Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Caetano, Alexandre Alberto de Oliveira Ferreira e Cunha, 1978-

Musicoterapia e jovens com perturbações emocionais e do comportamento

http://hdl.handle.net/11067/4528

Metadados

Data de Publicação 2018

Resumo Este trabalho pretende ser uma apresentação e reflexão do estágio em musicoterapia realizado numa instituição de acolhimento de crianças e jovens em risco, com adolescentes que apresentam problemáticas relacionadas com o comportamento, nomeadamente comportamentos de risco e disruptivos. Através de uma apresentação do estado da arte e das características associadas a esta problemática, tentamos justificar a necessidade de intervenções terapêuticas baseadas nas vertentes artísticas, nomeadamente ...

This paper is a presentation and a reflection of a year internship in music therapy that took place in a temporary foster home design for children and adolescents at risk, that present behavior problems especially disruptive behavior. Through a brief symptomatic description of the main characteristics associated to this condition, we tried to justify the need of artistic therapeutic interventions, especially music interventions, to accomplish inner change and positive outcome that we hope to en...

Palavras Chave Musicoterapia para adolescentes, Jovens em risco, Musicoterapia - Prática profissional, Fundação O Século (Estoril, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-10-12T08:56:28Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e jovens com perturbações emocionais e do comportamento

Realizado por:
Alexandre Alberto de Oliveira Ferreira e Cunha Caetano

Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientado por:
Dr.ª Catarina Nunes Capinha

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente:	Prof. Doutor Massimo Cavalli

Relatório aprovado em: 12 de abril de 2019

Lisboa

2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e jovens com perturbações emocionais e do comportamento

Alexandre Alberto de Oliveira Ferreira e Cunha Caetano

Lisboa

outubro 2018

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia e jovens com perturbações emocionais e do comportamento

Alexandre Alberto de Oliveira Ferreira e Cunha Caetano

Lisboa

outubro 2018

Alexandre Alberto de Oliveira Ferreira e Cunha Caetano

Musicoterapia e jovens com perturbações emocionais e do comportamento

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

Supervisora de estágio: Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Orientadora de estágio: Dr.ª Catarina Nunes Capinha

Lisboa

outubro 2018

Ficha Técnica

Autor	Alexandre Alberto de Oliveira Ferreira e Cunha Caetano
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio	Dr.ª Catarina Nunes Capinha
Título	Musicoterapia e jovens com perturbações emocionais e do comportamento
Local	Lisboa
Ano	2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

CAETANO, Alexandre Alberto de Oliveira Ferreira e Cunha, 1978-

Musicoterapia e jovens com perturbações emocionais e do comportamento / Alexandre Alberto de Oliveira Ferreira e Cunha Caetano ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Catarina Nunes Capinha - Lisboa : [s.n.], 2018. - 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 - CAPINHA, Catarina Nunes, 1979-

LCSH
1. Musicoterapia para adolescentes
2. Jovens em risco
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Fundação O Século (Estoril, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for teenagers
2. Problem youth
3. Music therapy - Practice
4. Fundação O Século (Estoril, Portugal) - Study and teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. ML3920.C34 2018

“Words seem so indefinable, so inexact, so easy to misunderstand compared with real music, which fills the soul with a thousand better feelings. What is expressed to me by music that I love is not too vague to be put into words, but on the contrary, too precise.”

Felix Mendelssohn (letter to Marc-André Souchay, 1842)

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente e especialmente à minha família. À Catarina, minha companheira, pela força, paciência, concelhos e capacidade de ajuda que sempre me prestou e ao Miguel, meu filho, por todo o carinho, sorrisos, partilhas e brincadeiras que me presenteaste para que eu pudesse finalizar este percurso inicial na musicoterapia com alegria e amor. Um beijinho muito grande e um eterno obrigado.

Quero agradecer também à minha mãe Élia, pela herança de valores que me deixou. Eu sei que ela estaria orgulhosa da minha escolha e percurso, obrigado mãe por te ter conhecido e me teres dado a honra de ter passado 36 maravilhosos anos na tua presença e companhia.

Gostava de agradecer a todos os outros membros da minha família, que partilharam este caminho a que agora dou início, pela força e pela confiança depositada.

Gostaria de agradecer também à minha orientadora e supervisora, a Professora Doutora Teresa Leite, pelo empenho, pela alegria e entusiasmo que transmitiu e transmite os seus ensinamentos e que me serviram de linhas de orientação para todo o trabalho realizado no campo, no passado, no presente e com certeza no futuro. Obrigado, a professora é uma inspiração e como mentora será sempre minha aspiração conseguir alcançar para mim, um dia, o patamar de excelência que emprega na sua prática clínica.

Agradeço também à minha outra orientadora, a Doutora Catarina Capinha pelos concelhos e ajuda que me prestou durante a minha estadia na instituição. Obrigado, sem a Doutora não teria sido possível alcançar os objetivos e o meu crescimento teria sido mais difícil. Hoje sou melhor terapeuta, um pouco por causa de si e levo comigo todos os conselhos que me emprestou durante estes 10 meses. Obrigado.

Por último agradeço aos meus colegas musicoterapeutas, sem os concelhos, ideias, sugestões, pontos de vista, ajuda entre outras coisas que não é possível traduzir por palavras, todo este percurso teria sido muito mais difícil e solitário, um muito obrigado e até breve.

Resumo

Este trabalho pretende ser uma apresentação e reflexão do estágio em musicoterapia realizado numa instituição de acolhimento de crianças e jovens em risco, com adolescentes que apresentam problemáticas relacionadas com o comportamento, nomeadamente comportamentos de risco e disruptivos.

Através de uma apresentação do estado da arte e das características associadas a esta problemática, tentamos justificar a necessidade de intervenções terapêuticas baseadas nas vertentes artísticas, nomeadamente com a utilização da música, para atingir resultados e mudanças nestes jovens que esperamos que perdurem. Estas mudanças emocionais, físicas e comportamentais são fundamentais para que estes jovens consigam adquirir competências suficientes para um desenvolvimento positivo e saudável.

Conseguimos estabelecer, através dos dados recolhidos, que as relações saudáveis e positivas são a base fundamental para que haja mudança e que a díade entre terapeuta e utente é da maior importância, tal como nos refere a literatura relacionada e dos efeitos positivos que a musicoterapia oferece para que a intervenção e a mudança se possam dar.

A musicoterapia apresenta resultados positivos na mudança interior destes jovens. Estes jovens beneficiam de intervenções terapêuticas com base na música, pois a música é um veículo e um meio não invasivo e propicio de expressar emoções, sentimentos e conflitos interiores. Por sua vez, verifica-se que a música, quando utilizada em contexto terapêutico, transforma a pessoa e promove a saúde mental, física e emocional do ser humano, tal como nos é sugerido pela literatura.

Palavras chave: Adolescentes, jovens em risco, problemas comportamentais, acolhimento, musicoterapia.

Abstract

This paper is a presentation and a reflection of a year internship in music therapy that took place in a temporary foster home design for children and adolescents at risk, that present behavior problems especially disruptive behavior.

Through a brief symptomatic description of the main characteristics associated to this condition, we tried to justify the need of artistic therapeutic interventions, especially music interventions, to accomplish inner change and positive outcome that we hope to endure. These physical, behavioral and emotional shifts are fundamental to this youth be able to acquire sufficient skills for a positive and healthy development through the life span.

We managed to establish and verify, thought observation data that relationships that are healthy and positive serve the fundamental basis to change and the privileged relation between patient and therapist is of the most importance for that can happen, as suggested by related literature and the importance of music therapy as a medium to accomplish positive outcomes.

Music therapy presents positive outcomes in the inner change of this population. This population benefits of music therapeutic interventions because music is a non invasive media and therefore music provides a propitious mean to express emotions, inner conflicts and feelings. It is possible to verify that music, when used with therapeutic guidelines, can promote health and provide change, mental, physical and emotional like suggested by several authors in literature reviewed.

Keywords: Adolescents, youth at risk, behavioral disorders, foster home, music therapy

Lista de tabelas

Tabela 1 – Fases de desenvolvimento dos grupos terapêuticos……19
Tabela 2 – Tabela de dados dos utentes intervencionados em musicoterapia……...24
Tabela 3 – Mapa de horários das sessões……..26
Tabela 4 – Projeto terapêutico individual……34
Tabela 5 – Projeto terapêutico de grupo……..49

Lista de figuras

Fig. 1 – Pirâmide das necessidades proposta por Maslow……10

Sumário

Introdução…….....1
Caraterização da instituição ……...3
Caracterização do funcionamento dos lares “Casa do Mar” e “Casa das Conchas”4
Caraterização da população alvo ……...6
Enquadramento teórico ……9
Adolescência, o que é e qual o seu principal desafio ……..9
Adolescência em contexto de acolhimento ……,,11
Jovens com perturbações emocionais e do comportamento …….....12
Musicoterapia com adolescentes …….....14
Musicoterapia em grupo terapêutico ……....16
Métodos e técnicas musicoterapêuticas ……...20
Objetivos do estágio ……....22
Metodologia ……23
Contextualização ……23
Participantes ……24
Instrumentos de avaliação ……...24
Procedimentos ……25
Horários e rotinas do estagiário.. ……25
Sessões ……26
Setting terapêutico ……...26
Recursos materiais ……...27
Horários e rotinas de intervenção……..27
Fases da intervenção ……27
Métodos e técnicas de musicoterapia usados na intervenção……30
Estudo de caso ……32
Individual – Sofia S. ……....32
Projeto terapêutico ……...34
Processo ……..35
Resultados ……...42
Discussão ……43
Estudos de caso ……...46
Grupo ……..46

Elementos ……....46
Projeto terapêutico ……...49
Processo ……..49
Os papéis dos membros do grupo ……....54
O mediador ……..55
Resultados ……...56
Discussão……56
Outras intervenções ……59
Caso 1 ……..59
Caso 2 ……..60
Caso 3 ……..60
Caso 4 ……..61
Caso5 ……...62
Caso 6 ……..62
Conclusões ……..64
Discussão……66
Reflexão final …….....67
Referencias ……..69
Anexos ……72
Anexo 1 – atividades ……...73
Anexo 2 – relatório de atividade ……74
Anexo 3 – instrumentos de avaliação ……78

Introdução

Este relatório de estágio insere-se no decorrer da conclusão do segundo ano do mestrado em Musicoterapia, lecionado pela Universidade Lusíada de Lisboa.

O estágio foi realizado na fundação "O Século", na casa de acolhimento de crianças e jovens em risco "Casa do Mar". O período temporal da realização do estágio inseriu-se entre outubro de 2017 e julho de 2018. O estágio teve como orientadoras a Psicóloga Clínica, Mestre em Arte Terapia e diretora da casa de acolhimento "Casa do Mar" e a supervisora e orientadora da Universidade Lusíada de Lisboa, Psicóloga clinica e doutorada em Musicoterapia.

Iniciado o processo de adaptação, integração inicial à instituição e de levantamento de dados dos residentes, demos inicio às sessões de Musicoterapia e a um curto período de avaliação, para aferir funcionalidades, necessidades de cada um dos utentes e estabelecer um projeto terapêutico individual em conjunto com a equipa técnica dos lares.

A intervenção realizada centrou-se na gestão emocional e sentimental, na promoção e implementação de estratégias para potenciar as competências de cada um dos utentes. Focámos a intervenção para o aumento da autoestima, aumento da autoimagem, trabalhar a auto regulação, gestão de conflitos entre pares e aplicação das regras de convivência social no quotidiano e em contexto residencial.

Neste relatório pretende-se descrever e refletir sobre o processo terapêutico que a música tem no quotidiano dos jovens em contexto de acolhimento e regime residencial. No decorrer do estágio fomo-nos apercebendo e descrevendo, da importância extrema da relação terapêutica que se estabelece entre utente e terapeuta para atingir resultados e mudança nos utentes. Sem a confiança do utente e a empatia do terapeuta é muito difícil atingir a mudança.

Esperamos demonstrar através da exposição dos estudos de caso, que a intervenção musicoterapêutica é e pode se tornar numa terapia complementar ou mesmo alternativa às abordagens ortodoxas assentes no diálogo verbal, proporcionando ao jovem com problemas emocionais uma forma indireta, segura e livre de expressão emocional.

Fundamentada numa abordagem clínica de avaliação qualitativa, a intervenção descrita neste relatório demonstra os efeitos benéficos da utilização da musicoterapia na promoção da saúde mental, de cada um dos utentes tal como nos é sugerido pela literatura especializada.

A música é importante na vida do ser humano e em alguns casos torna-se a banda sonora da história de vida de alguém, sempre presente nos momentos chave da vida e da nossa existência.

Caracterização da instituição

A fundação "O Século" é uma fundação de solidariedade social com estatuto de IPSS (instituição particular de solidariedade social) desde 1999. Foi criada para dar continuidade, diversificar e ampliar a obra social iniciada pelo jornal " O Século" que em 1927 criou a sua colónia balnear infantil para jovens em situações precárias que de outra forma não teriam acesso a férias balneares.

Nesta instituição a intervenção atua, principalmente em três vertentes, as casas de acolhimento, a educação e lazer e o apoio às famílias. O cariz social tem como principal objetivo a criação e promoção de condições e oportunidades, que possibilitem não só o desenvolvimento sócio cultural de crianças e jovens como a assistência social a seniores e a pessoas menos favorecidas ou em risco social.

Segundo o código de conduta da fundação, esta rege-se por valores como o respeito, confidencialidade, cooperação, lealdade, profissionalismo, integridade e responsabilidade social (Martins, 2014).

A fundação assume-se como um elo de ligação, na área de assistência social, entre a sociedade civil e os organismos institucionais. O lar de infância e juventude "Casa do Mar" é uma resposta social, destinada ao acolhimento de crianças e jovens em situação de perigo, de duração superior a 6 meses, com base na aplicação de medida jurídica de promoção e proteção.

O acolhimento no lar "Casa do Mar" tem como finalidade proporcionar, às jovens acolhidas a possibilidade de viverem livres de uma situação de perigo, implicando-as e orientando-as no seu projeto de vida de forma a promover o seu desenvolvimento pessoal e social. A casa tem um acordo de lotação com a segurança social e dispõe de 12 vagas. Neste momento e por motivos especiais, nomeadamente por laços familiares, tem 13 crianças e jovens ao seu encargo, sendo que uma destas está provisoriamente e durante um período de um ano numa unidade terapêutica no norte de Portugal e não vive atualmente na casa. O lar "Casa do Mar" está preparado para jovens adolescentes dos 12 aos 18 anos de idade. Neste momento o lar tem duas fratrias, uma delas com quatro irmãs, sendo que a mais nova tem 10 anos e a mais velha 17 anos de idade. A segunda fratria é de duas irmãs, uma delas com 7 anos e a outra com 12 anos de idade. Estes são casos

particulares, porque o lar de acolhimento promove o contacto entre familiares e o não afastamento familiar.

Existe outro lar a funcionar no edifício sede da fundação "O Século", o lar "Casa das Conchas". Este lar tem capacidade para um total de 28 vagas e neste momento vivem no lar 19 crianças e jovens. A "Casa das Conchas" é um lar misto e acolhe crianças de todas as idades. Todos os quartos são partilhados, por pelo menos dois jovens, embora apenas por jovens do mesmo sexo. O lar contempla albergar jovens e crianças em risco com idades compreendidas desde a nascença até à idade adulta ou à autonomia dos jovens.

Caracterização do funcionamento dos lares "Casa do Mar" e "Casa das Conchas"

Cada lar é coordenado por um diretor técnico que é o responsável pela gestão do funcionamento do lar e da equipa técnica e a equipa educativa. A equipa técnica tem várias funções, entre elas a elaboração e acompanhamento do projeto de vida de cada criança ou jovem. (Regulamento Interno "Casa do Mar", artigo 30º, p. 13). A esta equipa associam-se as tarefas relacionadas com a manutenção do processo individual organizado e com a documentação necessária, contacto e acompanhamento social às famílias das crianças, quando necessário, contactos com entidades exteriores à instituição (tribunais, segurança social, escolas, centro de saúde, entre outras). A outra equipa é constituída por educadores que serão selecionados como sendo de "referência" para cada criança ou jovem. Têm como função, entre outras, o acompanhamento, próximo e diário, do projeto de vida das crianças e jovens que lhes sejam referenciados (Regulamento Interno "Casa do Mar", artigo 30º, p. 13).

As duas equipas, em conjunto com as crianças e jovens, elaboram em conjunto o diagnóstico e o Plano Socioeducativo Individual (PSEI). Este é um elemento central porque é um meio "para avaliar e definir estratégias de aquisição de competências em várias áreas importantes ao desenvolvimento pessoal, social e profissional das jovens, com vista à evolução pelas respetivas fases" (Manual de Procedimentos "Casa do Mar", p. 16). Para além deste acompanhamento educativo e social, compete aos lares prestar acolhimento 24 horas por dia, 7 dias por semana, 366 dias por ano; satisfazer as necessidades básicas; garantir acesso a todos os cuidados de saúde necessários e promover o acesso a atividades de animação e lazer (Regulamento Interno "Casa das

Conchas", artigo 23º, p. 13). De acordo com o regulamento interno e o manual de procedimentos da Fundação "O Século"é relevante referir que "As crianças e jovens que residem numa instituição fazem dentro desta um percurso que vai passando por várias fases, desde a sua chegada, momento de adaptação e integração, até á sua saída, seja para reintegração em meio familiar ou para autonomização. Estas fases são fundamentais para o seu processo de crescimento exterior e interior, dentro e fora da instituição, tornando-se cada uma num espaço de desenvolvimento de competências sociais e organizacionais que permite à criança/jovem ir atingindo uma maior maturidade e autonomia com vista ao sucesso do seu futuro fora da instituição. (Manual de Procedimentos "Casa do Mar", p. 12). Assim sendo, estão definidas cinco fases de desenvolvimento sendo a primeira fase de adaptação (durante o primeiro mês), a segunda fase de integração, a terceira fase de maturação, a quarta fase de pré-autonomia e por último a quinta fase de autonomia (Regulamento Interno "Casa das Conchas", artigo 8º). Em cada fase é esperado que a criança ou jovem adquira determinadas competências organizacionais e sociais tendo sido definido em cada fase um conjunto de regras referentes a horários (de acordar e deitar), saídas ao exterior, valor das semanadas, horário de estudo, execução de tarefas diárias relacionadas com a casa, realização de festas de anos e idas às compras (Manual de Procedimentos "Casa do Mar", p. 12).

Caracterização da População Alvo

O número total de crianças e jovens em regime de acolhimento e residência ao cuidado das casas de acolhimento "Casa do Mar" e "Casa das Conchas" dentro da fundação "O Século" é de 32.

Ambas as casas de acolhimento que existem na fundação "O Século" e as suas equipas técnicas trabalham principalmente para garantir e promover o bem-estar de todos os jovens que ali vivem. Segundo este prisma de ação, todas as necessidades básicas dos jovens com a alimentação, a higiene, a educação e segurança são salvaguardadas, assim como o planeamento de atividades e gestão do dia-a-dia e o planeamento do projeto de vida de cada um deles.

As equipas técnicas destas casas de acolhimento da fundação "O Século" são compostas por um diretor geral, dois técnicos superiores de referência que são responsáveis por um determinado número de residentes e educadores de referência ou monitores. As equipas de cada casa são diferentes, ou seja cada casa de acolhimento tem o seu pessoal. Ambas as casas de acolhimento adotaram formas de trabalhar idênticas. Cada técnico de referência tem ao encargo um determinado número de jovens. É de sua responsabilidade a tutela de cada um dos jovens e são os principais responsáveis pelo planeamento e gestão dos projetos de vida assim como implementação de estratégias que permitam aos jovens atingirem os objetivos delineados. Os educadores de referência são os que ficam encarregues de ajudar os jovens no seu dia-a-dia, assim como ficam responsáveis por monitorizar e ajudar a organização de cada jovem na implementação dos seus objetivos, deveres e obrigações e também os seus projetos de vida.

Os técnicos de ambas as casas de acolhimento atuam para a possibilidade futura de integração dos jovens nas famílias de origem. Para que essa situação ocorra, as técnicas, através do acompanhamento e aconselhamento das famílias, tentam promover mudanças no núcleo familiar no sentido de inverter as situações específicas de cada família, que levaram à retirada das crianças e jovens. Os lares da fundação "O Século" promovem o contacto entre os jovens e as famílias dentro de um ambiente saudável e positivo. Estes contactos são em ocasiões combinadas e planeadas entre técnicos, crianças ou jovens e os seus familiares. A principal finalidade deste procedimento é o não rompimento dos vínculos familiares, fundamentais e decisivos para a construção de uma identidade sociocultural saudável de cada um dos jovens acolhidos.

São 12, as crianças e jovens que residem atualmente na casa de acolhimento feminino de infância e juventude "Casa do Mar" e 19 crianças e jovens, em regime misto, que residem na casa de acolhimento "Casa das Conchas". Numa situação ideal a casa de acolhimento "Casa do Mar" está estruturada e planeada para jovens entre os 12 anos e os 18 anos de idade. A casa de acolhimento "Casa das Conchas" está estruturada para 28 crianças e jovens.

Neste momento existem, na "Casa do Mar", duas situações de permanência por motivos especiais. Existirem a residir na casa duas crianças com idades inferiores ao mínimo da idade pré-estabelecida Uma por motivos acautelados pela legislação em vigor que prevê o prolongamento das estadias no Lar após os 18 anos de idade a pedido das jovens. A outra situação por laços familiares. Na possibilidade de manterem juntos os irmãos, os técnicos responsáveis acreditam servir melhor os interesses e o bem-estar das crianças se estas se mantiverem juntas em contexto de acolhimento e assim manter o contacto entre familiares.

Os jovens que se encontram em ambas as casas de acolhimento, foram retirados às famílias pelos mais variados motivos, entre eles estão casos de abandono, negligência, maus tratos físicos e psicológicos, suspeitas e abusos sexuais e deslocamento do país de origem e falta de familiares com competências tutoriais em Portugal. Nesta situação particular estão duas jovens, que por motivos de saúde, vieram para Portugal ao abrigo dos apoios protocolares dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Estas jovens sofrem de doenças debilitantes cujo tratamento e acompanhamento não é possível nos seus países de origem, tendo sido integradas no lar de acolhimento até atingirem a idade adulta e serem autónomas.

Os jovens e crianças residentes nas duas casas de acolhimento não têm todos, um diagnóstico clínico concreto de problemáticas ou patologias psicológicas. Existem todavia, nos relatórios e processos individuais de cada um, algumas observações por parte dos técnicos que apontam para bloqueios emocionais e comportamentos desadaptativos. Comportamentos esses que derivados da desenraização e da retirada das jovens dos seus contextos familiares e culturais, resultam em processos internos negativos que influenciam e condicionam o natural curso dos seus desenvolvimentos e projetos de vida. Existem três casos de jovens que apresentam quadros de patologia do neurodesenvolvimento. Nomeadamente há dois jovens portadores de deficiência física e

um apresenta atraso global do desenvolvimento, o outro apresenta comprometimentos intelectuais e cognitivos mas não existem dados suficientes para definir um diagnóstico conclusivo.

