



Universidades Lusíada

Santos, Cátia Andreia Amaral dos, 1989-

Trilhos de cumplicidade : musicoterapia com crianças e adolescentes em contexto educativo

<http://hdl.handle.net/11067/527>

Metadados

Data de Publicação	2013-10-23
Resumo	A musicoterapia em contexto educativo é uma área bastante desenvolvida e aliciante para a maioria dos musicoterapeutas, embora a produção académica e científica não seja equitativa, principalmente, no que diz respeito ao ensino regular e à Deficiência Auditiva. Contudo, as investigações musicoterapêuticas dedicadas à prática clínica com esta população salientam a relevância do papel da música no processo de construção da relação terapêutica. Com este documento pretende-se apresentar uma interve...
Palavras Chave	Instituto de apoio à criança - Ensino e estudo (Estágio), Musicoterapia para crianças - Portugal, Jovens com deficiência - Educação - Portugal, Crianças com deficiência - Educação - Portugal
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-17T12:55:46Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Musicoterapia

Trilhos de cumplicidade: musicoterapia com crianças e adolescentes em contexto educativo

Realizado por:

Cátia Andreia Amaral dos Santos

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr.^a Melanie Ninette Da Luz Viola Tavares

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

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

Vogal:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Relatório aprovado em:

3 de Maio de 2013

Lisboa

2012



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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Trilhos de cumplicidade: musicoterapia com crianças
e adolescentes em contexto educativo**

Cátia Andreia Amaral dos Santos

Lisboa

Outubro 2012



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Trilhos de cumplicidade: musicoterapia com crianças
e adolescentes em contexto educativo**

Cátia Andreia Amaral dos Santos

Lisboa

Outubro 2012

Cátia Andreia Amaral dos Santos

Trilhos de cumplicidade: musicoterapia com crianças e adolescentes em contexto educativo

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

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

Orientadora de estágio: Dra. Melanie Ninette Da Luz Viola Tavares

Lisboa

Outubro 2012

Ficha Técnica

Autora	Cátia Andreia Amaral dos Santos
Supervisora de estágio	Prof. ^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientadora de estágio	Dra. Melanie Ninette Da Luz Viola Tavares
Título	Trilhos de cumplicidade: musicoterapia com crianças e adolescentes em contexto educativo
Local	Lisboa
Ano	2012

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SANTOS, Cátia Andreia Amaral dos, 1989-

Trilhos de cumplicidade : musicoterapia com crianças e adolescentes em contexto educativo / Cátia Andreia Amaral dos Santos ; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite, Melanie Ninette Da Luz Viola Tavares. - Lisboa : [s.n.], 2012. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

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

II - TAVARES, Melanie Ninette Da Luz Viola, 1976-

LCSH

1. Musicoterapia para crianças - Portugal
2. Adolescentes deficientes - Educação - Portugal
3. Crianças Deficientes - Educação - Portugal
4. Instituto de Apoio à Criança - 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 children - Portugal
2. Children with disabilities - Education - Portugal
3. Teenagers with disabilities - Educação - Portugal
4. Instituto de Apoio à Criança - Study and Teaching (Internship)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. MT17.S26 2012

Dedico este relatório de estágio aos meus pais, que sempre lutaram para que realizasse os meus sonhos e que todos os dias aturam os meus queixumes, como se de analgésicos se tratassem. De facto, o vosso amor incondicional é a cura para todos os meus males.

Resumo

A musicoterapia em contexto educativo é uma área bastante desenvolvida e aliciante para a maioria dos musicoterapeutas, embora a produção académica e científica não seja equitativa, principalmente, no que diz respeito ao ensino regular e à Deficiência Auditiva. Contudo, as investigações musicoterapêuticas dedicadas à prática clínica com esta população salientam a relevância do papel da música no processo de construção da relação terapêutica.

Com este documento pretende-se apresentar uma intervenção musicoterapêutica com crianças e adolescentes em contexto educativo, no âmbito do estágio curricular do mestrado em musicoterapia. A intervenção teve a duração de 8 meses e foi levada a cabo em 2 escolas do concelho do Seixal, ao abrigo da intervenção do Instituto de Apoio à Criança nestas escolas, tendo sido efectuadas em média 15 sessões com 14 utentes, distribuídos por 3 grupos e uma intervenção musicoterapêutica individual. Um dos grupos foi constituído por adolescentes surdos e os restantes por utentes com Perturbação de Oposição.

Foi realizada uma análise mais aprofundada na apresentação dos dois estudos de caso, um grupal e um individual, que incidem sobre a problemática da patologia do comportamento e problemas afectivos, sendo examinadas intensivamente as várias fases da intervenção de acordo com a orientação psicodinâmica e as teorias do desenvolvimento infantil e grupal.

Os resultados da intervenção revelam-se positivos, observando-se mudanças nos utentes em contexto de participação social, embora nem sempre constantes com os resultados obtidos. Podemos afirmar a necessidade de se efectuar um trabalho terapêutico continuado no tempo com este tipo de utentes, de forma a garantir uma maior constância nas mudanças positivas já observadas.

Palavras-chave: musicoterapia, contexto educativo, deficiência auditiva, perturbação de oposição.

Abstract

Music therapy in school context is a well developed and alluring area for the majority of music therapists around the world, however the academic and scientific production isn't equitable, especially in relation to regular education and the hearing impairment. However, the music therapy research dedicated to clinical practice with this population highlights the important role of music in the process of building the therapeutic relationship.

This document seeks to present a musical therapeutic intervention with children and adolescents in an educational context, within the traineeship of the curricular master's degree in music therapy. The intervention lasted 8 months and it was carried out in 2 schools in the municipality of Seixal, under the intervention of the Instituto de Apoio à Criança in these schools, having been made an average of 15 sessions with 14 patients, distributed among three groups and an individual music therapeutic intervention. One of the groups was composed by deaf adolescents and the other by patients with opposition defiant disorder.

It was conducted an further analysis in the presentation of 2 case studies, one group and one individual, wich focus the problem of behavior pathology and emotional problems, being examined intensively the various phases of intervention according to the psychodynamic orientation and the theories of child and group development.

The results of the intervention are positive, noting changes in patients in the context of social participation, although not always constant with the results. It can be stated the need to perform a continuous work over time with these kind of patients, music therapeutic or any other kind, with these patients, in order to ensure a higher consistency in positives changes already observed.

Keywords: music therapy, school context, hearing impairment, oppositional defiant disorder.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Casos acompanhados em musicoterapia.....	50
Tabela 2 – CBCL – Distribuição dos itens de avaliação de cada síndrome.....	59
Tabela 3 - GOIDA – Distribuição dos itens de avaliação de cada dimensão.....	62
Tabela 4 – Agenda semanal do estágio, de Janeiro a Junho de 2012.....	64
Tabela 5 – Resultados obtido nas duas aplicações do child behavior checklist no estudo de caso I.....	76
Tabela 6 – Resultados obtido nas duas aplicações do child behavior checklist no estudo de caso II.....	91

Lista de Figuras

Figura 1 - Instituição, serviço, valência e respectivo projecto onde foi integrado este estágio.....17

Índice

Introdução.....	14
Caracterização da Instituição.....	17
O Instituto de Apoio à Criança.....	17
Identificação da instituição.....	17
Estrutura organizativa.....	17
<i>O gabinete de apoio ao aluno e à família (GAAF)</i>	18
<i>Objectivos e princípios orientadores do GAAF</i>	18
O Agrupamento de Escolas Terras de Laru.....	19
Caracterização da População-Alvo.....	22
Enquadramento Teórico.....	23
As Crianças e Adolescentes com Perturbação de Oposição.....	23
O Adolescente com Deficiência Auditiva.....	24
O Desenvolvimento Infantil, a Teoria do Brincar e a Teoria da Vinculação.....	26
A Musicoterapia.....	32
A Musicoterapia em Contexto Educativo.....	36
A Musicoterapia com Crianças e Adolescentes com Perturbação de Oposição.....	37
A Musicoterapia com Crianças e Adolescentes em Contexto Grupal.....	40
O adolescente surdo e o grupo.....	45
A Musicoterapia e o Desenvolvimento Infantil.....	46
Objectivos Propostos.....	49
Metodologia.....	50
Descrição da amostra.....	50
Procedimentos.....	51

Fase de integração e observação.....	51
Fase de avaliação inicial.....	52
Fase de intervenção.....	53
Técnicas da Musicoterapia Utilizadas nas Sessões.....	55
Materiais Utilizados nas Sessões.....	57
Instrumentos de Avaliação.....	58
Ficha de dados pessoais e avaliação inicial.....	58
<i>Child behavior checklist</i> (Achenbach, 1991).....	58
Ficha de registo das sessões de musicoterapia.....	61
Entrevista de avaliação final.....	61
Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA).....	61
Agenda Semanal.....	63
Estudo de Caso I – Musicoterapia Individual com o C. P.....	65
Descrição do Caso.....	65
Plano Terapêutico.....	66
Processo e Dinâmica da Intervenção.....	67
Mãe como ambiente.....	67
Separação e descoberta do brincar transicional.....	70
Sozinho na presença do outro.....	71
O brincar na relação.....	74
Resultados, Sumário e Conclusão.....	75
Estudo de Caso II – Musicoterapia com o Grupo I.....	78
Descrição dos Casos.....	78
Plano Terapêutico.....	80

Processo e Dinâmica da Intervenção.....	81
Fase formativa.....	81
Fase reactiva.....	82
Fase madura.....	84
Fase de separação.....	86
Os Fenómenos Grupais.....	88
Papéis.....	88
Transferência e contra-transferência.....	89
Resultados, Sumário e Conclusão.....	90
Outras Intervenções Clínicas.....	93
Musicoterapia com o Grupo II.....	93
Musicoterapia com o Grupo III.....	94
Conclusão.....	96
Referências.....	104
Anexos.....	112
Lista de Anexos.....	113
Anexo A.....	114
Anexo B.....	117
Anexo C.....	120
Anexo D.....	128
Anexo E.....	133
Anexo F.....	135
Anexo G.....	138
Anexo H.....	141

Anexo I.....182

Introdução

O presente trabalho intitulado “Trilhos de cumplicidade: musicoterapia com crianças e adolescentes em contexto educativo” centra-se na apresentação da intervenção musicoterapêutica realizada no Agrupamento de Escolas Terras de Laurus, no âmbito do estágio curricular do curso de mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa.

O título deste documento pretende ilustrar o cariz relacional presente na intervenção musicoterapêutica desenvolvida ao longo deste estágio, alicerçada por uma cumplicidade gradual entre a terapeuta e os utentes, cujos atalhos possibilitaram vivências e resultados positivos nos mesmos.

No decorrer do estágio foram efectuadas sessões de musicoterapia com 14 crianças e adolescentes com perturbação de oposição e deficiência auditiva, acompanhados pelo gabinete de apoio ao aluno e à família (GAAF), um projecto pertencente ao Instituto de Apoio à Criança e incorporado no agrupamento supracitado. Os procedimentos adoptados desde a fase de incorporação/inclusão até à fase de acompanhamento regeram-se à disponibilidade dos utentes nos períodos em que não decorriam aulas, no caso dos adolescentes com perturbação de oposição, e à boa vontade dos professores titulares dos utentes do 1º ciclo e de educação especial.

Com esta dissertação pretende-se analisar e reflectir acerca da intervenção musicoterapêutica levada a cabo na instituição acima referida, através de uma revisão de literatura focada nas correntes e investigações musicoterapêuticas desenvolvidas neste contexto e na aplicação da musicoterapia ao mesmo, bem como nas principais dificuldades das crianças e adolescentes com perturbação de oposição e deficiência auditiva. Esta contextualização teórica complementa-se, ainda, por teorias orientadoras no campo da

abordagem psicodinâmica, do desenvolvimento infantil e das dinâmicas grupais, permitindo uma reflexão pormenorizada dos casos intervencionados. Para além do enquadramento teórico mencionado, pretende-se apresentar os objectivos, a metodologia, os procedimentos, as técnicas musicoterapêuticas e os instrumentos de avaliação adoptados para a realização da intervenção musicoterapêutica efectuada no âmbito deste estágio, fundamentais para a descrição pormenorizada do processo, dinâmica e resultados dos estudos de caso apresentados, bem como para as restantes intervenções clínicas realizadas.

De forma a garantir uma análise aprofundada de todo o processo musicoterapêutico, foram seleccionados dois casos, um individual e outro grupal, cujas orientações teórico-metodológicas do primeiro centraram-se na teoria do brincar cunhada por Winnicott, onde se estabeleceram paralelismos entre as experiências relacionais e musicais geradas na relação entre o utente e o musicoterapeuta e as referências psicodinâmicas assentes na interacção mãe-bebé e no desenvolvimento infantil. No segundo caso, optou-se pelas teorias de desenvolvimento grupal, de cariz psicodinâmico.

Com a realização deste documento, concluiu-se que a musicoterapia constitui uma alternativa terapêutica viável e eficaz no tratamento das principais problemáticas e dificuldades deste tipo de crianças e adolescentes, destacando-se o seu conteúdo relacional, criativo e experiencial, catalisador de expressão emocional, fundamental para o trabalho dos principais obstáculos à mudança psicológica dos utentes.

Apesar da musicoterapia em contexto educativo ser uma área vastamente explorada pelos musicoterapeutas, não se verifica uma produção equivalente no que concerne ao registo das suas intervenções. Neste sentido, esta dissertação objectiva contribuir para o universo da prática e literatura musicoterapêutica com esta população. Para além disto, almeja-se um contributo para a valorização dos efeitos da musicoterapia enquanto corrente

psicoterapêutica, capaz de apresentar resultados positivos com uma população cujo sentimento de intrusão no seu mundo interno pode facilmente causar repulsa por outro tipo de terapia, na qual a relação entre utente-terapeuta não seja mediada pela música. Dada a idade e problemáticas dos utentes intervencionados, impreparados para uma terapia alicerçada na expressão verbal, a música revela-se o canal de expressão criativa, cujo processo de construção da relação terapêutica possibilita a mudança no utente.

Caracterização da Instituição

O Instituto de Apoio à Criança

Identificação da instituição. O presente estágio de musicoterapia foi orientado pela Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) - Instituto de Apoio à Criança (IAC) - sem fins lucrativos e de utilidade pública, tendo sido fundada a 14 de Março de 1983 por uma equipa multidisciplinar (Funico & Soares, 2009).

O objectivo geral do IAC centra-se na contribuição para o desenvolvimento integral da criança, visando a defesa e a promoção dos seus direitos nas suas diferentes esferas. Como objectivos específicos destacam-se a cooperação com entidades públicas e particulares na definição de uma política nacional de prevenção e protecção à criança e a promoção dos estudos e trabalhos de investigação relativos à criança enquanto indivíduo de direitos (Idem).

O IAC possui sede em Lisboa e é composto por núcleos regionais em Coimbra e nos Açores. Esta instituição desenvolve vários projectos, dos quais se destaca o SOS – Criança, constituído pela valência da Mediação Escolar no qual está incluído o projecto “Gabinete de apoio ao aluno e à família” (GAAF), integrado no Agrupamento de Escolas Terras de Laru, localizado no concelho de Setúbal, onde decorreu o presente estágio (Idem).

Figura 1. *Instituição, serviço, valência e respectivo projecto onde foi integrado este estágio.*



Estrutura organizativa. O IAC é dirigido por uma presidente, uma vice-presidente e um secretário-geral, que também exerce o cargo de coordenador do sector SOS-criança. Este sector, possui a valência da mediação escolar que, por sua vez, integra o GAAF, sendo a sua

equipa técnica constituída por psicólogos (nas áreas de clínica e clínica e aconselhamento), assistentes sociais, educadores de infância, mediadores escolares e juristas. No caso da mediação escolar, inclui ainda uma coordenadora.

No que diz respeito ao GAAF, projecto onde foi inserido este estágio, a equipa técnica desempenha funções na área do acompanhamento da criança/jovem e da respectiva família, em contexto formal e informal, estreitando uma articulação directa e constante com os professores e elementos da comunidade educativa e desenvolvendo um trabalho em parceria com entidades e organismos externos de apoio¹.

O gabinete de apoio ao aluno e à família (GAAF). O GAAF enquanto serviço interno objectiva apoiar a escola a encontrar a resposta mais adequada para cada aluno, dado que apesar de organizada como a principal estrutura para o crescimento saudável da criança, a escola não consegue dar resposta, de forma independente, às problemáticas que envolvem o contexto familiar, social e económico do aluno. Assim, este gabinete pretende ser abrangente, dinâmico e flexível a fim de poder transpor os limites físicos da escola e intervir em todas as esferas sociais, psicológicas e culturais do aluno, actuando nos três vértices: Escola – Família – Comunidade¹.

Objectivos e princípios orientadores do GAAF. A intervenção do GAAF baseia-se fundamentalmente na diminuição do consumo de substâncias psicoactivas e de situações de abandono, absentismo e violência escolares, que coloquem em risco a integridade física e emocional da criança/jovem¹.

Quanto aos seus objectivos específicos, o GAAF considera fundamental a contribuição para a análise e realização do projecto de vida da criança, bem como para o desenvolvimento equilibrado de relações familiares, através da promoção da relação escola/família e da inter-

¹ <http://www.iacrianca.pt/pt/mediacao-escolar>.

relação entre alunos, professores e funcionários, da articulação de projectos com apoios pedagógicos presentes na escola e da criação e dinamização da Rede de Apoio Social (RAS)¹.

A fim de pôr em prática os seus objectivos, este gabinete baseia-se no princípio orientador de que a criança e o jovem não são seres individuais e, por isso, não devem ser considerados apenas alunos, mas sim indivíduos com a capacidade de intervir na sociedade em que estão inseridos, para além de integrarem uma família e possuírem uma vida fora dos limites da escola².

Numa primeira fase de actuação e intervenção, o GAAF atende os alunos, os professores, as famílias e a comunidade e, num momento posterior, com o apoio da mediação, dá a conhecer pareceres, informações, diagnósticos e planos de intervenção, tendo uma rede de apoio social de acompanhamento psicossociológico sistemático, contínuo ou pontual. Não obstante, a concretização dos objectivos a que este gabinete se propõe, depende da total colaboração por parte da escola, da família e da comunidade¹.

O Agrupamento de Escolas Terras de Larus

Numa perspectiva funcional e organizacional, o Agrupamento de Escolas de Terras de Larus, iniciou o seu funcionamento no dia 1 de Setembro de 2004, agrupando cinco escolas – EB 2,3 Cruz de Pau (escola sede), EB1/JI da Quinta das Sementes, EB1/JI Quinta de Santo de António, EB1/JI Foros de Amora e EB1/JI da Cruz de Pau. Nesta escola funciona o 2º e 3º ciclos do ensino básico regular, bem como dois cursos de educação e formação para alunos do 3º Ciclo (CEF), sendo leccionados nas restantes escolas o pré-escolar e o 1º ciclo. Este agrupamento abarca cerca de 1500 alunos e 160 funcionários³.

² <http://www.adcl.org.pt/observatorio/pdf/INFOCEDIn9Novembroabandonoescolar.pdf>.

³ <http://www.eps-cruz-pau.rcts.pt/images/stories/pea.pdf>.

O Agrupamento de Escolas de Terras de Larus é, ainda, uma escola de referência para a educação do ensino bilingue de alunos surdos, de acordo com o estipulado no artº4 do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro⁴.

A Escola Básica 2,3 da Cruz de Pau localiza-se no concelho do Seixal, concelho que actualmente conta com mais de 170 mil habitantes, tratando-se do concelho com maior população no distrito de Setúbal e o décimo primeiro a nível nacional. A freguesia da Amora, na qual se inclui a localidade da Cruz de Pau, merece destaque dentro do concelho do Seixal, uma vez que se trata da que apresenta uma maior densidade demográfica, sendo cidade desde Maio de 1993⁴.

Esta rede de escolas de referência, criada com o intuito de concentrar meios humanos e materiais que possam oferecer uma resposta educativa de qualidade a estes alunos, visa, simultaneamente, possibilitar a aquisição e desenvolvimento da língua gestual portuguesa (LGP) como primeira língua dos alunos surdos, assim como a aplicação de metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares, adequadas aos mesmos. Para o efeito, este projecto de referência funciona de uma forma sequencial e integrada em duas escolas do agrupamento: EB1/JI da Quinta de Stº António e na escola sede. Face a estas valências, o agrupamento beneficia de um conjunto apropriado de recursos destinados a servir uma camada discente cada vez mais vasta e difusa, oriunda de vários municípios do distrito de Setúbal⁴.

A pertinência da intervenção musicoterapêutica neste contexto educativo prendeu-se com o facto deste agrupamento ser uma escola de referência da Península de Setúbal para a educação do ensino bilingue de alunos surdos, verificando-se, por isso, uma grande concentração de alunos com esse tipo de deficiência, cuja intervenção terapêutica se centra unicamente na terapia da fala.

Por outro lado, este agrupamento concentra uma grande percentagem de alunos com perturbações de foro comportamental, justificando-se, assim, a pertinência da abordagem musicoterapêutica com este tipo de população, neste contexto educativo em particular.

Caracterização da População-Alvo

O GAAF acompanha crianças e adolescentes do género feminino e masculino pertencentes à comunidade educativa. No que diz respeito ao GAAF específico inserido no Agrupamento de Escolas Terras de Laurus, no decorrer do estágio foram acompanhados um total de 39 alunos, 19 do sexo feminino e 20 do género masculino, com idades compreendidas entre os 7 e os 15 anos, com frequência do 1º ao 3º ciclo. Dos 39 alunos, 29 (16 do sexo feminino e 13 do sexo masculino) foram acompanhados através de um atendimento sistemático, sendo que os restantes 10 (3 do sexo feminino e 7 do sexo masculino) passaram por um atendimento pontual, cujos casos foram entregues a outras instituições.

Estas crianças e adolescentes apresentam problemáticas maioritariamente de âmbito comportamental/indisciplinar, emocional e de educação especial, nomeadamente, no que concerne, à desmotivação, retenções recorrentes, violência verbal e física, agressividade e participações disciplinares.

Enquadramento Teórico

Neste capítulo pretende-se apresentar uma revisão da literatura existente acerca das problemáticas manifestadas pela população-alvo desta intervenção e sobre a aplicação da musicoterapia em contexto educativo e com este tipo de patologias.

As Crianças e Adolescentes com Perturbação de Oposição

A Perturbação de Oposição caracteriza-se por um padrão repetitivo de comportamento negativista, desafiante, desobediente e hostil em relação às figuras de autoridade, com uma duração mínima de 6 meses, sendo frequente a ocorrência de pelo menos 4 dos seguintes comportamentos: encolerização, discussão com os adultos, desafio e recusa de cumprimento dos pedidos ou regras estabelecidos pelos mesmos, aborrecimento deliberado das outras pessoas, culpabilização alheia pelos próprios erros ou mau comportamento, susceptibilidade, sentimento de raiva ou ressentimento, rancor ou desejo de vingança (DSM - IV, 2002).

Esta perturbação manifesta-se predominantemente durante o período escolar, principalmente nas crianças com temperamentos problemáticos ou com uma elevada actividade motora. Durante o percurso educativo, podem apresentar problemas de auto-estima, labilidade de humor, uma tolerância reduzida à frustração, utilização de linguagem grosseira e consumo de substâncias ilegais (álcool e tabaco), sendo frequentes as situações de conflito com os pais, professores e colegas. A perturbação de oposição apresenta maior prevalência nos contextos familiares desestruturados, onde se verifica a existência de cuidados interrompidos ou nas famílias nas quais impera a austeridade, inconsistência e negligência. Acrescenta-se a estas situações, graves conflitos matrimoniais (DSM - IV, 2002).

Apesar das crianças e adolescentes intervencionados durante este estágio não possuírem um diagnóstico psicológico efectuado por um profissional de saúde, as descrições dos

familiares e professores, bem como a observação directa por parte da estagiária, tendem a conduzir a um quadro de perturbação de oposição, dada a uniformização dos sintomas verificados nos utentes. Verificam-se também alguns problemas de adaptação e variações de humor, embora não se mostre pertinente avançar com um diagnóstico de perturbação da adaptação ou perturbação do humor, uma vez que manifestam apenas algumas características desses tipos de patologia, algumas delas associadas à perturbação de oposição. Assim, o diagnóstico aqui apresentado serve apenas como pré-avaliação psicológica dos utentes.

O Adolescente com Deficiência Auditiva

A Deficiência Auditiva caracteriza-se por uma perda na sensibilidade aos sons decorrente de alguma anormalidade, uni ou bilateral, no sistema auditivo. O défice auditivo pode estar relacionado com a frequência ou intensidade sonoras ou com ambas, sendo a gravidade da perda auditiva classificada em função do limiar auditivo, definido de acordo com a menor intensidade ouvida pelo indivíduo (Villar & Junior, 2008). Assim, a surdez pode ser classificada como leve, moderada, acentuada, grave ou profunda, em função do limiar auditivo. Uma audição dentro da normalidade pressupõe que a menor intensidade sonora ouvida se situe entre 10 e 26 dB, em várias frequências de 250 a 8000 Hz, numa faixa que caracteriza as frequências associadas à fala (Villar & Junior, 2008).

Os avanços tecnológicos na medicina permitiram a criação de novos dispositivos auditivos que melhoram a qualidade de vida dos utentes com graves perdas auditivas, nomeadamente, a prótese de amplificação sonora e o implante coclear, consoante o tipo e a configuração da surdez. O primeiro trata-se de um pequeno aparelho colocado atrás ou dentro do ouvido para amplificar os sons. Por sua vez, o implante coclear refere-se a um conjunto variado de dispositivos que aliam eléctrodos cirurgicamente implantados na cóclea a um processador de

som externo, com o intuito de estimular o nervo auditivo com a corrente eléctrica (Villar & Junior, 2008).

