

Universidades Lusíada

Ramos, Anabela Vieira, 1985-

A música e o vínculo afectivo : intervenção musicoterapêutica num centro de acolhimento para crianças e adolescentes

<http://hdl.handle.net/11067/353>

Metadados

Data de Publicação	2013-09-17
Resumo	O presente relatório pretende descrever o estágio curricular, referente ao segundo ano lectivo do Mestrado em Musicoterapia, realizado no Centro de Acolhimento Temporário de Tercena entre Outubro de 2010 a Junho de 2011. Esta intervenção musicoterapêutica pretendeu promover as actividades de grupo em contexto de lar, com vista ao desenvolvimento de competências sociais e à implementação de dinâmicas de grupo reparadoras para os residentes. Pretendeu também organizar actividades de ocupação em c...
Palavras Chave	Crianças em risco - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa, Jovens em risco - Assistência em instituições - Portugal - Lisboa, Musicoterapia para crianças, Musicoterapia para adolescentes
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T11:21:53Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Mestrado em Musicoterapia

A música e o vínculo afectivo: intervenção musicoterapêutica num centro de acolhimento para crianças e adolescentes

Realizado por:

Anabela Vieira Ramos

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr. João Pedro Santos Galiano Monjardino

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof.^a Doutora Maria da Graça Duarte da Silva Santos

Vogal:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Relatório aprovado em:

4 de Junho de 2012

Lisboa

2012



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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**A música e o vínculo afectivo:
intervenção musicoterapêutica num centro de
acolhimento para crianças e adolescentes**

Anabela Vieira Ramos

Lisboa

Março 2012



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

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**A música e o vínculo afectivo:
intervenção musicoterapêutica num centro de
acolhimento para crianças e adolescentes**

Anabela Vieira Ramos

Lisboa

Março 2012

Anabela Vieira Ramos

**A música e o vínculo afectivo:
intervenção musicoterapêutica num centro de
acolhimento para crianças e adolescentes**

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

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

Orientador de estágio: Dr. João Pedro Santos Galiano Monjardino

Lisboa

Março 2012

Ficha Técnica

Autora Anabela Vieira Ramos
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientador de estágio Dr. João Pedro Santos Galiano Monjardino
Título A música e o vínculo afetivo: intervenção musicoterapêutica num centro de acolhimento para crianças e adolescentes
Local Lisboa
Ano 2012

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

RAMOS, Anabela Vieira, 1985-

A música e o vínculo afetivo : intervenção musicoterapêutica num centro de acolhimento para crianças e adolescentes / Anabela Vieira Ramos ; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite, João Pedro Santos Galiano Monjardino. - Lisboa : [s.n.], 2012. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

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

II - MONJARDINO, João Pedro Santos Galiano, 1977-

LCSH

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

1. Problem Children - Institutional Care - Portugal - Lisbon

2. Problem Youth - Institutional Care - Portugal - Lisbon

3. Music Therapy for Children

4. Music Therapy for Teenagers

5. Centro de Acolhimento Temporário de Tercena (Portugal) - Study and Teaching (Internship)

6. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

7. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.R36 2012

Agradecimentos

Ao terminar esta especial e importante etapa da minha vida, não poderia deixar de expressar o mais profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram ao longo deste caminho e contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Teresa Leite, que tornou possível esta formação de grau Mestre em Musicoterapia, apoiando-nos de forma incansável ao longo dos dois anos, especialmente durante o presente estágio curricular e respectivo relatório.

Ao meu orientador de estágio Dr. João Monjardino agradeço a partilha, o apoio e a disponibilidade que sempre me demonstrou.

Aos funcionários e utentes do CAT de Tercena agradeço o carinho e disponibilidade desde o primeiro dia em que entrei na instituição.

À minha querida colega e amiga Margarida um especial agradecimento pelas experiências partilhadas, pelo apoio e incentivo que me deu para superar os obstáculos, pelos sorrisos e gargalhadas que animavam os momentos mais difíceis e pela amizade que nos uniu ao longo deste mestrado.

À minha colega e amiga Paula pela sua dedicação, palavras de apoio e partilha de experiências um especial agradecimento.

Ao Professor Arménio Pinto, que me mostrou o verdadeiro sentido da música para mim e me disponibilizou o meu instrumento principal durante o primeiro ano do mestrado, os meus mais sinceros agradecimentos.

Agradeço também aos meus colegas de curso e a todos os professores que comigo partilharam os seus conhecimentos.

Aos meus Pais, agradeço o amor incondicional, o apoio e a força de vontade que sempre me transmitiram.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos e colegas de trabalho, que comigo compartilharam diariamente os seus sorrisos e me deram coragem para enfrentar esta etapa.

Resumo

A Música e o Vínculo Afectivo: Intervenção Musicoterapêutica num Centro de Acolhimento para Crianças e Adolescentes

Anabela Vieira Ramos

O presente relatório pretende descrever o estágio curricular, referente ao segundo ano lectivo do Mestrado em Musicoterapia, realizado no Centro de Acolhimento Temporário de Tercena entre Outubro de 2010 a Junho de 2011.

Esta intervenção musicoterapêutica pretendeu promover as actividades de grupo em contexto de lar, com vista ao desenvolvimento de competências sociais e à implementação de dinâmicas de grupo reparadoras para os residentes. Pretendeu também organizar actividades de ocupação em contexto de lar que proporcionassem uma melhor articulação entre a intervenção educativa e uma oferecesse uma abordagem terapêutica aos utentes. Por fim, pretendeu utilizar a música como veículo de reparação de laços afectivos, no sentido de facilitar a aproximação da criança ou adolescente às suas figuras de referência, ajudando a estabelecer novas relações de proximidade através de padrões de relacionamento mais adaptativos e satisfatórios ao seu desenvolvimento pessoal.

O relatório começa por incluir a descrição do Centro de Acolhimento Temporário de Tercena e as características dos utentes que residem nesta instituição. Seguindo com a apresentação de uma revisão de literatura referente à aplicação da musicoterapia com crianças e adolescentes institucionalizados, sendo discutido o tema da vinculação e o potencial terapêutico da música no domínio da relação interpessoal, mais propriamente na reparação de relações de vinculação.

No bloco metodológico são apresentados os procedimentos, a amostra da população-alvo, as técnicas e materiais utilizados nesta intervenção musicoterapêutica, sendo ainda descritas as intervenções terapêuticas realizadas no âmbito deste estágio curricular, com a apresentação de dois estudos de caso de forma pormenorizada.

Para monitorizar e avaliar os resultados foi utilizado o "Psychiatric Music Therapy Questionnaire's" (PMTQ) para crianças e adolescentes, aplicado no início e no fim da intervenção musicoterapêutica e as reflexões realizadas ao longo das sessões.

Palavras-chave: Crianças e Adolescentes Institucionalizados, Musicoterapia, Vinculação

ABSTRACT

Music and the Emotional Bond: A Music Therapist Intervention at a Residential Center for Children and Adolescents

Anabela Vieira Ramos

This report aims to describe the training curriculum for the second academic year of the Master in Music Therapy held in Tercena Temporary Shelter from October 2010 to June 2011.

This music therapy intervention intended to promote group activities in a home context, aiming social skills development and implementation of remedial group dynamics for the residents. Another goal was to organize activities in the context of home occupation in order to provide better links between the educational intervention and a therapeutic approach to patients. Finally, we intended to use music as a vehicle emotional ties repairing, trying to make the approach between the child or adolescent and their reference figures easier, and helping them to establish new proximity relations through more adaptive relationship patterns, promoting their personal development in this way.

The report begins by including the description of the Tercena Temporary Shelter and the characteristics of its residents. Next, we present a literature review concerning the application of music therapy with institutionalized children and adolescents, we discuss the binding issues and the therapeutic potential of music in the area of interpersonal relationships, more specifically in the repair of relations that imply a strong linking between people.

After the literature review, we present the procedures, the sample of the target population, the techniques and materials used in this music therapy intervention. We also present the therapeutic interventions and two case studies are specifically described.

The results obtained from the "Psychiatric Music Therapy Questionnaire's" (PMTQ) for children and adolescents administered at the beginning and end of the music therapy intervention are shown, and reflections are made in each of the presented cases.

Palavras-chave: Institutionalized Children, Music Therapy, Attachment

Sumário:

Introdução.....	17
Caracterização da Instituição: Centro de Acolhimento Temporário de Tercena	19
Caracterização da População Alvo.....	21
Enquadramento teórico.....	23
A Criança, o Adolescente e a importância da Vinculação	23
Problemáticas das Crianças e Adolescentes Institucionalizados	26
A Musicoterapia e as suas aplicações.....	31
A Musicoterapia com Crianças e Adolescentes Institucionalizados	33
Objectivos.....	37
Metodologia.....	39
Procedimentos	39
Descrição da Amostra e Distribuição dos Casos	Error! Bookmark not defined.
Técnicas e Metodologias Aplicadas	41
Recursos Materiais.....	44
Instrumento de Avaliação e Monitorização dos Resultados	45
Agenda Semanal.....	48
Estudos de Caso	51
Miguel	51
Formulação do Caso.....	51
Plano terapêutico	54
Etapas do processo terapêutico.....	55
Resultados.....	62
Nuno	67
Formulação do caso	67
Plano Terapêutico	69
Etapas do processo terapêutico.....	71
Resultados.....	77
Outras Intervenções Clínicas.....	83
Conclusões.....	89
Reflexão Final	93
Referências	97
Bibliografia.....	101
Anexos.....	103
Lista de Anexos.....	105

Anexo A.....	107
Anexo B.....	111
Anexo C.....	115
Anexo D.....	121
Anexo E.....	127
Anexo F.....	133
Anexo G.....	147
Anexo H.....	153
Anexo I.....	159
Anexo J.....	163
Anexo K.....	167
Anexo L.....	171
Anexo M.....	175
Anexo N.....	181

Índice de Quadros:

Quadro 1 Descrição da Amostra e Distribuição dos Casos	41
Quadro 2 Técnicas Utilizadas.....	43
Quadro 3 Recursos Materiais	44
Quadro 4 - 1. ° Horário	49
Quadro 5 - 2. ° Horário	49
Quadro 6 - 3. ° Horário	49
Quadro 7 - Resultados PMTQ: Fase Inicial - Miguel.....	52
Quadro 8 - Resultados PMTQ Musicoterapeuta: fase inicial - Miguel.....	53
Quadro 9 - Plano Terapêutico - Miguel.....	55
Quadro 10 - Resultados PMTQ: comparação da fase inicial e final - Miguel	65
Quadro 11 - Resultados PMTQ Musicoterapeuta: comparação fase inicial e final - Miguel ..	66
Quadro 12 - Resultados PMTQ: fase inicial - Nuno.....	68
Quadro 13 - Resultados PMTQ Musicoterapeuta: fase inicial - Nuno	69
Quadro 14 - Plano Terapêutico - Nuno	71
Quadro 15 - Resultados PMTQ: comparação fase inicial e final - Nuno.....	79
Quadro 16 - Resultados PMTQ Musicoterapeuta: comparação da fase inicial e final: Nuno ..	81

Introdução

O presente relatório pretende descrever o estágio curricular, referente ao segundo ano lectivo do Mestrado em Musicoterapia, realizado no Centro de Acolhimento Temporário de Tercena desde Outubro de 2010 a Junho de 2011 com a supervisão da Professora Doutora Teresa Leite e a orientação externa do Dr. João Monjardino, Psicólogo Educacional do Centro de Acolhimento Temporário de Tercena.

Esta intervenção musicoterapêutica pretendeu promover as actividades de grupo em contexto de lar, com vista ao desenvolvimento de competências sociais e à implementação de dinâmicas de grupo reparadoras para os residentes. Pretendeu também organizar actividades de ocupação em contexto de lar que proporcionassem uma melhor articulação entre a intervenção educativa e oferecessem uma abordagem terapêutica aos utentes. Por fim, pretendeu utilizar a música como veículo de reparação de laços afectivos, no sentido de facilitar a aproximação da criança ou adolescente às suas figuras de referência, ajudando a estabelecer novas relações de proximidade através de padrões de relacionamento mais adaptativos e satisfatórios ao seu desenvolvimento pessoal.

Quanto à estrutura do relatório, este encontra-se organizado em quatro partes, sendo descrita na primeira parte as características do CAT de Tercena e as especificidades da população-alvo, sobre a qual se debruça esta intervenção.

Na segunda parte é apresentada uma revisão de literatura referente à aplicação da musicoterapia com crianças e adolescentes institucionalizados, sendo discutido o tema da vinculação e o potencial terapêutico da música no domínio da relação interpessoal, mais propriamente na reparação de relações de vinculação.

A terceira parte deste relatório é constituída pelo bloco metodológico, no qual são apresentados os procedimentos, a amostra da população-alvo, as técnicas e materiais e o instrumento utilizado para monitorizar e avaliar os resultados, nomeadamente o "Psychiatric

Music Therapy Questionnaire's" (PMTQ) para crianças e adolescentes. Ainda nesta parte, são ainda descritas as intervenções terapêuticas realizadas no âmbito deste estágio curricular, com a apresentação de dois estudos de caso de forma pormenorizada.

A quarta e última parte deste relatório apresenta as considerações finais e uma reflexão pessoal sobre a intervenção realizada no CAT de Tercena durante os sete meses.

Caracterização da Instituição: Centro de Acolhimento Temporário de Tercena

O Centro de Acolhimento Temporário de Tercena (CAT de Tercena) funciona desde 2005 e acolhe quarenta e oito crianças, adolescentes e jovens em risco, com idade igual ou superior a quatro anos, que lhe foram confiados por decisão judicial.

Este centro está localizado na Quinta de Santo António em Tercena, numa casa secular, rodeada por espaço verde, equipado com um campo de jogos, um campo de voleibol de praia e um parque infantil. A casa tem quatro pisos, distribuídos por zona de refeitório, cozinha e lavandaria; zona de estar (sala de estar, gabinetes, salas de actividades, capela, ateliers); e zonas de quartos. Existe ainda um edifício anexo com dois pisos, que dispõe de um ginásio, uma sala de actividades para as crianças e um armazém de donativos.

A equipa de trabalho é constituída por trinta e dois elementos, divididos por três turnos, e conta com o apoio semanal de uma médica pediatra.

O tipo de intervenção levada a cabo no CAT de Tercena pressupõe a realização do diagnóstico da situação de cada criança, sendo elaborado um plano individual de intervenção e é definido um projecto de vida atempadamente. A instituição procura articular as vivências das crianças institucionalizadas da melhor forma possível e quando o regresso à família não for possível, é efectuado o encaminhamento para a adopção, quando for indicado para o utente. Se o utente não conseguir a adopção, é preparada a sua autonomia de vida.

O CAT de Tercena planeia, gere e avalia as actividades curriculares, desportivas, de tempos livres e de rotina diária; presta os cuidados de saúde; dinamiza projectos de voluntariado; e promove a captação de apoios da sociedade civil.

Sendo assim, tem como componentes de intervenção: o acolhimento das crianças ou jovens; a prestação de cuidados de saúde e educação; o apoio educativo regular e/ou em regime especial; o treino de competências pessoais e sociais; a inserção profissional e promoção da autonomia do jovem; a articulação com as famílias; o projecto “famílias

amigas”); a organização/gestão das actividades em contexto da vida diária, desporto, lazer e cultura e colónias de férias; a promoção e organização do voluntariado; a articulação com os organismos da comunidade; e por fim, a promoção de acções de mecenato e de responsabilidade social das empresas.

Caracterização da População Alvo

No CAT de Tercena residem quarenta e oito utentes dos 5 aos 21 anos, dividindo-se estes em vinte e três rapazes e vinte e cinco raparigas.

Estes residentes podem ter sido retirados às suas famílias e imediatamente institucionalizados no CAT de Tercena, vir de outros centros de acolhimento temporário ou lares de infância e juventude.

São crianças, adolescentes e jovens que apresentam, na sua maioria, perturbações do comportamento e da vinculação, resultantes das problemáticas familiares, nomeadamente a negligência, o abandono, os maus-tratos físicos e psicológicos e o abuso sexual.

A maioria dos residentes frequenta escolas de ensino regular e público, ainda que alguns frequentem escolas de educação especial de ensino privado.

Desde cedo é decidido um projecto de vida para o utente, existindo sempre a intenção deste regressar à sua família. No entanto, se tal não acontecer, o utente pode ser sinalizado e encaminhado para a adopção, aplicada a medida de confiança a uma família idónea ou integrado na família nuclear ou alargada. Ainda se nenhuma das opções acontecer, é delineado um plano educativo e profissional através do acesso a programas de formação, visando proporcionar-lhe condições que o habilitem e lhe permitam viver por si só e adquirir progressivamente autonomia de vida.

Cada criança, adolescente e jovem residente no CAT de Tercena tem um técnico responsável pelo seu caso, sendo que para as crianças até aos 10 anos o educador é a Dr.^a Ana Rita Rapaz e para as crianças a partir dos 10 anos o técnico responsável é o Dr. João Monjardino. Os técnicos responsáveis estão encarregues dos assuntos referentes aos processos dos utentes, às questões escolares, sendo seus encarregados de educação e por qualquer outra questão que surja no seu quotidiano, como por exemplo questões médicas, emocionais ou

sociais. Estas poderão ser também sinalizados e resolvidas pelos outros técnicos e monitores do CAT de Tercena, que prestam os cuidados diários necessários ao utente.

Todos os utentes podem beneficiar de actividades diversificadas dinamizadas por voluntários e de apoio educativo regular ou especial prestado por técnicos especializados.

Podem ainda beneficiar de outros serviços, de acordo com as suas necessidades, tais como acompanhamento psicológico, apoio psicoterapêutico, terapia da fala, desporto adequado às suas necessidades físicas e gosto pessoal, participação no projecto das Famílias Amigas e integração nas Colónias de Férias fora da instituição.

Durante a fase de observação participante foi possível perceber quais os comportamentos frequentemente evidenciados pelos utentes no CAT de Tercena, nomeadamente as dificuldades no relacionamento interpessoal, os comportamentos de oposição e desafiantes, as dificuldades de atenção e concentração, o isolamento social e uma baixa resistência à frustração.

Os residentes CAT de Tercena mostraram-se, desde logo, receptivos à musicoterapia e com grande empatia pelo musicoterapeuta, evidenciando entusiasmo por existir música no quotidiano da instituição.

Enquadramento teórico

Para melhor desempenhar o meu trabalho como musicoterapeuta numa instituição residencial foi essencial a realização de pesquisas que permitissem uma melhor compreensão das principais características e problemáticas das crianças e adolescentes institucionalizados, assim como os efeitos da musicoterapia nesta população.

No contexto institucional a musicoterapia centra-se nos aspectos afectivos e relacionais da criança e adolescente institucionalizado, recorrendo à mais-valia de a música ser uma arte com acção e principalmente de expressão não verbal, que nesta população-alvo pode permitir o desbloqueio de alguns problemas de relacionamento e da expressão verbal.

A Criança, o Adolescente e a importância da Vinculação

Para muitos autores, a figura materna é essencial para o desenvolvimento da estrutura interna da criança e da sua relação com o exterior (Ainsworth, Blehor, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1984, Winnicott, 1975).

Segundo Bowlby (1984), a saúde mental do indivíduo encontra os seus alicerces na qualidade dos cuidados parentais recebidos nos primeiros anos de vida, constituindo-se estes como fundamentais no delinear das trajectórias desenvolvimentais futuras.

Foi a partir da importância desta relação estabelecida nos primeiros anos de vida com a figura materna, que Bowlby desenvolveu a teoria da vinculação. Esta baseia-se no vínculo afectivo que se desenvolve entre a mãe e o bebé, resultante do conjunto de comportamentos de aproximação entre eles, no sentido do bebé adquirir a protecção que necessita (cit. in Pinhel, Torres, & Maia, 2009).

O vínculo é um laço especial dentro de um conjunto de laços, designados por Bowlby e Ainsworth como laços afectivos (Ferraz, 2007). Bowlby (1979) refere-se a estes como a atracção que um indivíduo tem por outro, traduzindo uma relação emocionalmente

significativa (cit. in Ferraz, 2007). Já o vínculo, para além das características dos laços afectivos, caracteriza-se pela procura de segurança e conforto na relação com a outra pessoa (Ainsworth, 1979, cit. in Ferraz, 2007).

Segundo Ainsworth et al. (1978) existem três padrões de vinculação, sendo o primeiro, o vínculo seguro, que se caracteriza por uma relação estável e saudável entre a mãe e o bebé; o segundo, o vínculo ambivalente-ansioso, que se refere a uma relação em que o bebé se torna ansioso quando o separam da mãe; e por fim, o vínculo de evitação que se refere ao bebé, que procura pouco o contacto com a sua mãe.

A figura de vinculação funcionará como base segura, permitindo o decréscimo do medo ou ansiedade na criança e proporcionando a segurança necessária para a exploração (Bowlby, 1984). Assim, ocorrerá uma regulação mútua entre o bebé e a figura de vinculação, o que lhe permitirá o desenvolvimento das representações mentais, que irão moldar o seu padrão relacional futuro, influenciando a organização dos afectos, das cognições e dos comportamentos (Bowlby).

Na opinião de Bowlby (1984) as crianças que tenham vivências sólidas de relações familiares, com pais que se tenham constituído como figuras acessíveis e dos quais seja possível esperar apoio, conforto e protecção, terão maiores probabilidades de desenvolver competências de adaptação a situações adversas, ao contrário das com crianças com histórias de vida familiares inconstantes e pais indisponíveis ou abusivos.

De acordo com esta ideia, para Cox, Owen, Henderson e Margand (1992) quanto mais sensível e atenta às necessidades do bebé for a mãe, mais probabilidades tem este em criar vínculos mais fortes.

Também Winnicott (1975) considera a relação mãe-bebé essencial para o estabelecimento de padrões de vinculação e para a própria reestruturação da pessoa. Segundo ele, a condição fundamental para que o bebé se desenvolva, é a existência de uma “mãe

suficientemente boa” que responda e se adapte activamente às necessidades do bebé, atribuindo-lhe um significado e sentido (Winnicott).

Ainda de acordo com Winnicott (1975), quando se verifica a existência de uma mãe presente e disponível mas também contentora e realista, a criança passa gradualmente de um estado de dependência total para um registo de dependência relativa que lhe permite desenvolver a sua autonomia e capacidade de exploração do meio que a rodeia e dos seus próprios recursos.

Neste sentido, Guedeney (2004) afirma que o estabelecimento de uma vinculação segura ou insegura na infância, irá influenciar o indivíduo tanto enquanto criança, como mais tarde enquanto adolescente.

A fase da adolescência consiste num período de transformação, ao longo da qual o jovem se distancia naturalmente das figuras de vinculação iniciais, transformando a sua relação com elas, criando novos laços e desenvolvendo, ele próprio, capacidades para se tornar uma figura de vinculação (Guedeney, 2004).

Bowlby (1969) apresenta uma perspectiva sobre a adolescência em que não existe uma desvinculação dos pais durante este período, mas sim um crescimento da vinculação, embora esses laços se possam alargar a outras figuras. Para o autor, a vinculação deve ser aqui entendida como um laço afectivo persistente que promove os comportamentos de autonomia no adolescente e não como um laço que promove a dependência (Bowlby).

Apesar do comportamento do adolescente poder parecer-se conflituoso, confuso e contraditório em relação às figuras de vinculação, deverá ser contextualizado nas mudanças comportamentais características desta faixa etária, não significando que as figuras de vinculação deixem de ser importantes como figuras de referência e factores securizantes neste período de intensas mudanças no seu mundo externo e interno (Sá, s.d.).

De acordo com Sá (n.d.), se a consolidação de um vínculo seguro em relação às figuras que fornecem os cuidados é um factor determinante para o desenvolvimento da autonomia da criança, esse vínculo seguro continua a ser uma qualidade essencial no desenvolvimento psicológico do adolescente, continuando a promover a sua autonomia e constituindo-se mesmo como uma componente essencial desse processo.

De acordo com Guedeney, (2004) podemos considerar que o desenvolvimento dos processos de vinculação na primeira infância e na adolescência são essenciais para o desenvolvimento de um adolescente e adulto saudável, constituindo o período da adolescência uma nova oportunidade de reparação terapêutica dos problemas de vinculação, através do estabelecimento de relações securizantes e respeitadoras da identidade emergente do adolescente.

Problemáticas das Crianças e Adolescentes Institucionalizados

Para Ferreira (2011), as causas que antecedem a institucionalização da criança e adolescente são muitas, contudo, grande parte destas decorre de contextos familiares desviantes, em que o sofrimento e a angústia estão diariamente presentes nas suas vivências.

