



Universidades Lusíada

Ferreira, Ana Rita Travessa Faria, 1998-

Do passado ao presente : musicoterapia com crianças e jovens em lar de acolhimento

<http://hdl.handle.net/11067/7358>

Metadados

Data de Publicação	2023
Resumo	<p>Do ponto de vista desenvolvimental, a música tem um papel importante na formação de competências relacionais, na expressão de afetos e sentimentos e na promoção da criatividade e expressividade. Consequentemente, a musicoterapia torna-se importante para ajudar crianças e jovens em risco, pois estas apresentam dificuldades a nível da expressão emocional e verbal. O presente relatório descreve o estágio de Musicoterapia desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade L...</p> <p>From a developmental point of view, music plays an important role in the formation of relational skills, in the expression of affections and feelings and in the promotion of creativity and expressiveness. Consequently, music therapy becomes important to help children and young people at risk, as they have difficulties in emotional and verbal expression. This report describes the Music Therapy internship developed within the scope of the Master's Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada de...</p>
Palavras Chave	Crianças em risco - Assistência em instituições - Portugal - Leiria, Jovens em risco - Assistência em instituições - Portugal - Leiria, Musicoterapia para crianças, Musicoterapia para adolescentes, Musicoterapia - Prática profissional, Centro Social Paroquial Paulo VI. Lar Santa Isabel (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-27T18:23:16Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Musicoterapia

**Do passado ao presente: musicoterapia com
crianças e jovens em lar de acolhimento**

Realizado por:
Ana Rita Travessa Faria Ferreira

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

Orientado por:
Dr.^a Renata Sofia Gomes Soteiro

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Mauer
Arguente: Prof.^a Doutora Ana Rita Laureano Maia

Dissertação aprovada em: 8 de fevereiro de 2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Do passado ao presente: musicoterapia com
crianças e jovens em lar de acolhimento**

Ana Rita Travessa Faria Ferreira

Lisboa

Agosto 2023



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Do passado ao presente: musicoterapia com
crianças e jovens em lar de acolhimento**

Ana Rita Travessa Faria Ferreira

Lisboa

Agosto 2023

Ana Rita Travessa Faria Ferreira

Do passado ao presente: musicoterapia com crianças e jovens em lar de acolhimento

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Renata Sofia Gomes
Soterio

Lisboa

Agosto 2023

FICHA TÉCNICA

Autora Ana Rita Travessa Faria Ferreira
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dr.^a Renata Sofia Gomes Soterio
Título Do passado ao presente: musicoterapia com crianças e jovens em lar de acolhimento
Local Lisboa
Ano 2023

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FERREIRA, Ana Rita Travessa Faria Ferreira, 1998-

Do passado ao presente : musicoterapia com crianças e jovens em lar de acolhimento / Ana Rita Travessa Faria Ferreira ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Renata Sofia Gomes Soterio. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - SOTEIRO, Renata Sofia Gomes, 1987-

LCSH

1. Crianças em risco - Assistência em instituições - Portugal - Leiria
2. Jovens em risco - Assistência em instituições - Portugal - Leiria
3. Musicoterapia para crianças
4. Musicoterapia para adolescentes
5. Musicoterapia - Prática profissional
6. Centro Social Paroquial Paulo VI. Lar Santa Isabel (Leiria, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
7. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
8. Teses - Portugal - Lisboa

1. Problem children - Institutional care - Portugal - Leiria
2. Problem youth - Institutional care - Portugal - Leiria
3. Music therapy for children
4. Music therapy for teenagers
5. Music therapy - Practice
6. Centro Social Paroquial Paulo VI. Lar Santa Isabel (Leiria, Portugal) - Study and teaching (Internship)
7. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
8. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.F47 2023

Agradecimentos

A realização deste relatório de estágio contou com valorosos incentivos e contribuições sem os quais não era possível a realização deste trabalho e percurso neste mestrado, a estes estarei para sempre grata.

À Professora Doutora Teresa Leite, por todo o apoio, supervisão, transmissão de conhecimento e dedicação.

Deixo um agradecimento à minha orientadora Doutora Renata Sotério, pela dedicação do seu tempo, incentivo e ajuda.

À Professora Doutora Susana Gutiérrez - Jiménez por toda a ajuda, encorajamento e disponibilidade.

A todos os meus professores do mestrado em Musicoterapia que sempre me apoiaram ao longo deste percurso.

Aos meus pais que sempre me apoiaram ao longo de todo o caminho, incentivando, dando apoio e acreditando sempre em mim.

Agradeço aos meus amigos por toda a amizade e apoio.

Também agradeço ao meu namorado por toda a paciência, ajuda, atenção e compreensão ao longo do meu percurso.

Resumo

Do ponto de vista desenvolvimental, a música tem um papel importante na formação de competências relacionais, na expressão de afetos e sentimentos e na promoção da criatividade e expressividade. Consequentemente, a musicoterapia torna-se importante para ajudar crianças e jovens em risco, pois estas apresentam dificuldades a nível da expressão emocional e verbal. O presente relatório descreve o estágio de Musicoterapia desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa e pretende demonstrar a importância da intervenção em musicoterapia com esta população.

A intervenção ocorreu ao longo de 8 meses na casa de acolhimento residencial Lar Santa Isabel, em Leiria, e foi dirigida a quinze utentes, distribuídas em seis intervenções individuais e dois grupos um com cinco jovens e outro com quatro utentes. Findas as intervenções, apresenta-se neste relatório uma reflexão mais aprofundada e detalhada sobre dois casos individuais.

Os resultados desta intervenção são positivos, tendo-se manifestado os sinais de mudança no setting terapêutico, mais do que em contexto social. Por isso, denota-se a importância de uma intervenção de musicoterapia mais prolongada e em articulação com os demais profissionais envolvidos.

Palavras-chave: Musicoterapia; Acolhimento Residencial; Crianças e Adolescentes; Emoções e Sentimentos; Relação.

Abstract

From a developmental point of view, music plays an important role in the formation of relational skills, in the expression of affections and feelings and in the promotion of creativity and expressiveness. Consequently, music therapy becomes important to help children and young people at risk, as they have difficulties in emotional and verbal expression. This report describes the Music Therapy internship developed within the scope of the Master's Degree in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa and aims to demonstrate the importance of music therapy intervention with this population.

The intervention took place over 8 months in the residential care home Lar Santa Isabel, in Leiria, and was directed to fifteen users, distributed in six individual interventions and two groups one with five young people and another with four users. After the interventions, this report presents a more in-depth and detailed reflection on two individual cases.

The results of this intervention are positive, with signs of change having been manifested in the therapeutic setting, rather than in the social context. Therefore, the importance of a longer music therapy intervention and in conjunction with the other professionals involved is highlighted.

Keywords: Music Therapy; Residential Shelter; Children and Adolescents; Emotions and Feelings; Relationship..

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>“Ações proporcionadas pela terapia musical”</i>	38
Tabela 2. <i>Dados relativos às participantes que beneficiaram de sessões de musicoterapia em setting individual</i>	48
Tabela 3. <i>Dados relativos às participantes que beneficiaram de sessões de musicoterapia em setting grupal com frequência quinzenal.</i>	49
Tabela 4. <i>Agenda semanal</i>	54
Tabela 5. <i>Plano terapêutico de T.C.</i>	58
Tabela 6. <i>Plano terapêutico de L.R.</i>	70

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Organigrama do Lar Santa Isabel</i>	20
Figura 2. <i>Evolução do número de crianças e jovens em situações de acolhimento</i>	28
Figura 3. <i>Escala de avaliação IMTAP no domínio emocional - Comparação entre a primeira avaliação e a segunda avaliação</i>	65
Figura 4. <i>Escala de avaliação IMTAP no domínio social - Comparação entre a primeira avaliação e a segunda avaliação</i>	78

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

- CAR - Casa de Acolhimento Residencial
- LSI - Lar Santa Isabel
- CSPP -VI - Centro Social Paroquial Paulo VI
- PHDA - Perturbação hiperatividade e déficit de atenção
- PDO - Perturbação desafiante de oposição
- IMTAP - The Individualized Music Therapy Assessment Profile

Sumário

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Lista de Tabelas	XI
Lista de Figuras.....	XIII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	XV
Sumário	XVII
Introdução	21
Descrição Sumária da Instituição.....	23
Recursos Humanos.....	24
Instalações da Instituição	26
Condições de Admissão	27
Descrição Sumária da População-Alvo	29
Revisão Bibliográfica.....	31
Crianças e Jovens em Perigo.....	31
Acolhimento Residencial	33
Efeitos da Negligência e Maus-tratos em Crianças e Jovens.....	35
Musicoterapia com Crianças e Adolescentes com Perturbações de Comportamento e Emocionais.....	39
Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).....	41
Musicoterapia com Crianças com PHDA e PDO.....	43
Técnicas e Estratégias em Musicoterapia.....	46
Improvisação	48
Escrita de Canções.....	49
Audição e Recriação Musical	49
Holding	49
Copying/ Imitação	49
Expressão pictórica com suporte musical.....	50
Mirroring	50
Objetivos do Estágio.....	53
Método	55
Participantes	55
Instrumentos de Avaliação	56
Procedimentos	58

Técnicas e/ou Métodos da Musicoterapia	59
Agenda Semanal.....	60
Estudo de Caso I e II.....	63
Estudo de Caso I – T.C.....	63
Historial e Identificação – T.C.	63
Plano Terapêutico.....	65
Processo Terapêutico.....	66
Fase Inicial – “Não sei”	66
Fase Intermédia - Do choro à transição	68
Fase Final – “O Passado”	70
Resultados	71
Discussão e Conclusão	73
Estudo de Caso II – L.R.....	77
Historial e Identificação	77
Plano Terapêutico.....	79
Processo Terapêutico.....	79
Fase Inicial – Criação de uma Relação Terapêutica.....	80
Fase Intermédia – A Relação na Improvisação	82
Fase Final – “Vida”	83
Resultados	85
Discussão e Conclusão	87
Outras Intervenções Clínicas	91
Intervenção Individual – A.S.	91
Intervenção Individual – I.P.....	92
Intervenção Individual – M.J.	94
Intervenção Individual – I.M.....	95
Intervenção Grupal – Grupo A.....	96
Intervenção Grupal – Grupo B.....	97
Conclusão e Discussão.....	99
Reflexão Pessoal	101
Referências.....	105
Anexos	111
Lista de Anexos.....	113
Anexo A	115
Anexo B.....	119
Anexo C.....	123

Anexo D	127
Anexo E.....	131
Anexo F.....	135
Anexo G	139
Anexo H	143
Anexo I.....	147
Anexo J.....	151
Anexo L.....	155
Anexo M.....	159

Do Passado ao Presente – Musicoterapia com Crianças e Jovens em Lar de Acolhimento

O presente relatório de estágio curricular está inserido na unidade curricular de Seminário de Estágio, integrado no 2º ano letivo do Mestrado em Musicoterapia, na Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio foi realizado no Lar Santa Isabel, em Leiria, e pretende refletir o papel da musicoterapia em contexto de acolhimento residencial com crianças e jovens, do sexo feminino em situação de perigo.

O local onde foi realizado o estágio é uma casa de acolhimento residencial (CAR) com capacidade para trinta e seis crianças e jovens do sexo feminino. Este tipo de instituição assegura a proteção e promove o bem-estar numa abordagem de respeito pelos direitos das crianças, criando assim um ambiente semelhante ao ambiente familiar.

Durante este estágio, cerca de dezasseis crianças e jovens do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 8 aos 17 anos de idade, usufruíram de acompanhamento musicoterapêutico. Estas jovens sofreram negligência, abusos sexuais, maus-tratos psicológicos e físicos entre outros.

Com base nas observações realizadas e leitura de processos durante o primeiro mês de estágio, foi observado que a maioria das crianças têm um historial de problemas de vinculação e apresentam momentos de carência afetiva com os pares ou com os adultos. As problemáticas mais frequentes nestas jovens são as dificuldades emocionais e de comportamento, a perturbação da hiperatividade e défice de atenção, as dificuldades cognitivas e as dificuldades em regular as emoções. Muitos destes problemas estão associados a experiências de disfunção familiar e à falta de um vínculo seguro com os seus cuidadores de referência.

Desta forma, o papel da musicoterapia é importante, pois ajuda estas crianças e jovens a controlar a frustração, a expressar emoções e sentimentos e a melhorar a qualidade de vida.

O presente relatório está dividido em cinco partes: a primeira parte diz respeito à caracterização da CAR e do público alvo com quem foi realizado o estágio curricular; na segunda parte constituirá a revisão da literatura sobre esta área específica da musicoterapia e os princípios teóricos a ela associada; a terceira parte descreve a metodologia aplicada durante as intervenções; a quarta parte consiste na descrição aprofundada de dois estudos de caso, acrescida de uma breve caracterização de todas as outras intervenções realizadas; por último, na quinta parte será apresentada uma conclusão final e reflexão pessoal.

Descrição Sumária da Instituição

O Lar Santa Isabel (LSI) é uma casa de acolhimento para crianças e jovens do sexo feminino, com idades compreendidas entre os seis (6) e os dezoito (18) anos de idade que se encontrem em situação de perigo ou risco iminente, e funciona em regime internato. Desta forma, o LSI procura proporcionar às crianças e jovens cenários de vida o mais similar possível do contexto familiar, promovendo o seu desenvolvimento em bem-estar, e uma reintegração comunitária e familiar adequada. (Centro Social Paulo VI, 2022).

Esta casa de acolhimento residencial está inserida no Centro Social Paroquial Paulo VI (CSPP-VI). O CSPP-VI é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, e tem como princípios orientadores as normas da Igreja Católica, promovendo a intervenção social e inserção comunitária (Centro Social Paroquial Paulo VI, 2015, p.3).

Além da resposta social Lar Santa Isabel, o CSPP-VI tem um departamento de serviço social que dá apoio à integração comunitária e social e intervém no apoio à família e problemas habitacionais, e ainda “O Ninho”, uma valência de Creche e Jardim de Infância.

Relativamente ao Lar de Infância e Juventude Santa Isabel, onde decorreu o estágio, tem capacidade máxima de quarenta (40) crianças/jovens, encontrando-se à época acolhidas trinta e seis (36) crianças/jovens, com idades compreendidas entre os oito (8) e os vinte e três (23) anos. Apesar de o acolhimento se destinar a crianças dos seis (6) até aos dezoito (18) anos, este poderá ser prolongado até aos vinte e um (21) anos caso queiram, ou até aos vinte e cinco (25) anos sempre que estas estejam integradas em formação (Lei nº23, 2017).

De acordo com o Regulamento do Lar de Infância e Juventude (2012, p.3), a CAR tem como principais objetivos; certificar a proteção de crianças e jovens; proporcionar o desenvolvimento integral, bem-estar e cidadania ativa através de métodos terapêuticos e/ou educativos; desenvolver as potencialidades de cada criança tendo em conta a sua história de vida; promover vinculações seguras e laços afetivos; fomentar a participação das crianças e

jovens nos seus projetos de vida; e preparar as crianças e jovens para a integração social e autonomia.

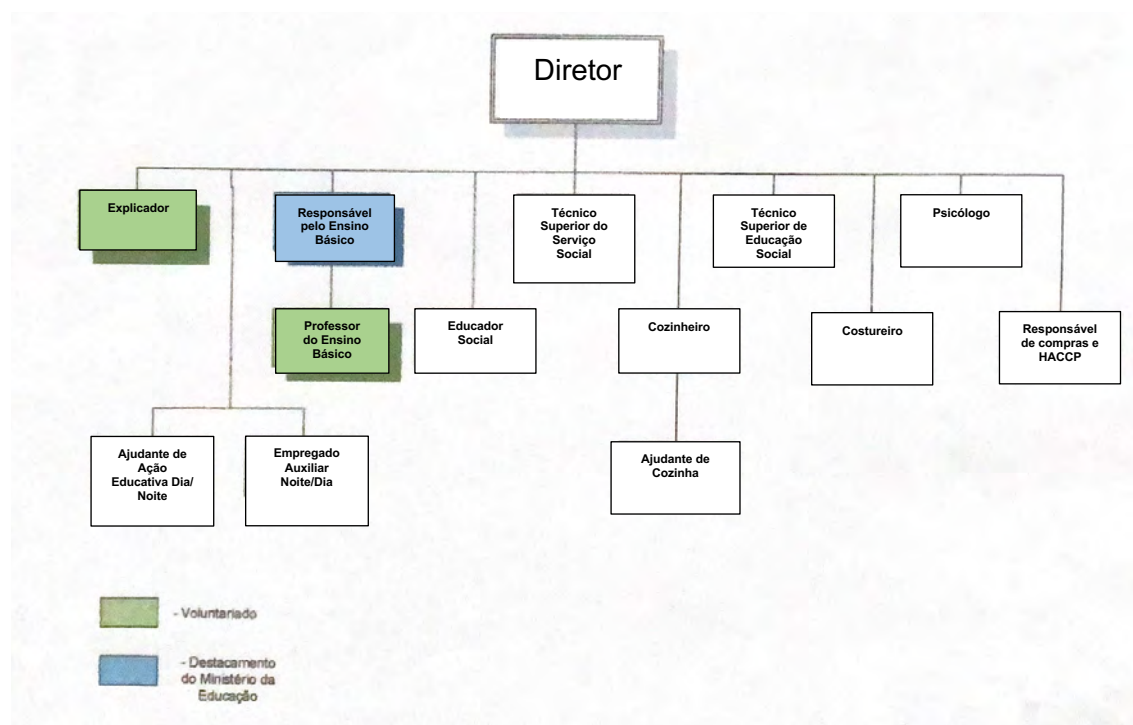
Na sua missão de intervenção social, o Lar de Infância e Juventude articula com entidades externas tais como o Centro Distrital de Segurança de Leiria, os tribunais, as comissões de Proteção de Crianças e Jovens; Câmara Municipal de Leiria, Unidade de Saúde Familiar D. Dinis, Instituto do Emprego e Formação Profissional, Hospital Santo André, e ainda o Centro de Atendimento a Jovens de Leiria, de forma a dar uma resposta mais eficaz e completa na intervenção com as crianças e jovens acolhidas.

Recursos Humanos

Tal como consta dos dados da figura 1, o Lar de Infância e Juventude conta com uma vasta equipa que está adequada às exigências definidas pela Segurança Social para este tipo de resposta social (Regulamento Lar de Infância e Juventude, 2012, p.14).

Figura 1.

Organigrama do Lar Santa Isabel



Nota. Regulamento Lar de Infância e Juventude, 2012, p.14

O Lar Santa Isabel conta com uma equipa de vinte colaboradores divididos em três equipas: (1) equipa educativa; (2) equipa técnica; (3) equipa auxiliar.

A equipa técnica é constituída pela diretora técnica, assistente social, psicóloga, e duas educadoras sociais. Acrescenta-se ainda que existe um professor em regime de mobilidade estatutária do Ministério da Educação, que ajuda no apoio ao estudo.

Assim, segundo o manual viabilizado pela CAR, os técnicos superiores de Educação Social têm como função acompanhar as jovens no seu percurso educacional e institucional. As suas funções incluem a delineação de estratégias que ajudem à integração profissional e social, bem como o acompanhamento escolar e das relações familiares das jovens.

A psicóloga tem como função recolher a história de vida de cada criança/jovem de forma a definir uma intervenção congruente, resolução de conflitos, promover as competências pessoais e sociais e analisar a evolução psicológica de cada criança/jovem para junto da equipa educativa e técnica de modo a identificar o projeto de vida mais adequado e definir estratégias de socialização e educativas.

No que diz respeito à equipa educativa, esta é formada por nove profissionais: três educadoras sociais e seis ajudantes de ação educativa. Desta forma, compete à equipa educativa acompanhar as jovens no seu dia-a-dia, dando apoio educacional, acompanhando nos trabalhos escolares, na ocupação de tempos livres e acompanhamento nos cuidados de saúde. Por outro lado, as ajudantes de ação educativa, têm como função o acompanhamento na higiene das crianças/jovens e do espaço. Além disso, acompanham-nas às atividades diárias, elucidando-as para o aproveitamento escolar e para as suas responsabilidades civis.

Por último, a equipa auxiliar é composta por seis colaboradores, três trabalhadores auxiliares, uma cozinheira, uma ajudante de cozinha e uma costureira. A esta equipa compete a manutenção do lar, ajudando nas tarefas de alimentação, limpeza e arrumação dos espaços, asseguram o transporte de artigos ou alimentos, da lavagem das roupas das crianças e jovens

e das roupas de serviço. Relativamente à cozinheira, esta fica encarregue da confeção dos alimentos e limpeza do respetivo espaço tendo o auxílio da ajudante de cozinha. A costureira executa os trabalhos alusivos à confeção de concertos de vestuário, e tarefas relativos à costura à máquina e manual.

Instalações da Instituição

As instalações onde se situa a CAR têm dois edifícios unidos por um pátio. Relativamente ao edifício principal, no rés do chão existe uma sala de visitas, o gabinete da diretora técnica e da assistente social, onde se encontram as informações importantes sobre o dia-a-dia das jovens e os seus horários, o refeitório, cozinha, uma casa de banho e uma sala de estar. No primeiro andar encontra-se o gabinete da psicóloga e no terceiro uma biblioteca (fora de uso). Nos três andares superiores situam-se os quartos das jovens, uma sala de estar e as casas de banho.

Relativamente aos quartos, existem dois quartos com quatro camas, um quarto individual (para as jovens mais velhas) dois quartos de duas camas. Além disso, as jovens podem decorá-los como desejarem (desenhos, fotografias, peluches, etc.).

Para além disso, existe uma área comum em que as jovens convivem à noite, a zona da sala de estar, onde se encontra um espaço amplo, cinco sofás e uma televisão. Neste espaço, as jovens organizam-se para as escolhas das músicas que irão escutar ou dos canais de televisão que irão ver, tendo de pedir autorização para os utilizar.