Um acompanhamento inadequado do adolescente com deficiência auditiva durante o seu percurso escolar, acarreta várias implicações psicológicas, emocionais e relacionais, que podem desencadear problemas a nível afectivo, nervoso e de integração social, por possuir limitações no estabelecimento de uma comunicação satisfatória com os pares e o meio que o rodeia. Devido à tardia aquisição da linguagem, a criança/adolescente surdo experimenta um atraso no seu desenvolvimento social, directamente ligado à sua incapacidade de descortinar pistas auditivas sociais, provocando, geralmente, irritabilidade no mesmo e um isolamento gradual. O adolescente surdo que utiliza a língua gestual, geralmente não experimenta este isolamento, principalmente se frequentar uma escola para surdos, embora possa experienciar inversamente o isolamento dos seus pais, se estes não souberem comunicar através da língua gestual. No caso do adolescente surdo que é exclusiva ou predominantemente oral (utilizando a fala para a comunicação), este pode experimentar isolamento social dos seus pares ouvintes, principalmente se não lhe forem ensinadas explicitamente as capacidades sociais que necessita, adquiridas independentemente pelas crianças ouvintes (Hebbar, 2007).

O otologista Hebbar (2007) sublinha a relevância do acompanhamento psicológico do adolescente surdo, de forma a evitar efeitos psicológicos negativos no mesmo. As implicações psicológicas mais frequentes neste tipo de crianças e adolescentes são: a culpa, a vergonha, a raiva, a falta de concentração, a tristeza, a depressão, a preocupação, a frustração, a ansiedade, a desconfiança, a auto-crítica e a baixa auto-estima e auto-confiança.

Um estudo recente focado na psicopatologia no adolescente surdo (Van Gent et al., 2011), concluiu que os problemas emocionais e do comportamento verificados neste tipo de utentes estão associados à rejeição social pelos pares, enfatizando a importância de se considerar as

dimensões do auto-conceito, os problemas com os pares e as características e contexto relacionadas com a surdez ao efectuar a avaliação e tratamento do adolescente com deficiência auditiva.

O tipo de intervenção terapêutica adoptada no tratamento das questões psicológicas que afectam o adolescente surdo depende do nível de oralidade do mesmo. Devido às limitações comunicativas que a surdez impõe nas intervenções psicológicas mediadas pelo discurso verbal, as alternativas terapêuticas frequentemente utilizadas com este tipo de utentes centram-se na expressão artística, corporal e musical, nomeadamente na área das terapias expressivas (Silva, 2006). No entanto, devido à primazia concedida ao desenvolvimento da oralidade, a modalidade terapêutica mais frequente é a terapia da fala.

Segundo Solomon (1998), a utilização da musicoterapia com crianças e adolescentes surdos revela-se bastante eficaz, através da exploração das vibrações dos sons, permitindo a vivência de experiências musicais sem exigir uma audição normal. Assim, a música fornece a este tipo de utentes estimulação táctil, aumentando a auto-consciência, a capacidade de atenção - uma vez que requer que o adolescente se concentre numa determinada actividade - e melhora a interacção social, através da participação em actividades musicais em grupo. Neste sentido, a versatilidade da música permite que este tipo de utentes aprendam capacidades básicas necessárias na sua vida e se adaptem à sua deficiência.

O Desenvolvimento Infantil, a Teoria do Brincar e a Teoria da Vinculação

A intervenção descrita neste documento foi concebida com base nos pressupostos teóricos das teorias psicodinâmicas do desenvolvimento infantil, particularmente as ideias propostas por Winnicott e Bowlby. A teoria do desenvolvimento precoce de Winnicott revela-se a referência primordial neste trabalho. Para a mesma, cada ser humano carrega um potencial inato para amadurecer e para se integrar, embora o desenvolvimento saudável da criança

dependa de um ambiente facilitador que forneça cuidados e uma relação afectiva securizante com a principal figura cuidadora. Este autor considera fundamental para o desenvolvimento do bebé a existência de uma “*mãe suficientemente boa*“, que intervenha como uma construtora activa do espaço mental da criança (Winnicott, 1975).

Segundo Winnicott (1975), a “*mãe suficientemente boa*” é aquela que possibilita ao bebé a ilusão de que o mundo é criado por ele, concedendo-lhe, assim, a experiência da onnipotência primária, a base do fazer-criativo. A percepção criativa da realidade constitui o início da estruturação do *self*, o núcleo singular de cada indivíduo.

O mesmo autor descreve o desenvolvimento emocional do bebé de acordo com a evolução gradual da dependência à independência. De acordo com a perspectiva Winnicottiana, a dependência do bebé atinge o seu máximo no nascimento e tende a diminuir ao longo da vida, apesar de se verificar sempre de alguma forma presente (Brum & Schermann, 2004).

Winnicott considera relevante uma continuidade na relação mãe-bebé, principalmente durante a fase de dependência absoluta, uma vez que se a mãe não for capaz de se relacionar com o bebé, este fica num estado de desintegração, correndo o risco de ocorrerem lacunas primitivas no seu desenvolvimento, que conduzam ao surgimento de patologias mentais (Brum & Schermann, 2004).

Segundo Tavares (s.d.)⁴, a relação estabelecida entre a mãe e o bebé constitui a base de onde irão provir, posteriormente, os vínculos futuros que se estabelecerão pela criança e que constituirão o tipo de relação formada durante a sua existência. Ao longo de toda a sua vida, a força e o carácter deste laço influenciará a vida relacional da criança ou adolescente no seu quotidiano. Assim, sublinha que a possível inexistência de um vínculo significativo na

⁴http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_13339/artigo_sobre_a_constru%C3%87%C3%83o_do_psiquismohttp://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_13339/artigo_sobre_a_constru%C3%87%C3%83o_do_psiquismo

primeira infância comprometerá os futuros relacionamentos da criança, uma vez que não possuirá a capacidade de internalizar uma experiência gratificante e repetir o padrão satisfatório aprendido com outros indivíduos.

Por influência de vários autores, nomeadamente, de Bowlby e Freud, Winnicott define a importância da perda afectiva na génese das perturbações associadas ao comportamento. Segundo o psicanalista, o acto de furtar por parte da criança ou adolescente não constitui um desejo de adquirir o objecto furtado, mas sim a mãe (Winnicott, 1987). Devido à privação afectiva sofrida durante a sua infância, estas crianças ou adolescentes manifestam comportamentos disruptivos no lar ou numa esfera mais ampla, nomeadamente em contexto escolar. De acordo com a abordagem psicodinâmica, estes comportamentos demonstram esperança em obter algo positivo que foi perdido, sendo a ausência dessa esperança uma característica básica da criança ou adolescente que sofreu esse tipo de privação. Neste sentido, experimenta um impulso de busca do objecto, de alguém que possa encarregar-se de cuidar dele, esperando poder confiar num ambiente estável, capaz de suportar a tensão resultante do comportamento impulsivo. A capacidade do ambiente para suportar a agressão, tolerar o incómodo e impedir a destruição é repetidamente testada, preservando o objecto que é procurado e encontrado (Bordin & Offord, 2000).

A intervenção terapêutica com crianças ou adolescentes que manifestam problemas ao nível do comportamento e dos afectos promove um ambiente contentor e promotor de uma relação afectiva securizante com o terapeuta, reproduzindo simbolicamente as dinâmicas e dificuldades de relacionamento e vinculação precoces, com o intuito de produzir alterações nos padrões relacionais estabelecidos pelos utentes com os pares⁴.

A literatura produzida por Winnicott sublinha, também, uma valorização da importância do brincar, enquanto ferramenta terapêutica, relativizando a relevância da interpretação

verbal predominante na abordagem psicanalítica. Na perspectiva do autor, o poder criativo e de descoberta do *self* por parte da criança ou adolescente apenas é conseguido através do brincar, possibilitando, ainda, a comunicação. Assim, a psicanálise constitui uma forma especializada do brincar, enquanto ferramenta de comunicação com o *self* e com o outro, devendo ser fomentada, por parte do terapeuta, a capacidade de brincar no utente (Winnicott, 1975).

A psicoterapia implica que dois indivíduos consigam brincar em conjunto, sobrepondo-se as duas áreas do brincar, a do utente e a do terapeuta. Desta forma, o brincar é considerado uma terapia. No contexto da terapia infantil, Winnicott considera que deve ser atribuída maior relevância ao espaço de brincar do que ao processo de interpretação (Winnicott, 1975).

Tendo em conta toda a conceptualização de Winnicott em torno do brincar, o autor desenvolveu a teoria do brincar, partindo da consideração de que a brincadeira é primária e não produto da exaltação dos instintos. Trata-se de uma forma básica de viver, universal e saudável facilitadora do crescimento e condutora de relacionamentos grupais⁵.

A teoria do brincar (1975) é constituída por quatro fases: mãe como ambiente; separação e descoberta do brincar transicional; sozinho na presença do outro; e, finalmente, o brincar na relação.

Numa primeira fase, a mãe, sensível e orientada para as necessidades do seu filho possibilita a experiência da ilusão e do controlo onipotente sobre o mundo. Posteriormente, o interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controlo de objectos reais gera um espaço potencial entre a mãe e o bebé, denominado por Winnicott como um “espaço intermediário” ou “espaço transicional”, proporcionando o primeiro espaço de brincadeira para o bebé, no qual pode explorar a relação entre o *self* e o outro. A esta exploração

⁵ http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872003000100006&script=sci_arttext.

adiciona-se a utilização de “objectos transicionais”, designadamente um ursinho de peluxe ou um amigo imaginário, de forma a preencher a lacuna entre a realidade interior e o mundo exterior. Na fase que se segue, a criança é capaz de ficar sozinha na presença da mãe, brincando com base na suposição de que ela está disponível. Finalmente, surge um espaço para um brincar conjunto numa relação, em que a mãe introduz o seu próprio brincar. Não obstante, para que isto ocorra é necessário que se verifiquem condições nas fases anteriores a esse momento, ou seja, que o ambiente se tenha adaptado às necessidades do bebé, adquirindo uma confiança em si mesmo e no mundo (Stewart & Stewart, 2002).

A utilização da actividade lúdica como ferramenta para evidenciar os conflitos internos da criança, assemelha-se ao processo que ocorre com os adultos através do discurso verbal. Contudo, o brincar e as brincadeiras infantis não podem ser consideradas processos semelhantes à linguagem e à fala, por apresentarem uma singularidade típica. Na brincadeira, o fundamental não é a relação com o objecto, uma vez que este serve apenas como um mediador entre a realidade e a imaginação. Neste sentido, o objecto principal é a representação de um papel, onde a ficção substitui a regra e desempenha a mesma função. Através do brincar, a criança ou adolescente sente-se livre para experimentar tudo o que deseja, representando simbolicamente o seu mundo interno (Mrech, 1999).

Revela-se aqui pertinente a referência à teoria da vinculação, formulada pelo psicanalista e teórico das relações objectais, John Bowlby, uma vez que abarca um conceito que destaca a relevância dos primeiros processos relacionais da criança com os seus cuidadores relativamente ao desenvolvimento da sua estrutura interna e das suas competências relacionais (Brum & Schermann, 2004).

As conceptualizações efectuadas por Bowlby acerca da vinculação, partem do princípio de que esta última é uma característica que acompanha os indivíduos desde o seu nascimento à

sua morte (Ribeiro & Sousa, 2002). Com a formulação da sua teoria, Bolwby contribuiu para a compreensão da génese e desenvolvimento dos padrões relacionais que se firmam ao longo de todo o desenvolvimento, enfatizando a primeira relação estabelecida pela criança e as figuras de vinculação durante a infância. Baseando-se numa perspectiva darwiniana de selectividade, Bolwby considera que a figura de vinculação (a pessoa mais próxima da criança) garante a segurança e a protecção necessárias para a exploração do meio por parte da criança, constituindo-se a base segura à qual regressa, à procura de conforto e segurança, quando se sente ameaçada ou em perigo. A constância das interacções estabelecidas com a figura de vinculação fomenta o desenvolvimento de conhecimentos e expectativas na criança, acerca da forma como a figura de vinculação responde e acede aos seus pedidos de proximidade e protecção (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003).

Na relação estabelecida entre a mãe ou cuidador e a criança podem-se verificar vários tipos de comportamento, nomeadamente, comportamentos que envolvam procura de proximidade a fim de garantir protecção e comportamentos intrínsecos ao desconforto da clivagem com a figura de apego ou ao deleite do reencontro com a mesma. A activação ou desactivação deste processo relacional por parte da criança depende do desenvolvimento deste sistema a partir das experiências mais precoces com as figuras de vinculação, que por sua vez, influenciarão a produção dos modelos internos da criança, que a orientarão no estabelecimento dos futuros laços relacionais (Abreu, 2005).

Schneider-Rosen (1990) destaca que a manutenção de uma relação vinculativa na infância constitui uma tarefa sócio-emocional facilitadora da resolução de tarefas e desafios intrínsecos a cada etapa do desenvolvimento futuro.

Uma vinculação segura proporciona o desenvolvimento de diversas competências na criança, nomeadamente no que diz respeito a uma maior qualidade relacional (Thompson,

1999; Berlin & Cassidy, 1999), a um funcionamento intrapessoal positivo, numa maior independência e auto-estima (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005), numa maior capacidade de *coping* face à resolução de problemas (Sroufe et al., 2005), à adequação de estratégias de regulação emocional (Laible & Thompson, 1998) e a uma menor probabilidade de ocorrência de problemas comportamentais na infância (Sroufe et al., 2005).

Segundo Erikson (1950), um cuidador que responda consistentemente a todas as necessidades do bebé estimula um sentido de confiança, ao passo que cuidadores inconsistentes ou pouco responsivos produzem falta de confiança no mesmo. Ademais, o autor acredita que as crianças que aprenderam a não confiar nos seus cuidadores durante a infância podem evitar o estabelecimento de relacionamentos de confiança recíproca durante toda a vida, tendo maior probabilidade de manifestar problemas de adaptação social e patologias do comportamento.

Apesar dos dados existentes serem limitados por se focarem exclusivamente nos tipos de apegos das crianças com as respectivas mães, de acordo com Shaffer (2005) as crianças que estabeleceram apegos primários seguros apresentam maior propensão para consequências desenvolvimentais mais favoráveis. Por seu turno, as crianças cujo apego primário se evidencia desorientado, possuem maior tendência para a manifestação de padrões comportamentais hostis e agressivos em contexto pré-escolar e no percurso escolar futuro, tendo maior probabilidade de vivenciarem rejeição por parte dos seus pares.

A Musicoterapia

A *American Music Therapy Association* (AMTA), define a musicoterapia como a utilização da música com o intuito de tratar necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais do utente, dentro de uma relação terapêutica. Assim, através do envolvimento musical presente no contexto terapêutico, abrem-se caminhos para a comunicação e para a

consciencialização das capacidades do utente, através do seu reforço e da sua posterior transferência para outras áreas do seu quotidiano, num processo de representação e expressão emocional⁶.

Ao longo dos últimos séculos, o uso da música enquanto terapia direccionada a populações em idade escolar tem sido uma prática comum, embora o fornecimento desse serviço por parte de um musicoterapeuta profissionalmente qualificado tenha visto um desenvolvimento relativamente mais recente. No final da década de 70 do século XX, verificou-se um impulso significativo na delineação do papel da musicoterapia em contexto educativo, especificamente com utentes com graves incapacidades, com perturbações associadas ao comportamento e com dificuldades e atrasos de aprendizagem (Alley, 1977). Jellison (1979) sublinha que o papel do musicoterapeuta pode abranger objectivos de curto prazo, mas também objectivos musicais focados na planificação curricular longitudinal, especialmente relacionados com o lar, a escola e a comunidade.

A literatura e prática clínica musicoterapêutica com os dois tipos de população intervencionados, adopta vários tipos de abordagens terapêuticas, nomeadamente de cariz comportamentalista (Sausser, 2006), no que diz respeito às crianças e adolescentes com perturbação de oposição, e treino de competências maioritariamente na área da comunicação (Chen-Hafteck, 1997), no caso dos adolescentes surdos. No entanto, neste trabalho optou-se por uma abordagem psicoterapêutica, defendida por vários autores (Peters, 2000; Leigh, 1999)⁷, que enfatiza a relevância da relação afectiva enquanto reprodução simbólica das dinâmicas e dificuldades de relacionamento e vinculação precoce. Segundo Bruscia (1998a), neste tipo de terapia são utilizadas experiências musicais a fim de facilitar o processo

⁶ <http://www.musictherapy.org/about/quotes/>.

⁷ http://www.music-psychotherapy.com/about_us.html.

interpessoal, que se desenvolve no seio dessas mesmas experiências, e o próprio processo de mudança terapêutica. Assim, as necessidades do utente podem ser trabalhadas directamente através dos próprios elementos da música e/ou directamente através das relações interpessoais que se desenvolvem no processo de criação musical em conjunto.

Os utentes da musicoterapia com abordagem psicoterapêutica podem sofrer de vários tipos de problemas de foro psicológico/psiquiátrico, emocional e/ou relacional, que afectem o seu contexto intra e interpessoal (Bruscia, 1998a; Bruscia, 1998b). Assim, os objectivos terapêuticos variam de acordo com as mudanças que o utente e o terapeuta julguem necessárias ou desejáveis (Bruscia, 1998a). Bruscia (1998a), destaca como objectivos característicos da musicoterapia psicoterapêutica a expressão emocional, o maior auto-conhecimento, a melhoria das competências interpessoais, a resolução de conflitos internos, as mudanças ao nível das emoções e atitudes, a resolução de problemas interpessoais, o desenvolvimento de relações saudáveis, o tratamento de traumas emocionais, o aprofundamento do *insight*, a mudança comportamental, o desenvolvimento espiritual, entre outros.

Os contextos de aplicação deste tipo de musicoterapia também podem ser diversos, nomeadamente desde hospitais psiquiátricos, centros de aconselhamento e clínicas privadas (Bruscia, 1998b). Para além do tipo de problema, objectivo ou contexto em que se aplica, aquilo que diferencia este tipo de musicoterapia centra-se na ênfase colocada na relação que se desenvolve entre o musicoterapeuta e o utente, condição essencial para o desenvolvimento do processo interpessoal que a caracteriza (Bruscia, 1998a).

Na musicoterapia psicoterapêutica, o terapeuta desempenha várias funções, nomeadamente, no acompanhamento musical do utente; no apoio psicológico do mesmo; na facilitação da sua tarefa musical; na promoção do seu desenvolvimento pessoal; na condução

dos processos não-musicais para a vivência musical e, finalmente, no trabalho musical da relação afectiva (Bruscia, 1998b).

Nas sessões de musicoterapia psicoterapêutica, o foco colocado nas experiências musicais e verbais pode variar consideravelmente, de acordo com a situação clínica do utente ou da orientação do terapeuta. Assim, este último pode adoptar uma abordagem psicoterapêutica transformativa, na qual a própria experiência musical conduz à mudança, sendo terapeuticamente completa e transformativa por si só, ou por outro lado, se o terapeuta optar por uma orientação psicoterapêutica de *insight*, é a predominância da mediação verbal que provoca a mudança no utente (Bruscia, 1998a).

O tipo de musicoterapia descrito anteriormente, bem como aquela que se praticou no estágio aqui relatado, possui uma orientação psicodinâmica ou psicanalítica, assente nas propostas de Winnicott para a intervenção terapêutica com crianças e adolescentes com problemas de foro comportamental e afectivo. Na teoria psicoanalítica, os principais agentes de mudança terapêutica são a relação utente-terapeuta e a música, sendo que o seu principal objectivo centra-se na remoção dos obstáculos que impedem o utente de compreender o seu potencial completo e de alcançar os seus objectivos pessoais. A eliminação desses obstáculos envolve o acesso ao material inconsciente, ganhando auto-conhecimento, libertando a energia defensiva e redireccionando-a em direcção a objectivos positivos e ao desenvolvimento do equilíbrio e da criatividade (Bruscia, 1987).

A relação terapêutica envolve vários tipos de mecanismos, enfatizados pela teoria psicanalítica (e de forma pioneira por Mary Priestley), que influenciam a intervenção musicoterapêutica, designadamente, a transferência, a contra-transferência e a resistência. Segundo Bruscia (1998a), a transferência trata-se do fenómeno através do qual o utente interage/projecta, durante o contexto terapêutico, de forma similar aos padrões relacionais

que estabeleceu anteriormente com pessoas ou coisas importantes na sua vida. Desta forma, o utente projecta no terapeuta a carga emocional que carrega em relação a essas figuras importantes da sua vida. Por seu turno, a contra-transferência pode ser definida segundo três vertentes: como a reacção inconsciente por parte do terapeuta à transferência do utente; como tudo aquilo que o terapeuta traz enquanto ser humano para a situação terapêutica e/ou como a replicação do passado do terapeuta em colaboração com o utente. Finalmente, a resistência constitui um mecanismo de defesa no qual o utente evita ou impede o processo terapêutico devido ao seu receio da consciencialização de material que se encontra reprimido na sua mente (Bruscia, 1998a).

A Musicoterapia em Contexto Educativo

Devido à introdução da ideologia de inclusão na educação, verificou-se uma ampliação da participação de todas as crianças e adolescentes nas instituições de ensino regular, independentemente do seu grau patológico (Clough, 2000). Esta tendência foi acompanhada por uma demanda progressiva de musicoterapeutas na instituição educativa, devido à mescla de deficiências e perturbações que podem coexistir na mesma sala de aula. Segundo Gfeller (1999), uma vez que os contextos educativos abarcam alunos com um vasto número de problemas, o musicoterapeuta adopta vários tipos de funções: ensino de educação musical a crianças e adolescentes com e sem patologias na mesma turma; ensino de educação musical a turmas não inclusivas, cujas necessidades educativas dos alunos não são atendidas no ensino regular; fornecimento de serviços musicoterapêuticos a crianças cujo plano educativo individual (PEI) indique necessidade de intervenção musicoterapêutica; e consulta com outros professores acerca da adaptação do ensino musical ou uso da música para reforçar outros conceitos de sala de aula.

Em contexto educativo, existem quatro categorias terapêuticas básicas frequentemente enfatizadas: as actividades musicais de apoio às tarefas académicas, cujo trabalho incide sobre a estimulação cognitiva; a utilização da música enquanto reforço positivo de comportamentos adequados; as actividades musicais de apoio socio-emocional, onde se podem praticar comportamentos sociais apropriados e exprimir sentimentos; e a musicoterapia de apoio à educação musical, onde o musicoterapeuta pode fornecer métodos adaptativos para assegurar a participação bem sucedida do aluno com dificuldades no ambiente musical (Gfeller, 1999).

Durante o estágio descrito neste documento, a abordagem terapêutica utilizada prendeu-se fundamentalmente com o apoio socio-emocional dos utentes, através do estabelecimento de uma relação contentora, catalizadora de padrões comportamentais e afectivos apropriados. A existência de uma colaboração entre os profissionais de saúde, neste caso, a musicoterapeuta, e os profissionais de educação possibilita um acompanhamento estruturado e completo do utente, transpondo-se os resultados positivos obtidos nas sessões de musicoterapia para o contexto de sala de aula.

A Musicoterapia com Crianças e Adolescentes com Perturbação de Oposição

A musicoterapia com crianças e adolescentes com perturbação de oposição tem sido aplicada em vários contextos e em diferentes países, comprovando-se os efeitos da utilização terapêutica da música com utentes que manifestam dificuldades ao nível do auto-controlo, da adequação de resposta e da interacção social (Friedlander, 1994). A intervenção musicoterapêutica revela-se especialmente eficaz com este tipo de população, dado que se relacionam intensamente com a música na sua cultura de pares, tratando-se, assim, de um meio familiar para os mesmos, com alta probabilidade de obtenção de resultados positivos (Hendricks, Robinson, Bradley & Davis, 1999). Assim, no presente capítulo pretende-se

abordar os efeitos e benefícios do trabalho musicoterapêutico com crianças e adolescentes com perturbação de oposição, através da exposição de alguns estudos⁸ que comprovam a eficácia desta abordagem terapêutica com estes utentes.

A música pode fornecer um ponto de partida comum para a discussão e auto-expressão, sendo que a sua não verbalidade faz com que seja um excelente recurso para chegar ao utente e facilitar a sua auto-expressão através de um meio alternativo de comunicação. Frequentemente, a música revela-se a única ferramenta que produz melhorias na comunicação com esta população (McIntyre, 2007). Um estudo realizado por Montello e Coons (1998) corrobora esta teoria, evidenciando os efeitos da intervenção musicoterapêutica em utentes com dificuldades relacionais, cuja melhoria da auto-confiança e da auto-estima foi despoletada pela produção musical.

Devido à sua atitude resistente, às suas lacunas a nível escolar e social, o utente com perturbação de oposição constitui uma boa indicação para uma abordagem activa e não-verbal com a musicoterapia (McIntyre, 2007).

Em 1975, Juliette Alvin realizou um estudo com adolescentes do sexo masculino diagnosticados com perturbação de oposição. Alvin descobriu que quando se preparavam para um concerto, os rapazes que eram habitualmente agressivos mostravam interesse e entusiasmo pela música, concluindo que esta última era catalisadora da expressão verbal e emocional (McIntyre, 2007).

Na generalidade dos estudos centrados neste tipo de população, o processo musicoterapêutico têm-se revelado eficaz em vários aspectos, nomeadamente: na redução dos níveis de ansiedade; na melhoria da resposta emocional; na ajuda na organização interna; na

⁸ As investigações apresentadas referem-se às duas modalidades terapêuticas, individual e/ou grupal, debruçando-se predominantemente, no primeiro caso, no trabalho de conflitos internos do utente e, no segundo caso, no desenvolvimento de competências interpessoais.

coordenação da mente e do corpo; na auto-regulação e no auto-conceito; na estimulação da socialização e na verbalização; no aumento da consciência e cooperação grupais; bem como na relação entre aprendizagem e música, permitindo o crescimento subsequente e facilitando a mudança intrínseca a vários níveis (Hendricks et al., 1999).