De um modo geral e resumido observou-se nesta população perturbações do neurodesenvolvimento intelectual, problemas na comunicação, dificuldades de discurso relacionadas com a articulação dos sons e também problemas da aprendizagem específica.

Do foro emocional observámos falta de auto regulação, fraca resiliência, incapacidade de criar laços permanentes com pares ou adultos e consequente falta de empatia, falta de autoestima, dificuldades de expressão, comportamentos sexualizados.

Problemas comportamentais como fuga do lar, furtos, esquemas de engano e manipulação, desrespeito e oposição às regras e figuras de autoridade, abandono e desresponsabilização escolar, problemas de agressão e violência.

Existem dois casos com doenças graves, um caso de doença cardíaca e outro de doença degenerativa.

Aferimos que apesar de não termos lidado, neste estágio, com casos de patologias médicas concretas, os jovens que estão presentes nestas casas de acolhimento apresentam consequências de saúde física, mental e emocional. Estas consequências são em grande parte derivadas dos maus tratos, da retirada das famílias e da institucionalização. Estas mazelas interferem diretamente com o desenvolvimento de cada um dos jovens, pois verificamos que se existem desregulações da psicopatologia do humor, do comportamento e da vinculação, com as dinâmicas especificas das crianças vítimas de maus tratos, abuso e negligência.

Enquadramento teórico

Neste enquadramento teórico pretendemos fazer uma revisão da literatura, no sentido de conceber um panorama da problemática dos jovens em contexto de acolhimento residencial por períodos superiores a seis meses, que tenham medidas de tribunal atribuídas. Espera-se nesta exposição entender as necessidades, os principais problemas e as intervenções terapêuticas que existem neste enquadramento, tanto a nível de intervenção individual como em intervenção de grupo.

Adolescência, o que é e qual é o seu principal desafio?

A adolescência é uma idade ou fase do desenvolvimento psicossocial, fundamental no desenvolvimento humano. A adolescência é uma fase onde a identidade, ou sentido de identidade tem um papel fundamental e um peso definitivo na construção e no estabelecimento do *self*. Esta é uma fase em que se revêm as aquisições realizadas na infância e se começa a criar um sentido de pertença, de relação entre pares onde existe uma necessidade de reformulação da rede de suporte, da auto imagem e da representação dos outros, que irá determinar grande parte das competências socio-emocionais da criança. Esta é uma fase de procura, experimentação, descoberta do corpo e da sexualidade, formação da personalidade, de integrar um papel na sociedade, de afirmação do indivíduo perante o mundo e perante os outros, uma fase de diferenciação (Erikson, 1968).

A adolescência é um período de mudanças drásticas, um período de adaptação e de aproximação da forma e da vida adulta. A adolescência é uma altura de mudanças biológicas, cognitivas e sociais (Rosenblum & Lewis, 2006).

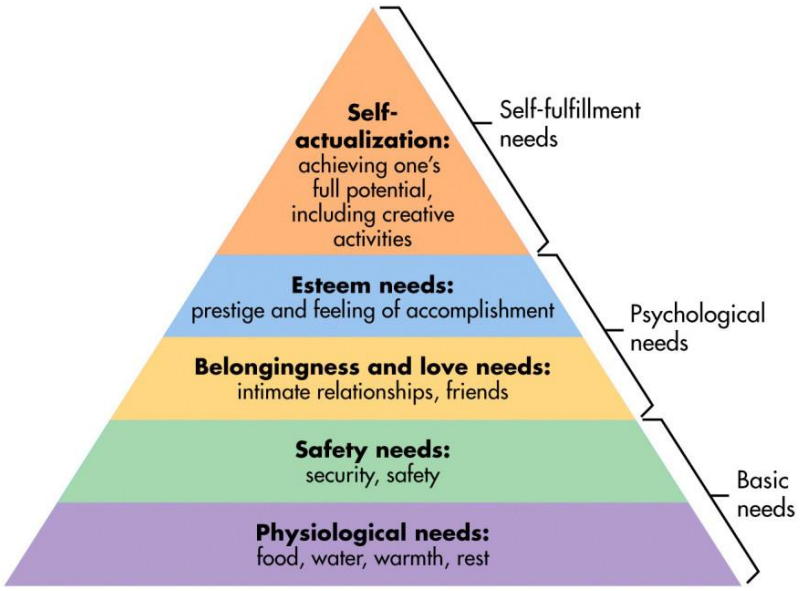
Tendo em conta o atrás descrito, pode constatar-se que a adolescência é uma fase de grande tensão emocional. A construção da identidade e do *self* decorre nesta fase, por isso não podemos ignorar a influência dos acontecimentos externos e os contextos históricos e socioculturais do mundo, no decorrer dos tempos. É inegável e factual que o mundo e a sociedade estão em permanente evolução e mutação. Mudam-se os tempos e com eles mudam alguns dos valores, dos códigos, das condutas e das formas de comunicação. Todavia, este desenvolvimento, ou seja a fase da adolescência, manteve as suas tendências mais ou menos estanques no decorrer dos anos e dos tempos. Podemos deduzir isto através de algumas das características associadas a esta fase, tais como a

irreverência, a visão própria do mundo e de todos os seus componentes (Claes, 1985). Um dos fatores determinantes no crescimento e na diferenciação individual está no âmbito social e psicológico de cada indivíduo (Gleitman, 1993).

De acordo com as teorias humanistas, propostas por Rogers e Maslow, o crescimento é atingido no seu pleno quando algumas necessidades são satisfeitas. Tendo em conta o enquadramento socio-afetivo destes jovens, esse crescimento pode estar afetado e comprometido. Maslow (1968) propõe uma hierarquia de necessidades inatas ao ser humano que condicionam o comportamento e que nos ajudam a demonstrar a origem das problemáticas associadas a esta população e que passamos a expor.

Esta hierarquia de necessidades proposta por Maslow divide-se em cinco estádios, sendo que cada um deles influencia diretamente o outro; a) Necessidades fisiológicas: comer, respirar, beber; b) Necessidades de segurança: segurança física, emprego, renda; c) Necessidade de filiação: casar, ser membro de uma comunidade; d) Necessidade de reconhecimento: o respeito pelos outros, *status*, reputação; e) Necessidade de auto-realização: desenvolvimento moral, espiritual, busca de um objetivo na vida

Fig. 1 – Pirâmide das necessidades proposta por Maslow



De acordo com Maslow (1968) as necessidades especificas dos níveis inferiores da pirâmide tendem a ter mais importância na vida do individuo-o do que as superiores. O ser humano não consegue despender atenção para os níveis superiores da pirâmide se os níveis inferiores não estiverem primeiramente satisfeitos, ou seja, o ser humano tem

que satisfazer as suas necessidades fisiológicas e básicas para que possa dar mais importância às necessidades de segurança ou de filiação ou reconhecimento ou de auto-realização. Ainda segundo Maslow (1968) o ser humano pode regredir nesta demanda, ou seja por motivos de força maior a priorização das necessidades pode inverter a qualquer momento do espectro de vida do individuo. Neste sentido, apresenta-se nesta população uma priorização de necessidades que influencia diretamente a forma como estes jovens se posicionam na vida e nas relações e em tudo o resto.

A idade da adolescência, como já verificámos, é uma idade caraterizada pela mudança e uma procura de identidade. Esta é a idade em que a personalidade começa a ser formada. Neste sentido o adolescente procura uma identificação e um espaço na sociedade, uma identidade no meio de várias identidades. O jovem experimenta vários papéis sociais para identificar qual o papel que lhe assenta melhor. Geralmente esta experimentação é levada ao limite e com uma conotação de "tudo ou nada", no sentido de descoberta do "quem sou eu?". Neste contexto, o adolescente assume uma série de atitudes e comportamentos, que em parte são em benefício dos outros mas que servem como espelho de si próprio nesta sua procura de identidade, ajuste e diferenciação de si relativamente aos outros (Gleitman, 1993).

A adolescência em contexto de acolhimento

A adolescência, como atrás descrevemos pode ser caraterizada como um período transicional onde os jovens passam por vários desafios e crises desenvolvimentistas, causadores de perturbações emocionais e desregulações do humor, que condicionam a sua forma de estar e de olhar o mundo (Claes, 2009; Erkillä, 2007; Erickson, 1998).

A criança ou jovem que é retirada à família só o é quando existem provas inequívocas de abuso e maus tratos por parte dos cuidadores. Segundo Palacios (1995), a definição de maus tratos é a ação de um adulto de forma não acidental, que provoca deliberadamente danos físicos, emocionais ou psicológicos, ou que coloca em risco grave a criança, como consequência de atos de negligência (Palacios, Moreno, & Jimenez, 1995)

Os jovens residentes em lares de acolhimento têm percursos de vida relacional marcados pela instabilidade, agressão, abandono real ou emocional. O desenvolvimento de um jovem com estas características poderá desencadear alguns comportamentos

desajustados, que hipotequem os sonhos e condicionem as perspetivas de uma construção de uma vida adulta de sucesso e com maturidade para enfrentar os seus desafios constantes (Rio & Tenney, 2002; McFerran & Wölfl, 2015).

Estudos e investigações efetuadas nesta área apontam que os maus tratos provocam consequências no processo de desenvolvimento dos jovens cujas repercussões podem desencadear perturbações neurológicas graves. A vinculação, os processos psicológicos, o desenvolvimento emocional, os processos cognitivos, o desenvolvimento das competências académicas, a noção de autoconceito, de autoestima, os relacionamentos sociais com os pares e com os adultos, as competências sociais podem e na maior parte dos casos ficam comprometidas irremediavelmente. As crianças e jovens que são vítimas de maus-tratos apresentam consequências a longo prazo que se podem traduzir em atrasos de desenvolvimento, problemas cognitivos e de linguagem, dificuldades no relacionamento social com pares e adultos, comportamentos sociais de risco, atrasos no desenvolvimento das competências linguísticas, sensações de medo, angústia, raiva, disfunções sexuais, ideação e/ou tentativas de suicídio, neuroses, depressão, psicose, perturbações de personalidade, isolamento, agressividade, baixo rendimento escolar, dificuldade em criar empatia, entre outros (Canha, 2018; McFerran & Wölfl, 2015; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996).

Segundo alguns estudos realizados, estas problemáticas podem estar associadas a vivências traumáticas que os jovens experienciaram com a família progenitora, que influenciaram o normal desenvolvimento psíquico, emocional, cognitivo e físico de cada um (Smith, 2012).

Os jovens em risco e as perturbações emocionais e do comportamento

Os jovens normalmente identificados com perturbações emocionais e do comportamento podem apresentar múltiplos problemas e diagnósticos associados por comorbilidade ou derivados. Estes jovens podem sofrer de perturbações mentais como: esquizofrenia; depressão; perturbações de ansiedade; perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA); perturbação do espectro do autismo entre outras perturbações relevantes. Apesar de existirem inúmeros diagnósticos, muitas das vezes não totalmente fundamentados clinicamente, estes jovens apresentam múltiplos problemas e alguns desses problemas são a fraca ou pequena capacidade de concentração, dificuldades relacionais com adultos ou pares, baixa auto estima, problemas familiares,

fraca auto-regulação e facilmente ficam frustrados. Derivado dos bloqueios e interferências emocionais, relacionadas com problemas derivados de uma fraca vinculação por motivos de más condutas dos progenitores e fracos exemplos de desenvolvimento, estes jovens apresentam normalmente problemas ao nível da aprendizagem e nos seus processos (Sausser & Waller, 2005; Rio & Tenney, 2002).

Muitos destes jovens foram vítimas de violência física, psicológica, sexual e negligência e existem alguns pontos sintomáticos em comum, que podemos aferir como características principais associadas a esta população. Apesar de ser difícil de qualificar e categorizar estas perturbações, pela unicidade e especificação de cada uma e das suas causas, sejam por abuso de substâncias, pobreza, estruturas familiares instáveis, doenças infeciosas, experiências negativas e repetidas, abusos sexuais, abandono, negligência, entre outros, segundo IDEA (1997), as crianças ou jovens com perturbações emocionais demonstram ter uma série de características que passamos a enunciar: a) incapacidade de aprendizagem que não é explicada por fatores intelectuais, sensoriais ou de saúde; b) incapacidade de criar ou manter relações interpessoais satisfatórias; c) comportamentos ou sentimentos inapropriados quando confrontados com padrões de normalidade; d) estado generalizado de infelicidade ou depressivo; e) tendência para desenvolver sintomas físicos ou medos associados com problemas escolares. Uma ou mais destas características tem que estar presente por um período alargado de tempo e com um grau de severidade que afete a performance escolar e os resultados apresentados (Breen & Fielder, 1996; Peters, 2000; Rio & Tenney, 2002).

Os jovens com problemas de perturbação comportamental são definidos como, jovens e crianças capazes de aprender comportamentos e normas aceitáveis socialmente e de certa forma gratificantes a nível pessoal mas que optam por, repetidamente, responder e agir perante situações de forma inaceitável ou desajustada (Breen & Fielder, 1996; Peters, 2000).

É comum nesta população e especialmente jovens em contexto residencial, em casas de acolhimento, serem oriundos de familias disfuncionais e cujo suporte familiar é praticamente nulo ou inexistente. Podemos encontrar traços comportamentais idênticos nos familiares mais próximos destes jovens. Geralmente os progenitores destes jovens também vivem sobre regras divergentes das socialmente aceites e apresentam comportamentos marginais (Rio & Tenney, 2002).

Os jovens identificados com esta problemática do comportamento geralmente apresentam fraco rendimento escolar. Existe uma taxa de desistência escolar elevada e expulções de instituições pedagógicas por comportamentos inaceitaveis socialmente. Esta situação gera comportamentos marginais e de delinquência com situações agravadas de violência, comprometendo assim o futuro e o normal desenvolvimento dos jovens (McFerran & Wölfl, 2015). O fraco desenvolvimento escolar que apresentam tem a sua genese nos estádios mais primários do percursso escolar e geralmente é devido ao fraco acompanhamento e falta de estimulo que os cuidadores primários lhes prestam, fazendo com que a experiência pedagógica destes jovens seja realizada com momentos de insucesso, o que gera momentos traumáticos que condicionam todo os percursso escolar (Romano, Lyzon Babchishin, & Fréchette, 2014).

Musicoterapia com adolescentes

De acordo com Bruscia (1998) a musicoterapia pode ser, resumidamente, definida como a utilização da música e dos seus elementos próprios, em contexto terapêutico e com um objetivo clínico, por um musicoterapeuta qualificado, para promover a saúde de um ou mais utentes.

A música influência inúmeros domínios da vida de um ouvinte ou de um praticante, sejam estes psicológicos, cognitivos, físicos, sociais ou espirituais. Ouvir música assume um papel preponderante na vida dos adolescentes, sendo esta uma das atividades mais acessíveis e preferidas desta faixa etária para passar o tempo. A música é utilizada em contexto clínico como relaxante e uma atividade prazerosa capaz de reduzir sintomas relacionados com a dor, ansiedade e procedimentos ou situações que causem *stress* ou instabilidade (Kim & Stegemann, 2016).

A música é um elemento motivador para estas faixas etárias e geralmente consegue-se atingir resultados positivos na avaliação final dos acompanhamentos, corrigindo, melhorando e potenciando comportamentos e estruturas internas como a comunicação não-verbal, formas saudáveis de sociabilização e construir situações de sucesso para os utentes (Sausser & Waller, 2005).

A adolescência é uma idade onde a música apresenta um papel fundamental e preponderante nas vidas dos jovens (Erkkilä , et al., 2011; Shipley & Odell-Miller, 2012; Tervo, 2001; Kim & Stegemann, 2016). Segundo Claes (2009) o tempo gasto por um adolescente a ouvir música durante o seu dia corresponde a uma média de 3 horas e está diretamente relacionado com a capacidade de resiliência do adolescente perante as adversidades do dia-a-dia e com a sua capacidade de se dedicar à tarefa.

No decorrer do nosso estágio observámos, cruzámos informações com técnicas, psicoterapeutas e pedopsiquiatras que acompanham estes jovens e aferimos com relativa fidelidade e assente em relatos, que estes jovens apresentam uma taxa de desistência elevada nos acompanhamentos psicológicos. A grande maioria destes jovens revela muita dificuldade em usufruir dos momentos das sessões de acompanhamento para crescimento pessoal e na maior parte dos casos rejeitam as relações terapêuticas com os técnicos de acompanhamento. Segundo alguma da literatura empírica na área, aferimos que há uma tendência natural para resistir às abordagens terapêuticas clássicas, ou seja a medicação e a psicoterapia (Erkillä, 2011). Neste sentido a musicoterapia apresenta-se como uma abordagem não invasiva, o que poderá ser vista pelos jovens como uma forma preferencial de tratamento (Tervo, 2001).

Segundo Tervo (2001) a música é um espaço de conforto e um espaço seguro onde o adolescente pode exteriorizar as suas fantasias, desejos, sentimentos interiores, raivas e angústias, sem recorrer ao processamento verbal das mesmas e que por isso, o adolescente está mais confortável e não se sente constrangido ou inibido. A musicoterapia permite criar um espaço de relação e confiança sustentada na criação musical e expressão individual de cada um, onde a díade terapeuta/cliente que se estabelece cria a dinâmica privilegiada para a mudança.

A psicoterapia tem uma carga bastante negativa na visão destes jovens seja esta carga por motivos relacionados com a imagem social que existem na realidade destes jovens ou até por fatores culturais incutidos pelos familiares. As revisões de medidas dos tribunais, que acabam por decidir o rumo das suas vidas, sustentam-se em larga medida nos pareceres dos profissionais de saúde física e mental e que se revelam fundamentais nas decisões finais dos juízes dos tribunais de menores. A conotação social que existe, que está associada, ao acompanhamento psicológico, também se revela como um fator negativo. Muitos dos jovens que vivem neste lar, recusam as terapias de uma forma geral,

sejam estas terapias clássicas ou alternativas. Os comportamentos disruptivos e de risco não cessam. As recusas e recuos dos seus próprios projetos de vida acabam por condicionar o futuro destes jovens. Muitos destes jovens perdem o sentido e o rumo das suas vidas, entrando numa espiral de comportamentos negativos e marginais que por sua vez levam a outros desvios da norma. Estes comportamentos condicionam o desenvolvimento psicológico, emocional, cognitivo e físico (Smith, 2012). Por estes motivos parece-nos particularmente interessante e urgente a utilização de terapias alternativas às terapias clássicas, terapias que se revelem estimulantes, desafiadoras e não invasivas, alternativas para os jovens, para que estes se comprometam na frequência e consigam com a ajuda dos profissionais envolvidos, estruturar as suas vidas e embarcar num desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo mais funcional (Shipley & Odell-Miller, 2012).

As terapias centradas numa vertente mais artística e menos formal apresentam-se como alternativas viáveis à terapia clássica, apresentando resultados positivos. A música é uma forma de entrar em contacto com os utentes, com os seus gostos pessoais, com a sua identificação social, com a sua realidade interior e intervém positivamente na construção do seu *self* (Gold, 2007).

De acordo com Lepping (2016) a música é uma ferramenta poderosa que permite controlar os impulsos e as regulações de humor, o que é fundamental para que a disponibilidade do adolescente esteja alinhada com a dinâmica de mudança estabelecida na relação terapêutica.

As sessões de musicoterapia podem ser de grupo ou individual, dependendo dos objetivos terapêuticos delineados para cada um dos utentes. Ambas as abordagens produzem resultados significativos, embora alguns estudos apontem para um aumento de competências sociais nos grupos terapêuticos (Sausser & Waller, 2005; Rio & Tenney, 2002).

Musicoterapia em grupo terapêutico

De acordo com Sausser (Sausser & Waller, 2005), a utilização da música é um meio de promover funcionalidade e enaltecer várias características como promoção de bem-estar, aumentar a autoestima, coordenação motora, expressão intrapessoal e

socialização. Este último aspeto é muito importante quando se trabalha com crianças e adolescentes com problemas emocionais ou de comportamento. As atividades musicais podem levar a que, desde que sejam estruturadas e contenham um objetivo terapêutico, estas populações satisfazer as suas necessidades emocionais. Ainda de acordo com a autora, os grupos terapêuticos, cujas atividades se centrem em atividades musicais ativas, servem para que essas necessidades possam ser trabalhadas e transformadas em experiências positivas de forma a canalizar as frustrações de uma forma criativa.

A musicoterapia em grupo terapêutico é considerada uma abordagem positiva para a intervenção com esta população, jovens com problemas emocionais e do comportamento. O grupo terapêutico pode ser considerado como uma pequena sociedade, dentro da sociedade, com dinâmicas próprias e a abordagem terapêutica com recurso ao grupo terapêutico promove as relações interpessoais e serve de modelo comportamental para o mundo exterior. No grupo, o adolescente pode promover a expressão emocional e comportamental com os pares e desenvolver estratégias para ultrapassar os problemas. Este fator é determinante para o desenvolvimento de valores, atitudes e comportamentos (Rio & Tenney, 2002).

Apesar do grupo terapêutico ser uma ferramenta fundamental no trabalho com esta população, existem alguma preocupação e atenção às situações em que as diferenças entre os vários indivíduos que compõem os grupos são muito acentuadas. Por vezes pode ser muito difícil para um individuo estar em grupo pois a atenção dada às suas necessidades específicas por parte do facilitador não é suficiente. O terapeuta tem que atender às necessidades do todo de forma a conduzir o grupo para um objetivo. Por vezes este enquadramento pode ser muito agressivo e traumático, pois na busca de uma solução para trabalhar as competências sociais e emocionais do grupo, o individuo dilui-se no grupo. Este fator é um fator determinante na abordagem terapêutica por parte do facilitador, pois irá determinar se os indivíduos que compõem o grupo conseguem ultrapassar as dificuldades com que se deparam na superação das adversidades e se determinado individuo consegue, também ele, superar os seus desafios e traumas particulares no decorrer do processo. Estar em grupo facilita a interação socio-emocional destes jovens e através da experiência, na maior parte dos casos, e se existir atenção às necessidades específicas na integração dos mesmos, então podem ocorrer mudanças positivas e significativas nestes jovens, quer interiores como exteriores (Tomlinson, 2004).

Como aferimos anteriormente, o grupo é uma forma de promover objetivos terapêuticos com esta população e por esse motivo é muito importante como ferramenta e técnica terapêutica. Segundo Guerra (Guerra & Lima, , 2005), para atingir objetivos com um grupo, existem vários fatores que podem influenciar positiva, ou negativamente o desenvolvimento do mesmo. Para influenciar e orientar os grupos é necessário existir um líder ou um mediador. Este mediador pode ter várias formas de abordagem ao grupo, tendo em conta algumas características desse mesmo grupo, ou seja nem todos os grupos necessitam da mesma abordagem ou estilo de liderança. Existem dois estilos de liderança, um orientado para a execução da tarefa e outro mais orientado para os aspetos socioafetivos. De acordo com a autora (Guerra & Lima, , 2005), o líder ideal seria aquele que se preocuparia ao máximo com os dois polos simultaneamente, que promovesse os aspetos socioafetivos e a tarefa de igual forma. Para que este fenómeno ocorra o estilo de liderança mais satisfatório para atingir este objetivo é a democrática, ou seja ter em conta o que o grupo transmite e as suas vontades e desejos, promovendo o desenvolvimento, interação e o bem-estar.

Um outro fator determinante para que haja desenvolvimento e um pré-requisito para a emergência de processo terapêutico é o surgimento de coesão no grupo. De acordo com Guerra (Guerra & Lima, 2005) a coesão é o resultado de todas as forças que atuam sobre os membros de um grupo mantendo-os unidos. Um grupo coeso é um grupo que valoriza as várias interações dos membros e que se consegue ligar emocionalmente no decorrer do processo.

No processo terapêutico do grupo em contexto de saúde mental existem várias fases de desenvolvimento. Estas fases acontecem sempre mas, dependendo dos grupos, demoram tempos diferentes e podem ou não serem todas desenvolvidas, podendo existir grupos que fiquem estagnados numa das fases e nunca desenvolver as outras, mas seja como for a ordem de desenvolvimento é sempre a mesma. Existe um modelo desenvolvido e proposto por Bennis e Shepard que define as várias fases e características das mesmas que foi definido por vários autores como o modelo a seguir, embora existam outros autores que identifiquem outras fases ou subfases do desenvolvimento dos grupos terapêuticos, todavia todos os autores à *posteriori* tem este modelo como base (Guerra & Lima, 2005), nomeadamente Rutan.

Na tabela abaixo iremos especificar as várias fases de desenvolvimento destas duas visões que se colmatam e que representaram a nossa base de trabalho.

Tabela 1 – Fases de desenvolvimento dos grupos terapêuticos

Bennis & Shepard (1974)	Rutan (2009)
1ª fase – Dependência/Autoridade	1ª fase- Formação
Subfase 1- Dependência-Fuga	
Ansiedade dos membros na interação grupal, intervenção cuidadosa do mediador sem ser diretiva mas de ajuda a encontrar caminhos	Membros procuram orientação, têm uma participação hesitante e procuram significado ao que acontece, testam-se comportamentos
Subfase 2- Contradependência-Fuga	2ª fase- Reação
Membros irritam-se com falta de diretividade e surgem membros que assumem a liderança	Surgem as diferenciações entre os membros do grupo, as individualidades são mais aparentes, existe um baixo desempenho
Subfase 3- Resolução-catarse	
Membros reconciliam-se e surgem um clima de paz, o terapeuta adquire menos enfase na sua intervenção	
2ª fase- Interdependência/Intimidade	3ª fase- Maturação
Subfase 1- Ilusão-Fuga	
Fase de aceitação, tranquilidade, sentido de coesão de grupo, não há divergências. Existe uma negação dos problemas.	O grupo funciona como um todo tendo em vista um objetivo. Existe espontaneidade na ação entre os vários membros
Subfase 2- Desilusão-Luta	
Tendência a formação de subdivisões, questionamento das relações e situações de intolerância. Maior intervenção do líder	
Subfase 3- Validação e Catarse	4ª fase- Conclusão
Sentimento de realização e de desenvolvimento do grupo	Momento de despedida doloroso e gratificante. Momento decisivo no processo terapêutico, oportunidade para os membros fazerem a diferenciação entre realidade e resposta afetiva

Métodos e técnicas musicoterapêuticas

Podemos definir quatro grandes métodos a utilizar em musicoterapia. Eles são a improvisação, recriação ou tocar e cantar música pré composta, a composição e a audição (Bruscia, 2014).

São várias as técnicas em musicoterapia que se utilizam com as populações de jovens. Técnicas direcionadas para a audição e a imagética e técnicas mais direcionadas para a ação direta do utente sobre a música e da sua criação espontânea (Bruscia, 2014).

A musicoterapia com técnicas ativas, com ênfase nas dinâmicas criadas através da utilização dos instrumentos e não só, para criar música com o utente, são as mais utilizadas em *setting* terapêutico. Estas são as técnicas mais utilizadas e as que apresentam resultados positivos e significativos mais rapidamente. As técnicas ativas pressupõem uma criação ou experiência sonora ao vivo e com o recurso a instrumentos, sejam estes instrumentos materiais ou vocais, baseada no aqui e agora do paciente. São predominantemente técnicas que exijam fisicalidade por parte do utente (Peters, 2000). A criação musical servirá de motor da relação entre o terapeuta e utente, visando a promoção de bem-estar e de experiências de sucesso (Bruscia, 2014). Embora este seja o principal motor de trabalho clínico, os musicoterapeutas não retiram os elementos e as técnicas recetivas (Kim & Stegemann, 2016).

A musicoterapia e atividades ativas são as mais utilizadas com adolescentes. Estas técnicas, que visam principalmente explorar emocionalmente a pessoa, têm como base de trabalho os modelos criados por Alvin, cujo ênfase assenta nos princípios psicodinâmicos (Erkkilä , et al., 2011; Tervo, 2001; Porter, et al., 2016).

Alguns estudos apontam também para a utilização de técnicas behavioristas ou comportamentais para este tipo de população, revelando efeitos positivos e mudança nos comportamentos (Sausser & Waller, 2005; McFerran & Wölfl, 2015).

Com o recurso às técnicas ativas, pretende-se envolver física e intelectualmente os utentes em todas as partes da criação ou improvisação musical, visando a mudança interior através da exploração pessoal da experiência musical entre paciente e terapeuta, sendo esta a mais significativa condição para que haja mudança (Bruscia, 2014; Erkkilä , et al., 2011; Porter, et al., 2016; Tervo, 2001; Peters, 2000).

Algumas das atividades, segundo os estudos empíricos realizados (Peters, 2000), mais utilizadas com esta população são, entre outras: a) improvisação livre (falamos de improvisação baseada na experiência pessoal e interior da imagética ou emocional do utente e não na improvisação harmónica e musical de por exemplo uma peça de jazz, com escalas e modos harmónicos); b) criação e escrita de canções; c) reescrita de canções previamente criadas por outros artistas, ou substituição de palavras e pequenas frases; d) interpretação e ou reinterpretação de canções do foro pessoal do paciente; e) audição e discussão de conteúdos; f) jogos rítmicos; g) jogos de pergunta e resposta; h) desenho sobre influência musical.

As técnicas que podem ser usadas pelo terapeuta, para estabelecer e criar música com o utente são o espelhar o que o utente toca, sincronizar com o utente ao tocar a mesma melodia ou ritmo, refletir o que o terapeuta deduz da observação direta ao que o utente transmite musicalmente a nível de emoções, de sentimentos ou estados de espirito e incorporação de motivos musicais do utente em composições ou improvisações realizadas. Existem técnicas ou funções realizadas pelo terapeuta para atingir objetivos terapêuticos com os utentes que são de extrema importância e fundamentais para o trabalho clínico, são elas o *holding* (função de ecoar e ressoar e simultaneamente conter a intensidade de uma experiencia musical vivida pelo utente) e o *grounding* ou ancorar (prender à realidade e manter o utente consciente do mundo circundante). Todos estes aspetos técnicos são fundamentais para que se consiga promover a mudança interior e assim promover a saúde e o bem-estar (Bruscia, 2014).

Objetivos do Estágio

Um dos objetivos deste estágio foi proporcionar aos jovens um espaço seguro e livre de regras de estruturação pedagógica, um espaço diferente dos que lhes são atribuídos em contexto de acolhimento ou em contexto escolar. Pretende-se uma focagem na promoção de um espaço de criação, de encontro, mas também de ação e livre expressão, suportado por uma relação terapêutica de não juízo. Deste modo, a musicoterapia propõe-se como um elo de ligação entre a vida afetiva e emocional das crianças e a possibilidade de se explorarem interiormente através do uso terapêutico da música e de seus elementos. Essa experiência musical será centrada nas necessidades de cada utente, tendo em vista um objetivo terapêutico definido em conjunto com o estagiário e as equipas técnicas dos lares de acolhimento.

Neste estágio pretendeu-se criar condições para o desenvolvimento e aumento da autoestima dos vários indivíduos intervencionados. Tentámos através de experiências musicais positivas, criar momentos de prazer, de descontração, onde a intervenção de cada um dos utentes foi respeitada e integrada no desenvolvimento de projetos musicais concretos. Com este objetivo em mente procurámos promover um bem-estar imediato, que esperamos traduzir num bem-estar generalizado ou seja no dia-a-dia destes jovens. Pretendeu-se observar nos utentes uma maior facilidade de expressão emocional, através da forma artística que é a música, uma maior confiança na abordagem de temáticas interiores e uma maior valorização pessoal das competências adquiridas ou desenvolvidas no decorrer das sessões.

Pretendemos criar pontes de comunicação interpessoal alternativas às já existentes no lar. Temos como meta a criação das circunstâncias ideais para um desenvolvimento saudável das relações sociais entre os vários jovens residentes. Pretendemos dessa forma propiciar condições para que as relações sociais, fora da instituição, se possam desenvolver num ambiente de maior positividade. Esperamos conseguir atingir este objetivo, centrando-nos nas experiências musicais e na criação musical em conjunto. Acreditamos que através da experiência musical iremos conseguir estreitar as relações entre os jovens dos vários lares de acolhimento da fundação “O Século” e diminuir alguns dos sentimentos de rivalidade, menos saudáveis, que possam existir e assim promover as condições ideais para o desenvolvimento das relações sociais entre pares.

Metodologia

Neste capítulo serão descritos os procedimentos e detalhes metodológicos que serviram de base à execução deste projeto, assim como as diversas fases do processo durante o estágio realizado.

Contextualização

Foi iniciado o estágio no mês de outubro com um período de adaptação e observação de um mês. Este período foi pensado e acautelado pelas partes orientadoras do estágio, para que existisse uma adaptação do estagiário às rotinas de trabalho e de funcionamento da instituição, assim como uma adaptação das residentes à presença do estagiário nas instalações.

A fase inicial do processo serviu para o estagiário observar e conhecer e estabelecer uma relação com as residentes da casa e também para conhecer os processos individuais, possíveis problemáticas e ou patologias relacionadas com cada uma das residentes dos lares.

Foram realizados vários encontros com a equipa técnica para que o estagiário se inteirasse de todas as questões relacionadas com as residentes e para que se pudessem auferir quais das residentes poderiam eventualmente beneficiar com intervenção terapêutica de Musicoterapia. Este processo foi desenvolvido pelo estagiário e principalmente pela equipa técnica do lar de acolhimento.

Passada esta fase de escolha e seleção de utentes para a intervenção em musicoterapia definiu-se um horário para o atendimento, tendo em conta os horários e gestão das atividades dos utentes, visto que as residentes estão envolvidas em várias atividades extracurriculares, seja de estudo acompanhado, atividades desportivas e psicoterapias. As primeiras duas semanas do mês de novembro serviram para as técnicas de referência de cada uma das utentes selecionadas para a intervenção terapêutica em musicoterapia falarem e estabelecerem os horários com as mesmas, ajustar alguns horários pré estabelecidos que pudessem não estar em conformidade com os horários das atividades das jovens e dar início à fase de avaliação de cada um dos utentes. Todo este processo demorou entre duas a três semanas, pelo que demos início de forma regular às sessões no dia 20 de novembro.

Participantes

No quadro seguinte apresentamos a amostra dos utentes que tiveram acompanhamento durante os últimos 10 meses na instituição "O Século", assim como as informações relativas ao número de sessões previstas e assistidas por cada um, no decorrer do tempo. Todos os nomes presentes neste relatório são fictícios de forma a proteger a identidade de cada um e preservar os direitos de privacidade e confidencialidade dos utentes.

Tabela 2 – Tabela de dados dos utentes intervencionados em musicoterapia

Nome	Sexo	Idade	Diagnóstico	Tempo de permanência na instituição	Idade de entrada	Sessões previstas	Sessões assistidas
Catarina M.	Feminino	16	Problemas do comportamento	6	10	34	3
Elsa M.	Feminino	19	Doença Congénita do coração	5	14	34	3
Diana M.	Feminino	20	Doença degenerativa da estrutura óssea	6	14	34	2
Cláudia M.	Feminino	13		1	12	34	30
Nídia M.	Feminino	15		1	14	34	31
Tânia M.	Feminino	10	Dificuldades de aprendizagem	6	4	34	33
Dária M.	Feminino	16		2	14	10	4
Cidália M.	Feminino	8		1	7	10	9
João C.	Masculino	10	Problemas do comportamento	4	6	34	27
Joana C.	Feminino	12		4	8	34	31
Maria C.	Feminino	9		6	3	34	32
David C.	Masculino	13		9	4	34	29
Sofia S.	Feminino	15	Problemas do comportamento	2	12	34	31

Instrumentos de avaliação

Na fase inicial de levantamento de dados, em colaboração com as equipas técnicas de ambas as casas de acolhimento e respetivos processos individuais dos utentes, procedemos ao registo das problemáticas referentes a cada um dos utentes, assim como

uma breve anamnese e história de vida, para entendermos e planificarmos uma intervenção personalizada mediante problemas identificados. Utilizámos, não só mas principalmente as observações diretas sobre os utentes como forma de registo de competências e funcionamento.

Em cada sessão registou-se num diário todos os aspetos relacionados com cada uma das sessões e assim registar o processo. Registou-se observações e aspetos importantes da sessão e possíveis motivos de mudança no decorrer das mesmas. Neste diário de intervenção, registámos aspetos relacionados com a produção musical, com o comportamento geral e comportamento em atividade, produção verbal de conteúdos produzidos nas sessões, entre outras para podermos vislumbrar o processo como um todo.

Utilizou-se inicialmente uma escala de medição sintomática, Music Therapy Assessment of Emotionaly Disturbed Children – Boxill apendix 3A (Goodman, 1989). O registo foi elaborado pelo estagiário após a segunda sessão e até à quarta sessão, mediante a observação dos comportamentos e competências dos utentes. Foi incluído num anexo, deste relatório de estágio, a escala utilizada para melhor entendimento do instrumento de avaliação utilizado.

Finalmente foi utilizado, como forma de supervisão do trabalho realizado, algumas gravações vídeo para posterior análise de dados. As gravações foram analisadas em contexto de supervisão académica, como forma de melhorar e entender comportamentos, respostas e sinais dos utentes e as estratégias utilizadas pelo estagiário no decorrer das sessões.

Procedimentos

Nesta secção descrevemos questões relacionadas com os espaços, tempos e várias fases do estágio.

Horários e rotinas do estagiário. O estagiário definiu com a orientadora de estágio, as horas dos acompanhamentos mediante a gestão diárias das atividades estipuladas para os jovens destinados ao acompanhamento e assim ficou definido um horário semanal a ser cumprido na instituição. O total de horas semanal destinado ao estagiário foi de 12 horas, distribuídas por quatro dias da semana, como podemos vislumbrar na tabela abaixo.

Tabela 3 – Mapa de horários das sessões

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
17h30	**Sessão Grupo**	**Sessão Individual**	**Sessão Individual**		**Planeamento e análise semanal**
18h15	**Sessão Grupo**	**Sessão Individual**	**Sessão Individual**		
19h00	**Sessão Individual**	**Jantar**	**Jantar**		
20h00		**Sessão Individual**			
21h00					

A rotina diária do estagiário passava por, ao chegar apresentava-se no gabinete técnico onde por vezes trocava impressões e apropriava-se dos acontecimentos do dia ou de eventuais problemas que surgissem, assim como alterações dos acompanhamentos por motivos de ordem médica ou alterações circunstanciais da vida dos jovens.

Por vezes o estagiário também trocava impressões, fazia o ponto de situação e pedia conselhos técnicos que lhe permitiam ajustar a intervenção, principalmente com a orientadora no local e sobre matérias relacionadas com os utentes. Também era comum o estagiário dar algum feedback sobre o decorrer dos acompanhamentos, caso se justificasse uma intervenção de acordo com alguma situação grave que ocorria.

Após estas trocas de impressões o estagiário passava aos acompanhamentos no gabinete destinado para o efeito, onde ficava até ao término dos acompanhamentos, abandonando o estagiário o local de estágio pelas 19h30 ou 21h30, consoante o dia em causa.

Sessões. Desenvolvemos sessões de grupo e sessões individuais. As sessões tiveram periodicidade semanal, com duração de entre 6 a 7 meses. A duração das sessões foi de 45 minutos.

Setting terapêutico. Relativamente ao *setting* terapêutico, as sessões decorreram numa sala isolada, no gabinete médico da fundação, permitindo ao utentes usufruírem dum espaço reservado, com privacidade e sem exposição aos restantes residentes ou trabalhadores da fundação. Esta privacidade é fundamental e decisiva no estabelecimento das condições basilares para a existência de uma relação terapêutica e para um possível sucesso da intervenção. Esta sala, por motivos de cortes orçamentais, deixou de ser um gabinete médico por ausência de profissional de saúde na fundação e a pedido da Drª Catarina Capinha passou a ser uma sala dedicada as terapias. Este gabinete é uma sala

partilhada de terapias dedicadas à promoção de saúde mental dos residentes da fundação. As terapias que se realizam neste espaço são, pedopsiquiatria, psicoterapia, arte terapia e musicoterapia.

Recursos materiais. Os instrumentos musicais utilizados e que estão disponíveis para os utentes, são todos levados para a sessão pelo terapeuta nos dias estipulados e fazem parte do espólio pessoal do estagiário. Os instrumentos utilizados na sessão são principalmente instrumentos de percussão, instrumental *orff* e guitarra, tendo o terapeuta uma guitarra extra para a utilização por parte dos utentes.

Horários e rotinas de intervenção. Os horários das sessões realizadas foram: segunda-feira das 17h30 as 18h15 uma sessão de grupo com dois elementos; das 18h30as 19h15 um grupo composto por seis elementos, com idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos de idade; terça-feira sessão individual das 18h30 às 19h15 e sessão individual das 20h00 as 20h45m; quarta-feira sessão individual das 17h30 as 18h15 e sessão individual das 18h30 as 19h15m. Em baixo apresentamos um gráfico com os horários para ser mais imediata a leitura e compreensão do mesmo. Contabilizadas as sessões resumimos 5 sessões individuais e duas sessões de grupo.

Fases da intervenção. O estágio foi iniciado na última semana de setembro. Durante essa semana o estagiário conheceu a instituição, os jovens e as equipas técnicas dos lares de acolhimento "Casa das Conchas" e "Casa do Mar". O estagiário teve contacto com as rotinas dos lares e dos jovens residentes. Neste período o estagiário teve conhecimento do espaço físico onde iria realizar as sessões de acompanhamento. Durante o mês de outubro iniciou-se um período de conhecimento e de convivência mais aprofundado, cujo objetivo seria criar uma relação entre o estagiário e os jovens. Este período serviria para estabelecer uma aceitação maior da presença de um terapeuta e para facilitar uma proposta de acompanhamento em musicoterapia futura. Assim sendo o estagiário assistiu a reuniões de equipa técnica e a reuniões de casa do lar "Casa do Mar". As reuniões de equipa técnica tinham e têm uma periodicidade quinzenal e pressupõem uma passagem de informação mais detalhada sobre as situações de cada uma das jovens, entre todos os envolvidos na gestão do lar, assim como ajustes nas rotinas diárias e respostas a potenciais problemas que possam existir no decorrer do dia-a-dia de cada um dos jovens. Estas reuniões foram de extrema importância para a aprendizagem do estagiário neste início de percurso terapêutico.

Realizámos inicialmente uma oficina destinada a todos os jovens residentes nos lares de acolhimento. Pretendeu-se que esta oficina fosse um espaço livre de criação musical em grande grupo, com o objetivo de improvisar musicalmente com instrumentos de percussão. Pretendeu-se criar um espaço onde os jovens dos dois lares interagissem de forma livre e espontânea e que de alguma forma servisse como apresentação do que iria ser realizado nas sessões de musicoterapia planeadas para o estágio.

Esta atividade foi realizada no dia 1 de outubro de 2017, da parte da tarde e todos forma convidados. Esta atividade foi sugerida pela diretora da "Casa do Mar", a Drª Catarina Capinha como forma de apresentação do projeto a desenvolver pelo estagiário no decorrer do ano. Esta proposta teve o intuito de aliciar os jovens para os projetos das sessões, para cativar a participação. A atividade foi planificada, realizada e cumpriu os objetivos principais com sucesso. Os jovens ficaram cativados pela atividade e por isso, alguns deles, pediram para integrar as sessões de musicoterapia. Esta proposta/oficina musical serviu para, em grande grupo, as populações dos lares usufruírem de uma experiência musical positiva em conjunto e fomentarem os laços sociais dentro da instituição e conhecerem o musicoterapeuta que iria conduzir as sessões durante o ano letivo. O descritivo da oficina e das atividades desenvolvidas está num anexo, no final deste relatório.

Depois de selecionados os jovens que iriam usufruir dos acompanhamentos, decidiu-se em conjunto com a equipa técnica dos lares de acolhimento da fundação "O Século" que se iriam realizar três a quatro sessões para efeitos de avaliação dos utentes. Nessas sessões iniciais iriam ser utilizados alguns instrumentos de avaliação com relevância para os objetivos musicoterapêuticos e observação clinica direta para aferir as funcionalidades musicais de cada um dos utentes e aferir potenciais objetivos terapêuticos. Após estas sessões iniciais de avaliação reunimos com a equipa técnica para delinear um plano terapêutico realista, que visou ir ao encontro das necessidades de cada um dos utentes e cuja finalidade pudesse ser cumprida pela música.

Ficou estabelecido que se realizaria sessões de grupo e acompanhamentos individuais. Definimos que iriam ser criados dois grupos terapêuticos tendo em conta as disponibilidades, idades e vontades dos jovens dos dois lares. Definiu-se também os acompanhamentos individuais, alguns a pedido da equipa técnica e outros por motivos de necessidade de preenchimento de horários de acompanhamento de cada um dos jovens,

visto que no projeto de vida de cada um dos jovens pressupõem-se a existência de acompanhamentos e neste caso a musicoterapia serviria de acompanhamento e também de atividade extra.

Durante o mês de outubro o estagiário teve contacto com os processos individuais de cada um dos jovens designados para acompanhamento, assim como reuniões com os técnicos responsáveis de cada um, monitores e técnicos designados de forma a realizar um levantamento de problemáticas associadas assim como possíveis diagnósticos, patologias ou potenciais fatores da história de vida de cada um para dessa forma estabelecer uma anamnese o mais fidedigna possível. Durante este mês inicial o estagiário teve contacto próximo com os jovens e tentou desenvolver uma relação próxima, de forma a cativar a confiança dos mesmo para iniciar a intervenção e o acompanhamento.

Este mês foi um mês de estreitar laços e conhecer as rotinas e os hábitos dos jovens dos lares.

No mês de Novembro iniciámos as sessões de acompanhamento. Na fase inicial dos acompanhamentos foi difícil e complicado implementar uma fidelização ao acompanhamento por parte dos jovens, devido à relutância que cada um tinha no que acompanhamento de ordem psicológica diz respeito. Todavia, conseguiu-se trabalhar de forma relativamente regular com cada um dos jovens, como podemos observar no quadro que apresentámos acima. Dois casos apresentaram frequência total, um acompanhamento individual e um caso de acompanhamento em grupo terapêutico. Estes casos foram selecionados pelo estagiário para apresentar como estudos de caso neste presente relatório.

Aproximadamente na segunda semana do mês de dezembro de 2017, o Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Paternal (CAFAP), da fundação "O Século" referenciou um utente para acompanhamento em musicoterapia. Este pedido foi realizado pela Drª Joana Guerreiro à Drª Catarina Capinha que transmitiu ao estagiário a hipótese deste integrar um utente do CAFAP no trabalho de estágio a realizar. O estagiário acedeu ao pedido com enorme satisfação e realizou-se um novo período de avaliação e planificação terapêutica para este utente. Realizaram-se entrevistas com a terapeuta que acompanhava o utente e com a progenitora do mesmo, para que o estagiário tivesse conhecimento da história de vida do utente e para o levantamento das preocupações, problemáticas e potenciais patologias deste utente.

Nos festejos de época natalícia e no decorrer da festa de natal da instituição, alguns dos utentes dos acompanhamentos mostraram interesse em realizar uma pequena performance musical. O estagiário achou boa ideia e foi realizado um pequeno momento musical onde se cantou, tocou e coreografou uma música de natal. Esta performance contou com a participação dos utentes envolvidos e de alguns jovens que quiseram participar na altura, ou que demonstraram vontade de o fazer. A performance aconteceu sem quaisquer percalços e foi muito positiva, tendo em conta a preparação para o efeito e revelou-se um momento prazeroso para os jovens dos lares, visto que tiveram um momento de destaque na festa em que forma eles os principais arquitetos do que aconteceu.

No final do ano letivo, pela altura da festa da família e da partilha, realizada pela fundação, criámos um momento musical com a performance de uma utente que acompanhamos à guitarra. Este momento foi sugerido pela orientadora de estágio no local e diretora das duas casas de acolhimento, a Drª Catarina Capinha, como um momento de fecho e término do estágio e do percurso terapêutico da utente.

Métodos e técnicas de musicoterapia usados na intervenção

As atividades musicais desenvolvidas no decorrer deste estágio partiram principalmente de *inputs* musicais dos utentes e foram baseadas principalmente na improvisação musical que assumiu um papel de destaque na intervenção pela potencialidade que a liberdade criativa permitida aos utentes tem para a expressão emocional de cada um deles. Todas as improvisações musicais foram alvo de processamento verbal para que o utente pudesse, de alguma forma, entender e compreender a experiência musical criada em díade e em grupo.

Em algumas situações, e tendo em conta o progresso dos utentes, apresentámos tarefas a desenvolver nas improvisações musicais como veiculo para atingir alguns objetivos pré-definidos nos projetos e planos terapêuticos individuais.

Numa fase mais adiantada do processo, tanto nas sessões individuais como nas sessões de grupo, sentimos a necessidade de estruturar as atividades. A principal razão serviu para atingir metas de funcionamento global, motor, cognitivo e emocional dos utentes. Serviu também para trabalhar as competências, sentimentos e empatia de cada um deles. Esta abordagem foi programada e pensada mediante o decorrer das sessões e avaliação do processo individual de cada um dos utentes.

As sessões de grupo tiveram uma estrutura mais direcionada pelo terapeuta de forma a atingir alguns objetivos propostos para o grupo e potencializar as dinâmicas naturais que se iram instalando no decorrer do processo. Esta estruturação foi planeada, tendo em atenção sugestões provenientes da supervisão, pelo estagiário e em conformidade com o sugerido pela literatura especializada em dinâmicas de grupo, para este tipo de população e à problemática dos jovens institucionalizados.

Alguns dos métodos utilizados foram improvisação instrumental e vocal em grupo e individual, construção de canções, audição musical de músicas sugeridas pelos utentes, análise de letras e recriação musical, grafismo através da musica e exploração de imagens interiores relacionadas com experiências e ou sentimentos vivenciados pelos utentes.

Foram utilizadas técnicas como o espelhar o utente na criação musical, o *grounding* como estabelecimento estrutural e musical de uma base para que o utente possa criar música livremente estando seguro, o *holding* em que o terapeuta segura o utente e lhe cria um acompanhamento sólido e seguro para a improvisação e para e sua experiência musical, sustentando e aproximando-o da realidade. Estas técnicas são-nos referidas pela literatura (Bruscia, 2014) como técnicas específicas musicoterapêuticas e como ferramentas para conduzir o utente no processo de intervenção, pelo que foram utilizadas diariamente nas várias intervenções que fomos realizando, quer no grupo como nos acompanhamentos individuais.

Recorremos à utilização das novas tecnologias como instrumentos de criação musical para a elaboração de ritmos e de melodias através de aplicações musicais em *smartphones*, tendo em conta a proximidade dos jovens com este produto acreditámos ser uma mais-valia no estabelecimento de pontes comunicacionais no estabelecimento de relação terapêutica e de verdadeira empatia.

Estudo de caso

Individual – Sofia S.

A Sofia S. é uma jovem do sexo feminino, tem 14 anos e frequenta o 8 ano do ensino regular. Está institucionalizada desde os 12 anos no lar de acolhimento "Casa das Conchas", juntamente com um irmão dois anos mais novo.

A Sofia apresenta um historial de comportamentos agressivos e disruptivos, mudanças e oscilações de humor e destruturação do agregado familiar.

De acordo com os relatórios elaborados pelos técnicos que acompanham a Sofia, esta apresenta um diagnóstico de perturbação do comportamento moderada e limitação das emoções pró-sociais e está medicada com e está medicada com anti-psicóticos, estabilizadores de humor, nomeadamente Risperidona, Diplexil e Lagarctil.

É referido no processo individual da mesma que esta apresenta fraca estabilidade emocional com picos de comportamentos desorganizados e manifestações extremas de afeto quando confrontada com a frustração e contrariedade.

É referido também que a Sofia S. tem dificuldade em sentir empatia. É observado pelos técnicos que a Sofia reproduz os comportamentos do pai, relativamente à mãe, nomeadamente agressão verbal e por vezes agressão fisica. A Sofia é uma jovem cooperante perante o adulto, que não a mãe. Está registado que a Sofia S. tenta ir ao encontro do que o adulto quer, não se percebendo exatamente se isto acontece porque quer mudar a sua conduta ou se apenas tenta iludir o adulto para conseguir o que quer.

No decorrer da intervenção em musicoterapia, a Sofia verbalizou ao estagiário que o pai era um adulto com 60 anos e que tinha uma doença terminal. A Sofia tomava conta do pai porque mais ninguém tinha horários que pudessem ser compatíveis com os cuidados continuados e por isso a Sofia ficou em casa com o pai, comprometendo o sucesso escolar nesse ano letivo. A Sofia estava sozinha em casa com o pai quando este faleceu e ela tinha 10 anos de idade. A Sofia verbalizou que ficou algum tempo sozinha com o pai já falecido no sofá da sala de estar. A mãe estava com o namorado e não atendeu o telefone durante algum tempo. Eventualmente a mãe fez a chamada para o 112 e enquanto a ambulância não chegava, a Sofia esteve sempre sozinha com o pai. Tendo em conta o que a Sofia confidenciou e a forma como o fez, leva-nos a deduzir, baseando-nos nestes factos e mediante o comportamento e resposta emocional por parte da Sofia, que esta situação foi traumática e catapultou o comportamento da jovem em relação à mãe. Razão pela qual se tornou agressiva para a progenitora. No decorrer da intervenção a Sofia relatou que nutre uma atitude negativa e de revolta para com a mãe. A mãe apresenta

sempre uma atitude de deixar fazer tudo, como se não estivesse realmente interessada no desenvolvimento e no suporte emocional da Sofia. Por estes motivos não consegue manter uma relação saudável com a mãe, o que causa sofrimento à Sofia.

A Sofia vivia com a mãe e com os irmãos até ao momento da institucionalização. A razão para a institucionalização prendeu-se com um pedido da mãe da Sofia por motivos de incapacidade, por parte da mesma, para sustentar, criar e por incapacidade de lidar com os filhos, como está registado no processo individual da utente. É referido no processo individual da Sofia que a mãe apresenta um quadro de depressão e de esgotamento e o pai faleceu de doença terminal.

Todos estes dados são fundamentais para entender o comportamento da Sofia e para compreender o processo terapêutico, bem como a progressão de comportamentos e atitudes da Sofia ao longo da intervenção em musicoterapia.

A Sofia S. é a sexta filha de uma fratria de sete irmãos, quatro deles dos mesmos progenitores e três irmãos da parte do pai. Este facto é importante porque apesar de conhecer os irmãos por parte do pai, as relações não são próximas, situação que não é confortável para a Sofia e que lhe causa algum desconforto e insegurança, como relatada pela mesma durante uma das sessões de musicoterapia.

A Sofia S. tem uma irmã mais velha diagnosticada com perturbação bipolar e um irmão mais novo com problemas de desenvolvimento global graves não diagnosticados. Esta situação é referida no processo da Sofia como observação e possível preocupação por parte dos técnicos, como uma família com problemas e com historial de doença mental.

A Sofia S. aparenta ser uma jovem saudável, sem quaisquer problemáticas ou condicionantes e com um físico normal para uma jovem de 14 anos.

Intelectualmente a Sofia é uma jovem com interesses comuns e revela capacidades de interação social, como pudemos observar diretamente no relacionamento que mantem com os jovens dos lares. Observámos que a Sofia S. tem momentos em que aparenta estar feliz e satisfeita, pelas ações e reações que manifesta com os colegas e profissionais dos lares, como por exemplo o riso e a postura corporal em momentos de lazer e brincadeira ela está divertida e genuinamente disponível para as brincadeiras. Observámos também que a Sofia S. reage de acordo com o seu estado de espirito e de humor, mas não de forma disruptiva e explosiva, sem ser comportamento patológico, apenas e segundo as suas palavras “não gosta que a aborreçam e que lhe ditem ordens”. Acreditamos que este comportamento, tendo em conta os vários autores que escrevem sobre a fase

desenvolvimentista da adolescência, é um comportamento típico e não um comportamento desviante da norma. A Sofia S. mantem uma conversa interessante e apresenta um raciocínio coerente e fluido, de acordo com a realidade. A Sofia consegue distinguir a fantasia da realidade, tendo em conta a interação verbal que manteve no decorrer da intervenção clinica.

A Sofia S. sabe o que quer para a sua vida e tem ambições para realizar no futuro, como nos foi referido no decorrer das sessões por diversas vezes.

Projeto terapêutico

Tabela 4 – Projeto terapêutico individual

Projeto Terapêutico – Sofia S.		
PROBLEMA Nº 1: Dificuldade em gerir emoções		
OBJECTIVO: Adequar respostas emocionais		
SUB-OBJECTIVOS: Identificar sentimentos, emoções e reações através da música	SUB-OBJECTIVOS: Exprimir sentimentos ou emoções através da música	SUB-OBJECTIVOS: Adequar respostas emocionais e reações através da música
PROBLEMA Nº 2: Dificuldade de criar empatia		
OBJECTIVO: Aumentar a capacidade empática		
SUB-OBJECTIVO 1: Identificar momentos de dissonância musical com o outro	SUB-OBJECTIVO 2: Aumentar a ocorrência de períodos de envolvimento numa interação musical	SUB-OBJECTIVO 3:
PROBLEMA Nº 3: Frágil autoconfiança		
OBJECTIVO: Aumentar a autoconfiança		
SUB-OBJECTIVO 1: Identificar as situações musicais onde sente maior dependência do adulto e onde está menos confiante	SUB-OBJECTIVO 2: Reduzir o tempo de contingência relativamente a uma escolha de atividade a realizar	SUB-OBJECTIVO 3: Aumentar a capacidade vocal assim como encontrar um registo tímbrico próprio

Processo

Nas sessões iniciais do processo, com base no diagnóstico e observações dos técnicos especializados, aferimos a situação atual da Sofia S. e compreender os aspetos referenciados no processo individual.

A primeira sessão pode ser relatada como uma sessão que teve duas partes. Na primeira parte a Sofia estava desconfiada, insegura e pouco há vontade. A segunda parte onde a Sofia se libertou e se deixou levar pela experiência musical partilhada como terapeuta.

A Sofia S. apresentou-se com um sorriso grande e com vontade de iniciar o acompanhamento, expectante sobre o que iria acontecer na sessão e no processo. A utente revelou-se faladora e confiante verbalmente.

Fisicamente a utente apresentou-se sem sinais visíveis de problemas ou inadequação física ou social. A Sofia andava normalmente e mexia-se normalmente. A indumentária utilizada era adequada à altura do ano, as roupas e os conjuntos estéticos eram típicos de uma jovem adolescente de 14 anos.

A utente esteve sempre em estado vígil e consciente.

Conseguimos aferir que estava nervosa e com algumas dificuldades de assumir escolhas pois, muitas vezes não conseguia decidir que instrumento ou que atividade queria realizar e aceitava as sugestões do terapeuta. Contudo, nunca em momento algum revelou relutância ou recusa em participar nas atividades propostas e desenvolvidas na sessão.

A Sofia revelou dificuldades em manter o contacto visual e desviava o olhar quando o terapeuta olhava para ela diretamente.

Corporalmente estava debruçada sobre si mesma, com os cotovelos apoiados nas pernas e com o gorro colocado sobre a cabeça, numa postura um pouco fechada.

A Sofia tinha boa voz, com qualidades tímbricas agradáveis, com amplitude sonora e boa capacidade de regulação de intensidade musical podendo dizer-se que é uma jovem afinada vocalmente. Esta observação aconteceu naturalmente porque a utente demonstrou vontade, perante a sugestão do terapeuta em utilizar a voz como instrumento para cantar de forma natural, embora apenas vocalizações tonais. Aferimos ainda que a utente conseguia tocar e manusear os instrumentos musicais que foram levados para a sessão sem quaisquer problemas, visto que quis experimentar os vários instrumentos disponíveis e explorá-los naturalmente com o acompanhamento do terapeuta na guitarra. Nesta ocasião tentámos estabelecer uma base de apoio harmónico, para que a utente

pudesse manusear e utilizar os instrumentos numa experiência sonora partilhada, de forma positiva e livre de regras musicais, que pudessem restringir a improvisação. A Sofia demostrou boas competências rítmicas e boa noção de tempo musical e pulsação. Este aspeto revela uma capacidade cognitiva intacta e funcional, bem como uma capacidade de focagem e estruturação na realização de tarefas musicais que poucas vezes se verificava fora da sessão.

A utente mostrou ser capaz de manter uma linha e uma sequência rítmica mesmo em polirítmia com o terapeuta. Este aspeto é demonstrativo de segurança e confiança adquirida nas suas competências musicais. Denotamos que a Sofia consegue-se distanciar do outro enquanto ser musical independente. Este aspeto é revelador de capacidade de integração do outro num processo de criação musical. A Sofia consegue estar em relação musical com outro individuo. Esta aferição permitiu-nos desenvolver o processo terapêutico centrado na criação musical e exploração emocional da música. O suporte que pudemos dar à utente levou, com relativa facilidade, à exploração de áreas da imagética emocional interior da utente e dessa forma conseguir que a expressão emocional da Sofia e de parte do seu mundo interior se revelasse, levando a que os objetivos propostos no plano terapêutico pudessem ser atingidos no decorrer do processo.

Um aspeto importante da primeira sessão foi conseguirmos aferir a capacidade de iniciativa musical da utente, embora o terapeuta tivesse que iniciar a ação musical. Apenas depois a utente apresentava um desenvolvimento criativo de acordo com o que estava a acontecer musicalmente, demonstrando a sua capacidade de regulação e de contacto com o outro, ela escutava o que acontecia em seu redor e adaptava-se ao que acontecia, produzindo respostas de acordo com o que ouvia.

Todos estes aspetos serviram para aferir que a utente tinha um processamento e perceção musical intactos, o que nos leva a concluir que não aparentava problemas de simetria entre pensamento e ação musical. Aferimos que a utente é funcional e com um processamento mental, físico, motor e cognitivo saudável.

Ainda nesta primeira sessão a Sofia pediu para cantar duas músicas perante uma sugestão do terapeuta. O terapeuta ficou de trazer essas músicas na sessão seguinte. O terapeuta propôs à utente a possibilidade desta criar ou começar a criar um texto onde esta explorasse algum aspeto da sua vida, física, social, mental ou emocional para no futuro construir uma música pessoal da utente. Esta sugestão foi aceite com entusiasmo, tendo em conta o riso e o brilho refletido nos olhos da utente à altura da proposta e a aceitação verbal proferida pela mesma na altura de finalizar a sessão.

Na sessão seguinte, o terapeuta levou as musicas referidas pela Sofia na sessão anterior mas constatou com surpresa que ela tinha criado, durante a semana, dois textos em formato de poesia baseados na sua vida emocional interior.

Fisicamente a Sofia apresentou-se nervosa e expectante, como na sessão anterior e com um contacto visual reduzido. Continuou um pouco fechada em si mesma e embora sorridente aparentava uma grande incapacidade de decisão e de escolha livre. Perante a sugestão do terapeuta, para uma escolha de atividade, esta não conseguia escolher. A Sofia pedia ao terapeuta para ser ele a tomar a iniciativa sobre o que fazer na sessão. Todavia, perante a pronta apresentação da tarefa sugerida na sessão anterior e a observação do terapeuta do material apresentado, rapidamente aferimos que um dos textos apresentado tinha uma mensagem muito positiva, com uma mensagem alegre e vibrante e um outro texto apresentava uma mensagem muito pessoal, com aspetos reveladores de sentimentos e ânsias interiores da utente. Este era um texto revelador de uma parte mais vulnerável da Sofia que ela agora escolhia partilhar com o terapeuta no seio da experiência musical.

Os textos já estavam tratados como poesia e praticamente não precisavam de reorganização para serem transformados em canção. Apresentavam métrica correta e expressões claramente pensadas para serem transpostas para música, tendo em conta o que a sociedade tem como exemplo de um texto musical em formato de canção. Este aspeto foi revelador da capacidade e funcionalidade intelectual da Sofia em criar material coerente com as tarefas que lhe eram apresentadas no decorrer do processo, mesmo quando este material a levava para conteúdos que suscitavam vivências de vulnerabilidade e sofrimento. Este facto serviu para ajustar expectativas e aferir caminhos a desenvolver, relativamente aos objetivos terapêuticos para a intervenção e afunilar estratégias tendo em conta as várias metas traçadas no plano terapêutico individual da Sofia.

Neste ponto da sessão apercebemo-nos que a Sofia S. tinha uma predileção especial por músicas calmas, de certa forma melancólicas, com mensagens profundas e sentidas, com ligações à esfera metafisica e reveladoras de preocupações profundas.

Apercebemo-nos também do cariz religioso da temática das mesmas, facto verbalmente expresso pela utente quando questionada sobre os conteúdos temáticos dos textos. A Sofia S. tem uma ligação forte com a instituição igreja e as músicas escolhidas por ela representam algum conforto pessoal. A Sofia costuma estar em espaços recreativos de cariz religioso, nos tempos de interrupção letiva, onde se sente bem e é

aceite como membro de um grupo, o que para ela representa um espaço de conforto positivo com experiências de integração social que lhe trazem bem-estar.

Durante a sessão o terapeuta tocou as músicas escolhidas pela utente e esta cantou a mesmas sem quaisquer inibições, de forma afinada, dentro do tempo e da pulsação. Este facto foi, mais uma vez comprovativo e revelador da funcionalidade cognitiva intacta da utente.

Foi evidente na face e postura física da utente, que a sessão lhe estava a proporcionar momentos de prazer e de realização pessoal.

Ainda durante a sessão começamos por musicar um dos temas que ela tinha criado. Perante a escolha de uma delas para começar, a utente escolheu a mais profunda e pessoal. No final da sessão já tínhamos um esboço do que iria ser a estrutura da música e uma base harmónica criada pelo terapeuta. Relativamente à base melódica, esta foi totalmente criada pela utente e estava em completa harmonia com a estrutura e base harmónica criada previamente, o que nos revela a capacidade de adequar as respostas perante o estímulo.

Nas sessões seguintes dedicámo-nos inteiramente à criação e exploração das músicas criadas pela utente. Um facto observado foi que a afinação da utente era perfeita, quando estava a cantar a solo mas que desafinava bastante quando o terapeuta cantava com ela. A Sofia, durante a interpretação não conseguia corrigir ou reajustar o tom quando o terapeuta cantava e voltar ao tom inicial da música. Este facto sugere a existência de uma dificuldade na experiência de proximidade afetiva, sendo afastamento tonal uma reação inconsciente da utente, perante a fragilidade emocional e a dificuldade em se relacionar com o outro, em criar ou se deixar envolver num encontro empático. Este fator de dificuldade e afastamento, ou não permissão de aproximação do outro, que é descrito pela literatura constituiu uma tomada de consciência por parte do estagiário no que diz respeito ao enorme impacto das dinâmicas afetivas na produção musical e nos comportamentos de aparente resistência e provocação que os jovens com problemas emocionais frequentemente apresentam no seio de atividades mais estruturadas. Esta dimensão do processo terapêutico é apoiada pela literatura e pelos estudos empíricos realizados com esta população, como por exemplo o estudo realizado por Tervo (2001), onde a relação terapêutica e a sincronia entre duas pessoas acontrece através da criação de uma verdadeira empatia entre utente e terapeuta e só quando esta se estabelece é que existem condições para a mudança e para uma relação estável de partilha e também da construção de uma sincronia musical.

Aferimos a veracidade do diagnóstico relativamente às questões de empatia enfatizadas pelos técnicos. A Sofia apresentava algumas dificuldades em estabelecer relações de empatia. Este aspeto prejudica a sua forma de estar com o outro e gera nela, como resposta, os comportamentos desajustados.

Após estas sessões iniciais conseguimos avaliar alguns problemas e dificuldades que poderiam ser trabalhadas através da musicoterapia. Neste ponto iniciámos uma tentativa de estabelecer um plano terapêutico realista, tendo em conta o material recolhido nas sessões. Decidimos que perante os bloqueios emocionais apresentados pela utente e as dificuldades relacionais que esta apresentava, que um dos objetivos terapêuticos principais seria, criar condições para que a utente pudesse estabelecer relações sociais e emocionais saudáveis e produtivas no futuro. Que essas relações, dentro e fora da instituição, permitissem à utente ser mais feliz na sua vida e proporcionar experiências de sucesso como exemplos positivos no desenvolvimento. Foi trabalhado a autoconfiança e a expressão emocional no discurso e na ação com o outro.