No outro edifício encontram-se a engomadoria e lavandaria, a sala de estudo, a sala de jogos com vários materiais para as jovens fazerem trabalhos, uma sala com sofás, uma televisão com jogos e uma marquesa com todas as ferramentas necessárias para as jovens poderem fazer cuidados estéticos, e uma última sala para a costureira guardar as roupas das outras estações do ano.

As jovens são preparadas para fazer trabalhos domésticos, como tratamento das roupas, passar a ferro, higiene dos espaços, mudar a roupa de cama, entre outros. Além disso, são realizadas sessões de autonomia às jovens a partir dos quinze (15) anos onde são abordados assuntos burocráticos tais como IRS, serviço de finanças, regimes de contrato de trabalho, contrato de arrendamento e segurança social.

Condições de Admissão

Segundo o regulamento da CAR (2012, p.5), o processo de admissão é feito através de uma ficha de candidatura qual constam os dados referentes às crianças/ jovens, o respetivo agregado familiar e as informações que fundamentam o pedido de acolhimento. O lar terá de avaliar o processo através dos seguintes critérios: “ter idade entre os 6 e os 18 anos, ser do sexo feminino e estar em emergência social e/ou de perigo ou negligência; o acolhimento ser solicitado por entidade competente para tal; o acolhimento solicitado não colidir com o superior interesse das crianças e jovens já acolhidas” (Regulamento Lar de Infância e Juventude, 2012, p.5).

Descrição Sumária da População-Alvo

As crianças/jovens do Lar Santa Isabel foram retiradas às suas famílias por falta de condições psicológicas, sociais ou físicas que garantam o seu desenvolvimento saudável e integrado. Na maioria dos casos, há registos de negligência, abuso sexual, abandono, ou exposição a situações e/ou comportamentos que afetam significativamente a sua segurança ou equilíbrio emocional. Em consequência de todo este percurso de vida, estas crianças por vezes apresentam dificuldades comportamentais e de gestão de emoções, sentimentos de abandono e dificuldades de autorregulação.

Desta forma, o LSI conta com trinta e quatro crianças/adolescentes com as idades compreendidas entre os oito (8) e vinte e dois (22) anos. Na sua maioria, a população do lar são crianças de nacionalidades portuguesa e brasileira, vindas dos distritos de Leiria e Santarém, com projetos de estadia a longo prazo.

No modo geral, a maioria da população do lar revela comportamentos desafiadores de oposição e agressão, não só dirigidos às técnicas como aos seus pares, dificuldades cognitivas (quociente cognitivo baixo para a idade e perturbação de hiperatividade e défice de atenção), carência afetiva e dificuldades em regular as suas emoções, demonstrando uma baixa resistência à frustração.

As jovens que usufruem de apoio psicológico, frequentam-no no lar, no CRI (centro de respostas integradas) e/ou na pedopsiquiatria do Hospital Santo André, tendo tratamento farmacológico.

Revisão Bibliográfica

Na presente secção será abordada a revisão bibliográfica referente às temáticas tratadas no estágio concretizado.

Crianças e Jovens em Perigo

Tal como refere Lima & Lima (Lima & Lima, 2012, p.12), o desenvolvimento infantil é um processo complexo, que vai muito além do crescimento físico da criança. Daí, não se pode concluir através do seu físico que o desenvolvimento cognitivo, comportamental, afetivo e social esteja concluído.

De acordo com a declaração universal dos direitos da criança, a mesma necessita de compreensão e amor para o total desenvolvimento da sua personalidade. Cabe, regra geral, aos pais da criança a sua orientação e educação, e esta deverá “ser protegida contra todas as formas de abandono, crueldade e exploração” (Declaração dos Direitos da Criança, 1959, p. 2-3).

O conceito de criança em perigo e criança em risco são distintos. Assim, a Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (2022) define crianças em risco as que estão em situação de vulnerabilidade. De acordo com a lei portuguesa (DR, Lei nº147 / 99), constitui-se situação de perigo quando o representante legal de uma criança põe em causa a saúde, segurança, educação, formação ou desenvolvimento da criança/jovem, ou, então, quando os representantes legais não se oponham de forma adequada para remover esse perigo caso resulte da omissão ou ação da criança ou de terceiros.

Segundo a lei nº 147 / 99, Capítulo I, Artigo 3º, considera-se que uma criança/jovem se encontra em situação de perigo quando se encontra abandonada ou vive entregue a si própria; não recebe os cuidados adequados à sua idade e situação pessoal; sofre maus-tratos físicos ou psíquicos; não demonstra vínculo com os seus representantes legais; é vítima de

abusos sexuais; é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

Segundo Benavente et al. (2012, p.22) , “a investigação tem demonstrado que as crianças sujeitas a experiências de maus-tratos ou de negligência têm maior probabilidades de desenvolver padrões inseguros de vinculação e vinculares desorganizadas (...) estudos concluem que crianças sujeitas a este tipo de experiências desenvolvem padrões muito inseguros de vinculação”. Assim, citando Casa Pia (2015, p. 9), “O cuidador de referência surge como o receptor dos sentimentos destas crianças e dos seus padrões de vinculação, surgindo igualmente como alguém que dá sentido às experiências passadas, permitindo o crescimento progressivo da sua auto-estima, de forma a ser capaz de compreender a dor e o caos do passado como “narrativa” e conseguir um futuro mais produtivo”. Neste sentido, a musicoterapia propõe-se a ser uma ferramenta fundamental no bem-estar psicológico destas crianças (Burkhardt-Mramor, 1996, p.77).

Segundo Cunha & Volp (2008, p.11), a história de vida de crianças que advêm de relações familiares gravemente carenciadas, maltratadas, com pouco afeto, ou que enfrentaram acontecimentos sentidos como traumáticos, dão início a perturbações do comportamento, sofrimento psicológico e possíveis psicopatologias. Foram então criados intervenientes sociais e humanos que ajudam estas crianças. A fim de proteger e promover os direitos das crianças/jovens em perigo existem respostas direcionadas para o desenvolvimento social e pessoal da criança/jovem que decorrem num ambiente familiar

seguro, proporcionando-lhes saúde, segurança, educação, desenvolvimento integral, formação e bem-estar. São elas, “(1) Centro de apoio familiar e aconselhamento parental; (2) equipa de rua de apoio a crianças e jovens; (3) acolhimento familiar; (4) acolhimento residencial” (Segurança Social, 2022).

Acolhimento Residencial

Com o objetivo de proteger as crianças e jovens até aos dezoito anos em situação de perigo, o tribunal ou a comissão de proteção de crianças e jovens pode aplicar uma medida de promoção e proteção de acolhimento residencial. Quer isto dizer que estas entidades podem suspender de forma temporária a guarda do menor e dos seus representantes legais, concedendo-a a um lar de acolhimento residencial (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens, 2022).

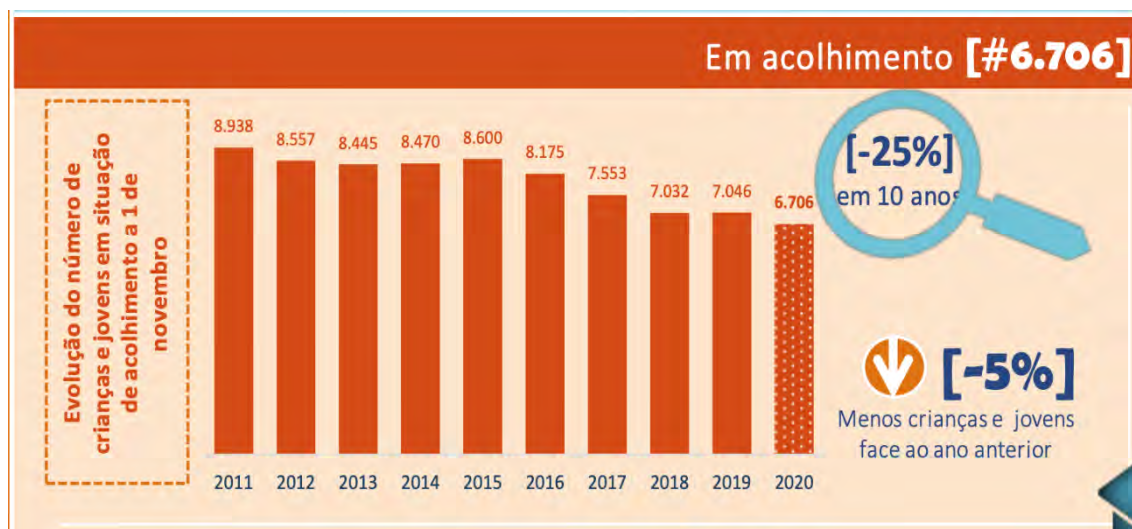
Por isso, as crianças/jovens são recebidas em casas de acolhimento que as prepara para um regresso à sua família biológica, preparação para a autonomia de vida, apadrinhamento civil ou adoção. Assim, este regime

“promove-se um acolhimento qualificado e de qualidade, acompanhado por equipas técnicas devidamente habilitadas e por equipas educativas aptas a uma prestação adequada dos cuidados necessários, enquadradas por uma instituição que se quer adaptada a esta realidade e ao trabalho a desenvolver numa área tão sensível da vida das crianças e dos jovens e das suas famílias” (Histórico XXI Governo - República portuguesa, 2019).

O Relatório Casa 2020 (2021, p.9) esclarece que, no ano de 2020 foram caracterizadas cerca de 9.065 crianças e jovens, mas que 6.706 estavam acolhidas. Por outro lado, apesar do número ser tão elevado houve um decréscimo de 25% comparado com o ano anterior.

Figura 2.

Evolução do número de crianças e jovens em situações de acolhimento



Nota: Retirado do Relatório Casa 2020, p.9, 2021.

Perante o risco a que estas crianças foram expostas, estas têm predisposição para apresentar dificuldades de comunicação social e padrões de comportamento, quando comparadas com crianças e jovens nunca acolhidas. Segundo Guerra & Prette, alguns jovens institucionalizados apresentam “défices cognitivos e desenvolvimentais (...) dificuldades na atenção e regulação emocional” (Guerra & Prette, 2020, p.274). O Relatório Casa 2020 (2021, p.16) sustenta que no ano 2020 cerca de 27% das crianças acolhidas apresentam problemas de comportamento, tais como, desrespeito pelas regras, mentir e intimidar com frequência, bem como fugas breves (Relatório Casa 2020, 2021, p.53).

Além disso, estes jovens são submetidos a experiências traumáticas. Zavaroni & Viana (2015, p. 331) esclarece que crianças que experienciem perdas importantes e inesperadas, acidentes pessoais e familiares com consequências graves, agressão psíquica ou física, entre outros são situações que desencadeiam uma (re)constituição significativa das vivências. Isto é, o trauma vivenciado por estes jovens, ao longo dos anos, traz problemas básicos de relacionamento, enfrentamento e uma constante busca de sentido. É por isso que,

36,9% dos jovens em acolhimento frequentam acompanhamento psicológico regular (Relatório Casa 2020, 2021, p.6).

Efeitos da Negligência e Maus-tratos em Crianças e Jovens

Durante o crescimento da criança esta desenvolve formas de se relacionar com os outros tendo como modelo de relação a pessoa que lhe presta cuidados primários. Como descrito por Benavente et al. (2012, p.21) a definição de vinculação subentende que as crianças vão desenvolvendo padrões de “representação interna” de si e da sua relação com o outro através da pessoa com que esta se relaciona mais, ou seja, a pessoa que cuida da criança. Desta forma pressupõe-se que, o representante legal da criança se apresenta disponível para que haja uma interação de bem-estar, ajuda e segurança, para que esta possa sentir-se amada e capaz de criar relações de confiança nos outros durante o seu desenvolvimento.

Assim o descreve John Bowlby na teoria do apego, que refere que durante a infância as crianças procuram os representantes legais para terem conforto, proteção e apoio, promovendo assim a saúde mental e a formação da sua personalidade. Desta forma, existe uma relação entre o padrão de vinculação influenciado pelos cuidadores, que um indivíduo desenvolve durante a infância e adolescência, e o desenvolvimento socioemocional (Bowlby, 1988, pp.122-124). Segundo Ramires & Schneider (2010, p. 26) o apego tem uma motivação própria de forma interna, tendo comportamentos que permitam o indivíduo “conseguir manter a proximidade em relação a uma figura de pego, ou seja, um indivíduo claramente identificado, considerado mais apto para lidar com o mundo. Sorrir, fazer contacto visual, chamar, tocar, agarrar-se, chorar, ir atrás são alguns desses comportamentos”.

De acordo com Bolger et al. (1998, p. 1171) as crianças que têm as suas necessidades satisfeitas nas interações com os primeiros cuidadores desenvolvem modelos de si mais afetivos, eficazes e interessantes, explorando dessa forma o ambiente com mais facilidade. A

respeito disso, este autor afirma que as dificuldades que as crianças maltratadas, à qual foi negado o direito a uma relação de apego segura, tendem a criar modelos negativos dos outros ao seu redor e também delas próprias baseando-se sempre nas experiências insatisfatórias do seu passado.

Uma investigação realizada por Benavente et al. (2012, p.32) concluiu que estas crianças tendem a optar por estratégias de vinculação inseguras, ou seja, como têm modelos inseguros de vinculação “constroem modelos distorcidos do Self e percebem os outros como indisponíveis e rejeitastes” (p. 22). A respeito disso, Bolger et al. (1998, p.1172) afirma que relações negativas com os cuidadores na infância podem ser um indicativo para problemas no futuro, como por exemplo distúrbios psiquiátricos, comportamentos antissociais, comportamentos defensivos ou agressivos e ficam suscetíveis de experimentar um conflito e suspeita versus um desejo de proximidade o que pode resultar em retirar-se das relações sociais. Por outro lado, este autor afirma que crianças com relações positivas de parentesco têm um desenvolvimento do ego de forma coerente e uma autoestima positiva.

Como descrito pelo autor Burkhardt-Mramor (1996, p.82) , as crianças com problemas de apego geralmente não reagem bem às terapias convencionais pois estas se baseiam na criação de relações, o que para estas crianças é difícil devido às suas experiências e sentimentos passados. Assim, na visão deste autor, o recurso a uma intervenção terapêutica ativa e não-verbal como é o caso da musicoterapia ajuda a criança a desenvolver a sua reciprocidade num ambiente menos ameaçador, e depois a consiga espelhar para o exterior do contexto musical.

Perturbações de Comportamento e Emocionais

Serralha et al., (2016, p.155) argumenta que a criança necessita de cuidados seguros e contínuos, desde o nascimento, para que se desenvolva de forma adequada, estabelecendo confiança nas pessoas que a rodeiam. Hussey (2003, p.2) sustenta que a maior parte das crianças inseridas em famílias de acolhimento passaram por esse processo devido a maus-tratos ou negligência, bem como perturbações do neurodesenvolvimento nas suas relações com o seu principal prestador de cuidados. Estas perturbações afetam gravemente a capacidade das crianças para estabelecerem relações de confiança, podendo levar ao desenvolvimento de um espectro de comportamentos perturbadores da vinculação.

Segundo o DSM V (2013, pp. 265-266), as perturbações de vinculação podem estar presentes em crianças que vivenciaram padrões de extrema negligência ou privação, resultantes numa ausência de estimulação ou afeto ou num padrão de cuidados que não satisfaz as necessidades emocionais básicas de conforto da criança. De acordo com Serralha et al. (2016, p. 151), os problemas comportamentais e emocionais podem estar associados a fatores psicossociais, tais como maus-tratos, negligência de cuidados na infância, abusos, pobreza extrema e criminalidade. Ainda segundo este autor, os problemas comportamentais podem traduzir-se por comportamentos agressivos, baixa tolerância à frustração, dificuldades na aprendizagem e dificuldade em controlar os impulsos. Casa Pia (2015, p. 21), refere que a veemência dos maus-tratos padecidos faz com que essas crianças estejam sempre à procura de sinais de segurança, não tenham capacidade para regular o seu estado emocional estando presas a um comportamento de “ataque-fuga” pois ao longo da infância aprenderam a sobreviver. Desta forma, a criança em lar de acolhimento tem tendência a testar regularmente o meio envolvente de forma a compreender se pode nele confiar. Assim, estas crianças apresentam uma atitude fechada em relação ao cuidador ou a outras pessoas. As perturbações de apego poderá ser “responsável pela perturbação comportamental (DSM V, 2013, p. 266).

Como demonstra Burkhardt-Mramor (1996, p. 77), quando uma criança que tem uma relação interrompida ou perturbada com o seu cuidador de referência, pode desenvolver problemas de comportamento e/ou emocionais, estabelecendo dessa forma perturbações de apego. O mesmo autor ressalva que estes comportamentos incluem impulsividade, pouco ou nenhum contacto ocular, mentira crónica e despreocupação com o que o outro possa pensar ou sentir.

Cruzeiro et al., (2008, p. 2013) refere que os transtornos da conduta abrangem os comportamentos de risco que possam comprometer a saúde mental e física do adolescente. Se estes comportamentos forem persistentes e contínuos, sendo violadas as regras ou normas sociais ou os direitos básicos dos outros, poderão dar início a comportamentos agressivos. Por outro lado, os comportamentos menos comuns que estes jovens podem apresentar são: enganar, furtar objetos de pouco valor, mentir, anteceder assaltos, brigas com uso de armas ou arrombamentos e faltar às aulas sem justificação.

No parecer de Layman et al. (2002, p. 165), as crianças vítimas de negligência emocional ou abuso, trauma, divórcio parental, sucessões de trocas entre escolas e entre famílias, possível abandono real ou emocional, etc., poderão vir a desenvolver distúrbios do comportamento e problemas de gestão emocional.

A expressão *distúrbios emocionais* não é um termo de diagnóstico preciso, mas é usado de forma comum para referir os distúrbios psicológicos que afetam as emoções, como por exemplo, o síndrome de stress pós-traumático, transtorno de personalidade, depressão, transtorno de ansiedade, transtornos alimentares, transtorno obsessivo-compulsivo. Esta condição poderá apresentar dificuldades em construir, aprender ou manter relacionamentos, demonstrar infelicidade e comportamentos inadequados, bem como sintomas físicos e medos. Casa Pia (2015, p.19) explica, citando Bruce Perry (2002), que durante a infância os sistemas neurais encarregados de mediar o funcionamento emocional, cognitivo, fisiológico e social, não se desenvolvem de forma adequada quando existem eventos stressantes e traumáticos. A

respeito disso Roley, (2017, p.9) destaca a importância destas crianças receberem apoio psicológico, de forma que a criança seja capaz de conseguir regular o seu estado emocional através de um relacionamento previsível, seguro e estável.

A musicoterapia poderá ser benéfica para a população que apresenta dificuldades de pensamento, autocontrole, interação social e resposta apropriada (McIntyre, 2007, p. 64), uma vez que oferece um ambiente mais convidativo para abordar questões que podem estar relacionadas com o apego ou com questões comportamentais (Burkhardt-Mramor, 1996, p.77).

Musicoterapia com Crianças e Adolescentes com Perturbações de Comportamento e Emocionais

As crianças e jovens acolhidas necessitam de algo que as ajude a melhorar o funcionamento social, diminuir os comportamentos disruptivos e ter consciência social.

Segundo a Associação Portuguesa de Musicoterapia (2022),

“Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas (...) desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida”.

De acordo com Layman et al., (2002, p. 166) a musicoterapia demonstra resultados a respeito da comunicação, disfunções sociais, no funcionamento afetivo, disfunção cognitiva e respostas musicais. Hussey, (2003, p. 2) acrescenta ainda, que a música é uma forma eficaz de ajudar estes jovens a se autorregular, permitindo-lhes experienciar novos estados de

estabilidade. Além disso, ao criar um ambiente acolhedor, o terapeuta ajuda o paciente a diminuir os sintomas de desinibição e excitação.

Desta forma, a musicoterapia ajuda a desenvolver interações recíprocas e a promover a formação da confiança. Por exemplo, os usos de improvisações ajudam o jovem a ligar-se ao terapeuta de forma não verbal a fim de estabelecer uma relação terapêutica segura.

Segundo o estudo de Marin et al. (2022, p.6), ao trabalhar com crianças institucionalizadas, utilizou improvisações e jogos musicais como forma de comunicar e expressar as emoções. A escuta, escrita de canções e a recriação musical foram usadas como formas de expressar emoções e sentimentos que doutra forma seriam difíceis de expressar.

Num estudo realizado por Marin et al. (2022, pp. 11-12), foi observado que as crianças acolhidas que passaram por algum tipo de risco, apresentam aspetos do seu desenvolvimento comportamental, intelectual, emocional, físico e social afetados de forma negativa, o que pode originar prejuízos relevantes e sérios no seu desenvolvimento e capacidade afetiva. Este estudo pretendeu demonstrar que a musicoterapia ajuda as crianças a melhorar o seu desenvolvimento neurológico, cognitivo, afetivo, psicossocial e musical, ou seja ajuda-as a melhorar as suas capacidades e aptidões sociais e a melhorar as suas áreas de dificuldade, em especial a socio-afetiva. Além disso, após o processo terapêutico em musicoterapia, as crianças e jovens “alcançaram maior interação social, diminuindo o isolamento por meio da expressão das emoções e sentimentos, da comunicação e da expressão criativa” (Marin et al., 2022, p. 10).

Em suma, a musicoterapia ajuda as crianças e jovens com perturbações do comportamento e emocionais a adquirir competências comportamentais e relacionais para, desta forma, poderem transportar estas competências adquiridas para outras relações, por exemplo para os representantes legais, e para os seus ambientes naturais.