Sandra Wilson (1991) considera a musicoterapia um complemento à educação, permitindo o desenvolvimento social, emocional, cognitivo e físico em crianças com dificuldades de aprendizagem resultantes de problemas físicos, psicológicos ou emocionais. Esta autora enfatiza, ainda, o contributo da musicoterapia na capacidade de aprendizagem e motivação do indivíduo em ambiente educativo.

No que diz respeito às técnicas musicoterapêuticas mais eficazes com o tipo de população em análise, a abordagem musicoterapêutica Nordoff-Robbins, enfatiza a relevância da improvisação enquanto componente essencial na intervenção musicoterapêutica com crianças e adolescentes com perturbação de oposição. Esta fornece um meio através do qual o utente pode exprimir e dissipar os seus sentimentos de revolta e onde pode começar a processar alguns dos problemas emocionais que o afectam (McInyre, 2007).

Tervo (2005) sublinha os benefícios da utilização musicoterapêutica da improvisação livre como um veículo de identificação de conflitos e experiências internas ocultas, verificando-se um foco na música do utente através de um ambiente seguro que proporciona a sua expressão. Bruscia (1987) acrescenta que o recurso a esta técnica possibilita a formação de uma estrutura musical-psicológica, onde a tensão do utente é direccionada a um novo objecto de transição, facilitando a resolução dos seus conflitos.

Por seu turno, Goldstein (1990) afirma que a composição musical fornece bastante informação adicional acerca do utente com perturbação de oposição, proporcionando-lhe uma experiência positiva e bem sucedida a nível terapêutico.

Num estudo realizado por Haines (1989), os utentes diagnosticados com perturbação de oposição que participaram em sessões grupais de musicoterapia, demonstraram diferenças mais imediatas na dinâmica de grupo do que aqueles que participaram na terapia verbal individual. De acordo com as suas interações, os primeiros sentiram-se mais motivados, mais dispostos a trabalhar em conjunto, a tocar, discutir, compor e a reflectir. Segundo o autor, o *setting* grupal é o mais adequado para o trabalho com crianças e adolescentes, considerando que a improvisação em grupo com instrumentos e/ou voz pode, também, aumentar a coesão e cooperação grupais.

Ao trabalhar com este tipo de utentes, o musicoterapeuta deve fomentar a confiança e o respeito, condições necessárias para o desenvolvimento e manutenção de uma relação musical e terapêutica. Os autores Ritchie e Fleming (1993) acreditam que os utentes com um comportamento desafiador apresentam um carácter forte e uma necessidade de afirmação bastante marcada. Assim, a musicoterapia fomenta o potencial inato destes utentes e oferece um canal para a sua criatividade. Através da postura de aceitação demonstrada pelo musicoterapeuta, estes adolescentes podem ser apoiados nos seus próprios esforços para desenvolver a auto-estima e um conhecimento mais positivo de si mesmos.

A Musicoterapia com Crianças e Adolescentes em Contexto Grupal

Segundo Rossi e colegas (2009), o grupo terapêutico infantil pode funcionar como um espaço fundamental, no qual os utentes podem manifestar os seus desejos, vivenciar a infância num ambiente que acolhe as suas questões e construir algo pessoal, que possibilite a sustentação de limites e o processo de alteridade. O terapeuta neste espaço é responsável pela facilitação das dinâmicas grupais, procurando fomentar a concepção de colectivo no sentido de uma troca, potencializando a criança e não procurando os seus problemas. Assim, os autores salientam que o grupo terapêutico permite que a criança seja considerada nas suas

questões e que não seja o próprio sintoma, desmistificando o diagnóstico empírico ou conceptual referido pelos cuidadores ou pelos profissionais de saúde que a encaminham.

O grupo terapêutico possibilita à criança a construção de novas alternativas, modos de subjectivação e existência. Bleichmar (1995) descreve o contexto grupal como um espaço que proporciona à criança ou adolescente um meio contendor, de projecção e de expressão, bem como um enquadre figurativo, uma armação simbólica dos sistemas relacionais com o outro. Assim, a função do terapeuta centra-se em facilitar esses objectivos.

Rossi e colegas (2009) sublinham a ideia do grupo enquanto veículo para o trabalho dos problemas da infância e adolescência e de prevenção à saúde. Segundo Barros (1995), o processo grupal desenvolve a solidariedade e propicia expressões múltiplas e a produção de singularidade.

No entanto, os grupos musicoterapêuticos contêm algumas especificidades em relação aos grupos terapêuticos, nomeadamente, no que concerne à adição de todos os elementos musicais à linguagem verbal, na relação no aqui-e-agora da sessão. Gardstrom (2007) salienta que na experiência de criar música em grupo, os membros tendem a desenvolver papéis fundamentais no mesmo, independentemente das suas capacidades de expressão verbal, vivenciando um processo criativo que lhes permite construir as suas próprias soluções. A experiência estética de transformação desencadeada em contexto grupal musicoterapêutico, revela-se essencial para o desenvolvimento do processo terapêutico.

No que diz respeito às dinâmicas grupais características de um grupo de com adolescentes, Malekoff (1997) destaca alguns dos seus aspectos: a necessidade de estrutura na fase inicial da terapia, embora, mantendo a responsabilidade dos membros do grupo; os desafios constantes à autoridade do terapeuta e à confiança de cada participante do grupo; a tendência à competição e à hierarquização de papéis; os mecanismos de procura de atenção; a

atividade física enquanto descarga de tensão acumulada; a confusão e a brincadeira; e, finalmente, a relevância do silêncio e da experiência não-verbal.

Relativamente à função do terapeuta num grupo de musicoterapia com este tipo de população, Malekoff (1997) sublinha a importância de manter um bom sentido de humor, dispor de abertura à relação, honestidade e disponibilidade para se diluir simbolicamente, transmitindo, em simultâneo, uma imagem positiva capaz de suportar as dificuldades que se afiguram no processo terapêutico do grupo.

Segundo Rutan e Stone (2001), o trabalho terapêutico grupal envolve três dimensões: a intrapsíquica, a interpessoal e o grupo. A dimensão intrapsíquica comporta os traços de personalidade, as defesas típicas, as técnicas de resolução de problemas, as relações objectais, entre outros aspectos. No que diz respeito à dimensão interpessoal, esta abrange os estilos relacionais, a exteriorização de conflitos internos, os papéis sociais e os mecanismos de projecção e identificação projectiva. Finalmente, a dimensão grupal envolve a estrutura social do grupo, as suas normas, valores, pressupostos e restrições. Os autores referem que o foco do terapeuta influencia os conteúdos desenvolvidos na sessão, sendo que os processos de transferência acedem, fundamentalmente, ao mundo fantasmático e ao inconsciente e, por seu turno, a interacção entre os membros do grupo trabalha, essencialmente, as relações interpessoais e as competências sociais.

MacKenzie (1994) divide os factores terapêuticos característicos de um grupo em quatro categorias: uma primeira, essencialmente de suporte, onde predomina o sentimento de pertença a um grupo, a universalidade (reconhecimento dos sentimentos pessoais no outro), a aceitação, o altruísmo, a esperança e a coesão grupal; uma segunda, de auto-revelação, que envolve, fundamentalmente, a catarse; uma terceira, de aprendizagem, que envolve a educação, a aprendizagem vicariante e a modelação; e uma última, de trabalho psicológico,

relacionado com a aprendizagem interpessoal e o *insight*.

Os factores terapêuticos grupais são componentes básicos de mudança na terapia de grupo, sendo inerentes à interacção do mesmo e não estando especificamente associados com a acção do terapeuta. Estes agentes terapêuticos promovem a aliança terapêutica e a coesão grupal, através do alívio da ansiedade do sentimento de singularidade dos utentes, que por terem experiências similares, facilitam a aceitação de si e dos restantes membros do grupo, motivando-os para a terapia e reconhecendo no altruísmo os próprios sentimentos e aspectos positivos valorizados e apreciados pelos outros (Scheidlinger et al., 1997).

Na análise das dinâmicas de grupo, intra e interpessoais, os papéis adoptados por cada participante no grupo terapêutico são de especial importância, referindo-se a funções específicas, de trabalho e/ou emocionais, dentro do grupo e com paradigmas sociais característicos de cada indivíduo. MacKenzie (1994) propõe quatro tipos de papéis, que serviram de base para a avaliação das dinâmicas grupais observadas nos grupos terapêuticos do presente estágio: o papel estrutural, centrado no entendimento das tarefas colectivas, sendo essencialmente um papel de liderança; o papel sociável, em concordância com a qualidade dos sentimentos nas relações interpessoais, revelando-se uma figura de regulação da quantidade e qualidade dos afectos no grupo; o papel divergente, normalmente atribuído ao bode-expiatório, concedendo perspectivas distintas das restantes, normalmente em oposição ou rebelião relativamente às normas e valores colectivos, sendo frequentemente o porta-voz de assuntos e afectos partilhados pelo grupo, inconscientemente ignorados ou recalcados; e, finalmente, o papel prudente, associado à pessoa silenciosa, símbolo da humilhação e embaraço potencial do encontro interpessoal.

No que diz respeito ao desenvolvimento da dinâmica grupal ao longo do tempo, Rutan e Stone (2001), definem quatro fases: a fase formativa, a fase reactiva, a fase madura e a fase

de separação.

Na primeira fase, a fase formativa, ocorre um desenvolvimento da confiança entre os membros do grupo, procurando formas de se juntar ao mesmo. Os participantes orientam-se para a tarefa de aprendizagem das regras de sustentação do grupo, indagando semelhanças (principalmente por parte do líder) e introduzindo-se de várias formas, na procura por uma identidade grupal imbuída de características pessoais. Cada membro tenta construir um nível de intimidade relacional que possua antecedentes seguros no seu passado, causando ansiedade e o desencadeamento de formas de relacionamento interpessoal características dos anos formativos com a família ou com os cuidadores. A procura por um líder e uma direcção provoca ambiguidade e frustração nos membros do grupo, manifestando mecanismos de defesa específicos de cada indivíduo (Rutan & Stone, 2001).

A fase reactiva, ou de “*fight/flight/storming*”, caracteriza-se por uma tomada de consciência das diferenças entre os membros do grupo, bem como das suas próprias reacções de pertença ao grupo, ocorrendo testes e modificações das normas estabelecidas na primeira fase. Nesta fase de rebelião e diferenciação, a individualidade de cada indivíduo torna-se fortemente vincada, à medida que os participantes tentam determinar uma forma de manter ou desenvolver as suas identidades, em simultâneo com o seu papel enquanto membros do grupo. Nesta fase de explosões emocionais e irregularidades de compromisso para com o grupo, o líder aborda as violações dos acordos formulados inicialmente pelo grupo, de forma consciente, com curiosidade e reflexão, absorvendo os sentimentos negativos e as decepções do mesmo. Procura-se, fundamentalmente, manter o sentido de coesão e pretença grupais, bem como o sentido de diferenciação, manifestado, por um lado pela revolta, rebelião e assertividade e, por outro, pelo recuo, passividade e conformidade (Rutan & Stone, 2001).

A penúltima fase, a fase madura, evidencia o trabalho de grupo, direccionado para

objectivos concretos. Para além de ocorrer uma transferência de temas de sessões anteriores, verifica-se um foco nas respostas e interações intragrupais enquanto fonte de mudança, sendo que ocorre uma diminuição da idealização em torno do terapeuta, cuja função de aliado produz uma aliança terapêutica sólida com o mesmo. Esta fase envolve um aumento da confiança do grupo, no sentido de se sentirem capazes de lidar com os problemas e a ansiedade despoletada pelos mesmos, acompanhado pela partilha da liderança e o assumir de tarefas e papéis emocionais de liderança demonstrativos do desenvolvimento pessoal. Nesta fase, os membros do grupo apreciam-se uns aos outros, bem como, os pontos fortes e as fraquezas do terapeuta, respondendo uns aos outros com a compreensão de que o comportamento é interpessoal e intrapsíquico (Rutan & Stone, 2001).

Na fase de término do desenvolvimento do grupo, a fase de separação, as últimas sessões são dedicadas ao final do grupo, ocorrendo uma reflexão acerca de todo o processo e trabalho terapêutico e uma consciencialização das mudanças decorrentes do mesmo. Esta fase é de particular relevância para a integração e transferência de todo o processo para a vida exterior de cada membro, sendo por isso de extrema dificuldade, tanto para os membros do grupo, como para o terapeuta (Rutan & Stone, 2001).

O adolescente surdo e o grupo. Segundo Moreno (1995), o adolescente com deficiência auditiva é capaz de responder ao ritmo e de discriminar e comparar os sons, sendo que a exposição a sons amplificados pode exercer influência no desenvolvimento da sua capacidade de resposta normal ao som e, portanto, pode conseguir apreciar a música e ser capaz de se expressar como um adolescente ouvinte. No decorrer da actividade musical, o adolescente surdo descobre o ritmo como elemento constitutivo da música e capta as suas propriedades (acentuação, duração, entre outras), enriquecendo-o muito positivamente e reforçando a sua segurança e auto-estima. Através do ritmo, do movimento, dos jogos musicais, entre outras

actividades, o musicoterapeuta pode criar uma fonte de estímulos rica e variada que ajude a desenvolver as percepções auditivas, tácteis, cinestésicas e visuais do adolescente surdo. A percepção das vibrações proporciona-lhe prazer, tanto se o ritmo for produzido pelo musicoterapeuta, como por si mesmo ou pelo grupo. O autor afirma que o desenvolvimento rítmico é importante para o surdo segundo duas perspectivas, por um lado no que diz respeito ao ritmo das palavras e, por outro, no que concerne ao ritmo no movimento, tratando-se, assim, de uma das ferramentas musicais a explorar em contexto grupal musicoterapêutico.

Robbins & Robbins (1980) salientam que as actividades musicais em grupo constituem modelos eficazes para a adaptação social de crianças e adolescentes com deficiência auditiva. De acordo com a sua prática clínica com este tipo de população, os autores concluíram que as vivências decorrentes das experiências musicais produzem efeitos variados nestes utentes, motivando os mais resistentes a cooperar, concentrando os mais distraídos e impulsinando os mais relutantes a terminar as tarefas. Acrescentam, ainda, que os utentes que frequentemente são mal sucedidos noutra tipo de terapia, podem receber apoio especial e compensação por meio dos progressos na música.

A Musicoterapia e o Desenvolvimento Infantil

A literatura musicoterapêutica tem vindo a debruçar-se sobre o papel da música no desenvolvimento infantil, num processo de transformação no qual as experiências significativas mantidas no interior do ser humano assumem uma forma retumbante externa (Lehtonen, 1993). Assim, as manifestações musicais funcionam como representações de metamorfoses internas, de emoções, de sentimentos, de impulsos e de intenções do indivíduo.

Lehtonen (1993) considera que a música estabelece uma ponte com a infância, representando o processo interno de regulação do indivíduo, cujas raízes remontam à interacção mãe-bebé e às experiências de fusão com esta relacionadas. Segundo o autor, toda

a acção criativa consiste numa forma de resolução de problemas da vida real, afirmando que a “profundidade antropológica” da música lhe confere uma singularidade que permite a exploração, por parte do indivíduo, das suas componentes internas localizadas em fases iniciais do desenvolvimento, designadamente ao nível do desenvolvimento da função simbólica. Numa fase posterior, estes estádios formam a base para a manipulação e percepção de realidade e existência (Lehtonen, 1993).

Por seu turno, Weigel (1988) sublinha a contribuição da música no reforço do desenvolvimento cognitivo/linguístico, psicomotor e sócio-afectivo da criança, defendendo que quanto maior a riqueza de estímulos recebidos pela mesma, melhor será o seu desenvolvimento intelectual.

Neste sentido, as experiências rítmico-musicais e o trabalho com os sons possibilitam uma participação activa que favorece o desenvolvimento sensorial e a acuidade auditiva da criança. Por um lado, o movimento auxilia a coordenação motora e a atenção e, por outro, o canto e a imitação sonora proporcionam a descoberta das suas capacidades e o estabelecimento de relações com o ambiente em que vive. Segundo Weigel (1988), a criança vai-se diferenciando do outro e procurando integrar-se com este no processo de formação da sua identidade. A expressão musical possibilita a expressão dos seus sentimentos, a libertação das suas emoções e o desenvolvimento de um sentimento de segurança e auto-realização.

Bréscia (2003) efectua um paralelismo entre o brincar (jogo) e a música, definindo três tipos de jogos musicais correspondentes às fases do desenvolvimento infantil: o sensório-motor (até aos dois anos de idade), o simbólico (a partir dos dois anos) e o analítico (a partir dos quatro anos de idade). Os jogos musicais permitem o desenvolvimento da motricidade, da linguagem, do sentido de organização e da disciplina.

A teoria do brincar revelou-se pioneira no surgimento do pensamento simbólico e na relevância do lúdico enquanto mecanismo de acesso ao simbolismo, fulcral para a construção de significados ao longo do desenvolvimento da criança. Na intervenção terapêutica com crianças ou adolescentes com problemas de comportamento e de foro emocional, relacionados com experiências de abandono, negligência ou desadaptação social, ocorrem fenómenos regressivos, através dos quais os utentes reactivam as suas experiências precoces com os objectos primários, as vicissitudes da relação mãe-bebé e revivenciam as suas necessidades desenvolvimentais que ficaram por satisfazer (Frank-Schwebel, 2002).

A comunicação estabelecida através do brincar em contexto terapêutico possibilita as condições ambientais para que o utente possa brincar ou “comunicar a um nível profundo” (Winnicott, 1975) com o terapeuta, segundo um modelo de confiabilidade, de partilha de referências e de brincar mútuo. Uma vez que este tipo de crianças ou adolescentes manifestam descargas emocionais não simbolizadas, afectivamente assemelham-se a um bebé, cuja produção de significado e de sentido emocional progride com a construção gradual de uma relação terapêutica securizante, alicerçada no brincar e no apego e vínculo seguro (Frank-Schwebel, 2002).

Uma vez que o tipo de população intervencionada neste estágio manifesta, por um lado, dificuldades no estabelecimento de uma relação que limitam o seu desenvolvimento normal e, por outro, no caso dos adolescentes surdos, têm dificuldades auditivas que, por vezes, impossibilitam a comunicação com os pares ouvintes e provocam falta de auto-estima, a musicoterapia oferece-lhes a possibilidade de reconstrução dos seus padrões relacionais com os cuidadores e pares, permitindo o estabelecimento de um vínculo semelhante àquele que foi criado anteriormente entre a mãe e o bebé, através da interacção com o musicoterapeuta que desempenha a função de “mãe suficientemente boa”.

Objectivos Propostos

As ideias expostas na secção anterior suportam a aplicabilidade da musicoterapia com crianças e adolescentes em contexto educativo, com perturbação de oposição e deficiência auditiva.

Assim, e tendo em conta os dados referidos, foram formulados os seguintes objectivos para a intervenção musicoterapêutica com crianças e adolescentes com perturbação de oposição e com adolescentes com deficiência auditiva sobre os quais incidiu a intervenção descrita neste documento:

- 1) Potenciar o acesso de crianças e adolescentes com perturbação de oposição, bem como, adolescentes com deficiência auditiva, à intervenção terapêutica, integrando-as no contexto educativo;
- 2) Contribuir para a implementação dos Planos Educativos Individuais (PEI) de crianças com necessidades educativas especiais, em colaboração com os profissionais de educação;
- 3) Diminuir as dificuldades de funcionamento nos casos em regime de inclusão, complementando a intervenção dos professores de educação especial;
- 4) Promover uma abordagem terapêutica alternativa às crianças com problemas emocionais, de gestão do comportamento e integração no meio escolar.

Metodologia

Neste capítulo pretende-se efectuar uma descrição de todo o processo envolvido para a concretização deste estágio, contemplando os procedimentos, técnicas e os instrumentos que serviram de base para a recolha do material clínico da amostra.

Descrição da Amostra

Apresenta-se, de seguida, um quadro descritivo dos dados pessoais dos utentes acompanhados em musicoterapia durante este estágio, bem como o tipo de diagnóstico, o número de sessões realizadas e o tipo de intervenção musicoterapêutica em que foram integrados. Por questões de privacidade e confidencialidade dos utentes, foram utilizadas as suas iniciais.

Tabela 1

Casos acompanhados em musicoterapia

Diagnóstico	Nome	Idade	Número de sessões	Intervenção
Perturbação de oposição	C. P.	7 anos	20	Individual
	A. R.	8 anos	13	Grupo I
	P. M.	9 anos	14	Grupo I
	R. P.	9 anos	15	Grupo I
	L. D.	9 anos	16	Grupo I
	M. O.	11 anos	14	Grupo I
	M. F.	11 anos	9	Grupo II
	I. A.	12 anos	7	Grupo II
	F. U.	12 anos	2	Grupo II
	J. S.	14 anos	1	Grupo II
A. B.	14 anos	2	Grupo II	
Deficiência auditiva	P. C.	10 anos	12	Grupo III
	B. N.	10 anos	12	Grupo III
	C. S.	12 anos	8	Grupo III

Procedimentos

Fase de integração e observação. A primeira fase do estágio caracterizou-se pela integração da estagiária na equipa do IAC, que passou pela realização de reuniões com todos os membros, com o objectivo de se familiarizar com o funcionamento e método de trabalho da instituição.

Através do contacto com a equipa educativa pertencente ao Agrupamento de Escolas Terras de Laurus, bem como com a técnica do GAAF, foi possível recolher informação acerca das crianças e adolescentes acompanhados pelo GAAF e pelo núcleo de educação especial. Estes elementos possibilitaram uma partilha de dados, informações e preocupações relativas a cada caso, permitindo à estagiária o acesso aos processos individuais e respondendo a todas as suas questões e dúvidas.

Para um melhor entendimento do trabalho musicoterapêutico e da sua pertinência no agrupamento, foram distribuídos panfletos informativos à equipa docente e aos encarregados de educação das crianças e adolescentes pertencentes ao agrupamento.

Nesta fase foi imprescindível o relacionamento informal com as crianças e adolescentes acompanhadas pelo GAAF, que geriram a presença e proximidade da estagiária de formas diferentes. Alguns mostraram grande entusiasmo por lhes dispensar o seu tempo e conversar com eles, outros retraíram-se e mantiveram alguma distância.

A observação do comportamento destas crianças e adolescentes durante o recreio serviu para aferir as relações estabelecidas com os restantes colegas, possibilitando a compreensão de dois tipos de postura: em alguns casos, verificou-se uma gestão dos limites da relação pouco controlada com os colegas e, por vezes, agressiva e, noutros casos, um retraimento e isolamento.

Outro aspecto que contribuiu para o conhecimento das atitudes e comportamentos destas crianças e adolescentes em contexto de sala de aula, foi a observação de algumas aulas, onde se corroboraram os dados fornecidos pela equipa docente e pela técnica do GAAF.

Para uma melhor compreensão do trabalho de acompanhamento de cada caso, a técnica do GAAF convidou a estagiária a assistir a algumas sessões individuais de atendimento psicológico com vários utentes, imbuindo-a de toda a dinâmica da intervenção do GAAF na escola. Noutras ocasiões, a estagiária teve a oportunidade de reunir com um dos professores, permitindo-lhe compreender a forma como é efectuado o acompanhamento educativo de cada caso.

A relação com a direcção do agrupamento foi bastante útil em todo o processo de incorporação, visto que se disponibilizou para o fornecimento de dados e de recursos fundamentais para a realização deste estágio.

Em simultâneo com a realização deste estágio, também estagiaram outras colegas no GAAF pertencente ao mesmo agrupamento, provindas dos cursos de Psicologia e de Ciências da Educação. A relação estabelecida com as mesmas permitiu a partilha de questões, dúvidas e preocupações, constituindo-se um ambiente de trabalho produtivo e integrador.

Fase de avaliação inicial. Após cerca de um mês e meio de integração e observação, deu-se início a uma nova fase, onde predominou a avaliação das necessidades das crianças e adolescentes e das possibilidades de intervenção, em conjunto com a técnica do GAAF, e tendo em conta as crianças e adolescentes anteriormente acompanhados pelo GAAF e aqueles que já se encontravam sinalizados pela direcção do agrupamento. Dado que também se pretendia abranger os adolescentes com necessidades educativas especiais, foram avaliados os potenciais benefícios da sua integração numa intervenção musicoterapêutica, em colaboração com a professora de educação especial. Depois de se proceder a esta avaliação,

averiguaram-se os *settings* mais benéficos para cada utente sinalizado pela técnica do GAAF, pela direcção e pela professora de educação especial, de acordo com os dados recolhidos e aferiu-se a sua disponibilidade, motivação e compatibilidade horária. Seguiu-se o contacto com os respectivos encarregados de educação a fim de autorizarem, por escrito, a participação dos seus educandos na terapia.

Ao longo deste processo foram efectuadas entrevistas/conversas informais às crianças e adolescentes sinalizadas, aos professores, à direcção e à técnica do GAAF, com o intuito de recolher informação pessoal e anamnésica para o preenchimento da ficha de dados pessoais e avaliação inicial (Anexo A) de cada utente. Finda esta fase de avaliação, concluiu-se que seriam intervencionadas 14 crianças e adolescentes, 11 dos quais com perturbação de oposição e 3 com deficiência auditiva, distribuídos por 3 grupos e um caso individual. Reuniram-se, assim, as condições necessárias para a elaboração do plano terapêutico do utente ou grupo em musicoterapia (Anexo B).

Fase de intervenção. Na fase de intervenção deu-se início às sessões de musicoterapia, agendadas em conformidade com a disponibilidade dos utentes do 2º ciclo e, no caso das crianças do 1º ciclo, de acordo com o horário estabelecido pelo respectivo docente. Numa primeira fase, aplicou-se o instrumento “*Child Behavior Checklist*” (Anexos C e D) aos encarregados de educação dos utentes, com uma repetição da aplicação no final da intervenção, como forma de avaliação dos resultados.