Durante a intervenção conseguimos vislumbrar um desenvolvimento emocional da utente e uma maior abertura para a relação com o outro. Fisicamente a utente tornou-se mais aberta, a sua postura mudou bastante. Passados dois meses, ou seja no início de janeiro a Sofia S. revelava uma maior proximidade no contacto visual, ou seja já não desviava o olhar quando confrontada pelo olhar do terapeuta, levantava a cabeça quando cantava para projetar mais a voz e mostrava-se mais confiante na escolha da tarefa ou das atividades musicais a desenvolver. Neste período a Sofia pediu, no início de uma das sessões, para aprender a tocar guitarra.

Durante algumas sessões seguintes foram desenvolvidas as capacidades técnicas especificas da guitarra, aprendemos acordes e ritmos. Um aspeto importante a revelar é o facto que a Sofia S. não se esquecia das posições dos acordes de sessão para sessão. Esta observação permite-nos retirar algumas ilações. A Sofia tem capacidade de retenção de informação e gosta de aprender coisas novas e retira prazer nisso. Apesar de que neste período nos dedicámos à aprendizagem de técnica instrumental, continuámos a desenvolver improvisações musicais com voz e vários instrumentos. Geralmente estas improvisações eram sugeridas pelo terapeuta sobre o estado de espirito da utente na sessão e tinham como objetivo explorar musicalmente sentimentos relacionados. O objetivo das improvisações era ajustar os sentimentos à música, ou a elementos musicais que pudessem estar de acordo com os vários aspetos emocionais relatados pela utente ou percecionados pelo terapeuta. Algumas das improvisações realizadas tinham como ponto

de partida a exploração musical de uma sensação, de uma emoção ou de um sentimento, numa tentativa de aumentar a capacidade empática da Sofia para com o outro. Na maior parte das improvisações a Sofia conseguia ajustar as respostas de acordo com o objetivo.

Com o decorrer da terapia conseguimos aferir que a Sofia S. ficou mais à vontade com as suas capacidades musicais. Este facto permitiu-lhe desenvolver a sua própria voz musical em vez de tentar, como acontecia no início da intervenção, aproximar-se da voz dos vários artistas que escolhia interpretar. Ao interpretar um artista a Sofia tentava sempre soar exatamente como ele, ou seja copiava as inflexões musicais, a dicção musical e a forma exata de interpretação do artista. Com o decorrer do tempo a Sofia foi adaptando a sua voz, com as suas características únicas às várias interpretações que foi realizando, permitindo-se a uma maior liberdade interpretativa dos vários temas e à exploração da sua voz interior. Acreditamos que este facto é revelador de um crescimento interior e de um aumento de autoestima que permitiu que a Sofia acreditasse mais nas suas capacidades musicais e pessoais e que como consequência lhe aumentou a confiança.

A Sofia, numa sessão no mês de março, partilhou que na sua escola iria decorrer um *casting* para voz, num concurso de mostra de talentos e que ela estava muito interessada em participar, pelo que pediu ajuda ao estagiário com o tema a apresentar. Foi decidido qual o tema que esta iria interpretar e como o iria fazer. O estagiário gravou a linha da guitarra num ficheiro de *pendrive* para que a Sofia cantasse de forma confortável no casting, sobre uma guia que já conhecia e por conseguinte mais confortável. No dia do *casting* a Sofia acabou por não conseguir participar, alegando um mau estar muito grande e teve inclusive de ir para casa por estar fisicamente bastante mal disposta. Mais tarde, numa sessão o estagiário abordou esta questão com a utente e a Sofia revelou que tinha ficado muito nervosa com o facto de estar exposta num palco e de ir ser julgada pelos professores e pares. Essa sessão foi bastante verbal e tentámos processar o que estava por detrás desta insegurança. Durante este processamento aconselhámos a Sofia sobre pequenos truques artísticos, que poderia levar a cabo quando estivesse numa situação idêntica. Este episódio permitiu-nos retirar algumas deduções sobre o comportamento revelado pela Sofia. A Sofia ficou bastante nervosa e fisicamente revelou sintomas que não lhe permitiram atuar. Pelo desenrolar do processo terapêutico e pelas relações feitas pela Sofia no decorrer do mesmo aferimos que esta tem muita dificuldade em se expor perante o outro e que emocionalmente é muito frágil. Deduzimos que a Sofia tem medo da rejeição e do julgamento perante os pares e adultos e a situação de estar numa palco sobre o escrutínio de um júri foi demasiada avassaladora para a Sofia suportar naquele

momento da sua vida. A sofia neste ponto do processo terapêutico já tinha algumas ferramentas para lidar com algumas das suas emoções mais negativas mas ainda não revelava capacidade de lidar abertamente com as mesmas perante os outros.

Com o decorrer das sessões conseguimos observar que a Sofia conseguiu criar uma relação, com o estagiário, mais sólida e com maior confiança. Deduzimos isto porque, presentemente a Sofia já não desafina quando está a cantar em conjunto com o estagiário. Quando o estagiário e a utente estão a cantar, o estagiário cria linhas melódicas diferentes, criando melodias paralelas e polifonia. Neste ponto as duas vozes ficam em consonância e a utente já não se desvia da linha melódica por ela interpretada, mantendo a afinação até ao final da interpretação. Queremos com isto aferir que a utente e o estagiário conseguiram estar em harmonia. Em momentos mais catárticos da improvisação musical, a díade terapêutica funcionou em pleno, permitindo-se a uma liberdade interpretativa que não respeita os moldes originais dos temas mas para um plano de interpretação livre. Foram produzidos momentos de satisfação musical para a utente, conferindo às sessões momentos e experiências musicais imediatas de sucesso e prazerosas.

No final da nossa intervenção terapêutica conseguimos vislumbrar na Sofia uma maior capacidade de decisão acerca das atividades a realizar, um maior à vontade na expressão musical, uma vontade de partilhar sensações retiradas das experiências musicais criadas e principalmente uma maior vontade de partilhar aspetos relativos à sua vida presente e futura. Algumas situações escolares, desejos para o futuro, situações sociais, ilações sobre acontecimentos no lar, a situação relacionada com relação com a mãe e irmãos e principalmente os sentimentos e emoções relacionadas com a perda do pai e retirada para o lar que lhe traz memórias ainda difíceis para a Sofia.

Como despedida terapêutica, a Sofia e o estagiário decidiram, após sugestão da Drª Catarina Capinha, apresentar um tema em conjunto na festa do dia da partilha. Este tema foi a "Canção do Mar". Apresentou-se o tema com a Sofia na voz, o estagiário na voz secundária e no acompanhamento à guitarra. Este acontecimento correu bastante bem, com a Sofia a interpretar o tema com bastante confiança, sem desafinar, com uma postura corporal aberta e com os olhos postos na audiência, apesar de estar bastante nervosa. O bem-estar e a confiança que adquiriu durante a intervenção em musicoterapia permitiram que a Sofia conseguisse enfrentar as suas inseguranças de exposição perante uma audiência.

Resultados

Relativamente aos objetivos definidos no plano terapêutico, para a intervenção com a Sofia aferimos que, relativamente ao primeiro objetivo conseguimos vislumbrar algumas melhorias e um adequar musical das respostas emocionais. A Sofia consegue identificar sentimentos, emoções e reações decorrentes de alguns dos seus conflitos internos. Consegue exprimir sentimentos e emoções internas, quer musicalmente quer verbalmente e consegue adequar respostas emocionais através da música.

Podemos dizer que conseguimos cumprir os objetivos esperados e baseados nesta premissa. Tendo em conta a experiência musical em díade e a relação terapêutica que se estabeleceu no decorrer da intervenção e como nos é sugerido na literatura, onde é realçada a importância da relação entre o terapeuta e o utente, que a mudança interna só é possível quando se estabelece uma verdadeira confiança entre os intervenientes, aferimos a veracidade das afirmações realizadas em vários estudos relacionados com esta àrea de intervenção terapêutica (Bruscia, 2014; Erkkilä , et al., 2011; Porter, et al., 2016; Peters, 2000; Tervo, 2001).

Relativamente ao segundo objetivo terapêutico, a Sofia aumentou a sua capacidade de criar empatia como o outro através da identificação dos momentos de dissonância musical, que foi corrigindo ao longo das sessões. A Sofia aumentou a ocorrência dos períodos de envolvimento musical e de interação nas várias improvisações que foram sendo realizadas.

A Sofia conseguiu criar, integrar e transformar produtos musicais novos e pré existentes através da mudança na forma como os abordava e apropriando-se para si, de uma nova linguagem estética.

Podemos aferir que a Sofia consegue identificar estados de espirito e de humor, em si e no outro. A Sofia consegue adequar as respostas às circunstâncias. Podemos aferir que os estudos realizados e a literatura existente sobre esta temática são consistentes com os resultados atingidos (Bruscia, 2014; Gold, Wigram, & Voracek, 2007; Saarikallio & Erkkilä, 2007). A experiência musical de sucesso e os momentos de ligação musical empáticos, criados em díade no decorrer da intervenção, permitiram que a Sofia conseguisse projetar para as suas relações interpessoais, uma maior adequação de comportamentos e de respostas perante um determinado estímulo. Observámos que a Sofia consegue identificar estados de humor e consegue controlar melhor os seus impulsos e respostas.

O terceiro objetivo definido para a intervenção foi amplamente atingido. No início da intervenção, a Sofia era insegura e tinha muita vergonha em projetar a voz em frente a outros. No final da intervenção a Sofia cantou em frente a outros, nomeadamente na apresentação artística que efetuou no dia da partilha, para todos os funcionários, residentes e famílias que se encontravam no espaço da fundação. Verificou-se que houve um aumento na autoconfiança e na autoestima da utente, pois a Sofia já gosta de escolher músicas para cantar e mesmo sem preparar previamente os temas musicais, decidiu escolher mais um tema e interpretá-lo no momento da sua atuação.

A Sofia conseguiu identificar alguns momentos de dependência em relação ao outro. Conseguiu criar momentos de plena autonomia na interpretação vocal e instrumental que realizou em várias ocasiões. Verificou-se que a Sofia reduziu o tempo de indecisão referente ao que quer realizar nas atividades. A Sofia consegue hoje ser mais frontal, determinada e confiante na escolha.

Verificou-se também que a Sofia conseguiu encontrar a sua própria voz. Hoje em dia, a Sofia já não está colada às interpretações musicais que ouve, ou seja já não canta de forma igual ao intérprete. A Sofia consegue cantar de forma livre e de acordo com o seu registo tímbrico, com inflexões musicais próprias, o que lhe transmite mais segurança e liberdade na interpretação e por conseguinte mais prazer e bem-estar.

Em suma verificou-se que com a intervenção musicoterapêutica, esta utente conseguiu adequar e modificar as respostas emocionais, conseguiu identificar sentimentos, emoções e ajustar reações, conseguiu exprimir sentimentos, emoções, medos e preocupações quer verbalmente quer musicalmente, de forma racional e ajustada com a realidade e com o expectável. Conseguimos aumentar a capacidade empática. Todos estes objetivos atingidos estão de acordo com os vários resultados apresentados por vários estudos empiricos presentes na literatura especializada.

A utente terminou este processo terapêutico com um mini concerto para toda a comunidade onde esteve relativamente confortável e conseguiu manter a afinação vocal durante toda a atuação, mesmo com bastantes nervos a utente assumiu e enfrentou a multidão.

Discussão

Os objetivos delineados para a intervenção com a Sofia foram a adequação das respostas emocionais, aumentar a capacidade empática e aumentar a autoconfiança. Relativamente ao primeiro objetivo e a adequação das respostas aferimos que a Sofia

adquiriu ferramentas que lhe permitiram mudar algumas respostas emocionais musicalmente, ou seja, perante determinada espectativa de demonstração de coerência perante uma resposta musical esperada, a Sofia conseguiu ir ao encontro do que dela era esperado. Todavia, muito embora ainda precise de aprender a transferir essas respostas para as mais diversas situações do seu quotidiano conseguimos aferimos que a Sofia demonstra hoje mais capacidade de conseguir adequar as respostas que dá ao que dela é esperado. Um dos objetivos da intervenção foi que a utente pudesse compreender, por ela própria, a melhor resposta ou melhor reação musical a apresentar, perante o estímulo. Este ajuste ou desenvolvimento interior da utente, seria esperado que pudesse passar para o quotidiano e para as suas relações sociais, como nos é sugerido por Sausser & Waller (2005) e Fernández, Vasquez, & Ferreiro (2014).

Relativamente ao segundo objetivo proposto no plano de intervenção terapêutica, aumentar a capacidade empática da Sofia, conseguimos aferir que esta conseguiu criar uma relação empática com o terapeuta. A Sofia deixou que o terapeuta partilhasse o seu mundo interior, ou pelo menos alguns pontos do seu mundo interior criando assim uma ligação positiva. Deduzimos que através da intervenção terapêutica e de uma abordagem de ajuda e de aceitação total da pessoa conseguimos aumentar a sua capacidade empática, como nos é sugerido pela literatura na área. Com o decorrer da intervenção fomo-nos apercebendo, através das reações físicas, emocionais e também pelas intervenções verbais, realizadas pela mesma sobre vários aspetos da sua vida social, que esta conseguia entender mais facilmente algumas questões relacionadas consigo e com os outros. Gostaríamos de salientar que este foi um processo e um percurso e que a Sofia hoje relata situações, reações e preocupações bem diferentes das que relatava no início da intervenção. Hoje em dia a Sofia relata que aborda os problemas com uma maior preocupação e que não reage de forma tão intempestiva, como no início do ano. Hoje a Sofia consegue perspetivar e entender melhor o ponto de vista do outro. Por conseguinte consegue ajustar a sua reação de forma mais racional.

E com isto podemos afirmar que a musicoterapia é uma alternativa viável para produzir resultados positivos na abordagem aos jovens em risco como também é sugerido pela literatura na área e presente na secção deste relatório do enquadramento teórico.

Estes resultados aproximam-se dos relatos elaborados por Tervo (2001), a música quando trabalhada pelo adolescente através de uma relação empática com o terapeuta num ambiente seguro e controlado leva ao conhecimento interior de *self* do utente.

O objetivo de aumentar a capacidade de auto confianças da Sofia deduzimos que esta conseguiu atingir todos os pressupostos elaborados no seu plano terapêutico. A Sofia era uma jovem bastante nervosa, tímida, receosa e com medo da rejeição perante o outro, a Sofia revelava-se bastante insegura no inicio do processo e no decorrer do mesmo foi ganhando confiança nas suas competências e capacidades colmatando este processo de crescimento interior com uma atuação final para o público com algumas musicas pensadas para o efeito, facto que também vai ao encontro do que nos é relatado pela literatura especializada na área e presente no enquadramento teórico deste relatório de estagio.

Neste estudo de caso verificou-se que foram atingidos os objetivos propostos. Este estudo de caso particular representa um caso de sucesso no enquadramento e sobre a problemática dos jovens em risco. Aferimos que é possível aumentar e promover o bem-estar e a saúde mental, física e emocional dos utentes e dessa forma garantir que tenham ferramentas que lhes permitam ganhar maior capacidade de foco e resiliência perante os desafios que a vida lhes depara.

Muito embora consigamos vislumbrar um crescimento positivo e benéfico para a vida da Sofia, deparamo-nos com algumas limitações na avaliação dos dados a longo prazo. Por motivos alheios à vontade do estagiário não é possível fazer um acompanhamento a longo prazo do impacto da musicoterapia na promoção de saúde nesta jovem. Por este motivo, esta limitação carece de informação extra para que se possa avaliar este mesmo impacto no futuro desta jovem. Pelo que deixamos aqui a ressalva de que estes estudos deveriam ser continuados no tempo para uma avaliação mais aprofundada dos resultados obtidos.

Estudo de caso

Grupo

O grupo era composto por seis elementos, cinco jovens do sexo feminino e um do sexo masculino. Este grupo era composto por elementos de ambos os lares de acolhimento da instituição "O Século".

A periodicidade da intervenção foi semanal, com duração de 45 minutos e as sessções tiveram lugar na sala de terapias da fundação.

Elementos. O João é de nacionalidade portuguesa e tem 10 anos de idade. É do sexo masculino e apresenta problemas emocionais e comportamentos disruptivos. Concretamente o João apresenta fraca capacidade de resiliência e grandes dificuldades de concentração. Aferimos que apresenta dificuldades de relacionamento com pares e adultos assim como desajuste reacional em vários contextos, escolar e social. Reside na instituição desde os seis anos de idade, idade em que foi retirado juntamente com quatros irmãos da família. A família à data da retirada apresentava uma composição monoparental, composta apenas pela mãe. As razões que levaram à retirada prenderam-se por negligência, maus tratos e abandono das responsabilidades parentais. Os vários irmãos eram cuidados por uma irmã, mais velha de 16 anos. Esta tratava dos irmãos mais novos nos períodos em que a mãe não estava presente. O João reside no lar juntamente com duas irmãs, uma com 17 anos e outra com 12 anos. O percurso escolar do João é normal. Presentemente está matriculado e frequenta o quarto ano do ensino básico, numa escola pública transitou para o segundo ciclo de estudos do ensino básico, onde continuará o seu percurso. O João é acompanhado por uma psicóloga na instituição. Foi encaminhado para a intervenção musicoterapêutica por sugestão da diretora do lar e por referência do estagiário.

A Joana é de nacionalidade portuguesa e tem 12 anos de idade. É uma criança do sexo feminino que apresenta fraca capacidade empática, dificuldades de expressão emocional, fraca capacidade relacional e imaturidade emocional. A Joana não aparenta ter a idade que tem, quer fisicamente quer intelectualmente, contudo não existem indícios que permitam traçar um diagnóstico clinico conclusivo de atraso no desenvolvimento. A Joana revela dinâmicas emocionais que podem estar a comprometer o pleno desenvolvimento das suas capacidades intelectuais. A Joana apresenta um percurso escolar revelador de algumas dificuldades. Tal como o João, esta criança foi retirada à

família na mesma altura e pelas mesmas razões, desresponsabilização parental, negligência e maus tratos. Reside no lar hà quatro anos. A razão pela qual foi encaminhada para a musicoterapia foi por sugestão do terapeuta e da diretora do lar de acolhimento à altura da escolha. A Joana começou com sessões individuais e pediu para integrar um grupo. As razões invocadas foram porque se sentia mais à vontade, com mais pessoas. Razão pela qual nós decidimos atender ao seu pedido.

A Maria C. é de nacionalidade portuguesa com origem étnica cigana. Tem 8 anos de idade e é uma criança do sexo feminino. Reside no lar há cinco anos. A razão do acolhimento foi abandono parental. Ambos os progenitores foram encarcerados por tráfico de estupefacientes e não puderam tomar conta dos filhos. A Maria é uma criança com um percurso escolar regular e frequenta o terceiro ano de escolaridade com trânsito para o quarto do primeiro ciclo do ensino básico. Apresenta um comportamento normal para uma criança da sua idade e não existem dados diagnósticos de problemas de desenvolvimento ou de existência de algum tipo de problemática emocional ou de comportamentos disruptivos. No entanto a Maria apresenta uma fraca capacidade de resiliência para a tarefa e alguns problemas de aceitação de regras assim como alguns problemas interpessoais.

A Nídia é de nacionalidade São-tomense, têm 15 anos de idade. É do sexo feminino. Foi institucionalizada na sequência de suspeitas de maus tratos e de abuso sexual. A Nídia reside há um ano na instituição e revela-se uma jovem com capacidades cognitivas intactas. Apresenta um percurso escolar normal. Frequenta o sétimo ano de escolaridade do terceiro ciclo do ensino básico. A Nídia não aparenta ou apresenta diagnóstico de doença mental ou problemas do comportamento. Revela-se uma jovem ativa, com gosto por realizar várias atividades. O encaminhamento para a intervenção prendeu-se com um pedido da mesma. A Nídia pediu para integrar as sessões de grupo, pois tinha vontade de realizar atividades relacionadas com a música.

A Cláudia é uma jovem de nacionalidade portuguesa com 13 anos de idade. Reside no lar há cerca de 11 meses. A razão de acolhimento foi maus tratos e negligência familiar. A jovem residia com a irmã de 7 anos na casa dos tios, porque ambos os pais tinham sido encarcerados por tráfico de estupefacientes e não podiam tomar conta das jovens. A Cláudia é uma jovem com um desenvolvimento global de acordo com os parâmetros normais. Apresenta um percurso escolar de sucesso e normal. A atitude da jovem é uma

atitude muito positiva e revela uma personalidade alegre e otimista. Durante a observação e em partilha com os técnicos designados como cuidadores da jovem chegou-se à conclusão que a Cláudia é uma jovem com alguns problemas de confiança e de exposição. O encaminhamento para a musicoterapia foi realizado pela técnica da jovem e por vontade da jovem em participar nas atividades musicais de grupo.

A Tânia é uma criança de nacionalidade portuguesa e tem 10 anos de idade. Reside no lar desde os cinco anos, juntamente com 3 irmãs. A razão de acolhimento é maus tratos, negligência, abandono e desresponsabilização parental. A criança apresenta um atraso de desenvolvimento cognitivo em algumas áreas, como o raciocínio lógico-matemático. Apresenta comportamentos desajustados aos mais variados contextos, escola, lar entre outros e uma fraca capacidade de resiliência e de concentração. Em partilha com as técnicas acredita-se que estas problemáticas possam ter algo relacionado com bloqueios emocionais desenvolvidos pela condição em que se encontra.

Decidimos constituir um grupo com estes utentes por motivos de encontro de horários individuais e também por motivos demonstrados pelos vários participantes em estarem em grupo. O grupo era bastante heterogéneo e com alguma diferença de idades, ou seja, os vários elementos estavam em diferentes estádios de desenvolvimento, pelo que a forma encontrada para iniciar as sessões foi de atividades de lazer musical que conferissem aos vários elementos do grupo um bem-estar imediato. Todas as atividades forma pensadas no sentido de serem rápidas, acessíveis e sem grande enfase nas questões emocionais de cada um dos elementos. O grupo revelou-se bastante difícil de contentar, estando esta constatação de acordo com a literatura relacionada com as dinâmicas de grupos terapêuticos em contexto de jovens em risco.

Após algumas sessões, conseguimos aferir algumas necessidades e objetivos a atingir com o grupo, pelo que delineamos um projeto terapêutico centrado nas necessidades encontradas que passaremos a apresentar na secção seguinte deste relatório.

Projeto terapêutico

Tendo em conta algumas das problemáticas associadas a estes jovens através do levantamento e observação realizados, definimos alguns objetivos terapêuticos a serem desenvolvidos no decorrer das sessões a realizar.

Tabela 5 – Projeto terapêutico de grupo

PROJETO TERAPÊUTICO - Grupo		
PROBLEMA Nº 1: Dificuldade em manter relações interpessoais		
OBJECTIVO: Melhorar competências de relacionamento social		
SUB-OBJECTIVOS:	SUB-OBJECTIVOS:	SUB-OBJECTIVOS:
Tolerar e aceitar a participação de outros numa atividade musical	Aumentar a ocorrência de períodos de envolvimento numa interação musical	Aumentar a capacidade de ouvir e integrar sugestões musicais e criar projetos musicais
PROBLEMA Nº 2: Dificuldade de controlo dos impulsos		
OBJECTIVO: Aumentar controlo dos impulsos		
SUB-OBJECTIVOS:	SUB-OBJECTIVOS:	SUB-OBJECTIVOS:
Reduzir a ocorrência de atos de ataque físico e verbal	Reduzir a frequência de manifestações de rutura no decorrer da atividade	Reduzir a frequência de atos impulsivos numa atividade musical
PROBLEMA Nº 3: Baixa resistência à frustração ou baixo investimento nas tarefas		
OBJECTIVO: Aumentar a persistência e investimento na tarefa		
SUB-OBJECTIVOS:	SUB-OBJECTIVOS:	SUB-OBJECTIVOS:
Aumentar a duração da capacidade de concentração na tarefa	Aumentar a frequência da capacidade de focagem na atividade	Promover a ocorrência de experiências musicais de sucesso e prazerosas com estrutura definidas

Processo

Na primeira sessão o grupo esteve concentrado na execução da atividade e conseguiu durante algum tempo estar focado na realização da mesma. Todos os elementos do grupo estiveram no mesmo registo, não tendo havido destaques de participação entre os vários elementos.

. As atividades propostas foram dirigidas pelo terapeuta, no sentido de estabelecer alguns limites de execução musical. O grupo esteve expectante e ansioso para adquirir o que estava a ser apresentado. Foram propostas atividades para exprimir, livremente cenários previamente estabelecidos, como por exemplo: pensar numa situação triste e numa situação alegre, da vida de cada um e com isso traduzir musicalmente as mesmas situações. Primeiramente a solo e posteriormente em conjuntos de dois elementos, três elementos e finalmente todos em conjunto. Este processo foi pensado no sentido de aproximar musicalmente os vários membros do grupo e criar um sentido de pertença e de igualdade de cada um dos membros no grupo, criar coesão de grupo como sugerido pela literatura.

Na sessão seguinte surgiram alguns problemas relativamente à criação de momentos musicais menos estruturados. Os elementos tinham uma tendência muito grande para preencher os espaços musicais. Estes espaços eram preenchidos de forma agressiva, onde os vários elementos não demonstraram preocupação com o espaço do outro. Começamos por reparar na dificuldade de cada um em aceitar, ouvir, interagir e em trabalhar em conjunto para a criação de um produto.

Foram criadas algumas atividades musicais, no sentido de criar momentos de partilha a pares. Curiosamente e contra o esperado, o grupo acabou por conseguir criar momentos de grande expressividade entre membros do grupo.

Nas sessões seguintes o grupo começou a testar os limites, numa atitude de confrontação. Começámos a vislumbrar o desenvolvimento do grupo de acordo com as fases de desenvolvimento dos grupos terapeuticos. O grupo encontrava-se agora na 2ª subfase da 1ª fase do modelo de intervenção psicológica em grupos terapêuticos, numa alternância de dependência/contradependência onde se esclarece o setting terapêutico e a autoridade/contradependência. Surgiram atitudes de rutura da atividade e da tarefa, assim como questionamento constante ao mediador, tal como referido nas descrições das várias fases de desenvolvimento dos grupos terapêuticos (Guerra & Lima, 2005).

Esta fase do grupo prolongou-se no tempo e chegados ao Natal, propusemos ao grupo uma apresentação no dia da festa de Natal da fundação. Foi proposto tocar e cantar uma música, de natal para os funcionários e residentes da fundação e dos lares. Deduzimos que através de uma apresentação o grupo talvez pudesse criar laços importantes. Existiam algumas das divergências no seio do grupo e em prol de um objetivo comum talvez o grupo se conseguisse unir e por algumas dessas divergências de parte. Esta foi a premissa que nos levou a criar este momento e também por motivos

relacionados com as expectativas do grupo, relativamente à performance musical que esperavam ter. Nenhum dos elementos parecia ter reservas numa atuação para outros, a exposição nunca foi um problema e talvez por esta questão, foi decidido que iriamos criar este momento com músicas escolhidas pelos elementos para o efeito.

Começamos a ensaiar a música de natal escolhida, de entre algumas hipóteses musicais. As hipóteses propostas ao e pelos membros do grupo foi escolhida através duma votação democrática. Os ensaios correram de forma normal. Todos os membros do grupo estavam entusiasmados com a apresentação e esforçaram-se por criar uma apresentação positiva e estruturada. Na apresentação o grupo executou a tarefa compenetradamente e convidou, por auto-recriação outros elementos dos lares. O momento foi bastante positivo e revelador da capacidade do grupo em criar momentos estruturados de fruição e execução musical.

Passada a apresentação, o grupo parou com as sessões semanais por motivos de interrupção letiva. Os membros do grupo revindicaram que não queriam ter acompanhamento durante o período de férias letivas. Esta questão foi discutida em grupo e chegou-se à conclusão que seria do interesse e do bem-estar do grupo a interrupção das sessões naquele período.

Tendo passada a apresentação planeada, foi observado que o grupo tinha conseguido levar a cabo esta tarefa. A apresentação correu bem, a maior parte dos elementos participou com entusiasmo. A satisfação dos elementos foi visível pelas várias manifestações físicas e emocionais que observámos após a conclusão da performance. Todavia observou-se que o principal objetivo de juntar o grupo, ou aproximar e dissipar as divergências que existiam não teve o sucesso esperado. Alguns elementos aproximaram-se e começaram a relacionar-se de forma mais produtiva, ganharam mais respeito pelo espaço de cada um e houve um aumento de respeito entre eles. Todavia, a performance acabou por influenciar dois membros do grupo de forma menos positiva. A partir desse momento estes dois elementos afastaram-se do grupo ao mesmo tempo que se aproximaram mais um do outro. Este fator foi fundamental para entender a dinâmica e as dificuldades que o grupo sentiu durante o restante processo terapêutico.

Foram retomadas as sessões no início de janeiro. Todos os membros estavam a horas na sessão, o que revelou a vontade do grupo em recomeçar as atividades. Todavia, a sessão de recomeço foi bastante caótica. Alguns dos elementos estavam muito desorganizados e sem capacidade de concentração, o que prejudicou gravemente o grupo nas sessões seguintes. Algumas das razões desta desorganização dos elementos,

prenderam-se com a época natalícia e as referências familiares. O afastamento que deixaram de ter com a institucionalização e todos os problemas que lhe são afetos. Conseguimos aferir estes problemas pelo discurso verbal que alguns dos elementos proferiram quando questionados sobre a forma como se relacionavam musicalmente.

Nesta sessão aconteceu uma situação com um dos elementos do grupo. O elemento em questão, num determinado momento começou a tocar violentamente no tambor e a cantar muito alto, os restantes elementos pararam subitamente e ficaram a olhar para ele. O terapeuta entrou no ritmo desse elemento e manteve o ritmo durante algum tempo, numa tentativa de acompanhar o que estava a acontecer.

Esta situação durou algum tempo até que o elemento em questão desistiu de continuar o ritmo porque tinha começado a magoar nas mãos de tanta força que impregnou na ação de tocar, tendo ficado o terapeuta a tocar por mais alguns segundos, após a desistência desse elemento do grupo. A partir desse momento, o elemento do grupo em questão, mudou a dinâmica de estar em grupo. O elemento ficou mais reservado e mais calmo durante as sessões seguintes. Os dados parecem indicar que o terapeuta, ao ter acompanhado nesse momento o elemento em questão, criou um refrear e um ajustar na atitude de rutura que este elemento tinha começado a demonstrar nas sessões. Conclui-se desta situação que o terapeuta ao ter dado tempo e espaço ao elemento em causa criou as condições para que esse mesmo elemento aceitasse o terapeuta e dessa forma não tornasse a criar situações de rutura nas sessões seguintes.

Após estes acontecimentos os elementos mais novos, nomeadamente os dois elementos femininos mais novos e o elemento masculino do grupo começaram a criar alguns problemas de interação no grupo. Recusavam as atividades, questionavam o mediador, não comunicavam musicalmente e claramente iniciavam a rutura musical dentro das improvisações. Estes comportamentos de rutura criaram um maior afastamento dos restantes elementos e uma diferença maior nas linguagens musicais e relações interpessoais. Neste ponto estávamos, de acordo com a literatura, claramente no ponto de contradependência-luta mais acentuada. O grupo continuou nesta fase, numa situação em que se geraram muitos conflitos no seio do grupo. As atividades não eram executadas. O grupo não se conseguia entender sobre nenhuma atividade a realizar, não conseguia chegar a nenhum consenso sobre o que gostariam de trabalhar nas sessões. Foi uma fase muito complicada para a vida do grupo e que gerou alguns problemas musicais.

Paralelamente os elementos do grupo pareciam que se tinham aproximado relacionalmente uns com os outros. Muitas das vezes, dentro da sessão, combinavam jogos a realizar ou atividades a desenvolver no exterior em conjunto. Este aspeto é demonstrativo de que as relações interpessoais dos elementos do grupo iam se aproximando e melhorando significativamente.

Verificou-se que o grupo se começava a aproximar da 3ª subfase – resolução e catarse, como nos é sugerido nas dinâmicas dos grupos terapêuticos no modelo de Bennis e Shepard (Bennis & Shepard, 1978).

Esta aproximação entre os vários elementos do grupo levou a que no decorrer das sessões, o grupo tivesse sido capaz de escolher atividades a desenvolver e em concordância entre todos os elementos.

Deduzimos que este acontecimento foi muito importante no desenvolvimento e na vida do grupo, porque até então os elementos não se entendiam com uma escolha e a partir daquele momento, conseguiram escolher e decidir em conjunto, ou seja um grande salto relacional e de aceitação de pontos de vista e opiniões uns dos outros, verificando-se evolução e uma maior maturação.

Na parte final da intervenção, o grupo conseguia manter uma atividade com estrutura durante algum tempo. Ainda não conseguiam concluir uma atividade, do princípio ao fim mas, na maior parte dos casos, o grupo conseguia trabalhar em conjunto para uma finalidade e ajudavam-se mutuamente no decorrer da atividade.

Um aspeto que acreditamos ser interessante na análise do grupo, no decorrer do tempo é de que, na maior parte das sessões em que se conseguia aprofundar mais uma atividade, um dos elementos não participava ativamente nessa mesma dinâmica. Interrogámo-nos diversas vezes sobre este aspeto, como que sempre que uma atividade parecia ir ao encontro do sucesso, havia a necessidade de destruir antes de atingir o auge, como se o sucesso fosse algo que os elementos não conseguiam suportar. No decorrer das sessões, invariavelmente, um elemento, por vezes dois, não participavam ativamente nas atividades. Ficavam a escutar o que acontecia e a observar. Foram raras as atividades em que todos participaram ativamente na construção de um produto ou de um objetivo.

Os papéis dos membros do grupo. No decorrer do tempo da intervenção ouve uma mudança muito grande nos papéis dos membros do grupo.

Inicialmente surgiram naturalmente os líderes. Neste caso em particular o líder foi a criança do sexo masculino, ou seja o único do grupo. Numa fase inicial este tentava decidir o que ia acontecendo e a forma como tinha que acontecer a atividade. Os restantes elementos do grupo iam aceitando as sugestões e indicações.

As atividades iam fluindo sem grandes problemas, mas a interação grupal não era coerente, ou seja nem todos tocavam a mesma música ou estavam no mesmo comprimento de onda, não havia coesão de grupo.

Numa determinada sessão o líder proferiu indicações de uma forma mais aguerrida e diretiva, facto que não caiu bem no seio do grupo e o líder foi questionado e posto no lugar. O elemento aceitou com alguma relutância as críticas.

Neste ponto surgiu outro líder, um elemento do sexo feminino, mas curiosamente o elemento mais novo do grupo. Contudo este elemento não conseguiu dinamizar ou motivar os restantes elementos, visto que não lhe conferiam credibilidade necessária para a posição. As atividades não fluíam e o caos reinou no decorrer das mesmas.

Ouve ainda um outro elemento que tentou liderar os acontecimentos e o rumo do grupo. Contudo, não tinha capacidades musicais que lhe permitissem dominar musicalmente as atividades. Este elemento acabou por entrar em conflito consigo próprio e com o grupo, contribuindo para um maior mal-estar entre os vários elementos.

Após estes acontecimentos, o grupo encontrava-se numa situação em que não tinha propriamente líderes. Existiam apenas elementos isolados e que não se queriam relacionar musicalmente dentro da atividade. Estes elementos questionavam o mediador e não se conseguiam entender entre eles. Naturalmente um dos elementos mais velho do grupo assumiu uma postura de querer realizar e concretizar produtos musicais e conseguiu focar e ajudar alguns elementos a manterem concentração na tarefa.

O grupo começou a conseguiu relacionar-se musicalmente mas com focagens e tempos de resiliência perante a tarefa muito diferentes.

Neste grupo conseguimos assistir a uma mudança muito variada na liderança. Conseguimos observar alguns dos papéis destacados por Rutan (Rutan, 2007).

Conseguimos também observar o divergente, ou aquele que cria a rutura e apresenta uma posição oposicional e rebelde dentro do grupo. Observámos também o submisso ou cuidadoso, aqui com dois elementos que acabaram por estar no grupo mas que adotaram uma postura de não-agressão e de respeito pela tarefa, embora numa postura de não destaque e de reserva individual.

O mediador. O mediador deste grupo assumiu, desde cedo, uma postura de respeitar as opiniões, gostos, vontades e escolhas do grupo. Primeiramente tentou-se captar os gostos de cada um dos elementos e criar algumas dinâmicas, com sonoridades idênticas às sonoridades de cada um dos elementos do grupo, no sentido de entender, aceitar, compreender e enaltecer os gostos pessoais no trabalho conjunto.

As dinâmicas criadas tiveram como ponto de partida a cooperação entre os vários elementos, numa tentativa de criar uma experiência sonora positiva e rica em partilha.

O estilo de liderança do mediador no decorrer da intervenção foi principalmente um estilo democrático. Todos os momentos de intervenção de dinâmicas foram propostas ao grupo e foi decidido em grupo o que iria acontecer numa votação. Outras vezes, no decorrer da intervenção, o líder adotou uma postura mais diretiva mediante a não decisão e a relutância em realizar atividades por parte do grupo, no sentido de introduzir tarefa para que o desenvolvimento do grupo acontecesse. As decisões resultantes destas propostas acabam por ser, de alguma forma condicionadas pelo não consenso do grupo e pela incapacidade dos seus membros em chegarem a um acordo.

O terapeuta esteve sempre focado nos sentimentos e necessidades emocionais do grupo, assumindo principalmente este ponto como o foco de trabalho primordial a desenvolver, ou seja com orientação socioafetiva. Todavia, o desenvolvimento da tarefa foi um ponto orientação no desenvolvimento das atividades, embora os aspetos socioafetivos fossem o principal foco do trabalho realizado.

Resultados

Relativamente aos objetivos primários definidos para o grupo, aferimos um melhoramento das competências de relacionamento social. Os elementos do grupo conseguiram relacionar-se musicalmente e construir momentos de satisfação pessoal e de grupo, através da execução de atividades musicais estruturadas com princípio, meio e fim. A maior parte dos elementos do grupo respeitavam-se e aceitavam-se musicalmente como é sugerido por Porter (2016) e Peters (2000).

Relativamente ao objetivo secundário conseguimos aferir um aumento no controlo dos impulsos e dessa forma reduzir a ocorrência de atos de ataque físico e verbal, no decorrer das sessões como no sugere Peters (2000).

Relativamente ao terceiro objetivo terapêutico definido para o grupo, verificou-se um aumento da persistência e investimento nas tarefas dos membros do grupo numa atividade musical. Verificou-se um aumento na concentração, na realização de uma tarefa. Os membros conseguiram focar a sua atenção na atividade e aumentar os tempos de atenção conjunta. Aferimos com a intervenção musicoterapeutica, embora numa fase final e sem grande recorrência, que se pode promover experiências musicais prazerosas, de sucesso e com estrutura realizadas pelos membros do grupo tal como é afirmado por Peters (2000).

Discussão

Tendo em conta os objetivos terapêuticos definidos para a intervenção com o grupo, aferimos que foram cumpridos, embora não na totalidade, alguns dos pressupostos terapêuticos. Houve evolução no grupo e desenvolvimento das várias fases propostas pela literatura, embora o processo não tenha sido concluído e as fases do mesmo não tenham sido totalmente atingidas.

Verificou.se, através da observação direta, que o grupo se encontrava na 1ª fase, respetivamente na dependência/autoridade e no início da 3ª subfase, resolução e catarse, no momento de finalização da intervenção, segundo a literatura e tendo como referência o modelo proposto por Benni e Shepard (Guerra & Lima, 2005).Também no final do

processo e de acordo com o modelo proposto por Tuckman verificou.se que o grupo se encontrava no início da 3ª fase ou no estabelecimento de normas.

No momento da finalização do processo terapêutico ou da intervenção o grupo tinha agora começado a conseguir tolerar as diferenças de ideias que iam surgindo no decorrer das sessões e começava agora a entrar em acordo com o que iria fazer e como o iria fazer (Guerra & Lima, 2005).

Este grupo terapêutico passou pela fase da tempestade ou da contradependência-luta. Esta fase foi muito difícil de gerir e ultrapassar pelo grupo. Em várias sessões o grupo não produziu e estava muitas vezes em "pé de guerra". O grupo boicotava as atividades e exprimia muita frustração por não conseguir produzir resultados. Vários líderes emergiram nessa fase mas nem todos conseguiram ser aceites ou sequer ouvidos pelos colegas aquando das suas intervenções.

Os membros do grupo conseguiram tolerar a participação de outros nas atividades. Verificou-se um aumento na capacidade individual dos elementos em ouvir, aceitar e integrar sugestões musicais. Todavia, o grupo não conseguiu criar projetos musicais significativos.

Verificou-se uma redução nas manifestações de rutura no decorrer das atividades, assim como aferimos uma redução dos atos impulsivos, no decorrer duma atividade musical. Os elementos do grupo no início da intervenção e durante algumas sessões iniciais atacavam-se mutuamente e não respeitavam os tempos de intervenção individual, agredindo-se verbalmente. Todavia, verificou-se que estes comportamentos foram sendo cada vez menos recorrentes no decorrer da intervenção. Na fase final da intervenção musicoterapêutica, estes comportamentos foram substancialmente reduzidos. Os membros do grupo conseguiram respeitar-se mutuamente e conseguiu-se criar um ambiente mais saudável e de menor agressão verbal. Um exemplo desta mudança foi a iniciativa levada a acabo por alguns membros do grupo, ao proporem atividades para serem realizadas em conjunto. Este facto é revelador da existência de dinâmica grupal e de alguma coesão de grupo.

O processo terapêutico no seu todo pode ser visto como um resultado positivo. Conseguimos aferir melhoramentos na maior parte dos objetivos definidos. Conseguimos aferir também que o relacionamento entre os membros do grupo melhorou

significativamente e que este relacionamento potenciou relações interpessoais mais significativas de acordo com a literatura nos sugere. No início da intervenção os membros do grupo pertenciam a dois lares diferentes e os relacionamentos eram um pouco circunstanciais. No final da intervenção os membros do grupo combinavam atividades a realizar nos tempos livres e de lazer no espaço físico da instituição em conjunto. Este resultado parece sustentar um dos objetivos deste estágio, ou seja a aproximação relacional e diminuição das diferenças e possíveis conflitos entre os membros dos dois lares. Verificou-se que os membros do grupo, elementos de ambos os lares reduziram os comportamentos de animosidade e aumentaram significativamente os laços que os unem através da experiência musical, assim as suas competências sociais, como sugerido pela literatura especializada (Sausser & Waller, 2005).

Verificou-se também um aumento da capacidade de persistência dos elementos do grupo, de foco na tarefa e de superação de obstáculos. Estes resultados observados são reveladores de progresso, de maturação, de crescimento e acima de tudo, de uma maior aceitação por parte de cada membro do grupo, do outro, como parte integrante do que cada um cria enquanto individuo.

Tal como no estudo de caso anterior, este caso apresenta-nos algumas limitações relativamente à verificação de resultados a longo prazo por falta de aplicação de escalas de medição comportamental a longo prazo, pelo que não temos como verificar a efetividade da utilização da musicoterapia na promoção de saúde desta população. Gostaríamos de verificar se estas competências adquiridas se mantiveram no futuro e se esta intervenção musicoterapeutica conseguiu, ou não, conferir ferramentas para os elementos do grupo enfrentarem os seus quotidianos de uma forma mais resiliente. Como sugestão para estudos futuros este é um aspeto fundamental para criar prova de evidência inequívoca para a aplicação da musicoterapia nas populações de jovens com perturbações emocionais e do comportamento.

Outras intervenções

Neste capítulo procederemos à exposição sumária das restantes intervenções realizadas neste estágio.

Todos os nomes são fictício de forma a proteger a integridade e direito à privacidade de cada um dos utentes aqui expostos.

Caso 1

A Diana M. é uma jovem de nacionalidade guineense, do sexo feminino, com 21 anos de idade que está como residente no lar há 5 anos. A Diana tem uma doença degenerativa, osteomielite crónica multifocal e anemia falciforme. Esta condição médica dificulta a vida normal e não permite à Diana, o regresso ao seu país de origem. A par desta condição médica, a Diana apresenta algumas dificuldades e alguns problemas de origem cognitiva, nomeadamente da aprendizagem global. No início do estágio a Diana residia no lar "Casa do Mar". Entretanto ela foi colocada nos apartamentos de autonomia. Medida prevista com o projeto de vida da jovem. Esta integração causou uma quebra nas sessões previstas e uma eventual desistência.

O trabalho realizado com a Diana baseou-se na exploração de sentimentos, emoções e recordações do seu passado e das suas vivências através da música. As sessões basearam-se principalmente na improvisação musical e na interpretação da imagética da jovem sobre as suas recordações e vivências. A Diana revelou bastante insegurança na escolha de instrumentos e na escolha de atividades a realizar. Partia sempre de propostas e sugestões do estagiário. A Diana conseguia acompanhar ritmicamente um tempo musical e conseguia com relativa facilidade criar frases rítmicas. A Diana revelou funcionalidade na interação musical. Num dos momentos das sessões conseguimos realizar uma viagem ao imaginário infantil da Diana. Culturalmente, nos países africanos é norma que quando nasce uma criança, a família cria uma canção para o bebé. A Diana lembrou-se daa sua canção, da canção do seu nascimento feita pela sua família. Este momento foi especial para a Diana. Infelizmente não nos foi possível dar continuidade às sessões pelos motivos atrás descritos de desistência.

Caso 2

A Elsa M. é uma jovem de nacionalidade guineense, do sexo feminino, com 19 anos de idade. É residente no lar há 3 anos. A Elsa é portadora de uma doença de insuficiência cardíaca grave, incapacitante que não lhe permite residir no seu país de origem, por não existirem condições médicas para um acompanhamento. Apresenta dificuldades de aprendizagem, uma inadequação e imaturidade comportamental, tendo em conta a idade e o desenvolvimento que seria esperado para a sua idade.

Foram realizadas algumas sessões com esta jovem. Por motivos relacionados com estágios profissionais qua a jovem frequentou, no decorrer do ano e dificuldade em estabelecer horários permanentes, os acompanhamentos não foram regulares e eventualmente levaram a uma desistência. Das sessões retirou-se que a jovem apresenta dificuldades em se relacionar musicalmente. No entanto revela ter capacidade rítmica e boa noção de tempo musical. Estes factos parecem ser reveladores de funcionalidade. A jovem revelou dificuldades e indecisão, no momento de escolha de instrumentos ou de atividades. A jovem aceitou as propostas do estagiário para atividades a desenvolver. No caso da Elsa tentámos desenvolver a expressão emocional e a adequação da resposta perante o estímulo. Desenvolvemos atividades de improvisação assentes em premissas previamente estabelecidas, tendo em conta o objetivo delineado para a jovem, ou seja um aumento de empatia e maturidade emocional. Também no caso da Elsa, o trabalho foi muito espaçado no tempo e não foi regular por motivos de falta de entrega e volição da jovem em realizar as sessões.

Caso 3

O David C. é um jovem de nacionalidade portuguesa, com do sexo masculino, com 12 anos de idade. Reside no lar há 5anos com a irmã mais velha. O David frequenta o 4º ano de escolaridade e está inserido no ensino especial, ou seja é aluno de necessidades educativas especiais e lei 3.

O David apresenta um quadro diagnóstico com défice auditivo ligeiro, dificuldades de aprendizagem e dificuldades relacionais entre pares. Apresenta problemas do neurodesenvolvimento relacionados com a linguagem e articulação, sendo portador de gaguez. Os motivos de institucionalização relacionam-se com negligência e abandono escolar.

O trabalho desenvolvido com o David teve como principio o aumento da funcionalidade e competências, desenvolvimento da empatia, aumento dos tempos de concentração, aumento da presistência e envolvimento na tarefa, exteriorização emocional e sentimental e adequação das respostas perante um estímulo.

No decorrer das sessões verificou-se que o David consegue exteriorizar emoções e sentimentos, ainda que timidamente. O David aumentou a sua confiança vocal. Hoje o David já canta algumas músicas com o estagiário, o que não acontecia no início da intervenção. Aferiu-se que algumas das respostas musicais que o David dá, perante um estímulo, já se adequam e já estão mais de acordo com o esperado. No final da intervenção, verificou-se no David um aumento de confiança. Observámos este aspeto pela forma como aborda assuntos e como se relaciona com o estagiário e com os outros na instituição.

Caso 4

A Dária M. é uma jovem de nacionalidade portuguesa, do sexo feminino, com 16 anos de idade. Reside no lar há 2 anos. A razão de institucionalização relaciona-se com negligência parental e abandono escolar. A jovem apresenta alguns problemas de frequência escolar e já ficou retida por dois anos. No processo estão referidos alguns problemas de adequação de papéis no seio familiar e confusão nos mesmos.

A Dária apenas esteve presente em quarto sessões e numa delas não quis participar, sendo por isso difícil estabelecer alguma continuidade no trabalho realizado. Contudo, conseguimos fazer o levantamento de algumas valências musicais da Daria, como por exemplo a funcionalidade rítmica e melódica, a capacidade em se relacionar musicalmente com o outro, a criatividade musical e capacidade de improvisação. Estas competências musicais permitem-nos deduzir que a jovem apresenta um desenvolvimento cognitivo estruturado e funcional, com respostas adequadas perante o pedido e capacidade de resiliência perante a tarefa.

Aferimos que a Dária M. apresenta uma relutância muito grande perante a proposta de acompanhamento e uma recusa grande em se expor perante o outro. A Dária revelou uma desconfiança bastante grande, o que condicionou o estabelecimento de uma relação terapêutica empática.

Caso 5

A Catarina M. é uma jovem de nacionalidade portuguesa, do sexo feminino, com 16 anos de idade e residia no lar há 4 anos. A jovem foi institucionalizada por negligência e maus tratos. A Catarina apresenta comportamentos descontrolados por vezes acompanhados de crises agudas e picos de comportamentos desorganizados e manifestações extremas de afeto, comportamentos de confronto para com os pares e adultos, impulsos destrutivos e autodirigidos. A Catarina é uma jovem resistente aos acompanhamentos psicológicos e apresenta uma fraca resiliência perante tarefas. A jovem, tendo em conta o seu percurso académico não apresenta problemas de ordem cognitiva, encontrava-se no presente ano a frequentar o 8º ano de escolaridade no ensino regular e revelava boas notas no geral. A Catarina foi um caso referenciado para a musicoterapia pelas técnicas responsáveis por acreditarem que a jovem poderia beneficiar com o acompanhamento. A jovem mostrou interesse em aprender a tocar guitarra pelo que estabelecemos um plano de aprendizagem de técnica instrumental que lhe permitisse ter ferramentas próprias para desenvolver a sua linguagem. Juntamente com o objetivo de aumentar a linguagem musical através da aprendizagem da guitarra está também o desenvolvimento da capacidade de resiliência, tendo em conta que o instrumento requer alguma persistência e prática que não é possível de obter com pouco contacto. Em certo ponto a Catarina teve uma crise grave que a levou a ser internada na unidade de cuidados de saúde mental para crianças e jovens do Hospital Dona Estefânia, em Lisboa. Quando regressou do hospital a Catarina não quis continuar as sessões e ouve uma interrupção das mesmas, pelo que não conseguimos atingir os objetivos propostos para o trabalho com esta jovem.

Caso 6

A Cidália M. é uma criança com 7 anos de idade de nacionalidade portuguesa. Reside na instituição com a irmã mais velha há 10 meses. Foi institucionalizada por negligência e abandono parental. O processo individual de avaliação foi elaborado durante o presente ano. A criança não aparenta ter défices de desenvolvimento. A criança apresenta alguns problemas de adequação de comportamentos e respostas com pares e adultos. Esta foi uma das razões pela qual a Cidália foi encaminhada para a musicoterapia.

O acompanhamento teve início a meio do mês de março e terminou no final de junho, ou seja aproximadamente três meses e meio. No decorrer deste tempo aferimos que a criança tem um ótimo desempenho musical e uma boa noção de tempo. Revela

bastante criatividade musical e não tem receio de o demonstrar. Este facto permite-nos deduzir que a Cidália apresenta um quadro de funcionalidade positivo e cognitivamente é competente No início das sessões a Cidália revelava-se um pouco tímida mas determinada na escolha de instrumentos e do que queria fazer.

O trabalho realizado pretendeu-se valorizar competências e valências, reforçar positivamente o que era partilhado, adequar intensidades musicais, dinâmicas rítmicas e melódicas e principalmente estimular a expressão emocional através de exercícios de exploração sonora de ambientes e de emoções através da música e processamento verbal dos resultados. Conseguimos criar um ambiente propício e a Cidália conseguiu adequar algumas das respostas e aproximar-se dos objetivos traçados de trabalho terapêutico criados para ela.

Conclusões

No decorrer do estágio realizado verificou-se de forma premente que os adolescentes em risco e em contexto de acolhimento, apresentam problemas graves de relacionamento e que é muito dificil conseguir chegar até eles e explorar o mundo interno de cada um, tal como sugerido pela literatura (Sausser & Waller, 2005; Rio & Tenney, 2002).

Conseguimos aferir a dificuldade relacional que este tipo de população tem com os pares e com os adultos, como nos é sugerido pela literatura revista para o presente relatório. No entanto, verificou-se que através da abordagem empática na gestão da experiência musical é possivél estabelecer uma relação com estes jovens que potencia as qualidades dos mesmos e promove o relacionamento genuino através da experiência musical partilhada de expressão emocional e interior (Bruscia, 2014; Tervo, 2001; Peters, 2000).

Tendo em conta os objetivos definidos para este estágio, acreditamos ter conseguido criar um espaço seguro e livre de regras onde os utentes puderam explorar a música e os seus elementos tendo em conta as suas experiências interiores. Esta exploração permitiu o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais menos agressivos e aceitantes tal como nos sugere Tervo (2001).

As reações emocionais e físicas dos utentes tornaram-se, no decorrer da intervenção, mais ajustadas. As respostas musicais dos utentes revelaram intencionalidade e adequação no decorrer da intervenção tal como nos sugere Peters (2000) nos estudos realizados com esta população. No início da intervenção a grande maioria dos utentes deste estágio improvisava, musicalmente, de forma desorganizada e incoerente com algumas das dinâmicas musicais que iam surgindo, nomeadamente se uma música tinha um andamento e uma intensidade calma ou suave, ou se se pretendia exteriorizar um determinado sentimento ou sensação através da música, os utentes ao improvisar ritmicamente impunham uma cadências muito fortes e com intensidades muito elevadas para o momento ou para o que seria de esperar para determinado ambiente a criar. No final da intervenção essas respostas musicais já estavam mais de acordo como o que era pretendido e salvaguardando as noções subjetivas que todos os seres humanos têm sobre a música e o que é esperado da música.

Verificou-se que através das experiências musicais, os utentes conseguem um aumento da autoestima o que potencia o aparecimento de bem-estar e que este perdura no tempo, tendo em conta a volição que estes jovens apresentavam de sessão para sessão.

Verificou-se que a musicoterapia promove a saúde mental, emocional, física e cognitiva dos utentes, como nos é sugerido por Bruscia (2014)

Acreditamos que conseguimos estabelecer pontes de comunicação diferentes às existentes e que estas contribuíram para um ganho de competências sociais interpessoais nos vários jovens da instituição. Verificou-se que a musicoterapia promove o aparecimento de oportunidades de mudança nestes jovens e fomenta relações saudáveis entre pares e adultos como nos é sugerido por Bruscia (2014).

Ao concluirmos este estágio e ao redigirmos este relatório podemos aferir a pertinência e a aplicabilidade dos estudos realizados com esta população. O estudo elaborado por Sausser (2005) é um exemplo. Verificou-se que os grupos terapêuticos, com atividades estuturadas e planeadas, tendo em conta os objetivos terapêuticos delineados para a ação, promovem espaços de desenvolvimento interpessoal e que permitem aos jovens desenvolver, manter e aumentar as competências sociais, cognitivas e emocionais através da experiência musical.

Relativamente ao estudo de caso individual, tal como sugerido pela literatura, a musicoterapia revela-se uma alternativa viável, um espaço não invasivo, promotor de desenvolvimento e expressão emocional dos jovens como nos sugere a literatura da àrea (Bruscia, 2014; Gold, Wigram, & Voracek, 2007; Porter, et al., 2016; Saarikallio & Erkkilä, 2007; Tervo, 2001).

Discussão

A intervenção musicoterapêutica realizada neste estágio criou um espaço seguro e não invasivo, que permitiu aos utentes da instituição, explorarem o seu mundo sensorial interior e exteriorizarem emoções e sentimentos através da experiência musical positiva e de sucesso em díade. Esta relação baseada na empatia e confiança no adulto sobre uma perspetiva humanística, que é visto pelo adolescente como não agressor, revela-se como a principal forma de atingir a mudança e promover a saúde mental, física e cognitiva, tal como nos sugere a literatura.

Em suma e tendo em conta os objetivos iniciais, por nós traçados para este estágio, aferimos que conseguimos potenciar as relações entre as duas casas de acolhimento e estreitar relações entre os pares e com os adultos. Durante e após a intervenção os jovens relacionavam-se com maior à vontade num clima de envolvimento positivo. Conseguimos presenciar e aferir que os utentes intervencionados utilizam, por auto recriação, alguns dos conteúdos adquiridos nas sessões, como ferramenta de promoção de momentos de lazer e bem-estar e como dinâmica de promoção de relações intersociais. Verificou-se também que, a intervenção terapêutica permitiu aos utentes estabelecerem diferentes e alternativas pontes relacionais entre pares e com adultos. Esta observação permite-nos deduzir que a música é um veículo de comunicação e de promoção das competências sociais nesta população tal como sugerido por estudos realizados nesta área (Sausser & Waller, 2005).

Verificou-se que existe uma limitação na interpretação dos dados clínicos recolhidos no decorrer do estágio. A avaliação que podemos retirar relativamente aos resultados positivos alcançados é limitada. Apesar de termos alcançado resultados satisfatórios sobre os objetivos traçados, por motivos relacionados com a dificuldade de aferir resultados a longo prazo não podemos certificar-nos da eficácia, a longo prazo, da utilização da musicoterapia como forma de terapia eficaz para esta população. Uma sugestão para futuros estudos e relatórios será a aplicação de escalas a curto, médio e longo prazo, de medição sintomática de forma a garantir com prova de evidência inequívoca a eficácia desta forma de abordagem terapêutica para a população de jovens com perturbações emocionais e do comportamento.

Reflexão final

Chegando ao fim da intervenção e ao redigirmos este relatório, vislumbrando tudo o que aconteceu no decorrer do ano, conseguimos reconhecer que este foi um ano cheio e rico em aprendizagens. Aprendizagens, crescimento interior, aumento da capacidade reflexiva e principalmente no desenvolvimento de empatia por todos os que nos passaram pelo cuidado, mesmo que por pouco tempo.

Como futuro terapeuta senti, muitas vezes, que o trabalho realizado por mim não era suficiente e que os poucos avanços terapêuticos seriam culpa minha. Todavia e graças às minhas orientadoras de estágio, a Professora Doutora Teresa Leite e a orientadora no local de estágio, a Doutora Catarina Capinha, este sentimento foi sendo dissipado e no passar do tempo fui conseguindo ultrapassar estes receios e temores e continuar o trabalho com alguma confiança. A Doutora Catarina Capinha, através das muitas conversas e conselhos que me deu, foi de uma ajuda extraordinária que agradeço desde já e que terei sempre em consideração no meu futuro como terapeuta. A forma como sugeria, interpretava, introduzia reflexões e contrapunha pontos de vista, por mim não contemplados, foi de uma fundamental ajuda para entender um pouco do mundo interior da população com que trabalhei neste estágio e dessa forma adequar as minhas expectativas relativamente aos resultados da intervenção.

Como estagiário fui recebido na instituição de uma forma incrível, um muito obrigado a todos e todas pela simpatia e dedicação que me prestaram, num ano muito difícil para a fundação e com tantas mudanças a acontecerem, mudanças na direção e equipas técnicas dos lares. Desde o primeiro momento todos os técnicos ajudaram na minha integração e puseram à minha disposição todos os recursos para que o meu trabalho pudesse ter sucesso e resultados positivos.

A principal dificuldade que senti durante todo o estágio foi a adequação de espectativas relativamente aos resultados. Todavia este aspeto foi de definitiva importância para uma mudança de paradigma interior em mim. Cresci como terapeuta e como pessoa. É fundamental, quando conseguimos, ajustar toda a informação colhida no ano curricular deste mestrado e adequar a prática à teoria e por conseguinte aplicar tudo o que aprendemos em prol das pessoas que ajudamos ou esperamos ajudar. Ajuda para

serem mais felizes, pois este é o verdadeiro e único objetivo da vida humana, ser feliz, ajudar a ser feliz e relacionarmo-nos com o que nos rodeia de forma saudável.

É muito bom quando conseguimos chegar aos utentes e quando conseguimos vislumbrar progresso. O progresso que falo não é referente ao nosso trabalho técnico mas sim quando vemos que estamos a fazer diferença na vida destes jovens. Quando conseguimos transmitir informação útil e utilizável e quando vemos que existe eco do outro lado, é muito gratificante. Quando os vemos a superarem-se e a conseguirem ser um pouco melhores do que eram e que por causa disso conseguem ser mais felizes, ficamos genuinamente satisfeitos, pois a nossa felicidade está ligada também ela à felicidade dos outros.

Referências

Bennis, G. W. Shepard, H.A. (1974). A Theory of Group Development. In Gibbard, G.S. Hartman,I.I. Mann, R.D. *Analysis of Group*. San Francisco, C.A.: Jossey-Bass. pp. 127-150.

Breen, M., & Fielder, C. (1996). *Behavioral approach to assessment of youth with emotional/behavioral disorders.* Austin: Pro-Ed, Inc.

Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy*. Barcelona Publishers.

Canha, J. (2018). Criança Maltratada. (I. d. Coimbra, Ed.) *Lições de Pediatria* , 257-265.

Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência.* (L. S. Oliveira, Trans.) Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo.

Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis.* New York: W. Norton Company.

Erkkilä , J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., et al. (2011). Individual Music Therapy for Depression: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* , 132-139.

Eschen, J. T. (2002). *Analytical Music Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Fernández, R. C., Vasquez, M. D., & Ferreiro, F. J. (2014). Music therapy in adolescent disruptive behaviour. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* , 608-614.

Gleitman, H. (1993). *Psicologia* (2 edição ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gold, C., Wigram, T., & Voracek, M. (2007). Effectiveness of music therapy for children and adolecents with psychopathology: A Quasi-experimental study. *Psychotherapy Research , 17*, 298-296.

Goodman, K. D. (1989). Music Therapy assessment of emotionally disturbed children. *The Arts in Psychotherapy , 16*, 179-192.

Guerra, M. P., & Lima, L. (2005). Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. In *Intervenção Psicológica em Grupos em Contexos de Saúde.* Climepsi Editores.

Kim, J., & Stegemann, T. (2016, September 21). Music listening for children and adolocents in health care contex: A systematic review. *The Arts in Psychotherapy , 51*, pp. 72-85.

Lepping, R. J., Atchley R. A., Chrysikou E. G., Martin L. E., Clair A. A., et al. (2016) Correction: Neural Processing of Emotional Musical and Nonmusical Stimuli in Depression. *PLOS ONE 11(9)*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163631

Martins, E. (2014, março 5). Código de conduta. *Fundação o Século*. Retirado a 30 de janeiro de 2018 de http:// http://www.oseculo.pt/codigoconduta.pdf

Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370-396. http://dx.doi.org/10.1037/h0054346

McFerran, K. S., Wölfl, A. (2015). Music, Violence and Music Therapy with Young People in Schools: A Position Paper. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 15 (2)

Miranda, D., & Claes, M. (2009). Music listening, coping, peer affiliation and depression in adolescense. *Psychology of Music , 37*, 215–233.

Palacios, J., Moreno, M. C., & Jimenez, J. (1995). El Maltrato infantil: concepto, tipos, etiologia y aprendizaje. *Infancia y Aprendizaje* , 7-21.

Peters, J. (2000). *Music Therapy.* Springfield, Illinois: Charles C Thomas Pubslisher Lda.

Porter, S., McConnell, T., McLaughlin, K., Lynn, F., Cardwell, C., Braiden, H.-J., et al. (2016). Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* .

Rio, R. E., & Tenney, K. S. (2002). Music therapy for juvenile offenders in residential treatment. *Music Therapy Perspectives, 20*, pp. 89-97.

Romano E., Babchishin L., Marquis R. & Fréchette S. (2014). Childhood Maltreatment and Educational Outcomes. Trauma, Violence, & Abuse. *418 – 437*. 16 (4) https://doi.org/10.1177/1524838014537908

Rosenblum, G. & Lewis, M. (2008). Emotional Development in Adolescence. *Blackwell Handbook of Adolescence*. 269 - 289. 10.1002/9780470756607.ch13.

Rutan, J. S., Stone W. N., Shay J. (2007). Group Dynamics and Group Development. In Rutan, J. S. Walter N. Stone. Joseph Shay. *Psycodynamic Group Psycotherapy*. New York: The Guildford Press. pp. 29-55.

Saarikallio, S., & Erkkilä, J. (2007). The role of music in Adolescents mood regulation. *Psychology of music , 35*, 88-109.

Sausser, S., & Waller, R. J. (2005). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *The Arts in Psychoterapy , 33*, 1-10.

Shipley, A., & Odell-Miller, H. (2012). The Role of Music Therapy for Anxious Adolescent School Refusers: The Importance of Identity. pp. 39-52.

Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-Term sequelae of child and adolecent abuse: A longitudinal community study. *Child abuse & Neglect , 20*, 709-723.

Smith, L. (2012). Sparkling Divas! Therapeutic Music Video Groups with At-Risk Youth. *Music Therapy Perspectives , 30*.

Tervo, J. (2001). Music Therapy for Adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry , 6*, 79-91.

Tomlinson, P. (2004). *Therapeutic Approaches in Work with Traumatized Children and Young People- Theory and practice.* London: Jessica Kingsley.

ANEXOS

Anexo 1 – Atividades

Atividade 1 Novembro 2017

Fundação "O Século"

Alexandre Caetano – Musicoterapia

Recursos humanos: Monitor orientador e dois ou três monitores de apoio

Duração: 40 a 60 minutos *(Dependendo da adesão)*

Descrição: Esta atividade pretende criar um espaço de bem-estar e de convívio entre os jovens que vivem nos lares da fundação. A atividade está pensada e planeada, para que todos os jovens se integrem em grupos mistos, visando a partilha e estimulando vivencias conjuntas. O objetivo desta atividade é estimular momentos positivos nos jovens e diminuir alguma da rivalidade que existe entre os dois lares de acolhimento, a casa do Mar e a casa das Conchas.

Planificação:

1º momento – 15m a 30m – **Exploração instrumental**: **a)** Numa primeira fase os jovens poderão explorar livremente os instrumentos e experimentar as suas sonoridades e dimensões sonoras; **b)** Numa fase posterior gostaríamos de propor um mote de trabalho simples onde os jovens, com o recurso dos instrumentos, interpretariam um ritmo seguindo a orientação do monitor; **c)** Na fase seguinte os grupos seriam separados em pequenos grupos e irá ser proposto a criação de um ritmo por cada um dos grupos para posterior apresentação ao grande grupo.

2º momento – 10m a 20m – **Ritmos corporais**: **a)** criação autónoma de grupos para criar ou inventar ritmos simples; **b)** Apresentação dos ritmos por grupo; **c)** "jogo do maestro" com os grupos e os ritmos.

3º momento – 5m a 10m – **Exercício vocal** com a letra e música "Medos".

Anexo 2 – Relatório de atividade

Relatório de Atividade musical realizada: 1 Novembro

"Musicoterapia recriativa – O prazer de tocar"

Mestrado em Musicoterapia - Estágio

Alexandre Caetano

Descrição

A atividade realizou-se no anfiteatro da fundação "O Século" no dia 1 de Novembro pelas 15h30 e previa-se uma duração máxima de 60 minutos.