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

Segundo MSD Manuals (2022), a perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) é considerado tido como uma perturbação de neurodesenvolvimento que afeta a evolução do funcionamento social, pessoal, profissional e académico. As características deste transtorno são: agitação motora exagerada ou hiperatividade; défice de atenção muito realçado, dificuldade de concentração e impulsividade. Para além disso, as crianças com este transtorno têm dificuldades na área da comunicação, no auto-conceito, nos processos de vínculo social e autoestima. Segundo Guardiano et al. (2017, p.230), as crianças com PHDA têm um défice na capacidade de memória a curto-prazo, memória de trabalho, aptidões organizativas e na resolução de problemas complexos.

Acrescenta-se ainda o fator de comorbilidade: na perturbação de hiperatividade e défice de atenção existem diversas patologias que podem estar associadas, como por exemplo a perturbação desafiante de oposição, perturbação da aprendizagem específica, perturbação do comportamento, perturbação de ansiedade, perturbações depressivas, perturbação de tiques, consumo abusivo de substâncias e/ou outras adições (American Psychiatric Association, 2013, p. 65). Ainda segundo o mesmo autor, a comorbilidade entre haver PHDA e a perturbação desafiante de oposição (PDO) afeta aproximadamente metade das crianças.

Agostini & Santos (2017, pp. 4-5) ressaltam que a PDO é uma perturbação disruptiva em que crianças apresentam frequentes comportamentos desafiadores, negativistas, provocadores e agressivos na relação com pessoas que representem papéis de autoridade, crianças, adultos e colegas. Além disso, estas crianças também têm um padrão persistente de comportamento desafiante ou questionador, irritável ou raivoso ou de caráter vingativo. Neste sentido, estas crianças agem contrariamente ao que lhes é pedido, desafiando regras importantes ou solicitações, descontrolando-se emocionalmente e perturbando as pessoas do seu convívio social. De acordo com American Psychiatric Association (2013, p. 63), tais sintomas fazem

com que estas crianças desvalorizem a importância de tarefas e regras por haver uma dificuldade em manter um empenho mental distendido, impulsividade, esquecimento de instruções que caracteriza as crianças com PHDA.

Citando Pimenta et al.(2020, p. 46),

“Os sintomas aparecem na infância e podem permanecer até a fase adulta. Os fatores que provocam esse transtorno podem ser relacionados com a genética, diferenças biológicas e psicossociais associadas aos mecanismos que regulam a atenção, flexibilidade e a atividade motora”.

Consequentemente, segundo Graeff & Vaz (2008, p.341-342), o PHDA é considerado causador de alguns problemas escolares, levando em consideração que ele afeta claramente o desempenho escolar, porque afeta a condição imprescindível para a aprendizagem integral.

Para ajudar estas crianças, que podem apresentar impulsividade e hiperatividade, são usados tratamentos farmacológicos por um lado, e de treino de competências, por outro. Briseño Dávalos (2020, p.87) esclarece que o tratamento para crianças e jovens com PHDA geralmente é feito por meio de medicação que contém estimulantes que atuam no sistema nervoso e que essa medicação carece de efeitos secundários. Um exemplo de um tratamento farmacológico usado é *Ritalina®* que é à base de anfetaminas, mas este medicamento só dura cerca de quatro horas. Logo, é necessário que haja outras abordagens múltiplas como por exemplo, tratamentos multidisciplinar, intervenções terapêuticas, multidisciplinares e psicológicas, de forma a haver melhorias nas relações interpessoais, no rendimento escolar e na autoestima da criança ou jovem com PHDA (Alves et al., 2022, p.785).

Segundo o psicólogo Honos-Webb citado por Ouellet & Poliquin (2012, p. 82), as crianças que têm PHDA realizam atividades de forma diferente dos restantes pois estas precisam de aprender usando todos os sentidos da aprendizagem. Teixeira Dos Reis &

Reinaldo Da Silva (2021, p. 314), refere que a musicoterapia consiste num recurso que potencia a sua aprendizagem.

Musicoterapia com Crianças com PHDA e PDO

Segundo Briseño Dávalos (2020, p. 87), as crianças que apresentam diagnóstico de PHDA precisam de tratamentos que sejam individualizados e multimodais, os quais devem incluir medidas educativas e psicossociais para além dos tratamentos farmacológicos. Pablo & Giraldez-Hayes (2019, p. 16) também defende que este tipo de terapias, usadas de forma complementar aos fármacos, deverão ter como objetivo responder de forma integrada às suas três dimensões, são elas material, intelectual e psíquica.

Conforme foi citado, a musicoterapia é importante para as crianças com diagnóstico de PHDA. É relevante aprenderem a resolver problemas, alcançar metas e fazer amigos uma vez que criar laços afetivos é uma das dificuldades que sentem. (Briseño Dávalos, 2020, p. 92).

No ponto de vista de Alves et al., (2022, p.788) as técnicas mais usadas em musicoterapia com crianças e jovens com PHDA são a improvisação, música e movimento, relaxamento ou canto. Além disso, diferentes estímulos auditivos ajudam estas crianças a melhorar o tempo de atenção e concentração durante a realização de tarefas. Segundo o mesmo autor, conforme mostra a tabela 1, a musicoterapia é capaz de contribuir satisfatoriamente em vários aspetos, tais como a perícia de concentração e atenção, a diminuição de comportamentos impulsivos, estimulação, produção e suscitação de sentimentos e emoções, aumento das habilidades sociais. Acrescenta-se ainda a importância da improvisação no que toca à criatividade, desenvolvendo a imaginação (Alves et al., 2022, p. 789).

Tabela 1*“Ações proporcionadas pela terapia musical”*

<i>Ação</i>	<i>Reação</i>
<i>“Estimulação da concentração”</i>	“A exposição ao som desperta nossos processos sensório-preceptivos do cérebro.”
<i>“Organização temporal de atividades”</i>	“Os eventos musicais são estruturados com início, duração e fim, tornando-o mais fácil organizar e lembrar-se de atividades e impressões conduzidas simultaneamente.”
<i>“Lembranças (memória) e experiências”</i>	“A música propicia uma estrutura adequada onde impressões podem ser lembradas ou antecipadas. Ainda cria associações que nos possibilitam rememorar eventos.”
<i>“Manter a atenção e organização sequencial da experiência”</i>	“Quando uma sequência de temas musical é regularmente repetida, a exposição de um tema provocara a memorização do tema que se segue, ou seja, sempre lembramos antes mesmo que a escutemos.”

Nota. Tabela retirado de Alves et al., (2022, p.786).

No parecer de OueJlet & Poliquin (2012, p. 85), nas sessões de musicoterapia com estas crianças é necessário usar estratégias com atividades que requerem imagens, estímulos sensoriais, materiais criativos e sons. O mesmo autor refere que estas atividades são direcionadas de forma a incentivar a curiosidade, a autodeterminação, expressar gostos, interesses e tomar decisões, com o objetivo de manifestar emoções.

Num estudo sobre musicoterapia com crianças, realizado por Bubadué et al. (2022, pp. 6-7) foi observado através da interação musical um aumento da capacidade de atenção e/ou concentração. Além disso, como foi comprovado pelos representantes legais das crianças através de entrevistas, os efeitos no domínio comportamental para além de se observarem nas sessões de musicoterapia também se observaram em casa. Foram utilizados instrumentos musicais como meio de comunicação e expressão pelas crianças e pelo musicoterapeuta de forma a criar uma relação empática. Além disso, durante o processo musicoterapêutico existe uma sincronia entre o paciente e o terapeuta em que são ativadas as funções neurológicas de ambos ajudando a estabelecer o vínculo entre ambos. Quer isto dizer que, segundo o estudo feito, a musicoterapia é um recurso terapêutico não farmacológico que ajuda na regulação da ansiedade e medo associado ao stresse em crianças, estimula o desenvolvimento da criatividade, comunicação, sociabilidade, interação e linguagem. O uso do ritmo e melodia como forma de expressar emoções possibilita uma comunicação aberta, aumentando o interesse da criança (Bubadué et al., 2022, pp. 6-7).

Do ponto de vista de OueJlet & Poliquin (2012, p.87), a sessão pode ser dividida em três atividades. Durante a primeira parte da sessão a criança pode escolher o que quer fazer como por exemplo, desde tocar um instrumento ou simplesmente falar sobre a sua semana. O objetivo desta atividade é dar espaço e liberdade para a criança dar início à sua experiência da sessão. A segunda parte da sessão caracteriza-se por um jogo de improvisação musical no instrumento. Em último, a terceira parte da sessão é caracterizada por um espaço livre onde

existe um momento de discussão positiva dando sempre a sensação de “sucesso, prazer e partilha” ou então um jogo instrumental.

Em suma, a literatura consultada informa que as intervenções em musicoterapia com crianças com diagnóstico de PHDA apresentam melhorias na memória, atenção e criatividade através de aprendizagem de capacidades musicais como por exemplo reprodução de melodia, ritmo, improvisações e a capacitação em tocar diferentes instrumentos musicais. Assim, podemos afirmar que a musicoterapia contribui para o controle da ansiedade e a capacidade de concentração dos pacientes com PHDA (Alves et al., 2022, p.790).

Técnicas e Estratégias em Musicoterapia

Existem diferentes abordagens em Musicoterapia, são elas: humanista, cognitivo-comportamental e psicodinâmica. O foco do estágio curricular foi na abordagem humanista, onde a música é utilizada como meio para trabalhar uma patologia. A criança é entendida como um todo e o terapeuta deve ser um agente facilitador e cuidador, agindo com empatia, genuinidade, sinceridade e aceitação incondicional. Uma vez que um dos principais objetivos no trabalho com estas crianças é o estabelecimento de relação e reestruturação de vínculo, a abordagem humanista é a que mais se enquadra (Ruud, 1990, pp.71-72).

Muitas destas crianças tiveram um passado marcado por desorganização familiar, relacional e, por vezes até, ao nível das necessidades básicas. Desta forma, o certo tornou-se o imprevisível. A previsibilidade é essencial para ajudar estas crianças a sentirem-se seguras e alteraram a sua perceção de que o mundo é um lugar imprevisível, gerando ansiedade. Desta forma, é muito importante a criação de rotina. A rotina cria uma sensação de confiança, previsibilidade e consistência, ajudando a que a criança se sinta segura (Casa Pia, 2015, pp.26-30). Em relação à música, quando se trata do repertório afetivo da criança, ao terem conhecimento da música, sabem o que vai acontecer na sua estrutura, tornando-a previsível.

O mesmo acontece com a improvisação, quando a sua estrutura é definida previamente em conjunto com a criança (Sampaio et al., 2015, p.150)

Durante as sessões, como parte do processo para melhorar a saúde, são usadas algumas técnicas ativas de musicoterapia como a improvisação, composição, interpretação, recriação e audição (Baker & Wigram, 2005, p.9). Citando Bruscia (2014, p.130) estas técnicas contribuem para o desenvolvimento da autoexpressão, estabelecimento de um canal não verbal que canaliza para a comunicação verbal, expressar/identificar/trabalhar as emoções, promover e consolidar a identidade, aperfeiçoar as capacidades interpessoais, desenvolver a liberdade expressiva, criatividade e espontaneidade, entre outros. Estes aspetos referidos anteriormente, tornam-se indispensáveis para crianças e jovens acolhidas de modo que a musicoterapia se torna uma terapia relevante para estas.

O ser humano canaliza a sua energia interior para o exterior utilizando a voz ou instrumentos fazendo com que os seus impulsos se tornem físicos, exprimindo desta forma ideias e pensamentos que não foram exteriorizados. Desta forma, durante o processo terapêutico o paciente toma consciência de si mesmo, refletindo quais as necessidades que precisam de ser alterados (insight) e como lidar com a realidade (Barata, 2022, p.21).

Os musicoterapeutas apropriam a cultura popular de forma a ajudar os pacientes a expressar, formular e comunicar alguns dos seus pensamentos, sentimentos e desejos. A canção conta a história de vida da pessoa, ajuda-a a explorar as suas emoções e projetá-las na música, a defrontar as dificuldades nas relações interpessoais e intrapessoais, revelando assim os medos, sucessos, alegrias e desilusões. Desta forma, a canção ajuda o paciente a dar liberdade, contexto e determinação para ultrapassar a sua própria vulnerabilidade. É importante usar a canção para trabalhar com crianças em lar de acolhimento uma vez que permite que se expressem aspetos de si e do seu passado, reconhecendo emoções e desenvolvendo a confiança (Baker & Wigram, 2005, pp.10-15). Desta forma, o momento

inicial passará por fazer um levantamento do *ISO gestáltico* de cada criança e *ISO grupal* do grupo (anexo A). Este levantamento é importante pois o *ISO* é definido como um som, fenómenos sonoros ou conjunto de sons internos que caracterizam cada indivíduo tornando-o único. Assim, o *ISO gestáltico* caracteriza o indivíduo e “permite descobrir o canal de comunicação (...) do paciente com quem pretendemos ter uma relação terapêutica” (Benenzon, 1985, p.44).

Durante as sessões de musicoterapia com crianças e jovens, serão utilizadas as seguintes técnicas descritas por Marin et al. (2022, p.8): (1) improvisação; (2) escrita de canções; (3) audição e recriação musical; (4) holding; (5) imitação; (6) expressão pictórica com suporte musical; (7) *mirroring*.

Improvisação

Consiste na criação musical no momento, sem qualquer partitura ou regras. As improvisações podem ser tocadas ou cantadas usando quaisquer tipos de sons, ritmos ou melodias. Esta técnica ajuda a dar forma à criatividade, fantasias e imagens, a libertar energia, exprimir impulsos e a manifestar emoções e ideias. Além disso como a improvisação consiste na criação musical no momento, esta torna-se um ato espontâneo de expressão emocional, libertando qualquer tipo de tensão emocional que irá permitir uma expressão direta do estado emocional (Galvão, 2022, p.51). Estas podem ser de carácter referencial e não referencial. A improvisação referencial consiste na simbolização de um evento, imagem, sentimento, relacionamento, entre outras. Por outro lado, na improvisação não referencial a cliente improvisa sem nenhuma orientação (Bruscia, 1987, pp. 18 -19).

Escrita de Canções

Traduz-se na composição de letras, canções ou melodias com a ajuda do terapeuta. Como descrito por Bruscia (2014, p.122) o paciente escolhe uma canção, ambos tocam e cantam essa canção realizando uma performance, em seguida o paciente altera a letra da canção. De acordo com Baker & Wigram (2005, p. 10) a canção além de disponibilizar uma vasta possibilidades de autoexpressão, também proporciona tocar e explorar diferentes relações e temas que têm sido escondidos durante algum/muito tempo. “Songwriting provides an aesthetic context inviting clients to explore, within a new play-frame, their own life, their possibilities, their losses and their aspirations” (Baker & Wigram, 2005, p. 10).

Audição e Recriação Musical

Consiste em ouvir uma canção sugerida pelo paciente e, em seguida, reproduzi-la através de um instrumento ou da voz. Durante este processo o paciente percebe, ouve e interpreta o produto musical escutado ou criado por ambos, terapeuta e paciente (Bruscia, 2014, p.122).

Holding

Traduz-se em contexto de intervenção como forma de conter e segurar o paciente. Como descrito por Wigram (2004, p. 97) holding é uma técnica que utiliza técnicas rítmicas ou tonais que criam uma ligação musical com o paciente. Ou seja, esta técnica compreende os sentimentos do cliente, isto é, à medida que o cliente vai improvisando o terapeuta vai contendo alguns sentimentos que ecoam da musicalidade do paciente ajudando-o a expressar-se.

Copying/ Imitação

Esta técnica consiste em imitar ou copiar algo que o paciente faça. Ou seja, segundo Bruscia citado por Wigram (2004, p. 83) esta técnica baseia-se no reproduzir ou repercutir a resposta de um paciente depois de esta ter sido concluída. Citando o mesmo autor, esta

técnica é uma estratégia terapêutica que tem como objetivo ajudar um paciente a estar consciente de que o que está a reproduzir musicalmente está correto, dando-lhe mais confiança ao que está a fazer.

Expressão pictórica com suporte musical

O terapeuta escolhe algumas canções com base no repertório afetivo do paciente e este terá de ouvir e desenhar o que está a ouvir ou o que está a sentir. Nogueira & Rosário (2020, p.99) ressaltam que, a arte é essencial para o ser humano pois esta está relacionada a temáticas como cognição, imaginação, movimento corporal, emoção e espiritualidade. Assim, ainda citando os mesmos autores, as artes expressivas têm sido reveladas como positivas no funcionamento cognitivo, comportamental e emocional e no campo físico. Desta forma, ao aliar a expressão pictórica à música estamos a relacionar campos que ambas trabalham e assim desenvolver foco, criatividade e proporcionar um ambiente livre para o paciente se poder expressar.

Mirroring

Esta técnica traduz-se no espelhar o que o paciente estiver a fazer. Ou seja, segundo Wigram (2004, p. 82) o musicoterapeuta reproduz precisamente o que o paciente está a fazer expressivamente, musicalmente e através de linguagem corporal. Desta forma, o paciente poderá observar o próprio comportamento no comportamento do musicoterapeuta.

Desta forma, quando um terapeuta utiliza uma técnica recetiva em sessão o cliente ouve música, absorvendo todas as vibrações e sons, aprendendo-os com a sua psique, revivendo as suas próprias experiências através do som. Por outro lado, quando é usado uma técnica ativa o cliente e o terapeuta compõem musica, improvisam, exploram recursos através da música e do som, expressam as suas emoções e sentimentos através da música, encontram

realização e resolução através do som e expressam relações através dele (Bruscia, 2014, p.51).

Concluindo, segundo (Aldridge & Gustoff, 1995), existem três grandes domínios em que a musicoterapia tem sido utilizada, com sucesso, para o tratamento de crianças com perturbações emocionais. São eles a regulação de afetos, a comunicação e a disfunção social/comportamental. Para a intervenção em cada um destes domínios é necessária uma base sólida da teoria do desenvolvimento na formação do musicoterapeuta. Alguns dos resultados obtidos através da musicoterapia foram a redução de níveis de ansiedade, o aumento da capacidade de resposta emocional, melhoria dos défices de comunicação e da comunicação não verbal. Desta forma, trabalhar com crianças que apresentam graves perturbações emocionais, capacidade limitada de autorregulação e elevados graus de impulsividade é um dos principais papéis da musicoterapia na sociedade atual.

Objetivos do Estágio

Consoante a revisão de literatura realizada na revisão bibliográfica, vários autores têm evidenciado a importância da música como uma forma de autorregulação emocional e das suas próprias ações, no relaxamento e na segurança do contacto com o outro.

Levando em consideração este indicador, os objetivos para este projeto de estágio são:

- (1) Promover a expressão de afetos de forma alternativa à terapêutica farmacológica;
- (2) Promover um espaço de criatividade e expressão no lar de acolhimento;
- (3) Promover uma participação social adaptativa;
- (4) Promover competências de autonomia.

Método

Neste capítulo serão descritas as características metodológicas da intervenção levada a cabo ao longo do presente estágio de musicoterapia, tais como os participantes, os instrumentos de avaliação, os procedimentos de implementação da intervenção, as técnicas utilizadas nas sessões e o agendamento semanal de atividades.

Participantes

Ao longo do estágio curricular foram indicadas quinze raparigas com idades compreendidas entre os oito e os vinte anos. Estas foram encaminhadas para sessões de musicoterapia, tanto em *setting* individual como em grupo, através da psicóloga da CAR de forma a ir ao encontro dos projetos de autonomia e dos objetivos relativos aos processos das jovens.

Na seguinte tabela (2) são identificadas as crianças e jovens que beneficiaram de sessões de musicoterapia em *setting* individual, de forma semanal, a idade, os motivos de institucionalização, diagnóstico, tempo de permanência na instituição, idade em que entraram para a CAR e, por fim o número de sessões que tiveram.

Tabela 2.

Dados relativos às participantes que beneficiaram de sessões de musicoterapia em setting individual

Participante	Idade	Diagnóstico	Tempo de permanência	Idade entrada	Nº sessões
A.S.	17 anos	Não tem	1 ano	16 anos	19
T.C	20 anos	Não tem	4 anos	17anos	27
I.P	8 anos	PHDA	1 ano	7 anos	23
M.J	13 anos	Não tem	2 meses	13 anos	15
L.R.	11 anos	Não tem	1 ano	10 anos	22
I.M.	16 anos	PHDA com comorbilidade PDO	2 anos	14 anos	21

Na tabela 3 será descrito as jovens referentes ao grupo A e B. As sessões de musicoterapia foram realizadas de forma quinzenal. Desta forma, serão indicadas as idades, os motivos de institucionalização, diagnóstico, tempo de permanência na CAR, idade em que entraram para a instituição e, por fim o número de sessões que tiveram.

Tabela 3.

Dados relativos às participantes que beneficiaram de sessões de musicoterapia em setting grupal com frequência quinzenal.

Grupo	Participante	Idade	Diagnóstico	Tempo de permanência	Idade de entrada	Nº sessões
A	E.C	18 anos	Não tem	4 anos	13 anos	11
A	L.M	14 anos	Não tem	3 anos	11 anos	
A	L.F	12 anos	Não tem	8 meses	12 anos	
A	M.O	15 anos	PHDA	10 anos	5 anos	
A	M.R	14 anos	Não tem	3 anos	11 anos	
B	F.C	7 anos	Não tem	1 mês	7 anos	10
B	I.N	10 anos	Não tem	1 ano	9 anos	
B	J.S	15 anos	Não tem	1 ano	14 anos	
B	S.N	13 anos	Não tem	5 meses	12 anos	

Instrumentos de Avaliação

Relativamente aos instrumentos de avaliação, estes terão dois momentos. O momento inicial passará por fazer um levantamento do repertório afetivo (anexo A).