Apesar de ter sido planeada a realização de sessões de musicoterapia bi-semanais, por se tratar da periodicidade mais frequente na intervenção com este tipo de utentes, por questões de horário tiveram de ser semanais e bi-semanais. Assim, as sessões dos grupos II e III decorreram semanalmente e as restantes realizaram-se bi-semanalmente. As sessões decorreram em dois *settings*, na sala do GAAF situada na escola sede do agrupamento

(Escola Básica 2,3 da Cruz de Pau) e na biblioteca da Escola Básica 1/JI da Quinta das Sementes. Na primeira foram realizadas as sessões com os utentes pertencentes à mesma escola, bem como com o utente pertencente à Escola Básica 1/JI Quinta de Santo de António, uma vez que nesta última não havia nenhum local para se realizar a intervenção. No percurso da escola até à sala do GAAF, e vice-versa, o utente foi acompanhado pela estagiária, com autorização, por escrito, do respectivo encarregado de educação. Os restantes utentes, deslocaram-se sozinhos até às sessões ou, no caso do Grupo I, foram acompanhados da sala de aula até à biblioteca, e vice-versa, onde se realizaram as sessões.

Uma vez que a literatura da psicologia e musicoterapia defende o contexto grupal como mais eficaz com este tipo de população e, tendo em conta os dados recolhidos na avaliação inicial, optou-se por conceder predominância ao trabalho musicoterapêutico em grupo, colocando em contexto individual apenas o caso com uma diferença etária mais marcada em relação aos restantes utentes e com um desenvolvimento emocional bastante afectado. A formação dos grupos baseou-se nas idades dos utentes, no seu diagnóstico, bem como na sua disponibilidade.

Foi efectuada uma média de 15 sessões por acompanhamento e as sessões duraram cerca de 45 minutos.

As sessões foram gravadas em vídeo, após a autorização dos encarregados de educação e dos utentes, facilitando a análise e supervisão da intervenção. No decorrer do acompanhamento, foi preenchida, sessão a sessão, a ficha de registo das sessões de musicoterapia (Anexo E).

Em paralelo à musicoterapia, permaneceu o contacto informal com os utentes durante o recreio e foi, também, dispensado algum tempo à preparação e análise das sessões. No final da intervenção musicoterapêutica aplicou-se novamente o instrumento “*Child Behavior*

Checklist” e averiguaram-se os progressos verificados nos utentes, junto dos respectivos docentes, através da entrevista de avaliação final (Anexo F).

Tendo em conta as perturbações a nível emocional da maioria dos utentes, na última fase do estágio, promoveu-se um afastamento gradual, através da permanência na escola, por parte da estagiária, após o término das sessões. Uma vez que são utentes com experiências de abandono/negligência vincadas ao longo da sua vida, procurou-se finalizar o processo com a tentativa de não repetir esses padrões relacionais, dando continuidade à relação com os utentes, embora fora do contexto terapêutico. Assim, foi possível dar resposta à procura emocional dos mesmos após a intervenção ter sido finalizada, concluindo gradualmente a relação com os utentes e promovendo a internalização das experiências vividas nas sessões e da relação com a terapeuta. A todo este processo de término foi acrescentado o trabalho da separação durante as últimas 5 sessões.

Técnicas da Musicoterapia Utilizadas nas Sessões

Segundo Bruscia (1998a), as actividades musicais empregues com maior predominância na musicoterapia psicoterapêutica são a improvisação, as canções e a imagética musical. Porém, neste estágio foram utilizadas apenas as duas primeiras, associadas a outras práticas, descritas adiante.

A improvisação musical em contexto musicoterapêutico consiste na produção musical espontânea do utente, através a recurso de qualquer meio musical, como a voz e/ou aos instrumentos musicais, focada na expressão pessoal e no relacionamento (Bruscia, 1998a).

Baseando-se na propensão natural de todo o ser humano para a criação, resposta e expressão musicais, este processo enfatiza a produção musical livre geradora de padrões, formas e texturas contentoras de significado para o utente. Segundo Bruscia (1998^a:5), “é uma forma de associação livre e de projecção do *self* nos sons”.

Na concepção da experiência de improvisação do utente, devem-se considerar três aspectos fundamentais: o *setting* interpessoal, o meio musical utilizado e o ponto de referência. A primeira variável refere-se a três possibilidades a ter em conta na improvisação, ou seja, se o utente improvisa sozinho, com o terapeuta ou em grupo. O meio de expressão musical refere-se à utilização da voz, dos instrumentos musicais ou dos sons corporais por parte do utente. Finalmente, na terceira variável tem-se em consideração se a improvisação possui uma referência não-musical, tal como uma ideia, um sentimento ou uma imagem ou se, pelo contrário, é não referencial, baseando-se em considerações estritamente musicais.

Ao longo deste estágio, a improvisação foi utilizada de várias formas, nomeadamente:

- Improvisação vocal e instrumental em díades ou em grupo, referencial e não referencial;
- Improvisação vocal ou instrumental de *check-in* do estado emocional;
- Improvisação de motivos rítmicos ou melódicos ornamentais ou para imitação em grupo.

A utilização de canções, descrita por Bruscia (1998a), também fez parte das técnicas utilizadas neste estágio, uma vez que se tratam de veículos essenciais para a identificação e expressão emocional do utente. Através destas, o utente pode construir a história da sua vida e articular as suas crenças, valores, sentimentos, pensamentos, revelando-se uma ferramenta para a mudança emocional.

Apesar de existirem diversas formas de introdução de canções, optou-se pelos seguintes métodos:

- Interpretação de canções pré-existentes, como meio de expressão e exploração de sentimentos e ideias nelas contidos;
- Criação de canções (harmonia e/ou letra);

- Interpretação da letra de uma canção pré-existente ou das canções compostas na sessão, procurando semelhanças e/ou diferenças com a vida dos utentes;
- Composição de uma letra em género de narrador-personagem, técnica na qual o terapeuta inicia uma história e intervém apenas como narrador, de forma neutra, com intervenções como “era uma vez...”, “foram para...”, “sentiram-se...”.

Para além das técnicas sugeridas por Bruscia (1998a), foram utilizados outros métodos, como veículos para a expressão emocional, a articulação, a atenção e a relação, frequentemente, sugeridos pelos próprios utentes. Assim, as técnicas utilizadas foram as seguintes:

- Expressão pictórica de sentimentos e situações dialogados verbalmente, com suporte musical;
- Expressão corporal em díade e/ou em grupo, com suporte musical;
- Jogos de movimento em grupo, com e sem suporte musical.

Materiais Utilizados nas Sessões

No decorrer das sessões utilizaram-se os seguintes instrumentos musicais: uma guitarra, pequena percussão com e sem pele, uma taça tibetana, um metalofone, um lamelofone e alguns instrumentos étnicos.

No que diz respeito ao material técnico necessário para a gravação das sessões, exceptuando os tradicionais suportes de registo escrito (blocos de notas, entre outros), utilizou-se uma câmara de vídeo portátil e um computador para a redacção de texto (projecto e relatório de estágio) e a visualização das sessões. Numa das salas, o *setting* foi constituído por cadeiras e uma mesa e noutra por mantas colocadas no solo.

Instrumentos de Avaliação

Ficha de dados pessoais e avaliação inicial. A ficha de dados pessoais e avaliação inicial (Anexo A), consiste num instrumento construído pela estagiária com o intuito de registar os dados pessoais e anamnésicos do utente, a fim de formular um plano terapêutico para o mesmo ou para o grupo. Através desta ferramenta foi possível determinar as questões da vida do utente que necessitavam de ser trabalhadas em contexto musicoterapêutico, tendo-se recolhido a informação através da consulta dos processos individuais e das conversas/entrevistas com os professores, a técnica do GAAF e os próprios utentes. Com estes últimos aferiu-se, ainda, a sua biografia sonoro-musical, relevante para a abordagem terapêutica. Na primeira sessão, procedeu-se à análise do perfil musical de cada utente, através da observação das suas reacções perante o meio musical.

***Child behavior checklist* (Achenbach, 1991).** O “Child behavior checklist” (CBCL), Anexos C e D, consiste num questionário que se insere num conjunto de instrumentos propostos por Achenbach (1991), enfatizando a utilização de diferentes fontes de informações importantes para a avaliação dos problemas e competências comportamentais e emocionais de crianças e adolescentes. Neste instrumento considera-se que existe um contínuo entre o normal e o patológico, diferenciando-se de acordo com a frequência de ocorrência dos comportamentos evidenciados pela criança dos 6 aos 18 anos de idade.

Este instrumento possui uma escala de competências (com três sub-escalas) e uma escala de síndromes e problemas. Na primeira escala abordam-se as áreas social, escolar e de actividades. Na segunda, consideram-se as seguintes síndromes: isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinvente e comportamento agressivo. Relativamente a estas síndromes, o autor efectuou uma distinção entre problemas de externalização e

internalização, considerando as três primeiras problemas internos e as duas últimas problemas externos. Os problemas sociais e de pensamento não apresentam valores consistentemente elevados em nenhuma das duas áreas, sendo que os problemas de atenção estão clinicamente mais próximos do agrupamento de externalização, embora os valores obtidos não permitam aí a sua inclusão (Achenbach, 1991).

O número total de questões compreende 120 elementos, cada um descrevendo um problema da criança ou adolescente referente aos últimos 6 meses. O encarregado de educação deverá assinalar a opção “2” se aquele comportamento for muito frequente no seu educando, “1” se ocorrer algumas vezes e “0” se nunca ocorrer.

Ao avaliar os resultados, deve-se ter em consideração as oito síndromes supracitadas. Os itens que compõe cada síndrome encontram-se distribuídos de acordo com a seguinte tabela:

Tabela 2

CBCL – Distribuição dos itens de avaliação de cada síndrome

Isolamento	42, 65, 69, 75, 80, 88, 102, 103, 105
Queixas somáticas	51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g
Ansiedade/Depressão	12, 14, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 50, 52, 71, 89, 103, 112
Problemas sociais	1, 11, 25, 38, 48, 55, 62, 64
Problemas de pensamento	9, 40, 66, 70, 80, 84, 85
Problemas de atenção	4, 8, 10, 13, 17, 41, 45, 46, 61, 62, 80
Comportamento delinvente	2, 26, 39, 43, 63, 67, 72, 81, 82, 90, 96, 101, 105, 106

Comportamento agressivo	3, 7, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 37, 57, 68, 74, 86, 87, 93, 94, 95, 97, 104
-------------------------	--

Fonte: Achenbach, 1991

Os resultados relativos aos problemas internos são determinados pela soma dos valores obtidos nas síndromes de isolamento, ansiedade/depressão e queixas somáticas e os resultados referentes aos problemas externos são calculados através da soma das síndromes de comportamento delinvente e comportamento agressivo (Achenbach, 1991).

É considerado que o indivíduo possui problemas ou inadaptação de comportamento se obtiver resultados baixos na escala de competências e resultados elevados nas escalas de problemas. A pontuação máxima da escala de competências é de 75 pontos e a das escalas de problemas é de 240 pontos. Na avaliação dos resultados, as pontuações inferiores a 60 pontos são consideradas normais, de 60 a 63 representam pontuações *borderline* e aquelas que forem superiores a 63 pontos, encontram-se na faixa clínica (Achenbach, 1991).

Os dados obtidos em várias investigações realizadas nos EUA, bem como noutros países, revelaram boas qualidades psicométricas, tanto nas versões antigas como nas mais recentes da CBCL (Fonseca et al., 1994).

Tendo em conta que a maioria dos utentes intervencionados neste estágio sofrem de perturbação de oposição, este questionário foi utilizado com o objectivo de efectuar uma quantificação da sua evolução relativamente às diversas síndromes e competências. O CBCL foi aplicado no início e no fim da intervenção, não se prevendo a utilização dos dados para fins de investigação.

Optou-se pela utilização de uma tradução da versão original do questionário, uma vez que não se conseguiu atempadamente o acesso à já existente versão adaptada à população portuguesa. Não obstante, uma vez que não se pretende efectuar uma dissertação de investigação, considera-se que a versão utilizada atinge os objectivos propostos.

Ficha de registo das sessões de musicoterapia. A ficha de registo das sessões de musicoterapia (Anexo E) tratou-se de uma ferramenta utilizada para a identificação dos momentos mais relevantes de cada sessão, bem como para a redacção das observações da estagiária acerca da mesma. O registo realizou-se a seguir a cada sessão, dividindo-se em três domínios: momentos de maior relevância, tema sugerido e observações. Esta análise da sessão foi complementada com a visualização das gravações em vídeo da mesma.

Entrevista de avaliação final. A entrevista de avaliação final (Anexo F) consistiu num instrumento qualitativo aplicado aos docentes de cada utente, com o objectivo de avaliar as alterações de cariz comportamental, emocional e relacional observadas pelos mesmos em contexto de sala de aula e recreio. Os dados recolhidos complementaram os resultados quantitativos obtidos na CBCL.

Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA). A grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA), Anexo G, foi construída pela estagiária com o intuito de proceder a uma avaliação dimensional da participação do indivíduo com vários graus de deficiência auditiva, em contexto de intervenção musicoterapêutica. A GOIDA assenta na premissa de que a expressão emocional, a interacção e o comportamento são componentes observáveis que comunicam e/ou simbolizam o grau de participação e envolvimento do utente na sessão, possibilitando o discernimento da evolução ocorrida nos vários domínios do desenvolvimento do mesmo. Como tal, baseia-se na observação do tipo de comportamentos ocorridos durante a sessão de musicoterapia.

As dimensões identificadas na GOIDA são as seguintes: “expressão emocional”, “acção/comportamento” e “interacção”. Cada uma das dimensões visa a observação: das emoções; da iniciativa; e, finalmente, das relações interpessoais estabelecidas pelo examinando.

A escala avalia 8 comportamentos distintos, cada um deles descrevendo possíveis reacções emocionais, verbalizações, acções e interacções durante a sessão.

O examinador que avalia o utente deverá assinalar com um “X” o item relativo à observação do comportamento, de acordo com a sua frequência, sendo que o comportamento pode ocorrer frequentemente, moderadamente ou nunca se verificar. Para realizar uma avaliação da frequência, o examinador deve somar as ocorrências de cada comportamento. Se a soma for superior à metade da sua ocorrência, deve assinalar que o comportamento ocorreu frequentemente. Se for inferior à metade, deve indicar que ocorreu moderadamente.

Para o preenchimento da GOIDA são necessários 30 minutos (o tempo de duração de uma sessão), e deverá ser efectuado aquando da visualização da gravação da sessão.

A avaliação dos resultados deverá ter em consideração as três dimensões apresentadas anteriormente. Os comportamentos encontram-se distribuídos pelas dimensões de acordo com o seguinte quadro:

Tabela 3

GOIDA – Distribuição dos itens de avaliação de cada dimensão

Dimensão	Itens
Expressão emocional	1 - 4
Acção/Comportamento	5 - 6
Interacção	7 - 8

Os resultados relacionados com a dimensão “expressão emocional” são determinados pela soma dos valores obtidos na presença/ausência dos comportamentos observados de 1 a 4.

Quanto aos resultados relativos à dimensão “acção/comportamento”, estes são alcançados pela soma dos valores obtidos na presença/ausência dos comportamentos observados de 5 a 6. Finalmente, no que diz respeito à dimensão “interacção”, os seus resultados são calculados pela soma dos valores obtidos nos itens 7 e 8.

O cálculo dos resultados efectua-se da seguinte forma: se o comportamento ocorrer frequentemente, são atribuídos 2 pontos; por outro lado, se ocorrer moderadamente, é assinalado 1 ponto e, finalmente, se nunca ocorrer, são atribuídos 0 pontos. Se a pontuação total obtida nas três dimensões for igual ou superior a 8 pontos é considerado que o indivíduo apresenta níveis satisfatórios de participação e envolvimento emocional na sessão. Se a pontuação for igual ou inferior a 7 pontos, considera-se que o indivíduo apresenta níveis insatisfatórios de participação e envolvimento emocional na sessão.

Este instrumento foi aplicado na primeira e última sessões, tendo-se excluído os primeiros 15 minutos das mesmas, por ser um período de organização da sessão e maior directividade por parte da terapeuta.

Agenda Semanal

O tempo de permanência na escola foi acordado na fase de incorporação e observação, que decorreu no primeiro mês e meio de estágio, durante as manhãs e inícios da tarde de segunda, terça e sexta feira (neste último dia, a estadia na escola estendeu-se até meio da tarde). Terminada esta fase, as sessões de musicoterapia decorreram durante as manhãs e o início de tarde dos dias referidos, realizando-se 6 sessões nesses mesmos períodos. A distribuição semanal encontra-se exposta na tabela 4, assim como o tempo dispendido para outras tarefas na escola.

Tabela 4

Agenda semanal do estágio, de Janeiro a Junho de 2012

	Segunda - feira	Terça-feira	Sexta-feira
8h	Sessão de musicoterapia individual: C. P.		Preparação das sessões
9h	Sessão de musicoterapia com o Grupo I	Preparação das sessões	Sessão de musicoterapia individual: C. P.
10h		Visualização das sessões e preenchimento da ficha de registo das sessões de musicoterapia (Anexo E)	Preparação das sessões
11h			Sessão de musicoterapia com o Grupo I
12.35h		Sessão de musicoterapia com o Grupo III	Visualização das sessões e preenchimento da ficha de registo das sessões de musicoterapia (Anexo E)
13.35h		Sessão de musicoterapia com o Grupo II	
14.35h			
15.35h			

Para além do tempo de estágio mencionado, a estagiária participou em várias reuniões com a técnica do GAAF e as restantes estagiárias, bem como em vários atendimentos individuais e em reuniões com alguns professores do agrupamento. Esteve ainda presente na festa de final de ano do agrupamento.

Estudo de Caso I – Musicoterapia Individual com o C. P.

Neste capítulo pretende-se efectuar uma análise da intervenção musicoterapêutica em *setting* individual, com uma criança de 7 anos, o C. P.

Descrição do Caso

O C. P. frequenta o 2º ano de escolaridade na Escola Básica 1 com Jardim de Infância Quinta de Santo de António, pertencente ao Agrupamento de Escolas Terras de Larus. O seu agregado familiar é constituído pela mãe e os avós maternos, não tendo contacto frequente com o pai e a família paterna.

Na conversa/entrevista efectuada ao professor, conseguiu-se apurar que o C. P. apresentava bastantes carências afectivas e um acompanhamento pouco consistente por parte da mãe. O professor referiu, ainda, que o C. P. tinha por vezes necessidade de se ausentar da sala de aula, tendo sido um processo recorrente no ano lectivo anterior.

No ano lectivo anterior, o C. P. foi acompanhado por uma psicóloga, por demonstrar alterações de humor frequentes, um comportamento disruptivo e atitudes desadequadas na sala de aula.

Na fase de avaliação, a técnica do GAAF efectuou um atendimento individual ao C. P., onde o mesmo fantasiou a história trágica da queda da ponte de Entre-os-Rios, tendo referido com recorrência o vómito e o afundar de um barco. Acabou por fazer um desenho de tudo o que verbalizou, apesar de mudar constantemente de assunto durante a conversa. Nesta fase conseguiu-se constatar que o C. P. é uma criança muito ansiosa, com carências afectivas profundas e com uma necessidade de imposição da sua vontade. Durante a observação do seu comportamento no recreio, observou-se que o C. P. não consegue estabelecer uma relação satisfatória com os pares, permanecendo pouco tempo com os mesmos. No fundo, verificou-

se uma dinâmica de ataque-fuga, uma vez que tanto os procura como os rejeita, demonstrando dificuldade em gerir a relação.

Nesta fase foi aplicado o *child behavior checklist* (Anexos C e D), onde se comprovaram alguns dos problemas anteriormente referidos pelo professor do C. P.. Através da análise dos resultados (Anexo H), verificaram-se níveis de perturbação significativa em áreas como os problemas sociais, de atenção, de isolamento e de ansiedade e uma frequência significativa de comportamentos agressivos, acrescentando-se ainda, problemas relacionados com o seu insucesso escolar. Na escala de competências, apresentou resultados baixos, principalmente na escala escolar, o que evidencia as suas dificuldades académicas. Por outro lado, tanto o professor como a mãe do C. P. sublinharam que é uma criança carinhosa na relação com o adulto.

Dadas as dificuldades relacionais, emocionais, comportamentais e de expressão emocional e verbal, considerou-se que uma intervenção individual seria a mais adequada para trabalhar estas questões com o utente, uma vez que de acordo com o testemunho do professor, é uma criança que ainda não consegue funcionar e não tem estruturação psicológica para interagir em contexto grupal, tanto na sala de aula como no recreio.

Plano Terapêutico

Tendo em conta os dados recolhidos no questionário junto do professor, estabeleceram-se os seguintes objectivos e estratégias a desenvolver na intervenção com o C. P.:

- Objectivo 1: Melhorar a relação com os pares.

Estratégias: Promover uma maior reciprocidade em relação ao outro, trabalhando a capacidade de partilha e de aguardar pela vez, nomeadamente, através de jogos de imitação e improvisação.

- Objectivo 2: Diminuir a ansiedade e frustração.

Estratégias: Promover um espaço contendor onde se trabalhe a capacidade de aceitação dos limites propostos, sublinhando o seu entendimento e evitando frustração e ansiedade no utente. Inculcar uma estruturação na sessão, com uma canção de início e fim estabelecidas e as restantes partes sugeridas pelo utente.

- Objectivo 3: Aumentar a capacidade de expressão emocional.

Estratégias: Desenvolver a expressão de sentimentos e emoções sentidas pelo utente em relação ao *self* e ao outro, através da vivência e de texturas musicais imbuídas de vários contextos emocionais. Promover a reflexão ao invés da acção irreflectida e agressiva, através da aceitação da zanga e frustração sentidas pelo utente.

- Objectivo 4: Aumentar a capacidade de concentração.

Estratégias: Desenvolver um espaço aberto às sugestões do utente, onde se trabalhe a estruturação das tarefas e a capacidade de realização das mesmas até ao fim e uma de cada vez.

Processo e Dinâmica da Intervenção

Na totalidade da intervenção realizada com o C. P., efectuaram-se 20 sessões de musicoterapia. A análise de todo o processo terapêutico foi feita à luz das teorias psicodinâmicas sobre a reprodução da relação mãe-criança no contexto terapêutico e a evolução do brincar no percurso de desenvolvimento da criança. Assim, torna-se apropriada uma reflexão acerca das vivências musicais e relacionais observadas ao longo da intervenção baseada nessa teoria.

Mãe como ambiente. Nas primeiras sessões, o C. P. adoptou uma postura bastante defensiva, permanecendo distante e retraído, num mecanismo de resistência. Parecia relutante relativamente àquele espaço só dele e à disponibilidade e abertura à relação por parte da terapeuta. Isto tornou-se evidente logo na primeira sessão, em que se colocou de costas para a

terapeuta, sem estabelecer contacto visual e tendo-se dirigido para o jogo de sinos, onde tocou aleatoriamente. Sempre que a terapeuta tentava estabelecer alguma sincronia musical ou diálogo através dos sons, o C. P. tocava ainda com mais força e mais rapidamente em todas as lâminas do instrumento. Este comportamento de ataque constante ao *setting* e à relação demonstrou uma insegurança no estabelecimento do vínculo com a terapeuta, bem como em relação aos seus cuidados, ao facto de estar lá para cuidar dele. A certa altura, na mesma sessão, a terapeuta começou a improvisar com o nome dele (o único elemento que surgiu enquanto conhecimento mútuo), num estilo intimista e mais calmo, relativamente semelhante ao estilo de canção de embalar. A partir desse momento, o C. P. pareceu finalmente reagir à produção sonora da terapeuta e entrar num estado de observação e expectativa, contrário à alheação cognitiva demonstrada até esse momento. Parou, progressivamente, de tocar o jogo de sinos e ficou a ouvir durante bastante tempo. No entanto, não estava preparado para aquela aproximação tão súbita e, em determinado momento, disse que lhe doía os ouvidos e pediu para ir embora. Este comportamento do C. P. evidenciou a sua insegurança vinculativa, parecendo ter considerado aquele contacto demasiado íntimo, o que é normal, visto que a vocalização do próprio nome é algo bastante pessoal⁹.

Na segunda sessão, a terapeuta começou a perceber o interesse do C. P. pela guitarra, o instrumento que tinha sido utilizado pela mesma com maior frequência. Este instrumento serviu de prolongação ou fusão entre os dois, uma vez que permitiu o primeiro avanço na segurança e entrega à relação por parte do C. P.. No momento em que pediu para a terapeuta lhe ensinar a tocar guitarra, sentou-se espontaneamente no seu colo, como se estivesse a dizer

⁹ Não obstante, na 9ª sessão, o C. P. perguntou à terapeuta se sentia falta de cantar com o nome dele, mascarando possivelmente com esta questão a sua própria vontade. Assim, a opção arriscada da terapeuta acabou por se justificar, principalmente na 18ª sessão onde o C. P. a seleccionou como a sua canção preferida, pedindo à terapeuta que a voltasse a cantar e sublinhando que ainda se lembrava dela.

“aqui estou seguro”. Acabou por ser evidenciado uma forma regressiva de contacto, típica das crianças da sua idade, algo característica nesta fase de eliminação da “mãe”, que de acordo com a teoria do brincar (1975) apenas se adapta e satisfaz as necessidades do “bebê”. Evidenciou-se, também, a sua indiscriminação do *self* e do outro. Logo a seguir a este movimento de aproximação, possivelmente por considerar que revelou demais de si ou que se entregou demasiado, dramatizou uma história em que a terapeuta era o colega e ele batia-lhe violentamente. Este ataque à relação revelou uma possível resistência relativamente à exposição que tinha demonstrado anteriormente ao querer estar fisicamente próximo da terapeuta e interagir com ela.

Nas sessões seguintes, as fugas à relação foram constantes, recusando-se frequentemente a “fazer música”. Todas as tentativas de interacção musical foram interrompidas pelas permanentes mudanças de assunto ou múltiplas sugestões do C. P., que nunca se concretizaram por este processo estar em constante repetição.

