até físico) e de

muita atenção. E novamente surgiram situações em que não conseguiram entrar na relação por estarem muito auto-centrados, como aconteceu numa sessão em que propus que dançassem com músicas escolhidas por eles, em que se iam imitando uns aos outros numa primeira fase e numa segunda fase dançariam livremente. Logo na fase em que se deveriam imitar, fizeram exercícios de dança muito difíceis, correram pela sala, saltaram, parecendo esquecer-se que o outro tinha que fazer o seu espelho.

Comecei a compreender que eles precisavam de perceber que eu tinha um “colo” suficiente para todos e demonstrar-lhes que ali era um sítio seguro onde podiam estar juntos e confiar uns nos outros. Precisava de trabalhar novamente a coesão grupal. Assim, através de um jogo com sons do corpo e movimento corporal ajudei-os a encontrar uma pulsação do grupo e só depois de a sentirem durante algum tempo, poderiam experimentar novos ritmos e movimentos. Embora com alguma agitação inicial, todos aderiram bem. Fiquei surpreendida especialmente com a capacidade de concentração que o Carlos demonstrou na sua vez de criar um ritmo.

7.3.3. GRUPO DE TRABALHO

O grupo parecia começar a fazer movimentos no sentido de se tornar um grupo de trabalho. Contudo, embora vá aqui referir aquilo a que chamaria de “momentos de trabalho”, aconteceu ainda por diversas vezes o grupo fazer movimentos de recuo, apresentando comportamentos mais característicos da Fase de diferenciação ou mesmo de compromisso.

Uma maior profundidade na exploração dos assuntos pessoais e inter-pessoais começou a estar presente nalgumas sessões. Nesta fase foi também já possível fazer improvisações em grupo, em que diferentes papéis foram surgindo: o Bruno fazendo um ritmo repetido e seguro, o Carlos mais inseguro mas conseguindo imitar o meu ritmo e o Alexandre a conseguir expressar melhor a sua criatividade através da harmónica. Outra técnica que foi muito importante para este grupo foi a criação de histórias com acompanhamento musical, em que eu acompanhava harmonicamente no teclado. À medida que foram ficando mais seguros, essas histórias transformaram-se em improvisação de canções. Numa primeira vez apenas o Alexandre cantou, mas

na segunda já todos cantaram. Numa outra sessão, foi, finalmente, possível trabalhar a expressão emocional através de uma actividade em que o grupo adivinhava a emoção que cada um expressava através da dança. Nessa actividade apenas o Alexandre teve dificuldade em expressar a emoção “Amor”, pois fê-lo com movimentos muito rápidos e bruscos, parecendo expressar, em vez de amor, uma grande euforia.

7.3.4. FASE DE TÉRMINO

A Fase de Término foi uma fase bastante complicada para este grupo. Manifestaram-se sentimentos associados à perda bastante intensos, que foram difíceis de trabalhar. Uma frase dita pelo Bruno é um bom exemplo disso: *“porque é que não fazemos mais sessões? É que, como nos portámos mal algumas vezes, agora íamo-nos portar bem.”*. Esta frase revela alguma culpabilidade, mas ao mesmo tempo um grande medo de rejeição devido ao seu comportamento, medo esse que já deveria ter experienciado nas suas relações primárias. Assim, foi importante reforçar que aquele era um espaço onde que eles podiam ser eles próprios, onde tiveram bons e maus comportamentos e onde se deram mal mas também se deram bem. Reforcei ainda que não me esqueceria deles e que tinha gostado muito de fazer musicoterapia com o grupo.

Outra manifestação importante deste grupo passou-se na última sessão que começou de forma muito agitada e conflituosa. Inclusivamente, falaram de um assunto que já não falavam há algum tempo: o Bruno começou a dizer que Alexandre gostava de rapazes e que era gay. O Carlos reforçou-o. O Alexandre ficou muito zangado e começou a ofende-los. Tive que conter a situação mas foi muito difícil. Senti que toda a zanga presente na sessão estava relacionada também com o término da musicoterapia e com algum sentimento de abandono que estavam a vivenciar. Depois de uma atitude firme da minha parte para por limites às ofensas, propus inicialmente que partilhassem verbalmente as qualidades que tinham descoberto uns nos outros. Conseguiram acalmar e reconhecer interessantes qualidades uns nos outros, tais como - dança bem, é divertido ou é amigo. Depois propus uma actividade de dança, por ter sido uma das preferidas do grupo ao longo das sessões. Acederam com prazer. Inicialmente, o Alexandre estava bastante afastado do grupo, parecendo regressar aos seus comportamentos mais exibicionistas, mas no final conseguiram

dançar todos juntos de forma divertida, mas calma. Pareceu-me que se sentiam mais contidos sem ter que recorrer à euforia e ao *acting out* tão presentes em muitas das sessões anteriores.

7.4. EVOLUÇÃO DO GRUPO - ENTRE O GRUPO-DE-TRABALHO E O GRUPO DE PRESSUPOSTOS BÁSICOS

A teoria dos Pressupostos Básicos de Bion (1961), descrita no enquadramento teórico, permite-nos perceber que, independentemente da fase em que o grupo se encontra, existem muitas vezes movimentos grupais que atacam a capacidade do grupo se focar no trabalho musicoterapêutico e nas tarefas inerentes.

Neste grupo, em diversas sessões, o grupo funcionou no pressuposto de ataque-fuga. Os ataques do grupo ao Alexandre serviam como forma de evitar os assuntos da sessão, nomeadamente no que dizia respeito ao vivenciar e pensar a relação entre os três com as respectivas diferenças individuais. Um exemplo disso passou-se no seguinte diálogo:

“Carlos: esse gajo, falador, boca grande, só diz baboseiras...

Bruno: o Alexandre é mesmo engraçado... e quando ele se põe a falar brasileiro.

Carlos: É parecido com o papai Noel (dito como sotaque brasileiro).”

Contudo, com o evoluir das sessões, e através da promoção de jogos de imitação e complementaridade, esses ataques transformaram-se em críticas pensáveis. Em determinada situação, depois de o Alexandre sair da sala impulsivamente, zangado com o grupo, quando regressou, passou-se o seguinte diálogo:

“Paula: tu ficas muito magoado com as coisas que eles dizem.

Alexandre: Sim.

Paula: Mas as coisas que sentes podes pensá-las aqui, não lá fora.

Alexandre: Mas eu não quero dizer o que sinto, não quero tirar da goela o que sinto cá para fora (faz o movimento de tirar qualquer coisa de dentro de si).

Carlos: Estás a ver! Dizes essas parvoíces e não esperas que gozemos contigo?

Bruno: Ele ri-se e chora ao mesmo tempo.

Paula: Às vezes é difícil entenderem o que os outros sentem porque são coisas diferentes do que vocês sentem.”

Depois desta fase em que o grupo estava a funcionar no pressuposto básico de ataque-fuga, passaram a ser possíveis momentos de maior aproximação do grupo, o que foi nítido pelo surgimento de um segredo grupal: eles queriam agora ser um Clube (criado à imagem de um programa de televisão), com regras de conduta e amizades muito fortes e esse seria o nosso segredo da musicoterapia. Contudo, a súbita passagem de uma relação conflituosa para uma relação de amizade idealizada levou-me a crer que estariam agora a funcionar no pressuposto básico de acasalamento, em que o Clube servia a função de salvador para os problemas do grupo, em vez de procurarem a possível resolução desses problemas dentro deles próprios.

Aos poucos, e através da música improvisada cantada, da criação de histórias com suporte musical e da criação de coreografias em grupo, parece-me que se começaram a constituir como grupo de trabalho, em que o Clube a que pertenciam não era perfeito, também tinha conflitos, mas promovia uma maior aproximação, coesão e respeito mútuo.

Um exemplo disso observou-se na letra da seguinte canção improvisada, nas palavras do Alexandre, enquanto os restantes elementos o ouviam atentamente e esperavam a sua vez de cantar:

“Somos todos diferentes, mas com grandes diversões,
Somos amigos de verdade, isso é o que interessa.
Estamos sempre juntos nas grandes ocasiões,
Estamos sempre a brincar, nós somos assim,
Estamos com conversas paralelas.”

7.5. OS FENÓMENOS GRUPAIS

Passarei agora a exemplificar como se manifestaram no grupo determinados fenómenos, tais como descritos por Zimmerman (2000), nomeadamente, as

identificações, os papéis desempenhados no grupo, a transferência e a contra-transferência.

7.5.1. IDENTIFICAÇÕES

Neste grupo, com esta faixa etária, o psiquismo e a identidade de cada paciente estão ainda em formação e por isso este é o lugar adequado para o desenvolvimento das funções em crescimento e para experimentar identificações mútuas entre os membros e com a terapeuta.

Os jogos de movimento e expressão corporal, em que foi promovida a imitação e a diferenciação, a expressão em grupo e individual, foram uma actividade privilegiada para o trabalho das identificações. O Alexandre oscilou entre uma atitude muito adesiva em relação ao grupo, copiando todos os movimentos dos outros e uma atitude de grande afastamento em situações em que fazia movimentos muito extravagantes, isolando-se do grupo.

Em duas sessões percebi uma mudança no seu comportamento. Numa sessão propus um jogo de espelho a pares em que os pares iam alternando. No momento em que ele ficou a fazer par comigo, este pôde experimentar os seus movimentos mais extravagantes e depois pôde também imitar os meus movimentos mais contentores e promotores a relação. No final percebi que o Alexandre pôde experimentar novos movimentos, por si construídos na identificação comigo. Numa outra sessão em que fazíamos um jogo de ritmos através do corpo, o Alexandre começou por fazer movimentos muito auto-centrados, virando a cabeça para baixo sem se permitir estar em relação com o grupo, quando lhe propus experimentar esse mesmo movimento com a cabeça virada para cima, reconheci a sua satisfação ao perceber que os outros se identificavam com os seus movimentos e o imitavam com prazer.

7.5.2. PAPÉIS

Neste grupo diversos papéis foram sendo vividos pelos diferentes elementos. O Carlos começou por efectuar o papel de apaziguador, tanto em termos musicais como verbais, tentando amenizar os conflitos entre os outros elementos, demonstrando

alguma dificuldade em confrontar-se com situações tensas. Contudo, depois de esse assunto ter sido abordado verbalmente, o Carlos pode libertar-se dele passando a conseguir expressar a sua agressividade. Esta expressão nem sempre foi feita da forma mais adequada, foi por vezes expressa de forma indirecta através do papel de sabotador, o que se manifestou pelos constantes obstáculos colocados ao andamento da tarefa grupal.

O Bruno desempenhou desde o início o papel de líder, oscilando entre uma liderança construtiva e integradora e uma liderança negativa, assente num excessivo narcisismo destrutivo.

O Alexandre desempenhou em diversas situações o papel de bode expiatório, por vezes sob a forma de alvo de todas as críticas e gozos do grupo, outras sob a forma de “bobo da corte”, divertindo o grupo e alienando o grupo das tarefas grupais. Contudo, nas últimas sessões estava já a começar a libertar-se deste papel, passando a representar o papel do porta-voz, mostrando de uma forma mais manifesta aquilo que o restante grupo podia estar, latentemente, a pensar ou a sentir. Isto observou-se por exemplo na improvisação de canções, actividade que o Alexandre gostava bastante e em que participou activamente.

O facto de todos eles terem já conseguido sair de um papel mais rígido, permitindo-se experimentar novos papéis a que não estavam tão habituados, é sinal de uma boa evolução do grupo e do crescimento individual de cada um. Contudo, é importante que cada um continue a percorrer o seu caminho na procura dos papéis mais adequados e que promovam a expressão emocional e não o reforço de defesas patológicas.

7.5.3. TRANSFERÊNCIA E CONTRA-TRANSFERÊNCIA

Depois de uma sessão com diversos conflitos dentro do grupo, os pacientes começaram a sessão atacando o grupo e o meu papel na relação com cada um (que gostariam que fosse mais privilegiada). Demonstraram-no da seguinte forma: um queria passar para o grupo dos mais pequeninos, outro queria fazer musicoterapia com o irmão e o outro queria fazer sessões individuais. Desta forma, transferiam para

mim o papel de mãe, ao mesmo tempo desejada para cuidar das suas partes mais infantis, mas também alvo de ataques agressivos, que surgem quando sentem que não estão a ser atendidos e entendidos.

Ao nível contra-transferencial confesso ter sido difícil tolerar estes ataques dos pacientes, sem me deixar dominar por uma atitude mais autoritária ou depressiva e frágil. Contudo, ao trabalhar internamente estes sentimentos, pude conter e lidar com a transferência dos pacientes. Assim, através da música propus uma improvisação livre em que cada um poderia ter no grupo, o seu espaço, e uma atenção mais individualizada. Cada um fazia o seu solo à vez com instrumentos de percussão e senti que aos poucos se iam sentindo mais confortáveis neste lugar, no momento em que dois elementos introduziram a voz pela primeira vez.

7.6. VÉRTICE SOCIAL

Tratando-se de um contexto institucional, é natural que o meu contacto com estas crianças e jovens não tenha ocorrido apenas nas sessões de musicoterapia. Embora não se tratassem de períodos muito prolongados, estive por vezes com eles à hora de jantar ou em pequenos períodos da tarde, lembrando-os, sempre que necessário, que se tratavam de dois contextos com características diferentes. Esses momentos permitiram-me observar mudanças principalmente no Bruno que depois de uma primeira fase em que não se aproximava tanto de mim, começou aos poucos a aproximar-se de uma forma mais afectuosa. Além disso, foi também neste contexto que pude ir trocando impressões de forma formal e informal com os educadores e com a equipa técnica acerca da evolução de cada criança / jovem e da forma como estavam a reagir à musicoterapia.