Seguidamente, haverá uma grelha de observação das sessões individuais (anexo B) e grupais (anexo C), onde constam os objetivos da sessão, as atividades planeadas, a descrição de aspetos relevantes na sessão e algumas observações. Acrescenta-se ainda as gravações audiovisuais de cada sessão para complementar as observações e o plano terapêutico (anexo

D). Relativamente às gravações estas foram consentidas pela diretora da CAR, por isso foi entregue uma declaração para a permissão de imagens (anexo E).

Para aferir a avaliação das jovens no início e no final das intervenções terapêuticas, foi aplicado um teste de avaliação em musicoterapia para crianças e adolescentes com diferentes diagnósticos, denominado “*The Individualized Music Therapy Assessment Profile*” (IMTAP) (Baxter, 2007, p.21).

Este teste teve como objetivo avaliar um conjunto de competências específicas em crianças e adolescentes com perturbações de comunicação, múltiplas deficiências físicas graves, perturbações emocionais, dificuldades de aprendizagem, autismo, deficiências sociais entre outros. O IMTAP é composto com dez domínios, cada um deles tem vários subdomínios estes ajudam a definir que competências estão a ser avaliadas dentro de cada domínio. Assim o IMTAP está dividido nos seguintes domínios: (1) motricidade ampla; (2) motricidade fina; (3) motricidade oral; (4) sensorial; (5) comunicação recetiva; (6) comunicação expressiva; (7) cognitivo; (8) emocional; (9) social; (10) musicalidade (Baxter, 2007, pp. 21-22). Desta forma, foram utilizados os domínios emocional (Anexo F) e social (Anexo G).

No que diz respeito à avaliação, esta passa por três etapas. Inicia-se por realizar uma conversa com o paciente para retirar o máximo de informação pertinente, caso já existam sessões de musicoterapia realizadas o terapeuta pode não fazer este passo. Em seguida, é planeado as sessões de avaliação selecionando os formulários do IMTAP que se pretende avaliar, esta avaliação tem a duração de três sessões com a duração de 30 a 45 minutos, é recomendado ao terapeuta que filme as sessões. De acordo com o autor do livro IMTAP (Baxter, 2007, p.14), este não utiliza atividades prescritas, nem exige a utilização de uma metodologia musicoterapêutica específica. Os musicoterapeutas, ou estudantes de musicoterapia, podem utilizar o seu próprio repertório e atividades ao realizar as sessões de

avaliação (Baxter, 2007, pp. 14-15). Por fim, o terapeuta terá de preencher os formulários dando pontuação para cada subdomínio. Pontuação essa que terá valores entre 0 a 100, o paciente é pontuado consoante o que exprime em cada domínio, ou seja se o resultado ficar entre 0 a 50 significa raramente, entre 50 e 79 inconsistente e 80 a 100 consistente (Baxter, 2007, p.28).

Procedimentos

Antes de dar início ao estágio a estagiária marcou uma reunião com a diretora do Lar Santa Isabel para contextualização e apresentação da proposta de estágio. Durante o primeiro mês de estágio a estagiária pôde conhecer a Casa de Acolhimento residencial (CAR), a rotina, as equipas e as jovens acolhidas para, desta forma, perceber como funciona o lar residencial e a integrar-se neste. Neste processo, a estagiária foi informada como funciona o processo de retirada das crianças das famílias, as razões e toda a parte legal, para que desta forma pudesse perceber o que estava descrito nos relatórios dos processos das jovens. Durante esse mês a estagiária observou e interagiu com as jovens acolhidas, observando a sua relação com os pares, relação com os técnicos, as rotinas e as tarefas.

Em simultâneo a estagiária teve algumas reuniões com a sua orientadora, Dr^a. Renata (psicóloga do lar), para perceber quais as jovens que iriam beneficiar de sessões de musicoterapia tendo em conta as necessidades de cada uma e a compatibilidade horária. Em seguida, como forma de recolha de dados, a estagiária leu os processos das jovens onde constava o histórico familiar, as razões para estas terem sido acolhidas e respetivas avaliações psicológicas caso houvesse para compreender e traçar a proposta de estágio adequada para cada criança e jovem. Acrescenta-se também, que durante este primeiro mês a estagiária entregou e deu conhecimento da diretora do lar as autorizações para a filmagem e gravação das sessões.

Desta forma, foi definido que a estagiária iria trabalhar com seis jovens ou crianças de forma individual de forma semanal, e com dois grupos, grupo A com cinco jovens e grupo B com quatro jovens de forma quinzenal devido ao horário de estudo destas.

Mais tarde, foi realizada, por parte da estagiária, uma apresentação com a equipa do lar para explicar o que é a musicoterapia e como esta beneficia as crianças e jovens em lar de acolhimento (Anexo M).

Após o primeiro mês de observação e recolha de dados da instituição, a estagiária deu início ao processo de intervenção, procedendo à avaliação das jovens e à definição dos respetivos objetivos terapêuticos, com base nas informações obtidas nos processos e recolhidas junto da equipa.

Nas primeiras sessões foi recolhido um conjunto de informações sobre as pacientes incluindo a identidade sonoro-musical (Anexo A). Nas sessões seguintes, a estagiária recolheu informação através de momentos musicais como a improvisação, ou dinâmicas de imitação para poder reconhecer as problemáticas e em seguida preencher os elementos das escalas de avaliação escolhidas.

No final de cada processo terapêutico, foram novamente realizadas as sessões de avaliação para verificar que resultados foram obtidos durante a intervenção. Relativamente às últimas sessões, estas focaram-se no encerramento do processo terapêutico com a revisão das canções trabalhadas ao longo das sessões e entregando para cada uma das jovens o seu respetivo portefólio onde constam todas as canções e os desenhos obtidos das expressões pictóricas realizadas durante as sessões e um dispositivo de memória externa com os registos de áudio das canções.

Técnicas e/ou Métodos da Musicoterapia

Conforme as necessidades terapêuticas e os objetivos terapêuticos traçados para cada jovem foram utilizadas diferentes atividades musicoterapêuticas em sessão, sendo estas a

improvisação livre, de carácter instrumental ou vocal, referencial e não referencial, audição e recriação de canções escolhidas pelas jovens, análise de letras, escrita de canções e expressão pictórica com suporte musical.

Agenda Semanal

Na seguinte tabela (tabela 4) consta o horário semanal da estagiária durante o decorrer do projeto de estágio. O presente horário retrata o último horário estipulado, pois houve algumas alterações no decorrer do estágio devido a mudanças de horários escolares por parte das jovens. Por outro lado, como o lar não tinha reunião de equipa a única reunião que havia semanalmente marcada era com a orientadora, e quando a estagiária chegava ao lar era lhe informado tudo o que esta precisava de saber sobre as jovens.

O presente horário foi organizado dependendo da disponibilidade horária da estagiária em conjunto com o horário escolar, das rotinas do lar, do estudo e das atividades.

Relativamente ao tempo extra-sessão, este foi utilizado para planificações de sessão, reuniões com a orientadora, estudo das canções pedidas em sessão pelas jovens, preparação dos portfólios com as letras e a preparação do *setting* musicoterapêutico.

Tabela 4.*Agenda semanal*

Horas	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
10:00	A.S.				
11:00	Reunião Orientadora				
12:00					
13:00					
14:00	Preparação Sessões		T.C		
15:00					
16:00		Preparação Sessões		L.R.	Preparação Sessões
17:00		I.P		I.M	
18:00		M.J		Grupo B	Grupo A
19:00					
20:00					

Estudo de Caso I e II

Nesta secção será descrito em maior detalhe o processo de intervenção musicoterapêutica de duas jovens, sendo cada uma delas constituída por uma abordagem interpretativa dos fenómenos ocorridos e do progresso terapêutico realizado. Serão também apresentados os resultados obtidos, reflexão e conclusão do impacto que a musicoterapia teve nas jovens.

Estudo de Caso I – T.C.

O presente estudo de caso pretende refletir sobre a intervenção em Musicoterapia realizada com a jovem T.C., que teve altos e baixos, e resultou numa canção que retrata a vida e história da jovem.

Historial e Identificação – T.C.

O primeiro estudo de caso apresentado é da jovem T.C., uma jovem de 20 anos acolhida no Lar Santa Isabel a frequentar o curso de gerontologia no Instituto Politécnico de Leiria. Há 4 anos, foi acolhida juntamente com as duas irmãs (sendo a jovem a irmã do meio) devido a negligência e ausência de condições habitacionais.

Aos 17 anos de idade, T.C. foi acolhida em conjunto com as irmãs por esta ter feito uma denúncia em conjunto com uma vizinha de abuso sexual, pois observou o pai a consumir abusos sexuais às suas duas irmãs. A progenitora não acreditou na T.C., e permaneceu com o pai até este ter sido acusado e preso na sequência do processo-crime de abusos sexuais. A jovem sentiu-se culpada por terem sido retiradas à família e o pai ter sido preso. Só mais tarde, e com ajuda da psicóloga, é que esta disse às irmãs que tinha sido ela a denunciar o abuso.

O encaminhamento para as sessões de musicoterapia surgiu por sugestão da psicóloga do lar (orientadora de estágio) uma vez que a jovem demonstra interesse por música.

A jovem era descrita pela equipa técnica da CAR como sendo empática, sociável e comunicativa. A estagiária constatou que a jovem tem um bom relacionamento com os outros membros da equipa e as restantes jovens, não faltando ao respeito aos adultos.

Em sessão, inicialmente, T.C. apresentava algum contacto ocular, pernas sempre a mexer como se estivesse nervosa, tom de voz baixo, discurso acelerado e por vezes mexia no telemóvel. Durante a conversa informal para preenchimento do questionário de identidade sonoro-musical, esta referiu que antes de estar no lar tinha frequentado aulas de flauta transversal, e que naquele momento frequentava um coro juvenil, participando em concertos e celebrações cristãs. Relativamente às canções associadas à infância, a jovem referiu que não se lembrava de nada, muito menos de canções. Além disso, T.C. referiu que gostava de cantar, mas que não sabia que tipo de canções nem quais gostava ou queria cantar.

Nas sessões seguintes, T.C. explorou os instrumentos presentes no *setting* musicoterapêutico fazendo comentários sobre cada um deles. As improvisações que se seguiram foram marcadas por diversas paragens e com comportamentos de insegurança, seguindo sempre o que a estagiária estava a tocar, e sempre com a reação física da perna a tremer.

Posteriormente, foi pedido para a jovem trazer canções que gostasse de cantar. Esta afirmava sempre “não sei nenhuma”, mas quando a estagiária sugeria para realizarem uma improvisação referencial esta respondia “ah eu sei uma canção que gostaria de cantar, mas estou mal da voz, vai ficar uma porcaria”. Estas respostas eram comuns ao longo das sessões. A paciente não sabia o porquê de ter escolhido determinadas canções nem do que estas falavam, não sabia dizer que sentimento exprimiam, nem sequer o que queria fazer na sessão, demonstrando alguma dificuldade em processar o que sentia, falta de noção do *Self*, falta de autonomia e falta de autoafirmação.

Em relação à capacidade de resposta e criação musical, esta procurava sempre as interações musicais da estagiária, era colaborante e recetiva, tinha coordenação motora, pouca presença corporal, era capaz de explorar intensidades e dinâmicas, mas apenas depois da estagiária. Relativamente à voz, esta era expressiva e melódica, não iniciando ideias novas. Assim, a jovem era recetiva na recriação de canções, contrariamente à improvisação referencial ou não referencial, com instrumentos ou com a voz.

Em suma, foi observado que T.C. tinha a necessidade de contenção por parte da estagiária, de forma a promover a autoiniciativa, o *Self*, a autonomia e a autoafirmação.

Plano Terapêutico

Com base nos registos, observação e avaliação realizados durante o período inicial em contexto musicoterapêutico, a estagiária elaborou o seguinte plano terapêutico. Na tabela 5 constam três problemas encontrados pela estagiária, três objetivos e, para cada um deles, dois sub-objetivos específicos.

Tabela 5.*Plano terapêutico de T.C.*

Problema 1:	Baixa autonomia	
Objetivo nº1:		
Aumentar a autonomia		
Objetivos específicos:	Aumentar projetos musicais de autoria própria.	Aumentar a periodicidade de iniciativa numa determinada atividade musical.
Problema 2:	Dificuldade em expressar emoções e sentimentos	
Objetivo nº2:		
Promover a expressão de emoções e sentimentos		
Objetivos específicos:	Exteriorizar e identificar emoções.	Fazer uso expressivo da música.
Problema 3:	Pouca valorização	
Objetivo nº3:		
Aumentar a autovalorização		
Objetivos específicos:	Realizar um projeto musical do qual resulte satisfação.	Conseguir manifestar satisfação nas atividades realizadas.

Processo Terapêutico

Neste capítulo serão descritas as três fases de intervenção musicoterapêutica com a jovem T.C.

Fase Inicial – “Não sei”

A primeira fase é denominada por “não sei”. Esta fase compreende as primeiras sessões de conhecimento da identidade sonoro-musical da jovem, etapa de avaliação e o estabelecimento da relação terapêutica.

Nas primeiras sessões a estagiária e a T.C. encontravam-se sentadas no chão tendo alguns instrumentos *orff* e o piano ao dispor. Foi escolhido realizar estas sessões no chão para que ambas estivessem sempre em contacto visual, apesar de, nas primeiras sessões, o

contacto visual da jovem para com a estagiária ser limitado. Durante estas sessões foi realizada a avaliação segundo a escala IMTAP.

Ainda assim, T.C. entrava em sessão recetiva e motivada, mas tensa e pouco conversadora. Relativamente à parte musical, a jovem apresentava-se muito receosa, parecia sempre desconfortável e antes de tocar um instrumento olhava para ele e fazia um comentário, por exemplo “não sei como é que alguém pega num pedaço de madeira e se lembra de construir isto”. Assim, relativamente às improvisações, estas estavam marcadas por ter bastantes paragens sempre que a estagiária tentava colocar uma ideia nova e saía da base, pois a jovem limitava-se a tocar a pulsação ou a imitar a estagiária. Por isso, a estagiária optou por utilizar a estratégia de imitação utilizando ritmos diferentes e, principalmente dinâmicas com forte contraste, de forma a dar outros elementos rítmicos à jovem e a colocá-la mais à vontade com os instrumentos, mostrando que esta podia tocar o que sentisse, pois nada estava errado e teria sempre suporte por parte da estagiária.

Por outro lado, quando T.C. se lembrava de uma canção para recriar iniciava dizendo “estou mal da voz, podemos cantar primeiro com a faixa?”, a estagiária colocava a faixa e acompanhava-a ao piano. Durante as recriações musicais, a jovem passava de uma voz doce e suave para uma voz forte e vibrante. Assim, à medida que a jovem trazia canções para a sessão, a estagiária ia criando um portefólio com as letras das canções, como por exemplo *Skyscraper*, *Papel principal*, *To build a home* e *Mad world*.

Durante a recriação de canções, T.C. apresentava uma postura corporal curvada, olhando para o chão ou com os olhos fechados, mesmo que vocalmente durante os refrões desse um pouco mais dela. Além disso, a jovem não queria cantar sozinha, até que na sexta sessão a estagiária voltou a perguntar se esta queria tentar cantar sem a faixa e a T.C. respondeu que queria tentar. Assim, a estagiária fez uma introdução ao piano e a jovem não entrou, por isso a estagiária começou a cantar incentivando-a a cantar com sucesso. Mais

tarde, quando a canção chegou ao refrão, a jovem já se apresentava de olhos fechados e aí a estagiária deixou de cantar, deixando T.C. sozinha. Esta permaneceu a cantar até ao fim, assumindo um papel vocal superior. No fim, a estagiária perguntou como é que se tinha sentido e esta respondeu que “não sabia”.

Ao longo do processo de recriação de canções a estagiária pedia para esta sublinhar nas letras, presentes no portefólio, coisas com as quais se identificava, que gostaria de alterar na música e que gostasse. Nesta fase, T.C. não sublinhou nenhuma palavra, respondendo sempre “não sei o que sublinhar”. Estas palavras marcaram a fase inicial, e eram comuns sempre que a estagiária perguntava como é que esta se tinha sentido, ou do que falava a canção que a jovem tinha escolhido.

Fase Intermédia - Do choro à transição

A fase intermédia teve dois marcos importantes ao nível do processo terapêutico. Depois de ter começado a cantar sozinha sem a ajuda do suporte áudio, apenas com o acompanhamento da estagiária ao piano, a jovem começou a aparecer nas sessões triste, sem motivação, dizendo que não queria cantar ou tocar e, por vezes, durante as sessões começava a chorar.

A primeira técnica que a estagiária usou quando T.C. apareceu na sessão com o olhar para baixo, uma postura fechada e o tom de voz baixinho dizendo “hoje não me apetece fazer nada”, foi o uso da expressão pictórica com suporte musical. Desta forma, a estagiária colocou folhas, lápis, tintas de dedos e canetas em frente da jovem e pediu para esta pintar ou desenhar o que quisesse enquanto ouvia músicas. Assim, a estagiária escolheu as músicas tendo em conta as canções trabalhadas nas sessões anteriores. Durante a dinâmica, T.C. começou a chorar disfarçando, colocando a cara para o lado de forma que a estagiária não reparasse. No fim, a estagiária tentou falar com a jovem, mas esta não disse nada, apenas aproximou as folhas, dizendo “apenas consegui desenhar uma menina”. A estagiária tentou

fazer exercícios de respiração com T.C. para a tentar ajudar, quando esta pergunta se podia sair da sessão.

As sessões seguintes permaneceram iguais, mas a estagiária decidiu utilizar a técnica do *Holding* cantando e tocando para a jovem de forma a contê-la. As reações desta eram as mesmas, cabeça encolhida e sem contacto ocular. Além do *Holding* foi proposto realizarem novamente a técnica da expressão pictórica com suporte musical, ou seja, voltavam a usar as mesmas canções escolhidas na sessão descrita anteriormente, mas desta vez tanto a estagiária como T.C. pintavam. Este momento foi descontraído, havendo espaço a sorrisos. No fim, a jovem explicou que tinha pintado uma linha do horizonte, a confusão que estava a cabeça dela e a dança (Anexo H).

Depois da sessão em que a estagiária aplicou a técnica do *Holding* , T.C. compareceu em sessão com a mesma postura do início, motivada e predisposta, perguntando se a estagiária podia ensiná-la a tocar o acompanhamento da canção *Skyscraper* . Assim, a estagiária ensinou-lhe os acordes. Depois disto, perguntou se poderiam tocar e cantar juntas, a estagiária a tocar os baixos e a jovem os acordes. Ao longo da sessão, a jovem ia dizendo “nunca vou conseguir, isto é muito difícil”, mas nunca desistia. Até que, no fim da sessão, T.C. tinha conseguido tocar e cantar, com o auxílio da estagiária, o refrão da canção.

Nas sessões seguintes, a primeira coisa que a jovem fazia quando entrava no gabinete era ir para o piano tocar os acordes da canção. Mais tarde, T.C. conseguiu tocar e cantar ao mesmo tempo a canção toda dizendo “eu consegui, podes mandar-me o vídeo para eu ver?” a estagiária respondeu que sim. Já nas sessões seguintes, a jovem conferenciou que quando ia ter ensaio de coro ia treinar os acordes da música para o piano, mostrando para as amigas do coro, o que demonstrava ter aumentado a autovalorização.

Posteriormente, a jovem chegava sempre muito motivada, mantendo sempre contacto ocular com a estagiária. Assim, esta propôs fazerem uma improvisação não referencial

usando apenas as teclas pretas do piano e um dedo. Esta começou a dizer que não iria ser capaz de fazer, mas que queria tentar. Pela primeira vez, T.C. improvisou sem parar a meio utilizando diferentes ideias melódicas, ritmos e dinâmicas. Esta improvisação foi também muito importante pois a jovem evitava realizá-las, e quando estas aconteciam denotavam sempre desconforto, havendo sempre paragens e ficando sempre no registo de pulsação sem introdução de ideias novas, demonstrando ter mais à vontade e autonomia para realizar atividades. Além disso, T.C. demonstrou autovalorização porque no fim pediu a estagiária para enviar o vídeo com a improvisação, “gostei muito de fazer isto, podemos fazer mais vezes?”, demonstrando satisfação em algo que tinha realizado.

Fase Final – “O Passado”

A última fase foi denominada “o passado” em referência à canção que foi escrita pela jovem.

Numa das sessões T.C. demonstrou interesse em escrever uma canção sua, mas que não sabia como o fazer nem se era possível. O primeiro passo seria fazer um brainstorming sobre um tema que esta quisesse escrever, desta forma surgiu o tema “Passado”.

T.C. contou à estagiária a razão para estar no lar, referindo que queria que a música falasse sobre isso. E ainda disse que queria criar uma canção “triste e sentimental”. Logo, a jovem utilizou no brainstorming palavras como “triste, trauma, momentos bons, não lutou por mim (referindo-se à mãe), chamou-me mentirosa, prisão, culpa, queixa, abuso”. Nas sessões seguintes, a jovem criava, com ajuda da estagiária, a letra, mas também trazia versos novos criados durante a semana sozinha. Assim, foi criada a seguinte letra.