A introdução das canções de “olá” e “adeus”, na terceira sessão, marcaram o fim deste processo de ataque-fuga. O C. P. ficou claramente entusiasmado pela terapeuta ter dispensado o seu tempo para lhe compor aquelas canções e verbalizou quão tinha gostado delas. No fundo, aquele gesto da terapeuta ajudou-o a compreender que mesmo após aqueles ataques à relação, ela tinha sobrevivido e estava ali para ele, enquanto “figura materna” promotora de confiança e adaptação. A partir desse momento, começou a permitir a interacção, acompanhando a terapeuta nos vários instrumentos em total sincronia rítmica com a mesma. Seguiram-se jogos rítmicos de interacção e imitação, onde permitiu sugestões da terapeuta e quis repeti-las com exactidão. Inicialmente, quando não conseguia repetir os padrões rítmicos apresentados, ficava facilmente frustrado. Não obstante, com o passar do tempo e a repetição

dos jogos, foi-se valorizando, ficando mais seguro das suas capacidades e tolerando a frustração, apelidando-se mesmo de “C. P., o músico”.

Esta fase de insegurança, ataque à relação, fusão e, posteriormente, de entrega aos cuidados da terapeuta enquanto figura segura e promotora de um espaço contentor, permitiu-lhe testar a tolerância da mesma face aos seus constantes ataques à relação, ao mesmo tempo que compreendia que aquele lugar era seguro para brincar, tocar e ser ele próprio.

Separação e descoberta do brincar transicional. Nas sessões de musicoterapia realizadas, a transposição do “espaço transicional” e dos “objectos transitivos” relacionou-se, respectivamente, com o meio musical e com os instrumentos musicais utilizados. Dada a fragilidade da guitarra, a terapeuta decidiu explicar ao C. P. que podia utilizar todos os instrumentos que estivessem ao seu dispor, excepto aquela. A partir desse momento, as clavvas constituíram o seu lugar seguro e a sua fonte de exploração.

A oitava sessão, teve bastante relevância nesta fase. No início da sessão, quando a terapeuta começou a tocar a canção de “olá”, o C. P. cantou-a sozinho e espontaneamente, em resposta a alguns versos cantados inicialmente pela terapeuta. Foi a primeira vez que cantou na sessão, possivelmente por se sentir seguro para expor o seu instrumento mais escondido. No entanto, na repetição do refrão, parou de cantar alguns versos, esperando que a terapeuta o fizesse. Revelou-se um momento muito importante para o C. P., porque para além de ter cantado pela primeira vez, fê-lo sozinho, mesmo depois de ter referido, algumas sessões antes, que tinha vergonha de o fazer. Simultaneamente, quando quis que a terapeuta cantasse com ele, parecia precisar de confirmar que ela ainda ali estava presente para ele, naquele momento de exploração do *self* e do outro. Foi como se ele pensasse “Quero fazer isto sozinho, mas continuas aqui”. E, de facto, a terapeuta continuou presente e fê-lo compreender que podia contar com ela naquela exploração das suas próprias capacidades. Assemelhou-se

ao estabelecimento da relação de vinculação descrita por Bolwby, onde a criança se serve da mãe para garantir a segurança e protecção necessárias para partir à exploração do meio, constituindo-se a base segura à qual regressa, à procura de conforto e segurança, quando se sente ameaçada ou em perigo. E, de facto, quando o C. P. se sentiu demasiado liberto da terapeuta, exigiu a sua presença protectora ao esperar que esta cantasse com ele.

Nesta fase, o utente começou a explorar outros instrumentos, nomeadamente a pandeireta, para além de ter começado a cantar com a terapeuta. Contudo, continuava a ter necessidade de comprovar a sua presença e empatia para com os seus sentimentos.

Sozinho na presença do outro. Na presença da terapeuta, que lhe conferia segurança, o C. P. começou a explorar improvisações melódicas e rítmicas, passando a sugerir as frases nos jogos de imitação para a terapeuta as reproduzir.

Nesta fase, o utente inventou uma história que foi elaborando ao longo de sete sessões. A história começou na décima sessão e tratou-se de uma sucessão de metamorfoses, mais da parte das suas personagens que daquelas que atribuiu à terapeuta. Nesta sessão, o C. P. começou por ser um monstro que depois se transformou em dinossauro, dragão e touro. A terapeuta foi incumbida do papel de borboleta, tendo depois sido transformada em serpente e em mãe dragão. A história consistiu numa constante metamorfose, intercalada com mortes, principalmente da parte dele e algumas curas miraculosas possibilitadas pelas personagens maternas da terapeuta. Ao longo da história, todas as personagens do utente figuraram um bebé que era reprimido e protegido pela terapeuta, a sua mãe. A dramatização foi mediada pela música, tocada e cantada pelos dois, o que possibilitou diferentes ambientes e a narração da história, sendo a guitarra o objecto que podia salvar da morte as personagens do C. P.. No final, sobreviveram todos e a borboleta perdoou o monstro, o dinossauro, o dragão e o touro pelas suas acções desmedidas. Esta história construída pelo C. P. parece ser uma

dramatização de um episódio na escola, uma vez que sempre que a sua personagem morria, devia-se a um comportamento desadequado do monstro, que por não se conseguir controlar, necessitava do salvamento, repreensão e perdão das personagens da terapeuta. No fundo, simboliza aquilo que se passou quando este se comportou desadequadamente na escola e o professor lhe pediu para contar à terapeuta o que se tinha passado. O salvamento parece ser o momento em que o C. P. saiu da escola e a terapeuta o acompanhou à sessão, sendo a repreensão a descrição do problema (que efectuou durante uma improvisação) e daquilo que o levou a adoptar aquele tipo de comportamento. Finalmente, o perdão parece ser o momento em que a terapeuta verbalizou e trabalhou estratégias durante as sessões para o C. P. adquirir o controlo dos seus impulsos. Esta dramatização revela, ainda, bastante agressividade na recorrência da morte e insegurança por não se sentir satisfeito com uma só personagem e querer sucessivamente uma figura mais forte que a anterior. Por outro lado, o facto de ter projectado na terapeuta a figura maternal que lhe confere segurança e a própria cura, revela a relação de confiança estabelecida com a mesma, possuindo a capacidade de brincar sozinho na sua presença.

A história continuou na décima segunda sessão, onde numa improvisação de *check-in* do seu estado emocional, o C. P. disse que estava furioso por a mãe lhe estar sempre a bater. Sugeriu, então, a “brincadeira das histórias” onde, com o avançar do drama, o monstro transformou-se em monstrinho e a borboleta em mãe dragão, que o defendia dos monstros maus. Esta dramatização revela-se bastante distinta das restantes histórias inventadas pelo C. P., uma vez que existe uma predominância do renascimento ao invés da morte, como aconteceu nas sessões iniciais. Através do brincar simbólico, o C. P. pareceu dramatizar a relação que gostava de ter com a própria mãe, uma relação de protecção, segurança e carinho. Apesar de continuar com o ciclo de metamorfoses, nesta história as personagens dele não

possuíram um carácter maquiavélico, pedindo protecção à “mãe” ao invés de perdão. A relação de confiança estabelecida com a terapeuta constituiu o veículo através do qual conseguiu expressar e transferir a frustração que sentia inicialmente face à agressividade da própria mãe, transparecendo a auto-imagem que tinha dele próprio, de alguém inútil, muitas vezes, dizendo: “não sei fazer nada!”. A “mãe suficientemente boa” que a terapeuta pretendia desempenhar no processo, acabou por ser reconhecida pelo C. P. nesta fase, chamando-lhe mesmo de “mãe” e procurando constante protecção e segurança.

Na décima sétima sessão, partilhou com a terapeuta um problema que tinha ocorrido em casa, onde tinha partido um vaso e a mãe se tinha zangado com ele. Triste e preocupado, pediu à terapeuta para fazer um desenho com o intuito de lhe pedir desculpa. Enquanto fez o desenho, a terapeuta tocou uma harmonia tranquilizadora, como se lhe estivesse a dar colo. No final, pediu-lhe que lho explicasse através de uma canção. Apesar de ter dito imediatamente que não sabia, depois de dois acordes começou a cantar:

“O homem aranha está triste,
Porque a casa já é velha,
E a madeira está-se a estragar,
E porque está a chover,
Está a pedir desculpa à sua mãe”.

Deitou o vidro ao pai,
E depois o pai disse:
“Porque é que me atiraste o vidro, pá?
Eu agora estou a sangrar!
Tem mais cuidado para onde mandas o vidro!”

Papá, desculpa papá!”

A alusão negativa ao pai através da violência física com o vidro demonstra o peso do sentimento de abandono sentido pelo C. P. em relação à figura paterna. Apesar dos cuidados reduzidos por parte da mãe, segundo a visão do C. P., esta não o abandonou, ao contrário do pai com quem não estabelece contacto.

Depois desta música, o C. P. pareceu aliviado, o que fez com que a sessão terminasse num ambiente relaxado. Esta sessão demonstrou que o utente começava a confiar naquele espaço para partilhar os seus problemas, descobrindo formas de aliviar e resolver a sua dor em relação aos mesmos. Ao se aperceber que podia contar com a terapeuta para expor as suas preocupações, envolveu-se pela primeira vez na construção de uma canção totalmente liberto.

O brincar na relação. A última fase caracteriza-se pela existência de potencial para o bebé e a mãe brincarem em conjunto. Os mundos interno e externo de ambos encontram-se e o bebé já possui a capacidade de aceitação das brincadeiras e ideias da mãe. Esta capacidade acompanhá-lo-á na sua participação cultural ao longo da vida adulta (Winnicott, 1975).

A poucas sessões do final da intervenção, o C. P. começou a admitir a existência da possibilidade de brincar em conjunto com a terapeuta, sendo exemplo disso a última sessão. Após um episódio na escola, onde tinha sido desafiador para uma auxiliar por estar zangado com um colega que lhe queria bater, chegou à sessão chateado e frustrado por achar que não tinha culpa do sucedido, mas sim o colega. Contudo, o que mais o preocupava era mesmo a reacção da mãe, por não a querer desiludir. Então, por sugestão da terapeuta improvisou através da música aquilo que gostava de lhe dizer, tendo escrito o seguinte:

“Minha querida mãe,

Quero-te pedir desculpa por aquilo que te fiz,

Adoro estar com a Cátia,

E a Cátia deixa-me tocar guitarra

Ela é querida e fofa.

Beijinhos para a mãe.

A minha mamã fofa”.

Depois de compor a letra, propôs o ritmo da canção e pediu à terapeuta que tocasse a harmonia da música de “olá”. Enquanto cantava, fez variações melódicas e rítmicas na canção, sendo que no final, conseguiu libertar-se da mesma e improvisar a partir dela com a terapeuta. Esta capacidade de desfragmentação da canção revela a forma como o C. P. já conseguia tocar criativamente com uma maior organização e regulação internas. O facto de ter introduzido a terapeuta na letra da canção assemelhou-se a uma despedida, visto ter sido na última sessão e ser em resposta da improvisação anterior a esta, onde referiu as suas qualidades e aquilo que mais tinha gostado nas sessões.

O término das sessões foi tranquilo, visto que a relação com a terapeuta já estava estabelecida e já tinha vindo a ser preparada a separação. Não obstante, ao longo das sessões finais foi revelando sentimentos contraditórios e ambivalentes em relação ao término da intervenção, demonstrando, algumas vezes, revolta ao referir que não tinha gostado de nada nas sessões e queria ir embora e, noutras sessões, tristeza por a musicoterapia acabar.

Resultados, Sumário e Conclusão

Apesar da intervenção musicoterapêutica com o C. P. se ter revelado difícil e bastante desafiante, devido aos movimentos de ataque-fuga que predominaram durante várias sessões, o meio musical permitiu a exploração dos vários problemas indicados inicialmente, sem uma invasão tão vincada como a de uma terapia cuja mediação fosse efectuada através da verbalização.

No que diz respeito aos resultados obtidos na segunda aplicação do *child behavior checklist* (Anexo H), registaram-se melhorias nos problemas de isolamento e de atenção e pouco substanciais nos problemas de ansiedade/depressão e comportamento agressivo.

Tabela 5

Resultados obtidos nas duas aplicações do child behavior checklist no estudo de caso I

Escalas	1ª aplicação	2ª aplicação
Escala de competências	7 pontos	8 pontos
Escala de síndromes e problemas	65 pontos	55 pontos

Assim, os objectivos formulados no início da intervenção foram atingidos, demonstrando melhorias na relação com o outro, através da sua evidente reciprocidade frequentemente demonstrada na sua preocupação com aquilo que a terapeuta pensava e sentia em relação a ele. A sua capacidade de expressão emocional sofreu um aumento substancial, evidenciado na sua exploração de problemas e preocupações no interior do *setting*, procurando reflectir e vivenciar musicalmente os seus sentimentos de zanga e frustração de uma forma contida e sem recorrência à agressividade. A ansiedade no utente também manifestou uma redução, visualizada pela sua capacidade de espera pela vez e aceitação dos limites propostos, embora, a avaliar pela sua irregularidade nas sessões e pelos resultados da CBCL, necessitasse de mais tempo para ser trabalhada. Finalmente, em relação à sua capacidade de concentração, verificou-se um aumento considerável da atenção tanto na realização das tarefas no *setting* terapêutico, como na escola onde, na entrevista de avaliação final, o professor notou bastantes melhorias.

O brincar revelou-se uma ferramenta bastante útil para a intervenção musicoterapêutica com o C. P., cuja dificuldade em estabelecer um diálogo verbal e manter-se focado num

determinado assunto/tema, não permitiria um tratamento mediado pela verbalização. O espaço transicional, intermediário entre os mundos interno e o externo, tratou-se de uma área de experimentação, em que a realidade exterior, juntamente com o mundo interno do C. P., desempenharam uma importância fulcral na intervenção. Com este utente, a vivência de uma experiência fictícia na “realidade”, pareceu um factor terapêutico e mutável no processo terapêutico. Ao invés de se efectuar um trabalho analítico centrado na análise das suas fantasias, desejos e vivências imaginárias, a experiência simbólica permitiu que o C. P. vivenciasse experiências relacionadas com o seu mundo interno, através de uma relação securizante e contentora estabelecida com a terapeuta, capaz de reorganizar, simbolicamente, a vida psíquica do utente.

O final da intervenção marcou a entrada na última fase da teoria do brincar de Winnicott (1975), onde se verificou potencial para a terapeuta e o C. P. brincarem juntos, numa coexistência dos seus mundos internos e externos. No entanto, não se efectuou uma consolidação de alguns aspectos com o C. P., devido à curta duração do estágio. Espera-se, assim, que o utente permaneça com uma representação interna positiva da relação terapêutica e que possa ser acompanhado pela técnica do GAAF no próximo ano lectivo.

Estudo de Caso II – Musicoterapia com o Grupo I

Neste capítulo pretende-se analisar as dinâmicas grupais estabelecidas entre um grupo de 5 crianças de idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos. Em termos escolares, o P. M e o A. R. frequentam o 3º ano de escolaridade e os restantes utentes, o R. P., o L. D. e o M. O., o 4º ano.

Através duma reflexão cuidada, procurar-se-á analisar as vivências e interacções estabelecidas por estes utentes no grupo que integraram em musicoterapia, começando por apresentar individualmente cada caso e, posteriormente, passando a uma análise dos fenómenos grupais observados no decorrer das sessões.

Descrição dos Casos

O P. M. tem 9 anos e frequenta o 3º ano de escolaridade, tendo ficado retido no 1º ano. Segundo os dados recolhidos com a professora, o P. M. possui um contexto familiar desestruturado, devido à sobrecarga de trabalho dos pais, que causa bastante ausência da sua parte em relação ao cuidado com a criança. Para além disso, batem-lhe com alguma frequência. Em contexto de sala de aula, o P. M. não consegue estar sentado correctamente nem ter um comportamento adequado, provocando frequentemente os colegas, não se mantendo concentrado, apressando as tarefas para não as concluir correctamente e apresentando baixo rendimento escolar.

Os resultados obtidos na aplicação do *child behavior checklist* (Anexo H) corroboraram os dados fornecidos pela professora, destacando os problemas sociais, de isolamento, ansiedade/depressão, de atenção, delinquência e de agressividade. Todos os problemas apresentam uma pontuação bastante elevada, relativamente aos restantes utentes.

O A. R. tem 8 anos e frequenta o 3º ano de escolaridade. Segundo os dados recolhidos com a professora, o A. R. apresenta um contexto familiar aparentemente estruturado. No

entanto, sublinha que os problemas de comportamento do A. R. começaram aquando do nascimento do irmão. Desde então, em contexto de sala de aula, tende a interagir com os colegas negativamente, mostrando alguma irritabilidade com os mesmos. Não obstante, apresenta um desempenho escolar satisfatório.

Os resultados obtidos na aplicação do *child behavior checklist* (Anexo H) comprovaram alguns problemas de ansiedade, atenção e agressividade, principalmente nestes dois últimos. Na escala de competências obteve uma pontuação bastante elevada em todas as sub-escalas, o que atesta as suas capacidades cognitivas.

O R. P. tem 9 anos e frequenta o 4º ano de escolaridade. Segundo os dados avançados pela professora, o utente vive com a mãe, o padrasto e um irmão mais novo e tem contacto esporádico com o pai e os avós paternos. Ainda de acordo com a professora, em contexto de sala de aula, o R.P. é uma criança desafiadora, irrequieta, embora com um rendimento escolar satisfatório.

Os resultados obtidos na primeira aplicação do *child behavior checklist* (Anexo H) comprovaram alguns problemas sociais, de atenção e de comportamento delinvente e agressivo, principalmente no que concerne à atenção e agressividade. Tal como o A. R., apresentou resultados elevados na escala de competências.

O L. D. tem 9 anos e frequenta o 4º ano de escolaridade. De acordo com os dados fornecidos na entrevista à professora, o utente vive com a mãe e a irmã mais velha, que o sobrecarrega com várias responsabilidades. O pai e os irmãos encontram-se em Cabo Verde e, por isso, não possui uma figura masculina no seu agregado familiar. Segundo a professora, o L. D. demonstra muita revolta para com a sobrecarga de responsabilidades que lhe são conferidas e isso traduz-se no seu comportamento desadequado na sala de aula. No entanto, apresenta algum rendimento escolar.

Os resultados obtidos na primeira aplicação do *child behavior checklist* (Anexo H) comprovaram principalmente problemas de isolamento e agressividade, tendo apresentado resultados medianos na escala de competências.

O M. O. tem 11 anos e frequenta o 4º ano de escolaridade. Segundo a professora, provém de uma família emigrante brasileira bastante desestruturada, permanecendo na rua sozinho até tarde, sem supervisão dos pais, que não se preocupam em ir buscá-lo à escola. É uma criança carente e desmotivada, tendo agravado o seu comportamento e o seu rendimento escolar desde que os pais o informaram do regresso ao Brasil.

Os resultados obtidos na primeira aplicação do *child behavior checklist* (Anexo H) identificaram problemas sociais, de ansiedade/depressão, de atenção, delinquência e agressividade, sendo mais marcados os três últimos. Na escala de competências, apresentou resultados baixos, principalmente na escala escolar.

Na fase de avaliação, com o auxílio dos dados fornecidos pelos docentes e pelas observações em contexto de sala de aula, concluiu-se que estes utentes manifestam dificuldades no estabelecimento de uma relação interpessoal, na expressão emocional e na gestão de conflitos e impulsos, frustrando-se facilmente perante os limites estabelecidos.

Plano Terapêutico

Considerando os problemas supracitados, sistematizaram-se os seguintes objectivos e estratégias a serem implementadas na intervenção:

- Objectivo 1: Melhorar a consciência de si e do outro.

Estratégias: Promover jogos musicais de imitação e improvisação, onde se incentive a partilha e o auto e hetero-conhecimento das características pessoais, dos gostos e das competências musicais de cada membro do grupo.

- Objectivo 2: Adquirir competências interpessoais.

Estratégias: Promover a reciprocidade através do meio musical e a criação de actividades lúdicas e criativas estimuladoras do prazer partilhado na relação. Estimular a escuta activa, a capacidade de aguardar pela vez e de realizar as tarefas até ao fim.

- Objectivo 3: Promover a capacidade e adequação na expressão dos sentimentos.

Estratégias: Desenvolver a expressão de sentimentos e emoções sentidos pelos utentes em relação ao *self* e ao outro, através da vivência e de texturas musicais imbuídas de vários contextos emocionais. Promover a reflexão ao invés da acção irreflectida e agressiva, através da aceitação da zanga e frustração sentidas pelo utente.

Processo e Dinâmica da Intervenção

Na totalidade da intervenção musicoterapêutica realizada com o Grupo I, efectuaram-se 17 sessões. Neste capítulo, pretende-se analisar o processo e as dinâmicas de grupo estabelecidas ao longo da intervenção, através da relação com as quatro fases de desenvolvimento grupal definidas por Rutan & Stone (2001).

Fase formativa. Desde a primeira sessão, que este grupo manifestou grande inquietude e energia, frequentemente transformadas em caos sonoro por tocarem com uma intensidade demasiado forte. A nível contra-transferencial demonstraram grandes carências no que diz respeito à atenção e contenção, evidenciando-as desorganizada e despreocupadamente, o que deixou a terapeuta algo apreensiva e insegura por recear não conseguir vir a ser a “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1975) que possibilitasse um espaço musical contendor através da relação estabelecida com os utentes.

Não obstante, com o avançar das sessões, a terapeuta percebeu que com a dose suficiente de paciência e estruturação, os utentes compreenderiam a sua disponibilidade e abertura à interacção com os mesmos.

Esta primeira fase, marcou-se por improvisações vocais e rítmicas, por vezes, recheadas de interacções em grupo e em díades, com momentos de coordenação/sincronia rítmica. Devido ao facto de três dos membros do grupo provirem da mesma turma e os outros dois de outra, gerou-se uma certa clivagem entre o grupo, uma vez que, tal como é característico nesta fase, procuraram-se semelhanças entre os membros e o mais instantâneo foi, naturalmente, buscar proximidades.

Na segunda sessão, após uma improvisação completamente desorganizada e desestruturada, o R. P. sugeriu que todos cantassem uma melodia que tinha surgido durante uma improvisação na primeira sessão, o que originou um envolvimento mais substancial dos restantes membros, por irem buscar alguma coisa que já os identificava enquanto grupo.

Seguiram-se várias sessões de improvisações com um carácter mais oscilatório, ora estruturadas e organizadas, onde todos pareciam estar a ouvir-se, ora improvisações carregadas de agitação, interrupções e agressões mútuas. Mais marcadamente por parte do P. M. e A. R., os padrões destrutivos de relacionamento evidenciaram-se nesta fase, na qual demonstraram uma intolerância à construção de uma relação construtiva entre pares.

Fase reactiva. Após algumas sessões, o grupo começou a entrar numa fase caracterizada por ataques à relação com a terapeuta e com os restantes membros do grupo, manifestando explosões emocionais e irregularidades de compromisso para com o grupo, nomeadamente no que diz respeito ao P. M. e ao A. R.. Em todas as tentativas de improvisação ou de jogos musicais, estes utentes impediram a sua realização, através de uma agitação ou agressividade constantes em relação aos instrumentos e aos restantes membros do grupo. As rejeições permanentes dos instrumentos por considerarem frequentemente que o instrumento do outro era melhor, causaram frustração tanto para quem os rejeitava, como para os que queriam realizar as tarefas. Foi o caso da sexta sessão, em que o grupo não conseguiu realizar as

actividades até ao final devido ao comportamento perturbador do P. M., que acabou por influenciar os restantes.

Dadas as diferenças individuais evidentes entre os membros, tornou-se necessário trabalhá-las para que começasse a existir coesão no grupo. A intolerância a essas diferenças geraram alguns conflitos e dificuldades em respeitar o espaço do outro. Neste sentido, revelou-se necessária a inclusão de actividades de diferenciação para desenvolver competências interpessoais no grupo, nomeadamente a reciprocidade, a empatia e o prazer partilhado na relação. Na sétima sessão, a terapeuta sugeriu o jogo do solista, no qual, todos deveriam manter um acompanhamento em *piano* enquanto cada um fazia um solo em *meio-forte*. Desta forma, pareceu evidente que se tinha conseguido integrar a individualidade de cada utente na identidade do grupo e a satisfação nos seus rostos comprovou essa conquista.

A rebelião manifestada pelo P. M., o A. R. e o M. O. contrastou com a passividade do L. D., cujo comportamento se manteve praticamente igual até ao final da intervenção, verificando-se uma mudança drástica na sua participação no grupo apenas nas últimas quatro sessões. Na maioria das sessões, permaneceu de capuz na cabeça, com uma postura pouco activa, frequentemente com a mão a apoiar o queixo. No que diz respeito ao R. P., o seu papel de líder manteve-se durante várias sessões, tendo-se afirmado principalmente na oitava sessão, onde abordou as violações dos limites formulados inicialmente pelo grupo, de forma consciente, procurando a reflexão acerca dos mesmos por já se encontrar frustrado com o comportamento do P. M. e do A. R.. Verbalizou incomodado: “Estão sempre a interromper, não se têm portado bem e estão sempre a fazer palhaçadas!”. Estas palavras tiveram impacto nos restantes membros do grupo, que na sua maioria amuaram, inclusive o próprio R. P.. Já ao longo de várias sessões que a terapeuta tinha vindo a reparar na frustração do R. P. relativamente aos restantes utentes, uma vez que alterou o seu comportamento de activo para

passivo, mostrando-se mesmo desinteressado.

Nesta fase, a separação inicial e natural em dois “mini-grupos” manifestou-se mais significativamente, dado que se notou que o R. P. apenas identificava lacunas no comportamento dos outros dois utentes e não observava a irrequietude e o comportamento disruptivo do M. O. e a passividade do L. D., pertencentes ao seu “mini-grupo”.