De uma forma geral, disseram que, embora não conseguissem detectar mudanças significativas ao nível emocional ou comportamental, observaram um crescente interesse e motivação pelas sessões de musicoterapia. Além disso, referiram que os pacientes por vezes partilhavam em casa o que se tinha passado nas sessões, às vezes com entusiasmo outras para se queixarem uns dos outros.

Os resultados da “Child Behavior Checklist” (Anexo H) não foram utilizados com fins estatísticos, mas apenas para monitorização da evolução terapêutica dos pacientes. Contudo, salvaguardo o facto de não ser impossível perceber ao certo se as alterações nos resultados se deram devido à musicoterapia ou a factores externos a esta. Assim, verificou-se que o Bruno teve uma melhoria muito significativa principalmente nas áreas do comportamento agressivo e delinquente e dos problemas de atenção, o Carlos teve uma ligeira melhoria na área do Isolamento, mas piorou ligeiramente na área dos problemas de atenção e o Alexandre teve piores resultados no final da intervenção em diversas áreas, principalmente na área dos problemas de atenção. Por fim, é ainda referido neste questionário que o Carlos apresenta melhorias no relacionamento com os pares e com os educadores e o Alexandre teve um aumento no número de amigos, mas dá-se agora pior com o seu irmão.

7.7. SUMÁRIO E IMPLICAÇÕES

Este grupo de Musicoterapia teve uma evolução muito interessante que foi alternando entre momentos de crescimento e de regressão. Todos eram crianças e jovens com necessidades afectivas, de contenção e atenção muito significativas o que me levou a procurar gerir muito bem os momentos em que precisavam que fosse promovida a cultura de grupo e as competências relacionais e os momentos em que precisavam que fosse promovida a individualidade e o estabelecimento de diferenças.

Além disso, foi um grupo em que a conflitualidade e a agressividade estiveram muito presentes, mas que reagia muito bem às diferentes técnicas de improvisação e de movimento com música, onde esses sentimentos puderam ser elaborados. A colocação de limites foi também algo essencial para que se sentissem seguros e contidos num espaço onde podiam ser eles próprios mas em que, ao mesmo tempo, desenvolveram uma melhor capacidade de estar na relação com o outro.

De uma forma geral, podemos concluir que os elementos do grupo tiveram uma evolução positiva, embora se perceba que todos eles têm ainda fortes necessidades, principalmente ao nível das competências relacionais. Quer pela análise das sessões,

quer pelos dados fornecidos pelos educadores, há ainda que sublinhar que o Alexandre foi aquele que no final do processo apresentava menos melhorias a vários níveis, pelo que considero essencial que se promova a esta criança um apoio sistemático, quer ao nível da psicoterapia, quer ao nível do dia-a-dia da casa.

8. OUTRAS INTERVENÇÕES

8.1. INTERVENÇÃO INDIVIDUAL - MARTIM

Quando iniciei o estágio, o Martim tinha 5 anos, sendo o mais novo da Casa da Boavista onde se encontrava acolhido há cerca de 1 ano, juntamente com o seu irmão de 10 anos, o Alexandre. Foi retirado à família por negligência. A mãe tem história de toxicod dependência e o pai, com quem viveu pouco tempo, encontra-se preso. Nos últimos anos tem vindo a desenvolver uma relação de maior proximidade com os avós maternos.

Desde o primeiro contacto que o Martim demonstra ser um rapaz afectuoso e sociável, integrando-se bem nas brincadeiras e actividades dos mais velhos. Na entrevista inicial, a sua Encarregada de Educação refere que o Martim por vezes não exterioriza os seus sentimentos, outras vezes revela alguma tristeza e carência afectiva. Identifica-se com pares com idades muito acima da sua e apresenta uma personalidade muito forte.

Assim, considerou-se que a musicoterapia poderia vir a funcionar como um espaço contendor para a expressão da sua individualidade e dos seus sentimentos, bem como, para a fomentação da brincadeira e do acesso ao jogo simbólico, indo assim de encontro às necessidades correspondentes à sua idade.

O Martim aderiu bem às sessões de Musicoterapia, mostrando motivação e entusiasmo na maioria das sessões. Ao longo das 25 sessões, experimentou uma grande diversidade de técnicas, nomeadamente, a improvisação, os jogos de criação e imitação de ritmos e vocalizações, a reprodução de canções, a expressão corporal com suporte musical, a expressão dramática com suporte musical e criação de histórias com atmosfera sonora.

Os seus progressos foram visíveis principalmente nas áreas da criatividade, da expressão dos afectos e expressão simbólica. No que diz respeito a este último aspecto poder-se-á dizer até que em determinadas sessões se deu uma certa

regressão a estados anteriores do desenvolvimento, possivelmente por ter nas sessões encontrado um espaço onde se sentia acolhido e onde podia ser ele próprio. Este facto é particularmente importante se tivermos em conta que em casa o Martim desempenha um papel de uma pseudo-maturidade para se aproximar do grupo, o que, por um lado, é adaptativo, mas por outro não tem em conta as suas necessidades ao nível afectivo e do brincar correspondentes à sua idade.

8.2. INTERVENÇÃO INDIVIDUAL - FRANCISCO

O Francisco tinha 9 anos quando se deu início ao estágio. Nasceu prematuro de 27/28 semanas e foi abandonado à nascença. As sequelas desta grande prematuridade passaram pela Paralisia cerebral, Hemiparesia esquerda, atraso cognitivo e alterações de comportamento com traços de autismo. O Francisco fez uma grande evolução nos últimos anos ao nível psicomotor, da linguagem e da locomoção.

É um menino muito simpático e apelativo, procurando a atenção constantemente. Tem algumas estereotipias e fixações em determinados objectos ou actividades. A sua Encarregada de Educação considera-o carinhoso e brincalhão e preocupa-se com o facto de ele não ter uma família que o possa acolher. O Francisco tem dificuldades de concentração e relacionais, pelo que passaram principalmente por aqui os objectivos para a sua intervenção.

Ao longo das sessões foram realizados diversos jogos musicais rítmicos e de movimento, nos quais ele foi conseguindo concentrar-se progressivamente durante mais tempo e com maior tolerância à frustração. Foram também realizadas dramatizações com atmosfera sonora, improvisações e recriação de canções suas conhecidas que o ajudaram a ampliar o imaginário e a sair aos poucos de um lugar muito regredido e fusional em que se colocava para evitar uma relação a dois, em que o eu é separado do outro. Por vezes esses momentos não eram fáceis e provocavam nele alguma angustia que projectava na música, pelo que a introdução da música teve que ser gerida com muito cuidado.

8.3. INTERVENÇÃO GRUPAL - GRUPO II

O Grupo II era constituído por 4 rapazes com idades compreendidas entre os 10 e os 13 anos e foram com este grupo realizadas 24 sessões. Através da observação inicial e das entrevistas, apercebi-me que se tratava de um grupo com rapazes bastante sensíveis e afectuosos, mas um pouco conflituosos e impulsivos na relação com os pares, pelo que os principais objectivos das sessões passaram pela promoção das suas competências relacionais como a de reciprocidade e empatia, manejo da agressividade e melhoria da comunicação e expressão pessoal.

Ao longo das sessões dois aspectos ficaram claramente marcados. Por um lado, os frequentes conflitos dentro do grupo e, por outro, a forma como se foram aproximando e confiando, permitindo-se mesmo em determinados momentos mostrar a sua fragilidade. Os conflitos, agitação e distrações ocorriam normalmente logo no início da sessão, por vezes devido questões que se tinham passado durante o dia, e que acabavam por influenciar toda a sessão. Em determinadas situações foi contudo possível trabalhar esses conflitos através de improvisações a pares e o grupo mostrou grande adesão. Alguns manifestaram dificuldade em expressar o que sentiam através da música mas deu-se uma boa evolução ao longo das sessões.

No que diz respeito à expressão da fragilidade, esta ocorreu principalmente numa situação em que, espontaneamente, o grupo começou a procurar sonoridades mais calmas e em situações em que foram utilizadas as técnicas de relaxamento e de imagética com música. Esta expressão das emoções e as confidências efectuadas foram promotoras de uma cultura de grupo e fê-los perceber que a musicoterapia podia ser também um lugar de calma e partilha. Percebi também, em determinadas sessões, que este era um grupo que precisava de muita atenção individualizada e de valorização.

A partir de metade do processo, começaram a manifestar-se as diferenças individuais ao nível dos papéis desempenhados, gostos e escolha de instrumentos. Este aspecto fez com que, por vezes se afastassem mas noutras situações, quando se conseguiam juntar e complementar, ficavam muito contentes e elogiam-se mutuamente. Foi de

facto muito difícil fazer actividades de improvisação ou criação de canções em grupo, pela agitação e dificuldade em ouvir o outro manifestadas, sendo mais fácil quando as actividades eram a pares. Só em algumas situações conseguiram levar uma tarefa até ao fim, como por exemplo quando criaram uma canção em que ficou manifesta a responsabilidade individual pela parte de cada um e a maior capacidade de tocar e cantar em conjunto.

Por fim, verificou-se que, na fase final da intervenção o grupo começou a aderir a uma maior variedade de actividades, nomeadamente, os jogos de movimento com música e os jogos rítmicos. Uma actividade que este grupo gostou particularmente foi a dramatização e utilização de fantoches com ambiente sonoro, o que reflecte uma maior capacidade em relacionarem-se em grupo, dividir tarefas e em utilizar a representação simbólica na expressão dos afectos.

8.4. INTERVENÇÃO GRUPAL - GRUPO III

O grupo III era constituído inicialmente por 6 rapazes com idades entre os 13 e os 17 anos. Ao fim de 7 sessões decidiu-se dividir este grupo em dois por se perceber que uma grande agitação e irrequietude dominavam as sessões, impedindo a criação de um espaço grupal produtivo. Além disso, cedo se perceberam as dificuldades de diversos elementos em concentrarem-se numa tarefa e em efectuar tarefas em grupo, pelo que seria de todo benéfico o trabalho com grupos mais pequenos.

Ainda durante a fase em que estava todo o grupo junto, foram utilizadas diversas técnicas das quais destaco aquelas em que houve maior adesão, tais como a expressão de emoções através da música, a apresentação e análise da canção preferida, os jogos de coordenação/movimento e voz e os jogos rítmicos de imitação. Nalgumas destas actividades o factor competição teve muita importância ao promover a valorização individual, noutras foi trabalhado principalmente o sentimento de si e do outro.

Nas actividades de improvisação e criação de canções em grupo tiveram maior dificuldade, o que revelou alguma dificuldade ao nível da comunicação e relações

interpessoais. Diversos papéis se foram manifestando no grupo, nomeadamente, o papel de líder desempenhado pelo Rui, por vezes de forma construtiva e noutras de forma negativa, através de ameaças e provocações, e o papel divergente e destabilizador desempenhado pelo Afonso, pelo Fernando e pelo Renato. Desde o início que estes três elementos demonstraram uma necessidade de muita atenção e dificuldade na criação de uma relação de confiança. O Daniel e o Manuel alternaram inicialmente entre um papel de grande envolvimento e um papel mais cauteloso.

8.5. INTERVENÇÃO GRUPAL - GRUPO IIIA

Ao subdividir o grupo, ficaram juntos o Rui, o Manuel e o Renato, naquele a que chamei Grupo IIIa. As diferenças no funcionamento foram logo muito significativas. Numa das primeiras sessões fizeram uma improvisação temática que durou bastante tempo, demonstrando capacidade em se focarem numa tarefa e em ouvir e dar espaço ao outro. A curiosidade e envolvimento nas actividades foram muito importantes para a tomada de consciência das capacidades pessoais. Um exemplo disso verificou-se na actividade de pintura com suporte musical.

Individualmente, verificou-se que o Manuel manifestou a sua individualidade desde o início, nomeadamente pela partilha de sonoridades espanholas, seu país de origem. Por vezes na expressão de emoções estava mais inibido, mas deu-se uma evolução muito positiva. O Rui foi-se permitindo libertar do papel de líder e assim explorar os seus gostos pessoais, principalmente pelo piano. O Renato, embora mantendo-se por vezes numa atitude um pouco demitida e destabilizadora, foi aos poucos se aproximando de mim e dos pares, podendo assim vivenciar sentimentos de pertença identitária ao grupo.

8.6. INTERVENÇÃO GRUPAL - GRUPO IIIb

Depois da divisão do Grupo III, participaram no grupo a que chamei Grupo IIIb, o Daniel, o Fernando e o Afonso. Contudo, logo nas primeiras sessões deu-se uma alteração. O Afonso foi reintegrado na família, deixando de participar no grupo e entrou um novo elemento, o Miguel, que até então não tinha tido horário para entrar

em nenhum dos grupos. Embora mais novo que os restantes elementos - 11 anos - considerei que se integraria bem no grupo pela sua maturidade.