Estiveram presentes na atividade elementos dos lares Casa do Mar e da Casa das Conchas. Da casa do mar estiveram todas as jovens da casa tirando a Íris, ou seja 12 elementos. Da casa das conchas estiveram presentes 11 elementos de um total de 21. Estiveram presentes na atividade 23 jovens no total.

A atividade começou às 15h50m, ou seja com um atraso de 20 minutos e começamos com uma exposição de regras básicas para o funcionamento da atividade, gestão do espaço e gestão dos instrumentos ao dispor dos jovens, regras essas que foram aceites sem quaisquer reticências por parte dos jovens envolvidos.

1º momento

Iniciámos uma dinâmica de grupo de quebra-gelo, que consistiu numa apresentação breve, o nome de cada elemento presente com recurso a um novelo de trapilho. O jovem dizia o seu nome e atirava o trapilho para outro colega e por ai em diante. Este trapilho serviu para ligar os jovens e criar uma teia de ligações. Esta dinâmica durou cerca de 7/8 minutos e correu bem. Durante a dinâmica nem todos os jovens quiseram participar mas os que se envolveram retiraram prazer com a dinâmica, tendo em conta as expressões faciais e a agilidade que mostraram em desenvolver a dinâmica.

2º momento

Foi pedido ao grupo que escolhesse um instrumento à disposição e que o explorasse livremente durante um período de tempo e que depois explorasse outros instrumentos da sala sem restrições, tendo apenas em conta as regras de funcionamento e

manuseamento dos instrumentos que expusemos no inicio da atividade. Os jovens experimentaram os instrumentos que quiseram e exploraram sonoramente os mesmos da forma como conseguiram. Esta dinâmica durou aproximadamente 10 minutos. Num segundo momento foi introduzido um estímulo. Foi pedido a um dos grupos que criasse um ritmo constante durante um período de tempo. Este grupo irá ser definido como o grupo 1. O grupo 1 é composto por elementos da casa do mar e da casa das conchas. O outro grupo de instrumentos neste caso o grupo 2, também ele misto ou seja com elementos de ambos os lares, ficaria em silêncio para ouvir e captar os ritmos criados pelo grupo 1. O grupo 1 criou um ritmo constante e preenchido e conseguiu que todos os seus elementos tocassem a mesma frase rítmica. Os elementos do grupo 2 respeitaram e seguiram as instruções dadas pelo mediador da atividade. Foi pedido pelo mediador para o grupo 2 criar um ritmo diferente, tendo em conta o ritmo do grupo 1. Passada esta fase, foi pedido ao grupo 1 para iniciar a interpretação. Uns momentos depois o grupo 2 integrou essa mesma interpretação. Cada um dos grupos usou o ritmo que tinha criado e executou em conjunto. O resultado sonoro desta experiencia foi ligeiramente caótico, os ritmos não encaixavam e tinham andamentos diferentes. Também houve necessidade de alguns elementos de ambos os grupos intensificarem a força ao tocar, o que fez com que os ritmos ficassem cada vez mais distantes uns dos outros e contribuíssem ainda mais para o caos que se tinha instalado. Como mediadores, pedimos que finalizassem esta interpretação passado 1 ou 2 minutos e que recomeçassem, desta segunda vez, com uma intensidade menor e que o volume se mantivesse mais baixo, com o objetivo de se puderem ouvir uns aos outros. A segunda tentativa correu de forma menos caótica e os jovens conseguiram-se ouvir e fizeram por se ouvir mutuamente, o que se revelou num momento positivo para o grupo, tendo em conta as rivalidades que existem entre lares e a dificuldade de se compatibilizarem na realização de tarefas em conjunto. No final da interpretação fizemos a observação de que os sons se tinham entrosado naturalmente e que isto tinha acontecido porque eles optaram por se ouvirem uns aos outros e tinham respeitado o som global e mostraram vontade em se juntarem musicalmente naquele momento.

3º momento

Nesta fase da atividade, o mediador pegou num instrumento de percussão e propôs um motivo rítmico para que todos acompanhassem, o que levou a que o grupo imitasse o que o mediador tocou correcta e entusiasticamente. O mediador começou com um ritmo

simples e foi tornando o ritmo mais complexo e gradualmente mais rápido e intenso, o que levou a uma tentativa por parte do grupo em acompanhar. O grupo gostou do que estava a acontecer tendo em conta as expressões faciais e a entrega que mostraram ao tocar nos seus instrumentos. O mediador propôs que um elemento dos grupo desse o mote para que os restantes acompanhar. Prontamente um elemento mostrou vontade e realizou um ritmo, os restantes acompanharam. Esta dinâmica foi realizada mais três ou quatro vezes. Para finalizar a atividade, um dos elementos da casa do mar mostrou vontade em ocupar o lugar do mediador, assim como o seu instrumento e mostrar os seus dotes rítmicos para o grande grupo. O grupo ouviu e reproduziu com alegria o que este elemento apresentou.

A atividade foi finalizada às 16h30m, como planeado, e alguns elementos da casa do mar juntaram-se, durante o tempo em que arrumamos os instrumentos, tocando, dançando e cantando uma música e a alegria nas suas faces e na sua expressão corporal era notória.

Discussão

A atividade contou com a colaboração dos monitores destacados no dia e de referência destes jovens, no sentido em que lhes foi pedido que estivessem presentes para ajudarem a controlar os grupos e da mesma forma motivarem os jovens para a realização da atividade, ou pelo menos garantir as presenças dos jovens na atividade. Os monitores mostraram-se totalmente disponíveis para o efeito e revelaram-se bastante ativos durante a maior parte da atividade, monitorizando as presenças e algumas dinâmicas dos jovens na atividade em si, incentivando os mesmos para que participassem ativamente nas dinâmicas realizadas. Houve jovens que estiveram presentes na atividade mas que optaram por não serem ativos na realização das mesmas. Alguns dos jovens forma persuadidos a participar e alguns passaram a participar, outros que não se mostraram abertos para a participação ativa na atividade foram encaminhados para fora da atividade para que não perturbassem, o que a nosso ver não se revelou a melhor decisão. Todos os jovens eram bem-vindos e a sua presença na atividade era reveladora de vontade e disponibilidade para ali estar, ou seja existiu volição para estar presente mas ainda não existia força interior para ser ativo na realização das tarefas musicais pretendidas. Durante a realização da atividade o mediador não conseguiu distribuir a atenção a todos os focos que iam aparecendo mas, de uma forma geral, conseguimos manter a atenção do grupo e

conseguimos que o grupo respeitasse as regras estabelecidas inicialmente. Quando foi necessário intervir, o grupo respeitou a presença do mediador e fez por o respeitar, ouvir e aceitar as sugestões dadas. Pensamos que o que se passou durante a atividade proposta se revelou uma conquista, já que alguns dos jovens nós não tínhamos tido qualquer contacto prévio com a nossa presença nas suas vidas e rotinas diárias na fundação.

Conclusão

A atividade correu bem tendo em conta que esta foi a primeira vez que os jovens tiveram contacto com a nossa área de trabalho terapêutico. A sessão que planeamos realizar tinha como objetivo ser uma intervenção de primeiro nível, ou seja de recriação e fruição musical cujo objetivo final seria o prazer da atividade musical por si só e a necessidade de juntar os dois grupos numa atividade cujo resultado fosse positivo e prazeroso. Neste aspeto a atividade resultou em pleno e os objetivos foram totalmente atingidos. O grupo usufruiu da atividade e obteve um momento de prazer e conseguiu realizar uma atividade conjunta com um grupo de pessoas com identidade diferente.

Anexo 3 – instrumentos de avaliação

Ficha de Avaliação de Perturbações do Desenvolvimento em Musicoterapia

Nome do Cliente:_____ Data das Avaliações_____

Musical/Motor

Sessão Semanal	1	2	3	**Sessão Semanal**			
Ritmo/Pulsação				**Aptidões de Motricidade Fina**			
Imitou de ritmos				Agarrou nas baquetas/nos instrumentos de ritmo			
Manteve um ritmo estável				Dedilhou guitarra/harpa			
Adaptou-se a mudanças rítmicas				Tocou no teclado			
Melodia/Tonalidade				**Aptidões de Motricidade Grossa**			
Tons vocais acertados				Utilizou as extremidades do corpo superiores/inferiores			
Cantou uma canção familiar afinada				Demonstrou coordenação adequada			
Acabou vocalmente uma frase musical				Demonstrou consciência espacial adequada			

Comentários:

Cognitivo/Comunicação

Sessão Semanal	1	2	3	**Sessão Semanal**			
Conceitos				**Linguagem Expressiva**			
Identificação de cores				Verbalizou preferências e escolhas			
Identificação de números				Preencheu espaços (estrutura/improv.)			
Identificação de letras				Envolveu-se na conversa			
Identificação de partes do corpo				Respondeu a perguntas			
Identificação de formas							

Sequência/Memória				**Comunicação não verbal**			
Memória da ordem das palavras, versos, movimentos				Utilizou gestos apropriados			
Memória da informação nova				Utilizou linguagem gestual ou outra			
Memória da sequência							
Sensorialidade				**Linguagem Recetiva**			
Respondeu ao toque e ao segurar de instrumentos				Seguiu orientações (faladas ou cantadas)			
Respondeu a mudanças ao volume/dinâmica				Identificou imagens/objetos			
				Respondeu ao nome/saudações			

Comentários:

Social

Sessão Semanal	1	2	3	**Sessão Semanal**			
Interação com Colega ou Adulto				**Competências Existentes**			
Envolveu-se em fazer música por imitação/em paralelo/em interação				Manteve contacto ocular			
Partilhou/passou instrumentos				Participação na tarefa			
Envolveu-se em interação apropriada (verbal/musical)				Demonstrou consciência de si e dos outros			

Comentários:

APPENDIX 3.A

Music Therapy Assessment

Name of Client: _____ Date of Birth: _____ Date(s) of Assessment: _____

Directions:

1. Administer through the use of music and musical stimuli (vocal and instrumental), music activities, and music materials.
2. Administer over a period of two to three consecutive weeks.
3. Check all areas that are applicable.

A. **Diagnosis (DSM–III):** _____

B. **Developmental History:** _____

C. **Family History:** _____

D. **Standardized Test Information:**

Test Name:	Date Given:	Age of Client:	Score:

E. **Developmental Disability:**

1. Mental Retardation ____
2. Cerebral Palsy ____
3. Autism ____
4. Neurological Impairment ____
5. Epilepsy ____

Source: E.H. Boxill, *Music therapy assessment form*. New York: Author, © 1976, 1983.

F. **General Characteristics:**

1. *Observable Behaviors:*
   - a. Cooperative ____
   - b. Resistive ____
   - c. Stereotypic ____
   - d. Perseverative ____
   - e. Compulsive ____
   - f. Impulsive ____
   - g. Ritualistic ____
   - h. Assertive ____
   - i. Withdrawn ____
   - j. Hyperactive ____
   - k. Hypoactive ____
   - l. Abusive ____
   - m. Self-abusive ____
   - n. Self-stimulative ____
   - o. Other____

2. *Physical Handicap(s) and Condition(s):*
   - a. Extremities:
     - Right arm ____
     - Left arm ____
     - Right leg ____
     - Left leg ____
   - b. Auditory impairment:
     - Deaf ____
     - Loss in right ear ____
     - Loss in left ear ____
     - Loss in both ears ____
     - Wears hearing aid ____
   - c. Visual impairment:
     - Blind ____
     - Strabismus ____
     - Astigmatism ____
     - Nystagmus ____
     - Wears glasses ____
   - d. Seizures:
     - Grand mal ____
     - Petit mal ____
     - Psychomotor ____
     - Other____

3. *Handedness:*
   - a. Right ____
   - b. Left ____
   - c. Mixed dominance ____

4. *Eye Contact:*
   - a. Good ____
   - b. Fair ____
   - c. None ____

5. *Attention Span:*
   - a. Sustains musical activity for length of music ____
   - b. Sustains musical activity for major part of music ____
   - c. Sustains musical activity for short periods of music ____
   - d. Sustains sporadically ____
   - e. Distractible ____
   - f. Does not attend ____
   - g. Starts and stops in response to music ____

6. *Mannerisms:*
   - a. Grimaces ____
   - b. Tics ____
   - c. Hand movements ____
   - d. Finger configurations ____
   - e. Arm movements ____
   - f. Head movements ____
   - g. Idiosyncratic sounds, vocalizations, utterances ____

7. *Gait:*
   - a. Steady ____
   - b. Awkward ____
   - c. Rigid ____
   - d. Shuffling ____
   - e. Waddling ____

8. *Posture:*
   - a. Good ____
   - b. Fair ____
   - c. Poor ____

G. **Motor Domain:**

1. *Gross Motor:*
   - a. Locomotor skills:
     - Walks ____
     - Runs ____
     - Jumps ____
     - Hops ____
     - Gallops ____
     - Skips ____
   - b. Nonlocomotor skills:
     - Bends torso up and down ____
     - Swings arms up and down ____
     - Stretches arms up ____
     - Swings arms back and forth ____
     - Rolls to one side and the other ____
     - Rolls over ____
     - Turns around ____
   - c. Dynamic balance:
     - Controlled ____
     - Uncontrolled ____
   - d. Static balance:
     - Stable ____
     - Unstable ____
   - e. Appropriate use of body:

	Imitatively	Independently
Claps hands	____	____
Stamps feet	____	____
Raises arms	____	____
Swings arms	____	____
Bends knees	____	____

2. *Fine Motor:*
   - a. Fingers:
     - Opens and shuts ____
     - Moves fingers separately ____
     - Counts with fingers ____
   - b. Grasp:
     - Palmar ____
     - Pincer ____
   - c. Eye–hand coordination:

	Imitatively	Independently
Shakes handbells	____	____
Taps rhythm sticks together	____	____
Clashes hand cymbals together	____	____
Strikes single tone bell with mallet	____	____
Strikes xylophone bars with mallet	____	____
Beats drum with mallet	____	____

3. *Perceptual–Motor Functions:*
   - a. Types of drum beating:
     - Steady ____
     - Rhythmic ____
     - Stereotypic ____
     - Perseverative ____
     - Disordered ____
     - Compulsive ____
     - Chaotic ____
     - Uncontrolled ____
     - Evasive ____
   - b. Types of strumming on Autoharp®:
     - Related to musical stimuli ____
     - Steady ____
     - Changes in tempo ____
     - Changes in dynamics ____
     - Confined to area of strings ____
     - Erratic ____
     - Random ____
     - Spillover ____

4. *Psychomotor Skills:*
   a. Uses appropriate movements in action songs ____
   b. Movements are related to musical stimuli ____
   c. Moves rhythmically in response to pulse of music ____

H. **Communication Domain:**

1. *Speech and Vocal Characteristics:*
   a. Expressive:
      Single words ____
      Word phrases ____
      Sentences ____
      Echolalic ____
      Perseverative ____
      Idiosyncratic ____
      Nonverbal ____
   b. Receptive:
      Comprehends words of song ____
      Executes appropriate actions to words of song ____
      Dramatizes words of song or musical story ____
      Follows verbal directives ____
   c. Articulation:
      Intelligible ____
      Fairly intelligible ____
      Unintelligible ____
   d. Phonation:
      Respiration adequate for sound production ____
      Range of pitch:
         High ____
         Medium ____
         Low ____
      Range of volume:
         Audible ____
         Moderately audible ____
         Inaudible ____
      Aphonia (hysterical/functional) ____
   e. Tonal quality of voice:
      Clear ____
      Muffled ____
      Harsh ____
      Nasal ____
      Hypernasal ____
      Breathy ____
      Raspy ____
      Resonant ____
      Shallow ____
   f. Prosody:
      Inflection ____
      Cadence ____
      Monotone
   g. Rate:
      Fast ____
      Moderate ____
      Slow ____
      Belabored
   h. Organic condition:
      Dysarthria ____
      Dyslalia ____
      Aphasia ____

2. *Other Communication Skills:*
   a. Purposeful gestures/body language ____
   b. Purposeful gestures accompanied by vocalizations ____
   c. Sign language ____
   d. Manual language ____
   e. Vocalizations ____

I. **Cognitive Domain:**

1. *Comprehension:*
   a. Demonstrates understanding of words of song ____
   b. Demonstrates understanding of and sings:
      Articles of clothing ____
      Colors ____
      Numbers ____
      Days of week ____
      Months ____
      Objects in environment ____

2. *Body Awareness:*
   Identifies in response to song by singing or pointing to:
   a. Eyes ____
   b. Ears ____
   c. Head ____
   d. Face ____
   e. Neck ____
   f. Nose ____
   g. Mouth ____
   h. Tongue ____
   i. Hands ____
   j. Fingers ____
   k. Thumb ____
   l. Arms ____
   m. Legs ____
   n. Feet ____
   o. Knees ____
   p. Hips ____
   q. Shoulders ____
   r. Chest ____
   s. Stomach ____
   t. Back ____
   u. Elbows ____
   v. Wrists ____

3. *Laterality and Directionality:*
   Moves in response to words of song:
   a. Left ____
   b. Right ____
   c. Forward ____
   d. Backward ____
   e. Up ____
   f. Down ____

4. *Visual Perception:*
   a. Indicates recognition of visual aids used within musical framework:
      Flash cards with environmental objects ____
      Flash cards with numbers ____
      Pictures of animals ____
      Pictures of vehicles of transportation ____
      Colors ____
      Puppets ____
   b. Indicates recognition of and names rhythm instruments:
      Drum ____
      Bells ____
      Rhythm sticks ____
      Maracas ____
      Xylophone ____

5. *Auditory Perception:*
   a. Gross changes in dynamics:
      Loud ____
      Soft ____
   b. Gross changes in tempo:
      Fast ____
      Slow ____
   c. Gross changes in pitch (vocally):
      High ____
      Low ____
   d. Discriminates between different instrumental sounds:
      Drums and bells ____
      Bells and cymbals ____
   e. Imitates serial drumbeats:
      1 ____
      1–2 ____
      1–2–3 ____
      1–2–3–4 ____

f. Imitates chanted/sung syllables:
La-la-la ____
Ba-ba-ba ____
Da-da-da ____
Ma-ma-ma ____
Ha-ha-ha ____

g. Imitates musical intervals:
Descending third, fifth, octave ____
Ascending third, fifth, octave ____

J. **Affective Domain:**

1. *Facial Expression:*
   a. Alert ____
   b. Pleasant ____
   c. Fixed ____
   d. Tense ____
   e. Hostile ____
   f. Anxious ____
   g. Depressed ____

2. *Range of Affect:*
   a. Broad ____
   b. Restricted ____
   c. Labile ____
   d. Blunted ____
   e. Flat ____

3. *Appropriate Emotional Responses:*
   a. Usually ____
   b. Sometimes ____
   c. Rarely ____

4. *Emotional Responses to Musical Stimuli and Text of Song:*
   a. Related to music ____
   b. Unrelated to music ____
   c. No visible response ____

K. **Social Domain:**

1. *Awareness of Self, Others, and Environment:*
   a. Recognizes when sung/chanted:
      Own name ____
      Names of others ____
   b. Sings/chants:
      Own name ____
      Names of others ____

2. *Interaction:*
   a. With adults:
      Good ____
      Fair ____
      Poor ____
      None ____
   b. With peers:
      Good ____
      Fair ____
      Poor ____
      None ____

3. *Participates in Group Music Activities:*
   a. Group singing ____
   b. Rhythm instrument playing ____
   c. Action songs ____
   d. Music circle games ____
   e. Group movement ____
   f. Group dramatizations to music ____
   g. Creative movement/dancing ____
   h. Social dancing ____
   i. Initiates activity ____
   j. Willing to lead activity ____
   k. Volunteers to lead activity ____
   l. Sustains activity for length of music ____

L. **Specific Musical Behaviors:**

1. *Vocal:*
   a. Sings on pitch ____
   b. Carries a tune ____
   c. Sings song(s) of own choice ____
   d. Sings isolated words in tonality of song ____
   e. Sings phrases of song ____
   f. Sings phrases in tonality of song ____
   g. Sings melodic line in tonality of song ____
   h. Sings words and melody of entire song ____
   i. Chants isolated words of song ____
   j. Chants word phrases of songs ____
   k. Chants words of entire song ____

2. *Percussion Instruments (Drums, Clavés, Temple Blocks):*
   a. Plays rhythmic pattern of instrumental music ____
   b. Plays rhythmic patterns of songs ____
   c. Changes rhythmic patterns in response to music ____
   d. Uses instruments expressively ____

3. *Melodic Percussive Instruments (Piano, Xylophone, Resonator, or Tone Bells):*
   a. Plays melodic phrases ____
   b. Plays melody ____
   c. Uses instruments expressively ____

M. **Major Problem Area(s) of Adaptive Behavior:**

1. Motor Functions ____
2. Communicative Skills ____
3. Cognitive Skills ____
4. Affective State ____
5. Social Adjustment ____

N. **General Comments:**

1. Any musical behaviors that appear to be characteristic of a particular disability: ____
2. Any musical behaviors that are significant: ____
3. Any significant differences in behaviors in response to musical stimuli from those reported in other sources or observed in other settings: ____

O. **Present Medication:**

Medication:	Dosage:	Schedule of Administration:

P. **Current Service Information:**

1. Special Education ____
2. Speech Therapy ____
3. Medical Services ____
4. Occupational Therapy ____
5. Physical Therapy ____
6. Psychological Services ____
7. Recreational Therapy ____
8. Social Services ____
9. Art Therapy ____
10. Dance Therapy ____

Q. **Recommendation Regarding Type of Session:**

1. Individual ____
2. Group ____
3. Both ____

Music Therapist-Assessor: _____

APPENDIX 3.B

Guidelines for Administering Music Therapy Assessment

A. Diagnosis

B. Developmental History

C. Family History

D. Standardized Test Information

E. Developmental Disability. Information from medical charts and psychological evaluation reports.

F. General Characteristics

1. *Observable Behaviors* (a through o): Direct observation and behaviors as they emerge through responses to music and music activities.
2. *Physical Handicap(s) and Condition(s)* (a through e): Direct observation and medical charts.
3. *Handedness* (a through c): Hold a mallet at midline of the seated client. While chanting or singing, extend the mallet toward the client. If the individual accepts the mallet, repeat this action several times to determine right or left preference or mixed dominance. Then place a timpani drum close to the client. Play rhythmic music, composed or improvised, while chanting or singing:

   (Name of client) is beating the drum.

   Repeat four or five times, noting whether or not one hand is used consistently or if there is occasional shifting or constant shifting of hands.
4. *Eye Contact* (a through c): Direct observation. Note the client's behavior when sitting directly in front of him or her while singing or playing a musical instrument (Autoharp® or guitar).
5. *Attention Span* (a through g): Over a period of weeks, observe the client's ability to sustain musical activities, such as playing a rhythm instrument in