Assim, a terapeuta sentiu que precisava de trabalhar novamente a coesão grupal, através da construção de algo em conjunto, que exigisse cooperação de todas as partes. Neste sentido, sugeriu que compusessem uma nova letra para a canção “Cinderela”, anteriormente introduzida pelo grupo e cantada na quarta sessão, mantendo-se a melodia e harmonia. Surpreendentemente, a tarefa foi muito bem sucedida. Todos se mostraram bastante cooperantes e concentrados, excepto o L. D. que não participou e permaneceu encostado sem energia.

Fase madura. A partir da décima terceira sessão, o grupo pareceu começar a formar um “grupo de trabalho”, com uma sonoridade característica e coesa, marcada por um trabalho conjunto e partilhado em direcção aos objectivos formulados pelo grupo. Um exemplo desta interacção coordenada, foi a sugestão do R. P., na qual propôs a realização de um jogo de duetos, onde cada par improvisava à vez e em interacção um com o outro. Esta actividade demonstrou uma grande empatia e reciprocidade entre os membros do grupo, na medida em que todos participaram e tentaram interagir com o parceiro, sendo que os que ficaram à espera pela sua vez não “atropelaram” os que estavam a tocar, tal como acontecia anteriormente. Para além deste momento, aquele que revelou a evolução que assinala esta fase foi a construção de uma canção acerca dos seus percursos escolares. Após a diminuição da idealização em torno da presença da terapeuta, característica desta fase e manifestada pela troca espontânea de instrumentos sem discussão ou rejeições, outrora mediada pela mesma,

verificou-se uma aceitação das ideias uns dos outros e uma colaboração no atingir daquele objectivo. Todos se demonstraram bastante participativos, inclusive o L. D.. Quanto ao P. M. e o A. R., estes manifestaram um comportamento mais receptivo e cooperante, permanecendo concentrados na tarefa. Na canção exploraram os anos que têm passado juntos, apesar de frequentarem ciclos diferentes, referindo-se mesmo a uma comunhão:

“Nos quatro anos,
Crescemos em comunhão,
Fomos em visitas,
E aprendemos a subtracção.

Conhecemos uma boa pessoa,
Chamada Cátia,
Tem um bom coração
E tocamos uma canção

Fazemos muitas brincadeiras
E algumas são maluqueiras”.

Considera-se relevante a construção desta letra, uma vez demonstra que o grupo de trabalho já se estava a afigurar. A cedência por parte do P. M. e do A. R. ao concordar com a referência aos “quatro anos” de percurso escolar e não a “três”, o ano que frequentam, revelou-se o término dos seus constantes movimentos de ataque à relação e ao *setting*, colaborando e percebendo que para se falar no grupo, teria de haver uma referência genérica ao 1º ciclo, que é composto por quatro anos e que não tinha a ver com a frequência escolar de nenhum membro em particular.

Na décima quarta sessão, surgiu uma actividade de exploração de vários sentimentos, nomeadamente, onde a terapeuta sugeriu a expressão de três emoções: a zanga, a tristeza e a alegria. Nesta tarefa mostraram uma diferenciação das três emoções, tendo explorado diferentes ambientes musicais para cada uma. Nas últimas sessões, deram continuidade à construção de canções acerca do dia da criança, da natureza e sobre as sessões de musicoterapia. As interacções intragrupais constituíram a fonte de mudança de comportamento no grupo, transparecida na décima quinta e sexta sessões, onde através das interacções estabelecidas entre o mesmo, melhoraram a letra e melodia do tema “Cinderela”, anteriormente re-escrito pelos membros do grupo.

Nesta fase já não se verificou uma liderança do R. P., observando-se uma partilha da mesma por parte dos vários membros do grupo, até do próprio L. D., que na décima quinta e sexta sessões sugeriu os temas das canções trabalhadas e a estrutura das mesmas.

Apesar da evolução das dinâmicas de grupo evidenciadas nesta fase, verificaram-se ainda alguns movimentos de recuo do grupo, apresentando comportamentos mais característicos da fase reactiva.

Fase de separação. Na fase de término do desenvolvimento do grupo, as últimas sessões foram dedicadas ao final do grupo. Para efectuar uma recapitulação do trabalho realizado, uma retrospectiva de todo o processo e uma consciencialização das transformações operadas no decorrer da terapia, foi realizado o jogo do “gosto de ti”, por sugestão da terapeuta. Neste jogo, cada um dos membros do grupo devia escolher outro utente e pensar naquilo que mais gostou nele ao longo das sessões. De forma organizada, cantaram comentários positivos acerca uns dos outros, tendo-se observado ainda a existência da “irmandade” inicial, visto que o P. M. e o A. R. elogiaram-se mutuamente e os restantes, referiram as qualidades uns dos outros. Não obstante, destaca-se a evolução no seu comportamento, visto que

inicialmente seria improvável fazerem esta actividade sem se interromperem e ofenderem constantemente.

Para a “despedida”, sugeriram a interpretação da sua versão do tema “Cinderela”, o que constitui uma forma muito contentora para terminar a intervenção:

“Eles são cinco crianças,

A viver histórias,

A viver canções.

Tocam muitos instrumentos,

E muitos segredos,

Para sentir.

Uns estão a tocar,

E a Cátia a cantar,

P’ra nos divertir.

Nós tocamos os tambores,

Os ovos e as clavas

E a pandeireta.

Então,

A música é a nossa paixão,

São os nossos sentimentos,

Vamos lá tocar violão”.

Os Fenómenos Grupais

Neste capítulo pretende-se analisar como se manifestaram no grupo determinados fenómenos por um lado, descritos por MacKenzie (1994), nomeadamente no que concerne aos tipos de papéis desempenhados pelos membros do grupo e, por outro, cunhados por Bruscia (1998a), relativamente à transferência e contra-transferência.

Papéis. Ao longo do processo musicoterapêutico, os membros do grupo foram experienciando diferentes papéis. O P. M. começou por desempenhar o papel divergente, através do qual espelhava a frustração inicial manifestada pelo grupo na tentativa de adquirir informação e procurar um líder ou uma direcção. Sob a forma de “bobo da corte”, divertiu constantemente o grupo, alienando-o das tarefas grupais. No entanto, esta função oscilou com o papel estrutural, através do qual procurou executar as tarefas propostas e dirigir a sua realização, nomeadamente nas últimas cinco sessões, mais acentuadamente na construção da canção acerca da natureza/ambiente.

O A. R. desempenhou o mesmo tipo de papel que o P. M., provavelmente pela grande proximidade entre ambos. Raramente adoptou o papel estrutural, embora tenha acontecido na quinta sessão, quando improvisaram a canção do abecedário, sugerida por ele. O papel divergente foi aquele que desempenhou com maior predominância, destabilizando frequentemente o grupo, através de interrupções constantes, agressividade na percussão dos instrumentos e brincadeiras com os restantes membros do grupo.

O R. P. ocupou predominantemente o papel estrutural, principalmente nas primeiras fases de construção do grupo, nas quais incentivou os restantes membros a realizar as tarefas, através das suas sugestões. A meio do processo foi adoptando o papel sociável, através do qual deu a conhecer alguns dos sentimentos envolvidos nas relações interpessoais, sentidos por si e pelos restantes.

O L. D. manteve praticamente em toda a intervenção o papel prudente, excepto nas últimas quatro sessões, onde adoptou o papel estrutural, conduzindo as tarefas colectivas. Nas restantes, mostrou-se silencioso, desinteressado e com falta de energia, como se tivesse receio do encontro interpessoal com os outros membros do grupo e com a terapeuta. A utilização do capuz na grande maioria das primeiras sessões é símbolo destas defesas construídas por ele, gerando um mecanismo de resistência face à relação.

Finalmente, o M. O. desempenhou um papel estrutural, oscilando entre uma liderança construtiva e integradora e uma liderança negativa, baseada num excessivo narcisismo destrutivo, através de caos sonoro extremo e imposição da sua vontade.

A rotação de papéis no grupo apresenta evidências de evolução do mesmo e crescimento individual de cada membro, embora seja recomendada a procura constante de novos papéis mais adequados à expressão emocional.

Transferência e contra-transferência. A nível transferencial, assinalam-se as várias tentativas de projecção na terapeuta, enquanto facilitadora das relações destrutivas a que os utentes se habituaram, demonstrando uma avidez por atenção e individualidade. Neste sentido, projectaram todas as necessidades que tinham, transferindo o papel de mãe para a terapeuta, o que provocou dois tipos de reacções: por um lado, o desejo de ver as suas necessidades cumpridas e, por outro, uma revolta por sentirem que não estavam a ser entendidos.

No que diz respeito à contra-transferência, nas primeiras sessões a terapeuta sentiu dificuldade em controlar alguma da frustração que sentia por não observar qualquer evolução no grupo. No entanto, com a devida paciência e contenção dos ataques constantes à relação por parte dos utentes, conseguiu evitar uma postura directiva face à transferência manifestada pelos mesmos. A solução para a sede de individualidade e diferenciação de cada um passou

pela repetição do jogo do solista (descrito anteriormente), no qual cada um pôde sentir o seu espaço no grupo e a atenção individualizada da terapeuta.

Resultados, Sumário e Conclusão

Este grupo revelou uma evolução oscilante, alternando fases de crescimento com fases de regressão. Devido à sua necessidade constante de atenção, afecto e disponibilidade para a relação, foi necessária uma gestão equilibrada das dinâmicas do grupo, a fim de possibilitar um espaço contendor assente na coesão grupal e no desenvolvimento das suas lacunas, fundamentalmente, no que diz respeito às competências interpessoais e relacionais dos utentes.

A imposição de alguns limites, nomeadamente no que concerne à troca de instrumentos e ao seu manuseamento foi fundamental para lhes transmitir segurança e contenção na exploração do *self* e do outro, evitando conflitos e ofensas.

Na análise dos resultados obtidos na segunda aplicação do *child behavior checklist* (Anexo H), o P. M. foi o utente que demonstrou melhorias mais significativas, apresentando uma redução de mais de metade dos problemas identificados na primeira aplicação do questionário. O A. R. e o L. D. apresentaram poucas melhorias em todas as áreas, justificando-se, assim, a recomendação de um apoio terapêutico sistemático e individual. No que diz respeito aos resultados do R. P., ocorreram melhorias significativas nos problemas de ansiedade/depressão, de atenção e de agressividade. Finalmente, o M. O. apresentou melhorias nos problemas de ansiedade/depressão, delinquência e agressividade. Contudo, os utentes necessitavam de uma continuidade da intervenção musicoterapêutica, uma vez que o processo terminou numa altura em que havia muitos aspectos para trabalhar e consolidar no grupo.

Tabela 6

Resultados obtidos nas duas aplicações do child behavior checklist no estudo de caso II

Escalas	Nome	1ª aplicação	2ª aplicação
Escala de competências	P. M.	13 pontos	44 pontos
	A. R.	40 pontos	29 pontos
	L. D.	24 pontos	24 pontos
	R. P.	30 pontos	28 pontos
	M. O.	15 pontos	20 pontos
Escala de síndromes e problemas	P. M.	85 pontos	12 pontos
	A.R.	29 pontos	28 pontos
	L. D.	27 pontos	30 pontos
	R.P.	39 pontos	22 pontos
	M. O.	42 pontos	27 pontos

No que diz respeito aos objectivos grupais, verificou-se o seu cumprimento. Com o evoluir do processo terapêutico, o grupo foi capaz de partilhar o seu auto e hetero-conhecimento das características e preferências de cada membro do grupo, respeitando-as e servindo-se dessa consciência para promover a identidade grupal. As suas competências interpessoais foram adquiridas e trabalhadas, verificando-se uma reciprocidade mediada pela música através do aguardar pela vez e da conclusão das tarefas. Finalmente, ocorreu um desenvolvimento da capacidade de expressão e adequação dos sentimentos, evidenciando-se uma partilha e exploração das várias emoções sentidas, nomeadamente a zanga e frustração frequentemente verbalizadas e demonstradas, por não conseguirem lidar com a imposição de limites nas sessões. No entanto, com a evolução das dinâmicas grupais, começaram a conseguir tolerar estes sentimentos e a expô-los nas várias texturas musicais. As entrevistas de avaliação final preenchidas pelas professoras, testemunharam melhorias do

comportamento dos utentes na sala de aula, embora reconhecendo algumas irregularidades e oscilações no mesmo.

De um modo geral, pode-se concluir que o grupo teve uma evolução positiva, embora se tenha tornado evidente que alguns dos seus membros necessitassem de passar para uma intervenção individual por ainda não possuírem estruturação psicológica para integrar um grupo, nomeadamente o L. D., o P. M. e o A. R., cuja evolução foi morosa e com algumas regressões.

Outras Intervenções Clínicas

Musicoterapia com o Grupo II

O Grupo II foi constituído por 3 rapazes e 2 raparigas com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos, tendo sido realizadas 10 sessões de musicoterapia com o mesmo. A partir dos dados recolhidos através da observação inicial e das entrevistas, verificou-se que se tratava de um grupo composto por utentes impulsivos e com predisposição para conflitos e agressão verbal e física na relação com os pares, pelo que os principais objectivos das sessões centraram-se na promoção das suas competências relacionais, nomeadamente, a reciprocidade e empatia, a gestão da agressividade e a melhoria da expressão emocional.

Devido às constantes faltas às sessões por parte de alguns membros do grupo, a intervenção realizou-se, fundamentalmente, com a M. F. e com a I. A.. Os restantes utentes apenas participaram em uma ou duas sessões, nas quais estabeleceram pouca interacção e procuraram conflitos com os restantes utentes.

Nas sessões em que a M. F. e a I. A. estiveram presentes, estabeleceram diálogos musicais através de improvisações e da composição de letras para canções pré-existentes, espelhando situações do seu quotidiano. Não obstante, por vezes demonstraram-se retraídas e embaraçadas relativamente à exposição causada por estas actividades, permanecendo em silêncio em algumas partes das sessões. Uma sessão relevante para o processo terapêutico foi a nona sessão, na qual preferiram verbalizar alguns dos seus problemas escolares e familiares, tendo explorado as suas emoções relativamente a várias situações difíceis que atravessam nas suas vidas.

Apesar da alteração no *setting* e da irregularidade das sessões, considera-se que foi um grupo que manifestou uma evolução significativa e atingiu os objectivos formulados inicialmente, comprovando-se pelos resultados do *child behavior checklist* (Anexo H), onde a

I. A. demonstrou melhorias nos problemas de ansiedade/depressão, de atenção e agressividade e a M. F. nos problemas sociais, de ansiedade/depressão, delinquência e agressividade.

Musicoterapia com o Grupo III

O Grupo III foi constituído por 2 raparigas e 1 rapaz com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos, tendo sido realizadas 12 sessões de musicoterapia com este grupo. Por se tratar de um grupo composto por utentes com deficiência auditiva, a terapeuta teve o cuidado de não tocar nem cantar com pouca intensidade e de não comunicar de costas para eles. Logo nas primeiras interações com o grupo, verificou-se que eram bastante afectuosos e estavam muito entusiasmados e ansiosos com as sessões. Considerando a avaliação inicial e os dados fornecidos pela professora de educação especial, concluiu-se que os objectivos com este grupo deviam passar pelo desenvolvimento da comunicação e expressão emocional através do som, pelo aumento/reforço da auto-estima e pela promoção da auto-iniciativa.

Ao longo das sessões a cumplicidade entre o grupo ficou bastante patente, tendo iniciado logo na primeira sessão uma interacção grupal relevante para as restantes sessões. Tratou-se de uma melodia que foi utilizada recorrentemente ao longo das sessões, principalmente quando queriam provocar um “pico” de expressão na improvisação.

Foram utilizados diversos jogos rítmicos, nomeadamente o jogo do “toca e foge” onde enquanto um tocava um instrumento, todos tinham de tocar com ele, quando este parava, os outros também tinham de parar. Este jogo serviu para a C. S. se desinibir e proporcionou-lhe maior abertura à relação com a terapeuta. Gradualmente, começaram a tomar a iniciativa de sugerir actividades e colocá-las em prática, principalmente a C. S. que, no início das sessões, se tinha mantido sob orientação da B. N., cuja personalidade forte e algo autoritária fazia vencer a sua vontade. Após a libertação da C. S., reparou-se numa alteração na própria

interacção e relação entre todos, uma vez que começaram a contribuir com maior criatividade para a construção de canções por iniciativa própria, nomeadamente na terceira sessão, na qual compuseram uma canção que retratava aquilo que faziam nas sessões e os sentimentos que nutriam pela terapeuta.

A evolução com este grupo foi notória, tanto ao nível da expressão emocional e comunicação através da música, como do desenvolvimento da auto-estima e iniciativa. O nível de expressão emocional, comportamental e relacional foi avaliado na primeira e última sessões, através da grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA), tendo-se observado diferenças significativas a todos os níveis, principalmente de cariz emocional, uma vez que na última sessão choraram do início ao fim por estarem tristes por a intervenção ter chegado ao fim. No que diz respeito à auto-estima e iniciativa, revelaram bastantes melhorias, verificando-se uma interacção espontânea entre os membros do grupo e a auto-iniciativa na proposta e implementação das tarefas.

Conclusão

Ao longo deste trabalho procurou-se reflectir objectivamente acerca de todo o processo de aprendizagem e experiência possibilitado pela realização da intervenção terapêutica em contexto educativo. Tratou-se de uma transposição da teoria acumulada nos livros para a aplicação clínica, um processo de extrema responsabilidade por estar a lidar com pessoas e não com casos hipotéticos, mas também uma experiência inesquecível e desafiante.

O impacto desta intervenção no agrupamento de escolas onde foi realizada foi significativo, por se tratar da primeira vez que se disponibilizou esta alternativa terapêutica e por ter provocado a criação de pequenos núcleos (considerados problemáticos) com uma característica em comum, a musicoterapia, originando investimento pessoal e relacional entre todos.

A receptividade dos utentes à musicoterapia foi notória, embora se tenham sentido algumas dificuldades com as faltas de alguns adolescentes. No entanto, a ludicidade aliada à terapia contribuiu para a implementação bem sucedida da musicoterapia no agrupamento.

Os objectivos deste estágio centraram-se na promoção do acesso por parte das crianças e adolescentes do agrupamento a uma intervenção terapêutica que os integrasse no contexto educativo em que estavam inseridos, na contribuição para a implementação dos PEI, estabelecendo uma colaboração com os profissionais de educação e na diminuição das dificuldades de integração, no caso da educação especial.

Em parte, os objectivos formulados para este estágio foram cumpridos, uma vez que se observaram melhorias no contexto social e escolar dos utentes, testemunhado nas entrevistas realizadas aos professores dos mesmos. No entanto, essas melhorias não foram exponenciais, tendo, por vezes, oscilado. Seria necessária a continuação terapêutica com a maioria dos

utentes intervencionados, principalmente no que concerne às crianças e adolescentes com perturbação de oposição.

No caso dos adolescentes com deficiência auditiva, a intervenção musicoterapêutica possibilitou a implementação bem sucedida dos PEI, através do trabalho das áreas onde os utentes possuíam dificuldades não colmatadas pela terapia da fala, nomeadamente ao nível do desenvolvimento da comunicação através da música e expressão emocional, do aumento da auto-estima e da promoção da auto-iniciativa, tendo obtido resultados substanciais na GOIDA (Anexo I) em todas as áreas, especialmente relevantes para o P. C. e para a B. N., que frequentam uma turma com colegas ouvintes e por vezes demonstravam sintomas de desadaptação.

Ao longo da intervenção seguiu-se a orientação psicoterapêutica baseada na relação terapêutica enquanto agente promotor da mudança psicológica (Bruscia, 1998a). Com o decorrer das sessões, verificou-se que a relação com o outro é mediada por uma dimensão contentora, a música, que constitui um terreno intersubjectivo que possibilita a expressão pessoal, o desenvolvimento da criatividade, a experimentação (presente no brincar), a relação com o outro e a experiência imediata do momento presente. Desta forma, ao longo das sessões, foi concedida aos utentes a possibilidade de conter a sua ansiedade e gerir a sua vida psíquica com relativa autonomia.

Strecht (1998) valoriza a relevância da continuidade da presença do terapeuta, rompendo com padrões vivenciais descontínuos do passado de foro patológico. Neste sentido, tal como já foi referido anteriormente na descrição dos casos, teria sido benéfico para os utentes uma continuidade da intervenção, dado que a sua curta duração impossibilitou o trabalho e assimilação das mudanças alcançadas no meio terapêutico. Além disso, dadas as perturbações emocionais manifestadas pelos utentes, um rompimento com o vínculo, ainda que preparado,

causa instabilidade emocional no utente, podendo originar regressão no seu estado. Não obstante, uma vez que os parâmetros formais que regem este estágio tornaram impossível o seu prolongamento, restou apenas informar os utentes desde início que a intervenção teria um fim próximo e que até lá se podia trabalhar o máximo de aspectos possíveis. A separação também foi fortemente abordada, com o intuito de não causar danos emocionais nos utentes.

Em semelhança com o estudo efectuado por Stewart e Stewart (2002), o estudo de caso individual, baseou-se na evolução do processo terapêutico retratado na abordagem Winnicottiana (1975) assente na teoria do brincar. Apesar das diferenças entre os dois estudos, considera-se que a insegurança ainda demonstrada pelo C. P. no estabelecimento do vínculo se deve à relação estabelecida com a mãe, procurando a satisfação de necessidades que acabam por nunca ser atendidas. O brincar na relação revelou algumas das questões que se encontram recalcadas no interior do utente e que dificilmente serão trabalhadas sem o acesso cuidado às mesmas.

O processo terapêutico evoluiu psicoterapeuticamente e transferencialmente. No entanto, apesar de se considerar que se acederam a conteúdos delicados do mundo interno do C. P., procurou-se não elaborar conscientemente essas questões, uma vez que podiam causar constrangimento no utente e desamparo no final da intervenção.

O trabalho em grupo com este tipo de crianças e adolescentes revelou-se o mais adequado, apesar de se ter sentido a necessidade (não satisfeita por impossibilidade horária) de colocar alguns em *setting* individual, por ainda não possuírem estruturação psicológica para integrar um grupo. No entanto, tal como Haines (1989), admitimos e comprovámos que o *setting* grupal é o mais adequado para o trabalho com este tipo de população, sendo que a improvisação em grupo com instrumentos e/ou voz aumentou a coesão e cooperação grupais,

bem como a socialização, identificação e aprendizagem, construindo uma sonoridade própria, fruto das preferências e gostos concretos do grupo.

Ainda no que diz respeito ao estudo de caso grupal, realizou-se uma reflexão acerca das dinâmicas grupais observadas, com base nas teorias de desenvolvimento grupal, formuladas por Rutan & Stone (2001) e Mackenzie (1994). Estas formulações teóricas auxiliaram a compreensão de que a construção da identidade grupal passa por várias fases de diferenciação e fusionalidade, até atingir a coesão grupal e características próprias. Através do espaço contentor grupal mediado pela música, foram trabalhadas as projecções individuais no grupo, evitando a verbalização.

As teorias de Mackenzie (1994) contribuíram, também, para o entendimento dos papéis adoptados pelos vários membros do grupo, bem como a flexibilização dos mesmos. Os fenómenos de transferência e contra-transferência descritos por Bruscia (1998a) foram observados no grupo, tendo contribuído para a avaliação das dificuldades e estratégias para superar a presença destes fenómenos no mesmo. A tolerância aos processos transferenciais foi difícil e morosa, embora tenha servido para uma introspecção contra-transferencial com o intuito de perceber as razões dos problemas emocionais e comportamentais dos utentes.

Com o evoluir da intervenção musicoterapêutica, o grupo foi amadurecendo, procurando ultrapassar algumas das suas dificuldades iniciais e tentando relacionar-se de forma mais independente relativamente à terapeuta. Contudo, dado o amadurecimento tardio do grupo, seria necessário mais tempo para a consolidação dessa fase.

Por fim, e de uma forma geral, considera-se ter sido essencial, a implementação deste estágio no agrupamento, cujas alternativas terapêuticas passam apenas pela terapia da fala, não se estendendo às crianças e adolescentes fora do contexto de educação especial.

Reflexão final

“A música p’ra mim tem seduções de oceano!
Quantas vezes procuro navegar,
Sobre um dorso brumoso, a vela a todo o pano,
Minha pálida estrela a demandar!

O peito saliente, os pulmões distendidos
Como o rijo velame d’um navio,
Intento desvendar os reinos escondidos
Sob o manto da noite escuro e frio;

Sinto vibrar em mim todas as comoções
D’um navio que sulca o vasto mar;
Chuvas temporais, ciclones, convulsões
Conseguem a minh’alma acalentar.”

Charles Baudelaire (2003)

Com este poema pretendo ilustrar o poder instrospectivo e reflexivo da música, permitindo-nos navegar nos “reinos escondidos” das nossas “chuvas temporais, ciclones e convulsões”. No fundo, revela-se uma ferramenta capaz de nos guiar ao mundo interno, através de “seduções de oceano”, não se mostrando demasiado intrusiva na sua viagem e possibilitando a vibração de todas as nossas “comoções”. De “peito saliente” e “pulmões distendidos”, embarquei destemida na rota cujo destino cedo se traçou, a música, e cujo porto

de desembarque se afigurou desafiador no mestrado em musicoterapia, de onde partiu este estágio. Não menos interessante se mostrou o trabalho com a população intervencionada, crianças e jovens em contexto educativo, por razões pessoais e profissionais, mas também devido ao necessário desbravamento da prática clínica musicoterapêutica com estes utentes, principalmente no que concerne, por um lado ao ensino regular e, por outro, à deficiência auditiva, na área da educação especial. Assim, a escolha desta população revelou-se desafiante, dada a escassez de literatura centrada no trabalho com estes utentes e, simultaneamente, estimulante, devido ao reconhecimento dos efeitos da utilização da música neste contexto, como veículo para a expressão, construção da relação e para a integração do *self*.

Efectuar a transposição do conhecimento teórico adquirido na literatura musicoterapêutica para o contexto da prática clínica nem sempre foi fácil e o receio de errar abanou-me constantemente e fez-me duvidar de tudo o que estava a fazer. No entanto, também considero que ter medo de errar é algo bom nesta área, uma vez que lidamos com questões patológicas, inculcando-nos responsabilidade e uma constante procura por melhorar o nosso profissionalismo.