Ainda no grupo alargado, o Daniel e o Fernando manifestavam uma cada vez maior desmotivação. O Daniel demonstrava um desinteresse que percebi ser comum a outras áreas da sua vida, o Fernando parecia não encontrar o seu lugar no grupo, agredindo e afastando, indiscriminadamente, tanto os elementos do grupo como a mim. A redução do grupo teve um grande impacto também nestes elementos. A eles juntou-se o Miguel e o grupo parecia tomar um novo rumo. Por sugestão do Daniel começámos a certa altura a fazer uma actividade (que se perpetuou durante várias sessões) inspirado no programa de televisão “Portugal tem Talento”, o que os entusiasmou bastante. Individualmente e depois a pares, foram criando apresentações musicais e teatrais para os restantes elementos do grupo que no final faziam um comentário. Esta actividade lúdica, permitiu que trabalhar a criatividade, o respeito mútuo, o trabalho a pares e as competências interpessoais, bem como a auto-reflexão e a capacidade de verbalizar de uma forma adequada e construtiva o que observaram uns nos outros.

Depois de algumas sessões com este jogo, o grupo estava muito mais coeso, o que permitiu uma maior adesão a actividades de improvisação e de imitação de ritmos e vocalizações.

O Fernando, a partir do momento em que sentiu sobre si uma atenção mais individualizada e se sentiu valorizado pelo grupo começou a estar mais tranquilo nas sessões. O Daniel pode experimentar a sua criatividade e capacidades inicialmente inibidas, embora de uma forma um pouco imatura. O Miguel demonstrou ser capaz de se identificar com pares mais velhos, sem perder a sua individualidade e capacidade de brincar adequada à sua idade.

9. CONCLUSÕES

Ao longo deste trabalho procurou-se espelhar de forma clara o modo como se foi vivendo e aprendendo com esta experiência terapêutica em contexto institucional. Foi no fundo, um primeiro contacto com o “mundo” da musicoterapia aplicada, em que se procurou adoptar sempre uma atitude responsável e profissional.

O impacto desta intervenção foi significativo, por ter promovido algumas mudanças e por ter sido uma fonte de investimento pessoal e relacional por parte das crianças e jovens da Casa da Boavista.

Estas crianças e jovens estão já muito habituados à presença de estagiários na casa, contudo, outros aspectos se mostraram fulcrais para uma boa receptividade deste estágio: por um lado, o bom relacionamento com os rapazes desde a fase de observação à de acompanhamento, por outro, a persistência, a firmeza e a paciência com que se foi lidando, mesmo com as situações em que alguns jovens e crianças pareciam querer desistir, e que levou a que todos levassem o processo até ao fim (o que raramente acontece com outras intervenções e actividades). Além disso, considera-se que as características particulares da musicoterapia, pelo seu lado lúdico associado ao terapêutico, tiveram também um importante papel no impacto deste estágio na Casa da Boavista.

Os objectivos para este estágio passavam, entre outros aspectos, por utilizar junto desta população a musicoterapia como um veículo terapêutico, para os pacientes que têm dificuldade em aderir às terapias verbais, e como instrumento criativo e relacional que promovesse a melhoria de diversos aspectos pessoais e interpessoais no contexto do acolhimento institucional. Neste sentido, sublinha-se o fomentar do relacionamento construtivo entre pares, o facilitar da abertura ao estabelecimento de laços com adultos de referência, bem como a promoção de um maior sentimento de pertença e a coesão grupal, tão necessários nestas situações em que as crianças e jovens são colocados num espaço novo em que têm que se adaptar a novas rotinas e relações.

Considera-se que, em parte, estes objectivos foram atingidos, observando-se dentro das sessões uma crescente coesão grupal e capacidade expressiva e relacional, o que são bons indicadores terapêuticos. Contudo, no contexto social destas crianças e jovens não se observaram mudanças muito significativas, o que nos leva a pensar que se tratou apenas do começo de um longo caminho que algumas ainda têm que percorrer, preferencialmente através de um acompanhamento em musicoterapia ou de outra psicoterapia expressiva. Sublinha-se também que, mesmo nos casos em que se observaram mudanças, não se consegue dizer com segurança se estas se deveram à musicoterapia, a outras intervenções de que estas crianças são alvo, às constantes mudanças nas suas vidas, à crescente adaptação ao contexto do acolhimento ou mesmo a todos estes aspectos em conjunto.

Ao longo da intervenção seguimos a mesma linha orientadora de diversos autores (Robarts, 2006, Stewart e Stewart, 2002, Strecht 1998), que sublinham o facto de estas crianças e jovens não terem experienciado vinculações seguras com os seus cuidadores, o que as impede de estabelecer relações seguras e de confiança no presente e de ter um sentimento de si e do outro coerente. Assim, e tal como eles, também consideramos que o principal instrumento de trabalho da musicoterapia deve ser a relação que, com a ajuda da música se pode tornar num veículo para que a criança ou jovem encontre uma nova forma de estar na relação com o outro num ambiente seguro, estável e contentor.

Strecht (1998) valoriza ainda a importância do terapeuta se constituir como presença continuada no tempo, promovendo assim a desintoxicação de vivências passadas patológicas de descontinuidade. Neste aspecto, verificou-se neste estágio que teria sido muito importante se a intervenção se prolongasse um pouco mais no tempo, no sentido de solidificar e melhor desenvolver este sentimento de continuidade e estabilidade de que esta população tanto necessita. Contudo, sendo isso impossível, pelas questões formais inerentes, procurou-se transmitir desde o início que se trataria de um processo curto mas em que durante este período a terapeuta estaria ali “em pleno” para eles. Trabalhou-se também intensamente a separação para que não sentissem que esta era mais uma relação, como tantas outras nas suas vidas, em que eram abandonados e rejeitados ao fim de algum tempo.

Tal como constatado por Amir e Yair (2008), também aqui se verificou que a música teve um importante papel no desenvolvimento da capacidade de simbolização, quando se trata de uma população com tantas dificuldades em expressar o que sentem através de palavras, ou mesmo em reconhecer os seus sentimentos.

Através de improvisações ao piano, Amir e Yair (2008) procuraram encontrar significados simbólicos do que era tocado para que em seguida, com as suas intervenções pudesse ajudar o paciente a recriar e reorganizar o seu mundo interno. Também na nossa intervenção isso foi ocorrendo, principalmente nas intervenções individuais. Um exemplo disso foi uma improvisação que permitiu ao paciente trazer à consciência um significado muito profundo - “a Casa Assombrada” - que ao longo das sessões pode ser trabalhado e transformado.

No estudo de Caso individual, tal como Stewart e Stewart (2002), optámos por descrever a evolução do processo terapêutico com base na abordagem de Winnicott (1975) sobre a Teoria do Brincar. Existem diferenças muito significativas entre os dois casos, principalmente no que diz respeito à idade dos pacientes pois a criança do nosso Estudo de Caso é bastante mais velha que a estudada pelos autores. Contudo, e tendo em conta que o decurso do seu desenvolvimento infantil foi interrompido devido aos actos negligentes e maltratantes de que foi alvo, consideramos que seria na regressão a essa fase que estaria a chave para que o João pudesse reencontrar um vínculo seguro que lhe permitisse sair de uma imaturidade, fragilidade e dificuldade no relacionamento muito evidentes.

A evolução do processo ocorreu assim de uma forma psicoterapêutica e transferencial. Contudo, houve sempre o cuidado de não interpretar ou trazer à consciência de forma abusiva determinados conteúdos (verbais e musicais) que pudessem ser difíceis de tolerar. Isto deveu-se ao facto de se tratar de uma intervenção de curta duração em que, passado pouco tempo, o trabalho efectuado seria interrompido e sentimentos de desamparo poderiam surgir no João.

Tal como Rio e Tenney (2002), também nós entendemos que o trabalho em grupo seria o mais adequado para a maioria destes jovens e crianças. O grupo potencia naturalmente mecanismos de socialização, identificação e aprendizagem de novos valores, atitudes e comportamentos. Tal como as autoras, também nós percebemos que, no trabalho em grupo com esta população, se pode recorrer a diversas técnicas e recursos. Contudo, consideramos, através da experiência com os 4 grupos com que trabalhamos, que as preferências demonstradas pelos diferentes grupos não se devem apenas à personalidade, experiência, educação e preferências musicais de cada um, mas muitas vezes também a uma cultura de grupo que se vai instalando e em que se descobrem novos gostos e interesses, em conjunto com o grupo, naquele a que poderiam chamar “um espaço só deles”.

Em relação ao Estudo de Caso grupal, optou-se por efectuar uma leitura do que foi ocorrendo no campo grupal através de diversas teorias das dinâmicas de grupo, que nos ajudaram a perceber como, por vezes, para além das características individuais de cada elemento, o grupo ganha características próprias. E é através dos fenómenos que ocorrem no campo grupal, que cada um vai encontrando espaço para se projectar no grupo, numa situação do aqui-e-agora que é trabalhável, sem que se tenha que recorrer à verbalização, tão difícil para estes jovens e crianças.

Recorrendo à teoria de Bion (1961) dos Pressupostos Básicos, podemos concluir que este grupo funcionou por diversas vezes como grupo de pressupostos básicos, o que se observou nos movimentos de ataque-fuga ou acasalamento, que impediam o Grupo de trabalhar verdadeiramente as suas dificuldades e problemáticas. Naturalmente que, estes movimentos ocorriam precisamente porque os diversos elementos do grupo não estariam ainda preparados para o trabalho relacional e criativo que lhes era proposto e que os colocava numa situação de maior fragilidade, entrega e exposição. Assim, foi importante começar por promover a confiança básica em mim e no grupo que, ora se unia ora se afastava.

As teorias de Zimmerman (2000) contribuíram também para melhor entendermos como os papéis foram desempenhados pelos diversos elementos do grupo e, ao identificá-los foi mais fácil ajudar os pacientes a flexibilizá-los. Além disso, também os

fenómenos identificatórios e de transferência e contra-transferência foram observados no grupo. A sua análise foi um bom auxílio na escolha das técnicas mais adequadas em função das necessidades apresentadas.

Este processo terapêutico teve uma evolução difícil, tanto para o grupo como para a terapeuta que teve que se debater com diversos fenómenos contra-transferenciais que, se por um lado lhe provocavam sentimentos de frustração e impotência, por outro lado, a ajudaram a melhor entender a dor, agitação e agressividade destas crianças e jovens. O grupo conseguiu ultrapassar algumas das suas dificuldades e relacionar-se de uma forma mais madura, mas reconhece-se que seria essencial que existisse uma continuidade do trabalho ali efectuado.

Por fim, e de uma forma geral, considera-se ter sido essencial, para a boa evolução do estágio, o trabalho de continuidade e complementaridade na musicoterapia e na Casa da Boavista.

Contudo, foi também importante a promoção de uma certa diferenciação entre estes dois contextos, ou seja, entre o contexto social e o grupal. Só assim, as crianças e jovens puderam perceber, de sessão para sessão, que o significado das relações entre pares na musicoterapia não passava apenas pela possibilidade de fazer ou solidificar amizades, mas, principalmente, pela possibilidade de tornar estas umas “amizades especiais” em que podiam aprender pelas experiências uns dos outros, desde que lhes fosse dado um espaço e um tempo para essa reflexão e compreensão. Foi esse o lugar da musicoterapia neste Centro de Acolhimento Temporário - a Casa da Boavista.

10. REFLEXÃO FINAL

Este estágio foi para mim uma experiência muito enriquecedora, vivida intensamente, ao longo de 9 meses.

Com os utentes da Casa da Boavista, estabeleci um laço que se foi fortalecendo ao longo do tempo, à medida que a confiança e o sentimento de continuidade se foram solidificando. Naturalmente, que teve altos e baixos, o que me parece natural tendo em conta as características desta população e do contexto. Por um lado, pelas dificuldades desta população ao nível da gestão da proximidade, que se manifestou, por vezes, em comportamentos um pouco invasivos e noutras de afastamento. Por outro lado, pelas características do próprio contexto de um estágio que, por ter um tempo limitado, levou a que algumas barreiras na capacidade de entrega e de confiança surgissem. Além disso, também pelo facto de me encontrar com a maioria deles, num contexto terapêutico (apenas não estive com os 3 utentes que entraram na Casa já a meio do Estágio) levou a que, tanto no contexto terapêutico, como no contexto da Casa, se reactivassem sentimentos em relação a mim, consequentes do momento terapêutico em que se encontravam.

Com a equipa técnica e educativa, a relação foi também muito positiva. Num contexto por vezes mais formal, noutras informal, foram-se estreitando laços profissionais e pessoais. A sua ajuda foi essencial para o bom decorrer do estágio, mostrando disponibilidade para responder às minhas questões e discutir determinados assuntos, sempre que necessário. Senti, no entanto, que tinha que ter bastante autonomia na gestão dos meus tempos e intervenções, dada a complexa dinâmica da casa que absorve bastante a equipa e dadas também as características especiais deste estágio, por se tratar de uma área em que nenhum dos técnicos tinha especialidade. Esse aspecto acabou por ter um positivo impacto ao nível do meu crescimento e segurança profissional. De qualquer forma, senti, por parte do psicólogo um constante interesse em saber como tudo estava correr e um genuíno interesse em perceber como funcionavam as sessões de Musicoterapia. A Assistente Social teve também um importante papel ao procurar integrar-me nas diversas dinâmicas e actividades da Casa da Boavista.

A gestão da confidencialidade das sessões foi sendo pensada ao longo do tempo pois, se por um lado era securizante para os pacientes saberem que o que se passava nas sessões não era falado na casa, por outro, foi também importante discutir, com a equipa técnica, determinados assuntos e comportamentos que surgiram nas sessões e que se mostrou ser essencial serem também tratados no contexto da casa. Sempre que essa partilha ocorreu, os pacientes foram avisados previamente, o que os fez sentir-se envolvidos de forma responsável no seu próprio processo.