Segundo o mesmo autor, estas crianças e adolescentes poderão ter sido sujeitos a diferentes realidades, como por exemplo, manifestações de violência e de abandono, violência física, negligência, maus-tratos continuados, rejeição continuada e exploração sexual (Ferreira, 2011).

Para promover os direitos e a protecção das crianças e dos jovens em perigo, de forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral, foi criada em Portugal, a 1 de Setembro de 1999, a Lei de Protecção da Criança e do Jovem em Perigo, Lei n.º147/99 de 1 de Setembro.

Segundo esta Lei, “a intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte da acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a resolvê-lo” (art.º 3, n.º 1).

Nesta problemática, apesar dos conceitos de criança ou jovem em risco e criança ou jovem em perigo estarem estreitamente relacionados, os seus significados são diferentes.

Segundo Sá (2002) entende-se que uma criança ou jovem está em risco, quando existe a eminência de um perigo efectivo para o indivíduo, mas em que a ameaça ainda não é efectiva, sendo a prevenção o objectivo principal deste conceito (cit. in Ferreira, 2011).

Ainda segundo Sá (2002), o conceito de criança ou jovem em perigo define-se pela existência de uma ameaça efectiva à existência do indivíduo, nomeadamente, quando os pais a expõem frequentemente a situações de sofrimento, que a levam a prejudicar os seus recursos de saúde, sem que haja perspectivas continuadas de reparação (cit. in Ferreira, 2011).

Sendo assim, nos casos em que a família falhe nas suas responsabilidades de promoção de bem-estar e crescimento na criança ou jovem de uma forma frequente e que afecte o seu desenvolvimento global e a sua saúde, o Estado assume a sua função de provedor e defensor da criança ou jovem e estes são colocados em instituições que disponham de instalações, equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garanta os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (Ferreira, 2011).

Segundo o artigo 50.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (1999), o acolhimento em instituição pode ser de curta ou de longa duração.

Nos casos em que o acolhimento é de curta duração, este terá lugar em centros de acolhimento temporário, por prazo não inferior a seis meses. Este prazo poderá ser excedido

se for previsível o retorno à família ou enquanto se procede ao diagnóstico da respectiva situação e à definição do encaminhamento da criança ou jovem (Lei n.º147/99, art. 50.º).

Já o acolhimento prolongado terá lugar em lares de infância e juventude, destinando-se às criança e jovens sujeitas a condições que aconselhem um acolhimento de duração superior a seis meses (Lei n.º147/99, art. 50.º).

Segundo Sroufe (2005) as crianças e adolescentes após serem institucionalizados têm um percurso quase sempre marcado pela interrupção dos cuidados prestados pelos seus pais e pela alternância sistemática de figuras de referência, que poderá causar um desenvolvimento de padrões inseguros de vinculação, que os torna incapazes de responder adequadamente nos planos emocional e social (comportamentos de dependência, punição, vitimização ou hostilidade, alterações de humor, comportamentos agressivos, sintomatologia ansiosa ou depressiva e isolamento) (cit. in Pinhel, et al., 2009).

De acordo com Rygaard (2006) as separações familiares determinadas pela institucionalização levam as crianças e adolescentes a viver sentimentos de abandono e rejeição, que com o tempo e as constantes alterações a que estão sujeitos, acabam por resultar em alterações do comportamento e dificuldades de relacionamento, ou seja, em perturbações dos fenómenos de vinculação que se vêm a revelar muitas vezes graves para o desenvolvimento afectivo e social da criança ou jovem.

Segundo Bowlby (1984) se estas separações se prolongarem no tempo, as crianças e adolescentes tenderão a apresentar-se emocionalmente retraídas e isoladas, não conseguindo estabelecer relações afectivas saudáveis, mostrando-se indiferentes, infelizes e incapazes de reacção.

Rygaard (2006) afirma que uma das características principais das crianças e adolescentes com perturbações da vinculação é a sua capacidade reduzida para responderem adequadamente a nível emocional e social.

O mesmo autor apresenta ainda outras características das crianças e adolescentes com perturbações da vinculação, que divide em dois grupos: 1) o comportamento anti-social na infância, isto é o comportamento intimidante, violento e agressivo; a fraca capacidade para aprender a partir das experiências de interacção social; as intenções sádicas ou socialmente destrutivas; a não demonstração de vergonha, culpabilidade ou remorso; e a acusação dos outros quando é confrontada com os seus comportamentos desadequados; 2) o comportamento de vinculação não selectiva, isto é, quando a criança se mostra encantadora e confiante perante as pessoas que acaba de conhecer ou perante as pessoas que encontra ocasionalmente e quando estabelece relações curtas e/ou superficiais; comportamentos introvertidos, fechados, auto-destruidores, ou por outro lado, comportamentos extrovertidos, impulsivos e agressivos; competências sociais comprometidas em diversos aspectos de sua vida, nomeadamente, no brincar, aprender, trabalhar, fazer amigos, fazer parte de uma família ou grupo (Rygaard).

Zeanah, Smyke, Koga, e Carlson (2005), no desenvolvimento de estudos com crianças institucionalizadas naturais da Roménia, chegam à conclusão que nestas problemáticas poderá existir também uma perturbação reactiva da vinculação, como consequência da institucionalização, devido às grandes dificuldades existentes em desenvolver vinculações seguras com um cuidador de referência (cit. in Pinhel, 2009).

Já autores como Isenberg-Grzeda (1988) Paul (1982) e Slotoroff (1994) indicam outras características que podem ser demonstradas pelas crianças e adolescentes vítimas destas problemáticas, por exemplo, o seu curto período de atenção, a baixa resistência à frustração, o medo do fracasso, as explosões emotivas, o fraco controlo dos impulsos e o atraso no desenvolvimento físico, académico, e social.

Rygaard (2006) refere ainda que as crianças e adolescentes têm, geralmente, dificuldade em expressar os seus sentimentos, problemas de relação no plano verbal, baixa

auto-estima, um sentimento do eu pouco desenvolvido, fraco controlo interno, inadequada capacidade para enfrentar dificuldades e inadequados mecanismos de defesa, muito medo e ansiedade, uma extrema sensibilidade à crítica, incapacidade para confiar nas pessoas e estabelecer relações fortes e dificuldades de integração em grupo.

Tolmacz (2001) refere que a angústia emocional das crianças e jovens institucionalizados leva muitas vezes a sentimentos de desespero e desamparo e crescem frequentemente com a crença que ninguém pode confortar a sua dor (cit. in Amir & Yair, 2008). Muitos deles sofrem de perturbações de desenvolvimento severas, e algumas crianças mais novas podem deixar de falar ou começar a guaguejar (Amir & Yair, 2008).

De acordo com Bender, Bliersener e Losel (1996) muitas crianças e adolescentes que sofreram de vínculos inseguros na infância exibem comportamentos anti-sociais, têm problemas de comunicação, competências sociais desadequadas e dificuldades em criar relações (cit. in Amir & Yair, 2008).

Segundo Long e Fogel (1999) e Richman (1995) os seus problemas emocionais e de desenvolvimento e a falta de experiências sociais e educacionais normais levam a pouco rendimento académico, a uma pobre realização e a um funcionamento intelectual abaixo do seu potencial (cit. in Amir & Yair, 2008).

Apesar de todas estas problemáticas encontradas nestas crianças e adolescentes, Bowlby (1984) sugeriu que as repercussões da institucionalização podem ser diminuídas pela prestação de cuidados maternos próximos aos da figura maternal, salientando três conceitos-chave: continuidade, disponibilidade e sensibilidade de resposta. É necessário que a figura que lhe presta esses cuidados seja estável e capaz de desempenhar a função de cuidador carinhoso que a criança necessita.

A Musicoterapia e as suas aplicações

A diversas formas de arte podem assumir diversas funções e papéis na sociedade, nomeadamente, deixar registo das vivências do ser humano, ser um veículo de expressão de sentimentos ou emoções, proporcionar diversão e ter o objectivo de fazer reflectir. É uma forma de expressão humana e uma linguagem de sentimentos e emoções (Sousa, 2010).

Segundo Wigram, Pedersen e Bonde (2002) o poder terapêutico da música está presente na história de diferentes culturas ao longo do tempo. Desde a antiguidade, que os antigos rituais curativos incluíam o som e a música, fazendo, por um lado, referência aos males psicológicos que afligiam os mais diversos indivíduos e, por outro, ao papel da música no alívio do sofrimento.

Ainda de acordo com Wigram, et al. (2002) a musicoterapia tem vindo a desenvolver-se ao longo dos últimos 50 anos a partir de intervenções de carácter empírico, tornando-se numa forma de intervenção clínica dirigida por profissionais com formação específica.

A musicoterapia está actualmente instituída como disciplina e como profissão, gerando intervenções complementares às psicoterapias, às terapias ocupacionais, terapia da fala e psicomotricidade em diversos contextos de intervenção, como por exemplo, nos serviços médicos e na educação especial (Wigram, et al., 2002).

Wigram, et al. (2002) definiu a musicoterapia como: “O uso de música em situações clínicas, educacionais e sociais para tratar utentes com necessidades médicas, educacionais ou psicológicas”. O mesmo autor refere ainda como objectivos fundamentais da musicoterapia “a estimulação física e psicológica, a consciência perceptiva, a expressão emocional, a capacidade comunicativa e cognitiva, o comportamento social e as capacidades individuais”.

De acordo com Sousa (2010), a música constitui um recurso terapêutico que abrange a dimensão física, através do relaxamento muscular, aliviando a ansiedade, e do movimento corporal; a dimensão psicológica, reforçando a identidade, o auto-conceito e promovendo a

expressão verbal e o jogo simbólico; a dimensão social, promovendo a participação em grupo, a interacção, a recreação e a discussão; a dimensão emocional, facilitando a expressão de sentimentos e emoções.

Para Wigram, et al. (2002) a aplicação dos princípios terapêuticos da música poderá ser feita à luz de vários modelos teóricos, nomeadamente o modelo comportamental apresentado por Clifford Madsen e Vance Cutter em 1966, que utiliza a música como um reforço ou forma de implementar, modificar ou extinguir comportamentos; o modelo de musicoterapia criativa (Nordoff-Robbins) desenvolvido por Paul Nordoff e Clive Robbins entre 1959 e 1976, que utiliza a música como um fenómeno flexível e interactivo, com o intuito de alcançar respostas musicais que desenvolvam potencialidades expressivas e comunicativas que nos são inatas; o modelo de improvisação livre (musicoterapia analítica) desenvolvido por Juliette Alvin entre 1950 e 1980, que usa a música no tratamento e reabilitação de crianças e adultos que possuem perturbações físicas, mentais ou emocionais, sendo esta utilizada como um elemento intermediário com o poder de revelar aspectos do inconsciente, que precisam de ser interpretados conscientemente.

No seguimento do modelo de improvisação livre surge o modelo de orientação psicodinâmica, desenvolvido por Mary Priestley em 1970, sendo considerado um desenvolvimento adicional do que foi a musicoterapia analítica (Wigram, et al., 2002).

Este modelo não se baseia apenas nas teorias de psicologia psicoanalíticas, mas também nas teorias de comunicação, nas teorias de psicologia do desenvolvimento, nas teorias relativas às componentes psicossociais e no desenvolvimento da personalidade do indivíduo (Wigram, et al., 2002).

Neste modelo da musicoterapia os pacientes estão activamente envolvidos em actividades musicais clinicamente organizadas e a actividade musical mais aplicada é a improvisação. A reprodução musical também pode ser utilizada, assim como as actividades de

compor letras ou música instrumental. Em todos os casos está em atenção o desenvolvimento pessoal ou funcional dos pacientes e não a qualidade estética do produto musical. Muitas vezes a música é utilizada de uma forma simbólica, sendo combinada com contos de fadas e outras histórias, no trabalho com crianças e adolescentes com fraca auto-estima, podendo ajudar a conseguir um aumento da sua auto-imagem e auto-conhecimento (Wigram, et al., 2002).

Segundo Sousa (2010), em musicoterapia toda e qualquer manifestação sonora poderá ser utilizada com objectivos terapêuticos, podendo surgir melhorias significativas no aspecto cognitivo, afectivo, psicomotor e social, através das actividades em que a música é o canal de comunicação entre o musicoterapeuta e o utente.

Em suma, a musicoterapia é um processo terapêutico, que compreende as interacções entre o utente, a música e o musicoterapeuta, conduzidas de forma sistemática por parte deste de forma a atingir objectivos de mudança, em particular na dimensão afectiva e relacional.

A Musicoterapia com Crianças e Adolescentes Institucionalizados

Para Hong, Hussey e Heng (1998) a musicoterapia poderá ser uma ferramenta poderosa nos centros de acolhimento temporário ou lares residenciais, principalmente se as crianças tiverem antecedentes de negligência e perdas significativas e precoces com as figuras parentais, que influenciam a sua capacidade de formar relações de confiança. A musicoterapia é aqui importante na promoção do estabelecimento de relações de confiança e reciprocidade (Hong, Hussey, & Heng).

De acordo com Levis e Lininger (1994, cit. in Hussey & Layman, 2003) os musicoterapeutas estruturam actividades que se concentram em aspectos não-musicais e em competências, que podem ser adquiridas e postas em prática através de experiências musicais. A música torna-se assim numa ferramenta com a qual as crianças e adolescentes se podem

identificar, relacionar e tornar uma parte integral (Levis & Lininger cit. in Hussey & Layman, 2003).

Segundo Hussey e Layman (2003) o ritmo, a ordem e a estrutura da música podem fornecer uma ligação à realidade e ainda uma estabilidade às crianças e adolescentes que têm perturbações emocionais, que será por sua vez um factor significativo na descoberta de sentido e ordem para outros aspectos das suas vidas. Ainda segundo estes autores, esta estabilidade poderá ser alcançada através de todos os sons que podem ser utilizados no ambiente musicoterapêutico, que permitem à criança ou adolescente institucionalizado a exteriorização do mundo interno e processar o material emocional confuso e opressivo de uma distância que lhe é segura.

À medida que as crianças e adolescentes aprendem a exprimir-se através de actividades musicais, aprendem também a relacionar-se mais adequadamente com os outros e começam a canalizar os impulsos para comportamentos socialmente aceitáveis (Hussey & Layman, 2003).

Por outro lado, Brooks (1989) refere que a música é uma parte importante da cultura adolescente e a musicoterapia pode ser uma modalidade particularmente útil na intervenção com essa população.

Segundo o autor, a utilização de música que vá de encontro aos gostos musicais do adolescente, poderá reforçar a sua identificação no grupo e a relação que este estabelece com o musicoterapeuta, sendo este considerado um adulto de confiança e surgindo assim a comunicação e a interacção através da base comum da música (Brooks, 1989).

Isenberg-Grzeda (1988) refere que os musicoterapeutas utilizam diversas actividades com as crianças e adolescentes institucionalizados, como por exemplo a escrita de canções, os diálogos musicais improvisados, as histórias ou fantasias musicais, os dramas musicais, a expressão corporal com adereços, a pintura ou desenho de acordo com a música e

experiências guiadas de música e imagens. Estas actividades quando utilizadas música gravada e instrumentos musicais facilitam expressão das crianças e adolescentes vítimas de violências não se sentindo invadidos ou inseguros (cit. in Hussey & Layman, 2003).

De acordo com Vulliamy (2009) as crianças e adolescentes institucionalizados confiam mais em interacções não-verbais para comunicar e serem compreendidas, sendo-lhes difícil utilizar a palavra para expressarem as suas emoções.

O autor indica ainda algumas questões que devem ser tidas em consideração na intervenção musicoterapêutica em lares residenciais de crianças e adolescentes, tais como o espaço terapêutico ter características muito específicas ao estar localizado dentro do local de residência dos utentes, sendo necessário manter e reforçar a sua separação para que o utente se sinta seguro ao expor os seus sentimentos mais desafiantes e assustadores. Para o autor, a música permite a expressão segura de sentimentos desafiantes e as sessões de musicoterapia fornecerem um canal de libertação física e emocional para as crianças e jovens que têm necessidades complexas e comunicação limitada. Neste sentido, Pavlicevic (1997) refere que as interacções musicais podem permitir uma saída para os sentimentos que são demasiados dolorosos para ser expressados de outra forma (cit. in Vulliamy, 2009). A música é, para Vulliamy (2009), uma alternativa para o comportamento agressivo, permitindo a utilização de instrumentos musicais, construídos para ser percutidos com força considerável, conseguindo suportar ataques agressivos. Neste sentido, Priestley (1987) ao considerar os instrumentos de percussão de pele como potenciadores de libertação e descarga, que minimizam a vontade de magoar os outros ou a si próprio, refere que após essa libertação, é necessário compreender os sentimentos que levaram a isso para que a tensão diminua (cit. in Vulliamy, 2009).

Muitos autores, como por exemplo, Burkhardt-Marmor (1996) Hong, et al. (1998) Jocims (2003), Montello (1998) e Rich-man (1995) também consideram que a música, mais que as palavras, pode expressar a profundidade dos sentimentos e das experiências vividas

pelas crianças e adolescentes institucionalizados, referindo ainda que muitos musicoterapeutas têm trabalhado com pacientes que sofrem de traumas e que se focam na música improvisada como forma de expressar e libertar tensão emocional (cit. in Amir & Yair, 2008).

Na opinião de Amir e Yair (2008), a musicoterapia pode oferecer esperança a algumas das crianças e adolescentes institucionalizados, no sentido em que apesar das características negativas e angustiantes que os distinguem, a música tem elementos que poderão permitir a criação e o desenvolvimento de um espaço criativo, lúdico e espontâneo dentro de alguns deles.

Objectivos

Os objectivos principais da intervenção musicoterapêutica no CAT de Tercena centram-se na promoção de actividades de grupo em contexto de lar, com vista ao desenvolvimento de competências sociais e implementação de dinâmicas de grupo reparadoras para os residentes; na organização de actividades de ocupação em contexto de lar que proporcionem uma melhor articulação entre a intervenção educativa e um abordagem terapêutica aos utentes; na utilização da música como veículo de reparação de laços afectivos, no sentido de facilitar a aproximação da criança ou adolescente às suas figuras de referência e ajudar a estabelecer novas relações de proximidade através de padrões de relacionamento mais adaptativos e satisfatórios para o seu desenvolvimento pessoal.

Estes objectivos implicam a implementação de um espaço lúdico e terapêutico, distinto das actividades de lazer disponíveis no lar, possibilitando às crianças e adolescentes trabalhar competências necessárias à sua adaptação social.

Metodologia

Procedimentos

O trabalho realizado no âmbito do estágio de musicoterapia começou no dia 14 de Outubro de 2010 com uma primeira reunião com o orientador no local de estágio, o Dr. João Monjardino. Nesta reunião foi explicado o funcionamento geral do CAT de Tercena, apresentados os elementos da equipa e descrito o quotidiano dos utentes.

A partir desse momento teve início a primeira fase da intervenção, a observação participante. Esta fase, que durou um mês e meio, teve os seguintes objectivos: 1) A integração do estagiário na estrutura e dinâmicas do CAT de Tercena, permitindo a interacção entre este e os utentes; 2) a observação em meio natural dos utentes com vista a uma eventual selecção da amostra e decisão do tipo de intervenção musicoterapêutica que seria mais adequada para cada utente; 3) a observação das rotinas e actividades da instituição, de forma a conceber o modelo mais útil e realista de organização logística do trabalho de intervenção directa.

Após este mês e meio de observação e participação do estagiário em algumas rotinas do CAT de Tercena foi decidido em conjunto com o Dr. João Monjardino que iriam participar nesta intervenção 10 utentes, em que 3 têm idades compreendidas entre os seis e os oito anos e 7 têm idades compreendidas entre os dez e os catorze anos. Para definir o tipo de intervenção (individual ou grupo) e a formação dos grupos foi tido em conta a idade dos utentes, o relacionamento entre eles e as suas características individuais.

As sessões foram realizadas no ginásio do CAT de Tercena, que se encontra num edifício separado da casa principal, mas dentro da propriedade.

A intervenção decorreu de 30 de Novembro a 14 de Junho e cada utente teve entre 15 a 20 sessões de musicoterapia, sendo a intervenção interrompida nas férias escolares (Natal, Carnaval e Páscoa).

As sessões foram gravadas em formato de vídeo digital para efeitos de supervisão na universidade e registadas em fichas de registo de sessões (Anexo A).

No início e no fim da intervenção musicoterapêutica foi administrado o "Psychiatric Music Therapy Questionnaire" para crianças e adolescentes. A sua aplicação no início da intervenção teve como objectivo o levantamento dados relacionados com os problemas clínicos mais frequentemente demonstrados pelos utentes e também o levantamento das suas preferências musicais. Já a sua aplicação no final da intervenção, teve como objectivo o levantamento e a análise dos resultados alcançados com cada utente.

Os utentes foram avisados da data da última sessão com três semanas de antecedência, com o objectivo de os preparar atempadamente para esse final.

No decorrer deste estágio curricular e no âmbito do VI Encontro Internacional de Musicoterapia realizado pela Associação Portuguesa de Musicoterapia foi feita uma comunicação intitulada "Musicoterapia em Centros de Acolhimento: a música e a relação" (Anexo B). Esta comunicação teve como objectivo demonstrar o papel da musicoterapia no trabalho com crianças institucionalizadas, sendo a música um potente meio de comunicação não verbal, tornando-se um instrumento eficaz para estabelecer contacto com aqueles que têm dificuldades em exprimir sentimentos e ideias verbalmente.

Quadro 1 Descrição da Amostra e Distribuição dos Casos

Utente*	Idade	Tempo no CATT	Informação de relevo	Tipo de intervenção	Nº de sessões
Pedro	6 anos	2 anos	Suspeita de Abuso sexual e grave situação de negligência	Grupo 1 e Individual	9 (Grupo) 11 (Individual)
Miguel (Estudo de Caso)	6 anos	2 anos e meio	Grave situação de negligência e maus tratos	Grupo 1	20
Beatriz	8 anos	Menos de um ano	Negligência e maus tratos	Grupo 1	19
Susana	12 anos	Mais de 8 anos	Grave situação de negligência e maus tratos	Grupo 2	20
Flávio	12 anos	Sem Informação	Situação de Abandono e diagnosticado com Síndrome Fetal Alcoólico	Individual	18
Luísa	12 anos	Menos de um ano	Negligência e maus tratos	Grupo 2	17
Mariana	13 anos	4 anos	Grave situação de negligência e maus tratos	Grupo 2	16
Joana	13 anos	2 anos e meio	Grave situação de negligência e maus tratos	Individual	18
Isabel	13 anos	8 anos	Situação de Abandono	Grupo 2	20
Nuno (Estudo de Caso)	14 anos	2 anos	Grave situação de negligência e maus tratos	Individual	16

*Nomes fictícios

Técnicas e Metodologias Aplicadas

Nas sessões de musicoterapia os conteúdos que partiam dos utentes eram os mais importantes. Apesar disso foram propostas actividades como forma de os conter e de

organizar a sessão, sendo feita a sua gestão no aqui-e-agora, com a possibilidade de se fazer alterações e improvisações, consoante a dinâmica relacional e o comportamento da criança assim o sugerisse.

As actividades presentes na tabela seguinte são exemplos dessas propostas, sendo que algumas surgiram em contexto terapêutico por sugestão dos utentes e outras se basearam nas pesquisas efectuadas sobre as técnicas da musicoterapia utilizadas com esta população alvo.

Como foi anteriormente mencionado no enquadramento teórico, a autora Isenberg-Grzeda (1988) indica que a utilização da escrita de canções, dos diálogos musicais improvisados, das histórias ou fantasias musicais, dos dramas musicais, da expressão corporal com adereços, da pintura ou desenho de acordo com a música e experiências guiadas de música e imagens facilitam a expressão das crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, não se sentindo estes invadidos ou inseguros (cit. in Hussey e Layman, 2003). Também Priestley (1970) refere que a música poderá ser utilizada de uma forma simbólica, sendo combinada com contos de fadas e outras histórias, no trabalho com crianças e adolescentes com fraca auto-estima, podendo ajudar a conseguir um aumento da sua auto-imagem e auto-conhecimento (Wigram, 2002).

Quadro 2 Técnicas Utilizadas

Técnicas	Descrição
Improvisação instrumental	Consiste na utilização de instrumentos harmónicos, melódicos e de percussão pelos utentes e pelo musicoterapeuta na criação de música no momento, com base num tema previamente indicado ou de forma totalmente livre.
Criação de histórias improvisadas com fantoches de dedo e instrumentos musicais	Consiste na utilização de fantoches de dedo (menina, menino, dragão, cavaleiro e lobo) para a construção de histórias improvisadas com ajuda de alguns elementos musicais, como por exemplo, a melodia (através da voz e do teclado) e o timbre e a intensidade sonora através dos instrumentos de percussão.
Criação de letras de canções com preenchimento de espaços	Consiste na utilização de canções com espaços em branco, que serão preenchidas pelo utente e mais tarde reproduzidas em conjunto com o musicoterapeuta.
Análise de letras de canções	Consiste na utilização de canções escolhidas pelo utente, com o objectivo de analisar a letra da música e perceber quais as emoções, sentimentos e mensagens que esta transmite.
Identificação de emoções em representações gráficas	Consiste na utilização de cartões com diferentes emoções representadas, com o objectivo da sua identificação e posterior representação musical.
Dramatização de histórias improvisadas com suporte musical	Consiste na improvisação de histórias, nas quais o utente e o musicoterapeuta desempenham papéis. Os instrumentos poderão ser utilizados para enfatizar as personagens ou o conteúdo da história.
Expressão corporal com suporte musical	Movimentos corporais com base musical dentro das preferências dos utentes com o auxílio de alguns adereços, como por exemplo balões e panos de várias cores.
Expressão pictórica com suporte musical	Realização de desenhos com marcadores ou lápis de cor, com o objectivo de representar graficamente emoções ou sentimentos presentes na música ouvida ou reproduzida na sessão e que não conseguem ser descritas verbalmente pelo utente.

Recursos Materiais

Nas sessões de musicoterapia eram utilizados diversos materiais, tanto pelo musicoterapeuta, como pelos utentes.

Os recursos multimédia eram utilizados apenas pelo musicoterapeuta, com o objectivo de gravar as sessões e ter as músicas escolhidas pelos utentes sempre disponíveis.

Os instrumentos musicais e os outros materiais poderiam estar ou não à disposição do utente, dependendo das actividades previamente planeadas para a sessão. No entanto, estavam sempre perto e disponíveis, para serem utilizados, caso fosse necessário.

Quadro 3 Recursos Materiais

Instrumentos musicais:	Multimédia:	Outros materiais:
<ul style="list-style-type: none"> - Uma guitarra 4/4 e uma guitarra 3/4; - Um teclado digital; - Uma harmónica em Sol M; - <u>Instrumentos de pele</u>: dois djembés, um par de bongós, e um tamborim; - <u>Instrumentos de madeira</u>: uma cabaça, um pau de chuva, dois reco-recos, 4 pares de maracas, três pares de clavas, dois ovos e duas castanholas; - <u>Instrumentos metal</u>: dois triângulos, duas pandeiretas com e sem pele e duas guizeiras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil com câmara de filmar e colunas; - Leitor de Mp3 com colunas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Balões de várias cores; - Panos de várias cores; - Fantoches de dedo (menina, menino, dragão, cavaleiro e lobo) - Folhas de papel branco, marcadores e lápis de cor;

Instrumento de Avaliação e Monitorização dos Resultados

Durante a fase de avaliação inicial, foram analisados os processos dos utentes, consultados os técnicos responsáveis e feitas entrevistas não formais aos utentes. Foi também administrado o "Psychiatric Music Therapy Questionnaire" (PMTQ), um questionário estruturado com duas versões, sendo uma das versões dirigida a crianças (Anexo C) e outra a adolescentes (Anexo D). A PMTQ para crianças foi administrada ao técnico de referência da criança e a PMTQ para adolescentes foi administrada directamente aos utentes. Ambos foram administrados duas vezes, uma no início e outra no fim da intervenção musicoterapêutica.

Este instrumento distingue várias áreas como o comportamento (actos, hábitos, gestos e reacções observáveis e mensuráveis), a afectividade (emoções, humor, sentimentos fortes), as sensações (olfacto, tacto, visão, audição, paladar) o imaginário (sonhos), o cognitivo (ideias, valores, opiniões que interferem com a felicidade do utente), o interpessoal e o uso das drogas e/ou medicamentos.

A versão dirigida a crianças é composta por sessenta e dois itens e a escala dirigida aos adolescentes é composta por setenta e dois itens, com respostas em formato de escala de Likert, cujos valores vão de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

O questionário tem também uma parte dirigida ao musicoterapeuta, que lhe permite fazer o levantamento de comportamentos observados no contexto terapêutico e que podem ser trabalhados através da música. Nesta parte é avaliada a atenção, a concentração, a capacidade de retenção melódica e/ou rítmica, a relação interpessoal, o contacto visual, a postura, o contacto físico e a motivação. O questionário é também avaliado em formato de escala de Likert, cujos valores vão de 1 (muito desadequado) a 5 (muito adequado).

A aplicação deste questionário no início da intervenção musicoterapêutica teve como principal objectivo o levantamento de dados relacionados com os problemas clínicos mais frequentemente demonstrados pelos utentes que participaram na intervenção

musicoterapêutica, permitindo este também o levantamento dos seus gostos musicais. Estes dados foram analisados juntamente com a informação que consta dos processos dos utentes e com as entrevistas não formais, servindo de base à construção do plano terapêutico para cada utente.

No final da intervenção os dados obtidos pelo questionário foram analisados e comparados com os dados iniciais, de forma a perceber as alterações que ocorreram em cada caso.

Fidelidade do Instrumento de avaliação. A fidelidade do instrumento de avaliação refere-se à consistência das medidas do teste, ou “à avaliação do procedimento de medida, pretendendo saber se este fornece os mesmos resultados em repetidas experiências” (Carmines & Zeller, 1979, cit. por Cassity & Cassity, 2006).

Blodgett & Davis (1994), cit. por Cassity & Cassity (2006), investigaram a aplicação da PMQT em 20 estudantes universitários da área de música. Com três semanas de intervalo entre a primeira e a segunda aplicação do questionário, os resultados foram: Parte I: Música, $r_s = .79$; Parte II: Análise de problemas multimodais, $r_s = .90$; e a Parte III: Observações pós-questionário, $r_s = .83$.

Blodgett & Davis (1994) investigaram também o grau de concordância entre avaliadores da PMTQ. Este indica que dois ou mais examinadores irão pontuar de forma semelhante (George, 1980, cit. por Cassity & Cassity, 2006).

A fidelidade da PMTQ foi de alguma forma superior quando aplicada a 12 utentes de várias faixas etárias (ou ao adulto mais próximo, no caso das crianças). Com três semanas de intervalo entre a primeira e a segunda aplicação do questionário, os resultados foram: Parte I: Música, $r_s = .77$, $p < .01$; Parte II: Análise de problemas multimodais, $r_s = .90$, $p < .001$; e a Parte III: Observações pós-questionário, $r_s = .92$.

Os estudos acima descritos indicam que a PMTQ tem uma fidelidade adequada. Carmines & Zeller (1979) cit. Cassity & Cassity (2006) sugeriram que os instrumentos de avaliação para efeitos clínicos deverão ter uma segurança não inferior a .80.

Validade do Instrumento de Avaliação. A validade da PMTQ pretende medir a extensão dos problemas mais frequentemente apresentados pelos utentes no âmbito da musicoterapia.

A PMTQ é semelhante a um teste de critérios referenciais, tratando-se de uma medida das diferenças intra-individuais. Mais especificamente, refere-se a critérios que fornecem a informações específicas sobre as necessidades individuais do utente. Os dois tipos de conteúdo de validade aplicados à PMTQ foram referidos por Popham (1978), como validade de selecção de domínio e validade descritiva. A validade de selecção de domínio refere-se ao modo de selecção do conteúdo da PMTQ e a validade descritiva refere-se ao grau de congruência dos itens com a descrição no manual. No caso da PMTQ, o grau de congruência será determinado entre os itens do questionário e os problemas presentes no manual clínico referente divididos em três populações, nomeadamente Adultos, Adolescentes e Crianças.

Em relação à pesquisa da validade de selecção de domínio, Cassity & Cassity (1994) refere o seguinte descrição: 1. Foi construído um questionário com o objectivo de obter os problemas mais frequentemente apresentados pelo utente num contexto musicoterapêutico, por cinco musicoterapeutas registados na AMTA (American Music Therapy Association); A população-alvo da investigação foi restringida a directores de prática clínica, pois são o grupo com mais experiência na profissão de musicoterapeuta; o questionário contém todas as áreas recomendadas para avaliação presentes na literatura referente à musicoterapia com adultos, adolescentes e crianças; a Parte III surgiu a partir das avaliações clínicas mais frequentes feitas pelos directores de prática clínica; os problemas dos utentes foram identificados de

acordo com o nível de desenvolvimento do utente e no caso dos adultos também de acordo com o género.

Em relação à pesquisa da validade funcional, a PMTQ não só fornece um perfil dos problemas do utente ao musicoterapeuta, como também estabelece um planeamento viável para o utente e para a restante equipa.

Como um instrumento de avaliação comportamental, a PMTQ parece ter um adequado conteúdo e uma validade funcional com o propósito de avaliar, planear e implementar uma intervenção musicoterapêutica (Cassity & Cassity, 2006).

Agenda Semanal

As actividades no âmbito deste estágio foram sendo ajustadas de acordo com a disponibilidade dos utentes e as dinâmicas da instituição de forma a nenhum utente deixar as sessões de musicoterapia a meio da intervenção.

As sessões de musicoterapia individuais e do grupo 1 tiveram uma duração média de 30 minutos e as sessões de musicoterapia do grupo 2 uma duração média de 45 minutos.

Além das oito horas representadas nas tabelas seguintes, estava agendada uma reunião semanal com o Dr. João Monjardino à quinta-feira de manhã das 10h00 às 12h00, perfazendo um total de dez horas semanais no CAT de Tercena.

Quadro 4 - 1.º Horário

Hora de início	Segunda-feira	Terça-feira	Quinta-feira
18h00			Entrada/preparação da sala e das actividades
18h30 – 19h00	Entrada/preparação da sala e das actividades	Entrada/preparação da sala e das actividades	Joana
19h – 19h30		Grupo 1	Momento de Reflexão/ Arrumação da sala/Saída
19h30 – 20h00	Flávio	Momento de Reflexão	
20h00 – 20h30	Momento de Reflexão	Nuno	
20h30 – 21h00	Grupo 2	Momento de Reflexão	
21h00 - 21h30			
21h30 – 22h00	Momento de Reflexão/ Arrumação da sala/Saída	Saída	

Quadro 5 - 2.º Horário

Hora de início	Segunda-feira	Terça-feira
18h00	Entrada/preparação da sala e das actividades	Entrada/preparação da sala e das actividades
19h00 – 19h30		Grupo 1
19h30 – 20h00	Flávio	Reflexão da sessão
20h30 – 21h00	Joana	Nuno
21h00 – 21h30	Grupo 2	Reflexão da sessão
21h30 – 22h00		
22h30	Reflexão das sessões/Arrumação da sala/Saída	Arrumação da sala/Saída

Quadro 6 - 3.º Horário

Hora de início	Segunda-feira	Terça-feira
18h00	Entrada/preparação da sala e das actividades	Entrada/preparação da sala e das actividades
18h30 – 19h00		
19h30 – 20h00	Flávio	Grupo 1
20h30 – 21h00	Joana	Reflexão da sessão
21h00 – 21h30	Nuno	Grupo 2
21h30 – 22h00	Reflexão das sessões/Arrumação da sala/Saída	
22h30		

Estudos de Caso

Miguel

Formulação do Caso. O Miguel é uma criança de seis anos, que vive no CAT de Tercena juntamente com os seus três irmãos há dois anos.

É uma criança com antecedentes de maus tratos, negligência e abandono dos seus pais.

Os quatro irmãos viviam apenas com a mãe, pois o pai vivia e vive actualmente em Inglaterra. A mãe foi diagnosticada com distúrbios comportamentais, sendo uma pessoa bastante violenta. Sendo assim, devido à falta de estrutura física e psicológica familiar e aos problemas de ordem económica, os quatro irmãos foram retirados à família e institucionalizados no CAT de Tercena.

O técnico responsável pelo caso do Miguel mencionou que este não compreendia o motivo de estar institucionalizado, o que podia ser justificado pelo facto de ser o filho mais novo e por isso aquele que foi institucionalizado com menos idade e o menos sujeito aos maus tratos da mãe. Referiu também que o Miguel tinha dificuldades na interacção social com os pares, falta de interesse em partilhar experiências de grupo e dificuldades na expressão dos seus sentimentos e emoções, sendo estes os motivos do seu encaminhamento para a musicoterapia e a sua inclusão em sessões de grupo.

O Miguel participou em dezoito sessões de grupo ao longo de nove meses juntamente com um menino de seis anos, o Pedro, que deixou o grupo na décima sessão e uma menina de oito anos, a Beatriz.

Na fase de observação participante foram efectuadas entrevistas informais ao Miguel e observado o seu comportamento e atitudes, consultado o seu processo e aplicado o questionário PMTQ ao seu técnico responsável (Anexo E), com o objectivo de conhecer as suas preferências musicais, as suas características individuais e as dificuldades que poderiam ser trabalhadas nas sessões de musicoterapia.

Ao observar o seu comportamento e atitudes, foram visíveis as dificuldades apontadas pelo técnico responsável, nomeadamente as dificuldades na interacção com os pares, muitas vezes revelando comportamentos agressivos, principalmente para com as crianças da sua idade e as dificuldades na expressão dos seus sentimentos e emoções. Para além disso, foi evidente a sua débil tolerância à frustração ao desistir e/ou chorar quando não conseguia ultrapassar os problemas ou quando tinha de fazer alguma coisa contra a sua vontade e a sua ansiedade relativamente a algumas situações, não conseguindo, por exemplo, esperar a sua vez.

No que toca aos resultados do questionário PMTQ aplicado ao seu técnico responsável foi possível perceber as preferências musicais do Miguel, que se centravam na música Pop/Rock, na música africana e no Michael Jackson e suas maiores dificuldades, que se centravam em dificuldades a nível da interacção com os pares, do comportamento, da cognição e a nível emocional, nomeadamente nos itens:

Quadro 7 - Resultados PMTQ: Fase Inicial - Miguel

Itens	Resultados
1.1. Raramente fica em sarilhos por não ter seguido regras ou por não fazer aquilo que deveria;	Concordo (4)
1.2. Tem dificuldades em seguir ordens (ficar quieto na cadeira, terminar o trabalho, trabalhar em silêncio, ser amável para os outros);	Concordo (4)
1.5. Chama frequentemente nomes aos colegas como “estúpido”, “idiota”, “burro”;	Concordo (4)
1.16. Não expressa necessidades ou o que quer aos outros;	Concordo (4)
1.17. Vai atrás do grupo não expressando a sua opinião ou sentimentos	Concordo (4)
1.18. Não se mantém na realização da tarefa, distrai-se com facilidade e não se consegue concentrar;	Concordo totalmente (5)
1.27. Não se consegue recordar de eventos familiares como a ida ao parque;	Concordo (4)
1.31. Tem dificuldades em compreender o que lhe é dito;	Concordo (4)
1.32. Tem dificuldades em seguir direcções;	Concordo (4)
1.34. Faz comentários negativos sobre si, como sou “burro” ou “não sou muito esperto”;	Concordo totalmente (5)
1.35. Recusa-se a participar em grupo ou individualmente em actividades devido à falta de confiança nas suas capacidades (medo do fracasso ou do ridículo);	Concordo (4)
1.36. Existe um ou mais comportamentos quando faz uma actividade: desorganização em vez de seguir o objectivo, rápido não se preocupando com a qualidade dos resultados, desiste facilmente em vez de mostrar perseverança, impressivo em vez de preciso;	Concordo totalmente (5)
1.38. Tem dificuldades em dizer as horas ou o dia da semana	Concordo (4)
1.39. Tem dificuldades em contar o dinheiro;	Concordo (4)
1.40. Tem dificuldades em memorizar as letras do alfabeto	Concordo (4)

Após a fase de observação participante, a intervenção musicoterapêutica teve início e na primeira sessão foi observada a atitude do Miguel, sendo de seguida preenchida a parte dirigida ao musicoterapeuta do questionário PMTQ:

Quadro 8 - Resultados PMTQ Musicoterapeuta: fase inicial - Miguel

Itens	Resultados
1. Concentração	Desadequada (2)
2. Atenção	Desadequada (2)
3. Retenção	Média (3)
4. Relações interpessoais	Desadequada (2)
5. Contacto visual/ocular	Média (3)
6. Postura	Média (3)
7. Contacto Físico	Média (3)
8. Motivação para se envolver com a musicoterapia	Adequada (4)
9. Expressões faciais adequadas	Adequada (4)
10. Capacidade de conversação	Adequada (4)
11. Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais	Desadequada (2)
12. Usa a música de forma apropriada	Desadequada (2)
13. Habilidade ou criatividade musical	Média (3)
14. Atitude geral perante a música	Adequada (4)
15. Habilidade rítmica	Média (3)

Na primeira sessão de musicoterapia, o Miguel revelou comportamentos desadequados relativamente à concentração e atenção, nas relações interpessoais, na resolução de problemas durante as actividades musicais e no uso da música de forma apropriada.

Plano terapêutico. Após o levantamento dos problemas mais visíveis do Miguel foi realizado o seu plano terapêutico. Este incidu nos três maiores problemas demonstrados pelo Miguel na fase de observação e identificados pelo questionário PMTQ, nomeadamente a baixa resistência à frustração, as dificuldades na interacção com os pares e as dificuldades na expressão dos seus sentimentos e emoções.

Sendo assim, o primeiro objectivo definiu-se pelo aumento da resistência à frustração, no qual se pretendia que o Miguel não desistisse quando surgiam dificuldades, aceitasse situações em que não fosse o primeiro a realizar as actividades e aceitasse situações contrárias à sua vontade.

O segundo objectivo definiu-se pela promoção da interacção e comunicação com os pares, no qual se pretendia que o Miguel aumentasse a frequência do seu contacto ocular com o musicoterapeuta e com os pares, aumentasse a sua contingência de resposta e cooperasse com os pares na realização das actividades.

O último objectivo definiu-se pela promoção da expressão de sentimentos e emoções, no qual se pretendia que o Miguel fosse capaz de identificar emoções e sentimentos em músicas e em imagens, identificar emoções e sentimentos em si e no outro e por fim, fosse capaz de partilhar emoções e sentimentos sobre as suas experiências de vida.

Quadro 9 - Plano Terapêutico - Miguel

Informações prioritárias: Grave situação de negligência e maus tratos		
Problema nº 1: Baixa resistência à frustração.		
Objectivo: Aumento da tolerância à frustração.		
Sub-objectivos:		
Não desistir quando surgem dificuldades	Aceitar não ser o primeiro a realizar as actividades	Aceitar situações que vão contra a sua vontade
Problema nº 2: Dificuldades na interacção com os pares		
Objectivo: Promover a interacção e comunicação com os pares		
Sub-objectivos:		
Aumentar a frequência do seu contacto ocular com o musicoterapeuta e com os pares	Aumentar a sua contingência de resposta	Cooperar com os pares na realização das actividades
Problema nº 3: Dificuldades na expressão dos seus sentimentos e emoções		
Objectivo: Promover a expressão de sentimentos e emoções		
Sub-objectivos:		
Ser capaz de identificar emoções e sentimentos em músicas e em imagens	Ser capaz de identificar emoções e sentimentos em si e no outro	Ser capaz de partilhar emoções e sentimentos sobre as suas experiências de vida

Etapas do processo terapêutico.1.ª Etapa: Incertezas

No início da intervenção o Miguel estava contente por fazer algo novo para ele e para os restantes utentes do CAT de Tercena, mostrando curiosidade sobre o que iria fazer nas sessões de musicoterapia.

Na primeira sessão, o Miguel mostrou-se uma criança com baixa resistência à frustração, desistindo rapidamente se não gostava do resultado do que estava a fazer, querendo os instrumentos que os outros restantes elementos do grupo escolhiam e tendo alguns comportamentos agressivos, quando não era o primeiro a realizar as actividades. A

maioria das vezes, decidia não participar na sessão e fazia outra coisa que não estivesse ligada a esta.

A partir da terceira sessão, o Miguel começou a não querer frequentar as sessões de musicoterapia e na maioria das vezes o musicoterapeuta ia buscá-lo à casa principal ou pedir a um dos monitores que o fizesse. Este afirmava que não queria participar e fazia o caminho até ao ginásio com uma expressão facial triste. No entanto, quando acabava a sessão de musicoterapia pedia para ficar mais tempo.

Durante as seis primeiras sessões de musicoterapia o Miguel continuou a desenvolver os mesmos conflitos com os restantes elementos do grupo e revelava pouca autonomia e confiança na exploração dos instrumentos musicais e alguma timidez na participação nas actividades.

No final da sexta sessão (Anexo F - 1) foi pedido que os elementos do grupo escolhessem um animal de entre vários que estavam numa folha, sendo que o Miguel escolheu o leão, o Pedro o macaco e a Beatriz o pinguim. De seguida, o Miguel e a Beatriz mostraram vontade de colorir os desenhos escolhidos.

O Miguel começou a colorir o primeiro e não gostou da cor que tinha escolhido, recusando-se a continuar, ainda que tenha sido encorajado a terminá-lo. Foi dado o segundo desenho, continuou a não gostar, dizendo que não sabia pintar e começou a chorar de uma forma bastante nervosa. Depois de ser dado espaço para se acalmar, foi-lhe dado o terceiro desenho e ele pediu ajuda, ao que respondi que pintaria a parte de cima do leão e ele pintaria o restante. O Miguel aceitou e no fim pediu-me se podia levar o desenho do leão com ele.

Esta situação exemplifica que o Miguel não acreditava nos resultados das actividades que realizava sozinho, só os valorizando quando tinha ajuda do musicoterapeuta ou de outro elemento do grupo.

A nível musical esta fase centrou-se principalmente na exploração dos instrumentos, no conhecimento do seu som e da forma como se tocava cada um. Eram realizados alguns jogos musicais, no entanto o Miguel não aceitava a ordem (aleatória) de participação nos jogos, as sugestões para novos jogos dos outros elementos ou os instrumentos que estes escolhiam.

As dificuldades demonstradas pelo Miguel nesta primeira fase revelam a desconfiança e os sentimentos ambivalentes muito próprios em crianças com perturbações da vinculação, ao sentir curiosidade por experiências novas e que lhe agradam, mas com muita insegurança e receio de se aproximar de alguém que não lhe é próximo.

2.^a Etapa: O primeiro passo

Na sétima sessão (Anexo F - 2) foi sugerida a criação de uma história no teclado sobre o leão, pinguim e o macaco. O Pedro recusou-se a participar na história.

O Miguel lembrou-se de forma imediata de como a situação do desenho o tinha perturbado. No entanto, participou na actividade, dirigindo-se às notas graves para representar o leão, indicando à Beatriz para se dirigir às notas agudas para representar o pinguim e a mim para ficar no centro a representar um elefante, que fora o animal escolhido pelo Miguel para eu representar.

As notas do teclado eram utilizadas de forma a representar a voz dos animais, associando o ritmo à métrica das palavras narradas. Foi o Miguel que iniciou a história, dizendo:

“Era uma vez um leão e um elefante que estavam na selva, mas o leão não queria brincar com o elefante, porque não gostava dele e o pinguim estava no gelo, onde teria de ficar para sempre, porque esse era o lugar dele.

A história continuou com a intervenção da Beatriz nas teclas mais agudas do teclado: “O pinguim também vive na selva.” No entanto, foi imediatamente interrompida pelo Miguel

No seguimento da história o leão afirmava que, embora não gostasse de elefantes, já era amigo deste elefante. Ainda assim, não queria ser amigo do pinguim muito menos brincar com ele. Sempre que a Beatriz tentava participar na história o Miguel interrompia-a, dizendo que não era a vez dela. Através da minha participação, a Beatriz teve oportunidade de narrar e cantar algumas partes da história dizendo que era amiga do elefante e queria ser amiga do leão. O Miguel raramente aceitava as suas ideias, continuando a afirmar que ela teria que ir para o gelo, porque a selva não era o lugar dela.

Esta foi a primeira vez que o Miguel expressou os seus sentimentos em relação ao musicoterapeuta e a um dos elementos do grupo nas sessões de musicoterapia.

Entre a sétima e a nona sessão, um dos elementos, o Pedro, encontrava-se muito agitado, não permitindo o desenrolar das actividades no restante grupo, afastando-se do que estava a acontecer e recusando-se participar (como por exemplo na sessão referida anteriormente). Os comportamentos disruptivos do Pedro levaram o Miguel a imitar tudo o que ele fazia, perturbando todo o desenrolar das sessões.

Na décima sessão foi decidido mudar o Pedro para sessões individuais, o que gerou uma grande mudança no Miguel.

3.^a Etapa: A aproximação

Logo na primeira sessão sem o Pedro (Anexo F - 3) foram visíveis mudanças no comportamento do Miguel, como por exemplo o aumento da concentração e interesse nas actividades, a diminuição dos comportamentos disruptivos e a satisfação nas improvisações instrumentais.

Nesta sessão, foram utilizados cartões com imagens de diferentes emoções para que cada um escolhesse aquele com que mais se identificava. O primeiro cartão a ser escolhido pelo Miguel foi o cartão “furioso”, no entanto voltou rapidamente atrás e escolheu o cartão “feliz”. Quando conversámos sobre as emoções que cada um tinha escolhido, o Miguel explicou que, por vezes, se sentia furioso quando os colegas gozavam com ele e que batia nele próprio, e que isso o fazia sentir-se ainda mais furioso.

Esta é mais uma característica das crianças com perturbação da vinculação, a extrema sensibilidade à crítica e o fraco controlo dos impulsos. Através de uma actividade lúdica o Miguel foi capaz de exteriorizar situações que lhe causava sofrimento e que o faziam reagir contra si mesmo.

Após esta conversa foi pedido, que representassem uma emoção de forma improvisada num dos instrumentos. O Miguel escolheu o cartão feliz e o teclado como instrumento. A improvisação desenrolou-se maioritariamente nas notas centrais com o meu acompanhamento harmónico nas notas graves. O ritmo da sua improvisação transmitia alegria e entusiasmo.

Nesta etapa, o Miguel modificou a sua atitude em relação à musicoterapia, dirigindo-se sozinho ao ginásio, participando nas actividades de forma espontânea e sugerindo novas actividades para as sessões. No entanto, os conflitos com a Beatriz continuavam, não aceitando as suas ideias e sugestões. Já quando a Beatriz não aceitava as ideias e sugestões do Miguel, este recusava-se a participar na sessão, afastando-se de nós e dos instrumentos.

4ª Etapa: Estou aqui

Na décima segunda sessão (Anexo F - 4) a Beatriz faltou e a sessão realizou-se apenas com o Miguel.

Esta sessão foi totalmente diferente das anteriores, pois o Miguel escolheu o teclado durante toda a sessão, não utilizando, nem mostrando interesse pelos restantes instrumentos disponíveis.

Improvisou durante toda a sessão, utilizando a voz pela primeira vez, embora sem palavras. Surgiram dois momentos durante as improvisações particularmente fortes, fazendo o Miguel emocionar-se enquanto tocava. Num deles, o Miguel improvisou no teclado uma melodia com três notas e um ritmo bastante calmo. Após a improvisação, este parou de tocar e perguntou: - “Percebeste o que eu te disse nesta música? Disse-te que tinha saudades da minha mãe”. De seguida continuou a tocar, não me dando espaço para lhe responder.

Foi a primeira vez que o Miguel deu significado à sua improvisação, conseguindo pôr em palavras o conteúdo simbólico que expressou através da melodia. Foi também a primeira vez que sentiu a segurança necessária para partilhar sentimentos sobre as suas problemáticas familiares. Apesar disso, não me deu espaço para aprofundar a questão levantada, continuando a improvisar, mas modificando o estilo de melodia, sendo esta mais rápida e incluindo mais notas.

A música tornou-se, neste momento, um meio para a sua libertação emocional, no entanto a insegurança e desconfiança que é característica das crianças com estas problemáticas fez com que o Miguel se escondesse desses sentimentos dolorosos.

5.^a Etapa: Eu e os outros

Devido à interrupção lectiva da Páscoa e a uma sessão em que todos os elementos do Grupo 1 faltaram, estes estiveram sem sessões durante três semanas. Devido a esse facto, quando recomeçaram as sessões, a atitude do Miguel perante a musicoterapia retrocedeu, voltando a não aparecer à hora marcada e a não querer participar na sessão.

No sentido de modificar esta atitude, no início da primeira sessão depois do período de interrupção (Anexo F - 5) foram colocadas músicas dos cantores preferidos dos dois elementos do grupo: o Michael Jackson e a Hannah Montana. Ao ouvir as músicas do seu cantor favorito, o Miguel sorriu e disse “boa!” e começou a dançar. Dançou sozinho, dançou comigo e dançou com a Beatriz. Participou nas restantes actividades com bastante interesse e energia e sempre com uma expressão sorridente.

Nas sessões seguintes, a motivação do Miguel aumentou significativamente e verbalizava várias vezes o que tinha sentido durante a sessão, sendo que numa das vezes disse que a música ouvida o deixava feliz e triste ao mesmo tempo, porque o tinha feito pensar no avô que não conhecia.

Os conflitos entre os dois elementos tornaram-se quase inexistentes nas duas últimas sessões, embora os dois afirmassem não ser amigos.

Nesta fase, quando o Miguel queria o instrumento que a Beatriz tinha, este dizia que esperava que ela terminasse; não tocava os instrumentos enquanto fazíamos outra actividade ou conversávamos; aceitava as ideias da Beatriz e contribuía com ideias novas, como por exemplo na actividade dos fantoches de dedo com suporte musical (Anexo 10).

No início desta fase, o Miguel mostra-se novamente desconfiado com a musicoterapia, como se a falha das três sessões significasse uma nova perda, pois as sessões teriam desaparecido das suas rotinas, sem que ninguém o tivesse informado.

Quando se apercebeu que fora lembrado que o seu cantor favorito era o Michael Jackson, o Miguel sentiu-se valorizado o que motivou.

6.^a Etapa: Vamos cantar o Adeus.

Quando os informei na décima oitava sessão do fim da musicoterapia o Miguel ficou visivelmente triste e questionou várias vezes se iria recomeçar em Setembro. Expliquei que não iria recomeçar mas valorizei o caminho que fizemos desde o início da intervenção, dando importância às actividades que realizámos e aos momentos que passámos. Nesta conversa ele foi recordando algumas coisas que aconteceram nas sessões.

Na última sessão pediu-me para cantar a música do “adeus” com que finalizávamos as sessões no início da intervenção.

No fim da sessão foi embora sem olhar para mim, o que manifesta a grande dificuldade que o Miguel tem em afastar-se das pessoas com quem criou laços afectivos, preferindo afastar-se desse momento doloroso.

Resultados. No final da intervenção, o Miguel mostrou alterações significativas nos problemas identificados na fase de observação participante, revelando mudanças relativamente aos objectivos traçados para o seu plano terapêutico.

O primeiro objectivo pretendia aumentar a resistência à frustração do Miguel, nomeadamente, aceitar as dificuldades que surgiam na sessão, tentando ultrapassá-las; aceitar a ordem aleatória de participação nas actividades; e aceitar situações, dentro das sessões, que fossem contra a sua vontade. Os comportamentos observados em sessão que confirmam as alterações relativas a este objectivo são a sua maior tolerância em relação aos outros, as suas sugestões de actividades que implicavam a troca de ordem de participação de todos os elementos do grupo e a sua persistência na participação nas sessões mesmo quando algo ocorria de forma contrária à sua vontade.

O segundo objectivo pretendia promover a interacção e comunicação com os pares, aumentando a frequência do contacto ocular com o musicoterapeuta e com os colegas do

grupo, aumentando a contingência da resposta e cooperando com os pares na realização das actividades. As alterações no comportamento do Miguel relativamente a este objectivo foram visíveis, no sentido em que no final da intervenção musicoterapêutica, o Miguel respeitava e aceitava os contributos dos seus colegas de grupo nas actividades musicais, os diálogos musicais com o outro aumentaram significativamente e o contacto ocular tornou-se presente nas sessões, tanto para procurar respostas musicais do outro, como para ouvir o outro nas prestações musicais de grupo.

O último objectivo pretendia promover a expressão de sentimentos e emoções de forma a identificar emoções e sentimentos em músicas e em imagens, emoções e sentimentos em si e no outro e partilhar emoções e sentimentos sobre as suas experiências de vida. Este objectivo também foi conseguido ao longo da intervenção musicoterapêutica, no sentido em que o Miguel abordou assuntos de teor emocional, verbalizando emoções e sentimentos presentes nas músicas que escolhia nas sessões e presentes nas improvisações instrumentais que realizava. Notou-se também um progresso significativo relativamente à partilha de sentimentos e emoções relativos às suas vivências familiares.

Apesar de ser possível perceber as mudanças apresentadas pelo Miguel ao longo da intervenção, a maioria levou muito tempo a acontecer. O Miguel mostrou uma grande desconfiança em relação ao grupo e ao musicoterapeuta no início da intervenção, não se mostrando interessado nas actividades, mas também não dando espaço à participação dos outros. Esta ambivalência de querer muito alguma coisa num determinado momento e no momento seguinte já não estar interessado é muito características nas crianças e adolescentes institucionalizados.

Ao longo do tempo criou laços afectivos com o musicoterapeuta, mostrando-se interessado pela sessão semanal e pelas actividades musicais realizadas, sendo visível uma maior motivação pelas actividades de improvisação instrumental.

O Miguel utilizou a palavra para explicar o que tinha tocado e sentido, apenas uma vez, numa sessão em que estava sozinho. Apesar da necessidade de utilizar a música como meio simbólico para a expressão dos seus sentimentos e emoções, a intervenção musicoterapêutica não teve a duração temporal suficiente, para que este se sentisse confortável e verbalizasse as suas experiências e vivências mais dolorosas, perto dos seus colegas de grupo.

No final da intervenção foi novamente aplicado o questionário PMTQ aos técnicos de referência (anexo G), de forma a perceber que comportamentos demonstraram alterações em relação ao questionário PMTQ aplicado no início da intervenção.

Podemos constatar no quadro em baixo indicado que a maioria dos problemas sinalizados no início da intervenção sofreu alterações, existindo concordância com as observações efectuadas ao longo das sessões e com as alterações já referidas anteriormente. No entanto, surgiram dois problemas ligados à área interpessoal, que não foram referidos no início da intervenção, nomeadamente “discutir com os colegas” e “não tomar atenção aos outros enquanto participa em actividades estruturadas”. Isto poderá significar que apesar de o Miguel ter melhorado a sua interacção com os pares nas sessões de musicoterapia, tal não foi visível fora deste contexto.

Quadro 10 - Resultados PMTQ: comparação da fase inicial e final - Miguel

Itens	Resultados iniciais	Resultados Finais
1.1. Raramente fica em sarilhos por não ter seguido regras ou por não fazer aquilo que deveria;	Concordo (4)	Concordo (4)
1.2. Tem dificuldades em seguir ordens (ficar quieto na cadeira, terminar o trabalho, trabalhar em silêncio, ser amável para os outros);	Concordo (4)	Discordo (2)
1.5. Chama frequentemente nomes aos colegas como “estúpido”, “idiota”, “burro”;	Concordo (4)	Discordo (2)
1.9. Discute com os colegas	Discordo (2)	Concordo (4)
1.12. Não toma atenção aos outros enquanto participa em actividades estruturadas.	Discordo totalmente (1)	Concordo (4)
1.16. Não expressa necessidades ou o que quer aos outros;	Concordo (4)	Discordo (2)
1.17. Vai atrás do grupo não expressando a sua opinião ou sentimentos	Concordo (4)	Discordo (2)
1.18. Não se mantém na realização da tarefa, distrai-se com facilidade e não se consegue concentrar;	Concordo totalmente (5)	Discordo (2)
1.27. Não se consegue recordar de eventos familiares como a ida ao parque;	Concordo (4)	Discordo (2)
1.31. Tem dificuldades em compreender o que lhe é dito;	Concordo (4)	Discordo (2)
1.32. Tem dificuldades em seguir direcções;	Concordo (4)	Concordo (4)
1.34. Faz comentários negativos sobre si, como sou “burro” ou “não sou muito esperto”;	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)
1.35. Recusa-se a participar em grupo ou individualmente em actividades devido à falta de confiança nas suas capacidades (medo do fracasso ou do ridículo);	Concordo (4)	Discordo (2)
1.36. Existe um ou mais comportamentos quando faz uma actividade: desorganização em vez de seguir o objectivo, rápido não se preocupando com a qualidade dos resultados, desiste facilmente em vez de mostrar perseverança, impressivo em vez de preciso;	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)
1.38. Tem dificuldades em dizer as horas ou o dia da semana	Concordo (4)	Discordo (2)
1.39. Tem dificuldades em contar o dinheiro;	Concordo (4)	Discordo (2)
1.40. Tem dificuldades em memorizar as letras do alfabeto	Concordo (4)	Discordo (2)

Quanto à avaliação efectuada pelo musicoterapeuta dentro do contexto terapêutico no início da intervenção, comparativamente à avaliação efectuada no final da intervenção são evidentes as melhorias do Miguel em todos os itens avaliados.

Quadro 11 - Resultados PMTQ Musicoterapeuta: comparação fase inicial e final - Miguel

Itens	Resultados iniciais	Resultados finais
1. Concentração	Desadequada (2)	Adequada (4)
2. Atenção	Desadequada (2)	Adequada (4)
3. Retenção	Média (3)	Adequada (4)
4. Relações interpessoais	Desadequada (2)	Adequada (4)
5. Contacto visual/ocular	Média (3)	Adequada (4)
6. Postura	Média (3)	Adequada (4)
7. Contacto Físico	Média (3)	Adequada (4)
8. Motivação para se envolver com a musicoterapia	Adequada (4)	Muito Adequada (5)
9. Expressões faciais adequadas	Adequada (4)	Adequada (4)
10. Capacidade de conversação	Adequada (4)	Adequada (4)
11. Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais	Desadequada (2)	Adequada (4)
12. Usa a música de forma apropriada	Desadequada (2)	Adequada (5)
13. Habilidade ou criatividade musical	Média (3)	Adequada (4)
14. Atitude geral perante a música	Adequada (4)	Adequada (4)
15. Habilidade rítmica	Média (3)	Adequada (4)

Nuno

Formulação do caso. O Nuno é um adolescente de catorze anos, proveniente de um meio familiar disfuncional. A mãe foi diagnosticada com problemas do foro psicológico e o pai tinha frequentes episódios de agressividade.

O Nuno foi transferido do Centro de Apoio à Infância e à Juventude “O Vigilante” para o CAT de Tercena, no qual reside há dois anos.

No início da intervenção, o técnico responsável pelo caso do Nuno referiu as fragilidades afectivas devidas aos inadequados modelos parentais de identificação, as suas dificuldades na expressão e comunicação (agravadas pela sua gaguez) geradoras de dificuldades na interacção social a nível verbal e não-verbal. O Nuno foi identificado como um adolescente com grande interesse por actividades musicais sendo assim encaminhado para a musicoterapia.

O Nuno participou em 16 sessões individuais de musicoterapia ao longo de 7 meses.

Na fase de observação participante foram efectuadas entrevistas informais ao Nuno, observado o seu comportamento e atitudes, consultado o seu processo e aplicado o questionário PMTQ ao utente (Anexo H), com o objectivo de conhecer as suas preferências musicais, as suas características individuais e as dificuldades que poderiam ser trabalhadas nas sessões de musicoterapia.

Ao observar o seu comportamento e atitudes, o Nuno apresentou-se como um adolescente muito ansioso, sobretudo após ter conhecimento da sua participação na intervenção musicoterapêutica, questionando frequentemente o musicoterapeuta sobre as actividades que iria realizar e sobre o dia em que iriam começar as sessões. Foram observados também comportamentos de isolamento e afastamento dos pares, dificuldades na interacção social a nível verbal e não-verbal com o outro e dificuldades na expressão de emoções e sentimentos.

Quanto aos resultados do questionário PMTQ aplicado ao utente, foi possível perceber que as suas preferências musicais se centravam na música Pop/Rock, na música africana e nos Tokio Hotel e que o Nuno apresentava interesse em aprender a tocar um instrumento musical e escrever música. Os maiores problemas do Nuno centravam-se na área emocional, cognitiva e interpessoal.

Quadro 12 - Resultados PMTQ: fase inicial - Nuno

Itens	Resultados
1.5. Bato frequentemente nos outros;	Concordo (4)
1.6. Fico zangado frequentemente com os outros;	Concordo (4)
1.10. Sinto frequentemente que estou com muito stress;	Concordo (4)
1.11. Por causa do stress, sinto frequentemente um ou outra das seguintes coisas: dificuldades em dormir, dores de estômago, ansiedade e /ou faço coisas de que me arrependo;	Concordo (4)
1.12. Tenho muita ansiedade;	Concordo totalmente (5)
1.13. Frequentemente faço coisas de que me venho a arrepender;	Concordo (4)
1.15. É difícil para mim falar aos outros acerca das coisas más que aconteceram;	Concordo totalmente (5)
1.17. Sinto-me frequentemente deprimido ou “em baixo”;	Concordo (4)
1.22. Gosto de partilhar as coisas com os outros e de partilhar tarefas;	Discordo (2)
1.25. Chamo frequentemente aos outros nomes como “estúpido”, “idiota” ou “parvo”	Concordo (4)
1.27. Acho que é difícil fazer amigos;	Concordo totalmente (5)
1.29. É difícil para mim falar com as outras pessoas;	Concordo (4)
1.30. É difícil para mim falar num grupo de pessoas;	Concordo totalmente (5)
1.34. Não gosto de mim;	Concordo totalmente (5)
1.36. Quando tento fazer alguma coisa, normalmente falho;	Concordo (4)
1.40. Quando tenho um problema, prefiro deixá-lo por resolver, a ter que passar muito tempo a tentar resolvê-lo;	Concordo totalmente (5)
1.41. Fico zangado se passo muito tempo a tentar resolver um problema;	Concordo totalmente (5)
1.43. As outras pessoas costumam mentir sobre mim;	Concordo (4)
1.52 – Quando estou em grupo, fico fechado sobre mim próprio ou saio do grupo.	Concordo totalmente (5)

Após a fase de observação participante, a intervenção musicoterapêutica teve início e na primeira sessão foi observada a atitude do Nuno, sendo de seguida preenchida a parte dirigida ao musicoterapeuta do questionário PMTQ:

Quadro 13 - Resultados PMTQ Musicoterapeuta: fase inicial - Nuno

Itens	Resultados
1. Relações interpessoais	Desadequada (2)
2. Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou sentimentos, como escape)	Adequada (4)
3. Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais	Adequada (4)
4. Concentração	Média (3)
5. Atenção	Média (3)
6. Retenção	Média (3)
7. Contacto ocular	Desadequada (2)
8. Postura	Média (3)
9. Contacto físico	Desadequada (2)
10. Motivação para se envolver com a musicoterapia	Adequada (4)
11. Expressões faciais adequadas	Média (3)
12. Envolve-se na conversa; capacidade de conversação	Desadequada (2)
13. Nível global de auto-conceito	Desadequada (2)
14. Criatividade musical	Média (3)
15. Atitude geral perante a música	Muito Adequada (5)

Na primeira sessão de musicoterapia, o Nuno evidenciou comportamentos desadequados nas relações interpessoais, no estabelecimento de contacto ocular e físico, na capacidade de conversação e nível global do seu auto-conceito. Apesar disso mostrou-se um adolescente com uma atitude muito adequada perante a música e esta era utilizada como meio para reflectir emoções e como escape à comunicação verbal.

Plano Terapêutico. Após o levantamento dos problemas mais visíveis do Nuno foi realizado o seu plano terapêutico. Este incidiu nos três maiores problemas demonstrados pelo Miguel na fase de observação e identificados pelo questionário PMTQ, nomeadamente as dificuldades na interacção social a nível verbal e não-verbal, as dificuldades na expressão dos seus sentimentos e emoções e a falta de auto-confiança e segurança

Sendo assim, o primeiro objectivo definiu-se pelo promoção da interacção social a nível verbal e não-verbal, no qual se pretendia que o Nuno aumentasse o contacto ocular com o musicoterapeuta, a contingência de resposta a nível musical e verbal e fosse capaz de verbalizar conteúdos simbólicos produzidos através da música.

O segundo objectivo definiu-se pela promoção da expressão de sentimentos e emoções, no qual se pretendia que o Nuno fosse capaz de identificar emoções e sentimentos em músicas e em imagens, fosse capaz de identificar emoções e sentimentos em si e no outro e fosse capaz de partilhar emoções e sentimentos sobre as suas experiências de vida.

O último objectivo definiu-se pela promoção da melhoria da sua auto-confiança e segurança, no qual se pretendia que o Nuno fosse capaz de participar em actividades que não se considerasse competente, fosse capaz de valorizar as actividades musicais realizadas por si em contexto terapêutico e fosse capaz de participar em actividades com e sem estrutura.

Quadro 14 - Plano Terapêutico - Nuno

Informações prioritárias: Grave situação de negligência e maus tratos		
Problema nº 1: Dificuldades na interacção social a nível verbal e não-verbal		
Objectivo: Promover a interacção social a nível verbal e não-verbal		
Sub-objectivos:		
Aumentar o contacto ocular com o musicoterapeuta	Aumentar a contingência de resposta a nível musical e verbal	Ser capaz de verbalizar conteúdos simbólicos produzidos através da música
Problema nº 2: Dificuldades na expressão dos seus sentimentos e emoções		
Objectivo: Promover a expressão de sentimentos e emoções		
Sub-objectivos:		
Ser capaz de identificar emoções e sentimentos em músicas e em imagens	Ser capaz de identificar emoções e sentimentos em si e no outro	Ser capaz de partilhar emoções e sentimentos sobre as suas experiências de vida
Problema nº 3: Fraco auto-conceito		
Objectivo: Promover a melhoria da sua auto-confiança e segurança		
Sub-objectivos:		
Ser capaz de participar em actividades que não se considera competente	Ser capaz de participar em actividades sem estrutura pré-definida	Ser capaz de valorizar as actividades musicais realizadas por si em contexto terapêutico

Etapas do processo terapêutico.1ª Etapa: A exploração sonora

O Nuno mostrou-se muito interessado e curioso desde que soube que iria começar a ter sessões de musicoterapia, procurando o musicoterapeuta sempre que este estava no CAT de Tercena, ainda na fase de observação participante. Essa procura resultava essencialmente em brincadeiras e quase não existiam interacções verbais.

Na primeira sessão, o Nuno estava visivelmente feliz, com uma expressão facial sorridente. Durante o primeiro contacto com os instrumentos, explorou-os pormenorizadamente, seguindo para o teclado, no qual escolheu um ritmo pré-definido e começou a improvisar. Foi visível o seu interesse pela música e pela exploração sonora, pois sempre que gostava das melodias que criava, olhava para o musicoterapeuta e sorria. Já quando não gostava das melodias, parava, alterava o ritmo pré-definido e o registo em que estava a tocar.

As três primeiras sessões do Nuno centraram-se no teclado, não mostrando interesse por qualquer outro instrumento. Assim que chegava à sessão, apontava para o teclado e as sessões sucediam em redor deste e das melodias e ritmos que o Nuno explorava. A música produzida era totalmente improvisada, sendo que por vezes surgiam jogos musicais de pergunta-resposta entre mim e ele, nos quais este participava com grande interesse.

As suas interacções verbais eram pouco frequentes, no entanto o Nuno referiu algumas vezes que tocar teclado o fazia sentir-se feliz. Apesar da sua insegurança perante uma pessoa que não lhe era próxima, o Nuno conseguia identificar e expressar o que a música o fazia sentir.

Nesta etapa, o Nuno demonstrou interesse em desenhar ao mesmo tempo que ouvia as suas músicas preferidas, no entanto os seus desenhos eram realizados apenas com lápis de carvão, apesar de existirem outros materiais disponíveis. Os desenhos mostravam-se simples e sem pormenores (Anexo I).

Na primeira actividade de construção de uma canção com preenchimento de espaços, o Nuno revelou também algumas dificuldades, não conseguindo escolher sozinho as palavras para cada espaço.

De realçar que nunca foi necessário chamar o Nuno para a musicoterapia, pois chegava sempre de forma pontual à sala onde decorriam as sessões.

Durante a primeira etapa, o Nuno explorou os sons de todos os instrumentos, preferindo o teclado na maioria das sessões. A sua exploração sonora era feita de forma lúdica, improvisando, criando pequenas melodias e participando em jogos sonoros com o musicoterapeuta, seguindo sempre o ritmo pré-definido do teclado por si escolhido e a tonalidade de suporte do musicoterapeuta.

As interacções verbais eram raras e em nenhuma sessão aprofundou o que sentia enquanto improvisava, dizendo apenas que isso o deixava feliz.

As inseguranças demonstradas pelo Nuno nesta primeira etapa e as suas poucas verbalizações durante a sessão, são características dos adolescentes institucionalizados, pois não sentem a segurança necessária para manter uma conversação sobre qualquer assunto. No entanto, o Nuno utilizava a música como meio de comunicação não-verbal, sendo frequentes a os momentos musicais de pergunta-resposta e de improvisação de melodias em conjunto com o musicoterapeuta.

2.^a Etapa: O Isolamento

A partir da sexta sessão, em Janeiro, foram visíveis muitas diferenças no Nuno, nomeadamente, a expressão facial fechada, o pouco interessado em tocar os instrumentos à disposição, a diminuição abrupta das interacções verbais, que se tornaram quase inexistentes, e algumas demonstrações de impaciência, como por exemplo olhar frequentemente para o relógio.

Mais tarde em reunião com o Dr. João Monjardino, foi-me informado que durante as férias de Natal o Nuno tinha ficado sem Família Amiga, devido aos conflitos que este gerava no ambiente familiar.

Este acontecimento explica o desinteresse presente no comportamento do Nuno, que marcou o mês de Janeiro. As crianças e adolescentes institucionalizados têm vivências marcadas pelo abandono e pela quebra sistemática de laços afectivos e numa situação destas o Nuno sentiu-se novamente desvalorizado, agravando a sua insegurança, desconfiança e a indiferença relativamente às pessoas que continuam a fazer parte da sua vida.

O Nuno apresentou-se sem interesse em participar nas actividades que anteriormente o deixavam visivelmente satisfeito.

As interacções musicais e verbais só regressaram na décima sessão, no dia dos namorados. Nesta sessão, o Nuno voltou a explorar o teclado, voltou a improvisar e voltou a sorrir enquanto o fazia e, no fim da sessão, disse que tinha tido um dia muito feliz na escola.

3.^a Etapa: O Regresso

O Nuno esteve sem sessões de musicoterapia durante quatro semanas. Isto ocorreu, porque um dos monitores o inscreveu em treinos de Rugby na mesma hora das sessões. Estas só retomaram depois dos horários serem alterados de forma a conseguir uma conciliação com os horários do Nuno.

Na primeira sessão após as quatro semanas, o Nuno mostrou-se satisfeito, no entanto quando lhe foi perguntado o que queria fazer, disse que não sabia, pois não sabia tocar nenhum instrumento. Mais uma vez, a insegurança do Nuno tinha regressado ao contexto de sessão, evidenciando também a falta de confiança já observada no início da intervenção.

Pedi para fazer um desenho enquanto ouvia as suas músicas preferidas e após a sua realização, pegou no djembé e começou a imitar o ritmo da música gravada, embora com algum receio e timidez. Quando foi acompanhado por outro djembé, mostrou-se mais seguro, o que permitiu uma maior exploração dos ritmos. As músicas foram sucedendo e o Nuno acompanhava o ritmo e criava pequenas improvisações por cima das músicas.

De notar, que o seu desenho mostrava algumas alterações, comparativamente aos desenhos do início da intervenção, nomeadamente a utilização de marcadores de várias cores e o aparecimento de alguns pormenores, como por exemplo, o desenho de um pássaro amarelo e vermelho com notas musicais a sair pelo bico (Anexo J).

Na sessão seguinte (Anexo K - 1), o Nuno pediu para realizar novamente actividade da música gravada com os djembés. Foram escolhidas algumas músicas, dentro dos seus gostos e este imitou os ritmos e criou pequenas improvisações instrumentais, tal como na sessão

anterior. Quando a lista das músicas terminou, o Nuno continuou a tocar e improvisou durante algum tempo sem música gravada.

Esta improvisação foi realizada nos djembés e os ritmos foram percutidos de uma forma agressiva, quase como um ataque ao instrumento. O djembé tornou-se assim um potenciador da libertação física e emocional do Nuno, sendo visível alguma tranquilidade no seu rosto no final da improvisação.

Pela primeira vez, mostrou vontade em colocar em palavras o que tinha sentido durante a improvisação. Disse que no início da sessão estava zangado com situações que tinham ocorrido na instituição, no entanto depois de tocar djembé sentia-se calmo e feliz.

Nas sessões seguintes, o Nuno voltou ao teclado, improvisando algumas melodias, embora estas fossem curtas, comparativamente às improvisações realizadas no início da intervenção.

As interacções verbais aumentaram durante as sessões, pois o Nuno manifestava necessidade de conversar sobre as suas vivências escolares, vivências no CAT de Tercena e as suas dificuldades em fazer amigos.

4.^a Etapa: A Despedida

Na décima quarta sessão o Nuno foi informado que a musicoterapia estava a chegar ao fim, mostrando-se muito decepcionado com esta situação.

Nas duas sessões seguintes chegou antes da hora prevista, pretendendo perceber se a musicoterapia iria recomeçar no próximo ano lectivo. Foi explicado que a duração da intervenção musicoterapêutica no CAT de Tercena estava relacionada com um estágio curricular e por isso iria terminar em Junho. Conversou-se também sobre as experiências vividas nas sessões de musicoterapia e o que tinham significado para ele. Este referiu que as

sessões de musicoterapia o faziam feliz, que gostava muito de tocar teclado e djembé e que gostaria de continuar em Setembro.

A verbalização do Nuno sobre a importância das sessões para si é um ponto de progresso muito importante neste utente, pois no início da intervenção este não apresentava muitas interacções verbais e raramente eram relacionadas com sentimentos e emoções pessoais de uma forma tão aprofundada.

Na décima quinta sessão foi construída uma canção (Anexo L), que evidenciou algumas diferenças na sua auto-confiança, pois esta foi construída e cantada por ele.

Um dia para o sol vou olhar,
E o reflexo no mar, faz-me respirar.
Um dia com vontade vou estudar,
Para ter um emprego e talvez viajar.

Um dia sigo o meu caminho e um desejo vou conquistar,
Atravessar o mundo inteiro, sempre com o meu dinheiro para viajar.

Na última sessão de musicoterapia o Nuno referiu que queria conversar, não se dirigindo a nenhum instrumento, nem demonstrando intenções em realizar actividades musicais. Conversou sobre o futuro, sobre o que pretendia fazer como profissão e mais uma vez sobre as suas dificuldades em fazer amigos dentro do CAT de Tercena, evidenciando as suas dificuldades na criação de laços afectivos com os pares. Nesta sessão, falou também sobre o seu desejo em sair do CAT e ter uma vida autónoma.

Demorou muito tempo a conseguir ir embora e quando o decidiu fazer, abraçou-me e disse que ia ter saudades da musicoterapia.

Resultados. No final da intervenção, o Nuno mostrou alterações significativas nos problemas identificados na fase de observação participante, revelando mudanças relativamente aos objectivos traçados para o seu plano terapêutico.

O primeiro objectivo pretendia promover a interacção social a nível verbal e não-verbal e apesar dos recuos causados pelo abandono da sua Família Amiga e pela pausa devido à integração nos treinos de Rugby, este objectivo foi atingido. Foi visível um aumento do seu contacto-ocular e da contingência da resposta verbal e musical com o musicoterapeuta e, nas últimas sessões, o Nuno colocava em palavras as suas emoções e sentimentos durante os momentos de improvisação, o que vai ao encontro do segundo objectivo traçado no seu plano terapêutico, a promoção da expressão de sentimentos e emoções.

O último objectivo pretendia promover a melhoria da sua auto-confiança e segurança, o que foi também conseguido nas últimas sessões, pois o Nuno começou a participar em todas as actividades musicais, mesmo aquelas que no início não se mostrava com capacidades para concretizar, como por exemplo as construções de canções e cantar.

Ainda relativamente ao último objectivo, o Nuno revelou-se desde logo capaz de participar em actividades musicais sem uma estrutura pré-definida, como por exemplo a improvisação. Quanto à valorização das actividades musicais desenvolvidas por este em contexto da sessão, este foi o único sub-objectivo, cuja concretização não ficou clara, porque o utente nunca tornou evidente essa valorização, referindo apenas a importância das sessões de musicoterapia no seu todo.

Foi evidente uma maior instabilidade na concretização do último objectivo, principalmente nas sessões imediatamente a seguir aos dois acontecimentos já mencionados: o abandono da sua Família Amiga e a pausa nas sessões. Estes poderão ter levado o Nuno a viver sentimentos de desamparo e desânimo, por ficar novamente longe de pessoas com quem

criara laços afectivos, o que originou dificuldades em acreditar nas suas capacidades e criação de receio em experimentar e arriscar.

O facto de a Musicoterapia regressar ao seu horário, mostrou-lhe que esses laços não desapareceram, podendo restabelecer a relação que já conseguira em sessões anteriores, conseguindo confiar mais em si próprio e usufruindo ainda mais das actividades musicais.

Podemos concluir que durante a intervenção musicoterapêutica com o Nuno, existiu um crescente desenvolvimento ao nível das competências interpessoais, de empatia e prazer na relação.

No final da intervenção foi novamente aplicado o questionário PMTQ ao utente (Anexo M), de forma a perceber que comportamentos demonstraram alterações em relação ao questionário PMTQ aplicado no início da intervenção.

Quadro 15 - Resultados PMTQ: comparação fase inicial e final - Nuno

Itens	Resultados iniciais	Resultados finais
1.5. Bato frequentemente nos outros;	Concordo (4)	Nem concordo, nem discordo (3)
1.6. Fico zangado frequentemente com os outros;	Concordo (4)	Nem concordo, nem discordo (3)
1.10. Sinto frequentemente que estou com muito stress;	Concordo (4)	Concordo (4)
1.11. Por causa do stress, sinto frequentemente um ou outra das seguintes coisas: dificuldades em dormir, dores de estômago, ansiedade e /ou faço coisas de que me arrependo;	Concordo (4)	Concordo (4)
1.12. Tenho muita ansiedade;	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)
1.13. Frequentemente faço coisas de que me venho a arrepender;	Concordo (4)	Concordo (4)
1.15. É difícil para mim falar aos outros acerca das coisas más que aconteceram;	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)
1.17. Sinto-me frequentemente deprimido ou “em baixo”;	Concordo (4)	Concordo (4)
1.22. Gosto de partilhar as coisas com os outros e de partilhar tarefas;	Discordo (2)	Concordo (4)
1.25. Chamo frequentemente aos outros nomes como “estúpido”, “idiota” ou “parvo”	Concordo (4)	Concordo (4)
1.27. Acho que é difícil fazer amigos;	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)
1.29. É difícil para mim falar com as outras pessoas;	Concordo (4)	Concordo (4)
1.30. É difícil para mim falar num grupo de pessoas;	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)
1.34. Não gosto de mim;	Concordo totalmente (5)	Discordo totalmente (1)
1.36. Quando tento fazer alguma coisa, normalmente falho;	Concordo (4)	Concordo (4)
1.40. Quando tenho um problema, prefiro deixá-lo por resolver, a ter que passar muito tempo a tentar resolvê-lo;	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)
1.41. Fico zangado se passo muito tempo a tentar resolver um problema;	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)
1.43. As outras pessoas costumam mentir sobre mim;	Concordo (4)	Concordo (4)
1.52 – Quando estou em grupo, fico fechado sobre mim próprio ou saio do grupo.	Concordo totalmente (5)	Concordo (4)

Podemos constatar, que a maioria dos problemas sinalizados pelo questionário PMTQ no início da intervenção não sofreu alterações, no entanto é necessário referir que alguns pontos deixaram de ter uma cotação de 5, passando a ter uma cotação de 4 e que o ponto 1.34 (“Não gosto de mim”) teve um mudança de cotação de 5 (concordo totalmente) para uma cotação de 1 (discordo totalmente).

É também necessário referir que o questionário PMTQ aplicado no final da intervenção evidencia um aumento das dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais com os seus pares, pois os pontos 1.28 (“Não tenho amigos próximos”), 1.37

(“As pessoas não gostam de mim”) e 1.42 (“Não confio nas outras pessoas”) deixaram de ter cotações de 1 (discordo totalmente) nos dois primeiros pontos e 3 (não concordo nem discordo) no terceiro ponto, e passaram todos a ter cotações de 4 (concordo).

Estas dificuldades na relação com os pares foram visíveis no final da intervenção, no sentido em que as conversas com o Nuno sobre o seu futuro profissional, a sua futura autonomia e as dificuldades em fazer amigos foram muito frequentes.

No que diz respeito à avaliação final realizada pelo musicoterapeuta, como mostra o quadro seguinte, foram evidentes alterações no comportamento e atitudes do Nuno. Apesar de ao longo da intervenção, isso nem sempre se verificar, no final na intervenção foram visíveis as modificações na relação interpessoal estabelecida com o musicoterapeuta, o aumento do contacto-ocular e físico, as alterações positivas na capacidade de conversação do Nuno e no seu nível global de auto-conceito.

**Quadro 16 - Resultados PMTQ Musicoterapeuta: comparação da fase inicial e final:
Nuno**

Itens	Resultados iniciais	Resultados finais
1. Relações interpessoais	Desadequada (2)	Adequada (4)
2. Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou sentimentos, como escape)	Adequada (4)	Adequada (4)
3. Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais	Adequada (4)	Adequada (4)
4. Concentração	Média (3)	Adequada (4)
5. Atenção	Média (3)	Adequada (4)
6. Retenção	Média (3)	Adequada (4)
7. Contacto ocular	Desadequada (2)	Adequada (4)
8. Postura	Média (3)	Adequada (4)
9. Contacto físico	Desadequado (2)	Adequada (4)
10. Motivação para se envolver com a musicoterapia	Adequada (4)	Adequada (4)
11. Expressões faciais adequadas	Média (3)	Adequada (4)
12. Envolve-se na conversa; capacidade de conversação	Desadequada (2)	Adequada (4)
13. Nível global de auto-conceito	Desadequada (2)	Adequada (4)
14. Criatividade musical	Média (3)	Adequada (4)
15. Atitude geral perante a música	Muito Adequada (5)	Muito Adequada (5)

Outras Intervenções Clínicas

Pedro. O Pedro é uma criança de seis anos, que reside há um ano no CAT de Tercena. Este foi institucionalizado devido a uma grave situação de negligência e abandono da mãe, com a suspeita de abuso sexual por parte do padrasto, embora sem existir uma confirmação ou comprovação do caso.

Quando chegou ao CAT de Tercena o Pedro teve grandes dificuldades de integração no ambiente da instituição e grandes dificuldades de relação com os seus pares e funcionários. Apesar de grande parte destas dificuldades estarem ultrapassadas, o Pedro continuou a revelar lacunas na área interpessoal, na área cognitiva e na área emocional. Daí ser encaminhado para a musicoterapia e começar por ser incluído num grupo com outras duas crianças, um menino de seis anos e uma menina de oito anos.

Nas primeiras sessões em grupo o Pedro mostrou-se uma criança motivada para a musicoterapia e tolerante com os restantes elementos do grupo, no entanto isso modificou-se entre a sétima e a nona sessão. Os conflitos entre os elementos do grupo aumentaram, o Pedro mostrou-se desmotivado e contrariado na musicoterapia, não aceitando as actividades sugeridas pelos colegas e perturbando o funcionamento da sessão.

Depois de perceber que a sua alteração de comportamento se deveu a uma conversa telefónica que estabeleceu com a mãe, chegou-se à conclusão que seria melhor encaminhá-lo para sessões de musicoterapia individuais.

Na primeira sessão individual, o seu comportamento inadequado continuou a manifestar-se, no entanto a partir da segunda sessão o Pedro mostrou-se mais motivado e interessado na musicoterapia.

Através das actividades musicais realizadas nas sessões de musicoterapia, as interacções verbais e musicais do Pedro aumentaram significativamente. Este utilizava a música como um meio de exteriorizar as suas problemáticas familiares e os instrumentos

tanto poderiam ser utilizados para tocar, como para representar adereços nas histórias dramatizadas nas sessões.

Joana. A Joana é uma adolescente de treze anos e irmã do Miguel, proveniente do mesmo contexto familiar descrito no caso deste. Apesar de ter sido vítima de graves maus-tratos, negligência e abandono, esta tem bastantes expectativas em voltar para perto da mãe.

Mostrou-se uma adolescente bastante reservada, com dificuldades na expressão dos seus sentimentos e emoções, com grandes inseguranças sobre si.

A Joana foi encaminhada para sessões de musicoterapia individuais.

A Joana mostrou-se bastante motivada para a musicoterapia desde a primeira sessão. Explorou todos os instrumentos musicais de uma forma minuciosa, mostrando desde logo preferência pela guitarra e pelo teclado.

Nas primeiras sessões, era visível a insegurança ao tocar os instrumentos e só começou a cantar numa das sessões finais. Apesar de ter receio em cantar, participou na actividade, mostrando-se feliz por ter conseguido.

A improvisação musical, a construção de canções e principalmente a expressão corporal com suporte musical, facilitaram a interacção verbal entre a Joana e o musicoterapeuta, que começou a abordar as suas inseguranças pessoais e as problemáticas familiares.

No final da intervenção a Joana referiu que a musicoterapia foi importante para ela, porque sentia que era um local onde podia expressar os seus sentimentos de forma segura.

Flávio. O Flávio é um adolescente de treze anos, que antes de ser institucionalizado no CAT de Tercena, residiu na Ajuda de Berço. A mãe faleceu quando ele era muito novo e era alcoólica em 1º Grau. Já o pai tem outra família e não pretende ficar com o filho. Durante algum tempo viveu com as irmãs, mas voltou a ser institucionalizado.

Tem o diagnóstico de Síndrome Fetal Alcoólico com baixo percentil no seu desenvolvimento e alguns problemas ao nível da visão.

O Flávio é um adolescente reservado, com dificuldades na expressão dos seus sentimentos e emoções, com algumas dificuldades na relação e integração com os pares, dificuldades na gestão das emoções e um frágil auto-conceito.

Por ser um adolescente muito reservado, foi encaminhado para sessões de musicoterapia.

No início da intervenção, o Flávio mostrou-se aborrecido, não querendo participar nas sessões de musicoterapia, no entanto todas as sessões explorava os instrumentos de forma curiosa e realizava algumas improvisações de curta duração.

Numa das sessões, o Flávio mostrou-se bastante desagradado com a musicoterapia, referindo na área da música só gostava de tocar flauta de bisel.

A partir dessa sessão, o Flávio trazia a sua flauta e as sessões centravam-se no seu instrumento e nas canções que ele trazia para a sessão. Esta actividade possibilitou que o Flávio começasse a explorar outros instrumentos, como por exemplo o teclado, no qual aprendia a tocar as músicas que trazia para a sessão. Durante essas explorações, surgiam algumas improvisações, embora continuassem a ser de curta duração.

A partir da décima sessão, houve uma alteração no comportamento do Flávio, pois este começou a dirigir-se à sala onde decorriam as sessões de forma espontânea e trazendo sempre músicas que queria tocar.

A utilização da flauta de bisel facilitou a interacção verbal entre o Flávio e o musicoterapeuta, facilitou a expressão de alguns sentimentos e emoções e mudou totalmente a motivação e a expressão facial nas sessões de musicoterapia.

Grupo 1. Este grupo começou por ser constituído por três elementos, a Beatriz, o Miguel e o Pedro. Os três elementos foram encaminhados para sessões de musicoterapia de grupo, pois revelavam dificuldades na interacção social com os pares, falta de interesse em partilhar experiências de grupo e dificuldades na expressão dos seus sentimentos e emoções.

No início da intervenção, este grupo era bastante agitado e conflituoso, sendo que os seus elementos não aceitavam as opiniões e as preferências do outro.

A partir da décima sessão o Pedro foi indicado para sessões individuais, devido aos seus comportamentos disruptivos, que perturbavam desenvolvimento das actividades no contexto terapêutico.

Depois da saída do Pedro verificou-se algumas melhorias no desenrolar das sessões, tornando-se as actividades mais proveitosas para o Miguel e para a Beatriz. No entanto, os conflitos entre os dois continuavam a existir, como por exemplo na escolha dos instrumentos e na ordem de participação nas actividades. Devido a estes conflitos, a Beatriz começou a mostrar-se desmotivada, não querendo tocar nenhum instrumento e afastando-se das actividades. Quando era chamada a participar referia que o Miguel não aceitava as suas ideias e não queria estar com ele.

Na décima segunda sessão a Beatriz faltou, sendo que a sessão se realizou apenas com o Miguel. Foi uma sessão em que o Miguel nunca trocou de instrumento e participou na sessão de uma forma bastante serena. Esta sessão trouxe algumas modificações à atitude do Miguel perante a musicoterapia e perante a sua colega de grupo.

Nas últimas sessões houve uma mudança de comportamento nos dois elementos do grupo. Os conflitos tornaram-se quase inexistentes, tanto na escolha dos instrumentos, como na ordem de participação nas actividades a serem realizadas, havendo também um aumento da compreensão e aceitação do outro, embora ambos afirmassem não serem amigos.

Grupo 2. Este grupo é constituído por quatro elementos de treze anos de idade do sexo feminino: a Isabel, a Luisa, a Mariana e a Susana. Estas adolescentes revelavam algumas dificuldades na relação interpessoal com os pares e na expressão dos seus sentimentos e emoções, sendo estas características muito própria da idade em que se encontram e também consequências das suas problemáticas familiares. Por estes motivos foram encaminhadas para sessões de musicoterapia de grupo.

Este grupo mostrou-se bastante dinâmico desde o início, embora não mostra-se muita motivação pela prática instrumental, dando total preferência a actividades de expressão corporal com suporte musical, à audição de músicas com as respectivas letras a acompanhar e alguns jogos/dinâmicas de grupo com sua posterior discussão em grupo.

Desde o início foi visível a liderança de um dos elementos do grupo, a Isabel, sendo que no início os restantes elementos do grupo seguiam a sua opinião e partilhavam as suas preferências. No entanto, com o decorrer das sessões notou-se algumas tentativas de afirmação de um dos restantes elementos do grupo, a Luísa, o que gerou alguns conflitos numa das sessões.

Todos os elementos do grupo mostravam alguma resistência em tocar os instrumentos, mas apesar disso conseguiu dinamizar-se algumas improvisações instrumentais.

A construção de canções ou a reprodução musical não eram aceites e por isso durante algumas sessões, as actividades com este grupo centravam-se na expressão corporal com suporte musical e adereços.

Nalgumas sessões, os elementos do grupo traziam músicas para serem utilizadas na sessão.

Entre a décima e a décima quinta sessão, houve uma tentativa de dinamizar actividades de prática musical, o que originou uma diminuição da motivação do grupo, reflectindo-se na sua pontualidade e assiduidade nas sessões.

Nas últimas três sessões voltou a realizar-se as actividades de expressão corporal, o que mudou o interesse e a atitude geral do grupo até ao final da intervenção.

Apesar das dificuldades em gerir a dinâmica deste grupo, as interacções verbais entre os pares e o musicoterapeuta aumentaram significativamente. No final da intervenção, havia momentos de conversa, em que eram abordados assuntos relativos às vivências no CAT de Tercena tanto em relação a outros utentes, como em relação aos técnicos e monitores.

Conclusões

Tal como foi descrito no enquadramento teórico, a musicoterapia poderá ser uma ferramenta poderosa nos centros de acolhimento temporário, devido à sua capacidade para promover o estabelecimento de relações de confiança e reciprocidade, especialmente com pessoas com grandes dificuldades em formar relações de confiança, como é o caso das crianças e adolescentes institucionalizados.

Neste sentido, no início deste estágio curricular foram delineados um conjunto de objectivos, em que para os atingir, a música seria utilizada como um veículo promotor da melhoria das relações entre os residentes do CAT de Tercena e como facilitadora da aproximação da criança ou adolescente às suas figuras de referência. Pretendia-se ainda promover as actividades em grupo em contexto de lar, de forma a desenvolver competências sociais e proporcionar uma abordagem terapêutica aos utentes.

Estes objectivos foram atingidos ao longo dos sete meses de intervenção musicoterapêutica. No entanto, nem todos foram atingidos ao mesmo tempo com todos os utentes. Apesar das suas problemáticas comuns, cada utente tinha as suas próprias características e especificidades.

Ainda assim, a musicoterapia proporcionou a criação de um lugar menos ameaçador dentro da instituição, que permitiu aos utentes expressar os sentimentos de forma segura, como referiu a Joana numa das últimas sessões.

De acordo com esta ideia, Vulliamy (2009) refere que é indispensável que o espaço terapêutico seja separado da casa onde residem os utentes, para que estes encontrem um espaço onde podem libertar as suas emoções de uma forma segura.

Foi indispensável perceber, desde logo, quais os gostos musicais das crianças e adolescentes. Pois a utilização das suas músicas preferidas, aumentou a sua motivação e

interesse, surgindo a interação e a comunicação através da música e o estabelecimento de relação com o musicoterapeuta (Brooks, 1989).

Ao longo das sessões foram abordados assuntos relacionados com as vivências do CAT de Tercena, que incluíam as dificuldades e as satisfações em relação aos residentes, monitores e técnicos. A música funcionava como uma ferramenta facilitadora da expressão das situações difíceis de verbalizar, possibilitando às crianças e adolescentes resolverem esses conflitos dentro das sessões.

A música improvisada e os jogos dramáticos e musicais improvisados foram frequentemente utilizados pelos utentes, podendo a música proporcionar a expressão e a libertação da tensão emocional (Amir e Yair, 2008).

A musicoterapia mostrou-se importante na reparação de laços afetivos, devido à sua capacidade de exteriorizar o mundo interno da criança e adolescente com problemas emocionais, podendo processar o material emocional confuso e opressivo de uma distância que lhe é segura (Hussey e Layman, 2003).

No entanto, o tempo de total deste estágio curricular mostrou-se insuficiente no restabelecimento total dos laços afetivos destas crianças e adolescentes, pois os utentes apresentaram grandes dificuldades em estabelecer relações de confiança, receio em aproximarem-se de pessoas que não lhes são próximas, dificuldades de aceitar circunstâncias desconhecidas e grande instabilidade emocional. Daí, para colmatar o tempo que cada criança e adolescente demora a estabelecer uma relação de confiança com o musicoterapeuta, as intervenções nestas instituições deverão ser mais duradouras.

Considero que a utilização da música com função terapêutica foi uma mais-valia com estas crianças e adolescentes, devido à sua capacidade de proporcionar e facilitar o estabelecimento de relações de confiança recíprocas, sendo estas os alicerces que permitiriam

responder às necessidades de cada uma delas e atingir os objectivos delineados em cada um dos seus planos terapêuticos.

Reflexão Final

Interesso-me pela área da musicoterapia desde que tive o primeiro contacto com esta numa oficina de 22 horas dinamizada pela musicoterapeuta Márcia Vasconcelos. A partir desse momento estabeleci a musicoterapia como a minha meta profissional.

Quando o mestrado teve início, senti algumas lacunas nos meus conhecimentos académicos, nomeadamente na área de psicologia e da música, tendo de procurar meios para as colmatar através de formação musical num instrumento harmónico (guitarra) e pesquisa bibliográfica relacionada com a psicologia e as terapias expressivas.

Após um ano de crescimento pessoal, académico e profissional, foi-me atribuído o estágio curricular no CAT de Tercena. Surgiram algumas dúvidas em relação à minha preparação para enfrentar uma população-alvo com características tão específicas como as crianças e adolescentes institucionalizados. No entanto, abracei o desafio e pesquisei bibliografia sobre esta população no período que precedeu o início do estágio curricular.

O orientador de estágio no local, o Dr. João Monjardino, recebeu-me com entusiasmo, explicando-me algumas características do CAT de Tercena e dando-me algumas directrizes para o planeamento da intervenção musicoterapêutica.

O estágio curricular teve início com uma primeira fase de observação, que se revelou extremamente importante, pois permitiu-me conhecer o funcionamento do centro de acolhimento temporário, conhecer os utentes e perceber as suas rotinas e vivências em grupo. Esta fase possibilitou-me também interagir com os utentes, estabelecer diálogos com eles e perceber quais poderiam usufruir de uma forma benéfica da musicoterapia.

Durante os nove meses de intervenção, senti algumas dúvidas que eram esclarecidas tanto nas reuniões de supervisão, como na bibliografia pesquisada ao longo do ano lectivo. As crianças e adolescentes institucionalizados, podem ter antecedentes semelhantes, mas cada um

deles tem especificidades muito diferentes. Além disso, o seu quotidiano é inconstante, tendo que existir uma grande capacidade de reajustamento da parte do musicoterapeuta.

A necessidade de um constante reajustamento da minha parte foi a característica mais importante do meu estágio curricular. Ao longo de toda a intervenção ocorreram situações que influenciaram a realização das sessões dos utentes indicados para a musicoterapia, como por exemplo o esquecimento da musicoterapia por parte dos monitores; a inscrição dos utentes noutras actividades na mesma hora da musicoterapia; a falta de assiduidade e/ou pontualidade de alguns utentes no início da intervenção, tendo muitas vezes de me dirigir à casa para os chamar.

Ao longo do ano lectivo, o meu horário de estágio foi alterado três vezes, de forma a não interromper as sessões com nenhum utente, mas a partir da terceira vez não surgiram mais contratemplos.

Outra situação que foi frequente no decorrer do estágio, foi a colocação de uma grande diversidade de objectos na sala onde decorriam as sessões, nomeadamente colchões; prendas de Natal; caixas com sapatos, espaço de pintura de quadros com respectivas tintas à disposição, e jogos à entrada ou dentro da sala. A presença destes objectos na sala, eram elementos de distração para os utentes, sendo necessário muitas vezes retirar os objectos da sala antes do início das sessões.

Apesar destas dificuldades, sempre que comuniquei aos técnicos as situações referidas, estes mostraram-se bastantes disponíveis em arranjar soluções para que tudo corresse da melhor forma.

A relação positiva com os funcionários do CAT de Tercena tornou-se assim uma peça importante nesta intervenção, pois foi através desta relação que se ultrapassaram algumas barreiras e se conseguiu acompanhar todos os utentes.

Este ano lectivo foi verdadeiramente importante para mim, pois permitiu-me adquirir novos conhecimentos sobre uma população com a qual nunca tinha trabalhado e que me fez reflectir sobre a melhor forma de estabelecer uma relação de confiança e segurança. Esta reflexão era efectuada diariamente antes e depois das sessões, de forma a perceber quais os pontos a melhorar de sessão para sessão.

No sentido de ter mais conhecimento sobre uma das áreas de intervenção da musicoterapia, a Educação Especial, e as patologias apresentadas pelos utentes do CAT de Tercena, realizei a Pós-Graduação em Educação Especial – domínio cognitivo e motor (Anexo N). As pesquisas efectuadas no âmbito da formação em Educação Especial deram um grande contributo às pesquisas realizadas antes e durante este estágio curricular.

É importante também referir a oportunidade de ser uma das oradoras no VI Encontro Internacional da Associação Portuguesa de Musicoterapia. Foi um momento muito importante do ano lectivo, que me permitiu mostrar o trabalho efectuado no estágio curricular até a altura e que se traduziu em mais uma experiência de crescimento pessoal e profissional, possibilitando a troca de conhecimentos entre várias áreas da intervenção musicoterapêutica.

Por fim, além do que foi referido, foram também muito importantes os encontros musicais realizados semanalmente com a Margarida Machado e esporadicamente com a Paula Lucas. Estes permitiram a partilha de ideias, de experiências e principalmente de música improvisada. Este facto, demonstra a importância da prática musical numa vertente pessoal, que tanto desenvolve as competências musicais pessoais como as competências interacção musical com o outro.

Em jeito de conclusão, este ano lectivo foi bastante rico na aquisição de conhecimentos, no estabelecimento de relações interpessoais com utentes e profissionais, o que me faz querer aprofundar cada vez mais a minha formação nesta área e nesta população.

O trabalho realizado neste estágio curricular foi reconhecido pelo CAT de Tercena e foi-me dada a possibilidade de continuar o trabalho no ano lectivo seguinte.

Considero este estágio curricular não o fim do mestrado em musicoterapia mas sim um ponto de partida para um futuro aperfeiçoamento e crescimento profissional.

Perante o meu percurso ao longo deste estágio curricular, reflecto e revejo-me na frase de Brown, S. (2002):

“Therapy is a journey where you do not know where you are going until you arrive. New directions can be thought about and planned often lead into unexpected territory”.

Referências

Ainsworth, M., S., Blehar, M., Waters, E., e Wall, (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Ainsworth, S. e Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 4, 333-341.

Amir, D. e Yair, M. (2008). When piano talks: finding meaning in piano improvisations created by three children at risk who live in residential care. In Hadley, Susan (Ed). *Qualitative Inquires in Music Therapy – monograph series 4*. Barcelona: Barcelona Publishers.

Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1984). *Apego e perda: Separação – angústia e raiva*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Brooks, D.M. (1989). Music Therapy Enhances Treatment with Adolescents - california symposium on clinical practices. *Music Therapy Perspectives*, 6, 37-19.

Brown, S. (2002). Person centred attitude. In Sutton, Julie (Ed). *Music, Music Therapy and Trauma. International Perspectives*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Cassity M., & Cassity J. (2006). *Multimodal Psychiatric Music Therapy: for adults, adolescents and children*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Cox, M., Owen, T., Henderson V. e Margand, N. (1992). Prediction of infant – father and infant – mother attachment. *Development Psychology*, 28 (3), 474-183.

Ferraz, A. (2007). *O impacto do stresse em Adolescentes Institucionalizados*-dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Ferreira, J. (2011). *Serviço social e modelos de bem-estar para a infância*. Lisboa: Quid Juris, sociedade editora.

Guedeney, N. (2004). Conceitos-chave da teoria da vinculação. In Guedeney, N. & Guedeney, A. (coord.). *Vinculação - conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.

Hong, M., Hussey, D. e Heng, M. (1998). Music Therapy with severely emotional disturbed children in residential treatment setting. *Music Therapy Perspectives*, 16, 61-66.

Hussey, D. & Layman, D. (2003). Music Therapy with emotionally disturbed children. *Psychiatric Times*, 20.

Isenberg-Grzeda, C. (1988). Music Therapy Assesment: A reflection of Professional Identity. *Jornal of Music Therapy*, 25, 156-169.

Pinhel, J., Torres, N. e Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas em meio familiar de vida: representações de vinculação e comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4, 27, 509-521.

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

Sá, F. (nd). *Da vinculação à separação/individuação: da infância à adolescência*. Textos de Apoio Psicologia da criança e do desenvolvimento 1997, 1998. ISPA.

Slotoroff, C. (1994). Special Issue: Psychiatric music therapy. *Music Therapy Perspectives*, Vol 12, 111-116.

Sousa, R. (2010). Sousa, M. (2010). *A Musicoterapia na socialização das crianças com perturbações do espectro do autismo* – dissertação de pós-graduação. Porto: Escola Superior de Paula Frassinetti.

Vulliamy, A. (2009). The contribution of music therapy to the emotional wellbeing of children in residential child care. *Scottish journal of residential child care*, 8, 2, 41-51.

Wigram, T., Pedersen, I., Bonde, L. (2002). *A comprehensive guide to music therapy*, England and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

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

Lei nº147/99 de 1 de Setembro: Lei de protecção de Jovens e crianças em risco,
consultada a 2 de Junho de 2011 em

[http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2997/1/\(In\)sucesso%20escolar%20de%20crian%C3%A7as%20e%20jovens%20institucionalizadas.pdf](http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2997/1/(In)sucesso%20escolar%20de%20crian%C3%A7as%20e%20jovens%20institucionalizadas.pdf)

Bibliografia

Austin, D. (2002). The wounded healer, the voice of trauma: a wounded healer's perspective. In Sutton, Julie (Ed), *Music, music therapy and trauma*, England and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4 - 18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Alvin, J. (1975). *Music Therapy*, Basic Books, Inc., New York.

Bowlby, J. (1995). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. Martins Fontes. São Paulo.

Boyd, J. (1989). Problems and concerns with a diverse population. *Music Therapy Perspectives*, Vol 6, p 34-36.

Bruscia, K. (1996). *Case Studies in Music Therapy*. Barcelona: Barcelona Publishers.

Costa, M. E. & Vale, D. (1998). *A violência nas escolas*, Lisboa, IIE (Instituto de Inovação Educacional).

Eco, U. (2006). *A definição de arte*. Lisboa: Edições 70.

Fávero, M. (2003). *Sexualidade infantil e abusos sexuais a menores*. Lisboa: Climepsi Editores.

Haines, J.H. (1989), The Effects of Music Therapy on Self-Esteem of Emotionally-Disturbed Adolescents. *Music Therapy perspectives*, 8, 1, 78 – 91.

Lev-Wiesel, R. (2008). Child sexual abuse: a critical review of intervention and treatment modalities. *Children and Youth Services Review*, 30, 665-673.

Negreiros, J. (2000). *Delinquências Juvenis: Trajectórias, Intervenção e Prevenção*. Lisboa: Editorial Notícias.

Nordoff, P. & Robbins, C. (2007). *Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship*. Second Edition: Revised and Expanded. Barcelona: Barcelona Publishers.

Patterson, G. (1998). Coercion as a basis for early age of onset for arrest. In J. McCord (Ed.), *Coercion and punishment in long-term perspectives*. Cambridge: University Press.

Patterson, G. R., Reid, J. B. e Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene: Castalia Publishing Company.

Pavlicevic, M. (1997). *Music therapy in context: Music meaning and relationship*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Peters, R. D e Macahon, R.J. (1996). *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*. London: Sage Publications.

Priestley, M. (1987). Music therapy in action. In Bruscia, Kenneth (Ed). *Improvisational models of music therapy*. Illinois: Charles C. Thomas.

Ritholz & Turry, (1994). The Journey by Train. Creative Music Therapy with a 17 year old boy. *Music Therapy*, 12, 58–87.

Sebastiao, João, Alves, Mariana Gaio e Campos, Joana, (2003), Violência na escola: das políticas aos quotidianos. *Sociologia*, 41, 37-62.

Sousa, P. (nd), *Agressividade em contexto escolar, trabalho de mestrado em Psicologia Pedagógica*, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Stumphauzer, J. S. (1986). *Helping delinquents change*. New York: The Haworth Press.

Turry, A. (2009), Integrating musical and psychological thinking: the relationship between music and words in clinically improvised songs, *Music and Medicine*, 1, 106-116.

Anexos

Lista de Anexos

- Anexo A** - Ficha de registo de sessões
- Anexo B** - VI Encontro da Associação Portuguesa de Musicoterapia
- Anexo C** - Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Crianças
Versão adaptada em português
Versão original
- Anexo D** - Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Adolescentes
Versão adaptada em português
Versão original
- Anexo E** - Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Crianças relativo ao
utente Miguel (início do estágio)
- Anexo F** - Registo de Sessões – Miguel
- Anexo G** - Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Crianças relativo ao
utente Miguel (final do estágio)
- Anexo H** - Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Adolescentes
relativo ao utente Nuno (início do estágio)

Anexo I - Desenho do Nuno – Fase Inicial

Anexo J - Desenho do Nuno – Fase Final

Anexo K . Registo de Sessões – Nuno

Anexo L - Canção do Nuno – Fase Final

Anexo M - Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Adolescentes
relativo ao utente Luis S. (final do estágio)

Anexo N - Certificado de Pós-Graduação em Educação Especial – domínio
cognitivo-motor

ANEXO A

Ficha de registo das sessões

Ficha de registo de sessões
Sessão nº

Data:	
Duração:	
Participantes:	
Actividades realizadas:	
Resumo:	
Recursos materiais	
Pontos Importantes:	

ANEXO B

VI Encontro da Associação Portuguesa de Musicoterapia

**VI Encontro Internacional
da Associação Portuguesa de
Musicoterapia**

Musicoterapia
no
Ciclo de Vida
25 de Março de 2011

A Associação Portuguesa de Musicoterapia certifica que a **Dra. Anabela Ramos** proferiu uma comunicação com o título **"Musicoterapia em Centros de Acolhimento: a música e a relação"**, no painel "Musicoterapia na Infância" no âmbito do VI Encontro Internacional da APMT na Universidade Lusíada de Lisboa.

Rua Freitas Gazul, 34, Loja 5
1350-149 LISBOA
Tel: 933242678
E-mail: apmt.musicoterapia@gmail.com
Site: musicoterapia.com.sapo.pt

A Direcção da APMT



Associação Portuguesa de Musicoterapia - Rua Freitas Gazul, 34, loja 5 - Campo de Ourique - 1350-149 LISBOA
Telefone: 933242678 - apmt.musicoterapia@gmail.com - Site: musicoterapia.com.sapo.pt

ANEXO C

Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Crianças – versão adaptada e versão

original

QUESTIONÁRIO DE MUSICOTERAPIA PARA CRIANÇAS

Dados pessoais

Nome: _____ Género: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/_____
____/____/_____

Data: _____

Diagnóstico (quando existente):

Número e duração de anteriores acolhimentos:

Duração do acolhimento actual:

Medicação e dosagem tomada:

I Parte (Música)

1. Indique as preferências musicais seleccionam o número que melhor se adequa aos gostos do/a _____.

	Detesta	Não Gosta	Nem gosta nem desgosta	Gosta	Gosta muito
Popular	1	2	3	4	5
Portuguesa	1	2	3	4	5
Pop Rock	1	2	3	4	5
Clássica	1	2	3	4	5
Infantil	1	2	3	4	5
Fado	1	2	3	4	5
Kuduro	1	2	3	4	5
Kizomba	1	2	3	4	5
Funaná	1	2	3	4	5
Outra _____	1	2	3	4	5

2. Indique o cd de preferência, o cantor preferido ou compositor do (a) _____.
- _____

3. Responda às seguintes questões, escolhendo o número que melhor se adequa.

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Parte II – Análise multimodal de problemas

1. Para cada afirmação indique o número (segundo a escala) que melhor descreve o/a _____.
- _____.

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

- 1.1___ Raramente fica em sarilhos por não ter seguido regras ou por não fazer aquilo que deveria.
- 1.2___ Tem dificuldades em seguir ordens (ficar sentado na cadeira, terminar o trabalho, trabalhar em silêncio, ser amável para os outros).
- 1.3___ Exibe comportamentos disruptivos explosivos, como birras, para chamar a atenção.
- 1.4___ Os colegas gostam dele(a).
- 1.5___ Chama frequentemente nome aos colegas como “estúpido”, “idiota”, “burro”.
- 1.6___ Não fala ou fala muito pouco com os colegas.
- 1.7___ Não participa ou evita participar em actividades de grupo com os colegas.
- 1.8___ É tímido, envergonhado e não se interessa pelos colegas.
- 1.9___ Discute com os colegas.
- 1.10___ Não colabora quando trabalha ou brinca com os colegas.
- 1.11___ Gosta de partilhar coisas com os outros e de esperar a sua vez.
- 1.12___ Não toma atenção aos outros enquanto participa em actividades estruturadas.
- 1.13___ Fala demasiado baixo.
- 1.14___ Demonstra boas capacidades de liderança.
- 1.15___ Não responde ou não se expressa em relação a cumprimentos e despedidas.
- 1.16___ Não expressa necessidades ou o que quer aos outros.
- 1.17___ Vai atrás do grupo não expressando a sua opinião ou sentimentos.
- 1.18___ Não se mantém na realização da tarefa, distrai-se com facilidade e não se consegue concentrar.
- 1.19___ Tira as coisas dos outros em vez de partilhar ou esperar a sua vez.
- 1.20___ Bate nos colegas.
- 1.21___ Tem fraco contacto visual, não olhas as outras pessoas nos olhos, olha para outro lado ou para o chão quando falam com ele ou sobre ele(a).
- 1.22___ É desajeitado nos movimentos comuns como andar.
- 1.23___ Dá encontrões nas pessoas quando está em grupo.
- 1.24___ Não consegue usar os dedos para realizar tarefas tão bem como os colegas (pegar em moedas, agarrar um lápis).
- 1.25___ Apanha bolas, bate palmas, toca o tambor facilmente.
- 1.26___ Deixa cair objectos com regularidade causando distúrbios aos outros e causando embaraço para si.
- 1.27___ Não se consegue recordar de eventos familiares como a ida ao parque.
- 1.28___ Tem dificuldades em imitar frases ou sons.
- 1.29___ Fale demasiado alto.
- 1.30___ Não pronuncia as palavras com clareza.
- 1.31___ Tem dificuldades em compreender o que lhe é dito.

- 1.32___ Tem dificuldades em seguir direcções.
- 1.33___ Percebe conceitos com esquerda e direita, atrás, à frente, ao lado de, em cima, em baixo, à volta e por dentro.
- 1.34___ Faz comentários negativos sobre si, como “sou burro” ou “não sou muito esperto”.
- 1.35___ Recusa-se a participar em grupo ou individualmente em actividades devida à falta de confiança nas suas capacidades (medo do fracasso ou do ridículo)
- 1.36___ Existe um ou mais comportamentos quando faz uma actividade: desorganização em vez de seguir o objectivo, rápido não se preocupando com a qualidade dos resultados, desiste facilmente em vez de mostrar perseverança, impessivo em vez de preciso.
- 1.37___ Faz comentários depreciativos aos pares se eles não fazem o que ele(a) quer.
- 1.38___ Tem dificuldades em dizer as horas ou o dia da semana.
- 1.39___ Tem dificuldades em contar dinheiro
- 1.40___ Tem dificuldade em memorizar as letras do alfabeto
- 1.41___ Tem dificuldades em contar.
- 1.42___ Consegue exprimir que está feliz, triste ou excitado.
- 1.43___ Demonstra pouco ou nenhuma emoção (alegria, tristeza ou excitação).
- 1.44___ Consegue facilmente identificar quando os outros estão felizes, tristes ou excitados.
- 1.45___ Tem dificuldades em descrever os sentimentos dos outros.
- 1.46___ Exibe emoções extremas (rir e chorar, tristeza ou alegria)
- 1.47___ As emoções demonstradas são frequentemente inapropriadas para a ocasião ou situação (rir em situações tristes ou quando está triste, chorar quando está contente ou em situações alegres)

Parte III

Esta parte do questionário deverá ser preenchida pelo musicoterapeuta após a observação do paciente nas sessões de musicoterapia.

Escala a utilizar das questões 48 à 62.

Muito Desadequada	Desadequada	Média	Adequada	Muito Adequada
1	2	3	4	5

- 1.___ Concentração
- 2.___ Atenção
- 3.___ Retenção
- 4.___ Relações interpessoais
- 5.___ Contacto visual/ocular
- 6.___ Postura
- 7.___ Contacto físico
- 8.___ Motivação para se envolver com a musicoterapia
- 9.___ Expressões faciais adequadas
- 10.___ Envolve-se na conversa; capacidade de conversação
- 11.___ Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais

- 12. ___ Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou sentimentos, como escape)
- 13. ___ Habilidade musical
- 14. ___ Atitude geral perante a música
- 15. ___ Habilidade rítmica
- 16. ___ Criatividade musical

O paciente tem alguma deficiência que possa dificultar a sua participação nas actividades?

Sim Não (riscar o que não interessa)

Se sim, identifique sumariamente a deficiência verificada.

ANEXO D

Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Adolescentes – versão adaptada e versão

original

Questionário de Musicoterapia para Adolescentes

O objectivo principal da terapia é apoiar-te nos problemas que podem estar a interferir com a tua capacidade de aproveitar a vida ao máximo. Assim, o objectivo deste questionário é ajudar-te a reconhecer os problemas ou “maus hábitos” que possas ter e dos quais te queres ver livre. Como estas questões são pessoais, está assegurada a confidencialidade. Ninguém verá as tuas respostas além do musicoterapeuta e do seu supervisor.

Parte I (Música)

4. Indique as preferências musicais que seleccionam o número que melhor se adequa aos teus gostos musicais

	Detesta	Não Gosta	Nem gosta nem desgosta	Gosta	Gosta muito
Popular	1	2	3	4	5
Portuguesa	1	2	3	4	5
Pop Rock	1	2	3	4	5
Clássica	1	2	3	4	5
Infantil	1	2	3	4	5
Fado	1	2	3	4	5
Kuduro	1	2	3	4	5
Kizomba	1	2	3	4	5
Funaná	1	2	3	4	5
Outra _____	1	2	3	4	5

5. Indica o teu CD de preferência, o cantor preferido ou compositor.

6. Responda às seguintes questões, escolhendo o número que melhor se adequa.

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Parte II – Análise multimodal de problemas

1. Para cada afirmação indique o número (segundo a seguinte escala) que melhor te descreve

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

- 1.1___ As outras pessoas sabem quando eu estou feliz, triste ou excitado
1.2___ Raramente me sinto feliz, triste ou excitado
1.3___ Consigo facilmente dizer quando os outros estão felizes, tristes ou excitados
1.4___ Magoo frequentemente os sentimentos dos meus amigos
1.5___ Bato frequentemente nos outros
1.6___ Fico zangado frequentemente com os outros
1.7___ Frequentemente magoo-me ou sinto que me estou a magoar

- 1.8___ Sinto frequentemente vontade de destruir as coisas dos outros
- 1.9___ Não luto nem grito com os outros
- 1.10___ Sinto frequentemente que estou com muito stress
- 1.11___ Por causa do stress, sinto frequentemente uma ou outra das seguintes coisas: dificuldade em dormir, dores de estômago, ansiedade e/ou faço coisas de que me arrependo
- 1.12___ Tenho muita ansiedade
- 1.13___ Por causa da ansiedade, frequentemente acontece uma ou outra das seguintes coisas: problemas presentes ou passados com os outros, preocupações com o futuro (ex.: acontecimentos que virão)
- 1.14___ Frequentemente faço coisas de que me venho a arrepender
- 1.15___ É difícil para mim falar aos outros acerca das coisas más que me aconteceram
- 1.16___ É difícil para mim falar aos outros acerca das coisas boas que me aconteceram
- 1.17___ Sinto-me frequentemente deprimido ou “em baixo”
- 1.18___ Sinto frequentemente vontade de me matar
- 1.19___ É fácil dizer coisas simpáticas aos outros
- 1.20___ Raramente tenho problemas por não seguir as regras e normas ou por não fazer o que devo
- 1.21___ Tenho dificuldade em seguir orientações (ex.: ficar sentado na cadeira, acabar os trabalhos, trabalhar sossegado, se simpático para os outros)
- 1.22___ Gosto de partilhar as coisas com os outros e de partilhar tarefas
- 1.23___ Arranjo frequentemente problemas dentro e fora da escola e da casa
- 1.24___ Gosto de dizer aos outros quando fazem alguma coisa errada
- 1.25___ Chamo frequentemente aos outros nomes como “estúpido”, “idiota” ou “parvo”
- 1.26___ Gostava mais de estar sozinho do que acompanhado
- 1.27___ Acho que é difícil fazer amigos
- 1.28___ Não tenho amigos próximos
- 1.29___ É difícil para mim falar com as outras pessoas
- 1.30___ É difícil para mim falar num grupo de pessoas
- 1.31___ Não tenho um passatempo, raramente faço qualquer coisa apenas por divertimento
- 1.32___ Preferia ficar sozinho ou sem fazer nada a ter que fazer alguma coisa com os outros
- 1.33___ Tenho dificuldade em ouvir os outros quando falam comigo
- 1.34___ Não gosto de mim
- 1.35___ Chamo-me frequentemente nomes como “estúpido”, “idiota” ou “parvo”
- 1.36___ Quando tento fazer alguma coisa, normalmente falho
- 1.37___ As pessoas não gostam de mim
- 1.38___ Tenho muitos problemas
- 1.39___ Não tenho dificuldade em resolver problemas que envolvam as outras pessoas
- 1.40___ Quando tenho um problema, prefiro deixá-lo por resolver, a ter que passar muito tempo a tentar resolvê-lo

- 1.41___ Fico zangado se passo muito tempo a tentar resolver um problema
- 1.42___ Não confio nas outras pessoas
- 1.43___ As outras pessoas costumam mentir sobre mim
- 1.44___ Chateia-me quando alguém me diz como é que eu podia fazer alguma coisa melhor
- 1.45___ Nunca tenho problemas
- 1.46___ Tenho dificuldade em encontrar coisas; perco frequentemente coisas (ex.: cd's, dinheiro, etc.)
- 1.47___ Estou sempre a discutir com os meus educadores
- 1.48___ Não tenho dificuldade em tomar decisões (ex.: o que fazer em cada dia, que música ouvir, que roupa vestir)
- 1.49___ Parece que tenho sempre que fazer o que os outros querem e nunca aquilo que eu quero
- 1.50___ Numa discussão em grupo tenho dificuldade em expressar a minha opinião sobre um assunto, principalmente quando é diferente das opiniões dos outros
- 1.51___ Tenho dificuldade em concentrar-me ou em fazer uma coisa durante um longo período
- 1.52___ Quando estou em grupo, fico normalmente fechado sobre mim próprio ou saio do grupo

ANEXO E

Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia Para Crianças – Utente Miguel (Início do estágio)

QUESTIONÁRIO DE MUSICOTERAPIA PARA CRIANÇAS

Dados pessoais

Nome: Miguel

Género: Masculino

Idade: 6

Data de Nascimento: 12/09/2004

Data de preenchimento: 20/11/2010

Diagnóstico (quando existente):

Sem informação.

Número e duração de anteriores acolhimentos:

Sem informação.

Duração do acolhimento actual:

Dois anos

Medicação e dosagem tomada:

Sem informação.

I Parte (Música)

7. Indique as preferências musicais seleccionam o número que melhor se adequa aos gostos do/a _____.

	Detesta	Não Gosta	Nem gosta nem desgosta	Gosta	Gosta muito
Popular				X	
Portuguesa				X	
Pop Rock					X
Clássica		X			
Infantil				X	
Fado	X				
Kuduro				X	
Kizomba				X	
Funaná				X	
Outra _____					

8. Indique o cd de preferência, o cantor preferido ou compositor do **Miguel** Michael Jackson.

9. Responda às seguintes questões, escolhendo o número que melhor se adequa.

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Parte II – Análise multimodal de problemas

2. Para cada afirmação indique o número (segundo a escala) que melhor descreve o **Miguel**

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

- 1.1 – 4 Raramente fica em sarilhos por não ter seguido regras ou por não fazer aquilo que deveria.
- 1.2 – 4 Tem dificuldades em seguir ordens (ficar sentado na cadeira, terminar o trabalho, trabalhar em silêncio, ser amável para os outros).
- 1.3 – 2 Exibe comportamentos disruptivos explosivos, como birras, para chamar a atenção.
- 1.4 – 4 Os colegas gostam dele(a).
- 1.5 – 4 Chama frequentemente nome aos colegas como “estúpido”, “idiota”, “burro”.
- 1.6 – 1 Não fala ou fala muito pouco com os colegas.
- 1.7 – 1 Não participa ou evita participar em actividades de grupo com os colegas.
- 1.8 – 2 É tímido, envergonhado e não se interessa pelos colegas.
- 1.9 – 2 Discute com os colegas.
- 1.10 – 2 Não colabora quando trabalha ou brinca com os colegas.

- 1.11 – 4 Gosta de partilhar coisas com os outros e de esperar a sua vez.
- 1.12 – 1 Não toma atenção aos outros enquanto participa em actividades estruturadas.
- 1.13 – 3 Fala demasiado baixo.
- 1.14 – 2 Demonstra boas capacidades de liderança.
- 1.15 – 2 Não responde ou não se expressa em relação a cumprimentos e despedidas.
- 1.16 – 4 Não expressa necessidades ou o que quer aos outros.
- 1.17 – 4 Vai atrás do grupo não expressando a sua opinião ou sentimentos.
- 1.18 – 5 Não se mantém na realização da tarefa, distrai-se com facilidade e não se consegue concentrar.
- 1.19 – 1 Tira as coisas dos outros em vez de partilhar ou esperar a sua vez.
- 1.20 – 1 Bate nos colegas.
- 1.21 – 1 Tem fraco contacto visual, não olha as outras pessoas nos olhos, olha para outro lado ou para o chão quando falam com ele ou sobre ele(a).
- 1.22 – 3 É desajeitado nos movimentos comuns como andar.
- 1.23 – 2 Dá encontrões nas pessoas quando está em grupo.
- 1.24 – 1 Não consegue usar os dedos para realizar tarefas tão bem como os colegas (pegar em moedas, agarrar um lápis).
- 1.25 – 4 Apanha bolas, bate palmas, toca o tambor facilmente.
- 1.26 – 2 Deixa cair objectos com regularidade causando distúrbios aos outros e causando embaraço para si.
- 1.27 – 4 Não se consegue recordar de eventos familiares como a ida ao parque.
- 1.28 – 2 Tem dificuldades em imitar frases ou sons.
- 1.29 – 2 Fale demasiado alto.
- 1.30 – 2 Não pronuncia as palavras com clareza.
- 1.31 – 4 Tem dificuldades em compreender o que lhe é dito.
- 1.32 – 4 Tem dificuldades em seguir direcções.
- 1.33 – 5 Percebe conceitos com esquerda e direita, atrás, à frente, ao lado de, em cima, em baixo, à volta e por dentro.
- 1.34 – 5 Faz comentários negativos sobre si, como “sou burro” ou “não sou muito esperto”.
- 1.35 – 4 Recusa-se a participar em grupo ou individualmente em actividades devida à falta de confiança nas suas capacidades (medo do fracasso ou do ridículo)
- 1.36 - 5 Existe um ou mais comportamentos quando faz uma actividade: desorganização em vez seguir o objectivo, rápido não se preocupando com a qualidade dos resultados, desiste facilmente em vez de mostrar perseverança, impressivo em vez de preciso.
- 1.37 – 2 Faz comentários depreciativos aos pares se eles não fazem o que ele(a) quer.
- 1.38 – 4 Tem dificuldades em dizer as horas ou o dia da semana.
- 1.39 – 4 Tem dificuldades em contar dinheiro
- 1.40 – 4 Tem dificuldade em memorizar as letras do alfabeto
- 1.41 – 1 Tem dificuldades em contar.
- 1.42 – 4 Consegue exprimir que está feliz, triste ou excitado.

- 1.43 – 1 Demonstra pouco ou nenhuma emoção (alegria, tristeza ou excitação).
- 1.44 – 4 Consegue facilmente identificar quando os outros estão felizes, tristes ou excitados.
- 1.45 – 2 Tem dificuldades em descrever os sentimentos dos outros.
- 1.46 – 1 Exibe emoções extremas (rir e chorar, tristeza ou alegria)
- 1.47 – 2 As emoções demonstradas são frequentemente inapropriadas para a ocasião ou situação (rir em situações tristes ou quando está triste, chorar quando está contente ou em situações alegres)

Parte III

Esta parte do questionário deverá ser preenchida pelo musicoterapeuta após a observação do paciente nas sessões de musicoterapia.

Escala a utilizar das questões 48 à 62.

Muito Desadequada	Desadequada	Média	Adequada	Muito Adequada
1	2	3	4	5

- 1. 2 Concentração
- 2. 2 Atenção
- 3. 3 Retenção
- 4. 2 Relações interpessoais
- 5. 3 Contacto visual/ocular
- 6. 4 Postura
- 7. 4 Contacto físico
- 8. 3 Motivação para se envolver com a musicoterapia
- 9. 3 Expressões faciais adequadas
- 10. 3 Envolve-se na conversa; capacidade de conversação
- 11. 3 Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais
- 12. 2 Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou sentimentos, como escape)
- 13. 3 Habilidade musical
- 14. 4 Atitude geral perante a música
- 15. 4 Habilidade rítmica
- 16. 3 Criatividade musical

ANEXO F

Registo de Sessões do utente Miguel

GRUPO 1

Data:	25/01/2011
Duração:	50 Minutos
Participantes:	Pedro, Beatriz e Miguel
Actividades realizadas:	Canção "Boa Noite"; Canção "Tamborim"; Escolha de um animal preferido, colorir o animal e posteriormente improvisação musical de uma história sobre os animais.
Resumo:	<p>O Pedro não participou em nenhuma actividade da sessão, devido ao seu comportamento instável e pouca motivação. Andou a explorar a sala onde decorrem as sessões.</p> <p>Na actividade de escolha de um animal preferido, escolheu o macaco, mas não se sentou a realizar a actividade, perturbando os restantes elementos do grupo.</p> <p>A Beatriz participou em toda a sessão de forma bastante motivada.</p> <p>O Miguel mostrou uma grande incapacidade de lidar com a frustração, pois não gostou dos dois primeiros desenhos que pintou, tendo de lhe dar o terceiro e começarmos os dois a pintá-lo. Chorou bastante enquanto pintava.</p>
Recursos Materiais	Desenhos para colorir com animais, lápis de cor, marcadores e todos os instrumentos estavam disponíveis.

<p>Pontos Importantes:</p>	<p>O comportamento instável do Pedro A intolerância à frustração demonstrada pelo Miguel. A sessão durou mais tempo que o normal, devido à situação dos desenhos do Miguel. Não foi possível realizar a improvisação musical da história sobre os animais por falta de tempo.</p>
---------------------------------------	---

F - 2
GRUPO 1

Data:	01/02/2011
Duração:	35 Minutos
Participantes:	Pedro, Beatriz, Miguel
Actividades realizadas:	<ul style="list-style-type: none"> - Canção "Boa noite" - Jogo musical sugerido pelo Miguel - História musicada sobre os animais escolhidos na última sessão.
Resumo:	<p>O Pedro continua bastante instável, não querendo participar nas actividades e perturbando a postura dos restantes elementos do grupo. Na sessão de hoje o Miguel sugeriu um jogo enquanto estava no piano e ficando contente quando sugeriu alguma ideia e esta era aceite pela Beatriz. Quando trocaram de instrumentos, ele disse que podia ser a Beatriz a mandar no jogo, mas quem mandava na realidade era ele, porque foi ele que o inventou.</p> <p>Após este jogo sonoro, referi a sessão anterior e com os animais que tinham escolhido. O Miguel referiu a situação em que não gostou e chorou, mas logo perguntei e depois disso tinha gostado, ele disse que sim.</p> <p>Fizemos uma história no piano. O Miguel nos graves, eu no médio e a Beatriz nos agudos. O Miguel era o Leão, a Beatriz o pinguim e eu o elefante (escolhido pelo Miguel).</p> <p>A história começou com o leão a não querer brincar com o elefante, porque não gostava dele, e estava constantemente a mandar o pinguim para o gelo, porque a selva não era o lugar dele.</p> <p>O rei da selva tinha um pai que ainda mandava mais que ele e não deixava pinguins e elefantes estarem lá.</p> <p>Notei que estavam a representar os animais e usavam as teclas do piano para ajudar na verbalização. O Miguel continuou a dizer que não gostava de elefantes, mas que já era amigo deste elefante mas não era amigo do pinguim. Quando o Miguel disse isto, a Beatriz, que tinha dito anteriormente que ia para a terra dela, disse que já não queria ir e queria ficar na selva.</p> <p>O Miguel continuou a história referindo sempre que não queria o pinguim perto do leão e do elefante e no fim estes foram ao cinema comer pipocas. Notou-se grande desapontamento na Beatriz.</p> <p>À medida que a história decorria, eu participava também, chamando a Beatriz à Selva ou dizendo ao Miguel que iria ao gelo visitá-la. A reacção do Miguel era bastante negativa.</p> <p>Quando a sessão acabou, mostraram-se decepcionados, pois queriam continuar na sessão.</p>
Recursos materiais	Piano, Djembé, Guitarra, Maracas, Tamborim,

<p>Pontos Importantes:</p>	<p>Hoje cantaram e acompanharam com entusiasmo pela primeira vez a música Boa Noite; Jogo inventado pelo Miguel; A Beatriz imitou esse jogo; História sobre o Leão, o Elefante e o Pinguim na Selva; A Beatriz tocou, falou e cantou a história; O Miguel tocou e falou;</p>
---------------------------------------	--

F - 3
GRUPO 1

Data:	22/02/2011
Duração:	35 Minutos
Participantes:	Beatriz e Miguel
Actividades realizadas:	Canção de Boa Noite; Identificação de emoções e posterior representação musical.
Resumo:	<p>Hoje foi a primeira vez deste grupo sem o Pedro. Continua a ser difícil esperar a vez. Tocar os instrumentos todos com muita ansiedade e ainda esquecem algumas regras de utilização dos instrumentos.</p> <p>A Beatriz estava agitada e não conseguia cumprir algumas indicações que eram dadas.</p> <p>Identificaram todas as emoções representadas nos cartões que apresentei. O Miguel escolheu o cartão "furioso" para se descrever, no entanto mudou rapidamente para o cartão "feliz". O Miguel demora muito tempo a tomar decisões e na maioria das vezes quando decide, volta atrás e altera o que decidiu.</p> <p>A Beatriz escolheu o cartão "apaixonado".</p> <p>Enquanto analisavam os cartões, falavam e cantavam pequenas histórias sobre as suas famílias. A Beatriz referiu um irmão que eu não tinha conhecimento.</p> <p>O Miguel disse no fim da sessão que ficava furioso quando os colegas lhe batiam e depois batia nele próprio. A Beatriz disse ainda que chorava quando a família ia embora e quando alguém lhe batia.</p>
Recursos materiais	Música gravada, guitarra e instrumentos de percussão.

<p>Pontos Importantes:</p>	<p>A Beatriz estava agitada e não conseguia estar sentada, pedindo regularmente para dançar. Quando dançou no fim da sessão ficou radiante.</p> <p>Falaram pela primeira vez sobre a família.</p> <p>Apesar da sessão ter um início agitado, os elementos acalmaram no decorrer das actividades. Notou-se uma grande diferença com a ausência do Pedro.</p>
---------------------------------------	---

F - 4
GRUPO 1

Data:	15/03/2011
Duração:	35 Minutos
Participantes:	Miguel
Actividades realizadas:	Improvisação instrumental; Expressão corporal com suporte musical
Resumo:	<p>A Beatriz não veio à sessão. Estive apenas com o Miguel.</p> <p>Perguntei o que queria fazer nesta sessão e ele disse que queria tocar piano. Usou todas as teclas do piano enquanto eu o acompanhava. No início da sessão mostrava que queria decidir o que se fazia e eu só tocava o que ele queria e quando ele queria.</p> <p>Passados 8 minutos do início da sessão, o Miguel começou a tocar uma melodia simples e os seus olhos estavam visivelmente comovidos. Olhou para mim e riu-se. No fim dessa pequena melodia, perguntou-me se eu tinha percebido o que ele me queria dizer, e disse-me que tinha dito no piano que tinha saudades da mãe e da Anabela (que rapidamente disse que era outra Anabela, porque existiam muitas pessoas com o nome Anabela).</p> <p>Fizemos o jogo de parar e dançar. Ele foi o vencedor.</p> <p>Improvisei uma música que dizia que ele era o vencedor, ele acompanhou mas cantou muito baixo.</p> <p>Depois explorou o piano tocou as teclas todas juntas, com força. Queria muito som.</p> <p>A sua expressão por vezes era de tristeza e ficou comovido algumas vezes durante a sessão.</p>
Recursos materiais	Piano, instrumentos de percussão, guitarra.

**Pontos
Importantes:**

Apenas o Miguel na sessão. Notou-se que ficara satisfeito por ser o único. Embora tivesse vários instrumentos à sua disposição, ficou sempre no piano. Não se interessou por mais nenhum, a contrário do que acontece nas sessões de grupo em que a disputa de instrumentos é frequente.

F - 5
GRUPO 1

Data:	3/05/2011
Duração:	30 Minutos
Participantes:	Miguel e Beatriz
Actividades realizadas:	Canção "Boa noite"; Expressão corporal com música do Michael Jackson; Desenho livre a pedido dos elementos do grupo;
Resumo:	<p>Depois de 4 semanas sem sessão, notaram-se os mesmos conflitos entre a Beatriz e o Miguel e tive de ir novamente buscar o Miguel a casa. Veio para a musicoterapia visivelmente desmotivado.</p> <p>No entanto, isso mudou assim que chegamos à sala.</p> <p>O Miguel não fica contente com a vontade que a Beatriz tem de tocar os instrumentos todos. Isso deixa-o bastante aborrecido e começa a dizer que não quer estar na Musicoterapia.</p> <p>Quando mostrei as músicas do Michael Jackson o Miguel ficou radiante. O sorriso cresceu-lhe imediatamente. E disse "finalmente" como se esperasse pelas músicas à muito tempo. Dançou bastante durante a actividade de expressão corporal (sozinho, comigo e com a Beatriz).</p> <p>Quando pedi p fazer o desenho, ficou muito frustrado por não conseguir fazer uma camisola (porque queria desenhar uma camisola), nem sequer tentando. Não fez o desenho.</p> <p>A BP quando notou que eu tinha trazido as músicas do Michael Jackson, pediu-me também as da Hannah Montana (pela primeira vez).</p>
Recursos materiais	Djembé grande e pequeno; bongós, pau de chuva, tamborins, piano, guitarra, papel branco, marcadores e lápis de cor.

<p>Pontos Importantes:</p>	<p>A música que o Miguel pediu mudou o seu estado de espírito na sessão.</p>
---------------------------------------	--

F - 6
GRUPO 1

Data:	31/05/2011
Duração:	30 Minutos
Participantes:	Miguel e Beatriz
Actividades realizadas:	História improvisada com fantoches de dedo (menino, menina, dragão, lobo e cavaleiro) e instrumentos musicais;
Resumo:	<p>Nesta sessão realizou-se uma actividade com fantoches de dedo, sendo a única actividade, por vontade dos elementos do grupo.</p> <p>Pela primeira vez houve partilha espontânea dos materiais à disposição e colaboração na construção da história. Esta baseava-se numa relação amorosa que terminou: a menina apaixonou-se por outro (o cavaleiro), e o menino ficou muito triste. No fim da história voltou para o menino inicial e foram felizes. Notei alguma dificuldade nos dois elementos do grupo em encontrar uma conclusão para a história. Utilizaram os instrumentos musicais para dar ênfase ao enredo da história.</p> <p>Apesar da colaboração o Miguel, era visivelmente o que dava mais ideias.</p> <p>O Miguel procurou o meu colo durante a sessão várias vezes.</p> <p>Nesta sessão houve uma grande diminuição dos conflitos.</p> <p>Houve também mais concordância e cedência entre eles.</p>
Instrumentos	Percussão diversa, teclado e fantoches de dedo.

<p>Pontos Importantes:</p>	<p>Colaboração entre os dois. A partilha dos materiais. A diminuição dos conflitos. A procura frequente de colo do Miguel. Apesar de eu os estar a acompanhar com guitarra, ele procurava ficar o mais perto de mim possível.</p>
---------------------------------------	---

ANEXO G

Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia Para Crianças – Utente Miguel (Final do estágio)

QUESTIONÁRIO DE MUSICOTERAPIA PARA CRIANÇAS

Dados pessoais

Nome: Miguel

Género: Masculino

Idade: 6

Data de Nascimento: 12/09/2004

Data de preenchimento: 20/11/2010

Diagnóstico (quando existente):

Sem informação.

Número e duração de anteriores acolhimentos:

Sem informação.

Duração do acolhimento actual:

Dois anos

Medicação e dosagem tomada:

Sem informação.

I Parte (Música)

10. Indique as preferências musicais seleccionam o número que melhor se adequa aos gostos do/a Miguel

	Detesta	Não Gosta	Nem gosta nem desgosta	Gosta	Gosta muito
Popular		X			
Portuguesa					X
Pop Rock				X	
Clássica		X			
Infantil					X
Fado	X				
Kuduro		X			
Kizomba				X	
Funaná	X				
Outra _____					

11. Indique o cd de preferência, o cantor preferido ou compositor do **Miguel** Michael Jackson.

12. Responda às seguintes questões, escolhendo o número que melhor se adequa.

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Parte II – Análise multimodal de problemas

3. Para cada afirmação indique o número (segundo a escala) que melhor descreve o **Miguel**

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

- 1.1 – 4 Raramente fica em sarilhos por não ter seguido regras ou por não fazer aquilo que deveria.
- 1.2 – 4 Tem dificuldades em seguir ordens (ficar sentado na cadeira, terminar o trabalho, trabalhar em silêncio, ser amável para os outros).
- 1.3 – 2 Exibe comportamentos disruptivos explosivos, como birras, para chamar a atenção.
- 1.4 – 4 Os colegas gostam dele(a).
- 1.5 – 2 Chama frequentemente nome aos colegas como “estúpido”, “idiota”, “burro”.
- 1.6 – 2 Não fala ou fala muito pouco com os colegas.
- 1.7 – 2 Não participa ou evita participar em actividades de grupo com os colegas.
- 1.8 – 2 É tímido, envergonhado e não se interessa pelos colegas.
- 1.9 – 4 Discute com os colegas.
- 1.10 – 2 Não colabora quando trabalha ou brinca com os colegas.

- 1.11 – 4 Gosta de partilhar coisas com os outros e de esperar a sua vez.
- 1.12 – 4 Não toma atenção aos outros enquanto participa em actividades estruturadas.
- 1.13 – 2 Fala demasiado baixo.
- 1.14 – 2 Demonstra boas capacidades de liderança.
- 1.15 – 3 Não responde ou não se expressa em relação a cumprimentos e despedidas.
- 1.16 – 2 Não expressa necessidades ou o que quer aos outros.
- 1.17 – 2 Vai atrás do grupo não expressando a sua opinião ou sentimentos.
- 1.18 – 2 Não se mantém na realização da tarefa, distrai-se com facilidade e não se consegue concentrar.
- 1.19 – 2 Tira as coisas dos outros em vez de partilhar ou esperar a sua vez.
- 1.20 – 2 Bate nos colegas.
- 1.21 – 2 Tem fraco contacto visual, não olha as outras pessoas nos olhos, olha para outro lado ou para o chão quando falam com ele ou sobre ele(a).
- 1.22 – 2 É desajeitado nos movimentos comuns como andar.
- 1.23 – 2 Dá encontrões nas pessoas quando está em grupo.
- 1.24 – 2 Não consegue usar os dedos para realizar tarefas tão bem como os colegas (pegar em moedas, agarrar um lápis).
- 1.25 – 4 Apanha bolas, bate palmas, toca o tambor facilmente.
- 1.26 – 2 Deixa cair objectos com regularidade causando distúrbios aos outros e causando embaraço para si.
- 1.27 – 2 Não se consegue recordar de eventos familiares como a ida ao parque.
- 1.28 – 2 Tem dificuldades em imitar frases ou sons.
- 1.29 – 3 Fale demasiado alto.
- 1.30 – 2 Não pronuncia as palavras com clareza.
- 1.31 – 2 Tem dificuldades em compreender o que lhe é dito.
- 1.32 – 4 Tem dificuldades em seguir direcções.
- 1.33 – 4 Percebe conceitos com esquerda e direita, atrás, à frente, ao lado de, em cima, em baixo, à volta e por dentro.
- 1.34 – 4 Faz comentários negativos sobre si, como “sou burro” ou “não sou muito esperto”.
- 1.35 – 2 Recusa-se a participar em grupo ou individualmente em actividades devida à falta de confiança nas suas capacidades (medo do fracasso ou do ridículo)
- 1.36 – 5 Existe um ou mais comportamentos quando faz uma actividade: desorganização em vez seguir o objectivo, rápido não se preocupando com a qualidade dos resultados, desiste facilmente em vez de mostrar perseverança, impressivo em vez de preciso.
- 1.37 – 3 Faz comentários depreciativos aos pares se eles não fazem o que ele(a) quer.
- 1.38 – 2 Tem dificuldades em dizer as horas ou o dia da semana.
- 1.39 – 2 Tem dificuldades em contar dinheiro
- 1.40 – 2 Tem dificuldade em memorizar as letras do alfabeto
- 1.41 – 2 Tem dificuldades em contar.
- 1.42 – 4 Consegue exprimir que está feliz, triste ou excitado.

- 1.43 – 2 Demonstra pouco ou nenhuma emoção (alegria, tristeza ou excitação).
- 1.44 – 4 Consegue facilmente identificar quando os outros estão felizes, tristes ou excitados.
- 1.45 – 2 Tem dificuldades em descrever os sentimentos dos outros.
- 1.46 – 2 Exibe emoções extremas (rir e chorar, tristeza ou alegria)
- 1.47 – 1 As emoções demonstradas são frequentemente inapropriadas para a ocasião ou situação (rir em situações tristes ou quando está triste, chorar quando está contente ou em situações alegres)

Parte III

Esta parte do questionário deverá ser preenchida pelo musicoterapeuta após a observação do paciente nas sessões de musicoterapia.

Escala a utilizar das questões 48 à 62.

Muito Desadequada	Desadequada	Média	Adequada	Muito Adequada
1	2	3	4	5

- 1. 4 Concentração
- 2. 4 Atenção
- 3. 3 Retenção
- 4. 4 Relações interpessoais
- 5. 4 Contacto visual/ocular
- 6. 4 Postura
- 7. 4 Contacto físico
- 8. 4 Motivação para se envolver com a musicoterapia
- 9. 4 Expressões faciais adequadas
- 10. 3 Envolve-se na conversa; capacidade de conversação
- 11. 3 Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais
- 12. 4 Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou sentimentos, como escape)
- 13. 3 Habilidade musical
- 14. 4 Atitude geral perante a música
- 15. 3 Habilidade rítmica
- 16. 3 Criatividade musical

ANEXO H

Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia Para Crianças – Utente Nuno (Início do estágio)

Questionário de Musicoterapia para Adolescentes

Nome: Nuno

Género: Masculino

Idade: 14

Data de Nascimento: 01/09/1996

Data de preenchimento: 22/11/2010

O objectivo principal da terapia é apoiar-te nos problemas que podem estar a interferir com a tua capacidade de aproveitar a vida ao máximo. Assim, o objectivo deste questionário é ajudar-te a reconhecer os problemas ou “maus hábitos” que possas ter e dos quais te queres ver livre. Como estas questões são pessoais, está assegurada a confidencialidade. Ninguém verá as tuas respostas além do musicoterapeuta e do seu supervisor.

Parte I (Música)

13. Indique as preferências musicais que seleccionam o número que melhor se adequa aos teus gostos musicais

	Detesta	Não Gosta	Nem gosta nem desgosta	Gosta	Gosta muito
Popular				X	
Portuguesa				X	
Pop Rock					X
Clássica				X	
Infantil		X			
Fado		X			
Kuduro					X
Kizomba					X
Funaná					X
Outra _____					

14. Indica o teu CD de preferência, o cantor preferido ou compositor.

Tokio Hotel.

15. Responda às seguintes questões, escolhendo o número que melhor se adequa.

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Parte II – Análise multimodal de problemas

2. Para cada afirmação indique o número (segundo a seguinte escala) que melhor te descreve

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

1.1 – 2 As outras pessoas sabem quando eu estou feliz, triste ou excitado

1.2 – 2 Raramente me sinto feliz, triste ou excitado

1.3 – 3 Consigo facilmente dizer quando os outros estão felizes, tristes ou excitados

1.4 - 1 Magoo frequentemente os sentimentos dos meus amigos

1.5 – 4 Bato frequentemente nos outros

- 1.6 – 4 Fico zangado frequentemente com os outros
- 1.7 – 1 Frequentemente magoo-me ou sinto que me estou a magoar
- 1.8 – 1 Sinto frequentemente vontade de destruir as coisas dos outros
- 1.9 – 4 Não luto nem grito com os outros
- 1.10 – 4 Sinto frequentemente que estou com muito stress
- 1.11 – 4 Por causa do stress, sinto frequentemente uma ou outra das seguintes coisas: dificuldade em dormir, dores de estômago, ansiedade e/ou faço coisas de que me arrependo
- 1.12 – 5 Tenho muita ansiedade
- 1.13 – 4 Por causa da ansiedade, frequentemente acontece uma ou outra das seguintes coisas: problemas presentes ou passados com os outros, preocupações com o futuro (ex.: acontecimentos que virão)
- 1.14 – 4 Frequentemente faço coisas de que me venho a arrepender
- 1.15 – 5 É difícil para mim falar aos outros acerca das coisas más que me aconteceram
- 1.16 – 1 É difícil para mim falar aos outros acerca das coisas boas que me aconteceram
- 1.17 – 4 Sinto-me frequentemente deprimido ou “em baixo”
- 1.18 – 1 Sinto frequentemente vontade de me matar
- 1.19 – 4 É fácil dizer coisas simpáticas aos outros
- 1.20 – 3 Raramente tenho problemas por não seguir as regras e normas ou por não fazer o que devo
- 1.21 – 1 Tenho dificuldade em seguir orientações (ex.: ficar sentado na cadeira, acabar os trabalhos, trabalhar sossegado, se simpático para os outros)
- 1.22 – 2 Gosto de partilhar as coisas com os outros e de partilhar tarefas
- 1.23 – 1 Arranjo frequentemente problemas dentro e fora da escola e da casa
- 1.24 – 3 Gosto de dizer aos outros quando fazem alguma coisa errada
- 1.25 – 4 Chamo frequentemente aos outros nomes como “estúpido”, “idiota” ou “parvo”
- 1.26 – 2 Gostava mais de estar sozinho do que acompanhado
- 1.27 – 5 Acho que é difícil fazer amigos
- 1.28 – 1 Não tenho amigos próximos
- 1.29 – 4 É difícil para mim falar com as outras pessoas
- 1.30 – 5 É difícil para mim falar num grupo de pessoas
- 1.31 – 2 Não tenho um passatempo, raramente faço qualquer coisa apenas por divertimento
- 1.32 – 2 Preferia ficar sozinho ou sem fazer nada a ter que fazer alguma coisa com os outros
- 1.33 – 1 Tenho dificuldade em ouvir os outros quando falam comigo
- 1.34 – 5 Não gosto de mim
- 1.35 – 1 Chamo-me frequentemente nomes como “estúpido”, “idiota” ou “parvo”
- 1.36 – 4 Quando tento fazer alguma coisa, normalmente falho
- 1.37 – 1 As pessoas não gostam de mim
- 1.38 – 2 Tenho muitos problemas
- 1.39 – 1 Não tenho dificuldade em resolver problemas que envolvam as outras pessoas

- 1.40 – 5 Quando tenho um problema, prefiro deixá-lo por resolver, a ter que passar muito tempo a tentar resolvê-lo
- 1.41 – 5 Fico zangado se passo muito tempo a tentar resolver um problema
- 1.42 – 3 Não confio nas outras pessoas
- 1.43 – 4 As outras pessoas costumam mentir sobre mim
- 1.44 – 3 Chateia-me quando alguém me diz como é que eu podia fazer alguma coisa melhor
- 1.45 – 2 Nunca tenho problemas
- 1.46 – 4 Tenho dificuldade em encontrar coisas; perco frequentemente coisas (ex.: cd's, dinheiro, etc.)
- 1.47 – 3 Estou sempre a discutir com os meus educadores
- 1.48 – 5 Não tenho dificuldade em tomar decisões (ex.: o que fazer em cada dia, que música ouvir, que roupa vestir)
- 1.49 – 1 Parece que tenho sempre que fazer o que os outros querem e nunca aquilo que eu quero
- 1.50 – 3 Numa discussão em grupo tenho dificuldade em expressar a minha opinião sobre um assunto, principalmente quando é diferente das opiniões dos outros
- 1.51 – 3 Tenho dificuldade em concentrar-me ou em fazer uma coisa durante um longo período
- 1.52 – 5 Quando estou em grupo, fico normalmente fechado sobre mim próprio ou saio do grupo

Parte III

Esta parte do questionário deverá ser preenchida pelo musicoterapeuta após a observação do paciente nas sessões de musicoterapia.

Escala a utilizar das questões 48 à 62.

Muito Desadequada	Desadequada	Média	Adequada	Muito Adequada
1	2	3	4	5

- 1. 2 Relações interpessoais
- 2. 4 Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou sentimentos, como escape)
- 3. 4 Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais
- 4. 3 Concentração
- 5. 2 Contacto visual/ocular
- 6. 2 Auto-conceito
- 7. 2 Contacto físico
- 8. 3 Postura
- 9. 4 Motivação para se envolver com a musicoterapia
- 10. 3 Expressões faciais adequadas
- 11. 2 Envolve-se na conversa; capacidade de conversação
- 12. 3 Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais
- 13. 2 Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou

sentimentos, como escape)

14. 4 Atitude geral perante a música

15. 4 Criatividade musical

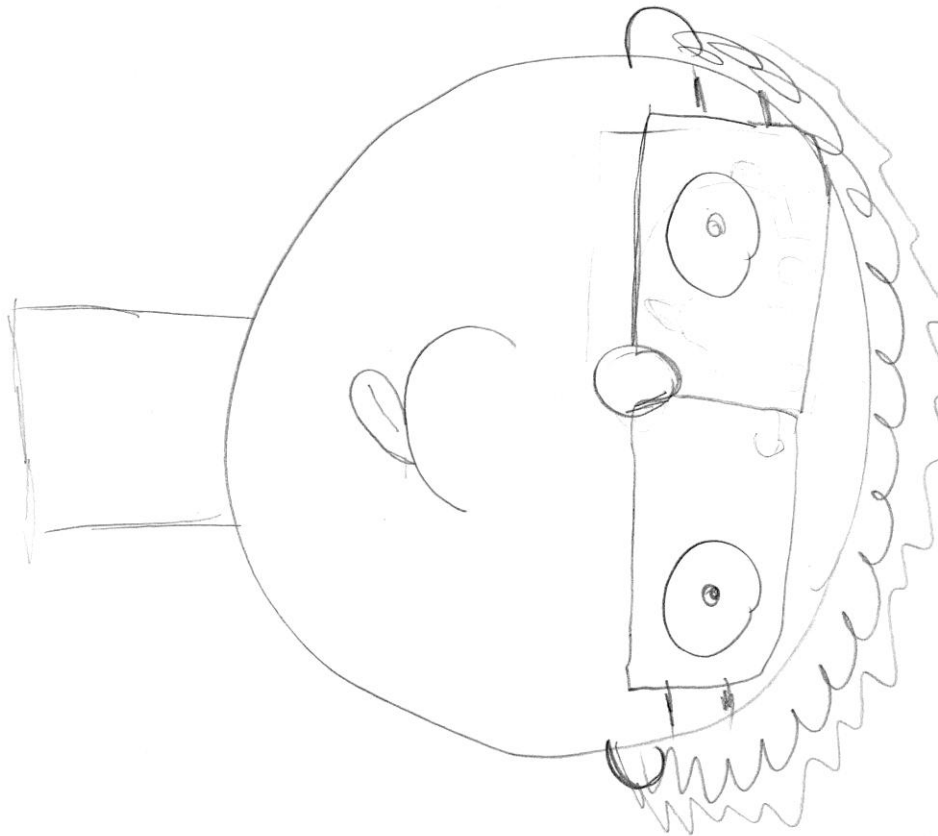
ANEXO I

Desenho do Nuno – fase inicial

Desenho: Fase Inicial

Desenho realizado pelo Nuno, no início de uma sessão, em que tocou piano o restante tempo. Explicou que estava a fazer a sua apresentação. Quando perguntei se queria colorir o desenho, disse-me que não.

2
na Dou Amigo e
ninha legendo.



ANEXO J

Desenho do Nuno – Fase Final

Desenho - Fase Final

Desenho realizado pelo Nuno no fim de uma das sessões de musicoterapia, já na fase final da intervenção.



ANEXO K

Canção do Nuno – Fase Final

Música com preenchimento de espaços – Fase Final

Música para preenchimento de espaços, baseada na música “Somewhere over the rainbow” de Israel Kamakawiwo'ole. O que está sublinhado foi construído pelo Nuno

Um dia para o sol vou olhar,
E o reflexo no mar, faz-me respirar.
Um dia com vontade vou estudar,
Para ter um emprego e talvez viajar.

Um dia sigo o meu caminho e um desejo vou conquistar,
Atravessar o mundo inteiro, sempre com o meu dinheiro para viajar.

ANEXO L

Registo de sessões do utente Nuno

K - 1
LS

Data:	30/05/2010
Duração:	40 Minutos
Participantes:	Nuno
Actividades realizadas:	Improvisação instrumental com e sem música gravada a acompanhar.
Resumo:	<p>A sessão girou em torno de acompanhamento de música gravada, nomeadamente kizomba e Hip hop. Esse acompanhamento ia variando com algumas improvisações.</p> <p>As expressões faciais eram de alegria e motivação. Notava-se bem-estar no que estavam a fazer.</p> <p>Foi importante o acompanhamento das músicas porque isso lançou a improvisação do final sem música.</p> <p>No final o Nuno estava visivelmente agradado com a sessão, referindo que tinha chegado muito chateado à sessão, o que passou e que no fim estava feliz.</p> <p>Referiu também que o momento da sessão que mais gostou foi a improvisação sem música gravada.</p> <p>Ficou desanimado quando o informei que a musicoterapia estava a terminar. Quis saber exactamente o dia da última sessão.</p>
Instrumentos	Djembés e música gravada (kizomba e hip hop)

<p>Pontos Importantes:</p>	<p>Ritmo das músicas – ligação entre mim, a música e o Nuno Improvisação no final da sessão entre mim e o Nuno sem música gravada. Quando falei do fim das sessões o Nuno ficou triste por não continuar e mostrou desagrado por isso.</p>
---------------------------------------	--

ANEXO M

Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia Para Crianças – Utente Nuno (final do estágio)

Questionário de Musicoterapia para Adolescentes

Nome: Nuno **Género:** Masculino

Idade: 14

Data de Nascimento: 01/09/1996

Data de preenchimento: 22/11/2010

O objectivo principal da terapia é apoiar-te nos problemas que podem estar a interferir com a tua capacidade de aproveitar a vida ao máximo. Assim, o objectivo deste questionário é ajudar-te a reconhecer os problemas ou “maus hábitos” que possas ter e dos quais te queres ver livre. Como estas questões são pessoais, está assegurada a confidencialidade. Ninguém verá as tuas respostas além do musicoterapeuta e do seu supervisor.

Parte I (Música)

16. Indique as preferências musicais que seleccionam o número que melhor se adequa aos teus gostos musicais

	Detesta	Não Gosta	Nem gosta nem desgosta	Gosta	Gosta muito
Popular	X				
Portuguesa				X	
Pop Rock					X
Clássica				X	
Infantil	X				
Fado	X				
Kuduro				X	
Kizomba					X
Funaná					X
Outra _____					

17. Indica o teu CD de preferência, o cantor preferido ou compositor.

Tokio Hotel.

18. Responda às seguintes questões, escolhendo o número que melhor se adequa.

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

Parte II – Análise multimodal de problemas

3. Para cada afirmação indique o número (segundo a seguinte escala) que melhor te descreve

Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

1.1 – 3 As outras pessoas sabem quando eu estou feliz, triste ou excitado

1.2 – 3 Raramente me sinto feliz, triste ou excitado

1.3 – 2 Consigo facilmente dizer quando os outros estão felizes, tristes ou excitados

1.4 – 2 Magoo frequentemente os sentimentos dos meus amigos

1.5 – 3 Bato frequentemente nos outros

- 1.6 – 3 Fico zangado frequentemente com os outros
- 1.7 – 3 Frequentemente magoo-me ou sinto que me estou a magoar
- 1.8 – 1 Sinto frequentemente vontade de destruir as coisas dos outros
- 1.9 – 3 Não luto nem grito com os outros
- 1.10 – 4 Sinto frequentemente que estou com muito stress
- 1.11 – 4 Por causa do stress, sinto frequentemente uma ou outra das seguintes coisas: dificuldade em dormir, dores de estômago, ansiedade e/ou faço coisas de que me arrependo
- 1.12 – 4 Tenho muita ansiedade
- 1.13 – 4 Por causa da ansiedade, frequentemente acontece uma ou outra das seguintes coisas: problemas presentes ou passados com os outros, preocupações com o futuro (ex.: acontecimentos que virão)
- 1.14 – 4 Frequentemente faço coisas de que me venho a arrepender
- 1.15 – 4 É difícil para mim falar aos outros acerca das coisas más que me aconteceram
- 1.16 – 4 É difícil para mim falar aos outros acerca das coisas boas que me aconteceram
- 1.17 – 4 Sinto-me frequentemente deprimido ou “em baixo”
- 1.18 – 1 Sinto frequentemente vontade de me matar
- 1.19 – 4 É fácil dizer coisas simpáticas aos outros
- 1.20 – 4 Raramente tenho problemas por não seguir as regras e normas ou por não fazer o que devo
- 1.21 – 4 Tenho dificuldade em seguir orientações (ex.: ficar sentado na cadeira, acabar os trabalhos, trabalhar sossegado, se simpático para os outros)
- 1.22 – 4 Gosto de partilhar as coisas com os outros e de partilhar tarefas
- 1.23 – 1 Arranjo frequentemente problemas dentro e fora da escola e da casa
- 1.24 – 4 Gosto de dizer aos outros quando fazem alguma coisa errada
- 1.25 – 4 Chamo frequentemente aos outros nomes como “estúpido”, “idiota” ou “parvo”
- 1.26 – 4 Gostava mais de estar sozinho do que acompanhado
- 1.27 – 4 Acho que é difícil fazer amigos
- 1.28 – 4 Não tenho amigos próximos
- 1.29 – 4 É difícil para mim falar com as outras pessoas
- 1.30 – 4 É difícil para mim falar num grupo de pessoas
- 1.31 – 4 Não tenho um passatempo, raramente faço qualquer coisa apenas por divertimento
- 1.32 – 4 Preferia ficar sozinho ou sem fazer nada a ter que fazer alguma coisa com os outros
- 1.33 – 4 Tenho dificuldade em ouvir os outros quando falam comigo
- 1.34 – 1 Não gosto de mim
- 1.35 – 1 Chamo-me frequentemente nomes como “estúpido”, “idiota” ou “parvo”
- 1.36 – 4 Quando tento fazer alguma coisa, normalmente falho
- 1.37 – 4 As pessoas não gostam de mim
- 1.38 – 4 Tenho muitos problemas
- 1.39 – 4 Não tenho dificuldade em resolver problemas que envolvam as outras pessoas

- 1.40 – 4 Quando tenho um problema, prefiro deixá-lo por resolver, a ter que passar muito tempo a tentar resolvê-lo
- 1.41 – 4 Fico zangado se passo muito tempo a tentar resolver um problema
- 1.42 – 4 Não confio nas outras pessoas
- 1.43 – 4 As outras pessoas costumam mentir sobre mim
- 1.44 – 4 Chateia-me quando alguém me diz como é que eu podia fazer alguma coisa melhor
- 1.45 – 1 Nunca tenho problemas
- 1.46 – 4 Tenho dificuldade em encontrar coisas; perco frequentemente coisas (ex.: cd's, dinheiro, etc.)
- 1.47 – 4 Estou sempre a discutir com os meus educadores
- 1.48 – 4 Não tenho dificuldade em tomar decisões (ex.: o que fazer em cada dia, que música ouvir, que roupa vestir)
- 1.49 – 4 Parece que tenho sempre que fazer o que os outros querem e nunca aquilo que eu quero
- 1.50 – 4 Numa discussão em grupo tenho dificuldade em expressar a minha opinião sobre um assunto, principalmente quando é diferente das opiniões dos outros
- 1.51 – 4 Tenho dificuldade em concentrar-me ou em fazer uma coisa durante um longo período
- 1.52 – 4 Quando estou em grupo, fico normalmente fechado sobre mim próprio ou saio do grupo

Parte III

Esta parte do questionário deverá ser preenchida pelo musicoterapeuta após a observação do paciente nas sessões de musicoterapia.

Escala a utilizar das questões 48 à 62.

Muito Desadequada	Desadequada	Média	Adequada	Muito Adequada
1	2	3	4	5

- 1. 4 Relações interpessoais
- 2. 4 Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou sentimentos, como escape)
- 3. 4 Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais
- 4. 4 Concentração
- 5. 4 Contacto visual/ocular
- 6. 3 Auto-conceito
- 7. 4 Contacto físico
- 8. 4 Postura
- 9. 4 Motivação para se envolver com a musicoterapia
- 10. 3 Expressões faciais adequadas
- 11. 4 Envolve-se na conversa; capacidade de conversação
- 12. 4 Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais
- 13. 4 Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou

sentimentos, como escape)

14. 4 Atitude geral perante a música

15. 4 Criatividade musical

ANEXO N

Certificado Pós-Graduação em Educação Especial – domínio cognitivo e motor



Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração

Certificado de Pós-Graduação

O Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração de Aveiro, certifica, para os devidos efeitos, nos termos no Decreto-Lei 95/97 de 23 de Abril, que **Anabela Vieira Ramos**, com o Número de Identificação Civil 12803943, concluiu o curso abaixo descrito, no dia quinze de Julho de dois mil e onze, com a classificação final de 16 (Dezasseis) valores.

Curso: Formação Especializada Pós-Graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor

Área da Formação especializada: Educação Especial

Especialização em: Domínio Cognitivo e Motor

Modalidade de Formação: Especialização Pós-Licenciatura

Registo de Acreditação: CCPFC/CFE-2286/10

Acreditação válida para a edição de: 2010

Nº de créditos para a Formação Contínua: 10

Nº de créditos para efeitos do nº3 do artigo 14º do RJFCP: 10

Duração: 300 horas

Módulos

- Necessidades educativas especiais e perturbações intelectuais
- Diagnóstico, avaliação e intervenção em educação especial
- Modelos e organização curricular em educação especial
- Métodos e técnicas de investigação e análise em educação especial
- Necessidades educativas especiais e perturbações físico e motoras
- Ajudas técnicas e adaptações tecnológicas para as NEE cognitivo-motoras
- Neuropsicologia das dificuldades cognitivo e motoras
- Desenvolvimento curricular e diferenciação pedagógica
- Elaboração e desenvolvimento de projectos de intervenção na área cognitivo-motora

Por ser verdade, é passado o presente certificado, para todos os efeitos legais, que vai assinado e autenticado com o selo branco em uso.

Aveiro, 15 de Julho de 2011.

P'IA Direcção do ISCIA

(Maria Leonor Godinho)

Passado por: 

Conferido por: 