Com os utentes intervencionados desenvolvi uma relação muito próxima tanto nas sessões como no recreio, apesar de nem sempre conseguir encontrá-los fora do contexto terapêutico por estarem nas aulas. A minha entrega e abertura à relação permitiu que gradualmente fossem quebrando as suas barreiras erguidas no passado pelas dificuldades de gestão emocional, revelando progressos na expressão dos seus sentimentos.

Com a equipa técnica e educativa, estreitei laços profissionais e pessoais. Dada a minha falta de experiência e desconhecimento de algumas questões inerentes ao funcionamento do agrupamento e do IAC, a relação estabelecida com os profissionais que me rodearam

fortaleceu a minha confiança no trabalho que estava a desenvolver e auxiliou-me na resolução das dificuldades e dúvidas que me foram surgindo. Não obstante, devido aos inúmeros compromissos e responsabilidades profissionais das equipas, acabei por possuir bastante autonomia e responsabilidade na estruturação e implementação da intervenção. Não considero este desprendimento negativo, visto que me conferiu ainda maior responsabilidade e profissionalismo e preparou-me para o trabalho que há-de surgir no futuro, onde não vou ter supervisão de forma sistemática. O facto da técnica do GAAF provir da área da psicologia, ajudou-me na análise de algumas dinâmicas presentes no decorrer das sessões, visto se tratar de uma especialidade afim da musicoterapia.

No que concerne ao enriquecimento em termos de aprendizagem, este estágio trabalhou e potenciou as minhas competências enquanto futura musicoterapeuta, principalmente na componente de interpretação e compreensão dos casos. Dado que não tenho grande formação a nível da psicologia, inicialmente, senti-me insegura por ter receio de inviabilizar a relação terapêutica por verbalizar algo inapropriado ou invadir ou expor questões delicadas do mundo interno dos utentes. Não obstante, apesar destas dúvidas iniciais, com a análise da literatura e com a experiência e observação das sessões, fui conferindo sentido às dinâmicas estabelecidas e percebendo os caminhos que devia trilhar para enriquecer as vivências dos utentes.

Ao realizar uma retrospectiva do trabalho realizado, um aspecto que podia ter sido enriquecido prende-se com a escolha das técnicas e gestão das necessidades dos grupos e do caso individual. Considero que com alguns utentes, como o C. P. ou com os utentes surdos, teria sido benéfica a inclusão da expressão pictórica com tintas, visto que expressaram vontade de se exprimirem através das artes visuais em conjunto com a música. Possivelmente teria sido importante no desenvolvimento da coesão grupal e na elaboração de sentimentos.

No que diz respeito aos obstáculos e dificuldades à realização das sessões, assinala-se alguma irregularidade das sessões, devido aos períodos de interrupção lectiva, onde o acompanhamento foi suspenso, causando algum desequilíbrio no processo terapêutico. No caso dos utentes do 1º ciclo, foi acrescida uma esporádica indisponibilidade por integrarem actividades escolares que os impossibilitaram de participar nas sessões. Quanto ao Grupo II, à irregularidade causada pelas interrupções lectivas, juntaram-se as faltas recorrentes da maioria dos utentes. Na generalidade dos acompanhamentos, a indisponibilidade das salas também impossibilitou a realização de algumas sessões. O espaço físico das sessões careceu, por vezes, da neutralidade necessária devido ao ruído causado pelos restantes alunos e professores da escola e às alterações que a decoração que a sala do GAAF foi sofrendo, por se tratar, simultaneamente, de uma sala de acompanhamento e de promoção de actividades com todos os alunos do agrupamento.

Finalmente, considero que esta experiência me motivou ainda mais para o trabalho na área da musicoterapia, onde posso conjugar a minha paixão pela música com o meu interesse pelo ser humano e as ornamentações da sua mente. Ao longo deste processo, fui caminhando de mãos dadas com os utentes, umas vezes mais entrelaçadas que outras, mas sempre cúmplices na sua relação. Tal como trilhei caminhos e atalhos de cumplicidade com os utentes que participaram neste estágio, também me resta trilhar muita aprendizagem e experiência nesta área verdadeiramente enriquecedora. Dada a minha formação em canto, com este estágio também me apercebi da relevância da voz na relação terapêutica, cuja utilização foi bastante medida pelos utentes e foi porta-voz das evoluções nos mesmos, através do canto dos seus receios, problemas e preocupações. Terminei este estágio com um sentimento de missão cumprida, apesar de considerar que os utentes precisavam de mais tempo para consolidar alguns aspectos.

Referências

- Abreu, N. (2005). *Teoria do apego – fundamentos, pesquisas e implicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior check-list/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Agrupamento de Escolas Terras de Laru (2008). Projecto educativo do agrupamento (PEA). Acedido Janeiro 15, 2012, em <http://www.eps-cruz-pau.rcts.pt/images/stories/pea.pdf>.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. (1971). Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds. In H. R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* (pp. 17-57). London: Academic Press.
- Alley, J. (1977). Education for the severely handicapped: The role of music therapy. *Journal of Music Therapy*, 14, 50-59.
- American Music Therapy Association (s.d.). Definition and quotes about music therapy. Acedido Fevereiro 18, 2012, em <http://www.musictherapy.org/about/quotes/>.
- Barros, R. D. B., (1997). Dispositivos em ação: o grupo. In A. Lancetti (org.). *Saúde Loucura 6: subjetividade*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Baudelaire, C. (2003). *As Flores do Mal*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Berlin, L. J., & Cassidy, J. (1999). Relationships among relationships: contribution from attachment theory and research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical implications*. New York: The Guildford Press.
- Bleichmar, E. D. (1995). Psicoterapia de grupo de crianças. In C. R. Huguet & J. Volnovich, *Grupos, infância e subjetividade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

- Bordin, I. A. S. & Offord, D. R. (2000). Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 2, 34-40.
- Brécia, V. L. P. (2003). *Educação Musical: bases psicológicas e ação preventiva*. São Paulo: Átomo.
- Brum, E. H. M. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 457-467.
- Bruscia, K. E. (1998a). An introduction to music psychotherapy. In K. E. Bruscia (Ed.), *The dynamics of music psychotherapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1998b). Therapist. In K. E. Bruscia (Ed), *Defining music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.
- Busamante, E. M. (2000). *Treating the disruptive adolescent: finding the real child behind oppositional defiant disorders*. New Jersey: Jason Aronson.
- Chen-Hafteck, L. (1997). Music and language development in early childhood: integrating past research in the two domains. *Early Child Development & Care*, 130, 85-97.
- Clough, P. (2000) *Theories of inclusive education: a student's guide*. London: Sage/Paul Chapman Publishing.
- DSM-IV-TR (2002): *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York : W. W. Norton.
- Felice, E. M. (2003). O lugar do brincar na psicanálise de crianças. *Psicologia: Teoria e*

- Prática*, 5 (1), 71-79. Acedido Abril 17, 2012, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v5n1/v5n1a06.pdf>.
- Frank-Schwebel, A. (2002). Israel: developmental trauma and its relation to sound and music. In J. P. Sutton, (Ed.), *Music, music therapy and trauma*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Friedlander, L. H. (1994). Group music psychotherapy in an inpatient psychiatric setting for children: a developmental approach. *Music Therapy Perspectives*, 12, 2, 92-97.
- Gardstrom, S. (2007). *Music therapy improvisation for groups: essential leadership competencies*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Gfeller, K. E. (1999). Music therapy in the schools. In W. B. Davis, M. H. Thaut & Gfeller, K. E. (Eds.), *An introduction to music therapy: theory and practice*. Dubuque, IA: McGraw-Hill.
- Goldstein, S. L. (1990). A songwriting assessment for hopelessness in depressed adolescents: A review of the literature and a pilot study. *Arts in Psychotherapy*, 17 (2), 117-124.
- Guedeney, N. (2004). Conceitos-chave da teoria da vinculação. In Guedeney, N. & Guedeney, A. (Ed.). *Vinculação – conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Haines, J. H. (1989). The effects of music therapy on self-esteem of emotionally disturbed adolescents. *Music Therapy*, 8 (1), 78-91.
- Hebbar, G. K. (2007). Impact of hearing loss in children. Acedido Setembro 24, 2012, em http://entcentre.com/FAQs/impact_of_hearing_loss_in_childr.htm.
- Hendricks, C. B., Robinson, B., Bradley, L. J. & Davis, K. (1999). Using music techniques to treat adolescent depression. *Journal of Humanistic Education and Development*,

38, 1, 39-46.

Instituto de Apoio à Criança (s.d.). Mediação escolar. Acedido Novembro 24, 2011, em <http://www.iacrianca.pt/pt/mediacao-escolar>.

Instituto de Apoio à Criança (s.d.). Princípios orientadores. Acedido Dezembro 29, 2011, em <http://www.iacrianca.pt/pt/organizacao/principios-orientadores>.

Instituto de Apoio à Criança (2008). Boletim do centro de estudos e documentação sobre a infância do Instituto de Apoio à Criança. Acedido Novembro 24, 2011, em <http://www.adcl.org.pt/observatorio/pdf/INFOCEDIn9Novembroabandonoescolar.pdf>

Jellison, J. (1979). The music therapist in the educational setting: developing and implementing curriculum for the handicapped. *Journal of Music Therapy*, 16, 128-137.

Laible, D. J. & Thompson, R. A. (1998). Attachment and emotional understanding in preschool children. *Developmental Psychology*, 34, 1038-1045.

Lehtonen, K. (1993). Reflections on music therapy and developmental psychology. *Nordic Journal of Music Therapy*, 2(1), 3-12.

Leigh, I. W. (1999). *Psychotherapy with deaf clients from diverse groups*. Washington: Gallaudet University Press.

MacKenzie, K. R. (1994). The developing structure of therapy group system. In A. Bernard & K. R. MacKenzie (Eds.), *Basics of group psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Malekoff, A. (1997). *Group work with adolescents*. New York: Guildford Press.

McIntyre, J. (2007) Creating order out of chaos: music therapy with adolescent boys diagnosed with a behaviour disorder and/or emotional disorder. *Music Therapy Today*, VIII (1): 56-79.

- Montello, L. M. & Coons, E. E. (1998). Effects of active versus passive group music therapy on preadolescents with emotional, learning and behavioral disorders. *Journal of Music Therapy, 55*, 49-67.
- Moreno, J. (1995). *Musicoterapia en educación especial*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Mrech, L. M. (1999). Além do sentido e do significado: a concepção psicanalítica da criança e do crincar. Acedido Março 15, 2012, em http://www.labrinjo.ufc.br/phocadownload/artigo_004.pdf.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, sintomatologia psicopatológica e qualidade da relação com as figuras de suporte, com o terapeuta, e com o bebé: estudo exploratório. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3* (1), 35-59.
- Peters, J. (2000). Music Therapy for children and adolescents who have mental or behavioral disorders or severe emotional disturbances. In K. E. Bruscia (Ed), *Music Therapy: an introduction*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Ribeiro, J. & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica, 1* (XX), 67-75.
- Robbins, C., & Robbins, C. (1980). *Music for the hearing impaired: a resource manual and curriculum guide*. Saint Louis, MO: Magnamusic-Baton.
- Rossi, E., Kirch, J. & Allgayer, M. (2009). Grupo terapêutico de crianças – ampliando o contexto da intervenção. In *Psicologia social e políticas de existência: Fronteiras e conflitos: Trabalhos Completos do XV Encontro Nacional da ABRAPSO*, Maceió, 30 Out. – 09 Nov. 2009.

- Rutan, J. S. & Stone, W. N.(2001). *Psychodynamic group psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Sausser, S. (2006). A model for music therapy with students with emotion and behavior disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 1-10.
- Scheidlinger, S., Dies, R., Fuhrman, A., Mackenzie, K. R. (1997). Group dynamics and group psychotherapy revisited. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 4, 139-182.
- Schneider-Rosen, K. (1990). The developmental reorganization of attachment relationships: guidelines for classification beyond infancy. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings, *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press.
- Shaffer, D. R. (2005). Desenvolvimento emocional e o estabelecimento de relações de intimidade. In D. R. Shaffer (ed.), *Psicologia do desenvolvimento – infância e adolescência*. São Paulo: Thomson.
- Silva, E. A. (2006). Os benefícios da arteterapia para melhoria da qualidade de vida das pessoas surdas. Acedido Setembro 23, 2012, em <http://www.avm.edu.br/monopdf/2/ELIANE%20DE%20ALMEIDA%20SILVA.pdf>.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context: the Minnesota longitudinal study. In K. E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies*. New York: The Guilford Press.
- Stewart, R. W. & Stewart, D. (2002). See me, hear me, play with me: working with the trauma of early abandonment and deprivation in psychodynamic music. In J. P.

- Sutton, (Ed.), *Music, music therapy and trauma*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Therapy. In J. P. Sutton, (Eds.), *Music, music therapy and trauma*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Solomon, J. & George, C. (1999). *Attachment desorganization*. New York: Guilford Press.
- Solomon, M. (1998). Music therapy and the benefits to deaf and blind children. Acedido Março 17, 2012, em <http://www.angelfire.com/me/HoneyBeeHive/MT2.html>.
- Tavares, G. (s.d.). A construção do psiquismo. Acedido Agosto 13, 2012, em http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_13339/artigo_sobre_a_constru%C3%87%C3%83o_do_psiquismo.
- Tervo, J. (2005). Music therapy with adolescents. *Voices: a world forum for music therapy*. Acedido Janeiro 28, 2012, em <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/216/160>.
- Thompson, R. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Toronto Music Psychotherapy (2008). About us. Acedido Março 12, 2012, em http://www.music-psychotherapy.com/about_us.html.
- Van Gent, T., Goedhart, A. W. & Treffers, P. D. (1990). Self-concept and psychopathology in deaf adolescents: preliminary support for moderating effects of deafness-related characteristics and peer problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (6), 720-728.
- Villar, M. & Junior, J. (2008). *Aspectos biológicos da deficiência auditiva*. Rio de

Janeiro: Unirio.

Weigel, A. M. G. (1988). *Brincando de música: experiências com sons, ritmos, música e movimentos na pré-escola*. Porto Alegre: Kuarup.

Wilson, S. (1991). Music therapy in education. *British Journal of Music Therapy* 5 (2), 14-17.

Winnicott, D. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Winnicott, D. (1987). *Privação e delinquência*. Rio de Janeiro: Martins Fontes.

ANEXOS

Lista de Anexos

- Anexo A** - Ficha de dados pessoais e avaliação inicial
- Anexo B** - Plano terapêutico do utente ou grupo em musicoterapia
- Anexo C** - *Child behavior checklist* (Achenbach, 1991) - *Checklist* do comportamento infantil (Tradução livre)
- Anexo D** - *Child behavior checklist* (Achenbach, 1991) - *Checklist* do comportamento infantil (Versão original)
- Anexo E** - Ficha de registo das sessões de musicoterapia
- Anexo F** - Entrevista de avaliação final
- Anexo G** - Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA)
- Anexo H** - Resultados do *child behavior checklist* (Achenbach, 1991) - Estudos de caso e outras intervenções clínicas
- Anexo I** - Resultados da grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA) – Outras intervenções clínicas

ANEXO A

Ficha de dados pessoais e avaliação inicial

Ficha de dados pessoais e de avaliação inicial

Nome: _____ Género: _____ Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Diagnóstico clínico (quando se aplica):

Anamnese:

Dados recolhidos no contacto com a equipa docente:

Dados recolhidos no contacto com a técnica do GAAF no local e com a direcção:

Motivo de encaminhamento para a musicoterapia:

Biografia sonora musical (Preferências musicais, frequência com que ouve música, tipo de *ensemble* preferido):

Perfil musical do utente:

ANEXO B

Plano terapêutico do utente ou grupo em musicoterapia

Plano terapêutico do utente ou grupo em musicoterapia

Nome do utente: _____

Idade: _____ Início do tratamento: _____

Diagnóstico: _____

Informações prioritárias:

Problema n.º 1:

Objectivo:

Sub-Objectivos:

--	--	--

Problema n.º 2:

Objectivo:

Sub-Objetivos:		
Problema nº 3:		
Objetivo:		
Sub-Objetivos:		

ANEXO C

Child behavior checklist (Achenbach, 1991) - *Checklist* do comportamento infantil
(Tradução livre)

Child behavior checklist (Achenbach, 1991)

Checklist do comportamento infantil

Tradução livre

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

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

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

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

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

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

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

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

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

g)				
----	--	--	--	--

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

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

O que o preocupa mais acerca da criança / jovem?

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

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

0	1	2	1. Tem atitudes infantis para a sua idade
0	1	2	2. Bebe bebidas alcoólicas sem a autorização dos pais / educadores
0	1	2	3. Discute / argumenta muito
0	1	2	4. Não termina aquilo que começa
0	1	2	5. Há poucas coisas de que gosta
0	1	2	6. Defeca fora da casa de banho
0	1	2	7. Gaba-se, vangloria-se
0	1	2	8. Não se consegue concentrar
0	1	2	9. Não consegue tirar da cabeça certos pensamentos

0	1	2	10. Não consegue sentar-se quieto
0	1	2	11. Muito dependente
0	1	2	12. Queixa-se de solidão
0	1	2	13. Parece confuso
0	1	2	14. Chora muito
0	1	2	15. É cruel para os animais
0	1	2	16. É cruel, <i>bully</i> ou mau para os outros
0	1	2	17. Sonha acordado ou perde-se nos seus pensamentos
0	1	2	18. Magoa-se deliberadamente ou tenta o suicídio
0	1	2	19. Pede muita atenção
0	1	2	20. Estraga as suas coisas
0	1	2	21. Estraga as coisas dos outros
0	1	2	22. É desobediente em casa
0	1	2	23. É desobediente na escola
0	1	2	24. Não come bem
0	1	2	25. Não se relaciona bem com as outras crianças
0	1	2	26. Não parece sentir-se culpado após um comportamento inadequado
0	1	2	27. É ciumento
0	1	2	28. Não cumpre as regras em casa, na escola, ou em outro lugar
0	1	2	29. Tem medo de certos animais, situações, ou locais (outros para além da escola). Descreva: _____
0	1	2	30. Tem medo de ir à escola
0	1	2	31. Receia pensar ou fazer alguma coisa má
0	1	2	32. Sente que ele(a) tem que ser perfeito
0	1	2	33. Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele(a)
0	1	2	34. Sente ameaças de perseguição
0	1	2	35. Sente-se inferior ou imprestável
0	1	2	36. Magoa-se muitas vezes
0	1	2	37. Envolve-se em várias lutas
0	1	2	38. Sente-se muitas vezes provocado(a)
0	1	2	39. Anda com outros que se envolvem em problemas
0	1	2	40. Ouve sons ou vozes que não estão lá. Descreva _____
0	1	2	41. Age impulsivamente sem pensar
0	1	2	42. Prefere estar só do que com os outros
0	1	2	43. Mentira ou engana
0	1	2	44. Rói as unhas
0	1	2	45. É nervoso ou tenso

0	1	2	46. Faz movimentos nervosos ou tem tiques. Descreva _____
0	1	2	47. Tem pesadelos
0	1	2	48. As outras crianças não gostam dele(a)
0	1	2	49. Sofre de obstipação
0	1	2	50. É demasiado medroso ou ansioso
0	1	2	51. Tem tonturas
0	1	2	52. Sente-se demasiado culpado
0	1	2	53. Tem reacções exageradas
0	1	2	54. Fica demasiado cansado sem motivos aparentes
0	1	2	55. Tem excesso de peso
			56. Tem problemas físicos sem causa médica conhecida:
0	1	2	a) Dores (sem ser de estômago ou cabeça)
0	1	2	b) Dores de cabeça
0	1	2	c) Náuseas, sente-se doente
0	1	2	d) Problemas com os olhos (não se trata de falta de vista). Descreva _____
0	1	2	e) Feridas ou outros problemas de pele
0	1	2	f) Dores de estômago
0	1	2	g) Vomita
0	1	2	h) Outros. Descreva: _____
0	1	2	57. Agride pessoas fisicamente
0	1	2	58. Coloca o dedo no nariz, arranca pele ou outras partes do corpo. Descreva: _____
0	1	2	59. Brinca com as suas partes íntimas em público
0	1	2	60. Brinca com as suas partes íntimas demasiadas vezes
0	1	2	61. Tem insucesso escolar
0	1	2	62. É descoordenado
0	1	2	63. Prefere estar com crianças mais velhas
0	1	2	64. Prefere estar com crianças mais novas
0	1	2	65. Recusa-se a falar
0	1	2	66. Repete certos actos várias vezes de forma compulsiva. Descreva: _____
0	1	2	67. Foge de casa
0	1	2	68. Grita imenso
0	1	2	69. Guarda as coisas para si, secretismo
0	1	2	70. Vê coisas que não estão lá. Descreva: _____
0	1	2	71. Fica facilmente envergonhado
0	1	2	72. Tem explosões de raiva

0	1	2	73. Tem problemas sexuais. Descreva: _____
0	1	2	74. Arma-se em engraçado (palhacinho)
0	1	2	75. É demasiado tímido
0	1	2	76. Dorme menos que a maioria das crianças. Descreva: _____
0	1	2	77. Dorme mais que a maioria das crianças de noite ou dia. Descreva: _____
0	1	2	78. É desatento ou distrai-se facilmente
0	1	2	79. Tem problemas na fala/discurso. Descreva: _____
0	1	2	80. Olha para o infinito
0	1	2	81. Rouba em casa
0	1	2	82. Rouba fora de casa
0	1	2	83. Guarda demasiadas coisas de que não precisa
0	1	2	84. Tem comportamentos estranhos. Descreva : _____
0	1	2	85. Tem ideias estranhas. Descreva: _____
0	1	2	86. É teimoso, carrancudo ou irrita-se
0	1	2	87. Tem mudanças repentinas de humor e de sentimentos
0	1	2	88. Amua muito
0	1	2	89. É desconfiado(a)
0	1	2	90. Diz palavrões ou utiliza linguagem obscena
0	1	2	91. Fala em matar-se
0	1	2	92. Fala ou anda durante o sono. Descreva: _____
0	1	2	93. Fala demasiado
0	1	2	94. Implica muito
0	1	2	95. Tem um temperamento petulante
0	1	2	96. Pensa demasiado em sexo
0	1	2	97. Ameaça pessoas
0	1	2	98. Chucha no dedo
0	1	2	99. Fuma, masca ou cheira tabaco
0	1	2	100. Tem problemas em adormecer. Descreva: _____
0	1	2	101. Falta às aulas
0	1	2	102. Tem movimentos lentos ou falta de energia
0	1	2	103. É infeliz, triste ou depressivo
0	1	2	104. Invulgarmente barulhento
0	1	2	105. Usa drogas/medicamentos
0	1	2	106. Vandalismo
0	1	2	107. Não tem controlo dos esfíncteres
0	1	2	108. Tem enurese nocturna

0	1	2	109. Choraminga
0	1	2	110. Deseja ser do sexo oposto
0	1	2	111. Não se envolve com os outros, isola-se
0	1	2	112. Preocupa-se
0	1	2	113. Por favor escreva outro(s) problemas que a criança tenha e que não estavam na lista anterior: _____
0	1	2	_____
0	1	2	_____
0	1	2	_____

ANEXO D

Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) - *Checklist* do comportamento infantil
(Versão original)



Please print

CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18

For office use only
ID # _____

CHILD'S FULL NAME First _____ Middle _____ Last _____			PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. (Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant.) FATHER'S TYPE OF WORK _____ MOTHER'S TYPE OF WORK _____
CHILD'S GENDER <input type="checkbox"/> Boy <input type="checkbox"/> Girl	CHILD'S AGE _____	CHILD'S ETHNIC GROUP OR RACE _____	
TODAY'S DATE Mo. ____ Day ____ Year ____		CHILD'S BIRTHDATE Mo. ____ Day ____ Year ____	THIS FORM FILLED OUT BY: (print your full name) _____
GRADE IN SCHOOL _____	Please fill out this form to reflect your view of the child's behavior even if other people might not agree. Feel free to print additional comments beside each item and in the space provided on page 2. Be sure to answer all items.		Your gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
NOT ATTENDING SCHOOL <input type="checkbox"/>			Your relation to the child: <input type="checkbox"/> Biological Parent <input type="checkbox"/> Step Parent <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Adoptive Parent <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other (specify) _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Please print. Be sure to answer all items.

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

None 1 2 or 3 4 or more

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

Less than 1 1 or 2 3 or more

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

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

VII. 1. Performance in academic subjects.

Does not attend school because _____

Check a box for each subject that child takes

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

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

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

No Yes—kind of service, class, or school:

3. Has your child repeated any grades?

No Yes—grades and reasons:

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

When did these problems start? _____

Have these problems ended? No Yes—when?

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

What concerns you most about your child?

Please describe the best things about your child.

Please print. Be sure to answer all items.

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

0 = Not True (as far as you know)

1 = Somewhat or Sometimes True

2 = Very True or Often True

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

Please print. Be sure to answer all items.

0 = Not True (as far as you know)

1 = Somewhat or Sometimes True

2 = Very True or Often True

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO E

Ficha de registo das sessões de musicoterapia

Ficha de registo das sessões de musicoterapia

Grupo/Utente: Sessão n.º:	Data:
Momentos de maior relevância	
Tema sugerido	
Observações	

ANEXO F

Entrevista de avaliação final

Entrevista de avaliação final

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

No decorrer do período de realização das sessões de musicoterapia, notou algumas alterações a nível comportamental, emocional ou relacional no aluno? Em caso afirmativo, especifique essas mudanças.

Como acha que o aluno experienciou o processo musicoterapêutico?

Após a realização de cada sessão de musicoterapia, alguma vez notou alterações, positivas ou negativas, no comportamento do aluno? Em caso afirmativo, especifique essas mudanças.