Em termos de aprendizagem, este estágio teve uma grande importância na promoção das minhas competências como futura musicoterapeuta. No início, reconheço que em determinados aspectos da intervenção me sentia bastante insegura, nomeadamente, no aspecto musical. A minha formação de base é a psicologia, com especialização em psicoterapia psicanalítica e em psicodrama, o que me deixou um pouco mais à vontade ao nível da compreensão dos casos e estabelecimento da relação terapêutica. Contudo, sinto que ao nível musical, embora tenha já alguma formação, tenho ainda muito a aprender para me sentir mais à vontade com este importante instrumento de trabalho. Neste estágio, pelo treino das minhas competências musicais (na preparação das sessões e nas sessões em si) e pela possibilidade de ir experimentando as diversas técnicas e percebendo quais as mais adequadas a cada momento, as minhas inseguranças foram-se dissipando aos poucos. Reconheço contudo que tenho ainda um longo caminho a percorrer.

Especificamente, ao nível da escolha das técnicas e gestão das necessidades dos grupos e casos individuais, percebo agora que existem aperfeiçoamentos importantes que poderei fazer numa próxima intervenção com este tipo de população. Um exemplo disso é a criação de canções, técnica com a qual estes pacientes tiveram alguma dificuldade, mas que considero agora que teria sido importante retomá-la noutras sessões. Esta técnica ajudaria a promover um maior sentimento de coesão nos grupos e, caso gravássemos uma canção no final do processo, seria valorizante para os pacientes ficarem com essa recordação da Musicoterapia.

Uma boa surpresa foi o facto de quase todos terem aderido bem ao exercício de relaxamento com música e terem gostado bastante. Embora, no dia-a-dia sejam muito agitados e com dificuldade em parar (para pensar e sentir), percebi que estas crianças e jovens têm necessidade de “ser parados” quando o contexto a isso se propicia. Assim, talvez tivesse sido também importante retomar este exercício noutras sessões. O facto de ter utilizado música gravada, por vezes, tirada da internet foi, por um lado um factor motivador para os pacientes, que puderam escolher livremente as músicas com que se identificavam mas, por outro, foi também um factor distractor por ficarem, em algumas sessões, com vontade de pesquisar outros assuntos (não musicais) na internet. Este aspecto levou a que tivessem que ser postos muitos limites, roubando tempo à sessão, o que me leva a pensar se devo voltar a adoptar esta estratégia noutras intervenções.

Por fim, resta-me dizer que esta experiência me levou a reflectir sobre o meu futuro profissional como psicóloga, psicoterapeuta e musicoterapeuta, pois percebi que quero, sem qualquer dúvida, continuar a aprender e a por em prática esta forma de intervenção, de preferência, com este tipo de população com que tanto gostei de trabalhar. Gostaria, por exemplo, de investir num projecto em que pudesse integrar a Musicoterapia com outros tipos de Terapias Expressivas, fornecendo assim um leque mais abrangente de possibilidades que dessem resposta às exigentes necessidades e gostos pessoais destas crianças e jovens.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M. D. S. & Bowlby, J. (1991). An Ethological Approach to Personality Development. American Psychologist, 46 (4): 333-341.
- Amir, D. & Yair, M. (2008). When the piano talks: Finding Meaning in Piano Improvisations created by Three Children at Risk who live in Residential Care. Qualitative inquiries in Music Therapy. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bion (1961). Experiências com Grupos. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Bléandou, G. (1993). Wilfred R. Bion – A Vida e a Obra 1897-1979. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Bloch-Wrobel, V. (2002). Music Therapy and Identity: A Cultural Approach with a Child with Special Needs. Dialogue and Debate. Music Therapy in the 21st Century: A Contemporary Force for Change. Conference Proceedings: 10th World Congress of Music Therapy. Oxford, England.
- Bruscia, K. E. (1998). An Introduction to Music Psychotherapy. In K. E, Bruscia (Ed), The Dynamics of Music Psychotherapy (pp. 1-16). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1998). Defining Areas and Levels of Practice. In K. E, Bruscia (Ed), Defining Music Therapy (2^a ed.) (pp. 156-223). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Casa da Boavista (2006). Projecto Educativo. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 487/2010 de 3 de Dezembro de 2010
- Fernandes, B. S. (2003). Psicoterapia de Grupo com Crianças. In Fernandes, W. J., Svartman, B., Fernandes, B. S. & colaboradores, Grupos e Configurações Vinculares, (pp. 233-240). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Flower (1993). Control and Creativity: Music Therapy with Adolescents in Secure Care. In Heal, M. & Wigram (Eds.) Music Therapy in Health and Education. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Fontoura, A. R. V. N. (2008). Tese de Mestrado: E Quem me abraça agora? – Aspectos Psicossociais da Organização e Funcionamento dos Centros de Acolhimento na Primeira Infância. Lisboa: ISCTE.

Frank-Schwebel, A. (2002). Israel: Developmental Trauma and its Relation to Sound and Music. In Sutton, J. P. (Editors), Music, Music Therapy and Trauma. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Friedlander, L. H. (1994). Group Music Psychotherapy in a Inpatient Psychiatric Setting for Children: A Developmental Approach. Music Therapy Perspectives, 12: 92-97.

Ginsburg, K. R. (2007). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. Pediatrics, 119(1): 182-191.

Gonçalves, M. J., Almeida, M. J. V., Guimarães, P. & Alves, A. P. (2005). Contributos para um diagnóstico e uma estratégia de intervenção integrada em matéria de infância e adolescência. Lisboa: Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Guedeney, N. (2004). Conceitos-Chave da Teoria da Vinculação. In Guedeney, N. & Guedeney, A. (coordenação). Vinculação – Conceitos e aplicações. Lisboa: Climepsi Editores.

Hara, G. (1999). Coming Together: The Healing Process of Music Therapy Groups. Music Therapy: A Global Mosaic – Many Voices, One Song. 9th World Congress for Music Therapy, (pp. 114-123). Washington, D. C..

Hodermarska, M. & Scott-Moncrieff, S. (2007). Operatic Play: A Drama and Music Therapy Collaboration. In Camilleri, V. A. (Editora). Healing the Inner City Child. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Leandro, A., Alvarez, D. L., Cordeiro, M. & Carvalho, R. (2005). Manual de Boas Práticas – Um Guia para o Acolhimento Residencial das Crianças e Jovens. Lisboa: Instituto de Segurança Social.

Lehtonen, K. (1993). Reflections on Music Therapy and Developmental Psychology. Nordic Journal of Music Therapy, 2(1): 3-12.

Lei nº 147/99 de 1 de Setembro: Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

MacKenzie, K. R. (1994). The developing Structure of Therapy Group System. In, Bernard, A. & MacKenzie, K. R. (Eds.) Basics of group psychotherapy. New York: The Guilford Press.

Martins, P. C. M. (2005). A qualidade dos serviços de protecção às crianças e jovens – As Respostas institucionais. Intervenção realizada no VI Encontro Cidade Solidária: Crianças em risco: será possível converter o risco em oportunidade?. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Martins, P. C. (2008). O acolhimento institucional no quadro das políticas de protecção infantil: Tendências e contradições. In Direitos das Crianças e Jovens - Actas do Colóquio, (pp. 291-304). Lisboa: ISPA.

Miljkovitch, R. (2004). A vinculação ao nível das representações. In Guedeney, N. & Guedeney, A. (coordenação). Vinculação – Conceitos e aplicações. Lisboa: Climepsi Editores.

Mirielle, C. (2006). (consult. 15 Junho 2011). <http://sitedepoesias.com/poesias/15754>

Newham, P. (1999). Using Voice and Movement in Therapy – The Practical Application of Voice Movement Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers.

Pavlicevic, M. (2000). Improvisation in Music Therapy: Human Communication in Sound. Journal of Music Therapy, XXXVII (4): 269-285.

Pedersen, I. N. (2006). Counter Transference in Music Therapy. Dissertation submitted for the Degree of Doctor of Philosophy. Aalborg University.

Pinhel, J., Torres, N., Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. Análise Psicológica, XXVII (4): 509-521.

Regulamento Interno das Casas de Acolhimento de Crianças e Jovens do Instituto da Segurança Social – Casa da Boavista.

Robarts, J. (2006). Music Therapy with Sexually Abused Children. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11(2): 249–269.

Rycroft, C. (1995). Critical Dictionary of Psychoanalysis. 2nd edition. London: Penguin Reference.

Rygaard, N. P. (2006). A Criança Abandonada. Lisboa: Climepsi Editores.

Sá, F. (2003). Psicoterapia Analítica de Grupo com Crianças no Período de Latência: Um Modelo – Apresentação e Fundamentos. Lisboa: Climepsi.

Sabbatella, P. L. (1999). Metodología General y Técnicas de Trabajo en Musicoterapia. In Pascual, M. J. C., Moreno, J. L., Castro, P. L., Aguilera, F. M., Alonso, T. O. & Sabbatella, P., Música y Salud: Introducción a la Musicoterapia II, (pp. 115-142). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Sekeles, C. (1996). Music: Motion and Emotion. The Developmental-Integrative Model in Music Therapy. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Skewes, K. (2001). The Experience of Group Music Therapy for Six Bereaved Adolescents. Dissertação de Doutoramento não publicada. University of Melbourne.

Sroufe, L. A. & e Waters, E. (1977). Attachment as an Organizational Construct. Child Development, 48: 1184-1199.

Stewart, R. W. & Stewart, D. (2002). See me, Hear me, Play with me: Working with the trauma of Early Abandonment and Deprivation in Psychodynamic Music Therapy. In

Sutton, J. P. (Editors), Music, Music Therapy and Trauma. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Strecht, P. (1998). Crescer Vazio – Repercussões Psíquicas do Abandono, Negligência e Maus Tratos em Crianças e Adolescentes. Lisboa: Assírio & Alvim.

United Nations Children's Fund (2004). A convenção sobre os direitos da criança. (consult. 12 Junho 2011). http://www.unicef.pt/docs/pdf_publications/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Van der Linde, C. H. (1999). The Relationship between Play and Music in Early Childhood: Educational Insights. Education, 19(4): 610-615.

Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bonde, L. O. (2002). Introduction to Music Therapy. In Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bonde, L. O., A Comprehensive Guide to Music Therapy – Theory, Clinical Practice, Research and Training, (pp. 17-45). London: Jessica Kingsley.

Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bonde, L. O. (2002). Theoretical Foundations of Music Therapy. In Wigram, T., Pedersen, I. N. & Bonde, L. O., A Comprehensive Guide to Music Therapy – Theory, Clinical Practice, Research and Training, (pp. 46-113). London: Jessica Kingsley.

Winnicott, D. (1975). O Brincar & a Realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Worthington, A. (2003). Relationships and the Therapeutic Setting. In Ward, A., Kasinski, K. Pooley, J. & Worthington, A. (Eds.), Therapeutic Communities for Children and Young People, (pp. 148-160). London: Jessica Kingsley Publishers.

Zimmerman, D. E. (1997). Classificação Geral dos Grupos. In Zimmerman, D. E. & Osório, L. C., Como Trabalhamos com Grupos, (pp.75 -81). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Zimmerman, D. E. (2000). Fundamentos Básicos das Grupoterapias (2ª ed.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** - Ficha de dados pessoais e avaliação inicial
- Anexo B** - Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) – Checklist do Comportamento Infantil (Tradução livre)
- Anexo C** - Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) – Checklist do Comportamento Infantil (Versão Original)
- Anexo D** - Ficha do plano terapêutico
- Anexo E** - Folha de registo das sessões de musicoterapia
- Anexo F** - Entrevista de avaliação final – musicoterapia
- Anexo G** - Comunicação no VI Encontro da Associação Portuguesa de Musicoterapia
- Anexo H** - Resultados do Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) – Estudos de caso

ANEXO A

Ficha de dados pessoais e avaliação inicial

DADOS PESSOAIS E AVALIAÇÃO INICIAL

Nome: _____ Género: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ___/___/____ Data: ___/___/____

Diagnóstico Clínico (quando existente):

Medicação e dosagem tomada (quando existente):

Número e duração de anteriores Acolhimentos:

Duração do Acolhimento actual:

Anamnese / História Clínica

Dados recolhidos no contacto informal na Instituição

Dados recolhidos junto dos Educadores

Motivo

Avaliação da indicação para Musicoterapia**Expectativas**

Biografia Musical

Gosta de música? _____

Hábitos musicais _____

Frequência com que ouve _____

Estilos musicais preferidos _____

Bandas preferidas _____

Gosta de música com letras? _____

Instrumentos preferidos _____

Perfil de receptividade Musical

(Registo do modo de reacção aos estímulos sonoros e à escuta musical)

Perfil de comportamentos e atitudes face ao contacto com instrumentos musicais

ANEXO B

Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) – Checklist do Comportamento Infantil (Tradução livre)

Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991)

Checklist do Comportamento Infantil

(Tradução livre)

Dados da Criança:	Questionário preenchido por:
Nome:	Nome:
Idade:	Função:
Data de Nascimento: __/__/__	Data: __/__/__

I. Por favor diga quais os desportos, preferidos pela criança / jovem. (Ex.: natação, skate, surf, andar de bicicleta, futebol, etc.)	Comparada com outras da mesma idade, quanto tempo passa em cada?				Comparada com outras da mesma idade, como é a sua performance?			
Nenhum	Abaixo da média	Na média	Acima da média	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média	Não sei

II. Por favor diga quais as outras actividades e jogos, não desportivos, preferidos pela criança/jovem. (Ex.: coleccionismo, brincar com bonecos, carrinhos, tocar um instrumento, computadores, etc.)	Comparada com outras da mesma idade, quanto tempo passa em cada?				Comparada com outras da mesma idade, como é a sua performance?			
Nenhum	Abaixo da média	Na média	Acima da média	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média	Não sei

III. Por favor diga quais as organizações, clubes, equipas ou grupos a que a criança / jovem pertence.	Comparada com outras da mesma idade, qual o seu envolvimento?			
Nenhum	Abaixo da média	Na média	Acima da média	Não sei

IV. Por favor diga quais os trabalhos e tarefas que a criança / jovem tem - pagos e não pagos. (Ex.: babysitting, trabalho numa loja, fazer a cama, etc.)	Comparada com outras da mesma idade, quanto tempo passa em cada?			
Nenhum	Abaixo da média	Na média	Acima da média	Não sei

V. 1. Quantos amigos próximos tem a criança / jovem? (não incluir irmãos)							
Nenhum		1		2 ou 3		4 ou mais	

V. 2. Quantas vezes por semana faz coisas com os amigos fora do horário escolar? (não incluir irmãos)					
Menos de 1		1 ou 2		3 ou mais	

VI. Comparando com outros da sua idade, quão bem a criança ou jovem:				
	Pior	Na média	Melhor	
Se dá com os seus irmãos?				Não tem irmãos
Se dá com outras crianças / jovens?				
Se comporta com os seus educadores?				
Brinca ou trabalha sozinha?				

VII. 1. Performance nas disciplinas académicas (não incluir Educação Física):				
	Negativa	Abaixo da Média	Na média	Acima da Média
a) Língua Portuguesa				
b) História ou Estudos Sociais				
c) Matemática				
d) Ciências da Natureza				
e)				
f)				
g)				

VII. 2. A criança / jovem está em Educação Especial, toma medicação ou está numa sala / escola especializada?				
Não		Sim		Descreva:
VII. 3. A criança / jovem já repetiu algum ano?				
Não		Sim		Descreva:
VII. 4. A criança / jovem tem algum problema académico ou de outro tipo na escola?				
Não		Sim		Descreva:
Quando é que começaram? _____		Já terminaram?	Sim	Não
				Quando?

A criança / jovem tem alguma doença ou deficiência física ou mental?				
Não		Sim		Descreva:

O que o preocupa mais acerca da criança / jovem?

Por favor descreva o que de melhor tem a criança / jovem?

Para cada uma das questões da lista que se segue, relacionadas com o comportamento da criança no presente momento ou no espaço dos últimos seis meses, assinale por favor a opção **2**, se o comportamento for muito frequente na criança, **1** se ocorrer algumas vezes e **0** se nunca ocorrer.

0	1	2	1. Tem atitudes infantis para a sua idade
0	1	2	2. Bebe bebidas alcoólicas sem a autorização dos pais / educadores
0	1	2	3. Discute / argumenta muito
0	1	2	4. Não termina aquilo que começa
0	1	2	5. Há poucas coisas de que gosta
0	1	2	6. Defeca fora da casa de banho
0	1	2	7. Gaba-se, vangloria-se
0	1	2	8. Não se consegue concentrar
0	1	2	9. Não consegue tirar da cabeça certos pensamentos
0	1	2	10. Não consegue sentar-se quieto
0	1	2	11. Muito dependente
0	1	2	12. Queixa-se de solidão
0	1	2	13. Parece confuso
0	1	2	14. Chora muito
0	1	2	15. É cruel para os animais
0	1	2	16. É cruel, <i>bully</i> ou mau para os outros
0	1	2	17. Sonha acordado ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18. Magoa-se deliberadamente ou tenta o suicídio
0	1	2	19. Pede muita atenção
0	1	2	20. Estraga as suas coisas
0	1	2	21. Estraga as coisas dos outros
0	1	2	22. É desobediente em casa
0	1	2	23. É desobediente na escola
0	1	2	24. Não come bem
0	1	2	25. Não se relaciona bem com as outras crianças
0	1	2	26. Não parece sentir-se culpado após um comportamento inadequado
0	1	2	27. É ciumento
0	1	2	28. Não cumpre as regras em casa, na escola, ou em outro lugar
0	1	2	29. Tem medo de certos animais, situações, ou locais (outros para além da escola). Descreva _____
0	1	2	30. Tem medo de ir à escola
0	1	2	31. Receia pensar ou fazer alguma coisa má
0	1	2	32. Sente que ele(a) tem que ser perfeito

0	1	2	33. Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34. Sente ameaças de perseguição
0	1	2	35. Sente-se inferior ou imprestável
0	1	2	36. Magoa-se muitas vezes
0	1	2	37. Envolve-se em várias lutas
0	1	2	38. Sente-se muitas vezes provocado(a)
0	1	2	39. Anda com outros que se envolvem em problemas
0	1	2	40. Ouve sons ou vozes que não estão lá. Descreva _____
0	1	2	41. Age impulsivamente sem pensar
0	1	2	42. Prefere estar só do que com os outros
0	1	2	43. Mentira ou engana
0	1	2	44. Rói as unhas
0	1	2	45. É nervoso ou tenso
0	1	2	46. Faz movimentos nervosos ou tem tiques. Descreva _____
0	1	2	47. Tem pesadelos
0	1	2	48. As outras crianças não gostam dele(a)
0	1	2	49. Sofre de obstipação
0	1	2	50. É demasiado medroso ou ansioso
0	1	2	51. Tem tonturas
0	1	2	52. Sente-se demasiado culpado
0	1	2	53. Tem reacções exageradas
0	1	2	54. Fica demasiado cansado sem motivos aparentes
0	1	2	55. Tem excesso de peso
0	1	2	56. Tem problemas físicos sem causa médica conhecida:
0	1	2	a) Dores (sem ser de estômago ou cabeça)
0	1	2	b) Dores de cabeça
0	1	2	c) Náuseas, sente-se doente
0	1	2	d) Problemas com os olhos (não se trata de falta de vista). Descreva: _____
0	1	2	e) Feridas ou outros problemas de pele
0	1	2	f) Dores de estômago
0	1	2	g) Vomita
0	1	2	h) Outros. Descreva:_____
0	1	2	57. Agride pessoas fisicamente
0	1	2	58. Coloca o dedo no nariz, arranca pele ou outras partes do corpo. Descreva: _____
0	1	2	59. Brinca com as suas partes íntimas em público
0	1	2	60. Brinca com as suas partes íntimas demasiadas vezes

0	1	2	61. Tem insucesso escolar
0	1	2	62. É descoordenado
0	1	2	63. Prefere estar com crianças mais velhas
0	1	2	64. Prefere estar com crianças mais novas
0	1	2	65. Recusa-se a falar
0	1	2	66. Repete certos actos várias vezes de forma compulsiva. Descreva: _____
0	1	2	67. Foge de casa
0	1	2	68. Grita imenso
0	1	2	69. Guarda as coisas para si, secretismo
0	1	2	70. Vê coisas que não estão lá. Descreva: _____
0	1	2	71. Fica facilmente envergonhado
0	1	2	72. Tem explosões de raiva
0	1	2	73. Tem problemas sexuais. Descreva: _____
0	1	2	74. Arma-se em engraçado (palhacinho)
0	1	2	75. É demasiado tímido
0	1	2	76. Dorme menos que a maioria das crianças. Descreva: _____
0	1	2	77. Dorme mais que a maioria das crianças de noite ou dia. Descreva: _____
0	1	2	78. É desatento ou distrai-se facilmente
0	1	2	79. Tem problemas na fala/discurso. Descreva: _____
0	1	2	80. Olha para o infinito
0	1	2	81. Rouba em casa
0	1	2	82. Rouba fora de casa
0	1	2	83. Guarda demasiadas coisas de que não precisa
0	1	2	84. Tem comportamentos estranhos. Descreva : _____
0	1	2	85. Tem ideias estranhas. Descreva: _____

0	1	2	86. É teimoso, carrancudo ou irrita-se
0	1	2	87. Tem mudanças repentinas de humor e de sentimentos
0	1	2	88. Amua muito
0	1	2	89. É desconfiado(a)
0	1	2	90. Diz palavrões ou utiliza linguagem obscena
0	1	2	91. Fala em matar-se
0	1	2	92. Fala ou anda durante o sono. Descreva: _____
0	1	2	93. Fala demasiado
0	1	2	94. Implica muito

0	1	2	95. Tem um temperamento petulante
0	1	2	96. Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97. Ameaça pessoas
0	1	2	98. Chucha no dedo
0	1	2	99. Fuma, masca ou cheira tabaco
0	1	2	100. Tem problemas em adormecer. Descreva: _____
0	1	2	101. Falta às aulas
0	1	2	102. Tem movimentos lentos ou falta de energia
0	1	2	103. É infeliz, triste ou depressivo
0	1	2	104. Invulgarmente barulhento
0	1	2	105. Usa drogas/medicamentos
0	1	2	106. Vandalismo
0	1	2	107. Não tem controlo dos esfíncteres
0	1	2	108. Tem enurese nocturna
0	1	2	109. Choramanga
0	1	2	110. Deseja ser do sexo oposto
0	1	2	111. Não se envolve com os outros, isola-se
0	1	2	112. Preocupa-se
0	1	2	113. Por favor escreva outro(s) problemas que a criança tenha e que não estavam na lista anterior: _____
0	1	2	_____
0	1	2	_____
0	1	2	_____

ANEXO C

Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) – Checklist do Comportamento Infantil (Versão original)



Please print

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18

For office use only
ID #

CHILD'S FULL NAME	First _____	Middle _____	Last _____
-------------------	-------------	--------------	------------

CHILD'S GENDER <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl	CHILD'S AGE _____	CHILD'S ETHNIC GROUP OR RACE _____
--	-------------------	------------------------------------

TODAY'S DATE Mo. ____ Day ____ Year ____	CHILD'S BIRTHDATE Mo. ____ Day ____ Year ____
---	--

GRADE IN SCHOOL _____	Please fill out this form to reflect <i>your</i> view of the child's behavior even if other people might not agree. Feel free to print additional comments beside each item and in the space provided on page 2. Be sure to answer all items.
NOT ATTENDING SCHOOL <input type="checkbox"/>	

PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now.
(Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant.)

FATHER'S TYPE OF WORK _____

MOTHER'S TYPE OF WORK _____

THIS FORM FILLED OUT BY: (print your full name)

Your gender: Male Female

Your relation to the child:

- Biological Parent Step Parent Grandparent
 Adoptive Parent Foster Parent Other (specify)

I. Please list the sports your child most likes to take part in. For example: swimming, baseball, skating, skate boarding, bike riding, fishing, etc.

Compared to others of the same age, about how much time does he/she spend in each?

Compared to others of the same age, how well does he/she do each one?

None <input type="checkbox"/>	Less Than Average	Average	More Than Average	Don't Know	Below Average	Average	Above Average	Don't Know
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Please list your child's favorite hobbies, activities, and games, other than sports. For example: stamps, dolls, books, piano, crafts, cars, computers, singing, etc. (Do *not* include listening to radio or TV.)

Compared to others of the same age, about how much time does he/she spend in each?

Compared to others of the same age, how well does he/she do each one?

None <input type="checkbox"/>	Less Than Average	Average	More Than Average	Don't Know	Below Average	Average	Above Average	Don't Know
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Please list any organizations, clubs, teams, or groups your child belongs to.

Compared to others of the same age, how active is he/she in each?

None <input type="checkbox"/>	Less Active	Average	More Active	Don't Know
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Please list any jobs or chores your child has. For example: paper route, babysitting, making bed, working in store, etc. (Include both paid and unpaid jobs and chores.)

Compared to others of the same age, how well does he/she carry them out?

None <input type="checkbox"/>	Below Average	Average	Above Average	Don't Know
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Be sure you answered all items. Then see other side.

Please print. Be sure to answer all items.

V. 1. About how many close friends does your child have? (Do *not* include brothers & sisters)

- None 1 2 or 3 4 or more

2. About how many times a week does your child do things with any friends outside of regular school hours?
(Do *not* include brothers & sisters)

- Less than 1 1 or 2 3 or more

VI. Compared to others of his/her age, how well does your child:

- | | Worse | Average | Better | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| a. Get along with his/her brothers & sisters? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Has no brothers or sisters |
| b. Get along with other kids? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. Behave with his/her parents? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. Play and work alone? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

VII. 1. Performance in academic subjects.

Does not attend school because _____

Check a box for each subject that child takes

Other academic subjects—for example: computer courses, foreign language, business. Do *not* include gym, shop, driver's ed., or other nonacademic subjects.

	Failing	Below Average	Average	Above Average
a. Reading, English, or Language Arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. History or Social Studies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Arithmetic or Math	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Science	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Does your child receive special education or remedial services or attend a special class or special school?

- No Yes—kind of services, class, or school:

3. Has your child repeated any grades?

- No Yes—grades and reasons:

4. Has your child had any academic or other problems in school? No Yes—please describe:

When did these problems start? _____

Have these problems ended? No Yes—when?

Does your child have any illness or disability (either physical or mental)? No Yes—please describe:

What concerns you most about your child?

Please describe the best things about your child.

Below is a list of items that describe children and youths. For each item that describes your child **now or within the past 6 months**, please circle the **2** if the item is **very true or often true** of your child. Circle the **1** if the item is **somewhat or sometimes true** of your child. If the item is **not true** of your child, circle the **0**. Please answer all items as well as you can, even if some do not seem to apply to your child.

0 = Not True (as far as you know) 1 = Somewhat or Sometimes True 2 = Very True or Often True

0 1 2	1. Acts too young for his/her age	0 1 2	32. Feels he/she has to be perfect
0 1 2	2. Drinks alcohol without parents' approval (describe): _____	0 1 2	33. Feels or complains that no one loves him/her
0 1 2	3. Argues a lot	0 1 2	34. Feels others are out to get him/her
0 1 2	4. Fails to finish things he/she starts	0 1 2	35. Feels worthless or inferior
0 1 2	5. There is very little he/she enjoys	0 1 2	36. Gets hurt a lot, accident-prone
0 1 2	6. Bowel movements outside toilet	0 1 2	37. Gets in many fights
0 1 2	7. Bragging, boasting	0 1 2	38. Gets teased a lot
0 1 2	8. Can't concentrate, can't pay attention for long	0 1 2	39. Hangs around with others who get in trouble
0 1 2	9. Can't get his/her mind off certain thoughts; obsessions (describe): _____	0 1 2	40. Hears sound or voices that aren't there (describe): _____
0 1 2	10. Can't sit still, restless, or hyperactive	0 1 2	41. Impulsive or acts without thinking
0 1 2	11. Clings to adults or too dependent	0 1 2	42. Would rather be alone than with others
0 1 2	12. Complains of loneliness	0 1 2	43. Lying or cheating
0 1 2	13. Confused or seems to be in a fog	0 1 2	44. Bites fingernails
0 1 2	14. Cries a lot	0 1 2	45. Nervous, highstrung, or tense
0 1 2	15. Cruel to animals	0 1 2	46. Nervous movements or twitching (describe): _____
0 1 2	16. Cruelty, bullying, or meanness to others	0 1 2	47. Nightmares
0 1 2	17. Daydreams or gets lost in his/her thoughts	0 1 2	48. Not liked by other kids
0 1 2	18. Deliberately harms self or attempts suicide	0 1 2	49. Constipated, doesn't move bowels
0 1 2	19. Demands a lot of attention	0 1 2	50. Too fearful or anxious
0 1 2	20. Destroys his/her own things	0 1 2	51. Feels dizzy or lightheaded
0 1 2	21. Destroys things belonging to his/her family or others	0 1 2	52. Feels too guilty
0 1 2	22. Disobedient at home	0 1 2	53. Overeating
0 1 2	23. Disobedient at school	0 1 2	54. Overtired without good reason
0 1 2	24. Doesn't eat well	0 1 2	55. Overweight
0 1 2	25. Doesn't get along with other kids		56. Physical problems without known medical cause:
0 1 2	26. Doesn't seem to feel guilty after misbehaving	0 1 2	a. Aches or pains (not stomach or headaches)
0 1 2	27. Easily jealous	0 1 2	b. Headaches
0 1 2	28. Breaks rules at home, school, or elsewhere	0 1 2	c. Nausea, feels sick
0 1 2	29. Fears certain animals, situations, or places, other than school (describe): _____	0 1 2	d. Problems with eyes (not if corrected by glasses) (describe): _____
0 1 2	30. Fears going to school	0 1 2	e. Rashes or other skin problems
0 1 2	31. Fears he/she might think or do something bad	0 1 2	f. Stomachaches
		0 1 2	g. Vomiting, throwing up
		0 1 2	h. Other (describe): _____

Please print. Be sure to answer all items.

0 = Not True (as far as you know)

1 = Somewhat or Sometimes True

2 = Very True or Often True

- 0 1 2 57. Physically attacks people
- 0 1 2 58. Picks nose, skin, or other parts of body (describe): _____

- 0 1 2 59. Plays with own sex parts in public
- 0 1 2 60. Plays with own sex parts too much
- 0 1 2 61. Poor school work
- 0 1 2 62. Poorly coordinated or clumsy
- 0 1 2 63. Prefers being with older kids
- 0 1 2 64. Prefers being with younger kids
- 0 1 2 65. Refuses to talk
- 0 1 2 66. Repeats certain acts over and over; compulsions (describe): _____

- 0 1 2 67. Runs away from home
- 0 1 2 68. Screams a lot
- 0 1 2 69. Secretive, keeps things to self
- 0 1 2 70. Sees things that aren't there (describe): _____

- 0 1 2 71. Self-conscious or easily embarrassed
- 0 1 2 72. Sets fires
- 0 1 2 73. Sexual problems (describe): _____

- 0 1 2 74. Showing off or clowning
- 0 1 2 75. Too shy or timid
- 0 1 2 76. Sleeps less than most kids
- 0 1 2 77. Sleeps more than most kids during day and/or night (describe): _____

- 0 1 2 78. Inattentive or easily distracted
- 0 1 2 79. Speech problem (describe): _____

- 0 1 2 80. Stares blankly
- 0 1 2 81. Steals at home
- 0 1 2 82. Steals outside the home
- 0 1 2 83. Stores up too many things he/she doesn't need (describe): _____

- 0 1 2 84. Strange behavior (describe): _____

- 0 1 2 85. Strange ideas (describe): _____

- 0 1 2 86. Stubborn, sullen, or irritable
- 0 1 2 87. Sudden changes in mood or feelings
- 0 1 2 88. Sulks a lot
- 0 1 2 89. Suspicious
- 0 1 2 90. Swearing or obscene language
- 0 1 2 91. Talks about killing self
- 0 1 2 92. Talks or walks in sleep (describe): _____

- 0 1 2 93. Talks too much
- 0 1 2 94. Teases a lot
- 0 1 2 95. Temper tantrums or hot temper
- 0 1 2 96. Thinks about sex too much
- 0 1 2 97. Threatens people
- 0 1 2 98. Thumb-sucking
- 0 1 2 99. Smokes, chews, or sniffs tobacco
- 0 1 2 100. Trouble sleeping (describe): _____

- 0 1 2 101. Truancy, skips school
- 0 1 2 102. Underactive, slow moving, or lacks energy
- 0 1 2 103. Unhappy, sad, or depressed
- 0 1 2 104. Unusually loud
- 0 1 2 105. Uses drugs for nonmedical purposes (*don't* include alcohol or tobacco) (describe): _____

- 0 1 2 106. Vandalism
- 0 1 2 107. Wets self during the day
- 0 1 2 108. Wets the bed
- 0 1 2 109. Whining
- 0 1 2 110. Wishes to be of opposite sex
- 0 1 2 111. Withdrawn, doesn't get involved with others
- 0 1 2 112. Worries
113. Please write in any problems your child has that were not listed above:
0 1 2 _____
0 1 2 _____
0 1 2 _____

ANEXO D

Ficha do plano terapêutico

PLANO TERAPÊUTICO

Nome: _____ Género: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Data da 1ª sessão: ___/___/_____ N° de Sessões previstas: _____

Informações Prioritárias: _____

Objectivo 1: _____

Descrição: _____

Estratégias: _____

Objectivo 2: _____

Descrição: _____

Estratégias: _____

Objectivo 3: _____

Descrição: _____

Estratégias: _____

ANEXO E

Folha de registo das sessões de musicoterapia

FOLHA DE REGISTO DAS SESSÕES DE MUSICOTERAPIA

Grupo / Paciente:

Sessão nº:

Data:

Eventos de destaque

Temas / Palavras-chave

Notas pessoais

ANEXO F

Entrevista de avaliação final - musicoterapia

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO FINAL - MUSICOTERAPIA

Dados da Criança:	Questionário preenchido por:
Nome:	Nome:
Idade:	Função:
Data de Nascimento: __/__/____	Data: __/__/____

Ao longo do processo de Musicoterapia apercebeu-se, no seu educando, de algumas mudanças ao nível comportamental, relacional, emocional ou das suas competências pessoais e sociais? Se sim, que mudanças?

E noutras crianças/jovens?

De que forma lhe pareceu que foi vivido o processo de Musicoterapia pelo seu educando? E por outras crianças/jovens?

Depois de cada sessão de Musicoterapia, alguma vez se apercebeu de mudanças no comportamento ou forma de estar do seu educando? E noutras crianças / jovens? Se sim, que mudanças?

Alguma vez o seu educando, fez algum comentário ou partilha acerca das sessões de

Musicoterapia que considere importante revelar para uma melhor compreensão do impacto que a Musicoterapia teve nele? E outras crianças / jovens? Se sim, qual (quais)?

Outras Observações:

ANEXO G

Comunicação no VI Encontro da Associação Portuguesa de Musicoterapia

Encontros sonoros:

Musicoterapia, o grupo e a criança em acolhimento residencial

Paula Lucas

25 de Março de 2011

Com esta comunicação pretendo reflectir acerca da Musicoterapia Grupal com crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos de uma Casa de Acolhimento Temporário. Trata-se de um processo terapêutico ainda a decorrer, pelo que posso apenas apresentar algumas reflexões e não conclusões e resultados finais.

Procurarei explorar as vivências e o crescimento destas crianças ao longo do processo Musicoterapêutico através de um triplo vértice: o individual, o grupal e o social. Assim, depois de apresentar individualmente os constituintes do grupo, pretendo analisar os fenómenos grupais em articulação com as vivências individuais nas sessões de Musicoterapia, não deixando de parte o contexto social específico destas crianças, que partilham a mesma casa e que, por isso, ao contrário de outros *settings* terapêuticos, têm uma relação no exterior das sessões, com os pares e com a equipa da Casa de Acolhimento Temporário.

Vértice Individual:

Este grupo é constituído por três rapazes que se encontram nesta Casa por terem sido retirados às suas famílias devido a vivências de abandono, negligência, abusos e maus-tratos. A proposta de intervenção é de um processo terapêutico com 25 sessões semanais. No momento desta comunicação o grupo fez já 15 sessões.

O Alexandre tem 10 anos, está na Casa de Acolhimento desde Outubro de 2009 e foi retirado à família por negligência. A mãe tem história de toxicoddependência e o pai encontra-se preso. Nos últimos anos tem vindo a desenvolver uma relação de maior proximidade com os avós maternos. Em casa e na escola tem algumas dificuldades nas relações interpessoais, o seu comportamento é muito apelativo, oscilando entre uma intensa procura do afecto e o afastamento do outro através de comportamentos agressivos e disruptivos. Nas sessões o Alexandre evidencia-se pela vontade de se destacar individualmente, tendo dificuldade em dar espaço ao outro.

O Bruno tem 9 anos e está na Casa da desde Junho de 2010 e foi retirado à família por maus tratos

físicos, negligência e abandono diurno. Vivia com a mãe e com o irmão e o pai é um pai ausente. O Bruno tem boas competências interpessoais, é bem-disposto e sociável entre os pares, tendo por vezes alguma dificuldade no controlo dos impulsivos agressivos. Na relação com o adulto apresenta uma dificuldade inicial em estabelecer uma relação de confiança e proximidade. Nas sessões, o Bruno evidencia-se pelas competências musicais e capacidade de comunicar através da música, embora apresente alguns comportamentos disruptivos e provocatórios.

O Carlos tem 12 anos e está na Casa desde Abril de 2010 por negligência grave e desprotecção. Esteve grande parte da sua infância entregue a uma avó e só quando esta faleceu foi entregue à mãe. A mãe prostituía-se, tendo sujeito o filho a situações em que presenciou a sua prostituição. O Carlos procura muito o adulto, nomeadamente, através de abraços e do contacto físico. Nas sessões evidencia-se pela expressão corporal pouco coordenada e agitação motora.

Como num grande número de crianças em perigo, estes rapazes apresentam necessidades que se manifestam pela dificuldade em estabelecer relações de confiança, em expressar o que sentem através de palavras e em gerir as suas emoções, conflitos e impulsos. Assim, passam por aqui os principais objectivos definidos para esta intervenção.

Vértice grupal:

Vantagens do trabalho em grupo com crianças:

Segundo Fernandes, O grupo terapêutico com crianças é um espaço de identificações, de partilha, de continuidade, de estabelecimento de diferenças bem como de abolição de diferenças, muito importante para o desenvolvimento infantil. Assim, no relacionamento com os pares, o grupo promove o reconhecimento das dificuldades de cada um, promove o auto-conhecimento e o conhecimento dos próprios limites e dos limites do outro.

Num *setting* grupal, o trabalho com os pares pode ser sentido por estas crianças como menos ameaçador e nele podem ser também favorecidos o desenvolvimento de relações interpessoais e a influência mútua ao nível de valores, atitudes e comportamentos. Além disso, por se tratar de uma vivência relacional no aqui-e-agora, não se torna tão necessário que os pacientes forneçam dados dos seus passados, pois o material a ser trabalhado emerge naturalmente no grupo no aqui-e-agora da sessão.

Num grupo de Musicoterapia, além da linguagem verbal, o grupo tem também como instrumento os diferentes elementos musicais para se relacionar no aqui-e-agora da sessão.

Os Fenómenos Grupais:

Independentemente de se tratar de um grupo de crianças e de se tratar de um grupo de Musicoterapia, existem fenómenos importantes que são comuns a todos os grupos terapêuticos e que determinam a forma como o grupo evolui como um todo e como os seus elementos crescem e modificam os seus comportamentos. Baseando-me nas teorias do psicanalista Zimmerman, vou-me centrar em 3 aspectos que me parecem essenciais para a compreensão dos fenómenos que ocorrem no campo grupal: os papéis desempenhados no grupo, a transferencia e a contra-transferência, exemplificando como é que estes aspectos se foram verificando no meu grupo.

Papéis

No grupo terapêutico, tal como noutros grupos, os pacientes vão assumindo diferentes papéis e, em cada papel, condensam-se as expectativas, necessidades e crenças de cada um. Estes papéis podem ser assumidos pelo próprio ou ser atribuído pelo grupo de forma inconsciente.

Um bom indicador da evolução grupal é quando os papéis deixam de ser fixos e estereotipados e passam a ser mais flexíveis e mutáveis. Faz parte da função do terapeuta facilitar o reconhecimento e modificação desses papéis, promovendo o sentimento individual de uma identidade própria e diferenciada dos outros. Alguns destes papéis assinalados por Zimmerman são: o bode expiatório, o porta-voz, o instigador, o sabotador, o apaziguador, o líder, etc.

Exemplo:

Neste grupo diversos papéis foram sendo vividos pelos diferentes elementos do grupo. O Carlos começou por efectuar o papel de apaziguador, tanto em termos musicais como verbais, tentando amenizar os conflitos entre os outros elementos, demonstrando alguma dificuldade em confrontar-se com situações tensas. Contudo, depois de eu ter assinalado este papel, o Carlos pode libertar-se dele passando a conseguir expressar a sua agressividade. Esta expressão nem sempre foi feita da forma mais adequada, foi por vezes expressada de forma indirecta através do papel de sabotador, o que se manifestou pelos constantes obstáculos colocados ao andamento da tarefa grupal. O Bruno desempenhou desde o início o papel de líder, oscilando entre uma liderança construtiva e integradora e uma liderança negativa, assente num excessivo narcisismo destrutivo. O Alexandre desempenhou em diversas situações o papel de bode expiatório, por vezes sob a forma de alvo de todas as críticas e

gozos do grupo, outras sob a forma de “bobo da corte”, divertindo o grupo e alienando o grupo das tarefas grupais. Contudo, nas últimas sessões estava já a começar a libertar-se deste papel, passando a representar o papel do Porta-voz, mostrando de uma forma mais manifesta aquilo que o restante grupo podia estar, latentemente, a pensar ou a sentir. Isto observou-se por exemplo na criação de canções.

O facto de todos eles terem já conseguido sair de um papel mais rígido, permitindo-se experimentar novos papéis a que não estavam tão habituados, é sinal de uma boa evolução do grupo e do crescimento individual de cada criança. Contudo, existe ainda um longo caminho na procura de papéis mais adequados e que promovam a expressão emocional e não o reforço de defesas patológicas.

Transferência e contra-transferência

A transferência é a via através da qual os conflitos com os objectos originais, surgidos das experiências passadas, emergem no relacionamento terapêutico com o terapeuta e com os outros membros do grupo. A transferência é assim um grande mobilizador da terapia e ocorre com maior facilidade nas crianças e nos grupos.

Por outro lado, a contra-transferência é o conjunto de reacções inconscientes do terapeuta em relação aos pacientes e às suas transferências. Ao reconhecer e elaborar os seus sentimentos contra-transferenciais, o terapeuta pode utilizá-los como um instrumento de empatia.

Exemplo:

Depois de uma sessão com diversos conflitos dentro do grupo, os pacientes começam a sessão atacando o grupo e o meu papel na relação com cada um (que gostariam que fosse mais privilegiada). Demonstram-nos da seguinte forma: um queria passar para o grupo dos mais pequeninos, outro queria fazer musicoterapia com o irmão e o outro queria fazer sessões individuais. Desta forma, transferiam para mim o papel de mãe, ao mesmo tempo desejada para cuidar das suas partes mais infantis, mas também alvo de ataques agressivos, que surgem quando sentem que não estão a ser atendidos e entendidos. Ao nível contra-transferencial confesso ter sido difícil tolerar estes ataques dos pacientes, sem me deixar dominar por uma atitude mais autoritária ou depressiva e frágil. Contudo, ao trabalhar internamente estes sentimentos, pude conter e lidar com a transferência dos pacientes. Assim, através da música propus uma improvisação livre em que cada um poderia ter no grupo, o seu espaço, e uma atenção mais individualizada. Cada um fazia o seu solo à vez com instrumentos de percussão e senti que aos poucos se iam sentindo mais confortáveis neste lugar, no momento em que dois elementos introduziram a voz pela primeira vez.

Evolução do grupo: Oscilando entre o Grupo-de-trabalho e o Grupo de Pressupostos Básicos

O trabalho de Bion sobre a Dinâmica dos Grupos dá um grande contributo para a compreensão do grupo de musicoterapia ao longo da sua evolução. Qualquer grupo vai oscilando entre aquilo a que Bion chama o grupo-de-trabalho, um grupo em que todas as pessoas estão envolvidas no trabalho terapêutico, enfatizando a aprendizagem e reconhecendo a necessidade de evoluir; e o grupo de pressuposto básico em que o grupo se mobiliza inconscientemente para a recusa do trabalho terapêutico e em que uma poderosa força afectiva impede a actividade racional do grupo, recusando agressivamente o processo de desenvolvimento do grupo.

Os pressupostos básicos descritos por Bion (que caracterizam o grupo de pressupostos básicos) são os seguintes: de dependência, de ataque-fuga e de acasalamento.

O pressuposto de dependência tem a ver com a relação do grupo ao líder, neste caso o terapeuta, do qual espera receber alimento material e espiritual e protecção. O grupo espera que o líder o proteja e satisfaça todas as suas necessidades, sem que o grupo tenha que fazer qualquer movimento nesse sentido.

No pressuposto de ataque-fuga, o grupo apresenta-se como se não pudesse subsistir senão lutando contra um perigo difuso ou, fugindo deste. As atitudes de fuga ou agressão nos grupos terapêuticos podem acontecer em relação a um membro do grupo, ao terapeuta, às actividades da sessão, etc.

No pressuposto de acasalamento, o grupo tem uma crença colectiva e inconsciente de que, quaisquer que sejam os problemas e necessidades do grupo, um facto futuro, uma ideia fantasiado ou um ser ainda por nascer, os resolverá. O estado emocional neste estado emocional é a ideia de um futuro idealizado e não a resolução do presente.

Estes pressupostos oferecem uma grande resistência ao crescimento do grupo porque implicam um sistema defensivo contra angústias primitivas.

Exemplo:

Em diversas sessões, o grupo funcionou no pressuposto de ataque-fuga. Os ataques do grupo ao Alexandre serviam como forma de evitar os assuntos da sessão, nomeadamente no que dizia respeito ao vivenciar e pensar a relação entre os três com as diferenças individuais.

“Carlos: esse gajo, falador, boca grande, só diz babuseiras...”

Bruno: o Alexandre é mesmo engraçado... e quando ele se põe a falar brasileiro.

Carlos: É parecido com o papai Noel."

Contudo, com o evoluir das sessões, e através da promoção de jogos de imitação e complementaridade, esses ataques transformaram-se em críticas pensáveis:

A propósito de uma situação em que o Alexandre saiu da sala impulsivamente, zangado com o grupo:

"Terapeuta: tu ficas muito magoado com as coisas que eles dizem.

Alexandre: Sim.

Terapeuta: Mas as coisas que sentes podes pensá-las aqui, não lá fora.

Alexandre: Mas eu não quero dizer o que sinto, não quero tirar da guela o que sinto cá para fora (faz o movimento de tirar qualquer coisa de dentro de si).

Carlos: Estás a ver! Dizes essas parvoíces e não esperas que gozemos contigo?

Bruno: Ele ri-se e chora ao mesmo tempo.

Terapeuta: Às vezes é difícil entenderem o que os outros sentem porque são coisas diferentes do que vocês sentem."

Depois desta fase em que o grupo estava a funcionar no Pressuposto Básico de Ataque-Fuga, passaram a ser possíveis momentos de maior aproximação do grupo, o que foi nítido pelo surgimento de um segredo grupal: eles queriam agora ser um Clube (criado à imagem de um programa de televisão), com regras de conduta e amizades muito fortes e esse seria o nosso segredo da Musicoterapia. Contudo, a súbita passagem de uma relação conflituosa para uma relação de amizade idealizada leva-me a crer que estariam agora a funcionar no Pressuposto Básico de acasalamento, em que o Clube servia a função de salvador para os problemas do grupo, em vez de procurarem a possível resolução desses problemas dentro deles próprios.

Aos poucos, e através da música improvisada cantada e da criação de histórias com apoio de elementos musicais, parece-me que estão agora a caminho de se tornarem um grupo de trabalho, em que o Clube a que pertencem não é perfeito, também tem conflitos, mas promove uma maior aproximação, coesão e respeito mútuo.

Vértice social:

Tal como referido anteriormente, estas crianças vivem juntas num contexto onde são favorecidas as relações entre pares e com as equipas da Casa. Assim, parece-me essencial perceber como são

vividas estas relações e de que forma o processo terapêutico é também influenciado pelas relações estabelecidas no aqui-e-agora da casa.

Worington descreve as relações entre pares em comunidades terapêuticas para crianças e jovens de uma forma que julgo ser também útil para compreender as relações neste tipo de instituição. Dois aspectos são essenciais para compreendermos este tipo de relação:

- Por um lado, a relação entre pares é muito influenciada pela cultura do grupo alargado, ou seja, pelas regras conscientes e inconscientes estabelecidas e pelas expectativas pré-existentes no grupo. Isto pode não ter tanto a ver com as regras formais da casa mas com as atitudes e comportamentos que são encorajados ou reprovados pelas próprias crianças e jovens. Tem também a ver com a forma como desenvolvem um sentimento partilhado de responsabilidade pela casa, o que acontece nela, o que acontece a uns e a outros e que actividades secretas (delinquentes ou sexuais) fazem uns com os outros.

Na musicoterapia, pode ser feito um trabalho de continuidade em relação ao trabalho feito na casa, ao promover uma cultura que seja boa para cada criança e que favoreça boas relações entre pares.

- Por outro lado, também na casa, e na Musicoterapia, é importante haver uma relação com os adultos de qualidade, que seja contentora das emoções difíceis de lidar para que as crianças não precisem de se virar umas para as outras para descarregar essas emoções de forma inapropriada e destrutiva.

Na Musicoterapia é importante perceber como estabelecer um ambiente contentor e criativo que lhes permita contribuir para o trabalho do grupo sem que o grupo se torne, nem um espaço de acting out, nem uma espaço de regras e normas muito rígidas que não deixe lugar para a exploração do que possa acontecer entre eles.

No fundo parece-me essencial que, por um lado, seja feito um trabalho de continuidade e complementaridade na terapia e na Casa. Mas, por outro lado, é também importante que exista uma certa diferenciação dos contextos social e grupal.

Só assim, as crianças poderão perceber de sessão para sessão que o significado das relações entre pares não passa apenas pela possibilidade de fazer amigos, mas, principalmente, pela possibilidade de tornar estas umas "amizades especiais" em que podem aprender pelas experiências uns dos outros, desde que lhes seja dado um espaço e um tempo para essa reflexão e compreensão. É esse o lugar da Musicoterapia numa Casa de Acolhimento Temporário!

ANEXO H

Resultados do Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) – Estudos de caso

Resultados do Child Behavioral Checklist - Estudos de Caso

Escala de Competências

NOTA: No início da intervenção, o questionário do João não foi preenchido pelo seu educador de referência

Nome: João		Questionário preenchido por: Filipe		Data: 1/7/2011	
Escala de Actividades		Escala Social		Escala Escolar	
I-A	0	III-A	0	VII-1	7
I-B	0	III-B	0	VII-2	1
II-B	0	V-1	1	VII-3	1
IV-A	0	V-2	0	VII-4	1
IV-B	0	VI-A	2		
		VI-B	1		
Total	0	Total	4	Total	10
TOTAL:	14				

Nome: Carlos		Questionário preenchido por: João		Data: 4/11/2010	
Escala de Actividades		Escala Social		Escala Escolar	
I-A	0	III-A	0	VII-1	4
I-B	2	III-B	0	VII-2	1
II-B	5	V-1	1	VII-3	0
IV-A	0	V-2	1	VII-4	1
IV-B	1	VI-A	2		
		VI-B	1		
Total	8	Total	5	Total	6
TOTAL:	19				

Nome: Carlos		Questionário preenchido por: João		Data: 1/7/2011	
Escala de Actividades		Escala Social		Escala Escolar	
I-A	0	III-A	0	VII-1	
I-B	1	III-B	0	VII-2	1
II-B	1	V-1	2	VII-3	0
IV-A	0	V-2	2	VII-4	1
IV-B	0	VI-A	4		
		VI-B	1		
Total	2	Total	9	Total	2
TOTAL:	13	T Score (total):			

Nome: Bruno		Questionário preenchido por: Ju e Paula		Data: 25/11/2010	
Escala de Actividades		Escala Social		Escala Escolar	
I-A	1	III-A	1	VII-1	8
I-B	2	III-B	2	VII-2	1
II-B	2	V-1	2	VII-3	1
IV-A	0	V-2	2	VII-4	1
IV-B	1	VI-A	3		
		VI-B	1		
Total	6	Total	11	Total	11
TOTAL:	28	T Score (total):			

Nome: Bruno		Questionário preenchido por: Ju e Paula		Data: 17/06/2010	
Escala de Actividades		Escala Social		Escala Escolar	
I-A	0	III-A	0	VII-1	8
I-B	1	III-B	1	VII-2	1
II-B	0	V-1		VII-3	1
IV-A	1	V-2		VII-4	1
IV-B	2	VI-A	3		
		VI-B	1		
Total	4	Total	5	Total	11
TOTAL:	20	T Score (total):			

Nome: Alexandre		Questionário preenchido por: Mônica		Data: 25/11/2010	
Escala de Atividades		Escala Social		Escala Escolar	
I-A	1	III-A	0	VII-1	8
I-B	1	III-B	0	VII-2	1
II-B	2	V-1	2	VII-3	1
IV-A	1	V-2	2	VII-4	1
IV-B	2	VI-A	2		
		VI-B	1		
Total	7	Total	7	Total	11
TOTAL:	25	T Score (total):			

Nome: Alexandre		Questionário preenchido por: Mônica		Data: 4/7/2011	
Escala de Atividades		Escala Social		Escala Escolar	
I-A	0	III-A	0	VII-1	6
I-B	0	III-B	0	VII-2	0
II-B	0	V-1	1	VII-3	1
IV-A	0	V-2	2	VII-4	1
IV-B	1	VI-A	3		
		VI-B	1		
Total	1	Total	7	Total	8
TOTAL:	16	T Score (total):			

Escala de Síndromes e Problemas

NOTA: No início da intervenção, o questionário do João não foi preenchido pelo seu educador de referência

Nome: João					Questionário preenchido por: Filipe						Data: 1/7/2011				
Idade: 10 anos Data de Nascimento: 29/6/2001					Função: Educador										
Problemas internos											Problemas externos				
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/ depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		Comportamento delinquente		Comportamento agressivo	
42.	0	51.	0	12	0	1	0	9	0	1	0	26	0	3	2
65.	0	54.	0	14	1	11	2	40	0	8	0	39	0	7	0
69.	0	56a.	0	31	0	25	0	66	0	10	1	43	0	16	0
75.	0	56b.	0	32	0	38	1	70	0	13	0	63	0	19	1
80.	0	56c.	0	33	0	48	0	80	0	17	0	67	0	20	0
88.	1	56d.	0	34	0	55	0	84	0	41	1	72	1	21	0
102.	0	56e.	0	35	0	62	0	85	0	45	1	81	0	22	2
103.	0	56f.	0	45	1	64	0			46	0	82	0	23	2
111.	0	56g.	0	50	0					61	1	90	1	27	0
				52	0					62	0	96	0	37	1
				71	0					80	0	101	0	57	0
				89	0							105	0	68	0
				103	0							106	0	74	1
				112	0									86	1
														87	0
														93	0
														94	1
														95	0
														97	1
														104	0
Total:	1	Total:	0	Total:	2	Total:	3	Total:	0	Total:	4	Total:	2	Total:	12
Outros itens															
5	0	29	1	53	1	76	0	92	0	109	1				
6	0	30	0	56h	0	77	0	98	1	110	0				
15	0	36	0	58	0	78	1	99	0	113	0				
18	0	44	0	59	0	79	0	100	0	Total:	9				
24	1	47	1	60	0	83	1	107	0						
28	1	49	0	73	0	91	0	108	0	Resultado Total:	33				

Nome: Carlos				Questionário preenchido por: João								Data: 4/11/2010			
Idade: 12A Data de Nascimento: 14/9/1998				Função: Educador											
Problemas internos								Problemas externos							
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/ depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		Comportamento delinquente		Comportamento agressivo	
42.	0	51.	0	12	0	1	1	9	1	1	1	26	0	3	1
65.	0	54.	0	14	0	11	0	40	0	8	0	39	0	7	0
69.	0	56a.	0	31	0	25	0	66	0	10	1	43	0	16	0
75.	1	56b.	0	32	0	38	1	70	0	13	1	63	0	19	0
80.	0	56c.	0	33	0	48	0	80	0	17	1	67	0	20	0
88.	1	56d.	0	34	0	55	0	84	0	41	1	72	0	21	0
102.	0	56e.	0	35	0	62	1	85	0	45	1	81	0	22	0
103.	0	56f.	0	45	1	64	1			46	1	82	0	23	0
111.	0	56g.	0	50	0					61	0	90	1	27	1
				52	0					62	1	96	0	37	0
				71	0					80	0	101	0	57	0
				89	0							105	0	68	0
				103	0							106	0	74	0
				112	1									86	0
														87	0
														93	1
														94	0
														95	0
														97	0
														104	0
Total:	2	Total:	0	Total:	2	Total:	4	Total:	1	Total:	8	Total:	1	Total:	3
Outros itens															
5	1	29	0	53	0	76	0	92	0	109	0				
6	0	30	0	56h	0	77	0	98	0	110	0				
15	0	36	0	58	0	78	1	99	0	113	0				
18	0	44	0	59	0	79	0	100	0	Total:		2			
24	0	47	0	60	0	83	0	107	0						
28	0	49	0	73	0	91	0	108	0	Resultado Total:	23				

Nome: Carlos					Questionário preenchido por: João						Data: 1/7/2011													
Idade: 12A Data de Nascimento: 14/9/1998					Função: Educador																			
Problemas internos											Problemas externos													
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/ depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		delinquente		agressivo										
42.		0	51.		0	12		0	1		1	9		1		1	26	2	3	1				
65.		0	54.		0	14		0	11		0	40		0	8	1	39	0	7	0				
69.		0	56a.		0	31		0	25		0	66		0	10	1	43	0	16	0				
75.		0	56b.		0	32		0	38		0	70		0	13	1	63	0	19	0				
80.		0	56c.		0	33		0	48		0	80		0	17	1	67	0	20	0				
88.		0	56d.		0	34		0	55		0	84		0	41	1	72	1	21	0				
102.		0	56e.		0	35		0	62		1	85		0	45	1	81	0	22	0				
103.		0	56f.		0	45		1	64		1				46	2	82	0	23	1				
111.		0	56g.		0	50		0							61	0	90	0	27	0				
						52		0							62	1	96	0	37	0				
						71		1							80	0	101	0	57	0				
						89		0									105	0	68	0				
						103		0									106	0	74	0				
						112		1											86	0				
																			87	0				
																			93	0				
																			94	0				
																			95	0				
																			97	0				
																			104	0				
Total:		0	Total:		0	Total:		3	Total:		3	Total:		1	Total:		10	Total:		3	Total:		2	
Outros itens																								
		5		0		29		0		53		0		76		0		92		0		109		0
		6		0		30		0		56h		0		77		0		98		0		110		0
		15		0		36		0		58		0		78		1		99		0		113		0
		18		0		44		0		59		0		79		0		100		0	Total:		1	
		24		0		47		0		60		0		83		0		107		0				
		28		0		49		0		73		0		91		0		108		0	Resultado			
																					Total:		23	

Nome: Bruno					Questionário preenchido por: Ju e Paula						Data: 25/11/2010				
Idade: 9 anos Data de Nascimento: 5/6/2001					Função: Educadoras										
Problemas internos											Problemas externos				
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/ depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		delinquente		agressivo	
42.	1	51.	0	12	0	1	1	9	1	1	1	26	2	3	2
65.	0	54.	0	14	0	11	1	40	0	8	1	39	1	7	1
69.	0	56a.	0	31	0	25	0	66	0	10	0	43	1	16	1
75.	0	56b.	0	32	1	38	1	70	0	13	1	63	1	19	1
80.	0	56c.	0	33	0	48	0	80	0	17	0	67	0	20	0
88.	2	56d.	0	34	0	55	0	84	0	41	1	72	0	21	1
102.	0	56e.	0	35	0	62	0	85	0	45	1	81	0	22	1
103.	0	56f.	0	45	1	64	1			46	0	82	1	23	0
111.	0	56g.	0	50	0					61	0	90	1	27	1
				52	0					62	0	96	0	37	1
				71	0					80	0	101	0	57	0
				89	1							105	0	68	0
				103	0							106	0	74	1
				112	1									86	1
														87	0
														93	0
														94	1
														95	0
														97	0
														104	0
Total:	3	Total:	0	Total:	4	Total:	4	Total:	1	Total:	5	Total:	7	Total:	12
Outros itens															
5	1	29	0	53	1	76	0	92	1	109	0				
6	0	30	0	56h	0	77	0	98	0	110	0				
15	0	36	0	58	0	78	1	99	0	113	2				
18	0	44	1	59	0	79	0	100	0	Total:	8				
24	0	47	0	60	0	83	0	107	0						
28	1	49	0	73	0	91	0	108	0	Resultado Total:	44				

Nome: Bruno					Questionário preenchido por: Ju e Paula					Data: 17/6/2011																		
Idade: 10 anos Data de Nascimento: 5/6/2001					Função: Educadoras																							
Problemas internos										Problemas externos																		
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/ depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		delinquente		agressivo														
42.		0	51.		0	12		0	1		0	9		0	1		0	26		1		3		1				
65.		0	54.		0	14		0	11		0	40		0	8		0	39		0		7		0				
69.		0	56a.		0	31		0	25		0	66		0	10		0	43		0		16		0				
75.		0	56b.		0	32		0	38		0	70		0	13		0	63		0		19		0				
80.		0	56c.		0	33		0	48		0	80		0	17		0	67		0		20		0				
88.		1	56d.		0	34		0	55		0	84		0	41		0	72		0		21		0				
102.		0	56e.		0	35		0	62		0	85		0	45		0	81		0		22		0				
103.		0	56f.		0	45		0	64		0			0	46		0	82		0		23		0				
111.		0	56g.		0	50		0			0			0	61		0	90		0		27		0				
						52		0			0			0	62		0	96		0		37		0				
						71		0			0			0	80		0	101		0		57		0				
						89		0			0			0			0	105		0		68		0				
						103		0			0			0			0	106		0		74		0				
						112		0			0			0			0			0		86		0				
																						87		0				
																						93		0				
																						94		0				
																						95		0				
																						97		0				
																						104		0				
Total:		1	Total:		0	Total:		0	Total:		0	Total:		0	Total:		0	Total:		1	Total:		1		1			
Outros itens																												
		5		1		29		0			53		0			76		0			92		0		109		0	
		6		0		30		0			56h		0			77		0			98		0		110		0	
		15		0		36		0			58		0			78		0			99		0		113		0	
		18		0		44		0			59		0			79		0			100		0	Total:		2		
		24		0		47		0			60		0			83		0			107		0					
		28		1		49		0			73		0			91		0			108		0	Resultado		4		
																								Total:				

Nome: Alexandre					Questionário preenchido por: Mónica					Data: 25/11/2010					
Idade: 10 anos Data de Nascimento: 8/9/2000					Função: Educadora										
Problemas internos										Problemas externos					
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/ depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		delinquente		agressivo	
42.	0	51.	0	12	0	1	1	9	0	1	1	26	1	3	1
65.	0	54.	0	14	1	11	0	40	0	8	0	39	1	7	0
69.	0	56a.	0	31	0	25	0	66	0	10	0	43	1	16	0
75.	0	56b.	0	32	0	38	1	70	0	13	1	63	0	19	1
80.	0	56c.	0	33	0	48	0	80	0	17	0	67	0	20	1
88.	1	56d.	0	34	0	55	0	84	0	41	0	72	1	21	1
102.	0	56e.	0	35	0	62	0	85	0	45	1	81	0	22	1
103.	0	56f.	0	45	1	64	0			46	0	82	0	23	1
111.	0	56g.	0	50	0					61	0	90	0	27	1
				52	0					62	0	96	0	37	0
				71	0					80	0	101	0	57	0
				89	0							105	0	68	0
				103	0							106	0	74	1
				112	0									86	1
														87	1
														93	0
														94	1
														95	0
														97	0
														104	0
Total:	1	Total:	0	Total:	2	Total:	2	Total:	0	Total:	3	Total:	4	Total:	11
Outros itens															
5	0	29	0	53	0	76	0	92	0	109	0				
6	0	30	0	56h	0	77	0	98	0	110	1				
15	0	36	0	58	0	78	0	99	0	113	0				
18	0	44	2	59	0	79	0	100	0	Total:	4				
24	0	47	0	60	0	83	0	107	0						
28	1	49	0	73	0	91	0	108	0	Resultado Total:	27				

Nome: Alexandre					Questionário preenchido por: Mónica					Data: 4/7/2011																
Idade: 10 anos Data de Nascimento: 8/9/2000					Função: Educadora																					
Problemas internos										Problemas externos																
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/ depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		delinquente		agressivo												
42.		0	51.		0	12		0	1		1	9		0	1	1	26	1	3	1						
65.		0	54.		0	14		1	11		0	40		0	8	1	39	1	7	0						
69.		0	56a.		0	31		0	25		0	66		0	10	1	43	1	16	0						
75.		0	56b.		0	32		1	38		1	70		0	13	1	63	1	19	1						
80.		0	56c.		0	33		0	48		0	80		0	17	1	67	0	20	1						
88.		1	56d.		0	34		0	55		0	84		0	41	1	72	0	21	0						
102.		0	56e.		0	35		0	62		0	85		0	45	1	81	0	22	1						
103.		0	56f.		0	45		1	64		1				46	1	82	0	23	1						
111.		0	56g.		0	50		0							61	0	90	0	27	2						
						52		0							62	0	96	0	37	1						
						71		0							80	0	101	0	57	0						
						89		0									105	0	68	1						
						103		0									106	0	74	1						
						112		0											86	1						
																			87	0						
																			93	0						
																			94	1						
																			95	0						
																			97	0						
																			104	0						
Total:		1	Total:		0	Total:		3	Total:		3	Total:		0	Total:		8	Total:		4	Total:		12			
Outros itens																										
		5		0		29		0			53		1		76		0			92		0		109		0
		6		0		30		0			56h		0		77		0			98		0		110		1
		15		0		36		0			58		0		78		0			99		0		113		0
		18		0		44		2			59		0		79		0			100		0	Total:		5	
		24		0		47		0			60		0		83		0			107		0				
		28		1		49		0			73		0		91		0			108		0	Resultado			
																							Total:		36	