Às vezes sinto raiva

Quero esquecer

Tudo aquilo que vi

E vejo o quanto cresci

O trauma que permanece em mim

É graças a vocês

Às vezes penso nos momentos bons	Tu que abusaste
Mas estes não me fazem esquecer	Tu que não lutaste nem acreditaste
Toda a dor que senti	
	Dor é o que sinto
Um dia neste mundo	Quando penso em ti
Parecia não ter fim	E tomar uma atitude
Hoje olho para trás	Foi o melhor que fiz

Em relação à parte musical, a jovem encontrava-se receosa porque referia “não consigo imaginar isto numa música”, por isso a estagiária começou a tocar algumas progressões de acordes. Por espanto da estagiária, T.C. ia dando a sua opinião dizendo o que gostava e não gostava, incluindo o ritmo dos acordes ao piano, referindo “toca como costumava tocar na canção Papel Principal. Acho que fica melhor”. Depois de escolhida a parte ao piano, a jovem voltou a referir que não conseguia visualizar a canção completa, nem sabia como fazer a parte da melodia. Desta forma, a estagiária pediu-lhe que improvisasse alguma coisa com a voz dentro dos acordes escolhidos para a canção, podendo incluir algumas partes da letra. Desta forma, T.C. improvisou usando apenas notas longas e em seguida começou a cantar partes da letra, primeiramente muito baixinho, e depois cantando com mais confiança. Ao longo do tempo, ia dando indicações com as mãos dizendo à estagiária para tocar mais depressa, para parar, para esta cantar uma cadência, ou para ir mais depressa, demonstrando estar à vontade para liderar e explorar emoções através da música.

Por fim, foram realizadas novamente sessões de avaliação para a escala IMTAP sobre o domínio emocional.

Resultados

Nesta secção irão ser apresentados os resultados obtidos para cada objetivo terapêutico.

Relativamente ao primeiro objetivo (aumentar a autonomia) foi possível apresentar resultados por meio dos objetivos específicos. T.C., a meio da fase intermédia e na fase final,

tomou iniciativa não só dentro de atividades musicais propostas pela estagiária, como por iniciativa a propor projetos de autoria própria. Com efeito, a jovem ao experienciar satisfação pelas dinâmicas musicais e principalmente autoapreciação, quis realizar mais projetos e dar ideias novas para as dinâmicas musicais realizadas em sessão.

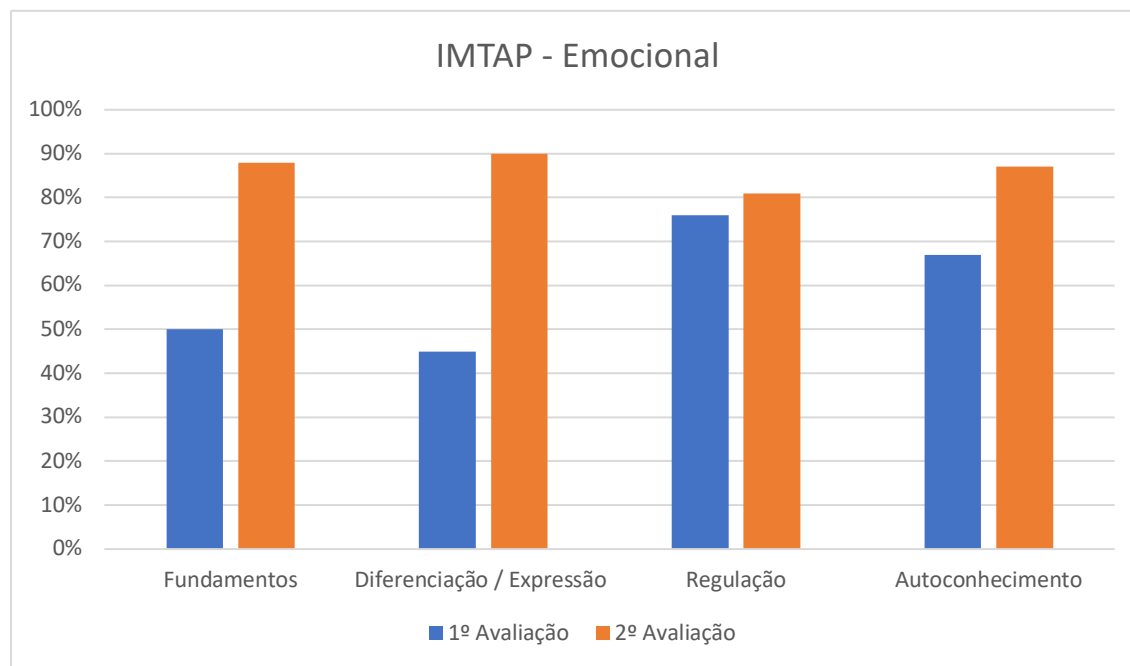
No que toca ao segundo objetivo (promover a expressão de emoções e sentimentos), também foi possível observar resultados, uma vez que T.C. foi capaz de verbalizar que tipo de sentimento queria que a canção dela transmitisse, e foi dando indicações à estagiária em relação à expressividade que queria que esta tocasse para a acompanhar. É de salientar que, enquanto cantava, a jovem fazia *ritardando* ou cadências nas frases melódicas dando-lhes mais expressividade.

Por fim, no terceiro objetivo (aumentar a autovalorização), foi colocado como objetivo específico realizar um projeto musical no qual resulte satisfação. Este foi concretizado com sucesso, visto que T.C. criou uma canção sobre o seu passado. Manifestou satisfação tanto neste projeto musical como nas improvisações realizadas na fase final do processo terapêutico. Denote-se que a jovem evitava fazer improvisações, e as que foram conseguidas no início da intervenção tinham interrupções, sendo que não iniciava ideias novas, ficando pela base.

Relativamente à avaliação que foi realizada com a escala IMTAP sobre o domínio emocional, na primeira avaliação apresentava um resultado de 62% enquanto, no fim da intervenção, apresentou 86%. A seguinte figura (figura 3) apresenta um gráfico de comparação entre os dois momentos de avaliação com os respetivos subdomínios do domínio emocional da escala de avaliação IMTAP.

Figura 3.

Escala de avaliação IMTAP no domínio emocional - Comparação entre a primeira avaliação e a segunda avaliação



Discussão e Conclusão

O trabalho musicoterapêutico realizado com T.C. é possível enquadrar, fazendo um paralelismo com a revisão bibliográfica, com o trabalho que foi realizado com outras jovens em regime de acolhimento residencial no que toca a baixa autonomia, pouca valorização e, principalmente, dificuldade em expressar emoções e sentimentos.

O foco principal no trabalho com esta jovem foi o desenvolvimento da iniciativa porque esta advém da autonomia, noção dela própria, autoafirmação e valorização, sendo que todos estes aspetos estão ligados. Desta forma, T.C. apareceu em sessão com dificuldades em expressar o que uma música a fazia sentir, ou como é que se sentia com algo, o que demonstrava também alguma falta de conhecimento para si mesma. Segundo Galvão (2022, p. 50, 51), a música trabalha de maneira espontânea a forma de expressão emocional. Esta, por sua vez, liberta inquietações emocionais que estão presentes na pessoa. Ainda citando o mesmo autor, “o envolvimento físico na produção dos sons permite os movimentos. As dinâmicas de tensão e relaxar, na estrutura da música, são isomórficas ao estado emocional e permitem a sua expressão direta”.

Acrescenta-se ainda que outro foco principal da estagiária foi a autovalorização. Esta é importante para que a jovem sentisse que conseguia ultrapassar as barreiras de insegurança e se sentisse realizada. Panacioni (2012, p. 234) sustenta que, a musicoterapia auxilia na saúde emocional em relação aos aspetos relacionais, como por exemplo o controlo do stresse, aumento de autoestima, autorrealização, contribuindo assim para o seu bem-estar.

Desta forma, a estagiária utilizou diversas técnicas de maneira a ajudar a jovem a alcançar os objetivos propostos no plano terapêutico. As técnicas usadas foram a improvisação referencial e não referencial. Esta utiliza melodia e ritmo através da voz, dos instrumentos ou sons corporais de forma a estabelecer um canal de comunicação não verbal criando um vínculo com a comunicação verbal contribuindo para a criatividade, autoexpressão, formação de identidade, entre outras (Bruscia, 1987, p.80). Foi utilizado também o método recreativo, Bruscia (2014, pp. 131-132) neste método a jovem tem de produzir música, tocando ou cantando, a estagiária utilizou esta técnica para T.C. reproduzir, recriar, interpretar e transformar as músicas do seu gosto, tendo como objetivo promover a interatividade, empatia, identificação, comunicação, interpretação e sentimentos.

Outra técnica usada foi *holding*. Esta técnica foi usada para momentos em que T.C. estava desregulada emocionalmente e precisava de uma âncora de forma a conter o choro e a intensidade da emoção que esta estava a sentir. Segundo Bruscia (2014, p. 81), o terapeuta permite que o cliente passe pela luta, mas mantém limites para que não se deixe envolver pela dor, mantendo-o atento ao mundo exterior e à realidade de ser humano.

Por outro lado, a momento chave deste trabalho musicoterapêutico foi quando a jovem se propôs a criar uma canção que relata a história de vida dela antes de ser acolhida pela CAR. A construção da canção permitiu-lhe expressar-se, conhecer-se e valorizar-se. Esta referia sempre que não conseguia visualizar-se a fazer uma canção, nem qual seria o seu resultado, sentindo-se, no fim, satisfeita e realizada uma vez que alcançou um objetivo que na

sua cabeça era impossível. Relativamente ao tema da canção composta por T.C., Panacioni (2012, p. 252) refere que a música permite a jovem a recordar, sentir, criar e expressar a união entre o passado, presente e futuro, através da canção relembrando que o passado faz parte dela, mas não determina quem ela é nem quem ela virá a ser.

Por fim, é importante salientar a importância da gravação das sessões, pois quando a jovem começou a ganhar auto valorização pedia sempre as gravações das improvisações ou das canções para que esta pudesse visualizar durante a semana, podendo refletir, processar e reconhecer-se a ela mesma (*self*).

Estudo de Caso II – L.R.

O presente estudo de caso pretende refletir sobre a intervenção em Musicoterapia realizada com a jovem L.R., que obteve resultados inesperados nas últimas sessões por parte da estagiária.

Historial e Identificação

O segundo caso de estudo que irá ser apresentado é da jovem L.R.. A jovem tinha 11 anos e estava na CAR há um ano. Antes de ser acolhida e ir para a instituição, foi-lhe aplicada a medida de apoio junto de outro familiar. Desta forma, L.R. passou a viver em casa dos tios maternos. Mais tarde, a jovem começou a apresentar problemas a nível emocional e de comportamento tanto em casa como na escola, desrespeitando os tios, professores, funcionários e colegas. Assim, a tia disse que não tinha mais condições para ficar com a jovem devido aos seus comportamentos desajustados. Tendo em conta que o pai de L.R. estava na Alemanha e a mãe não tinha condições para ficar com a jovem, esta foi acolhida. A jovem é acompanhada em consultas de pedopsiquiatria e psicologia no hospital, sendo que faz tratamento farmacológico diariamente. Aos 9 anos foi realizado o teste de escala de inteligência de Wechsler para crianças (WISC III). Esta escala tem como objetivo avaliar a capacidade intelectual, o desempenho cognitivo e o processo de resolução de problemas da criança. Os resultados mostraram que L.R. apresenta uma capacidade intelectual dentro da média para a sua idade, não havendo discrepância entre a parte de execução e a parte verbal. No que concerne ao comportamento, há questões emocionais que necessitam de ser trabalhadas para que a jovem consiga gerir as emoções dentro de si e dos outros.

L.R. foi encaminhada para musicoterapia por sugestão da psicóloga do lar. A jovem era descrita pela equipa técnica como sendo empática, mas manipuladora e com comportamentos desafiadores. Da mesma forma, foi observado pela estagiária que esta apresenta uma postura corporal curvada, movimentos corporais bruscos, mantém contacto

ocular, pede sempre aprovação de um adulto quando faz alguma coisa, esperando sempre ouvir algo positivo. Quando isso não acontece, tem um comportamento desafiante epositor. Além disso, não consegue estar concentrada quando está a fazer alguma atividade. Relativamente aos aspetos de interação, a jovem mantém o contacto visual com toda a gente. Em relação aos aspetos verbais e sonoros, L.R. tem uma voz grave, rouca e com um volume elevado.

Nas sessões iniciais, a jovem apresentava uma postura irrequieta com pouco contacto ocular com a estagiária e a postura curvada. Na primeira sessão foi realizado o questionário de identidade sonoro-musical, L.R. expressou que escutava música frequentemente, que gostava de cantar e de dançar. Além disso, afirmou apreciar todos os instrumentos musicais, gostando do grupo *BDK* e *Now United*, do som da chuva e de pessoas a cantar, por outro lado esta afirmou não desfrutar do estilo musical rock, do som dos pássaros nem de pessoas a gritar. A respeito das recordações sonoro-musicais da infância, a jovem diz que se lembra de cantar com a irmã a música “Ora vejam lá” e a banda sonora dos desenhos animados “*Tom Sawyer*”.

Posteriormente, L.R. explorou os instrumentos que estavam no *setting* de forma convencional e não convencional, fazendo um comentário sobre cada um deles. Mais tarde, durante a avaliação, a estagiária propôs fazerem uma pequena improvisação em conjunto. A jovem interrompeu a improvisação várias vezes para fazer comentários sobre os instrumentos ou sobre algo que tinha acontecido, demonstrando evitamento nas propostas da estagiária. Além disso, L.R. ficava a improvisação toda a realizar a mesma melodia que tinha criado, não reagindo a mudanças de andamento ou de dinâmica da estagiária manifestando ter dificuldades na interação direta e na relação com o outro.

Plano Terapêutico

Baseado na observação, na avaliação e nos registos realizados durante a fase inicial em contexto musicoterapêutico foi elaborado um plano terapêutico presente na tabela 6.

Tabela 6.

Plano terapêutico de L.R.

Problema 1:	Evita expor-se nas atividades propostas	
Objetivo nº1:		
Aumentar a expressão criativa e emocional		
Objetivos específicos:	Introduzir conteúdo próprio numa atividade musical.	Criar uma canção sobre algo que a paciente sinta.
Problema 2:	Baixa autonomia	
Objetivo nº2:		
Promover a autonomia		
Objetivos específicos:	Promover o investimento em tarefas próprias.	Aumentar a frequência em propor atividades musicais e projetos musicais.
Problema 3:	Dificuldade na interação direta e na relação	
Objetivo nº3:		
Promover competências relacionais		
Objetivos específicos:	Acertar andamento e dinâmica durante uma atividade com a estagiária.	Incorporar sugestões da estagiária numa atividade.

Processo Terapêutico

Neste capítulo serão descritas as fases de intervenção em *setting* musicoterapêutico com a jovem L.R.

Fase Inicial – Criação de uma Relação Terapêutica

A fase inicial é denominada por “criação de uma relação terapêutica”. Nesta fase constam as sessões de compreensão da identidade sonoro-musical da jovem, etapas de avaliação e o estabelecimento da relação terapêutica.

Ao longo das primeiras sessões a estagiária e L.R. encontravam-se frente a frente, de forma a haver contacto visual e ter os instrumentos ao dispor. No decorrer das primeiras sessões foi realizada a avaliação segundo a escala IMTAP.

L.R. entrava em sessão bastante comunicativa, motivada e empática com a estagiária, quando tocava um instrumento fazia-o de forma bastante exploratória, ou seja, tocando, não só nos sítios comuns como, em sítios incomuns verificando que som produzia.

Depois das sessões de avaliação, a estagiária foi realizando improvisações sobre assuntos do dia-a-dia que L.R. contava para a estagiária, como por exemplo uma consulta ou algo sobre a escola, mas esta interrompia a atividade para fazer comentários como “isto faz-me lembrar uma música, sabes?” ou “já me lembro do nome do compositor que era surdo, falámos sobre ele na aula de música”. Por isso, nas improvisações seguintes a estagiária ia pedindo que enquanto tocasse narrasse a história que tinha contado anteriormente, de forma a ajudá-la a manter o foco e a tornar a improvisação sobre algo dela e não apenas porque a estagiária tivesse sugerido. Numa das interrupções, L.R. referiu um artista que gostava, por isso no final da improvisação a estagiária pediu a L.R. para escolher uma canção que gostasse para trabalharem na sessão seguinte. Assim, a jovem escolheu a canção “*BDK- Pull up na C*”, uma canção na língua crioulo afro-português, que esta diz perceber a letra, mas não querendo dizer o significado. Referiu também que gostava da canção e conhecia o gang que cantava. Quando a estagiária lhe pediu para recriar a canção, esta afirmou “desde que emagreci que não canto bem”, a estagiária incentivou-a e esta mudou de assunto referindo “ah não era esta a canção que eu gosto, é que a que eu gosto tem asneiras”, a estagiária

afirmou que não haveria problema incentivando-a a mostrar a canção. Nas sessões seguintes, L.R. trazia novas canções para ouvirem, mas nunca conseguiram passar para a parte de recriação ou qualquer outro projeto musical. Também foi proposto à jovem cantar a canção dos desenhos animados do “*Tom Sawyer*”, pois era uma canção do repertório afetivo cantado em conjunto com a irmã, quando esta era mais nova, mas, mais uma vez, a jovem desviou dizendo “não me lembro da letra, mas também nem gosto dessa música”. Tendo em conta que esta não queria cantar e trazia canções de rappers, a estagiária propôs L.R. escrever um rap. Esta pareceu gostar da ideia e disse que escreveria durante a semana. Nas sessões seguintes, a estagiária questionava a jovem sobre a canção, mas esta não trazia nada escrito, nem mesmo um tema, justificando-se que tinha se esquecido. Desta forma, estas sessões foram marcadas por tentativas de as manipular tornando-as apenas para partilha verbal, hesitando na parte de se expressar através da música. L.R. apresentava conforto e facilidade em partilhar temas sobre questões e acontecimentos da sua vida pessoal durante as sessões, principalmente no meio de atividades.

Mais tarde, L.R. entrou na sessão com uma postura corporal fechada e quase sem contacto ocular. Esta referiu que não ia a casa no fim de semana e que estava triste, por isso foi proposto realizar uma improvisação em que esta teria de recontar o que a levou a ficar de castigo durante a dinâmica musical. Assim, no decorrer da improvisação, a expressão musical de L.R. era composta por uma intensidade de volume elevada, caótica, não se conseguindo ajustar à base rítmica e sem uma melodia específica ou enquadramento tonal, demonstrando, mais uma vez, não haver relação entre a estagiária e a jovem. Então, a estagiária começou a imitar o que a jovem ia fazendo, esta sorriu e ambas realizaram exercícios de pergunta-resposta. Pela primeira vez, a jovem realizou um exercício sem interromper.

Este estudo caso foi levado a supervisão pela estagiária e, em conversa com a supervisora, foi percebido que apesar de aparentar que L.R. tinha uma relação empática e

terapêutica boa com a estagiária, tinha dificuldades na vinculação com o outro e por isso foi proposto realizar um trabalho com base na improvisação.

Fase Intermédia – A Relação na Improvisação

Esta fase é caracterizada por momentos de improvisação referencial, ao piano ou em instrumentos *orff*, de forma a ajudar L.R. a promover competências relacionais.

Deste modo, no início desta fase, a jovem não conseguia manter a pulsação nem dinâmicas em conjunto com a estagiária. Criava melodias e ficava a trabalhá-las sozinha, desligando do que estava a acontecer em volta dela. A estagiária experimentou parar durante uma improvisação, mas a jovem estava tão focada no que estava a fazer que não dava conta que a estagiária tinha parado, o que demonstra que a jovem tem interesse em relação à música, mas não em criar uma conexão com o outro. Quando terminou, a estagiária pediu para tocar sobre como tinha sido o fim de semana com as irmãs, mas apenas poderiam tocar com um dedo no piano. L.R. ficou frustrada e retaliou dizendo “não consigo fazer isso”. A estagiária incentivou-a dizendo para esta tentar e a jovem realizou a improvisação, mas, mais uma vez, passou a improvisação a realizar a mesma melodia sem parar, invadindo o espaço pessoal da estagiária, ou seja, tocava tanto no lado do teclado que se encontrava ao pé desta como no lado da estagiária.

Foi adotada outra estratégia e as improvisações que se seguiram foram realizadas em instrumentos *orff* para que ambas ficassem frente a frente e não lado a lado, de forma a promover o contacto ocular. Desta forma, foram realizados exercícios de pergunta-resposta e até mesmo improvisações estruturadas. Ou seja, ambas tinham uma estrutura rítmica definida, enquanto uma estava a realizar essa estrutura a outra improvisava, trocando entre elas. Isto ajudou L.R. tanto a colocar um pouco de si na música, como a ouvir as ideias do outro. Mais tarde, numa das sessões, a jovem e a estagiária estavam, cada uma, com um xilofone pequeno, apenas com uma oitava, e foi realizada a primeira improvisação em que a

estagiária sentiu que L.R. se tinha conectado, pois ambas estavam em sintonia e não só era a estagiária a criar mudanças de tempo e de dinâmica como também a própria jovem.

Posteriormente, nas improvisações ao piano, também estas tinham sugestões, como por exemplo, apenas tocar com uma mão, ou restringir um número de teclas ou dedos. A jovem aceitou realizar todas as improvisações sem retaliar, e ambas tocavam em sintonia com mudanças de tempo e andamento. Também foi proposto realizarem jogos de pergunta-resposta em que o objetivo era tocar frases pequenas começadas sempre na mesma tecla em que a outra tivesse acabado. A jovem por vezes ficava desatenta e esquecia-se da tecla ou perlongava demasiado as frases. Por isso, a estagiária utilizou a técnica *mirroring* de forma a mostrar para L.R o que ela estava a executar, isto fazia com que a esta reagisse dizendo “está muito grande, não te esqueças de mim”. Em alguns desses jogos de pergunta-resposta, L.R. começou a tocar ao mesmo tempo da estagiária dando início a uma improvisação não referencial, proposta não verbalmente pela jovem, o que denotava um aumento da expressão criativa e da autonomia.

Fase Final – “Vida”

A fase final foi denominada de “Vida” devido ao nome da letra da canção que L.R. escreveu antes do término das sessões de musicoterapia.

Numa das sessões, a jovem perguntou à estagiária quando é que esta se iria embora. Esta disse-lhe que as sessões terminavam no final de Maio, a jovem ficou com a boca aberta dizendo que já não faltava muito. Então, pediu à estagiária se seria possível escreverem uma canção sobre o tema vida, e se esta poderia conter asneiras na letra. Assim deu início à escrita de uma canção proposta pela jovem.

Nas sessões seguintes, fizeram um *brainstorming* em volta do tema proposto (Anexo F) e, por sua vez uma letra.

Numa das sessões de escrita da letra, L.R. questionou se poderia usar frases de uma das canções que tinha mostrados nas sessões iniciais, pois se identificava com elas e queria que estivessem na letra. Assim, segue a letra escrita por L.R.

Que vida fudida	Todos os dias eu as vejo
Por causa da minha tia	Elas andam aí todas iludidas
E o outro que não me deixa ter vida	
Não me deixam estar sozinha	Pensam que é lua cheia todos os dias
	As ondas dão mais melodia
Sou sempre a má da fita	Estou farta desta maldade dos humanos
Farta desta vida	A tua melodia não está a combinar
Estou cansada deste rodízio	
Rodeada de porcaria	REFRÃO
Não me deixam estar sozinha	Tu podes bazar
Que vida fudida	A tua voz que cansa
Lá fora não tenho vida	Andam-me a tentar afogar
Estou aqui perdida	Ninguém me deixa ser eu
Farta destas raparigas	
Andam aí a dar show	REFRÃO

L.R. não quis cantar nem criar nenhum beat para a música, mas sugeriu utilizar o beat da canção “*BDK-Pull Up Na C*” para improvisar. Assim, a estagiária cortou a parte do *beat* na canção e colocou em loop. Nas sessões seguintes, foram realizadas improvisações, com o acompanhamento da canção escolhida pela jovem, em que esta entregava instrumentos para a estagiária e ambas improvisavam com os instrumentos orff, com o piano e até mesmo com a voz, usando frases da letra escrita por L.R.

Numa das improvisações ao piano, a estagiária disse uma das frases da letra da canção, o que deu origem a um momento que parecia um rap falado em que o conteúdo eram apenas frases da canção. Este momento terminou com L.R a perguntar “e tu, o que tens para

contar da tua vida?”, pergunta esta que não consta na letra. É de salientar que L.R enquanto clamava a letra continuava a fazer improviso ao piano. Este momento foi muito importante pois demonstrou, de forma nítida, que a jovem já tinha uma vinculação estabelecida com a estagiária e que estava pronta para se expressar criativamente. Na sessão seguinte, foi proposto a L.R. que voltassem a recriar o que tinham realizado na sessão anterior. Mas a diferença é que a estagiária começou por improvisar uma melodia com a primeira frase do refrão. Deste modo, a jovem utilizou essa melodia implementando-a para o resto da canção. Enquanto isto, a estagiária ia cantando os finais de frase mostrando suporte e incentivando-a. É de salientar que, ao longo da canção, L.R. foi modificando a melodia inicial, criando melodias dela, o que demonstra que esta não só implementou sugestões da estagiária como colocou criatividade e investimento numa tarefa própria.

Na última sessão, a jovem propôs cantar algumas músicas que tinha trazido anteriormente para a sessão, demonstrando alguma autonomia e autovalorização.

Resultados

Nesta secção irão ser apresentados os resultados obtidos para cada objetivo terapêutico.

Relativamente ao primeiro objetivo (aumentar a expressão criativa e emocional), foi possível apresentar resultados visíveis por meio dos objetivos específicos, pois L.R. introduziu conteúdo próprio numa atividade musical, ou seja, esta propôs realizar improvisações usando uma harmonia de uma canção que gostasse. Assim, como objetivo específico, foi proposto criar uma canção sobre algo que a jovem sentisse, e na última fase esta criou uma letra de uma canção sobre o que ela achava da sua vida, demonstrando assim um aumento da expressão criativa e emocional da jovem.

No que toca ao segundo objetivo (promover a autonomia), este também foi atingido. Durante dinâmicas de imitação, a jovem introduzia improvisações sem serem pedidas,

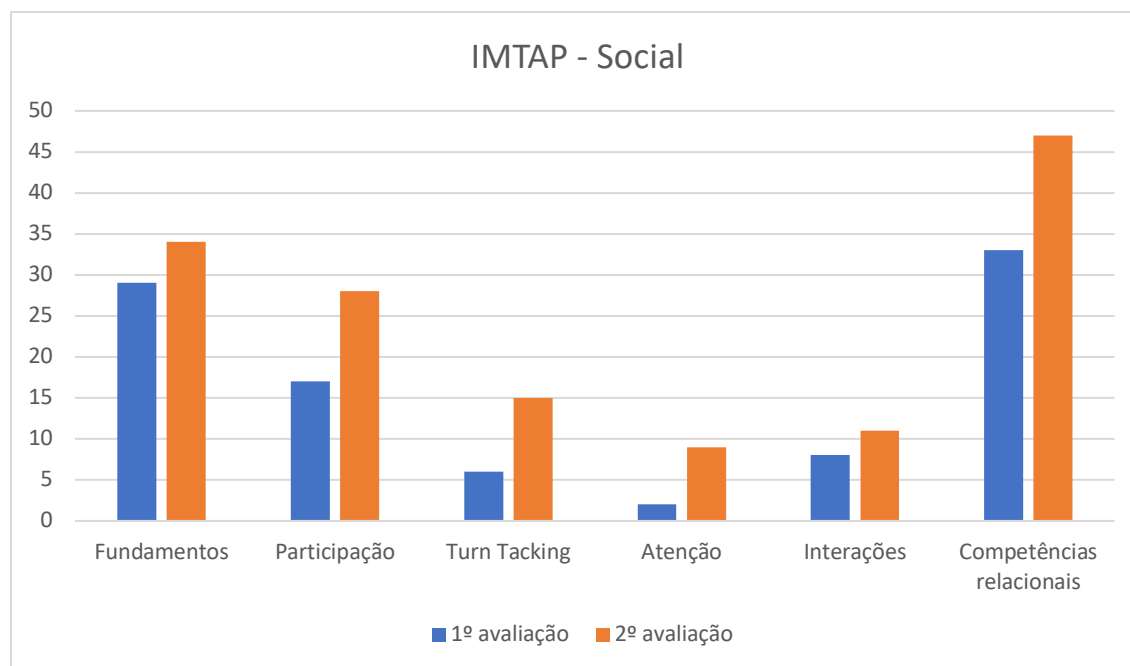
propondo assim uma atividade nova. Além disso, a jovem não só propôs criar uma canção, como também recriar músicas, e ainda investiu em tarefas, como por exemplo nas improvisações sobre a letra da sua canção, o que demonstra algum grau de autonomia.

Por fim, o terceiro objetivo (promover competências relacionais). Este objetivo tem como objetivos específicos (1) acertar andamento e dinâmica durante a improvisação com a estagiária; (2) incorporar sugestões da estagiária numa atividade. L.R. iniciou a intervenção musicoterapêutica realizando improvisações apenas criando uma melodia e ficando a treiná-la até sair como esta queria, nunca reagindo à parte musical da estagiária. Além disso, a jovem parava muitas vezes para fazer comentários sobre coisas que se ia lembrando ao longo das improvisações, denotando alguma dificuldade na interação e conexão com o outro. Ao longo das sessões foi observada uma melhoria nesse aspeto, pois L.R. ao conectar-se com a estagiária, começou a tocar em sintonia, criando assim, não só competências relacionais, mas também incorporando sugestão dadas pela estagiária. Para alcançar este objetivo, foi importante não só o uso da técnica de imitação, mas também o uso de instrumentos que fizessem com que a estagiária e a jovem ficassem frente a frente de forma a possibilitar o contacto ocular e visual, promovendo a atenção no outro. É de notar que a jovem não quis usar a voz durante todo o processo terapêutico, apenas a usou no fim deste mostrando um aumento das competências relacionais e um aumento da expressão criativa e emocional.

Relativamente à avaliação, esta foi realizada usando a escala IMTAP sobre o domínio social. Na primeira avaliação, L.R. apresentava uma percentagem de 55%, em 100%, enquanto no fim da intervenção esta apresentou 84%. A seguinte figura (figura 4) apresenta um gráfico de comparação entre os dois momentos de avaliação, tendo em conta os respetivos subdomínios do âmbito social da escala de avaliação IMTAP.

Figura 4.

Escala de avaliação IMTAP no domínio social - Comparação entre a primeira avaliação e a segunda avaliação

**Discussão e Conclusão**

É possível fazer um paralelismo entre o trabalho musicoterapêutico realizado com a jovem L.R. e o enquadramento teórico, pois este enquadra-se noutros trabalhos realizados com jovens em CAR a propósito da expressão criativa e emocional, na baixa autonomia e nas competências relacionais.

O foco principal do trabalho realizado com a jovem L.R. foi a promoção de competências relacionais, pois estas ajudaram a jovem a desenvolver autonomia e a expressar-se de forma criativa e emocional. Quando L.R. começou as sessões de musicoterapia, apresentava ter dificuldades a relacionar-se com a estagiária, mas apenas na parte musical uma vez que, ou interrompia para contar factos que aconteceram, ou ficava muito tempo a tocar a mesma coisa sem contacto ocular, ignorando a estagiária. Além disso, a jovem partilhava canções, mas boicotava-as antes de haver um incentivo para fazer algo a partir delas.

Segundo Hussey (2003, p. 2), utilizando a música como terapia, as jovens adquirem progressivamente novas competências comportamentais e relacionais que serão transferidas para o ambiente e relações fora da sessão, por exemplo na relação com os prestadores de cuidados, educadoras, entre outros. Desta forma, a estagiária utilizou a improvisação, escrita de canções, imitação e *mirroring*. Marin et al. (2022, pp. 8-10) esclarecem que ao utilizar as técnicas descritas anteriormente obtiveram resultados como maior interação social e relações interpessoais, maior expressão criativa e emocional, melhor comunicação, um maior contacto ocular, atenção e uma maior participação por parte da criança, ou seja, uma maior autonomia.

Foi utilizado *mirroring*, de forma mostrar à jovem que a estagiária se encontra ao mesmo nível que ela, procurando ficar em conjunto com a mesma. Também espelha o comportamento de L.R. de forma a esta se visualizar em relação ao seu comportamento e atitude (Wigram, 2004, p.82), de maneira a promover a interação direta, na relação e a expressão emocional. A imitação foi utilizada para incentivar e motivar L.R. a continuar o que estava a fazer musicalmente, mostrando que ambas se encontravam juntas, a ecoar musicalmente para depois conseguir ter as duas identidades separadas mas com um material musical correspondente, e assim entramos na técnica seguinte (Wigram, 2004, p.84). A improvisação referencial através de situações vividas, sentimentos, ou de músicas que L.R. gostava, utilizando fragmentos das mesmas durante as improvisações. Esta técnica promove a expressão emocional da jovem que, por sua vez, também promove a expressão criativa (Bruscia, 1987, p.58). Além disso, a jovem também desenvolve a relação com o objeto, com o *self* e o objeto e por fim o *self* e o outro (Bruscia, 1987, p.93).

Para terminar, na fase final a jovem escreveu uma canção que retratava o sentimento dela em relação à vida que tinha. A escrita de canções para L.R. foi bastante importante pois providenciou a projeção de sentimentos, o enfrentamento interpessoal e intrapessoal. Por outro lado, desenvolve a relação terapêutica entre ambas (Baker & Wigram, 2005, p.11).

Todas estas técnicas ajudaram L.R. a promover competências, de modo a que se conectasse à estagiária e à música, mantendo o ritmo e dinâmica, e que gostasse do que estava a ser criado, dando-lhe motivação em propor novas atividades e, dentro destas, ter algo à qual se identifique ou sinta.

Outras Intervenções Clínicas

No presente capítulo serão apresentadas a descrição sumária das restantes intervenções clínicas de forma geral. Compreenderá uma descrição da jovem em questão, reunindo a sua avaliação inicial, objetivos propostos e, por último, as conclusões do caso.

Intervenção Individual – A.S.

A.S. tem 17 anos. Encontrava-se no Lar Santa Isabel pois a mãe abusava de bebidas alcoólicas, afetando o equilíbrio emocional e a segurança da jovem e da sua irmã. A mãe e a irmã eram cantoras líricas e, apesar do gosto pela música, A.S. alegava não ter o dom da voz que a mãe e a irmã apresentavam. Além disso, a mãe também tocava piano, algo que a jovem gostaria de aprender, mas que a mãe nunca lhe ensinou pois, segundo A.S., não teria tanto jeito para a música como a irmã mais velha.

A principal problemática observada na jovem foi a autodepreciação, pouca interação social e pouca presença verbal e vocal. Assim, a estagiária propôs-se a incentivar a autonomia, aumentar a autovalorização e a expressão e presença vocal.

No início do processo terapêutico, a jovem manifestava pouca partilha verbal com a estagiária, apresentava uma postura física fechada, mas com contacto ocular. Ao longo das sessões, A.S. foi ganhando mais confiança e a postura física ficava mais aberta e relaxada. Ao longo da intervenção foi partilhando as canções que mais gostava recriando-as. Durante a recriação musical, A.S. foi demonstrando mais estrutura vocal, cantando com mais à vontade e com um volume sonoro mais encorpado e uma maior projeção. Além disso, depois do processo de deixar as faixas e tocar apenas com piano, a jovem começou a ganhar musicalidade, expressando o que estas a faziam sentir, cantando-as de forma expressiva, com autovalorização e presença vocal. O momento fulcral de intervenção musicoterapêutica de A.S. foi quando criou uma música em que descrevia o sentimento da jovem quando soube que ia ser acolhida através de metáforas. A canção chama-se “mistério” (Anexo J), continha

uma parte em que a jovem improvisava vocalmente. Depois da composição da canção com melodia e acompanhamento ao piano, a jovem quis gravá-la com o telemóvel. Na sessão seguinte, A.S. contou que tinha mostrado a gravação à mãe nesse fim de semana, e que esta tinha gostado da música dando ideias de coisas que a jovem poderia fazer. A estagiária disse à jovem que não precisava de fazer as alterações que a mãe tinha proposto se não gostasse delas, mas A.S. quis mantê-las. Este momento foi importante para a jovem, pois demonstrou coragem e autovalorização por ter mostrado algo que tinha criado musicalmente à mãe, mesmo sabendo que era vista, pela progenitora, de forma inferior à irmã, em termos musicais.

Em suma, através da musicoterapia foi proporcionado a autovalorização, autonomia e presença vocal através da recriação de canções, improvisação e escrita de canções.

Intervenção Individual – I.P.

A intervenção que vai ser descrita neste subcapítulo retrata a criança I.P., de 8 anos. I.P. encontrava-se acolhida devido a negligência grave. Esta apresentava o diagnóstico de PHDA, tendo tratamento farmacológico diário para a perturbação.

No início do processo terapêutico, I.P. apresentava os sintomas de PHDA: não conseguia ficar sentada durante uma atividade, o *setting* musicoterapêutico só podia ter à vista o mínimo indispensável para a realização da sessão e falta de atenção, pois esta interrompia as atividades musicais para propor novas atividades. É de salientar que o gabinete em que a estagiária fazia a sessão era uma biblioteca e, por isso, tinha bastante estímulo visual facilitando a desatenção de I.P.. Por isso, a estagiária, em concordância com a diretora do lar, combinou com a criança que no fim de cada sessão esta poderia escolher um livro para ler durante a semana trazendo-o na sessão seguinte.

As problemáticas observadas foram a falta de consciência entre si e o outro, a falta de concentração nas atividades e falta de organização temporal de atividades. Deste modo, os

objetivos estabelecidos foram aumentar a concentração e atenção, aumentar a consciência de si e do outro e promover a organização temporal.

Foram usadas as técnicas improvisação, audição de canções e *copying*. Para a aplicação das técnicas descritas acima, a estagiária criava jogos com regras de forma a incentivar e cativar, além disso esta usava cores. Por exemplo, para as improvisações, a estagiária pintava as teclas do piano que ambas poderiam usar, de forma a promover a diferenciação, e pedia à criança para criar uma pequena história, em seguida ambas tinham de musicar a história criada pela jovem. Nas primeiras sessões, I.P. esquecia-se da história, por isso a estagiária pedia que esta contasse a história durante a improvisação indo, nas sessões seguintes, pedindo à criança para contar apenas momentos importantes só usando duas palavras até improvisarem sem palavras, promovendo a atenção.

É de salientar que, ao longo das sessões, a estagiária ia aumentando o número de instrumentos presentes no *setting*. I.P. foi sendo capaz de apenas escolher o instrumento que queria usar focando-se apenas nesse instrumento e não nos restantes, apresentando assim uma melhoria na atenção.

Relativamente à organização temporal, as sessões tinham uma estrutura de forma a haver uma rotina. Assim, as sessões começavam com a canção do “olá”, em seguida, a criança poderia escolher durante 5 minutos o que quisesse fazer, depois viriam as dinâmicas previamente planeadas pela estagiária e, por fim a canção do “Adeus”. No início do processo terapêutico, por exemplo, I.P. cantava a canção do “Adeus” e em seguida tocava nos instrumentos todos, por outro lado nas últimas sessões esta cantava a canção e desligava o piano, terminando assim a sessão, o que apresentava uma melhoria no autocontrolo e na consciência temporal.

Intervenção Individual – M.J.

M.J. de 13 anos, encontrava-se acolhida no Lar Santa Isabel porque não recebia cuidados adequados à sua situação pessoal. Os pais estavam separados, o pai era alcoólico e a mãe apresentava problemas psiquiátricos. Além disso, o pai ameaçou matar a jovem e sua mãe.

Na fase de observação, a estagiária denotou como problemáticas falta de confiança, falta de afirmação pessoal e falta de autovalorização. Assim, os objetivos propostos foram promover autonomia e identidade pessoal, aumentar a autovalorização e autoconfiança e desenvolver gestão e o suporte das emoções.

As sessões da jovem apenas tiveram 30 minutos devido à indisponibilidade horária. Mesmo assim, os objetivos foram alcançados pois esta demonstrou-se disponível e motivada. Assim, as principais técnicas utilizadas foram a improvisação referencial e não referencial, recriação de canções e *holding*. O facto de conseguir cantar sem ninguém a julgar e deixando-a num papel de destaque, dizendo “nunca pensei conseguir cantar isto sozinha. Isto é tão fixe e sabe tão bem...podes-me dar as letras para eu cantar quando estiver sozinha e a precisar?”. Desta forma, a música ofereceu a M.J. um aumento da autovalorização e autoapreciação. Acrescenta-se ainda que ao trabalhar o repertório da afetividade este promoveu a regulação emocional.

Em relação ao suporte emocional, este foi possível através da técnica de *holding*, em que a estagiária musicava o que a jovem sentia, espelhando os seus sentimentos e fazendo-a sentir-se apoiada. Estes momentos ocorriam quando estava comovida ou triste e sem vontade de cantar ou tocar. Além disso, a jovem, com o apoio da estagiária, criou ferramentas para se sentir mais calma quando estivesse ansiosa ou a precisar de suporte sempre que estivesse sozinha.

Intervenção Individual – I.M.

Esta secção descreve o processo terapêutico da jovem I.M de 16 anos. Esta jovem apresenta um diagnóstico de PHDA com comorbilidade PDO, estando medicada para a redução de sintomas das perturbações. Foi acolhida pois os tios já não conseguiam cuidar dela devido aos seus comportamentos agressivos.

Após as primeiras sessões de avaliação e observação, foram constadas as seguintes problemáticas: falta de consciência de si e do outro, dificuldade em manter a atenção e concentração e pouca valorização. Para as problemáticas referidas anteriormente foram traçados os seguintes objetivos: desenvolver a capacidade de concentração e atenção, aumentar a autovalorização e aumentar a consciência de si e do outro.

I.M. era muito motivada, apresentava bastante contacto físico, abraçando a estagiária. Apesar disso, para a parte musical era inibida e, quando era pedido para tocar ou cantar, a jovem hesitava. Não gostava de ser gravada e quando se apercebia que a câmara estava a gravar I.M. tapava a cara com a camisola. Foram utilizadas as estratégias de imitação em que a jovem e a estagiária estavam em instrumentos diferentes frente a frente. Além disso foi realizada recriação de canções de forma a promover a autovalorização. I.M. não gostava da sua voz, pois dizia que não sabia cantar, além disso afirmava gostar de músicas em inglês, mas não queria cantar pois não sabia falar a língua. Então, primeiramente a jovem era incentivada a cantar com a ajuda da gravação, em seguida a estagiária pedia-lhe para cantar apenas o refrão com esta a acompanhá-la ao piano, sem faixa de áudio. I.M. dizia sempre “não sou capaz, não consigo cantar sem ajuda”, mas numa sessão a estagiária conseguiu convencê-la e esta ficou tão feliz que se levantou da cadeira e começou a saltar dizendo “isto é tão fixe, obrigada”. Em seguida, a estagiária pediu-lhe para tentar cantar a canção toda, com auxílio do áudio, e nas partes que ela não sabia improvisava. Durante as improvisações, a jovem descarregava energias nos versos. Por exemplo, durante a canção “Scars To Your

Beautiful”, improvisou dizendo “o dia correu-me mal, e apetece-me bater em alguém, mas não o vou fazer porque eu consigo e eu sou linda”. A partir deste tema, foram criadas estratégias que ajudassem a jovem a tentar controlar os impulsos.

Numa fase final da intervenção terapêutica, I.M. encontrava-se triste pois dizia que sofria *bullying* na escola, por isso foi criada uma canção sobre este tema (Anexo L).

Através destas técnicas, I.M. experienciou bem-estar, autovalorização e alguma compensação emocional. Além disso, promoveu a consciência de si e do outro, pois no final das sessões já improvisava ao piano na metade que lhe pertencia.

Intervenção Grupal – Grupo A

O Grupo A tinha sessões quinzenais, e é composto por 5 elementos. E.C de 18 anos e L.M de 14 anos, ambas acolhidas por abusos sexuais, L.F. tinha 12 anos e foi institucionalizada pois a progenitora não impunha regras aos comportamentos desafiantes da jovem, M.O. tinha 15 anos e foi retirada à família devido a negligência, por fim M.R tinha 14 anos e foi acolhida devido a ausência de cuidados e condições.

Após a fase inicial de observação e avaliação, foram constatadas as seguintes problemáticas: dificuldades na autonomia, pouca noção de identidade e autodesvalorização. Assim, os objetivos propostos foram aumentar a autovalorização, promover a identidade individual e grupal, promover a autonomia e organização grupal.

Ao início, os elementos do grupo apresentavam-se distantes, pois não se davam umas com as outras no lar. Por outro lado, era um grupo motivado, disponível, pontual e sempre aberto às dinâmicas da estagiária. Relativamente à identidade sonora dos elementos do grupo, esta era muito idêntica a todas. Foram feitas dinâmicas de quebra-gelo de forma a fazer com que o grupo ficasse descontraído e criasse mais interações sociais entre os elementos. Assim, estas dinâmicas consistiram em criar bases de união grupal e colocar o grupo confortável para a partilha musical, para cantar e tocar instrumentos. Em seguida, foi proposto ao grupo que

realizasse improvisações não referenciais, houve risos durante as improvisações mas, por outro lado, estas iam propondo ideias sentindo-se cada vez mais confortáveis e surpreendidas pelos resultados que as improvisações iam tendo. No final, davam feedback verbal dizendo como se sentiam a tocar e o que teriam pensado. No final de uma das improvisações, as jovens estavam a discutir o resultado da improvisação e L.M., ao dizer que não conseguia parar de pensar num incidente que houve no lar naquele fim de semana, deparou-se com o grupo a apoiá-la verbalmente, dando-lhe conselhos e depois musicando os sentimentos verbalizados pela jovem, dando-lhe suporte.

Também foram realizadas recriações de canções. O grupo fazia votação dentro das músicas que tinham escolhido em sessão e, em seguida, teria de se organizar planeando quem iria cantar ou tocar e dividindo os papéis para a recriação das canções.

Durante o processo terapêutico do grupo, foi notório a união do grupo, este que não se dava fora das sessões, a apoiar-se e a organizar-se. Além disso, foi notório a presença de E.C., que foi quem assumiu um papel de liderança quando o grupo se encontrava mais disperso. Tanto as improvisações como a recriação de canções e as dinâmicas grupais criaram coesão grupal, suporte emocional e valorização pelo papel de cada um.

Intervenção Grupal – Grupo B

O grupo B era composto por F.C. de 7 anos que sofria negligência e nunca foi à escola até ter ido para o lar, I.N. de 10 anos que foi para a CAR pois sofria de maus-tratos, J.S. de 15 anos que não recebi os cuidados ou a afeição adequada à sua idade e situações pessoais e por isso foi retirada à sua famíliae, por fim, S.N. de 13 anos que foi para a instituição porque foi vítima de abusos sexuais. As sessões do grupo B foram realizadas quinzenalmente.

Depois da fase de avaliação e observação do grupo, foi constatado que este tinha dificuldades nas competências da comunicação e da relação com o outro, principalmente na escuta do outro tanto musicalmente como verbalmente. Além disso, o grupo apresentava uma

dificuldade em se concentrar nas dinâmicas propostas. Assim, o plano terapêutico foi elaborado pelos seguintes objetivos: aumentar a capacidade de atenção, promover a escuta ativa e passiva e, por fim, desenvolver a noção de identidade grupal.

O grupo apresentava uma dinâmica animada entre alguns elementos do grupo, deixando os outros de lado. Além disso, as jovens I.N. e F.C interrompiam sempre as dinâmicas para falarem ou para se rirem, o que deixava os outros elementos do grupo chateados e a pedirem para elas se calarem e levarem as coisas a sério. Em consequência, os momentos musicais não tinham estrutura e eram caóticos. As técnicas usadas na intervenção do grupo foram dinâmicas grupais e, mais tarde, improvisações referenciais e não referenciais. No decurso da intervenção, foi possível observar alguma evolução na escuta ativa e passiva do grupo e nas competências relacionais, respeitando as partilhas de cada um e os momentos em grupo e a solo. Ao longo do processo, as jovens encontravam-se cada vez mais concentradas e comprometidas concluindo uma dinâmica até ao fim. Em seguida, foi pedido que as jovens partilhassem verbalmente o que tinham sentido e estas expressaram satisfação dizendo: “foi tão fixe, estão a ver quando todas nos concentramos conseguimos fazer coisas fixes”. Depois desta atividade o grupo passou a ter mais coesão, atenção e escuta.

Conclusão e Discussão

Em concordância com os objetivos delineados no princípio e as problemáticas apresentadas anteriormente, foi possível mostrar que a intervenção da musicoterapia possuiu um impacto grande no acompanhamento das jovens acolhidas no lar Santa Isabel.

Tendo em conta as problemáticas e o historial de vida das crianças e jovens acolhidas, o trabalho e acompanhamento musicoterapêutico ofereceram suporte, estabilização, autoestima, vínculo, construção de identidade pessoal, autoexpressão e promoção de sentimentos e emoções. No decorrer da intervenção, cada criança e jovem pôde promover a autovalorização e autonomia. Resumindo, foi promovido através da musicoterapia a promoção de autorregulação emocional e competências socio-emocionais.

As sessões ofereceram a estas crianças e jovens a oportunidade de terem experiências musicais, como por exemplo ter a oportunidade de cantar e de tocar instrumentos (piano, por exemplo). Este fator apelativo fez com que a musicoterapia fosse vista como uma terapia que quase todas queriam participar, mas, infelizmente, devido às disponibilidades tanto da estagiária como das jovens, foram escolhidas um número limitado de jovens. Ao longo da intervenção a estagiária tinha jovens que perguntavam se esta tinha alguma disponibilidade ou o porquê de não terem musicoterapia.

É importante ressaltar que, muitas das crianças e jovens que privilegiaram de sessões de musicoterapia nunca haviam cantado com alguém nem tocado nenhum instrumento musical. Este facto foi partilhado por muitas delas, que expressaram o gosto e entusiasmo por ver tantos instrumentos e terem a oportunidade de os tocar, expressarem as suas inseguranças, os seus medos, mesmo parecendo inatingível fazer música, cantar em frente de outros, e expressando o quão libertador era poder cantar sem que haja alguém a julgá-las.

O principal objetivo do trabalho com este público-alvo é a promoção de competências sociais e pessoais, gestão emocional e comportamental e a integração destas crianças e jovens

na sociedade. A música tem um papel muito importante na criatividade, favorecendo o *self* e contribuindo para a participação, integração e inclusão na comunidade.

Reflexão Pessoal

Esta experiência revelou-se muito importante na minha formação de musicoterapeuta, não só por ser um contacto com situações reais, problemáticas reais e histórias de vida terríveis, mas também porque me mostrou de facto o que é ser uma musicoterapeuta na prática. Além disso, foi um marco de evolução e transformação de músico e de professora de música para terapeuta. Vim de uma licenciatura muito humana, que usa a música como meio para chegar ao outro. Usar a música para poder cuidar do outro é uma vertente que me apaixona.

Este estágio curricular permitiu-me compreender ainda melhor o quanto a musicoterapia é importante e imensamente necessária para qualquer pessoa.

Ao longo do estágio tive de ler diversos artigos e livros de forma a perceber como poderia ajudar as jovens, como alcançar os objetivos terapêuticos e a perceber que técnicas se adaptavam melhor para alcançar essas metas, proporcionando sempre o bem-estar. Ainda assim, no início tive medo de não obter resultados pois estas jovens, apesar de serem empáticas, já tinham criado uma barreira grande e por vezes manipulando as sessões de forma a não se envolverem. Fiquei especialmente preocupada quando havia sessões em que a jovem chorava, não sabia o que fazer para ajudar. Daí ter sido importante a leitura de livros e artigos de outros musicoterapeutas que passaram pelo mesmo. É importante salientar a ajuda da supervisão, pois foi nestes momentos de partilha que me foram facultadas estratégias e conhecimentos sobre estas jovens e sobre os casos que trabalhava. Ou seja, para esta população tive de ser empática e estar preparada para todo o tipo de imprevistos, desde mudanças de horário, fugas, a tentativas de suicídio, entre outras. Além disso, foi muito importante que toda a equipa estivesse em sintonia, sabendo de tudo o que se passa dentro da CAR de forma a ajudar estas jovens da melhor forma.

Este estágio permitiu-me conhecer-me melhor para poder ajudar o outro, abrir horizontes e não tentar sempre querer perceber tudo o que não era concreto, por exemplo, o porquê de uma jovem ter escolhido determinada canção para mostrar.

Foi uma experiência muito gratificante porque observei estas jovens a alcançar objetivos próprios, que estas achavam que não seriam possíveis, desde tocar um instrumento com o outro, cantar, recriar uma canção em conjunto ou até mesmo criar uma canção que é só delas e que retrata algum marco, acontecimento ou sentimento que estas tenham vivido ou sentido. Além disso, senti nostalgia por deixar aquelas jovens, pois senti que quando estava a começar a obter resultados e a ajudá-las o estágio estava a terminar e eu tinha de encerrar sessões. Deixar uma paciente que tinha começado a criar um vínculo comigo, deixando de boicotar as sessões, e passando a cantar mostrando quem ela era realmente por detrás da raiva e do muro que existia entre ela e o outro foi complicado de gerir.

Segundo Marques (2013, p.121), “a arte é efetivamente um meio de comunicação e de relação(...) a criação artística é um caminho espiritual que está aberto a todos e que não requer mais talento que o viver(...) intervenção social através da arte, facilita a comunicação entre as pessoas, pois agem juntas, com os mesmos objetivos, em matérias de interesse comum.”

Relativamente à parte musical, foi importante estar preparada e ter ferramentas para poder trabalhar o repertório que as jovens traziam para sessão, que passou desde canções portuguesas, inglesas, rap, entre outras, para poder acompanhar e dar suporte a todas as crianças e jovens. Consequentemente, se nós não estivermos preparados para dar suporte e acompanhar, ou estivermos com pouca confiança no que estamos a fazer, estas crianças e jovens irão sentir isso, podendo mesmo achar que quem falhou foram elas, o que se pode transformar num sentimento de abandono, insegurança e falta de iniciativa.

É importante salientar a importância que tem o final do estágio e a minha saída da CAR., lembrando que estas jovens sofrem de sentimento de separação e de vínculo, é necessário planejar o fim das sessões, incluindo-as também nesse planeamento.

Em suma, de acordo com Galvão (2022, p.51)

“A Musicoterapia apresenta ferramentas e inúmeras possibilidades para facilitar o acolhimento das diversas demandas trazidas pelas crianças e adolescentes institucionalizados. (...) minimizar os impactos negativos da violência em suas vidas, e em sua formação por intermédio do fazer musical conduzido por um profissional capacitado para lidar com as diferentes demandas apresentadas”.

Para mim, todos os dias que passei no Lar foram uma aprendizagem, cada toque, cada palavra, cada lágrima, cada olhar deu-me forças para continuar, para melhorar alguns aspetos em mim e a querer lutar por aquilo que queria. Vou levar no meu coração todos as crianças, jovens e equipa com quem trabalhei, todos os momentos que passei e todas as aprendizagens que vivi.

Referências

- Agostini, V. L. M. L., & Santos, W. D. V. (2017). Transtorno desafiador de oposição e suas comorbidades: Um desafio da infância à adolescência. *Psicologia.pt*, 1–20.
- Aldridge, D., & Gustoff, G. (1995). A Pilot study of music therapy in the treatment of children with developmental delay. *Complementary Therapies in Medicine*. 197-205.
- Alves, G., Santos, M. L. dos, Cruz, P. H. C., Barbosa, C. R., Lima, D. P. de, & Otutumi, L. K. (2022). Musicoterapia Em Crianças Com Transtorno De Déficit De Atenção E Hiperatividade. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 26(3).
<https://doi.org/10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8217>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baker, F., & Wigram, T. (2005). *Songwriting_ Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students (PDFDrive).pdf*. Jessica Kingsley.
- Barata, R. F. P. G. (2022). *Música, vínculo e identidade: Musicoterapia com adolescentes em acolhimento residencial* [MasterThesis]. Universidades Lusíada.
- Baxter, H. T. (Ed.). (2007). *The individualized music therapy assessment profile: IMTAP*. Jessica Kingsley Publishers.
- Benavente, R., Justo, J., & Veríssimo, M. (2012). Os efeitos dos maus-tratos e da negligência sobre as representações da vinculação em crianças de idade pré-escolar. *Análise Psicológica*, 27(1), 21–31. <https://doi.org/10.14417/ap.40>
- Benenzon, R. (1985). *Manual de Musicoterapia*. Enelivros.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupersmidt, J. B. (1998). Peer Relationships and Self-Esteem among Children Who Have Been Maltreated. *Child Development, 69*(4), 1171. <https://doi.org/10.2307/1132368>
- Briseño Dávalos, A. J. (2020). La influencia de la musicoterapia en la mejora de niveles de atención y percepción de alumnado escolarizado entre 6 y 8 años con diagnóstico de TDAH. *Revista de Investigación en Musicoterapia, 3*, 86–107. <https://doi.org/10.15366/rim2019.3.006>
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. C.C. Thomas.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed). Barcelona Publishers.
- Bubadué, R. de M., Reis, F. P. dos, Silva, F. das C. dos S. da, Santos, E. E. P. dos, & Primeira, M. R. (2022). Efeitos da Musicoterapia aplicada às crianças com condições complexas crônicas. *Research, Society and Development, 11*(2), 1–9. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25822>
- Burkhardt-Mramor, K. M. (1996). Music Therapy and Attachment Disorder: A Case Study. *Music Therapy Perspectives, 14*(2), 77–82. <https://doi.org/10.1093/mtp/14.2.77>
- Casa Pia. (2015). Acolhimento Terapêutico—Pistas de intervenção para profissionais. 1–100.
- Comissão nacional de promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens (s.d.). Comunicação de situação de perigo. Consultado a 7 de agosto de 2023 em <https://www.cnpdpcj.gov.pt/como-pedir-ajuda>
- Comissão nacional de promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens (s.d.). CPCJ - o que são. Consultado a 7 de agosto de 2023 em <https://www.cnpdpcj.gov.pt/o-que-sao>
- Crianças e jovens em situação de perigo (s.d.). Consultado a 25 de outubro de 2022 em <https://www.seg-social.pt/criancas-e-jovens-em-situacao-de-perigo#>
- Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A. da, Horta, B. L., Souza, L. D. de M., Faria, A. D., Pinheiro, R. T., Silveira, I. de O., & Ferreira, C. D. (2008). Prevalência e fatores associados ao

- transtorno da conduta entre adolescentes: Um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2013–2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900007>
- Cunha, R., & Volp, S. (2008). *A Prática Da Musicoterapia Em Diferentes Áreas De Atuação*. 85–97.
- Declaração dos Direitos da Criança(s.d.). Consultado a 25 de outubro de 2022 em https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf
- Estatutos (2015). In *Centro Social Paroquial Paulo VI*. Consultado a 15 de outubro de 2022, em <https://www.csppvi.pt/ficheiros/csppvi-estatutos.pdf>
- Galvão, M. V. A. (2022). *Institucionalização E Violência: Projeto De Ação Do Musicoterapeuta Como Ferramenta Para O Cuidado Da Criança E Do Adolescente*.
- Governo aprova regime de acolhimento residencial para proteger crianças e jovens (2019). Consultado a 26 de outubro de 2022 em <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/noticia?i=governo-aprova-regime-de-acolhimento-residencial-para-protoger-criancas-e-jovens>
- Graeff, R. L., & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP*, 19(3), 341–361. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000300005>
- Guardiano, M., Candeias, L., Guimarães, J. E., Viana, V., & Almeida, P. (2017). Perfil Neuropsicológico em Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Avaliação da Memória de Trabalho. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 48(3). <https://doi.org/10.21069/app.2017.10064>
- Guerra, L. L. de L., & Prette, Z. A. P. D. (2020). Habilidades Sociais e Problemas de Comportamento de Crianças sob Acolhimento Institucional. *Psico-USF*, 25(2), 273–

284. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250206>
- Hussey, D. L. (2003). Music Therapy With Emotionally Disturbed Children. *Psychiatric Times*, 20(6), 1–4.
- Lar de Santa Isabel (s.d.). In *csppvi*. Consultado a 15 de outubro de 2022, em <https://www.csppvi.pt/index.php/respostas-sociais/lasi/casa-de-acolhimento-1>
- Layman, D. L., Hussey, D. L., & Laing, S. J. (2002). Music Therapy Assessment for Severely Emotionally Disturbed Children: A Pilot Study. *Journal of Music Therapy*, 39(3), 164–187. <https://doi.org/10.1093/jmt/39.3.164>
- Lei de proteção de crianças e jovens em perigo Capítulo I – Lei nº 147/99 (s.d.). Consultado a 25 de outubro de 2022 em <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1999-34542475-49185975>
- Lima, A. K. P. de, & Lima, A. de O. (2012). Perfil do desenvolvimento neuropsicomotor e aspectos familiares de crianças institucionalizadas na cidade do Recife. *Revista CES Psicologia*, 5(1), 11–25.
- Marin, M., Silva, S. C. J. da, & Carvalho, L. B. C. de. (2022). Musicoterapia em crianças institucionalizadas. *Revista Neurociências*, 30, 1–15. <https://doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.13992>
- Marques, E. (2013). Experiencias Comunitarias. *Revista Espacios Transnacionales*, 2, 118–128.
- McIntyre, J. (2007). *Creating_order_out_of_chaos_Music_therapy_with_ado.pdf*. *Music Therapy Today (Online 1st April)*, VIII(1), 56–79.
- Musicoterapia (s.d.). Consultado a 1 de novembro de 2022 em <https://www.apmtmusicoterapia.com/o-que---a-musicoterapia-csgz>
- Nogueira, P. L., & Rosário, V. M. (2020). *O TEATRO E O DESENHO COMO RECURSOS NA MUSICOTERAPIA*. 12(1).

- OueJlet, S., & Poliquin, N. (2012). La musicothérapie au service du développement de l'enfant ayant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). *Canadian Journal of Music Therapy, 18*, 79–90.
- Pablo, A. A., & Giraldez-Hayes, A. (sem data). *El papel de la Musicoterapia y las terapias alternativas en el tratamiento del TDAH: un estudio exploratorio. 13*, 6.
- Panacioni, G. F. A. (2012). Musicoterapia na promoção da saúde: Contribuindo para o controle do estresse acadêmico. *OPUS, 18*(1), 225–256.
- Paulo, M. M. de, & Rondina, R. de C. (2010). Os Principais Fatores Que Contribuem Para O Aparecimento E Evolução Do Transtorno Desafiador Opositor (TDO). *Revista Científica Eletrônica De Psicologia, 14*, 1–7.
- Pimenta, P. C., Silva, A. C. B., & Pelli, A. (2020). Crianças e adolescentes com TDAH no ambiente escolar: Revisão bibliográfica. *Revista Contemporânea de Educação, 15*(33), 43–53. <https://doi.org/10.20500/v15i33.33736>
- Porter, S., McConnell, T., McLaughlin, K., Lynn, F., Cardwell, C., Braiden, H.-J., Boylan, J., Holmes, V., & the Music in Mind Study Group. (2017). Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: A randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(5), 586–594. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12656>
- Ramires, V. R. R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: Comportamento versus representação? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(1), 25–33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>
- Regulamento Lar de Infância e Juventude (2012). In *Centro Paroquial Paulo VI*. Consultado a 15 de outubro de 2022 em http://www.csppvi.pt/ficheiros/regulamento_lj.pdf
- Relatório Casa 2020 (2021). Consultado a 23 de outubro de 2022 em <https://www.seg-social.pt/documents/10152/13200/CASA+2020.pdf/b7f02f58-2569-4165-a5ab->

bed9efdb2653

Serralha, C. A., Espote, R., Silva, M. D. S., Silva, T. B., & Arruda, S. A. V. (2016).

Consultas Terapêuticas Familiares no Tratamento do Comportamento Agressivo em Crianças. *Interação em Psicologia*, 20(2). <https://doi.org/10.5380/psi.v20i2.33911>

Teixeira Dos Reis, L., & Reinaldo Da Silva, E. (2021). Musicoterapia como aliada da Aprendizagem no Transtorno do Espectro do Autismo: Desenvolvimento cognitivo, expressão emocional e socialização. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 20(44), 312–330. <https://doi.org/10.21703/0718-5162.v20.n43.2021.018>

Transtorno de deficit de atenção/hiperatividade (TODA, TDAH) (2022). In *Manual MSD versão para profissionais de Saúde*. Consultado a 1 de novembro de 2022, em <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/disturbios-de-aprendizagem-e-desenvolvimento/transtorno-de-deficit-de-atencao-hiperatividade-tda-tdah>

Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. J. Kingsley Publishers.

Zanders, M. L. (2015). Music Therapy Practices and Processes with Foster-Care Youth: Formulating an Approach to Clinical Work. *Music Therapy Perspectives*, 33(2), 97–107. <https://doi.org/10.1093/mtp/miv028>

Zavaroni, D. de M. L., & Viana, T. C. (2015). Trauma e Infância: Considerações sobre a Vivência de Situações Potencialmente Traumáticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 331–338. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032273331338>

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** - Questionário Sonoro-musical do Paciente
- Anexo B** - Grelha de Registo de Sessões Individuais
- Anexo C** - Grelha de Registo de Sessões de Grupo
- Anexo D** - Plano Terapêutico em Musicoterapia
- Anexo E** - Consentimento de Gravação das Sessões de Musicoterapia
- Anexo F** - Critérios de Avaliação da Escala IMTAP Sobre o Domínio Emocional
- Anexo G** - Critérios de Avaliação da Escala IMTAP Sobre o Domínio Social
- Anexo H** - Expressão Pictórica da jovem T.C.
- Anexo I** - Brainstorming da Letra da Canção da Jovem L.R.
- Anexo J** - Canção escrita por A.S. – “Mistério”
- Anexo L** - Brainstorming da Letra da Canção Escrita por I.M. – “Bullying”
- Anexo M** - Apresentação de Musicoterapia à equipa técnica do LSI

ANEXO A

Questionário Sonoro-musical do Paciente

FICHA DE AVALIAÇÃO DA IDENTIDADE SONORO-MUSICAL

Nome: _____ Idade: _____

Data de entrada para a Casa de Acolhimento Residencial: __/__/____

Data do início das sessões: __/__/____

A- Atitudes e Comportamentos Musicais

1. Escuto música

- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Nunca ou quase nunca

2. Gosto de cantar

- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Nunca ou quase nunca

3- Gosto de dançar

- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Nunca ou quase nunca

B- Preferências e Rejeições Musicais

1. Tenho preferência pelos seguintes instrumentos musicais:

2. Toco os seguintes instrumentos musicais:

3. Tenho preferência pelos seguintes géneros musicais:

4. Os instrumentos musicais que menos gosto ou rejeito:

5. Os géneros musicais que menos gosto ou rejeito:

6. Os sons não musicais que mais aprecio:

7. Os sons não musicais que menos aprecio ou rejeito:

C- Vivência da Música e do Silêncio

1. Quais as funções principais que a música tem na minha vida:

2. Gosto de estar em silêncio

- Sim

- Ocasionalmente

- Não

3. Tolero bem ambientes com ruído

- Sim

- Às vezes

- Não

D- Recordações Musicais

1. Recordações sonoro-musicais da minha infância:

2. Outras observações pertinentes:

ANEXO B

Grelha de Registo de Sessões Individuais

REGISTO DE SESSÃO INDIVIDUAL - MT**NOME DO UTENTE:** _____

DATA: _____ TERAPEUTA: _____

OBSERVAÇÃO DIRECTA DO UTENTE:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

MÚSICA PRODUZIDA (instrumentos, repertório)

REAÇÕES PESSOAIS:

A FAZER/PREPARAR...

ANEXO C

Grelha de Registo de Sessões de Grupo

REGISTO DE SESSÃO DE GRUPO - MT**IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO:** _____

DATA: _____ TERAPEUTA: _____

PRESENTES:

FALTARAM:

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA SESSÃO:

TEMAS CENTRAIS:

OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS (aspectos individuais ou processo de grupo)

MÚSICA PRODUZIDA (actividade, instrumentos, repertório)

NOVIDADES OU MUDANÇAS:

REACÇÕES PESSOAIS:

A FAZER...

ANEXO D

Plano Terapêutico em Musicoterapia

PLANO TERAPÊUTICO EM MUSICOTERAPIA**NOME DO UTENTE:** _____

IDADE: _____ INÍCIO DO TRATAMENTO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

INFORMAÇÕES PRIORITÁRIAS:	
PROBLEMA Nº 1:	
OBJECTIVO:	
SUB-OBJECTIVOS:	
PROBLEMA Nº 2:	
OBJECTIVO:	
SUB-OBJECTIVOS:	
PROBLEMA Nº 3:	
OBJECTIVO:	
SUB-OBJECTIVOS:	

ANEXO E

Consentimento de Gravação das Sessões de Musicoterapia

DECLARAÇÃO

Eu, _____, pai / mãe / responsável legal / encarregado (a) de educação do(a) _____ (riscar se for o próprio), declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação vídeo/audio das sessões de intervenção a realizar no âmbito do estágio curricular do Mestrado de Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado. Os registos destas sessões serão geridos na confidencialidade das sessões de supervisão deste estágio, sendo destruídos após o término do estágio e a defesa do respectivo relatório.

Declaro ainda que fui informado(a) de que estas gravações serão utilizadas única e exclusivamente no contexto do trabalho terapêutico realizado, para efeitos de supervisão ou formação profissional, e que obtive respostas suficientemente esclarecedoras, por parte dos técnicos responsáveis, para as questões por mim colocadas acerca deste projecto.

Ainda que eu autorize o registo áudio/vídeo das sessões em que irei participar, fica salvaguardada a possibilidade de, a qualquer momento, eu poder decidir pela interrupção destes mesmos registos e a destruição imediata dos mesmos, sem que isso interfira com o usufruto das sessões proporcionadas pela estagiária.

_____, _____ de _____ de _____
(local) (dia) (mês) (ano)

O Próprio ou o(a) (Representante) Legal / Encarregado(a) de Educação,

Assinatura

Nome Legível

ANEXO F

Cr terios de Avalia o da Escala IMTAP Sobre o Dom nio Emocional

IMTAP - EMOCIONAL																	
1ª Aval		2ª Aval		3ª Aval		4ª Aval		5ª Aval		Todas							
ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO																	
N - Nunca = 0% R - Raramente = Abaixo de 50% I - Inconsistente = 50 - 79% C - Consistente = 80 - 100%																	
Nome do Paciente: _____																	
										2ª Avaliação		Data:					
A - Fundamentos																	
1 - Demonstra variedade de sentimentos																	
2 - Demonstra sentimentos apropriadamente																	
Total das colunas:										0	0	0	0	0	0	0	0
Escore Bruto:													0				
B - Diferenciação/Expressão																	
1 - Expressa emoções apropriadas às circunstâncias																	
2 - Expressa emoções utilizando instrumentos																	
3 - Expressa emoções verbalmente																	
4 - Demonstra sensibilidade emocional para componentes musicais																	
Total das colunas:										0	0	0	0	0	0	0	
Escore Bruto:													0				
C - Regulação																	
1 - Tolerar situação musicoterapêutica sem sofrimento																	
2 - Acalma-se com apoio musical/verbal/físico																	
3 - Tolerar transições entre atividades																	
4 - Autorregula-se dentro de uma atividade																	
5 - Estados emocionais flutuam apropriadamente																	
6 - Permanece regulado quando limites são estabelecidos																	
Total das colunas:										0	0	0	0	0	0	0	
Escore Bruto:													0				
D - Autoconhecimento																	
1 - Demonstra reconhecimento de estados emocionais																	
2 - Demonstra habilidade para explorar estados emocionais																	
3 - Demonstra habilidade para discutir estados emocionais																	
4 - Inicia conteúdo emocional apropriadamente																	
5 - Demonstra desejo de melhorar a si próprio ou circunstâncias de sua vida																	
Total das colunas:										0	0	0	0	0	0	0	
Escore Bruto:													0				
RESUMO																	
Sub-domínio										Escore Bruto		Possível		Escore Final			
A - Fundamentos										0		+		8 = 0%			
B - Diferenciação/Expressão										0		+		20 = 0%			
C - Regulação										0		+		21 = 0%			
D - Autoconhecimento										0		+		30 = 0%			
Total do domínio (Emocional)										0		+		79 = 0%			

DC= habilidades em domínio-cruzado

ANEXO G

Cr terios de Avalia o da Escala IMTAP Sobre o Dom nio Social

IMTAP - SOCIAL										
1ª Aval 2ª Aval 3ª Aval 4ª Aval 5ª Aval Todas										
ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO										
N - Nunca = 0% R - Raramente = Abaixo de 50% I - Inconsistente = 50 - 79% C - Consistente = 80 - 100%										
Nome do Paciente: _____										
					2ª Avaliação		Data:			
A - Fundamentos										
1 - Reage ao uso do próprio nome	N 0	R 1	I 2	C 3						
2 - Demonstra consciência da presença do terapeuta	N 0	R 1	I 2	C 3						
3 - Demonstra interesse nas atividades apresentadas	N 0	R 1	I 2	C 3						
4 - Demonstra atenção compartilhada	N 0	R 1	I 2	C 3						
5 - Interage apropriadamente com o terapeuta	N 0	R 1	I 2	C 3						
6 - Usa saudação socialmente apropriada	N 0	R 1	I 2	C 3						
7 - Usa despedida socialmente apropriada	N 0	R 1	I 2	C 3						
8 - Usa contato visual socialmente apropriado	N 0	R 1	I 2	C 3						
9 - Referencia-se socialmente aos outros	N 0	R 1	I 2	C 3						
10 - Demonstra entendimento das regras e estruturas (DC)		N 0	R 2	I 3	C 4					
11 - Demonstra consciência do espaço físico apropriado		N 0	R 2	I 3	C 4					
12 - Demonstra confiança na situação musicoterapêutica		N 0	R 2	I 3	C 4					
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Escore Bruto:										0
B - Participação										
1 - Entra na sala com o mínimo de solidões	N 0	R 1	I 2	C 3					n/a	
2 - Permanece na sala durante toda a sessão	N 0	R 1	I 2	C 3						
3 - Tenta realizar novas tarefas quando tem oportunidade	N 0	R 1	I 2	C 3						
4 - Inicia nova atividade quando tem oportunidade	N 0	R 1	I 2	C 3						
5 - Tolerar transições entre atividades	N 0	R 1	I 2	C 3						
6 - Participa de atividades estruturadas		N 0	R 2	I 3	C 4					
7 - É flexível no desenvolvimento das atividades		N 0	R 2	I 3	C 4					
8 - Prolonga atividades apropriadamente		N 0	R 3	I 4	C 5					
9 - Trabalha em direção a metas identificadas na sessão				N 0	R 4	I 5	C 6			
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Escore Bruto:										0
C - Tomada de turnos										
1 - Antecipa a própria vez adequadamente	N 0	R 1	I 2	C 3					n/a	
2 - Aguarda pela vez		N 0	R 2	I 3	C 4					
3 - Sustenta a tomada de turnos com o auxílio de indicações		N 0	R 2	I 3	C 4					
4 - Solicita a vez quando apropriado		N 0	R 2	I 3	C 4					
5 - Sustenta a tomada de turnos sem o auxílio de indicações			N 0	R 3	I 4	C 5				
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Escore Bruto:										0
D - Atenção										
1 - Sustenta a atenção durante toda a atividade (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3					n/a	
2 - Demonstra atenção sustentada ao terapeuta	N 0	R 1	I 2	C 3						
3 - Retorna à atividade após distração com auxílio de indicações	N 0	R 1	I 2	C 3						
4 - Retorna à atividade após distração sem auxílio de indicações		N 0	R 2	I 3	C 4					
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Escore Bruto:										0
E - Seguindo Instruções										
1 - Segue instrução verbal envolvendo uma ação (DC)	N 0	R 1	I 2	C 3					n/a	
2 - Segue instrução verbal envolvendo duas ações (DC)		N 0	R 2	I 3	C 4					
3 - Segue indicações musicais simples (DC)		N 0	R 2	I 3	C 4					
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Escore Bruto:										0
F - Habilidades de Relacionamento										
1 - Tolerar interação direta	N 0	R 1	I 2	C 3					n/a	
2 - Tolerar redirecionamento	N 0	R 1	I 2	C 3						
3 - Tolerar contato musical	N 0	R 1	I 2	C 3						
4 - Toca em paralelo com terapeuta		N 0	R 2	I 3	C 4					
5 - Toca em imitação ao terapeuta		N 0	R 2	I 3	C 4					
6 - Sustenta interação musical		N 0	R 2	I 3	C 4					
7 - Sustenta comunicação bidirecional		N 0	R 2	I 3	C 4					
8 - Trabalha cooperativamente com o terapeuta		N 0	R 2	I 3	C 4					
9 - Demonstra flexibilidade em atividades musicais interativas		N 0	R 3	I 4	C 5					
10 - Demonstra flexibilidade em relação a estruturas interativas conhecidas		N 0	R 3	I 4	C 5					
11 - Pode assumir função de liderança na atividade		N 0	R 3	I 4	C 5					
12 - Move-se entre habilidades independentes e interdependentes		N 0	R 3	I 4	C 5					
13 - É capaz de explorar relações sociais externas				N 0	R 4	I 5	C 6			
Total das colunas:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Escore Bruto:										0
RESUMO										
Sub-domínio	Escore Bruto	Possível		Escore Final						
A - Fundamentos	0	= 39	=	0%						
B - Participação	0	= 34	=	0%						
C - Tomada de turnos	0	= 20	=	0%						
D - Atenção	0	= 13	=	0%						
E - Seguindo instruções	0	= 11	=	0%						
F - Habilidades de Relacionamento	0	= 55	=	0%						
Total do domínio (Social)	0	= 172	=	0%						

DC= habilidades em domínio cruzado

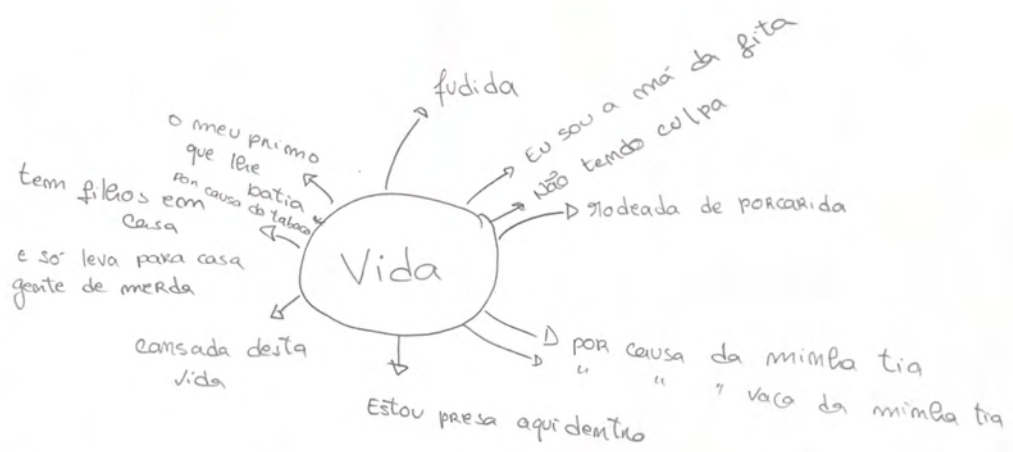
ANEXO H

Expressão Pictórica da Jovem T.C.



ANEXO I

Brainstorming da Letra da Canção da Jovem L.R.



* Mas apANHOU uma sOva e nunca mais o fez.
Passou o dia de anos dormindo os irmãos e com a mãe.

As coisas que implicam tudo isso
É a procura do tribunal
Que não me deixar ter vida
Não me deixam estar sozinha

ANEXO J

Canção Escrita por A.S. – “Mistério”

Mistério

Sinto o mistério no ar
Dentro do desconhecido
Encontro-me a cismar
No silêncio do medo

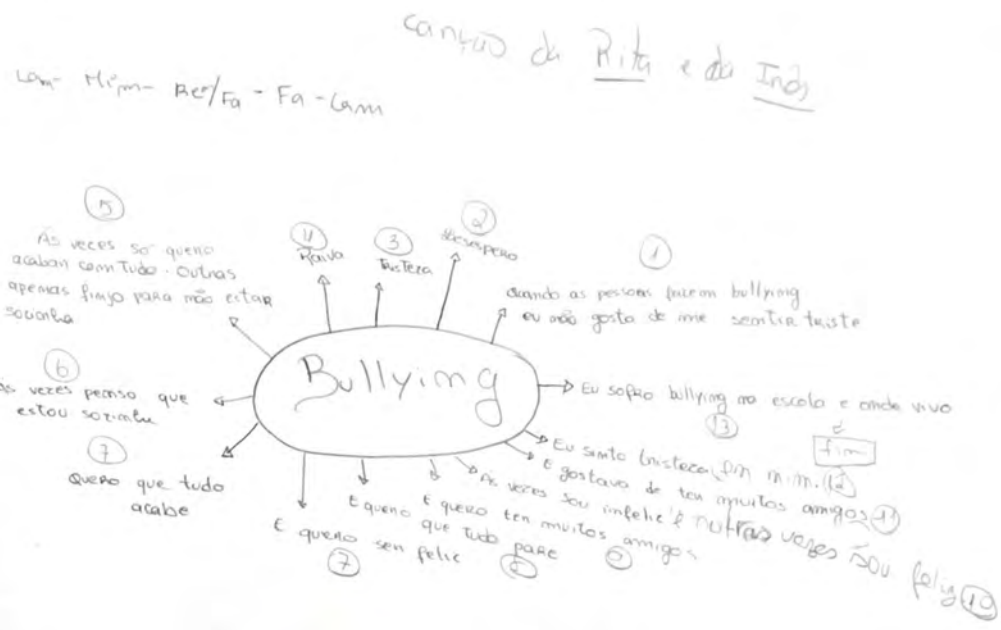
O tempo parece parar
Naquele preto luar
Uh uh uh uh uh
Uh uh uh uh uh

IMPROVISACÃO

O som vem pairar em mim
Nesta realidade sem fim
No mistério encontro o medo
Sinto o conforto ao vê-lo

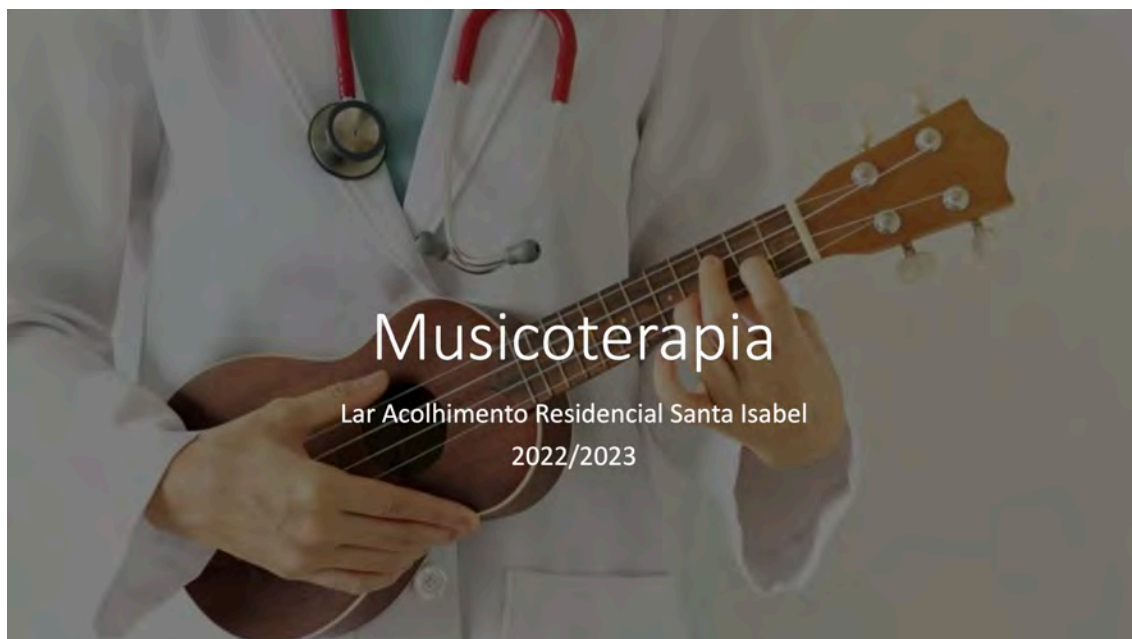
ANEXO L

Brainstorming da Letra da Canção Escrita por I.M. – “Bullying”



ANEXO M

Apresentação de Musicoterapia à equipa técnica do LSI



Musicoterapia

Lar Acolhimento Residencial Santa Isabel
2022/2023

O que é a Musicoterapia?

- “A Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas”.
- Federação Mundial de Musicoterapia (1996)



Áreas de Intervenção da Musicoterapia

- **Saúde Mental e Psiquiatria**
 - Atividade terapêutica de Apoio;
 - Psicoterapia.
- **Medicina e Reabilitação Física**
 - Motricidade;
 - Cuidados paliativos;
 - Gestão da dor;
- **Educação Especial**
 - Integração Sensorial;
 - Reabilitação;
 - Manutenção e Apoio;
- **Geriatría**
 - Revisão de vida;
 - Estimulação sensorial e cognitiva;
 - Interação.
- **Intervenção e Prevenção Comunitária**
 - Integração social;
 - Reabilitação Psicossocial;
 - Bem-estar



O que é feito em Musicoterapia

- Sessões entre 20 a 45min, de grupo ou individuais;
- Música como ferramenta centrada na relação paciente terapeuta
- **Intervenção centrada no produto**
 - Treino de competências, recreação, performance e socialização, projeto musical; música e outras artes;
- **Intervenção clínica centrada no processo**
 - Experiência musical voltada para a interação terapêutica, redução de sintomas em áreas particulares e significado pessoal



Um Musicoterapeuta pode trabalhar...

- Vários tipos de patologias
 - Motoras;
 - Paralisia cerebral;
 - Autismo;
 - Deficiência mental;
 - Doenças psiquiátricas;
 - Dificuldades emocionais.
- Vários meios
 - Hospitais;
 - Instituições;
 - Centros de reabilitação;
 - Escolas;
 - Clínicas.



Objetivos Gerais em Lar de Acolhimento

- Promover a expressão de afetos;
- Adquirir competências interpessoais e sociais;
- Gestão e expressão de emoções;
- Promover competências de autonomia;
- Aumento da autoestima;
- Controle de impulsos;
- Auto-regulação;
- Promover uma participação social adaptativa.