Alguma vez o aluno partilhou ou comentou alguma situação ou acontecimento que tenha ocorrido em determinada(s) sessão(ões) que considere pertinente para a avaliação do(s) efeito(s) da musicoterapia no aluno?

Outras observações:

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO G

Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA)

Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA)

Santos, 2012

<i>Nome:</i>				
<i>Sessão:</i>				
Dimensão	Comportamentos	Observação		
		Frequentemente	Moderadamente	Nunca
Expressão emocional	1. Inicia diálogo verbal			
	2. Verbaliza emoções/afectos			
	3. Expressa afectos visual ou sonoramente			
	4. Muda de estado afectivo			
Acção/Comportamento	5. Adere às actividades propostas			
	6. Começa uma actividade por iniciativa própria			
Interacção	7. Estabelece contacto visual			
	8. Inicia interacção espontânea com o outro			
Total:				

Comentários/Observações:

ANEXO H

Resultados do *child behavior checklist* (Achenbach, 1991) – Estudos de caso
e outras intervenções clínicas

Resultados do child behavior checklist (Achenbach, 1991) – Estudos de caso e outras intervenções clínicas

Escala de Competências

Nome: C. P.					
Questionário preenchido pelo(a): Mãe					
Data: 20/01/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	1	III-A	0	VII-1	0
I-B	1	III-B	0	VII-2	0
II-A	1	V.1.	0	VII-3	0
II-B	2	V.2.	0	VII-4	0
IV-A	0	VI- A	1		
IV-B	0	VI-B	1		
Total: 5		Total: 2		Total: 0	
Total: 7					

Nome: C. P.					
Questionário preenchido pelo(a): Mãe					
Data: 14/07/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	0	III-A	0	VII-1	1
I-B	0	III-B	0	VII-2	0
II-A	1	V.1.	0	VII-3	0
II-B	2	V.2.	0	VII-4	1
IV-A	0	VI- A	2		
IV-B	0	VI-B	1		
Total: 3		Total: 3		Total: 2	
Total: 8					

Nome: P. M.					
Questionário preenchido pelo(a): Irmã					
Data: 20/01/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Actividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	2	III-A	0	VII-1	4
I-B		III-B	0	VII-2	0
II-A	1	V.1.	4	VII-3	0
II-B		V.2.	0	VII-4	0
IV-A	0	VI- A	2		
IV-B	0	VI-B			
Total: 3		Total: 6		Total: 4	
Total: 13					

Nome: P. M.					
Questionário preenchido pelo(a): Mãe					
Data: 12/06/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Actividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	3	III-A	1	VII-1	4
I-B	6	III-B	2	VII-2	0
II-A	3	V.1.	1	VII-3	1
II-B	10	V.2.	2	VII-4	0
IV-A	2	VI- A	5		
IV-B	2	VI-B	2		
Total: 26		Total: 13		Total: 5	
Total: 44					

Nome: A. R.					
Questionário preenchido pelo(a): Pai					
Data: 19/01/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	3	III-A	1	VII-1	3
I-B	6	III-B	2	VII-2	0
II-A	3	V.1.	4	VII-3	0
II-B	6	V.2.	2	VII-4	0
IV-A	1	VI- A	6		
IV-B	1	VI-B	2		
Total: 20		Total: 17		Total: 3	
Total: 40					

Nome: A. R.					
Questionário preenchido pelo(a): Pai					
Data: 10/06/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	1	III-A	1	VII-1	3
I-B	2	III-B	1	VII-2	0
II-A	1	V.1.	4	VII-3	0
II-B	2	V.2.	2	VII-4	0
IV-A	2	VI- A	6		
IV-B	2	VI-B	2		
Total: 10		Total: 16		Total: 3	
Total: 29					

Nome: R. P.					
Questionário preenchido pelo(a): Mãe					
Data: 21/01/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	1	III-A	1	VII-1	3
I-B	4	III-B	1	VII-2	0
II-A	2	V.1.	4	VII-3	0
II-B	4	V.2.	2	VII-4	0
IV-A	0	VI- A	6		
IV-B	0	VI-B	2		
Total: 11		Total: 16		Total: 3	
Total: 30					

Nome: R. P.					
Questionário preenchido pelo(a): Mãe					
Data: 14/07/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	3	III-A	1	VII-1	3
I-B	4	III-B	1	VII-2	0
II-A	2	V.1.	4	VII-3	0
II-B	4	V.2.	2	VII-4	0
IV-A	0	VI- A	3		
IV-B	0	VI-B	1		
Total: 13		Total: 12		Total: 3	
Total: 28					

Nome: L. D.					
Questionário preenchido pelo(a): Mãe					
Data: 22/01/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	1	III-A	1	VII-1	2
I-B	4	III-B	2	VII-2	
II-A	1	V.1.	3	VII-3	0
II-B	2	V.2.	2	VII-4	0
IV-A	0	VI- A	4		
IV-B	0	VI-B	2		
Total: 8		Total: 14		Total: 2	
Total: 24					

Nome: L. D.					
Questionário preenchido pelo(a): Mãe					
Data: 14/07/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	1	III-A	0	VII-1	3
I-B	2	III-B	0	VII-2	0
II-A	1	V.1.	4	VII-3	0
II-B	2	V.2.	2	VII-4	0
IV-A	1	VI- A	6		
IV-B	1	VI-B	1		
Total: 8		Total: 13		Total: 3	
Total: 24					

Nome: M. O.					
Questionário preenchido pelo(a): Pai					
Data: 26/01/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	2	III-A	1	VII-1	0
I-B	2	III-B	1	VII-2	0
II-A	1	V.1.	4	VII-3	0
II-B		V.2.	2	VII-4	1
IV-A	1	VI- A			
IV-B	0	VI-B			
Total: 6		Total: 8		Total: 1	
Total: 15					

Nome: M. O.					
Questionário preenchido pelo(a): Pai					
Data: 15/07/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	2	III-A	1	VII-1	0
I-B	2	III-B	1	VII-2	0
II-A	1	V.1.	4	VII-3	0
II-B		V.2.	3	VII-4	1
IV-A	1	VI- A	3		
IV-B	0	VI-B	1		
Total: 6		Total: 13		Total: 1	
Total: 20					

Nome: I. A.					
Questionário preenchido pelo(a): Pai					
Data: 19/01/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	3	III-A	0	VII-1	0
I-B	7	III-B	0	VII-2	0
II-A	3	V.1.	4	VII-3	1
II-B	10	V.2.	0	VII-4	0
IV-A	2	VI- A	2		
IV-B	2	VI-B	1		
Total: 27		Total: 7		Total: 1	
Total: 35					

Nome: I. A.					
Questionário preenchido pelo(a): Irmão					
Data: 14/06/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	2	III-A	0	VII-1	1
I-B	4	III-B	0	VII-2	0
II-A	1	V.1.	4	VII-3	1
II-B	2	V.2.	2	VII-4	0
IV-A	2	VI- A	3		
IV-B	3	VI-B	1		
Total: 14		Total: 10		Total: 2	
Total: 26					

Nome: M. F.					
Questionário preenchido pelo(a): Mãe					
Data: 19/01/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	0	III-A	0	VII-1	0
I-B	0	III-B	0	VII-2	0
II-A	1	V.1.	3	VII-3	1
II-B	2	V.2.	0	VII-4	1
IV-A	0	VI- A	3		
IV-B	0	VI-B	2		
Total: 3		Total: 8		Total: 2	
Total: 13					

Nome: M. F.					
Questionário preenchido pelo(a): Mãe					
Data: 14/06/2012					
Escala de Competências					
<i>Escala de Atividades</i>		<i>Escala Social</i>		<i>Escala Escolar</i>	
I-A	2	III-A	0	VII-1	0
I-B	4	III-B	0	VII-2	0
II-A	1	V.1.	4	VII-3	1
II-B	4	V.2.	0	VII-4	0
IV-A	1	VI- A	3		
IV-B	2	VI-B	1		
Total: 14		Total: 8		Total: 1	
Total: 23					

Escala de Síndromes e Problemas

Nome: C. P.												Data: 20/01/2012			
Questionário preenchido pelo(a): Mãe															
Escala de Síndromes e Problemas															
<i>Problemas internos</i>										<i>Problemas externos</i>					
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/Depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		Comportamento delinquente		Comportamento agressivo	
42.	0	51.	0	12.	0	1.	1	9.	0	1.	1	26.	1	3.	2
65.	0	54.	1	14.	0	11.	2	40.	0	4.	1	39.	0	7.	0
69.	2	56a.	0	31.	0	25.	1	66.	0	8.	2	43.	1	16.	0
75.	0	56b.	0	32.	1	38.	0	70.	0	10.	2	63.	1	19.	2
80.	0	56c.	0	33.	1	48.	0	80.	0	13.	1	67.	0	20.	2
88.	1	56d.	0	34.	0	55.	0	84.	0	17.	0	72.	0	21.	1
102.	0	56e.	0	35.	0	62.	2	85.	0	41.	2	81.	0	22.	1
103.	0	56f.	0	45.	2	64.	1			45.	2	82.	0	23.	2
111.	0	56g.	0	50.	1					46.	0	90.	1	27.	0
				52.	0					61.	2	96.	0	37.	1
				71.	0					62.	2	101.	0	57.	0
				89.	0					80.	0	105.	1	68.	1

				103.	0							106.	0	74.	1
				112.	0									86.	2
														87.	0
														93.	1
														94.	0
														95.	1
														97.	0
														104.	1
Total:	3	Total:	1	Total:	5	Total:	7	Total:	0	Total:	15	Total:	5	Total:	18
		Outros itens:													
		5.	0	29.	2	53.	0	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	1	30.	0	56h.	2	77.	0	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	0	58.	0	78.	2	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	11		
		24.	0	47.	0	60.	2	83.	0	107.	0				
		28.	2	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	65		

														94.	1
														95.	0
														97.	0
														104.	0
Total:	0	Total:	1	Total:	6	Total:	6	Total:	0	Total:	11	Total:	6	Total:	17
		Outros itens:													
		5.	0	29.	1	53.	1	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	0	98.	0	110.	1		
		15.	0	36.	0	58.	1	78.	2	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	8		
		24.	0	47.	0	60.	1	83.	0	107.	0				
		28.	1	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	55		

														94.	0
														95.	0
														97.	0
														104.	0
Total:	7	Total:	8	Total:	15	Total:	5	Total:	2	Total:	11	Total:	7	Total:	18
		Outros itens:													
		5.	2	29.	0	53.	0	76.	2	92.	1	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	1	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	2	58.	0	78.	0	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	2	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	12		
		24.	1	47.	1	60.	0	83.	0	107.	0				
		28.	0	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	85		

														87.	0
														93.	0
														94.	0
														95.	0
														97.	0
														104.	0
Total:	2	Total:	0	Total:	0	Total:	0	Total:	0	Total:	0	Total:	2	Total:	4
		Outros itens:													
		5.	2	29.	0	53.	0	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	2	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	0	58.	0	78.	0	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	4		
		24.	0	47.	0	60.	0	83.	0	107.	0				
		28.	0	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	12		

														87.	1
														93.	0
														94.	0
														95.	0
														97.	0
														104.	1
Total:	1	Total:	2	Total:	3	Total:	2	Total:	2	Total:	7	Total:	1	Total:	6
		Outros itens:													
		5.	0	29.	0	53.	1	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	0	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	1	58.	0	78.	1	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	1	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	5		
		24.	0	47.	0	60.	0	83.	1	107.	0				
		28.	0	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	29		

														87.	0
														93.	1
														94.	0
														95.	0
														97.	0
														104.	0
Total:	0	Total:	1	Total:	3	Total:	4	Total:	1	Total:	7	Total:	0	Total:	5
		Outros itens:													
		5.	0	29.	0	53.	1	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	1	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	1	58.	0	78.	1	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	1	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	7		
		24.	0	47.	0	60.	0	83.	1	107.	0				
		28.	1	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	28		

														93.	2
														94.	1
														95.	1
														97.	0
														104.	1
Total:	2	Total:	0	Total:	5	Total:	2	Total:	1	Total:	8	Total:	2	Total:	14
		Outros itens:													
		5.	0	29.	0	53.	0	76.	0	92.	0	109.	1		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	0	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	0	58.	0	78.	2	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	5		
		24.	0	47.	0	60.	0	83.	1	107.	0				
		28.	1	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	39		

														93.	1
														94.	0
														95.	0
														97.	0
														104.	1
Total:	1	Total:	0	Total:	1	Total:	3	Total:	0	Total:	5	Total:	3	Total:	7
		Outros itens:													
		5.	1	29.	0	53.	0	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	0	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	0	58.	0	78.	0	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	2		
		24.	0	47.	0	60.	0	83.	0	107.	0				
		28.	1	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	22		

														87.	1
														93.	0
														94.	0
														95.	0
														97.	0
														104.	0
Total:	3	Total:	0	Total:	7	Total:	2	Total:	1	Total:	3	Total:	3	Total:	4
		Outros itens:													
		5.	0	29.	1	53.	1	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	0	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	0	58.	0	78.	0	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	1	100.	0	Total:	4		
		24.	1	47.	0	60.	0	83.	0	107.	0				
		28.	0	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	27		

														87.	0
														93.	0
														94.	1
														95.	0
														97.	0
														104.	0
Total:	3	Total:	0	Total:	2	Total:	2	Total:	1	Total:	2	Total:	2	Total:	10
		Outros itens:													
		5.	1	29.	1	53.	0	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	0	98.	0	110.	0		
		15.	1	36.	1	58.	0	78.	1	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	8		
		24.	1	47.	1	60.	0	83.	0	107.	0				
		28.	1	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	30		

														94.	0
														95.	0
														97.	0
														104.	1
Total:	1	Total:	0	Total:	5	Total:	4	Total:	2	Total:	8	Total:	8	Total:	10
		Outros itens:													
		5.	1	29.	0	53.	0	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	1	56h.	0	77.	0	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	0	58.	0	78.	0	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	4		
		24.	0	47.	0	60.	0	83.	1	107.	0				
		28.	1	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	42		

														87.	0
														93.	0
														94.	1
														95.	0
														97.	0
														104.	1
Total:	2	Total:	0	Total:	3	Total:	3	Total:	0	Total:	7	Total:	2	Total:	6
		Outros itens:													
		5.	0	29.	0	53.	0	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	1	98.	0	110.	0		
		15.	1	36.	0	58.	0	78.	1	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	4		
		24.	0	47.	0	60.	0	83.	0	107.	0				
		28.	1	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	27		

Nome: I. A.

Data: 19/01/2012

Questionário preenchido pelo(a): Pai

Escala de Síndromes e Problemas

<i>Problemas internos</i>						<i>Problemas externos</i>									
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/Depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		Comportamento delincente		Comportamento agressivo	
42.	0	51.	0	12.	0	1.	1	9.	1	1.	1	26.	1	3.	1
65.	1	54.	0	14.	0	11.	0	40.	0	4.	1	39.	1	7.	0
69.	1	56a.	0	31.	1	25.	0	66.	1	8.	1	43.	1	16.	0
75.	0	56b.	0	32.	0	38.	1	70.	0	10.	1	63.	2	19.	1
80.	0	56c.	0	33.	0	48.	0	80.	0	13.	1	67.	0	20.	1
88.	0	56d.	0	34.	0	55.	0	84.	0	17.	0	72.	1	21.	1
102.	0	56e.	0	35.	0	62.	1	85.	0	41.	1	81.	0	22.	1
103.	0	56f.	0	45.	0	64.	1			45.	0	82.	0	23.	1
111.	1	56g.	0	50.	1					46.	0	90.	0	27.	1
				52.	1					61.	1	96.	0	37.	1
				71.	1					62.	1	101.	1	57.	0
				89.	1					80.	0	105.	0	68.	1
				103.	0							106.	0	74.	1

				112.	2									86.	1
														87.	0
														93.	1
														94.	1
														95.	0
														97.	1
														104.	1
Total:	3	Total:	0	Total:	7	Total:	4	Total:	2	Total:	8	Total:	7	Total:	15
		Outros itens:													
		5.	1	29.	1	53.	1	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	2	30.	0	56h.	0	77.	0	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	0	58.	0	78.	1	99.	0	113.	2		
		18.	0	44.	2	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	14		
		24.	1	47.	0	60.	1	83.	1	107.	0				
		28.	1	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	60		

Nome: I. A.

Data: 14/06/2012

Questionário preenchido pelo(a): Irmão

Escala de Síndromes e Problemas

<i>Problemas internos</i>						<i>Problemas externos</i>									
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/Depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		Comportamento delinquente		Comportamento agressivo	
42.	0	51.	0	12.	0	1.	1	9.	1	1.	1	26.	0	3.	2
65.	1	54.	0	14.	0	11.	1	40.	0	4.	1	39.	1	7.	0
69.	1	56a.	0	31.	1	25.	0	66.	1	8.	0	43.	1	16.	0
75.	0	56b.	0	32.	0	38.	1	70.	0	10.	0	63.	1	19.	0
80.	0	56c.	0	33.	0	48.	0	80.	0	13.	0	67.	0	20.	0
88.	0	56d.	2	34.	0	55.	0	84.	1	17.	0	72.	0	21.	0
102.	0	56e.	0	35.	0	62.	1	85.	0	41.	1	81.	0	22.	1
103.	0	56f.	0	45.	0	64.	1			45.	0	82.	1	23.	2
111.	0	56g.	0	50.	1					46.		90.	1	27.	1
				52.	0					61.	1	96.	0	37.	1
				71.	1					62.	1	101.	1	57.	0
				89.	1					80.	0	105.	0	68.	0
				103.	0							106.	0	74.	0

				112.	1									86.	1
														87.	1
														93.	0
														94.	1
														95.	0
														97.	1
														104.	1
Total:	2	Total:	2	Total:	5	Total:	5	Total:	3	Total:	5	Total:	6	Total:	12
		Outros itens:													
		5.	1	29.		53.	0	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	0	98.	0	110.	0		
		15.	0	36.	0	58.	0	78.	1	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	2	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	4		
		24.	0	47.	0	60.	0	83.	0	107.	0				
		28.	0	49.	0	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	44		

Nome: M. F.

Data: 19/01/2012

Questionário preenchido pelo(a): Mãe

Escala de Síndromes e Problemas

<i>Problemas internos</i>						<i>Problemas externos</i>									
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/Depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		Comportamento delinquente		Comportamento agressivo	
42.	0	51.	0	12.	0	1.	2	9.	2	1.	2	26.	0	3.	1
65.	0	54.	0	14.	1	11.	2	40.	0	4.	2	39.	1	7.	0
69.	0	56a.	0	31.	0	25.	1	66.	0	8.	2	43.	2	16.	0
75.	0	56b.	0	32.	0	38.	2	70.	0	10.	2	63.	0	19.	2
80.	0	56c.	0	33.	2	48.	1	80.	0	13.	1	67.	0	20.	2
88.	0	56d.	2	34.	0	55.	0	84.	0	17.	2	72.	1	21.	2
102.	0	56e.	0	35.	1	62.	0	85.	0	41.	2	81.	0	22.	1
103.	0	56f.	2	45.	1	64.	2			45.	0	82.	0	23.	1
111.	0	56g.	0	50.	0					46.	0	90.	1	27.	2
				52.	0					61.	2	96.	0	37.	0
				71.	1					62.	0	101.	0	57.	0
				89.	2					80.	0	105.	0	68.	1

				103.	0							106.	0	74.	2
				112.	1									86.	0
														87.	0
														93.	2
														94.	2
														95.	2
														97.	0
														104.	2
Total:	0	Total:	4	Total:	9	Total:	10	Total:	2	Total:	15	Total:	5	Total:	22
		Outros itens:													
		5.	0	29.	0	53.	0	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	2	30.	0	56h.	0	77.	1	98.	2	110.	0		
		15.	0	36.	0	58.	0	78.	2	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	0	100.	0	Total:	13		
		24.	2	47.	1	60.	0	83.	0	107.	0				
		28.	1	49.	2	73.	0	91.	0	108.	0	Total final:	80		

Nome: M. F.

Data: 14/06/2012

Questionário preenchido pelo(a): Mãe

Escala de Síndromes e Problemas

<i>Problemas internos</i>						<i>Problemas externos</i>									
Isolamento		Queixas somáticas		Ansiedade/Depressão		Problemas sociais		Problemas de pensamento		Problemas de atenção		Comportamento delincente		Comportamento agressivo	
42.	0	51.	0	12.	2	1.	1	9.	0	1.	1	26.	0	3.	2
65.	0	54.	0	14.	0	11.	1	40.	1	4.	2	39.	0	7.	0
69.	0	56a.	0	31.	0	25.	0	66.	0	8.	2	43.	0	16.	0
75.	0	56b.	0	32.	0	38.	0	70.	0	10.	2	63.	0	19.	2
80.	0	56c.	0	33.	1	48.	0	80.	0	13.	2	67.	0	20.	2
88.	0	56d.	2	34.	0	55.	0	84.	0	17.	0	72.	0	21.	2
102.	1	56e.	0	35.	0	62.	0	85.	0	41.	0	81.	0	22.	1
103.	0	56f.	2	45.	0	64.	0			45.	0	82.	0	23.	1
111.	0	56g.	0	50.	2					46.	0	90.	0	27.	0
				52.	0					61.	0	96.	0	37.	0
				71.	0					62.	0	101.	0	57.	0
				89.	0					80.	0	105.	0	68.	0
												106.	1	74.	0

				103.	0									86.	0
				112.	1									87.	0
														93.	0
														94.	0
														95.	0
														97.	0
														104.	1
Total:	1	Total:	4	Total:	6	Total:	2	Total:	1	Total:	9	Total:	1	Total:	11
		Outros itens:													
		5.	1	29.	0	53.	0	76.	0	92.	0	109.	0		
		6.	0	30.	0	56h.	0	77.	0	98.	0	110.	1		
		15.	0	36.	0	58.	0	78.	0	99.	0	113.	0		
		18.	0	44.	0	59.	0	79.	0	100.	1	Total:	5		
		24.	0	47.	1	60.	0	83.	0	107.	0				
		28.	0	49.	0	73.	0	91.	0	108.	1	Total final:	40		

ANEXO I

Resultados do *grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA)*
- Outras intervenções clínicas

Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA)

(Santos, 2012)

Nome: P. C.

Sessão: 1

Dimensão	Comportamentos	Observação		
		Frequentemente	Moderadamente	Nunca
Expressão emocional	1. Inicia diálogo verbal		x	
	2. Verbaliza emoções/afectos			x
	3. Expressa afectos visual ou sonoramente		x	
	4. Muda de estado afectivo			x
Acção/Comportamento	5. Adere às actividades propostas		x	
	6. Começa uma actividade por iniciativa própria		x	
Interacção	7. Estabelece contacto visual	x		
	8. Inicia interacção espontânea com o outro		x	
Total:		6		

Comentários/Observações:

Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA)

(Santos, 2012)

Nome: P. C.

Sessão: 12

Dimensão	Comportamentos	Observação		
		Frequentemente	Moderadamente	Nunca
Expressão emocional	1. Inicia diálogo verbal	x		
	2. Verbaliza emoções/afectos	x		
	3. Expressa afectos visual ou sonoramente	x		
	4. Muda de estado afectivo		x	
Acção/Comportamento	5. Adere às actividades propostas		x	
	6. Começa uma actividade por iniciativa própria		x	
Interacção	7. Estabelece contacto visual	x		
	8. Inicia interacção espontânea com o outro	x		
Total:		13		

Comentários/Observações:

Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA)

(Santos, 2012)

Nome: B. N.

Sessão: 1

Dimensão	Comportamentos	Observação		
		Frequentemente	Moderadamente	Nunca
Expressão emocional	1. Inicia diálogo verbal		x	
	2. Verbaliza emoções/afectos			x
	3. Expressa afectos visual ou sonoramente		x	
	4. Muda de estado afectivo			x
Acção/Comportamento	5. Adere às actividades propostas		x	
	6. Começa uma actividade por iniciativa própria			x
Interacção	7. Estabelece contacto visual	x		
	8. Inicia interacção espontânea com o outro			x
Total:		5		

Comentários/Observações:

Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA)

(Santos, 2012)

Nome: B. N.

Sessão: 12

Dimensão	Comportamentos	Observação		
		Frequentemente	Moderadamente	Nunca
Expressão emocional	1. Inicia diálogo verbal	x		
	2. Verbaliza emoções/afectos	x		
	3. Expressa afectos visual ou sonoramente	x		
	4. Muda de estado afectivo		x	
Acção/Comportamento	5. Adere às actividades propostas	x		
	6. Começa uma actividade por iniciativa própria		x	
Interacção	7. Estabelece contacto visual	x		
	8. Inicia interacção espontânea com o outro	x		
Total:		14		

Comentários/Observações:

Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA)

(Santos, 2012)

Nome: C. S.

Sessão: 1

Dimensão	Comportamentos	Observação		
		Frequentemente	Moderadamente	Nunca
Expressão emocional	1. Inicia diálogo verbal			x
	2. Verbaliza emoções/afectos			x
	3. Expressa afectos visual ou sonoramente		x	
	4. Muda de estado afectivo			x
Acção/Comportamento	5. Adere às actividades propostas		x	
	6. Começa uma actividade por iniciativa própria			x
Interacção	7. Estabelece contacto visual		x	
	8. Inicia interacção espontânea com o outro			x
Total:		3		

Comentários/Observações:

Grelha de observação do indivíduo com deficiência auditiva (GOIDA)

(Santos, 2012)

Nome: C. S.

Sessão: 12

Dimensão	Comportamentos	Observação		
		Frequentemente	Moderadamente	Nunca
Expressão emocional	1. Inicia diálogo verbal		x	
	2. Verbaliza emoções/afectos		x	
	3. Expressa afectos visual ou sonoramente	x		
	4. Muda de estado afectivo		x	
Acção/Comportamento	5. Adere às actividades propostas	x		
	6. Começa uma actividade por iniciativa própria		x	
Interacção	7. Estabelece contacto visual		x	
	8. Inicia interacção espontânea com o outro		x	
Total:		10		

Comentários/Observações:

