

Universidades Lusíada

Seixas, Francisca Silva, 1994-

Um colo musical : musicoterapia com bebés e crianças institucionalizadas

<http://hdl.handle.net/11067/4527>

Metadados

Data de Publicação

2018

Resumo

O presente relatório de estágio descreve o trabalho musicoterapêutico realizado com bebés e crianças institucionalizadas na Casa da Criança, da Associação de Apoio à Criança de Guimarães, no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve a duração de oito meses e foram realizadas sessões individuais com doze bebés e crianças. Foram elaborados dois estudos de caso representativos do trabalho realizado. O primeiro caso explora a intervenção musicoterapêutica...

This placement report describes a music therapist work with babies and children living in Casa da Criança, from Associação de Apoio à Criança de Guimarães, for the Masters (MSc) in Music Therapy by Universidade Lusíada de Lisboa. The placement had the duration of eight months, during which individual sessions were conducted with babies and children. Two case studies were developed, representing the work done during the placement. The first case study considers the music therapy intervention focu...

Palavras Chave

Musicoterapia para crianças - Portugal - Guimarães, Crianças em risco - Assistência em instituições - Portugal - Guimarães, Musicoterapia - Prática profissional, Casa da Criança (Guimarães, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:28:44Z com informação proveniente do Repositório



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

Um colo musical: musicoterapia com bebês e crianças institucionalizadas

Realizado por:
Francisca Silva Seixas

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

Orientado por:
Dr.^a Patrícia Alexandra Gomes Correia

Constituição do Júri:

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

Relatório aprovado em: 12 de abril de 2019

Lisboa

2018



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

Um colo musical: musicoterapia com bebés e crianças institucionalizadas

Francisca Silva Seixas

Lisboa

julho 2018



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

**Um colo musical: musicoterapia com bebés e
crianças institucionalizadas**

Francisca Silva Seixas

Lisboa

julho 2018

Francisca Silva Seixas

Um colo musical: musicoterapia com bebés e crianças institucionalizadas

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 Maurer

Orientadora de estágio: Dra. Patrícia Alexandra Gomes Correia

Lisboa

julho 2018

Ficha Técnica

Autora Francisca Silva Seixas
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Dra. Patrícia Alexandra Gomes Correia
Título Um colo musical: musicoterapia com bebés e crianças institucionalizadas
Local Lisboa
Ano 2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

SEIXAS, Francisca Silva, 1994-

Um colo musical : musicoterapia com bebés e crianças institucionalizadas / Francisca Silva Seixas ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Patrícia Alexandra Gomes Correia. - Lisboa : [s.n.], 2018. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

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

II - CORREIA, Patrícia Alexandra Gomes, 1973-

LCSH

1. Musicoterapia para crianças - Portugal - Guimarães
2. Crianças em risco - Assistência em instituições - Portugal - Guimarães
3. Musicoterapia - Prática profissional
4. Casa da Criança (Guimarães, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
5. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Music therapy for children - Portugal - Guimarães

2. Problem children - Institutional care - Portugal - Guimarães

3. Music therapy - Practice

4. Casa da Criança (Guimarães, Portugal) - Study and teaching (Internship)

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

6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.S45 2018

Agradecimentos

Ao terminar esta etapa da minha vida, não poderia deixar de agradecer a tantas pessoas que tornaram tudo isto possível.

À Professora Doutora Teresa Leite, que possibilitou esta formação, por todo o ensinamento ao longo dos dois anos de mestrado.

À Dra. Patrícia Correia, por me ter recebido de braços abertos e por toda a confiança depositada em mim e no meu trabalho.

À Casa, a todas as funcionárias e técnicas, por tão bem me acolherem e me fazerem sentir parte da Casa.

Às crianças com quem trabalhei, por me terem permitido entrar na vossa vida e me terem dado tanto amor. Sou afortunada por vos ter conhecido.

Aos meus amigos, pela paciência e compreensão.

À Rita e à Carolina, por todas as viagens a aturar-me.

À Soraia, por tudo e por todas as horas.

Por fim, o agradecimento mais importante, aos meus pais, que sempre me apoiaram em todas as minhas aventuras, por acreditarem sempre em mim e nunca me terem deixado desistir de nenhum sonho. Devo-vos tudo.

“Só é possível ensinar uma criança a amar, amando-a.”

J. W. van Goethe

Resumo

Um colo musical: musicoterapia com bebés e crianças institucionalizadas

Francisca Silva Seixas

O presente relatório de estágio descreve o trabalho musicoterapêutico realizado com bebés e crianças institucionalizadas na Casa da Criança, da Associação de Apoio à Criança de Guimarães, no âmbito do mestrado em musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. O estágio teve a duração de oito meses e foram realizadas sessões individuais com doze bebés e crianças. Foram elaborados dois estudos de caso representativos do trabalho realizado. O primeiro caso explora a intervenção musicoterapêutica focada no desenvolvimento global de um bebé de doze meses e, no segundo caso, são abordadas as questões emocionais de uma criança de onze anos e como estas podem ser trabalhadas no contexto musicoterapêutico. Os resultados foram ao encontro da literatura e demonstraram a eficácia da musicoterapia no atendimento das necessidades emocionais de uma criança, promovendo as suas competências relacionais e comunicacionais através da relação terapêutica estabelecida.

Palavras-chave: Musicoterapia, Institucionalização, Bebés, Crianças, Relação terapêutica

Abstract

A musical lap: music therapy with babies and children institutionalized

Francisca Silva Seixas

This placement report describes a music therapist work with babies and children living in Casa da Criança, from Associação de Apoio à Criança de Guimarães, for the Masters (MSc) in Music Therapy by Universidade Lusíada de Lisboa. The placement had the duration of eight months, during which individual sessions were conducted with babies and children. Two case studies were developed, representing the work done during the placement. The first case study considers the music therapy intervention focused on the global development of a twelve month old baby and the second case study addresses the emotional issues of a eleven year old child and how they can be worked in music therapy context. The results corroborated the literature and confirmed the efficacy of music therapy on the attendance of emotional needs of a child, promoting their relationship and communication skills through the therapeutic relationship established.

Key words: Music therapy, Institutionalization, Babies, Children, Therapeutic relationship

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Casos de intervenção em Musicoterapia.....	34
Tabela 2 - 1º Horário (04/12/2017 a 03/01/2018).....	39
Tabela 3 - 2º Horário (03/01/2018 a 09/04/2018).....	40
Tabela 4 - 3º Horário (09/04/2018 a 14/06/2018).....	41
Tabela 5 - Plano terapêutico do Diogo.....	48
Tabela 6 - Plano terapêutico da Matilde	61

Índice

Agradecimentos	V
Resumo	IX
Abstract	XI
Lista de Tabelas	XIII
Índice.....	XV
Introdução	1
Caracterização da Instituição	3
Caracterização da População-Alvo	5
Enquadramento Teórico.....	7
Institucionalização e Privação Maternal	7
Teoria da vinculação de Bowlby.....	10
A amizade indiscriminada.....	14
A formação tardia de relações de vínculo.....	16
Musicoterapia.....	17
Intervenção Musicoterapêutica com Bebés	18
Técnicas de intervenção	22
Intervenção Musicoterapêutica com Crianças	24
Improvisação.....	26
Construção de canções.....	27
Objetivos do Estágio	31
Metodologia	33
Participantes.....	33
Instrumentos de Avaliação.....	34

Procedimentos.....	36
Agenda Semanal	38
Técnicas e Metodologias Aplicadas.....	41
Recursos Materiais.....	42
Estudos de Caso	45
Estudo de Caso I – Diogo	45
Descrição/historial da criança	45
Plano terapêutico.....	46
Processo terapêutico.....	49
Apresentação e discussão de resultados.....	55
Conclusão.....	56
Estudo de Caso II – Matilde.....	58
Descrição/historial da criança	58
Plano terapêutico.....	59
Processo terapêutico.....	61
Apresentação e discussão de resultados.....	68
Conclusão.....	70
Outras Intervenções	73
Mara	73
Luís	74
Miguel.....	74
Inês.....	75
Lara	75
José.....	76

Duarte.....	77
Letícia	78
Sílvia	78
Rafael	80
Conclusões	83
Reflexão Final.....	85
Referências.....	87
Apêndices	93
Lista de Apêndices	95
Apêndice A	97
Apêndice B.....	101
Apêndice C.....	107
Apêndice D	113
Apêndice E.....	117
Apêndice F.....	121
Apêndice G	125
Anexos.....	131
Lista de Anexos	133
Anexo A	135
Anexo B.....	141
Anexo C.....	147
Anexo D	151

Introdução

O presente relatório versa sobre o trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular “Seminário de estágio/Relatório de estágio” do segundo ano do Mestrado em Musicoterapia, e pretende descrever a intervenção levada a cabo durante o estágio curricular realizado na Casa da Criança da Associação de Apoio à Criança, bem como o enquadramento teórico de base para a concretização deste trabalho.

Um bebé é dependente do adulto durante muito tempo e, por isso, precisa de saber que pode confiar no mundo exterior para se poder desenvolver em todas as suas dimensões. Este, precisa de desenvolver um sentimento de pertença e de segurança, e de construir a sua confiança básica para se vincular aos pais e irmãos. O bebé precisa de ser nutrido, de carinho e de contacto físico. Desta forma, a indisponibilidade parental e as restrições afetivas representam riscos acrescidos ao desenvolvimento harmonioso da criança durante os primeiros anos de vida (Iwaniec, 1995). Quando o meio natural de vida da criança lhe apresenta mais condições de perigo e negligência do que segurança e nutrição básica, as instituições de acolhimento têm sido a forma mais comum de assegurar os seus cuidados (Giagazoglou, Kouliousi, Sidiropoulou & Fahantidou, 2012). No entanto, quase todas as crianças que vivem em instituições carecem de uma figura cuidadora primária estável. Esta carência é também conhecida como privação maternal ou negligência estrutural (Bowlby, 1969).

Para Bruscia (1989), a musicoterapia é um processo sistemático de intervenção no qual o terapeuta ajuda o paciente a promover a sua saúde através de experiências musicais e da relação que se cria entre ambos como força dinâmica de mudança. Desde muito cedo, os bebês são capazes de processar as qualidades e padrões do som e sabem usar essas

capacidades para participar na interação comunicativa. Deste modo, a música é, por si só, um meio efetivo pelo qual o bebê consegue comunicar.

As crianças também têm, normalmente, um interesse natural por música e, sendo um meio não ameaçador, a musicoterapia oferece às crianças com perturbações emocionais um lugar seguro onde podem explorar sentimentos, comportamentos e questões terapêuticas relacionadas com o abuso, negligência e questões familiares (Burkhardt-Mramor, 1996). A sessão de musicoterapia é um convite ao diálogo com o outro. No espaço que é criado entre o diálogo musical, o diagnóstico desaparece e a individualidade emerge (Donnell, 2007).

Com estas ideias por base, durante este estágio, doze crianças com idades compreendidas entre os 2 meses e os 11 anos beneficiaram de sessões individuais de musicoterapia. Os principais objetivos centraram-se na promoção de relações seguras e contingentes, no desenvolvimento da comunicação e socialização, da autoexpressão e autoestima.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho pode ser dividido em quatro partes distintas, iniciando com uma breve descrição da instituição e população-alvo. Na segunda parte é realizado o enquadramento teórico sobre a institucionalização, os problemas de vínculo e os distúrbios emocionais que podem ocorrer em crianças com esta problemática. É ainda contextualizada a musicoterapia enquanto intervenção sistematizada e como pode intervir junto de bebês e crianças institucionalizadas. Numa terceira parte, são apresentados os objetivos delineados para este estágio, de acordo com o enquadramento teórico exposto, e será descrita a metodologia utilizada na intervenção. Serão posteriormente expostos dois estudos de caso e apresentadas as outras intervenções levadas a cabo. Na quarta e última parte são apresentadas as conclusões face aos objetivos inicialmente traçados, e uma reflexão final sobre a intervenção realizada na Associação de Apoio à Criança.

Caracterização da Instituição

A Associação de Apoio à Criança é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos e de superior interesse social, constituída no ano de 2001, na cidade de Guimarães. Tem por objetivo o acolhimento temporário de crianças vítimas de maus tratos, negligência ou abandono.

A Casa de Acolhimento Residencial funciona nas atuais instalações desde janeiro de 2007. O edifício remonta ao século XVI e foi especialmente recuperado pela associação para receber as suas crianças. Esta obra foi inaugurada no dia 19 de novembro de 2006 pelo ministro do Trabalho e da Solidariedade Social. Em maio de 2010, a Associação de Apoio à Criança (AAC) decidiu denominar a sede atual de Casa da Criança, de acordo com o pressuposto de que a Casa não é da associação, mas sobretudo das crianças.

Pelo trabalho desenvolvido por esta Associação, foi-lhe atribuído pelo respetivo Instituto, o estatuto de Instituição de Emergência Infantil.

A missão da AAC é promover e defender a Convenção dos Direitos da Criança, adotada pela ONU e ratificada por Portugal em 21 de setembro de 1990, através da criação de infraestruturas de acolhimento para crianças em risco, em estreita colaboração com as entidades oficiais envolvidas na defesa dos seus direitos e proteção. A associação rege-se pelos valores da transparência, confiança, integridade, superação de resultados e excelência (A Casa da Criança, 2013).

A instituição tem capacidade para acolher dezoito crianças e, entre fevereiro de 2005 e maio de 2016, acolheu 162 crianças. Destas, 87 foram entregues a pais adotivos, 52 regressaram à família biológica/alargada, 3 foram transferidas para estruturas de promoção e proteção mais adequadas, 2 foram entregues a pessoa idónea e 1 a uma família de acolhimento.

A Casa da Criança funciona 24 sobre 24 horas, durante todo o ano, o que implica a existência de um quadro de pessoal permanente que é constituído por técnicos superiores (técnica superior de serviço social, psicóloga e educadora de infância, que desenvolvem uma intervenção articulada com a Segurança Social, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e tribunais), técnicos administrativos (que realizam tarefas de administração da instituição nas áreas dos recursos humanos, contabilidade e logística) e auxiliares de educação e vigilantes noturnos (que compõem a equipa educativa), auxiliares de limpeza e cozinheiras.

O modelo de funcionamento da Casa da Criança, adota também o voluntariado como um contributo relevante para o seu bom funcionamento, tendo em conta os diversos perfis e experiências dos voluntários. É uma atividade traduzida numa prestação de serviços solidária, de forma livre, legal e organizada. As principais áreas em que o voluntariado presta serviços são: berçário, creche, tarefas de apoio à casa, apoio escolar, terapias e piscina.

Estando conscientes que o meio institucional não é o meio mais adequado ao crescimento das crianças, a AAC procura fomentar atividades com vista à promoção do desenvolvimento pessoal, social, educacional e afetivo das crianças, permitindo o estímulo de competências e a promoção da autoestima. Nunca é esquecido que o princípio basilar do acolhimento é a componente afetiva e que no colo de cada um dos colaboradores não está um caso ou um processo, mas a simples e complexa vida de uma criança (A Casa da Criança, 2013).

Caracterização da População-Alvo

A Casa da Criança acolhe crianças que foram abandonadas ou retiradas às famílias por falta de condições físicas, psicológicas e/ou sociais, que assegurem o seu desenvolvimento integrado e saudável. A Casa da Criança tem capacidade para acolher até 18 crianças, desde os poucos dias de vida até à maioridade.

Estas crianças podem apresentar perturbações psicoafetivas, decorrentes das vivências anteriores e das problemáticas familiares, nomeadamente a negligência, o abandono, os maus tratos físicos e psicológicos e a exposição a situações de disfuncionalidade familiar.

Após o acolhimento da criança, é elaborada, em estreita articulação com a EMAT (Equipa Multidisciplinar de Apoio aos Tribunais) ou CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) uma avaliação diagnóstica da criança e da família. De acordo com o resultado da mesma, é posteriormente desenvolvida uma intervenção junto dos familiares e da criança, que se pretende eficaz e reparadora e que culmine com a definição do projeto de vida. A primeira intenção é sempre de que a criança possa reintegrar a sua família. No entanto, quando a intervenção se mostra ineficaz, pela impermeabilidade à mudança da família nuclear, a criança pode ser integrada na família alargada, pode ser aplicada a medida de confiança a pessoa idónea ou, em última instância, decretada uma medida de adoção. Se nenhuma destas opções se tornar viável, a criança pode ser transferida para outras casas de acolhimento residencial, onde o seu futuro poderá ser planeado de forma mais adaptada às suas necessidades.

Todas as crianças residentes do 1º, 2º e 3º ciclo frequentam o ensino regular público e as crianças entre os 3 e os 5 anos frequentam o ensino pré-escolar privado. As crianças que demonstrem interesse podem ainda frequentar os escuteiros ou outras atividades

extracurriculares. De acordo com as suas necessidades, podem ainda beneficiar de acompanhamento escolar, fisioterapia, terapia ocupacional ou terapia da fala na instituição.

Durante a fase de observação, foi possível compreender as maiores necessidades das crianças acolhidas, designadamente a necessidade extrema de atenção individualizada e de estimulação, no caso dos bebês. Confirmando as indicações da literatura, as crianças mais velhas apresentaram, em regra geral, sinais de carência afetiva, comportamentos desafiantes e de oposição, uma atitude derrotista e negativa perante os projetos que lhes são apresentados e baixa tolerância à frustração.

Enquadramento Teórico

Nesta secção será enquadrado o conhecimento teórico e científico já existente, sendo definidos os conceitos e apresentadas as metodologias que fundamentaram a intervenção desenvolvida neste estágio.

Institucionalização e Privação Maternal

O desenvolvimento humano é influenciado por vários fatores que podem facilitar ou dificultar a sua evolução. O desenvolvimento na primeira infância pode ser alterado por vários fatores, como as características da criança, da família, dos cuidadores, pelo seu ambiente imediato e pela sua cultura. Um ambiente estimulante, que dê suporte à criança, e uma relação forte com um cuidador primário são indicadores essenciais para se obter um bom desenvolvimento durante infância (Giagazoglou *et al.*, 2012).

Os maiores perigos ao desenvolvimento harmonioso da criança durante os primeiros anos de vida são a indisponibilidade parental e as restrições hostis, que interferem com a aquisição de competências pessoais adequadas como a fala, a locomoção, o controlo dos esfíncteres, autonomia no momento de alimentação, vestir e brincar, o controlo dos impulsos e a capacidade de discriminar as emoções do outro.

Um bebé é dependente do adulto durante muito tempo e, por isso, precisa de saber que pode confiar no mundo exterior para se poder desenvolver em todas as suas dimensões. Este precisa de desenvolver um sentimento de pertença e de segurança, e de construir a sua confiança básica para se vincular aos pais e irmãos. Precisa de ser nutrido, de carinho e de contacto físico. Precisa de ser pegado ao colo quando está angustiado, confortado quando se magoa e acalmado quando se assusta. Quando uma criança é abusada emocionalmente ou negligenciada, a rapidez e qualidade do seu desenvolvimento ficam comprometidas, especialmente durante os primeiros anos de vida. O maltrato infantil pode manifestar-se de

inúmeras formas e em vários graus, desde a falta de cuidado e de providência das necessidades básicas físicas à falta de atenção e estimulação. Pode também manifestar-se na falta de amor, afeto, e disponibilidade emocional para a criança. No pior cenário, a criança pode ser rejeitada e extremamente afetada pela hostilidade e desistência parental (Iwaniec, 1995).

As instituições de acolhimento têm sido a forma mais comum de assegurar os cuidados das crianças negligenciadas em todo o mundo (Giagazoglou *et al.*, 2012). O acolhimento residencial é um substituto dos cuidados parentais a tempo inteiro, providenciados a crianças cujos pais não conseguem dar o devido cuidado. Assim, é uma alternativa de residência para a criança, enquanto os seus pais não são capazes de tomar conta dela. É uma medida temporária, até que a criança seja devolvida à família ou seja decretada a medida de adoção. Porém, muitas crianças acabam por permanecer bastante tempo nestas residências (Layman, Hussey & Laing, 2002).

Independentemente da razão pela qual uma criança necessita de ser institucionalizada, o seu desenvolvimento intelectual, físico, comportamental e sócio emocional podem ser afetados negativamente. Estudos independentes têm, repetida e conclusivamente, reportado estes efeitos danosos (Chisholm, Carter, Ames & Morison, 1995; Eapen, 2009; Spitz, 1949; Tizard & Tizard, 1967; Zaccagnino, Cussino, Preziosa, Veglia & Carassa, 2015).

Embora as instituições de acolhimento de crianças assegurem os seus cuidados básicos quando estas são abandonadas pelos pais ou cuidadores, existem alguns fatores de risco que lhes são conhecidos, e com fortes repercussões para o desenvolvimento das crianças. Entre outros, pode-se citar os desfavoráveis rácios cuidador-criança (Giagazoglou refere um rácio de 8:1, tendo um cuidador entre 8 a 10 crianças ao seu cuidado), os ambientes pouco estimulantes, a frequência de mudança de turnos dos cuidadores, a linguagem limitada,

a falta de estimulação social e cognitiva e a falta de formação dos cuidadores para promover o desenvolvimento das crianças que estão a experienciar sentimentos angustiantes e de impotência (Barone, Dellagiulia & Lionetti, 2015; Carlson, Hostinar, Mliner & Gunnar, 2014; Giagazoglou *et al.*, 2012; Lionetti, Pastore & Barone, 2015; Torres, Maia, Veríssimo, Fernandes & Silva, 2012).

Layman *et al.* (2002) referiram que o acolhimento residencial tradicional se focava apenas nos cuidados básicos de alimentação e higiene das crianças, sendo a sua saúde mental remetida para segundo plano. Contudo, depois de os especialistas terem começado a observar cada vez mais crianças a necessitar de cuidados especializados, a tendência foi-se alterando. Os problemas mais frequentemente identificados eram a intolerância à intimidade, a impulsividade, o medo de rejeição, a agressão e a baixa autoestima. Cada um destes problemas refletiam as experiências precoces das crianças, incluindo abuso, negligência, vínculos inseguros e cuidados inconsistentes a que estas já tinham estado sujeitas.

MacLean (2003) clarifica que a variável “institucionalização” se refere a uma complexa privação social, de percepção, física, intelectual e emocional e, deste modo, não é possível especificar o tipo de privação que diferencia uma criança institucionalizada de uma criança criada com uma família. No entanto, Zaccagnino *et al.*, (2015) apontaram a extrema privação de afeto como geradora de severos problemas de desenvolvimento. A ausência de uma figura cuidadora primária estável, também conhecida como privação maternal ou negligência estrutural (Bowlby, 1969), é a principal característica partilhada por todas as crianças que vivem numa instituição. Embora a vida institucional não seja incompatível com a formação de vínculos (Carlson *et al.*, 2014), estes são significativamente comprometidos pela frequente mudança de turnos dos cuidadores, que muitas vezes possuem uma lacuna na

formação de como sustentar o desenvolvimento de uma criança em condições desafiantes (Barone *et al.*, 2015).

Em 1949, Spitz observou o desenvolvimento emocional de um grupo de crianças em duas instituições distintas. Em ambas as instituições, as crianças foram admitidas logo após o nascimento e receberam cuidados médicos adequados, comida e higiene. O único fator diferenciador foi a quantidade de interação emocional existente. Na primeira instituição, as crianças foram criadas pelas próprias mães. Na segunda, a partir do 3º mês de vida, foram criadas por funcionárias, que tinham a seu cargo grupos de 8 a 12 crianças. Spitz considerou impressionante o contraste no desenvolvimento das crianças das duas instituições. Os resultados da instituição onde as crianças foram criadas por funcionárias mostraram que o quociente de desenvolvimento destas crianças desceu a pique entre o 3º e o 12º mês, de quase 100 pontos para 70. Spitz referiu ainda que, pelo 2º aniversário, o seu quociente de desenvolvimento situava-se nos 45 pontos. Estes resultados evidenciaram a importância de um único fator psicossocial, a interação emocional com a mãe, e como a sua ausência resultou na completa reversão da tendência do desenvolvimento. Spitz reforçou ainda que o fator diferencial entre as instituições, a relação mãe-bebê, é o pivô de todo o desenvolvimento durante o primeiro ano de vida da criança. Ao determinar este fator como variável independente, os investigadores puderam atestar a sua vital importância (Spitz, 1949).

Teoria da vinculação de Bowlby

Os problemas de vínculo em crianças institucionalizadas foram os primeiros a ser notados, mesmo antes de se terem iniciado os estudos sobre vínculo. Aliás, foram os estudos com crianças órfãs que levaram Bowlby a formular o conceito de vínculo e a sua Teoria da Vinculação (MacLean, 2003).

Bowlby revolucionou a forma de pensar o vínculo entre a criança e a sua mãe, e a sua disrupção através da separação, privação e luto (Bretherton, 1992). Bowlby começou por observar como é que crianças pequenas reagem à perda temporária da mãe. Em 1951 formulou o princípio de que “o que é essencial à saúde mental do bebé é que este experiencie uma relação íntima e contínua com a mãe (ou substituta permanente), na qual ambos encontrem satisfação e prazer” (Bowlby, 1951, p.13, citado em Bretherton, 1992).

Convicto de que a primeira relação humana de uma criança é a pedra basilar da sua personalidade, Bowlby estudou o comportamento de vinculação em macacos e gorilas e verificou que, em todas as espécies, as mães asseguravam-se que os filhos permaneciam perto delas para que os pudessem ajudar. Baseado nas suas observações, Bowlby definiu o comportamento de vinculação como o ato de procurar e manter proximidade com outro indivíduo (Bowlby, 1969).

A Teoria da Vinculação advoga que, para que haja um desenvolvimento emocional e social saudável, é fundamental que a criança desenvolva uma ligação emocional forte a pelo menos um cuidador. Caso esta ligação não aconteça nos primeiros anos de vida, podem emergir padrões de comportamentos anormais e dificuldades na regulação emocional. Deste modo, para prosperar emocionalmente, a criança precisa de uma relação contínua e próxima com a sua cuidadora (Bretherton, 1992).

Bowlby (1969) constatou que a maioria dos bebês, aos 4 meses de idade, já respondiam de forma diferente à mãe e a outras pessoas. Quando via a mãe, o bebé sorria e vocalizava mais rapidamente, seguindo-a com o olhar durante mais tempo do que quando olhava para outras pessoas. E quando a mãe deixava o quarto, o bebé chorava e tentava segui-la. Este comportamento foi encarado como o desejo do bebé de “manter proximidade”.

Bowlby (1969) notou ainda que os bebês com 6 meses que Mary Ainsworth observou no

Gana, para além de terem este comportamento quando a mãe deixava a sala, cumprimentavam-na com sorrisos, levantando os braços e falando de felicidade quando ela voltava.

Em 1969 havia já uma grande evidência de que o tipo de cuidado que a criança recebe da sua mãe tem uma importância vital na forma como o comportamento de vínculo se desenvolve. No entanto, Bowlby alertou que a criança também inicia a interação e influencia a sua forma. A criança tem inúmeras formas de chamar a atenção da mãe. E não só o faz para obter resposta da sua companhia, como mantém e modula as suas respostas, reforçando umas em detrimento de outras. O padrão de interação entre o bebê e a mãe desenvolve-se gradualmente e é apenas resultado das contribuições de cada um e, especialmente, na forma como um influencia o comportamento do outro (Bowlby, 1969).

Mary Ainsworth desenvolveu uma forma de avaliação dos vínculos que apelidou de “Situação Estranha”. Esta pretendia classificar o vínculo da criança de acordo com os seus padrões de comportamento em relação à sua cuidadora principal, particularmente nos episódios da reunião depois da separação. Os padrões identificados foram distribuídos por três grupos principais, inicialmente designados como A, B e C. As crianças do grupo B usaram as suas mães como uma base segura, a partir da qual puderam explorar o meio antes da separação. Estas crianças, classificadas como tendo um vínculo seguro, mostraram-se aborrecidas quando foram deixadas num ambiente desconhecido. Choraram, procuraram a sua cuidadora e pararam a sua brincadeira. Quando a cuidadora voltou, estas crianças mostraram abertamente os seus sentimentos de angústia e procuraram nela o conforto e a segurança. Pouco depois voltaram à brincadeira e à exploração. As crianças com vínculo seguro possuem uma confiança básica, um sentido de que o mundo é previsível e confiável.

As crianças do grupo A, classificadas como tendo um vínculo inseguro-evitante, mostraram-se inquietas durante todo o processo, mas não o demonstraram às suas mães. Na reunião após a separação, as crianças não pareceram mostrar interesse na cuidadora, evitando o contacto com esta. No entanto, as crianças mostraram-se atentas aos comportamentos das suas cuidadoras e após um tempo procuraram o contacto e a proximidade, não mostrando, no entanto, emoções negativas. Geralmente, estas cuidadoras são capazes de lidar com as emoções positivas das crianças mas podem sentir-se ameaçadas ou perdidas quando estas mostram sentimentos de tristeza ou angústia.

As crianças do grupo C, classificadas como tendo um vínculo inseguro-ambivalente, mostraram um comportamento oposto ao descrito acima. Salientaram as suas emoções negativas, chorando sonoramente mesmo após a reunião com as cuidadoras, tentando desesperadamente manter a proximidade. Ao mesmo tempo, estas crianças queriam mostrar às suas cuidadoras o seu desapontamento por terem sido deixadas numa situação estranha, cheia de ameaças. Estas crianças agarraram a cuidadora, mas afastavam-na ao mesmo tempo, e daí o termo ambivalente. Enquanto as crianças com um vínculo inseguro-evitante suprimiram as suas emoções negativas, as crianças com um vínculo inseguro-ambivalente choraram livremente, pois sabiam que a única forma de obter a atenção das cuidadoras era gritando bem alto ou tornando óbvio de outra forma que precisavam de ser confortadas pelo adulto (Ainsworth, 1979; Rosmalen, Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2014).

A sua metodologia inovadora não só testou de forma empírica as ideias de Bowlby, como ajudou a expandir a teoria em si própria. Uma das suas contribuições foi a ideia de que a figura de vínculo funciona como uma base segura, a partir da qual o bebé pode explorar o mundo. Formulou também o conceito da sensibilidade maternal, descrita como a capacidade do cuidador para reparar em sinais de vínculo da criança a tempo de os interpretar

corretamente e reagir pronta e adequadamente. Esta sensibilidade desempenha um papel importante no desenvolvimento dos padrões de vínculo bebê-mãe (Bretherton, 1992; Rosmalen *et al.*, 2014).

O maltrato e a negligência durante a infância produzem vínculos inseguros, num período que afeta adversamente o desenvolvimento intelectual e social da criança. Nestes casos, o comportamento de vínculo anteriormente descrito torna-se bastante diferente. A criança negligenciada/maltratada não demonstra aflição nem protesta quando é separada dos pais. Esta tende a ir com qualquer pessoa e não discrimina pessoas conhecidas de desconhecidas. Quando fica no hospital ou numa casa de acolhimento, tende a relacionar-se da mesma forma com a enfermeira ou com a mãe adotiva. No entanto, estas crianças aparentam ser inseguras e incapazes de se moverem livremente para explorar o meio de uma forma organizada e com propósito – ora se agarram aos pais ou correm sem sentido. Podem ainda aparentar ser assustadas ou ansiosas (Iwaniec, 1995).

A amizade indiscriminada

Tizard e Tizard (1967) examinaram o comportamento de crianças institucionalizadas relativamente aos seus cuidadores dentro do contexto institucional. Os investigadores compararam as listas de pares preferenciais de crianças de 2 anos e, enquanto as listas das crianças em famílias eram facilmente construídas, as listas das crianças institucionalizadas incluíam qualquer pessoa que a criança conhecesse bem. As únicas pessoas que eram encaradas como “favoritas” eram pessoas que até podiam ver a criança poucas vezes, mas que tinham momentos de atenção individualizada (p. ex. visita de um familiar). Ao estudarem o comportamento de crianças com 4 anos, Tizard e Rees (1975) descreveram o comportamento das crianças institucionalizadas como bastante dependente de contacto, seguindo os adultos, mas referiram que 18 em 26 crianças não demonstrava preocupar-se com

ninguém profundamente. Destas 18 crianças, 8 aparentavam ser emocionalmente desligadas dos adultos, uma vez que não seguiam as funcionárias nem prestavam muita atenção a estranhos. As outras 10 crianças descritas como não tendo vínculos procuravam manter contacto com os adultos e eram amigáveis com estranhos. No entanto, não se queixavam se a cuidadora favorita não estivesse a trabalhar.

Tizard (1977) caracterizou a *amizade indiscriminada* como um comportamento de afeição e amizade para com todos os adultos, incluindo estranhos, sem o medo ou preocupação típica de uma criança pequena. Para estas crianças, qualquer adulto é suficiente desde que as suas necessidades sejam satisfeitas.

A *amizade indiscriminada* pode representar um sinal de atraso no desenvolvimento da relação de vínculo, e é por isso relevante no estudo da formação de vínculos. Segundo Tizard (1977), este comportamento pode ser indicativo da não formação de vínculo ou um subtipo desinibido/indiscriminado de perturbação reativa de vínculo. Estas perturbações foram descritas como resultantes do facto de a criança não ter tido oportunidades de formar uma relação de vínculo. Segundo o autor, a *amizade indiscriminada* não tem a ver com o Quociente de Inteligência (QI), mas está relacionada com problemas de comportamento, especialmente problemas de atenção. Até certo ponto, podem refletir distração e impulsividade aplicada à interação com adultos estranhos. Iwaniec (1995) refere ainda que as crianças negligenciadas procuram o contacto físico e afeto e tendem a ligar-se a qualquer pessoa que demonstre atenção e bondade. As pesquisas têm demonstrado que a *amizade indiscriminada* se trata de uma característica transversal a crianças previamente institucionalizadas e que pode persistir durante anos após sua saída da instituição.

A formação tardia de relações de vínculo

Estabelecer relações de vínculo é uma tarefa desafiante para uma criança previamente institucionalizada. Chisholm (1998) sugeriu algumas razões para esta dificuldade. De acordo com a teoria de vínculo de Bowlby, o comportamento de vínculo começa a organizar-se para um cuidador em particular entre os 6 e os 12 meses. Um cuidador adequado irá responder prontamente às necessidades da criança, estará em contacto próximo e irá perceber a sua ansiedade ao ser separada de si. Quando a criança tem mais de 2 anos, os cuidadores tendem a ser menos responsivos às necessidades de proximidade da criança e podem esperar que a criança demonstre mais autonomia. A necessidade da criança pelo contacto pode ser vista como dependente em vez do simples carinho que é pedido por um bebé, e os pais podem não se mostrar muito pacientes com esse comportamento. Dado que a teoria de vínculo prevê que a qualidade da relação de vínculo está na sensibilidade da resposta parental, se um cuidador estiver menos responsivo, pode tornar mais difícil o desenvolvimento da relação de vínculo. Chisholm e colegas (1995) também reportaram que as crianças previamente institucionalizadas não mostravam comportamentos promotores de proximidade como sorrir (menos de metade das crianças não sorria de volta a alguém que lhes sorrisse), chorar e estabelecer contacto ocular, comportamentos que promovem o contacto com os cuidadores. Vários pais adotivos reportaram que as crianças pareciam incapazes de transmitir as suas necessidades. Na amostra apresentada, 14% das crianças não demonstravam quando sentiam dor e 31% das crianças não sinalizavam os pais quando acordavam, permanecendo deitados sem se mexerem. Tais comportamentos também podem ser dificultadores do trabalho dos pais, uma vez que estes ficam sem saber quando e como responder apropriadamente aos seus filhos.

Musicoterapia

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996), a Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia, harmonia, etc.) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente – individual ou grupo – num processo planificado com o objetivo de facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilidade, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, que vão ao encontro das necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais ou cognitivas desse(s) mesmo(s) cliente(s).

O processo de definição de musicoterapia varia dependendo da orientação, perspectiva e até da cultura dos diferentes musicoterapeutas em todo o mundo (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). Apesar das diversas definições existentes, a musicoterapia é compreendida como uma prática relacional, onde as atividades não são intervenções performativas isoladas, mas sim pequenos processos interligados num processo terapêutico (Bunt & Stige, 2014).

Bunt e Stige (2014) começam por descrever que a musicoterapia, em primeiro lugar, oferece a qualquer pessoa a oportunidade de se relacionar com um musicoterapeuta, relação através da qual as suas necessidades podem ser trabalhadas. A música não é um meio em si mesma, mas usada como um meio para um fim. A música oferece um espaço versátil onde pessoas podem estabelecer contacto umas com as outras.

O estabelecimento da relação terapêutica é a pedra basilar para todo o processo terapêutico. Esta relação espelha a relação primária de aprendizagem da comunicação, na qual o desenvolvimento emerge (Aldridge, Gustorff & Neugebauer, 1995).

Tal como uma relação saudável mãe-bebê se desenvolve, na fase inicial da relação terapêutica, o terapeuta deve ser uma presença benigna, que estabelece experiências musicais expressivas e agradáveis, sem desafiar o paciente. A música torna-se o substituto maternal e

os instrumentos musicais tornam-se os símbolos de transição entre uma relação simbiótica para uma de autonomia. Do ponto de vista humanista, o elemento central em terapia é uma relação aberta, genuína, acolhedora e de suporte. O terapeuta deve ser autêntico e deve aceitar o paciente com uma consideração positiva incondicional, formando a base na qual o paciente pode crescer e desenvolver-se. A característica central ao processo é forma do terapeuta se relacionar com o paciente, olhando-o de forma holística, para além do seu diagnóstico (Aigen, 2014).

Sendo uma atividade agradável e recompensadora, a música motiva o terapeuta e o cliente a alcançarem os seus limites, a explorarem novos horizontes, a assumir novos riscos e a experimentarem novas formas de estar no mundo (Bruscia, 1989). Quando sentimentos de confiança e segurança são estabelecidos, o partilhar da experiência musical cria um vínculo especial, não ameaçador, onde as qualidades pessoais do terapeuta atuam como “o instrumento vivo da terapia” (Boxill, 1985, p.89 citado em Aigen, 2014).

Intervenção Musicoterapêutica com Bebês

Cantar para os bebês é considerada uma forma de cuidado universal, um comportamento que acontece em todas as culturas humanas conhecidas. De facto, alguns teóricos sugerem que cantar para os bebês representa uma das formas mais primitivas de música feita pelo Homem (de l'Etoile, 2006).

A música é um estímulo auditivo com muitos elementos cognitivos que são processados neurologicamente em simultâneo ou sequencialmente. Estes elementos incluem a melodia, o ritmo, a harmonia, o timbre, a forma, o estilo e características expressivas. Acusticamente, a música é diferente de qualquer tipo de ruído. Durante o seu desenvolvimento no útero materno, o bebé processa imensa informação auditiva e, quando nasce, é capaz de reconhecer a voz da sua mãe, histórias e melodias ouvidas no último

trimestre de gestação, mostra preferência por vozes femininas e pela língua materna. A exposição a estímulos sonoros desde o nascimento é crucial para um futuro desenvolvimento e aperfeiçoamento das capacidades auditivas. No fim do período gestacional, o bebé responde ao estímulo auditivo virando a cabeça consistentemente, com um tempo de resposta médio entre 8 a 11 segundos, com especial incidência nas frequências mais altas e num nível de intensidade moderado. Os bebés recém-nascidos são ainda capazes de distinguir componentes da língua materna, incluindo a consciência gramatical, a sintaxe e fonemas de linguagem específicos (Standley & Whipple, 2003).

Desde muito cedo, os bebés são capazes de processar as qualidades e padrões do som e sabem usar essas capacidades para participar na interação comunicativa. Nesta perspetiva, a aquisição da linguagem decorre de um processo comunicativo previamente estabelecido (Wigram *et al.*, 2002). Deste modo, a música é, por si só, um meio efetivo pelo qual o bebé consegue comunicar. Torna-se terapêutica através da sensibilidade do terapeuta, que sintoniza os esforços essenciais que a mente do bebé faz para regular o corpo, tanto nos seus processos químicos, hormonais e metabólicos, como no seu objetivo de se envolver com o mundo e com os outros (Malloch, Shoemark, Črnčec, Newnham, Paul, Prior, ... & Burnham, 2012). Sendo a musicoterapia facilitadora de contacto, o bebé torna-se capaz de estabelecer o seu próprio ritmo, a sua autorregulação e conseqüente relaxamento, sendo também motivado para se orientar, participar e envolver na musicalidade comunicativa (Haslbeck, 2014).

Todos os bebés nascem com uma motivação intrínseca para se conectarem numa relação íntima e emocional. Ao estudar o comportamento não-verbal entre mães e crianças, Stern, Jaffe, Beebe e Bennett (1975) identificaram duas formas paralelas de comunicação. A primeira forma foi a de vocalização conjunta, onde ambos vocalizavam em simultâneo. Os autores sugeriram que a vocalização conjunta é um padrão inicial de comportamento, que é

estrutural e funcionalmente similar ao olhar mútuo, partilha de postura e de ritmo. Ocorre durante os níveis mais elevados de excitação e é indicativo do tom emocional. Por exemplo, nos adultos esta vocalização conjunta acontece em situações de excitação interpessoal como raiva, tristeza ou alegria intensa. O contraste desta forma de comunicação é a alternância. Esta forma de comunicação é encontrada em conversação, onde o orador e o ouvinte trocam de papéis, alternadamente. É um padrão de diálogo e valorizável para a aquisição da linguagem. Permite que a informação seja enviada por uma pessoa enquanto é processada por outra. A vocalização conjunta enfatiza o evento da comunicação em si, em detrimento do conteúdo da comunicação. Este tipo de vocalização promove experiências mútuas e pode ser essencial no processo de vinculação e no sentimento de relação. Ambas as formas estão presentes na improvisação musical.

As mães cantam intuitivamente para os seus bebês de forma a provocar a reação desejada. Isto é, quando querem acalmar o bebé e pô-lo a dormir, as mães cantam de uma forma calma, uma canção apelidada de ‘embalar’. Esta canção possui uma estrutura simples e repetitiva, com contornos descendentes, intervalos pequenos num âmbito de registo limitado. Por outro lado, no meio de uma brincadeira, as mães cantam canções mais animadas, que despoletam interações brincalhonas, emoções positivas e aumentam a estimulação durante as rotinas diárias. As canções de brincadeira são mais brilhantes, mais rítmicas, cantadas num tom sorridente e contêm mais consoantes. A questão mais pertinente é que, dependendo do seu objetivo (relaxamento ou estimulação), a mãe vai intuitivamente adaptar os elementos musicais na sua canção. Deste modo, é possível afirmar que as mães modificam a sua forma de cantar para comunicar emoções distintas aos seus bebês. Estes são ouvintes sofisticados, capazes de distinguir mudanças subtis nos estímulos musicais. As capacidades processuais sofisticadas dos bebês para o estímulo musical sugerem uma predisposição biológica para a

percepção musical, tornando-os hábeis descodificadores da expressividade musical. Assim, a música providencia estimulação sensorial apropriada ao desenvolvimento do bebê, desde os primeiros dias (de l'Etoile, 2006).

O desenvolvimento da linguagem e da socialização da criança depende da aprendizagem das estruturas rítmicas de sincronização. Sendo ouvintes sofisticados, os bebês são capazes de imitar o repertório sonoro das suas mães, mas também produzem gestos e expressões que não são imitações do comportamento materno. Na relação mãe – bebê, ambos iniciam, complementam e respondem um ao outro, numa partilha íntima e fluída, que reflete os seus estados internos. Esta “dança” de sons tem todas as complexidades e subtilezas de um dueto musical improvisado e inclui as características expressivas do tempo (*acelerando*, *rubato*, *ritardando*), da dinâmica (*forte*, *piano*, *crescendo*, *diminuendo*), do timbre (as mudanças no tom de voz) e da altura do som (contorno melódico e harmónico). Excitação, afeto e atenção são apreendidos dentro do ritmo de uma relação. Este é o método utilizado na improvisação clínica: a estrutura rítmica do paciente é descoberta pelo terapeuta, que vai ao seu encontro na sua estrutura rítmica e é capaz de manipular todas as características acima descritas de forma a responder musicalmente ao seu paciente, construindo assim uma relação musical/emocional (Aldridge, 1989; Pavlicevic, 1990).

Por volta dos 6 meses de idade o bebê deixa de ter uma atitude passiva em relação aos estímulos e adquire uma maior capacidade de interagir e discriminar. As experiências de grupos de música para crianças entre os 6 meses e os dois anos são uma forma altamente eficaz de oferecer oportunidades sensoriais multidimensionais, combinando estímulos auditivos, visuais e tácteis. O estudo levado a cabo por Standley, Walworth e Nguyen (2009), revelou que as atividades musicais utilizando histórias e repetição, bem como tarefas musicais multissensoriais dentro das capacidades das crianças podem promover respostas

sociais, cognitivas, motoras e comunicacionais positivas. A baixa incidência de comportamentos não-cooperativos/resistentes também indicaram que as crianças com uma média de idade de 18 meses foram capazes de se envolverem no grupo em atividades altamente estruturadas, uma capacidade que vai para além do que é esperado para uma criança desta idade. Os autores acreditam que este estudo pode tornar-se útil na justificação do envolvimento expandido nos programas de intervenção precoce infantil, em assistência com o desenvolvimento curricular e na documentação dos benefícios da musicoterapia.

A improvisação em musicoterapia, com a sua ênfase na atividade dentro de um relacionamento pessoal dinâmico, oferece uma atividade que pode promover ativamente o desenvolvimento da criança. Aldridge *et al.* (1995) estudaram o ritmo de desenvolvimento de doze crianças com atrasos de desenvolvimento e se este seria influenciado pela musicoterapia. Os resultados foram ao encontro das expectativas dos autores e demonstraram que todas as crianças melhoraram após a intervenção. Os autores notaram que as crianças se desenvolvem com ou sem musicoterapia, mas o ritmo com que elas se desenvolvem com uma intervenção musicoterapêutica é bastante diferente. A musicoterapia parece facilitar e aumentar o ritmo do desenvolvimento nas crianças que de alguma forma estão comprometidas. Segundo os autores, a forma como a musicoterapia funciona para que haja mudança no desenvolvimento está relacionada com a atividade de tocar música improvisada na relação terapêutica, pois, como já foi anteriormente descrito, as bases da linguagem – ritmo, articulação, sequenciação, altura, timbre e troca de turnos – são musicais por natureza.

Técnicas de intervenção

Na intervenção musicoterapêutica com bebês, os musicoterapeutas utilizam técnicas estruturadas para desencadear respostas. Estas técnicas, sintetizadas por Wigram *et al.* (2002), são similares, no seu carácter e função, às que as mães usam para atraírem a atenção e

comunicarem com os seus bebês. A imitação é uma destas técnicas. Imitar a expressão da criança, os seus sons vocais ou o toque no tambor, resulta quase sempre numa resposta positiva por parte da mesma. Isto irá acontecer desde muito cedo com uma criança com um desenvolvimento esperado. Uma vez que os parâmetros musicais como a altura, o tempo e o ritmo são facilmente variáveis de um momento para o outro, o musicoterapeuta facilmente imitará as iniciativas da criança a um nível geral, podendo, ao mesmo tempo, ir variando os elementos musicais mais detalhados.

Na técnica de troca de turnos, a interação ocorre à vez. No início é aconselhado que existam papéis fixos, mas mais tarde o terapeuta e a criança podem trocar os papéis de iniciador e imitador. Esta troca de papéis é particularmente importante na mútua interação comunicativa.

Outra técnica frequentemente usada para despoletar uma reação na criança é a pausa ou ‘congelar’, caracterizada por uma pausa inesperada no meio de uma frase melódica. A pausa tem um efeito ainda maior se a criança se estiver a mover ao som da música, seja a balançar ou a saltar. Ao mesmo tempo, o musicoterapeuta pode tornar a sua intenção clara através dos gestos e da expressão facial, olhando surpreendido para a criança e ‘congelando’ os movimentos do seu corpo, por exemplo.

A técnica da expectativa pressupõe que a criança reconhece o elemento surpresa, ou seja, a criança já desenvolveu um sentido de estrutura musical que corresponde à sua expectativa. A maioria das crianças responde espontaneamente a surpresas musicais simples, como quebras repentinas na música, enquanto que surpresas mais sofisticadas irão exigir mais experiência à criança.

Wigram (2004) explica ainda que a técnica de espelhar se assemelha à técnica de imitar mas não se limita ao campo musical. Assim, quando o terapeuta espelha o cliente, este

faz exatamente o mesmo que o cliente em termos musicais, expressivos e corporais para assim, o cliente poder rever o seu comportamento no terapeuta.

A emergência precoce das capacidades processuais da música, muito antes de serem necessárias, suportam a ideia de que os bebês estão neurologicamente predispostos a identificar e a responder ao padrão musical e sugerem uma base biológica para a percepção musical (de l'Etoile, 2006). Os bebês são extremamente sensíveis e responsivos aos contornos e ritmo dos movimentos, gestos e vocalizações, às mudanças subtis no timbre vocal, à variação do tempo e intensidade dos gestos, sons vocais e expressões faciais das suas mães. Tal como mãe e bebê, na improvisação em musicoterapia, terapeuta e paciente apresentam-se através de uma forma sonora espontânea, cujas mudanças constantes de tempo, dinâmica, fraseado, ritmo e melodia sugerem uma constante negociação de si próprios na relação com o outro, de forma não-verbal. Embora a improvisação seja ouvida musicalmente – e note-se que pode ser esteticamente agradável – o objetivo primordial do musicoterapeuta é desencadear a experiência emocional do mundo do paciente e experienciá-la diretamente através da relação construída por ambos (Pavlicevic, 2000).

Intervenção Musicoterapêutica com Crianças

A música é uma ferramenta poderosa no atendimento das necessidades básicas das crianças (Layman *et al.*, 2002). As crianças têm, normalmente, um interesse natural por música e, sendo uma forma de interação não ameaçadora, a musicoterapia oferece à criança com perturbações emocionais um lugar seguro onde pode explorar sentimentos, comportamentos e questões terapêuticas relacionadas com o abuso, negligência e questões familiares (Burkhardt-Mramor, 1996). Com estas crianças, o musicoterapeuta foca-se mais nos recursos que esta dispõe, do que nos seus problemas. Nas sessões, o musicoterapeuta proporciona à criança experiências positivas e agradáveis de si própria e das ferramentas que

possui. Assim, a musicoterapia oferece à criança uma nova experiência de ouvir e responder. O espaço terapêutico torna-se um meio facilitador, um potencial parque infantil para uma criança abandonada à nascença (Amir & Yair, 2008). A musicoterapia oferece a estas crianças uma estrutura onde podem exprimir os seus princípios, onde podem ser vistas, ouvidas e valorizadas através de algo que criam desde o seu interior, e não só por algo que imitaram ou aprenderam de outras estruturas (Wigram *et al.*, 2002).

As crianças com perturbações emocionais e comportamentais podem ter curtos períodos de atenção, dificuldade em relacionarem-se com o outro, baixa autoestima e uma reduzida tolerância à frustração. A música é um meio não invasivo que facilita a autoexpressão, a autoestima e a socialização. As atividades musicais podem ser estruturadas para obter respostas positivas, estimulando a criatividade, a independência e potenciando sentimentos de sucesso. Entre os objetivos mais comumente definidos estão o aumento de comportamentos positivos, a melhoria na socialização, na interação grupal e na cooperação, a promoção da autoexpressão e autoestima, o aumento da consciência de si própria e dos outros e a melhoria das competências de comunicação. Sendo uma atividade criativa, a música providencia um ambiente apropriado para manifestações de raiva e frustração (Sausser & Waller, 2005).

Amir e Yair (2008) constataram que, ao longo dos anos, os objetivos musicoterapêuticos deixaram de estar tão focados na resolução dos comportamentos problemáticos e na melhoria das competências sociais através de atividades estruturadas para se concentrarem mais no domínio emocional e no uso da improvisação.

Improvisação

As crianças institucionalizadas têm muitas vezes dificuldades em falar sobre os seus sentimentos. Frequentemente, estas não sabem como se sentem, ou, quando sabem, têm dificuldade em encontrar as palavras certas para o definir. O foco na improvisação musical é uma forma de expressar e libertar o stress emocional, um meio para encontrar significado, uma alternativa à incerteza e ao desespero, uma forma de ter controlo, de aumentar a autoconfiança e melhorar a autoimagem, um meio para ganhar força e alegria, uma ferramenta que pode ajudar na reconstrução positiva das experiências infantis (Amir & Yair, 2008). A música é usada como uma espécie de ponte entre os mundos interior e exterior da criança, e é desenvolvida como uma linguagem comum entre o terapeuta e a criança. O musicoterapeuta pode suportar, conter, estimular e desafiar o paciente, desenvolvendo o diálogo musical através das trocas rítmicas e vocais. Wigram (2004) define as técnicas de suportar (holding) e de conter de forma similar, onde o terapeuta providencia ao cliente uma base segura, quer através do ritmo, quer através da harmonia, quando a sua improvisação é demasiado aleatória e sem direção. A diferença entre as duas técnicas está, segundo Wigram, no caos que o cliente pode apresentar. Neste caso, mais do que suportar, o terapeuta precisa de conter esse caos, por exemplo, tocando tão forte quanto o paciente.

O diálogo musical é definido como um momento de reciprocidade autêntica dentro da música. Por vezes, é necessária uma expressão musical muito simples para que a criança desenvolva as primeiras sensações de comunicação e contacto com o outro, a experiência de ser vista e ouvida (Wigram *et al.*, 2002). Entrando num diálogo musical, uma mensagem potente está implícita: ‘Eu ouço-te. Tu és importante para mim.’ A sessão de musicoterapia é um convite ao diálogo com o outro. No espaço que é criado entre o diálogo musical, o diagnóstico desaparece e a individualidade emerge (Donnell, 2007).

Conscientes que a improvisação musical representa o mundo interno da criança, Amir e Yair (2008) analisaram a improvisação musical de três crianças em contexto musicoterapêutico e confirmaram que as crianças, sentadas ao piano, expressam os seus sentimentos e as suas vidas. A música improvisada era circular, não tinha um fim, o que refletia a imprevisibilidade que todas experienciaram nas suas vidas. As improvisações tinham melodias cortadas, não desenvolvidas, desprovidas de um ritmo estável e de suporte tonal ou harmónico. As dinâmicas tinham uma expressão limitada. Os autores confirmaram que estas particularidades musicais são características de populações de crianças em risco e em angústia e que a incapacidade de manter o tempo pode indicar a ausência de organização interna e externa.

Construção de canções

A construção de canções é também muito utilizada como estratégia terapêutica no trabalho com crianças com experiências traumáticas. As crianças constroem intuitivamente canções que falam das suas preocupações, dos seus sentimentos de solidão, ansiedade do abandono, dos medos de abusos, angústia e tristeza. De forma similar, também cantam sobre sentimentos de felicidade e euforia. Através das canções, conseguem expressar sentimentos ou temas que seriam difíceis de expressar de outra forma. As crianças são capazes de determinar as suas necessidades, que palavras as vão acalmar, que melodia se encaixa no seu humor. As canções providenciam uma boa estrutura de segurança, reconhecimento e a possibilidade de relacionar experiências passadas. A escrita de canções também dá ao musicoterapeuta a oportunidade de encorajar a autoexpressão da criança, a reforçar esse comportamento e a aplaudir a criatividade e o insight da criança (Mayers, 1995; Wigram et al., 2002).

Analisando a literatura existente sobre a composição de canções em contexto terapêutico, Baker, Wigram, Stott e McFerran (2008) identificaram que em dois terços da literatura existente, os objetivos terapêuticos mais citados eram a externalização ou exploração de pensamentos, fantasias e emoções. Cinquenta por cento da literatura referia como objetivos o desenvolvimento da autoestima e autoconfiança através de experiências positivas. Entre outros, foram também citados objetivos como a clarificação de pensamentos e sentimentos, a validação de experiências e de formas de *coping*, a redução da ansiedade, raiva e tensão, a oferta do poder de escolha e o desenvolvimento do sentido de si.

Independentemente da atividade musical utilizada com crianças com perturbações emocionais, Gold, Wigram e Voracek (2007) advogam que devem ser sempre utilizadas atividades específicas da musicoterapia. Estes autores analisaram as atividades mais utilizadas e com melhores resultados no *setting* musicoterapêutico e os resultados mostraram que as crianças alteraram mais comportamentos quando foram usadas atividades a que os autores chamaram de específicas da musicoterapia como a improvisação e a reflexão verbal da música, quando comparadas com outras atividades menos específicas como a brincadeira livre. A explicação mais imediata que os autores encontraram foi que a interação musical providencia possibilidades únicas para a evolução terapêutica que não são inerentes às atividades de jogo. Os autores referiram ainda que os musicoterapeutas são especificamente treinados para trabalhar nas subtilezas da interação musical e, por isso, são mais competentes neste meio.

No contexto musicoterapêutico, as crianças podem estabelecer relações de significância, construir a sua autoestima e trabalhar questões relacionadas com o luto e abandono. Pela interação musical, a musicoterapia pode oferecer uma oportunidade para a criança estabelecer uma relação significativa com um adulto (musicoterapeuta), e,

posteriormente, com a sua família adotiva. A musicoterapia pode facilitar o desenvolvimento de novas relações, competências sociais, e sentimentos positivos de vínculo sobre figuras de autoridade. As questões de abandono e luto, que são frequentemente experienciadas pelas crianças, também podem ser abordadas no *setting* musicoterapêutico (Layman *et al.*, 2002).

Objetivos do Estágio

Tendo como referência o enquadramento teórico apresentado e as circunstâncias de vida dos bebês e crianças acolhidas na AAC, foram delineados para este estágio os seguintes objetivos:

- Facilitar o estabelecimento de uma relação preferencial entre a criança e os adultos cuidadores
- Melhorar as competências de comunicação e socialização
- Promover a autoexpressão e autoestima
- Sensibilizar a equipa técnica para a musicoterapia, as suas aplicações, os benefícios e a pertinência da sua prática nesta população.

Metodologia

Considerando o enquadramento teórico apresentado anteriormente, foi desenvolvida uma intervenção direta que será descrita na secção que se segue. Aqui serão descritos os participantes, apresentados os procedimentos iniciais da intervenção e a agenda semanal da estagiária. Serão ainda descritos os instrumentos de avaliação, as técnicas e metodologias e os recursos materiais utilizados.

Participantes

No momento do início do estágio, a Casa acolhia 18 crianças entre os 2 meses e os 13 anos. No início da intervenção ficou definido que todos os bebês residentes beneficiariam da intervenção musicoterapêutica, mesmo os que fossem acolhidos no decorrer do estágio. Durante o estágio, uma criança foi integrada junto do pai biológico, três foram entregues a pais adotivos e uma foi transferida para uma estrutura de promoção e proteção mais adequada.

A seguinte tabela apresenta a lista de crianças que foram acompanhadas em musicoterapia, bem como as respetivas datas de nascimento, datas de admissão e idade no início da intervenção. Os bebês até aos 4 meses, enquanto estiveram isolados no berçário, usufruíram de sessões diárias de 15 minutos. Os bebês até aos 12 meses tiveram sessões bissemanais e as restantes crianças tiveram sessões semanais, ambas com a duração média de 30 minutos. Nos três primeiros casos, a dupla informação refere-se à mudança de berçário e consequente mudança de rotinas. Para proteção da confidencialidade das crianças, foram atribuídos nomes fictícios.

Tabela 1 - Casos de intervenção em Musicoterapia

Nome¹	Data de nascimento	Data de acolhimento na AAC	Idade (no início da intervenção)	Tempo e frequência de sessões	Número de sessões
Luís	02/11/2017	09/01/2018	2 meses	15 min./4x por semana 30 min./2x por semana	42
Mara	10/10/2017	05/12/2017	2 meses	15 min./4x por semana 30 min./2x por semana	54
Miguel	28/08/2017	18/09/2017	3 meses	15 min./4x por semana 30 min./2x por semana	47
Diogo	24/05/2017	20/07/2017	6 meses	30 min./2x por semana	41
Inês ²	16/04/2017	02/08/2017	7 meses	30 min./2x por semana	6
Lara	13/04/2017	16/05/2017	7 meses	30 min./2x por semana	42
José ³	13/01/2017	19/01/2017	10 meses	30 min./2x por semana	40
Duarte ⁴	10/03/2016	09/06/2016	20 meses	30 min./1x por semana	12
Letícia	12/10/2015	01/03/2017	2 anos	30 min./1x por semana	19
Sílvia ⁵	06/10/2009	27/10/2015	8 anos	30 min./1x por semana	13
Rafael ⁶	02/07/2007	01/04/2008	10 anos	30 min./1x por semana	15
Matilde	30/10/2006	18/03/2016	11 anos	30 min./1x por semana	20

Instrumentos de Avaliação

No início e no fim da intervenção foi administrado aos bebês um instrumento de Avaliação do Desenvolvimento baseado no “Developmental Checklists – Birth to Five” (The Early Childhood Direction Center, 2006) e no “Schedule of Growing Skills II” e, com as crianças foi utilizado o “Psychiatric Music Therapy Questionnaire” (PMTQ). A sua aplicação

¹ Nomes fictícios

² Entregue ao pai biológico a 23/12/2017

³ Adotado a 07/06/2018

⁴ Adotado a 12/03/2018

⁵ Adotada a 06/04/2018

⁶ Transferido para outra Instituição a 03/04/2018

no início da intervenção teve como objetivo o levantamento de dados relacionados com as áreas de desenvolvimento mais comprometidas. A sua aplicação na fase final da intervenção teve como objetivo o levantamento e análise dos resultados alcançados com cada criança.

Durante a fase de observação foram consultados os processos dos utentes e foram realizadas entrevistas informais às equipas educativas que cuidam diariamente de todas as crianças da instituição. Já no período de intervenção, foi realizada uma avaliação inicial dos bebês até aos 3 anos com o instrumento de Avaliação do Desenvolvimento e das restantes crianças encaminhadas para a intervenção com o “Psychiatric Music Therapy Questionnaire” (PMTQ).

O primeiro instrumento (Anexo A) foi construído com base no “Developmental Checklists – Birth to Five” (The Early Childhood Direction Center, 2006) e no “Schedule of Growing Skills II”. Este instrumento foi adaptado pela estagiária e está dividido por faixas etárias (1 – 3 meses, 4 – 7 meses, 8 – 12 meses, 12 – 24 meses, 24 – 36 meses). Dentro de cada faixa etária estão discriminadas as áreas de desenvolvimento a serem avaliadas, detalhadas em diversos parâmetros de avaliação. As áreas para as duas primeiras faixas etárias são “movimento”, “visual”, “audição e linguagem”, “social/emocional”. Nas restantes faixas etárias, a área “visual” é substituída pelas áreas “capacidades manipulativas” e “cognição”. Esta versão é composta por 129 itens, distribuídos pelas diferentes faixas etárias, com respostas em formato de escala de Likert, cujos valores oscilam entre 0 (comportamento não observado) e 2 (comportamento observado consistentemente). Este instrumento foi preenchido pela estagiária com base na observação dos comportamentos do bebé. Foram preenchidos os itens correspondentes à faixa etária da idade cronológica dos utentes e à faixa etária anterior. No final da intervenção, os dados obtidos foram analisados e foi comparada a diferença entre o desenvolvimento esperado e o desenvolvimento real do bebé.

O “Psychiatric Music Therapy Questionnaire” (PMTQ) (Anexo B) distingue várias áreas como o comportamento (atos, hábitos, gestos e reações observáveis e mensuráveis), a afetividade (emoções, humor, sentimentos fortes), o cognitivo (funções cognitivas simples e complexas, percepção de si próprio e do outro) e o interpessoal. Esta versão, dirigida a crianças, é composta por 62 itens, com respostas em formato de escala de Likert, cujos valores oscilam entre o 1 (discordo totalmente) e o 5 (concordo totalmente). O questionário foi administrado ao técnico de referência da criança e a parte final dirigida ao musicoterapeuta, permite analisar os comportamentos observados em contexto terapêutico passíveis de serem trabalhados através da música. Nesta parte são avaliados parâmetros como a concentração, a atenção, o contacto visual, o contacto físico, a motivação para se envolver com a musicoterapia, a criatividade musical e a atitude geral perante a música. Estes itens são também avaliados por uma escala do tipo Likert, com valores entre o 1 (muito desadequada) e o 5 (muito adequada).

Os dados recolhidos no início da intervenção tiveram como objetivo perceber o estado do desenvolvimento de cada utente e, juntamente com a informação dos processos e com as entrevistas não formais, traçar os objetivos terapêuticos e construir o plano terapêutico de cada utente.

No final da intervenção, os dados obtidos foram analisados e comparados, de forma a compreender as alterações ocorridas em cada caso.

Procedimentos

O trabalho realizado no âmbito do estágio de musicoterapia começou no dia 30 de outubro de 2017, após uma primeira reunião, no local de estágio, com a orientadora, Patrícia Correia, diretora técnica da instituição. Nesta reunião, foi apresentada a população residente na Casa da Criança e ficaram definidas as datas em que a estagiária dinamizaria as sessões

informativas. Estas sessões, dirigidas à equipa educativa, tiveram como principais objetivos a exposição dos princípios e relevância da intervenção musicoterapêutica, bem como o trabalho que seria desenvolvido ao longo do estágio.

A primeira fase do estágio, a observação participante, teve início nesse dia e durou 5 semanas. Esta teve como objetivos a integração da estagiária na estrutura e dinâmicas da Casa da Criança e a observação informal dos utentes com vista a uma eventual seleção da amostra e decisão do tipo de intervenção musicoterapêutica que seria mais adequada a cada utente.

Após este período de observação, a estagiária e a orientadora decidiram que iriam participar nesta intervenção todos os bebês da Casa, assim como três crianças entre os 8 e os 11 anos. De modo a promover a atenção individualizada de que carecem os bebês e crianças institucionalizadas, ficou ainda definido que todos iriam beneficiar de sessões individuais. Assim, foi elaborado o horário das sessões tendo em conta o horário escolar das crianças mais velhas e os horários de visitas e outras terapias dos bebês.

As sessões da parte da manhã decorreram na sala de estudo, sala contígua à sala do berçário. As da parte da tarde decorreram no quarto mais resguardado do segundo piso, de forma a proteger a privacidade das sessões.

A segunda fase deste estágio, a fase de intervenção, decorreu de 4 de dezembro a 14 de junho, tendo sido interrompida nas férias escolares (uma semana no Natal e outra na Páscoa).

De forma a monitorizar o desenvolvimento de cada criança e para efeitos de supervisão na universidade, todas as sessões foram gravadas em formato vídeo digital (Anexo C). No fim de cada sessão, numa grelha desenvolvida para o efeito, era também registado o nome da criança, o número e data da sessão, o objetivo para aquela sessão, as atividades

planeadas para a sessão, a descrição dos acontecimentos mais relevantes da sessão e as observações pessoais (Anexo D).

Das três crianças mais velhas encaminhadas para a intervenção, no fim do estágio apenas uma se encontrava ainda na instituição. Esta foi avisada do fim da intervenção com cerca de um mês e meio de antecedência, de forma a preparar-se atempadamente para esse final.

Agenda Semanal

As sessões de musicoterapia, no âmbito deste estágio, foram planeadas conforme a disponibilidade da musicoterapeuta e as rotinas diárias da instituição. Ficou definido desde o início do estágio, que a musicoterapeuta estaria na instituição às segundas, terças e quartas de manhã e quintas de manhã e de tarde. Como de manhã apenas estão na instituição os bebês até à idade pré-escolar, as sessões da manhã foram distribuídas entre estes e a tarde de quinta-feira ficou reservada para as crianças mais velhas.

Ainda que o horário tenha sido planeado de acordo com os horários de visitas dos familiares dos bebês, algumas destas visitas eram alteradas sem o aviso prévio da estagiária, tendo, por isso, alguns bebês faltado a algumas sessões. Outros bebês acabaram por faltar a sessões por terem adoecido ou por consultas médicas.

Uma vez que foram registadas entradas e saídas de crianças ao longo da intervenção, existiu a necessidade de adaptar o horário das sessões por duas vezes. Desta forma, a estagiária teve três horários distintos, cuja mudança coincidiu aproximadamente com a mudança de períodos escolares.

Tabela 2 - 1º Horário (04/12/2017 a 03/01/2018)

Hora\Dia	Segunda	Terça	Quarta	Hora\Dia	Quinta
9h30	Preparação do Espaço	Preparação do Espaço	Preparação do Espaço	9h30	Preparação do Espaço
9h45–10h00	Miguel	Miguel	Miguel	9h45–10h00	Miguel
10h10–10h40	Inês	Diogo	Lara	10h10–10h40	Diogo
10h45–11h15	Duarte	José	Letícia	10h45–11h15	Lara
11h15–11h30	Arrumação do espaço/Registo das Sessões	Arrumação do espaço/Registo das Sessões	Arrumação do espaço/Registo das Sessões	11h15–11h45	Inês
				11h45h–12h30	Arrumação do espaço/Registo das Sessões
				14h30–15h30	Reunião com Orientadora
				15h45–16h15	José
				16h30–17h00	Matilde
				17h15–17h45	Rafael
				18h00–18h30	Sílvia

Tabela 3 - 2º Horário (03/01/2018 a 09/04/2018)

Hora\Dia	Segunda	Terça	Quarta	Hora\Dia	Quinta
9h15	Preparação do Espaço	Preparação do Espaço	Preparação do Espaço	9h15	Preparação do Espaço
9h30–9h45	Luís	Luís	Luís	9h30–9h45	Luís
9h45–10h00	Mara	Mara	Mara	9h45–10h00	Mara
10h10–10h40	Diogo	Miguel	Miguel	10h10–10h40	Diogo
10h45–11h15	Lara	Duarte	José	10h45–11h15	Lara
11h15–11h30	Arrumação do espaço/Registo das Sessões	Arrumação do espaço/Registo das Sessões	Arrumação do espaço/Registo das Sessões	11h15–11h45	Letícia
				11h45h–12h30	Arrumação do espaço/Registo das Sessões
				14h30–15h30	Reunião com Orientadora
				15h45–16h15	José
				16h30–17h00	Matilde
				17h15–17h45	Rafael
				18h00–18h30	Sílvia

Tabela 4 - 3º Horário (09/04/2018 a 14/06/2018)

Hora\Dia	Segunda	Terça	Quarta	Hora\Dia	Quinta
9h15	Preparação do Espaço	Preparação do Espaço	Preparação do Espaço	9h15	Preparação do Espaço
9h30–10h00	Mara	Luís	Mara	9h30–10h00	Luís
10h10–10h40	Diogo	Miguel	Miguel	10h10–10h40	Diogo
10h45–11h15	Lara	Registo das Sessões	José	10h45–11h15	Lara
11h15–11h30	Arrumação do espaço/Registo das Sessões	Arrumação do espaço	Arrumação do espaço/Registo das Sessões	11h15–11h45	José
				11h45h – 12h30	Arrumação do espaço/Registo das Sessões
				14h30 – 16h00	Reunião com Orientadora
				16h30 – 17h00	Matilde
				17h30 – 18h00	Letícia
				18h00 – 18h30	Arrumação do espaço/Registo das Sessões

Técnicas e Metodologias Aplicadas

Como referem Gold, Wigram e Voracek (2007), as metodologias utilizadas no *setting* musicoterapêutico devem ser específicas da musicoterapia. Deste modo, as metodologias mais utilizadas nas diferentes intervenções foram a improvisação, a construção de canções, a recriação musical, a audição de canções e o uso de canções pré-compostas.

A improvisação foi largamente utilizada, quer no trabalho com os bebés, onde era principalmente enfatizado o evento da comunicação, quer no trabalho com as crianças, onde foi utilizada como forma de expressão de emoções e desenvolvida como uma linguagem comum entre a terapeuta e a criança. A construção de canções foi também utilizada com as crianças como ferramenta para a expressão de sentimentos e emoções que seriam difíceis de exprimir de outra forma. A escuta e recriação musical foram estratégias importantes para a

consolidação da relação terapêutica e para a valorização do self de cada criança, que permitiram trabalhar a tomada de decisões, a autoafirmação e a autoestima. O uso de canções pré-compostas foi a metodologia mais utilizada com os bebés, permitindo a estrutura e flexibilidade necessárias ao trabalho específico com bebés.

Em todas as metodologias apresentadas anteriormente foram utilizadas técnicas musicoterapêuticas de modo a despoletar as respostas pretendidas. As técnicas mais utilizadas foram a imitação, o espelhar, a pausa ou ‘congelar’, a expectativa, a troca de turnos, o suportar (*holding*) e a contenção.

Recursos Materiais

Nas sessões de musicoterapia foram utilizados diversos materiais, tanto pela musicoterapeuta, como pelos utentes.

Para gravar as sessões foi utilizado um gravador de vídeo Zoom Q2Hd, e foram utilizados recursos multimédia como o computador ou o telemóvel para facilitar o acesso a plataformas digitais de divulgação musical, de forma a ter disponíveis as músicas escolhidas pelos utentes.

Os instrumentos musicais utilizados nas sessões foram a guitarra, uma pequena guitarra de brincar, um ukulele, um órgão, oito tubos Boomwhackers[®], um *Ocean Drum*, um djambé, um tambor, um pequeno tamborim, dois pares de clavas, uma caixa chinesa, uma kalimba, um xilofone, um metalofone, oito sinos musicais, duas maracas, dois ovinhos, uma pulseira de chocalhos, uma guizeira, uma flauta de bisel e um Zaphir[®] Sunray – Summer Chimes. Os instrumentos musicais disponíveis em cada sessão eram selecionados consoante o objetivo dessa sessão e a fase de desenvolvimento do utente. Ainda assim, os que não estavam acessíveis aos utentes, estavam perto para serem utilizados caso fosse necessário.

Foram ainda utilizados materiais didáticos como uma capa com canções infantis e com as canções que iam surgindo nas sessões, e um conjunto de caras que expressavam diferentes emoções.

Estudos de Caso

A metodologia científica escolhida para este relatório foi a de estudo de caso. De carácter qualitativo, a informação por este veiculada não pode ser generalizada a todos os indivíduos mas, ainda assim, permite identificar variáveis importantes e explorar várias dimensões de um mesmo sujeito numa intervenção.

À luz desta metodologia, serão apresentados dois estudos de caso demonstrativos da intervenção direta desenvolvida ao longo do estágio, com as respetivas avaliações, planos terapêuticos e conclusões.

Estudo de Caso I – Diogo

O Diogo é uma criança com 12 meses de idade e foi institucionalizado poucos dias antes de completar 2 meses de vida. Ao longo de seis meses e meio de intervenção, o Diogo teve 41 sessões individuais de musicoterapia, que serão estudadas ao longo desta secção.

Descrição/historial da criança

O Diogo tem 3 irmãos que se encontram entregues ao cuidado dos avós maternos. Entre os motivos da sua institucionalização estão a desorganização familiar, o historial de comportamentos desviantes dos progenitores, com necessidade de detenção e uso de pulseira eletrónica, o consumo excessivo de álcool por parte do pai e a falta de higiene do espaço habitacional onde residiam. Os técnicos responsáveis pelo processo do Diogo evidenciaram também a desvalorização, por parte dos progenitores, das problemáticas identificadas (consumo de álcool, prática de atos ilícitos) e a ausência de capacidade reflexiva dos mesmos, o que dificulta a sua permeabilidade à mudança. Outros fatores de risco elencados neste Processo de Promoção e Proteção foram a relação conflituosa entre o casal e a baixa escolaridade e défice de competências profissionais, o que perpetua a situação de precariedade económica.

O Diogo nasceu na ambulância no percurso até ao hospital, e, no período de internamento, teve episódios de obstipação e regurgitação. Após a institucionalização, teve algumas infeções respiratórias, registando-se um episódio de internamento. Tendo em consideração a sua fragilidade respiratória e para evitar recaídas, o Diogo foi mantido resguardado até completar os 4 meses, facto que comprometeu a sua estimulação e, conseqüentemente, o seu desenvolvimento psico-motor.

Plano terapêutico

A indisponibilidade parental e as restrições afetivas podem interferir com a aquisição de competências pessoais adequadas como a fala, a locomoção, a autonomia no momento de alimentação e o brincar (Iwaniec, 1995). Ao longo do período de observação, foi possível constatar que o desenvolvimento global do Diogo estava aquém do esperado. Na altura com 5 meses, o Diogo não era capaz de segurar a cabeça nem suportar o peso corporal, dificilmente agarrava brinquedos, não vocalizava e mostrava-se quase sempre apático.

Na avaliação inicial, apenas metade dos parâmetros correspondentes à faixa etária 1 – 3 meses foram pontuados com 2 (comportamento observado consistentemente) e os parâmetros correspondentes à faixa etária 4 – 7 meses foram, na sua maioria, pontuados com 0 (comportamento não observado) (Apêndice A).

Uma vez que o desenvolvimento psicomotor do Diogo estava comprometido em diversos aspetos, foi traçado o plano terapêutico com três objetivos em três diferentes áreas do desenvolvimento, de modo a intervir globalmente. Assim, os problemas identificados que podiam ser trabalhados em contexto musicoterapêutico foram: 1) a falta de força muscular, 2) a expressividade comunicativa reduzida e 3) a baixa resistência à frustração.

Uma vez que passava a maior parte do dia sem se mexer, a sua força muscular estava bastante comprometida e, por isso, foi definido o objetivo de aumentar a força muscular. Para

atingir este objetivo, o Diogo deveria começar a conseguir sentar-se sem apoio, a ser capaz de rolar sobre si próprio e a aguentar o peso corporal nas pernas, de forma a ficar em pé.

A expressividade comunicativa do Diogo era extremamente reduzida e era imperativo promovê-la com vista a um pleno desenvolvimento das suas funções comunicativas. Para tal, era necessário aumentar a frequência de resposta a um estímulo, promover a contingência da resposta e promover a intencionalidade da resposta do Diogo.

Relativamente ao terceiro problema registado, foi traçado o objetivo de aumentar a resistência à frustração. Primeiro era necessário envolver o Diogo na atividade e potenciar a sua motivação através de atividades bem-sucedidas. Ainda assim, dada a elevada taxa de desistência e frustração registadas, era necessário diminuir o número de vezes que o Diogo desistia quando não conseguia atingir o seu objetivo à primeira tentativa.

Tabela 5 - Plano terapêutico do Diogo

Problemas Identificados	Objetivos	Sub-objetivos
1) Falta de força muscular	Aumentar a força muscular	<p>a. Conseguir sentar-se sem apoio</p> <p>b. Ser capaz de rolar sobre si próprio</p> <p>c. Aguentar o peso corporal nas pernas de forma a ficar em pé</p>
2) Expressividade comunicativa reduzida	Promover a expressividade comunicativa	<p>a. Aumentar a frequência de resposta a um estímulo</p> <p>b. Promover a contingência da resposta</p> <p>c. Promover a intencionalidade da resposta</p>
3) Baixa resistência à frustração	Aumentar a resistência à frustração	<p>a. Criar envolvimento na atividade</p> <p>b. Potenciar a motivação através de atividades bem-sucedidas</p> <p>c. Diminuir o número de vezes que desiste quando não consegue à primeira</p>

Ainda nas primeiras sessões surgiu a suspeita de que o Diogo pudesse ter um défice auditivo, uma vez que ele apenas seguia os instrumentos se os visse. A estagiária transmitiu esta informação à psicóloga da instituição que o referenciou para consulta de otorrinolaringologia, tendo-se confirmado a suspeita inicial. Mais tarde, numa das reuniões com a psicóloga, a estagiária manifestou a sua preocupação com o desenvolvimento do Diogo, que, embora estivesse a progredir favoravelmente na musicoterapia, estava bastante aquém do que seria expectável atendendo à sua idade cronológica. Sugeriu, assim, que ele fosse sinalizado para a Equipa de Intervenção Local para a Intervenção Precoce. Deu-se início ao processo e o Diogo começou a ser seguido em terapia ocupacional, uma vez por semana.

Processo terapêutico

Ao longo de seis meses e meio de intervenção, o Diogo teve 41 sessões individuais de musicoterapia. As sessões eram bissemanais e tinham a duração de 30 minutos. Tendo sido um bebê muito protegido e exposto a poucos estímulos, as primeiras sessões serviram para testar a sua reação aos estímulos dos instrumentos e para começar a criar a relação terapêutica. Por volta da terceira sessão, começou a existir mais estrutura nas sessões, de modo a criar previsibilidade e fomentar aprendizagens.

É possível segmentar o processo musicoterapêutico do Diogo em três fases, cada fase correspondendo sensivelmente a cada dois meses de intervenção, sendo que a primeira fase foi caracterizada por uma rápida evolução em vários aspetos do desenvolvimento, na segunda fase adquiriu a competência do sentar sozinho e começou a expressar-se e a terceira e última fase foi caracterizada pela capacidade de ficar em pé e pela interação comunicativa.

1ª fase – “Sou capaz”

Nas primeiras duas sessões o Diogo esteve muito observador, mas pouco responsivo. A estagiária foi cantando para ele, mostrando-lhe os instrumentos, mas este não pareceu ficar cativado com nenhum instrumento em especial.

No decorrer das sessões o Diogo começou a perceber que os seus movimentos provocavam sons nos instrumentos e que este tinha um impacto no meio. Ainda que sem intencionalidade, foi fazendo som com os instrumentos, principalmente com o *Ocean Drum* e com a pulseira de chocalhos. A partir da 4ª sessão, começou a esboçar pequenos sorrisos na canção do “Olá”, indicando familiaridade com a canção.

Na 5ª sessão, a estagiária começou a usar o *Ocean Drum* e a canção do “Cuco” como reforço positivo na posição ventral. Assim, sempre que ele baixava a cabeça, a estagiária parava de rodar o *Ocean Drum* e de cantar. Ao aperceber-se que a música parava, começou a

aguentar mais tempo em posição de alerta tendo, nesta mesma sessão, aguentado mais de um minuto assim (nunca tinha ultrapassado os 20 segundos). Desta forma, o Diogo foi começando a ganhar força na parte superior do corpo, nomeadamente nos braços e pescoço.

Na 6ª sessão começou a emitir um som gutural como resultado de uma respiração mais profunda e expelida com mais força. Começou também a demonstrar intencionalidade no ato de sentar, não tendo, porém, ainda a força necessária para se puxar sozinho. Ainda na mesma sessão, o Diogo começou a rir-se com algumas brincadeiras como o tocar-lhe no nariz e dizer “mé”, ou apertar-lhe as bochechas e dizer “ó”. Estas simples brincadeiras quase não despoletavam reações até então. Assim, é possível observar que o Diogo começou a ficar mais recetivo à interação, potenciando a sua comunicação expressiva, uma vez que usava o sorriso para demonstrar agrado. Durante os diálogos musicais nas sessões foi sempre muito utilizada a técnica da imitação por se tratar de uma poderosa ferramenta na transmissão da mensagem “eu ouço-te” e para ampliar e validar os movimentos da criança (Donnell, 2007).

Ao longo do processo terapêutico, o Diogo foi mostrando de forma cada vez mais clara as suas vontades. Por exemplo, na 12ª sessão começou a mostrar que queria virar-se de lado e, na sessão seguinte, levantou os braços e as pernas e fez sons, mostrando claramente que se queria sentar e precisava de ajuda. Estes gestos e estes sons demonstram uma evolução na sua comunicação expressiva e intencional, uma vez que os fez com o propósito de transmitir uma mensagem.

Na 14ª sessão começou a revelar um maior envolvimento nas atividades e a querer mover-se para alcançar os instrumentos. Exemplo disso foi a guizeira, pela qual demonstrou grande interesse, mesmo quando foi colocada fora do seu alcance e este teve que se esticar para a obter.

A interação com os instrumentos e o seu envolvimento cada vez maior, permitiu que, a partir da 16ª sessão, o Diogo conseguisse ficar sentado sem apoio. Primeiro, a sua vontade em ver a guitarra levou a que começasse a aguentar o peso da cabeça e, posteriormente, o querer tocar na guitarra motivou-o a erguer todo o tronco. Nesta sessão, quando a estagiária afastou a guitarra do seu corpo, o Diogo foi imediatamente atrás da guitarra, evidenciando a sua vontade e determinação em querer tocar no instrumento.

Este primeiro episódio de autonomia no sentar durou pouco tempo, mas foi o suficiente para que o próprio percebesse de que era capaz. Ainda na mesma sessão, executou o mesmo movimento apenas com o apelo das mãos da estagiária, demonstrando que a relação terapêutica estava bem estabelecida e que o Diogo confiava na estagiária. Este aspeto revelou-se crucial ao longo de todo o processo terapêutico, pois o Diogo foi evoluindo cada vez mais por confiar na estagiária e acreditar em si próprio. Como refere Iwaniec (1995), o bebé precisa de saber que pode confiar no mundo exterior para se poder desenvolver em todas as dimensões. Tendo sido o primeiro sub-objetivo traçado na área da motricidade o “Conseguir sentar-se sem apoio”, esta meta foi muito importante.

2ª fase – “Sento-me e comunico”

Na 19ª sessão, o Diogo vocalizou “ba”. Foi a primeira vez que produziu um som claro, sem ser as respirações profundas e os sons guturais forçados que lhe eram característicos. A estagiária repetiu esse som de imediato, reforçando-o e incentivando a mais. Ele sorriu, olhou para a estagiária e fê-lo mais uma vez. Não o voltou a fazer naquela sessão, mas foi um bom prenúncio de que a estimulação vocal estava num bom caminho e que poderia ter resultados positivos.

A partir da 22ª sessão, o Diogo começou a tocar mais na guitarra e a emitir sons logo na canção do “Olá”, quando normalmente só ficava a olhar e precisava de mais tempo para

começar a interagir. Assim, a estagiária utilizou esses sons e gestos como sinais para continuar a canção, conferindo-lhes a intencionalidade de pedir mais. Nos diálogos musicais, o que estava a acontecer percussivamente era reforçado vocalmente pela estagiária com o som “pa”. Este reforço tinha o propósito de estimular a produção vocal do Diogo e conferir melodia ao diálogo. Sempre que o Diogo emitia um som, a estagiária deixava o “pa” para imitar o som que ele tinha produzido.

Por motivos alheios às sessões de musicoterapia, a 23^a sessão teve de ser realizada noutra sala. O Diogo estranhou um pouco a sala no início da sessão mas na canção do cavalo, por estar numa posição mais elevada, este começou a olhar à sua volta e a tentar ver coisas por detrás dos obstáculos. Não é desejável que a criança se distraia com elementos do espaço terapêutico, no entanto, esta situação revelou-se positiva pois foi possível constatar que o Diogo estava muito mais interessado no mundo à sua volta, curioso e disposto a envolver-se com o meio. Como Ainsworth advogou, a figura de vínculo funciona como uma base segura, a partir da qual o bebé pode explorar o mundo (Bretherton, 1992).

Foi ainda nesta atividade do cavalo que o Diogo demonstrou agrado pelo movimento pela primeira vez. Para além de sorrir, começou a bater com os braços, num gesto de pedir mais. Perante isto, a estagiária perguntou “mais?” e, quando o Diogo bateu novamente os braços, esta interpretou o gesto dizendo “mais!” e continuou. Esta dinâmica de pedir mais manteve-se até ao final da intervenção, sendo o gesto de bater com os braços algumas vezes acompanhados de sons.

A canção do cavalo era feita de forma a que o Diogo começasse a ter a noção de que podia por peso nas pernas. Mas, para estimular diretamente a força nas pernas, no fim da canção, que era cantada com o Diogo sentado na perna da estagiária, esta começava a retirar a perna de baixo dele e fazia o som de uma abelha (“zzzz”) para ele começar a pôr-se em pé.

Demorou algum tempo até que este começasse a aguentar algum peso nas pernas, mas sorria sempre com o som que a estagiária fazia, o que pode indicar que o som o tenha motivado a insistir no movimento e a não choramingar como acontecia no início.

Na 24ª sessão, o Diogo reparou na existência do djambé na sala. O interesse demonstrado foi muito positivo pois, considerando que o instrumento mede cerca de $\frac{3}{4}$ do tamanho do Diogo, ele não era capaz de lhe chegar sentado. O djambé tornou-se, assim, mais um estímulo para que o Diogo começasse a fazer força nas pernas e a ficar em pé.

À medida que foi criando uma ligação com os instrumentos, o Diogo foi-se esforçando cada vez mais para os alcançar. Deste modo, na posição ventral, foi sendo estimulado para chegar ao instrumento que estava fora do seu alcance, perspetivando-se a sua futura mobilidade e maior independência. No início, desistia à primeira tentativa falhada. Se esticasse os braços e não conseguisse chegar ao instrumento, não se esforçava mais, sendo necessário a estagiária tocar o instrumento para ele voltar a querer alcançá-lo. A estagiária começou por lhe facilitar a tarefa, aproximando o instrumento dele sem ele se aperceber e, com o tempo, deixou de facilitar tanto. Deste modo, pretendeu-se, ao proporcionar atividades bem-sucedidas e promover o sentimento de realização, que o Diogo começasse a tentar mais vezes antes de se sentir frustrado. O sentimento de ser capaz foi determinante no aumento da motivação e conseqüente aumento da tolerância à frustração. A cada atividade bem sucedida era dado reforço positivo com a canção do “Muito Bem” e com palmas.

Na 27ª sessão, pela primeira vez, o Diogo reagiu positivamente ao jogo do “Cucu”, onde a estagiária tapava a cara com as mãos e depois destapava, dizendo ‘cucu’. Na 31ª sessão, nesta mesma brincadeira, demorou mais tempo a destapar a cara e o Diogo começou a fazer sons e a abanar os braços para a estagiária ‘aparecer’. Isto demonstrou que, além da intencionalidade, o Diogo começou a ter funcionalidade comunicativa. Ele abanou os braços

porque queria que a estagiária destapassem a cara e que repetisse a brincadeira. Existiu uma função implícita, pois ele percebeu a relação causa/efeito: “Se eu comunicar com o corpo ou com vocalizos, ela reage à minha comunicação”. Foi também nesta sessão que o Diogo fez a força suficiente nas pernas para se pôr em pé. Ao ser levantado no fim da canção do cavalo, não deixou os joelhos dobrarem e aguentou todo o seu peso corporal nas pernas.

3ª fase – “Estou em pé e descubro o mundo”

A partir do momento em que começou a conseguir manter-se de pé, o Diogo foi apelando a que o ajudassem a levantar, preferindo estar nessa posição do que deitado ou sentado. Este apelo foi mais uma demonstração de funcionalidade comunicativa, uma vez que este comunicava com um propósito bem definido.

Na 33ª sessão, com o *Ocean Drum*, para além de o percutir, começou a tentar virá-lo para ver e ouvir as bolinhas a mexer. Esta exploração do instrumento foi um indicador de progressos cognitivos e motores, pois não só explorou o instrumento como tentou virá-lo para provocar novos sons. Estes movimentos implicaram a intenção, o planeamento e a execução da tarefa.

À medida que foi conseguindo manter-se em pé de forma mais consistente, começou a conseguir tocar livremente no djambé, ficando a estagiária apenas a segurá-lo encaixando os braços no seu corpo, e a cantar espelhando o que ele estava a percutir ou a percutir com ele. Nesta atividade, enquanto tocava o djambé, foi-se virando para trás para fitar a estagiária. A maior autonomia no movimento permitiu que o Diogo deixasse de se focar exclusivamente no instrumento para se interessar também pela interação com a estagiária.

Na 36ª sessão, assim que a estagiária começou a cantar as primeiras palavras da canção “O Balão do João”, o Diogo levantou de imediato os braços para ser erguido no ar, como sempre acontecia no verso “sobe, sobe pelo ar”. Este gesto pressupõe a aprendizagem

da canção, sendo um indicador muito importante do desenvolvimento cognitivo. Até este momento, o único sinal de reconhecimento que o Diogo tinha demonstrado era o sorriso. Desta vez levantou os braços, revelando a aprendizagem feita e também sua vontade de participar na atividade. Na sessão seguinte, o momento repetiu-se, confirmando tudo o que foi descrito anteriormente. Standley e colegas (2009) reportaram que as atividades musicais utilizando histórias, repetição e tarefas multissensoriais poderiam promover respostas sociais, cognitivas, motoras e comunicacionais positivas.

Apresentação e discussão de resultados

Ao longo de seis meses e meio de intervenção, o Diogo teve 41 sessões individuais de musicoterapia. Estas aconteceram duas vezes por semana e tiveram a duração média de 30 minutos.

No final da intervenção, o Diogo revelou progressos notáveis em todas as dimensões do desenvolvimento, tendo diminuído significativamente a diferença entre o desenvolvimento esperado e o desenvolvimento real. O estabelecimento da relação terapêutica foi a pedra basilar de todo o processo terapêutico pois esta espelha a relação primária de aprendizagem da comunicação, na qual o desenvolvimento emerge (Aldridge, Gustorff & Neugebauer, 1995).

O primeiro objetivo pretendia aumentar a força muscular do Diogo. Durante o processo terapêutico, o Diogo foi atingindo os sub-objetivos propostos, tendo conseguido sentar-se sem apoio ao fim de dois meses de intervenção e ficar em pé, dois meses e meio depois. Em relação ao sub-objetivo de ser capaz de rolar sobre si próprio, este foi apenas parcialmente atingido, uma vez que no fim da intervenção, o Diogo era capaz de rolar à vontade da posição ventral para as costas, mas ainda precisava de uma pequena ajuda para rolar das costas para a posição ventral.

No que respeita à expressividade comunicativa, o Diogo, não só conseguiu adquirir a expressividade, como a intencionalidade e funcionalidade comunicativas. No fim da intervenção, o Diogo era capaz de responder e pedir mais de determinada atividade, adquirindo a relação de causa/efeito presente na comunicação.

O Diogo também progrediu no aumento da sua resistência à frustração. O seu envolvimento nas atividades foi notório e, através do sucesso proporcionado em diversos momentos das sessões, este foi esforçando-se cada vez mais para alcançar os instrumentos que queria, não desistindo à primeira tentativa.

Na avaliação final realizada na última sessão, foi possível comprovar a evolução positiva já descrita. Na faixa etária dos 4 – 7 meses, os únicos parâmetros que não tiveram a pontuação de 2 foram “Apoia peso nas palmas das mãos com braços estendidos e atitude de alerta” e “Começa a repetição de sílabas”. Na faixa etária dos 8 – 12 meses, correspondente à idade cronológica do Diogo, ainda existiram alguns parâmetros assinalados com 0 e 1, sendo na sua maioria parâmetros associados aos 12 meses, a idade cronológica exata do Diogo no momento da avaliação final (Apêndice B).

Como referem Aldridge *et al.* (1995), as crianças desenvolvem-se com ou sem musicoterapia, mas o ritmo com que elas se desenvolvem com uma intervenção musicoterapêutica é bastante diferente. A musicoterapia parece facilitar e aumentar o ritmo do desenvolvimento nas crianças que de alguma forma estão comprometidas.

Conclusão

A ausência de uma figura de vínculo primária é dos maiores desafios ao desenvolvimento harmonioso de uma criança nos primeiros anos de vida. A criança precisa de desenvolver um sentimento de pertença e de segurança, e de construir a sua confiança básica para se vincular.

Para Berger (1997), as relações em “eco” são de extrema importância para o bebê, para que lhe possam ser devolvidos os seus gestos, sorrisos, sons e sentimentos. Estas relações potenciam a comunicação funcional do bebê e permitem que este se identifique com alguém, criando sentimentos de confiança e pertença.

A intervenção musicoterapêutica permitiu ao Diogo a construção de uma relação segura que lhe permitiu começar a construir a sua confiança básica. A relação terapêutica funcionou como uma “relação em eco”, onde os elementos que o Diogo produzia lhe eram devolvidos, quer de forma exata ou modificada. Como referem Aldridge e colegas (1995), a relação terapêutica espelha a relação primária de aprendizagem da comunicação, na qual o desenvolvimento emerge.

No seio desta relação, os elementos musicais serviram como estímulos que potenciaram a motivação do Diogo para se envolver com o mundo exterior. Através da música e das respostas contingentes recebidas, este sentiu-se ouvido e começou a desenvolver intencionalidade e funcionalidade na sua comunicação, potenciando globalmente o seu desenvolvimento.

Estudo de Caso II – Matilde

A Matilde tem 11 anos e foi acolhida na Casa da Criança aos 9 anos. Ao longo de seis meses e meio de intervenção, a Matilde teve 20 sessões individuais de musicoterapia que serão analisadas nesta secção.

Descrição/historial da criança

A Matilde foi institucionalizada com 9 anos, juntamente com a sua irmã mais velha. Esta é a segunda vez que estão integradas na Casa da Criança. A Matilde e a irmã passaram por um período de institucionalização ainda bebés, tendo sido confiadas, com 1 e 3 anos, à tia materna e ao marido, que à data não tinham filhos. Alguns anos depois, já com um filho em comum de poucos meses, o casal separou-se, no seguimento de a tia se ter envolvido com outro homem. A separação do casal foi marcada por significativa litigância, aspeto que, inevitavelmente, teve um impacto negativo nas crianças, principalmente na Matilde e na irmã.

Após a separação, o tio ficou com as três crianças a cargo, as duas sobrinhas e o filho. Contudo, após algum tempo, acabou por assumir a sua incapacidade para sozinho, garantir os seus cuidados. Deste modo, obteve a guarda do filho, tendo as sobrinhas sido integradas no novo agregado familiar da tia, composto por esta e pelo novo companheiro. Esta composição familiar em que a Matilde e a irmã foram integradas era marcada por sucessivos episódios de violência entre o casal, tendo, inclusivamente, sido encontrada uma arma ilegal na habitação. A desvalorização dos comportamentos agressivos do companheiro por parte da tia e a exposição das sobrinhas aos mesmos, a precariedade económica, a ausência de hábitos de trabalho, a dependência económica de terceiros, a acumulação de dívidas e a manutenção de um nível de vida acima das reais possibilidades económicas levaram a uma segunda intervenção em acolhimento institucional das duas irmãs.

Não obstante à situação que conduziu à institucionalização da Matilde, esta apresenta estreitos vínculos afetivos com a tia materna e com o tio, que cuidaram dela ao longo de oito anos. A Matilde continua a fantasiar uma reconciliação dos tios, sendo que, dadas as mudanças operadas pela tia, na sequência da intervenção técnica multidisciplinar inerente ao Processo de Promoção e Proteção, se perspetiva a aplicação de uma medida de apoio junto da tia, que se traduzirá numa entrega das crianças a esta familiar.

Plano terapêutico

Após a observação inicial dos comportamento e atitudes da Matilde e a consulta do seu processo, foi aplicado o questionário PMTQ à psicóloga, com o objetivo de conhecer as suas características individuais e identificar possíveis questões a serem trabalhadas nas sessões de musicoterapia.

Em relação ao seu comportamento, foi possível observar que a Matilde era uma criança com dificuldades de relacionamento interpessoal, envolvendo-se frequentemente em brigas, muitas vezes revelando o seu comportamento explosivo. Esta dificuldade no controlo dos impulsos era também visível no volume constantemente alto da sua voz e na sua baixa tolerância à frustração. Em contexto musicoterapêutico, esta dificuldade no controlo dos impulsos foi manifestada na dificuldade em cantar uma canção com os tempos de espera que lhe são inerentes.

Nas primeiras sessões a Matilde demonstrou problemas de autoestima e, embora no questionário PMTQ não tenham sido identificados problemas com a expressão de sentimentos, estes foram visíveis nas sessões de musicoterapia, na medida em que não era capaz de exprimir as suas emoções em relação a assuntos da sua vida pessoal. Esta discrepância entre a avaliação e a observação pode estar relacionada com o facto de o questionário se referir a emoções básicas como a alegria, tristeza ou excitação e, em contexto

musicoterapêutico, terem sido consideradas emoções e sentimentos mais complexos relacionados com a vida pessoal da Matilde e a sua percepção da mesma (Apêndice C).

Considerando o que foi descrito anteriormente, foi elaborado o plano terapêutico da Matilde que incidiram sobre os três principais problemas identificados: 1) a baixa autoestima, 2) as dificuldades no autocontrolo e 3) a dificuldade na expressão dos seus sentimentos e emoções.

Assim, o primeiro objetivo era promover a sua autoestima, aumentando o número de experiências positivas de si própria, diminuindo o número de vezes em que procurava a validação da terapeuta e proporcionando experiências positivas fora do contexto de sessão musicoterapêutica.

De modo a promover o seu autocontrolo, era necessário encontrar estratégias que permitissem gerir os seus impulsos e posteriormente, conseguir respeitar os tempos de espera. De modo a que este comportamento extrapolasse para a sua vida diária, foi traçado o sub-objetivo de aumentar o controlo dos impulsos noutros contextos frequentados pela mesma.

Para promover a expressão dos seus sentimentos e emoções, era necessário que a Matilde fosse capaz de externalizar emoções e sentimentos e tomar consciência dos mesmos. Foi também traçado o sub-objetivo de promover a reconstrução positiva de experiências infantis.

Tabela 6 - Plano terapêutico da Matilde

Problemas Identificados	Objetivos	Sub-objetivos
1) Baixa autoestima	Promover autoestima	<p>a. Aumentar o número de experiências positivas de si própria</p> <p>b. Diminuir o número de vezes em que procura a validação da terapeuta</p> <p>c. Promover experiências positivas fora do contexto de sessão musicoterapêutica</p>
2) Dificuldades no autocontrole	Promover o autocontrole	<p>a. Encontrar estratégias que permitam gerir os seus impulsos</p> <p>b. Conseguir respeitar os tempos de espera</p> <p>c. Aumentar o controlo dos impulsos em contextos externos à sessão de musicoterapia</p>
3) Dificuldade na expressão dos seus sentimentos e emoções	Promover a expressão de sentimentos e emoções	<p>a. Ser capaz de externalizar emoções e sentimentos</p> <p>b. Tomar consciência das suas emoções e sentimentos</p> <p>c. Promover a reconstrução positiva de experiências infantis</p>

Processo terapêutico

Ao longo de seis meses e meio de intervenção, a Matilde teve 20 sessões individuais de musicoterapia. As sessões ocorriam uma vez por semana e tinham a duração média de 30 minutos.

No dia da primeira sessão da Matilde, a estagiária estava a anotar os apontamentos das sessões das outras crianças, e a Matilde entrou na sala da sessão, perguntando-lhe o que estava a fazer. A estagiária, ao ser surpreendida pela sua entrada e pela sua pergunta, virou as

páginas do caderno e abriu numa página com apontamentos sobre um livro de musicoterapia, e respondeu “estou aqui a ler”. Ao olhar para o caderno, chamou-lhe a atenção estar em inglês e perguntou “O que é que isso quer dizer?”. A estagiária disse-lhe “To be with” significa “estar com”. “Isto fala de estar com alguém. Sobre o ‘simplesmente estar’. O estar sem objetivos, sem tarefas, sem avaliações. O simplesmente estar, como eu estou aqui a falar contigo.” A Matilde revelou curiosidade sobre o que a estagiária lhe dizia e esta prosseguiu: “É isso que tenho para te propor. Que todas as semanas nos encontremos para simplesmente estar. Podemos fazer o que quisermos, sem obrigações ou avaliações. E que passemos aqui alguns momentos agradáveis por, apenas, estarmos aqui uma com a outra.”

Este episódio foi importante pois assim que a Matilde percebeu o que era pretendido, ficou mais disponível para o que iria acontecer em sessão, diminuindo possíveis sentimentos de ansiedade para com um novo espaço.

Na primeira sessão a Matilde explorou os instrumentos que tinha à disposição e, quando a estagiária explicou que iam estar juntas todas as semanas até ao mês de junho, a Matilde respondeu “não porque eu vou para casa primeiro”. Foi claro desde o início o seu vínculo à antiga casa e o desejo de voltar para lá.

Ainda na primeira sessão, resistente em ir embora, a Matilde criou uma letra para a música do Adeus, baseada na melodia da canção do “Girassol” que a estagiária tinha cantado anteriormente, a seu pedido. Após cantar dois versos pediu a ajuda da estagiária, demonstrando falta de autoconfiança e necessidade de aprovação externa. A estagiária apenas repetiu o que a Matilde já tinha cantado e foi o suficiente para que esta continuasse, tendo terminado a letra sem ajuda. Ficou estabelecido que seria a sua música do Adeus, tendo a Matilde logo referido “temos que a cumprir”, evidenciando a sua necessidade por segurança e previsibilidade (Apêndice D).

Na segunda sessão trouxe a música “Como ela é Bela” do AGIR. Ao cantá-la, a Matilde revelou alguma dificuldade em esperar de um verso para o outro. Esta incapacidade de esperar dentro da música foi, como anteriormente descrito, um indicador da falta de controlo dos impulsos. Como referem Amir e Yair (2008), a incapacidade de manter o tempo pode indicar a ausência de organização interna e externa. Bunt e Stige (2014) referem ainda que o silêncio pode causar tensão e ansiedade quando as vivências internas são de agitação e desconforto.

Na 4ª sessão, depois de explorar a kalimba, pousou-a em cima das clavas, que estavam em pé, e disse “casa”. Começou a trautear um verso sobre a casa e a estagiária começou a dar uma base harmónica. A partir daí foi improvisando sobre a casa, fazendo maioritariamente uma descrição física, mas com alusões a “pai”, “mãe”, “irmãozinho”, “irmãzinha”, “amiguinhos”, “cheia de alegria”. Esta improvisação foi um marco importante no processo terapêutico da Matilde, pois foi a primeira vez que esta se expressou sobre um assunto delicado, sobre a casa. Na sua improvisação, esta casa foi descrita de várias formas, sendo amarela e colorida, tendo o pai, a mãe, os irmãos e, ao mesmo tempo, “protegendo amiguinhos”, sendo uma “família cheia de amizade”. Este desfiar improvisado de caracterizações ambíguas da casa revelou a confusão de pensamentos da Matilde e a falta de clareza das experiências vividas.

Após a sessão, a estagiária analisou as frases proferidas e identificou três casas diferentes. Depois de discutir o caso na supervisão do estágio, tornou-se claro que era importante organizar as frases proferidas na improvisação e devolvê-las de uma forma estruturada. Assim, a estagiária organizou-as numa canção a que chamou “Canção das Três Casas”. A canção, com um refrão simples, tinha três quadras, cada uma correspondente a uma casa (Apêndice E).

Na sessão seguinte, quando a estagiária apresentou a canção, a Matilde disse que era “muito gira” e que tinha gostado muito do ritmo da música. Perguntou se podia ficar com a letra e, depois da estagiária aceder, cantaram as duas a canção. Depois de pedir para cantar outra canção, voltou a pedir a “Canção das Três Casas”, o que pode indicar que esta tenha precisado de tempo para assimilar a informação que lhe foi devolvida de forma organizada.

Na sessão seguinte, a Matilde estava atrasada e a estagiária foi procurá-la. Ela estava no seu quarto à procura da canção, e quando viu a estagiária, começou a chorar. A canção estava no seu quarto, mas esta não conseguiu manter a calma e procurar a folha no meio das suas coisas. Nesta situação, a Matilde revelou o seu medo de falhar e o medo de desiludir o outro, não tendo conseguido controlar a sua ansiedade. Depois de se ter acalmado, a sessão começou e a primeira coisa que pediu foi para cantar a “Canção das Três Casas”, seguida da canção do artista Agir. Quando a estagiária propôs que ela tocasse algum instrumento para acompanhar a canção, ela respondeu que era melhor não, que não tinha jeito, manifestando de forma clara a sua baixa autoestima e falta de confiança.

Na 7ª sessão houve um momento na percussão, com um ritmo característico de uma festa da cidade, onde todos tocam aquele ritmo no tambor. Mais uma vez, a Matilde manifestou a sua necessidade por algo seguro e previsível, revelando dificuldades em tocar livremente. A Matilde precisava ainda de sentir que estava a tocar bem, evidenciando a sua baixa autoestima e falta de segurança em si própria. Pediu à estagiária para a acompanhar e, assim, assegurar-se que estava a tocar bem.

Na 10ª sessão, depois de cantar a “Canção das Três Casas” e ter reiterado que gostava da canção, a estagiária propôs-lhe a composição de uma nova música. Esta acedeu e perguntou: “Sobre o quê? O futuro?”. A estagiária concordou que seria um bom tema e a Matilde começou a cantar que “o futuro não se pode escolher” e “estejam preparados para o

que vier”. Nesta improvisação, a Matilde voltou a expressar alguns sentimentos como a impotência perante o futuro que “não se pode escolher” e, face a esta impotência, ela sabe que precisa de estar “preparada para o que vier”, pois “pode ser alegria, ou mesmo tristeza”, mas sabe que “não se pode escolher”. Continuou referindo que “se se pudesse escolher não seria futuro”, aludindo aos episódios da sua vida que aconteceram ao contrário do que aconteceriam se ela os pudesse escolher. Como refere Mayers (1995), as crianças constroem intuitivamente canções que falam das suas preocupações, dos seus sentimentos de solidão, ansiedade do abandono, dos medos e angústias. Através destas, conseguem expressar sentimentos ou temas que seriam difíceis de expressar de outra forma. De salientar que, nesta fase, a Matilde aguardava ansiosamente a reintegração junto da tia, estando convencida que tal aconteceria na interrupção letiva da Páscoa. Isto não aconteceu e, em junho, a Matilde ainda residia na casa com a sua irmã (Apêndice F).

Na 12ª sessão, a Matilde entrou numa dramatização com a frase “A Rainha manda...”. Durante o resto da sessão foi proibindo a estagiária de se mexer e começou a dar sentenças. Perguntava “quem é que manda?” e dava ordens onde a estagiária só podia respirar e piscar os olhos, e sentenças em que a estagiária tinha que lavar 400 peças de roupa em 2 horas, tinha que dar banho e comida ao cão feroz e, sempre que a estagiária tentava perguntar algo, ela gritava “cala-te!”, fazendo o gesto de bater com o chicote. A representação continuou na sessão seguinte nos mesmos moldes, mas as sentenças iam-se agravando e levando a consequências de “morte”. Quando a personagem da estagiária estava quase a morrer, ela salvava-a no último minuto. Nesta dramatização, a Matilde bloqueou qualquer tipo de manifestação musical, o seu tom foi sempre agressivo, optando sempre pelas opções mais agressivas e difíceis para a estagiária. À semelhança da sessão anterior, teve muita

dificuldade em terminar a sessão e deixar o papel teatral. Esta dramatização foi elucidativa da necessidade da Matilde de estar no controlo e testar os limites da estagiária.

A 14ª sessão foi passada integralmente nos tambores, no ritmo que a Matilde conhecia e tencionava dominar e, embora a sessão seguinte tenha começado no mesmo registo, voltou às canções, tendo cantado todas as canções que já tinham surgido em sessões anteriores. No final, a Matilde partilhou com a estagiária que gostaria de cantar aquelas canções para os meninos da casa, e quando a estagiária lhe disse que poderia ser possível e que também ia gravar um CD para ela ficar com uma recordação, ela mostrou-se muito contente. Este momento foi sinal de uma melhoria na sua autoestima pois esta sentiu-se confiante o suficiente para cantar para os companheiros residentes na casa e ficou agradada com a ideia de se ouvir a cantar numa gravação.

Tendo surgido este projeto de gravar as canções e apresentá-las às outras crianças, as sessões seguintes serviram para escolher o repertório e ensaiá-lo. Foi nestes ensaios que a Matilde começou a arranjar estratégias para conseguir controlar os seus impulsos. Uma destas estratégias foi, durante as partes instrumentais a cargo da estagiária, começar a seguir os acordes tocados com o seu dedo. O facto de saber exatamente o que se estava a passar e conseguir visualizar quanto tempo faltava para voltar a ser a vez dela, deram-lhe a segurança necessária para controlar os seus impulsos nas partes instrumentais. Entre os versos, a estagiária ia ajudando-a com sinais e, aos poucos, a Matilde começou a incorporar melhor o ritmo e a conseguir gerir melhor os tempos de espera entre as frases.

Na penúltima sessão, a Matilde cantou todas as canções que constituíram o seu repertório, pediu à estagiária que lhe ensinasse uma música no ukulele e voltou momentaneamente à dramatização, no mesmo registo da anterior. Deste modo, esta sessão

funcionou como uma revisão do processo terapêutico, uma vez que a Matilde teve a necessidade de fazer um pouco de tudo do que foi fazendo ao longo da intervenção.

Naquela que acabou por ser a última sessão, a Matilde levou a flauta de bisel e quis que a estagiária lhe ensinasse a música do “Titanic” para a tocar para uma funcionária que iria embora naquele dia. Na parte final da sessão, a Matilde quis cantar a “Canção das Três Casas”, mas durante a canção estava sempre a dizer que não estava bem e começou a ficar cada vez mais frustrada. Começou depois a pegar no gravador e a gritar para o microfone, contrariando as indicações da estagiária para não o fazer. Este comportamento revelou que o facto de saber que as sessões estariam a chegar ao fim a afetou, e esta não conseguiu racionalizar e expressar esses sentimentos, tendo-os transformado em comportamentos desafiadores. É de salientar que as últimas duas sessões tiveram a duração de uma hora cada, tendo havido uma clara resistência da Matilde em terminar as sessões, pedindo sempre para fazer mais alguma coisa, sabotando as tentativas da estagiária em terminar as sessões. Os términos, inevitavelmente, levantam questões relacionadas com a separação, luto, sentimentos de perda e raiva (Brown, 2002). Neste caso, a Matilde estava a perder uma relação, o seu espaço musical seguro. Esta decisão não foi tomada por ela, o que levantou ainda questões relacionadas com o controlo dos acontecimentos, cuja necessidade manifestou desde o início da intervenção. Deste modo, os comportamentos desafiadores também foram a sua forma de estar no controlo, numa situação em que não teve controlo nenhum.

Na última semana de estágio, que seria a última sessão da Matilde, esta teve um torneio de futebol não estando na associação na hora da sessão. Como a apresentação das canções anteriormente agendada teve de ser cancelada por motivos alheios à estagiária, a Matilde quis cantar duas canções para as funcionárias e para os técnicos que almoçam na

instituição. Após a pequena apresentação, a estagiária deu-lhe um dossier com as canções que acompanharam o seu processo terapêutico e uma *pen* com a gravação das mesmas.

Apresentação e discussão de resultados

A Matilde teve 20 sessões individuais de musicoterapia, ao longo de seis meses e meio de intervenção. As sessões aconteceram uma vez por semana e tiveram a duração média de 30 minutos tendo, porém, havido sessões de uma hora.

Como referem Wigram e colegas (2002), a musicoterapia proporciona uma estrutura onde as crianças podem exprimir os seus princípios, onde podem ser vistas, ouvidas e valorizadas através de algo que criam desde o seu interior, e não só por algo que imitaram ou aprenderam de outras estruturas. As experiências musicais proporcionadas no contexto musicoterapêutico foram muito importantes na promoção de sentimentos de realização e sucesso, e conseqüente aumento da autoestima da Matilde. À medida que foi ganhando autoconfiança, foi procurando menos vezes a ajuda e validação da estagiária, indiciando uma maior segurança nas suas escolhas e expressão apropriada das suas vontades. Uma vez que a sua autoestima se desenvolveu positivamente em contexto musicoterapêutico, era necessário extrapolar esta confiança e, deste modo, promover experiências positivas também fora do contexto de sessão musicoterapêutica. Embora não se tenha concretizado o plano inicial de apresentar as canções aos outros meninos da Casa, a Matilde tomou a iniciativa de cantar para a despedida de uma funcionária que lhe era querida e de cantar para os outros funcionários e pessoal técnico na despedida da estagiária. Deste modo, pode-se afirmar que este sub-objetivo foi atingido com sucesso.

No que respeita ao seu autocontrolo, a Matilde conseguiu atingir parcialmente este objetivo. Em contexto musicoterapêutico, este trabalho foi positivo pois ela foi capaz de, sozinha, encontrar estratégias para se controlar, como é exemplo o seguir os acordes com o

dedo como descrito anteriormente. Deste modo, conseguiu efetivamente respeitar os tempos de espera exigidos musicalmente. Esta conquista pode indicar que, a par do crescimento da sua autoestima, diminuíram os seus níveis de tensão e ansiedade, permitindo-lhe uma gestão mais satisfatória dos seus impulsos no contexto musical. Relativamente ao terceiro sub-objetivo traçado, que se prendia com a extrapolação deste controlo dos impulsos e uma vida mais harmoniosa entre os pares, este não foi atingido. Ainda que esta tenha começado a falar um pouco mais baixo com os pares, ainda foi reportado pela equipa técnica as discussões frequentes com a irmã e, a própria Matilde, chegou a contar à estagiária que tinha batido numa criança após ter sido alegadamente provocada.

A expressão de sentimentos e emoções era também uma meta importante no processo terapêutico da Matilde. Embora esta fosse expressando a sua vontade em regressar à família e tivesse feito analogias entre os instrumentos e elementos da sua antiga casa (por exemplo, o *Ocean Drum* parecia o relógio da sua casa porque era preto e redondo), não era capaz de expressar o que realmente sentia em relação a todo o processo de institucionalização e estar a aguardar a reintegração junto da tia. A improvisação permitiu-lhe, deste modo, externalizar esses sentimentos e, com a ajuda da estagiária, foi capaz de organizar esses pensamentos e tomar consciência dos mesmos. É de salientar que, três meses depois de ter a “Canção das Três Casas”, virou-se para a estagiária e disse: “Estive a pensar e esta quadra refere-se à casa onde vivi antes, esta quadra refere-se a esta casa, e esta é a casa que eu vou viver agora com a tia”. Este episódio demonstrou que, mesmo que a canção tenha sido bem recebida pela Matilde, esta apenas teve o *insight* sobre a canção meses depois, evidenciando o tempo que demorou a tomar consciência das suas emoções e sentimentos. Ainda assim, a experiência da “Canção das Três Casas” foi muito positiva para a Matilde, que se agarrou bastante à música, tendo-a cantado em quase todas as sessões e decorado logo a letra. O orgulho que ela sentiu

na canção, tendo inclusivamente contado a outros profissionais que tinha feito uma canção sobre as casas, permitiu, de certa forma, reconstruir positivamente a experiência da mudança de casas, dando-lhe, através do seu orgulho na canção, uma conotação positiva, no sentido em que a experiência traumática da retirada à família foi traduzida numa canção bonita só dela. Amir e Yair (2008) mencionam que as crianças institucionalizadas frequentemente não sabem como se sentem ou, quando sabem, têm dificuldade em encontrar as palavras certas para o definir. Assim, a improvisação musical pode ser um meio para encontrar significado e uma ferramenta que pode ajudar na reconstrução positiva das experiências infantis. Também Roberts (2003), destaca que as canções que surgem de experiências vividas pelas crianças são especialmente poderosas e, na musicoterapia, podem ser um meio de integração de experiências, abordando o passado e o presente e ajudando a olhar para o futuro.

A avaliação final do questionário PMTQ aplicado à psicóloga da instituição, revelou ligeiras melhorias em alguns parâmetros de avaliação, com maior relevância no domínio interpessoal. Estas evoluções são positivas pois significam que as questões trabalhadas no contexto musicoterapêutico se extrapolaram, ainda que de forma subtil. No que respeita à avaliação feita pela estagiária na parte dirigida ao musicoterapeuta do mesmo questionário, é possível observar que os parâmetros da ‘Atenção’ e do ‘Uso da música de forma apropriada’ foram os que evoluíram mais significativamente (Apêndice G).

Conclusão

Na musicoterapia, a criança pode ser vista e ouvida, exprimindo os seus princípios. A criança é valorizada por algo que cria desde o seu interior, e não só por algo que imita ou aprende de outras estruturas (Wigram *et al.*, 2002). Para a Matilde, esta valorização pessoal foi muito importante, pois permitiu-lhe tomar consciência de si própria, das suas emoções e pensamentos e também permitiu o aumento da sua autoestima.

A improvisação musical permitiu à Matilde expressar-se de uma forma espontânea, sem o peso da palavra proferida. As canções criadas por esta foram muito importantes pois permitiram-lhe estruturar ideias e dar forma a angústias internas que não tinha conseguido formular até então. As canções foram um meio para dar significado às suas vivências, facilitando a autoexpressão. Embora o sentido estético das canções não fossem o objetivo central, este também facilitou a melhoria na autoestima da Matilde, que se propôs a cantar as canções em público.

A intervenção musicoterapêutica mostrou-se também relevante na questão dos relacionamentos com figuras de autoridade, tendo dando à Matilde algum controlo sobre o que se passa entre ela e os adultos. A previsibilidade na relação terapêutica e o estabelecimento de fronteiras no espaço terapêutico foram cruciais para todo o processo terapêutico.

Como refere Roberts (2006), nenhum terapeuta pode mudar experiências passadas mas pode organizar a situação presente para que o efeito do passado seja alterado para um futuro mais adequado.

Outras Intervenções

Nesta secção serão apresentadas de forma sucinta as restantes intervenções musicoterapêuticas levadas a cabo neste estágio de musicoterapia

Mara

A Mara tem 7 meses de idade corrigida. Nasceu às 34 semanas de gestação com restrição de crescimento. A progenitora abandonou-a na Unidade de Neonatologia e não mostrou interesse em colaborar com a equipa responsável pelo seu processo. A Mara foi institucionalizada na Casa da Criança com 2 meses de vida, aquando da alta hospitalar e beneficiou de 54 sessões individuais de musicoterapia ao longo de cinco meses e meio de intervenção.

Inicialmente, pela sua fragilidade clínica decorrente da prematuridade e de um baixo desenvolvimento estatuo-ponderal, a Mara foi mantida no quarto do berçário, resguardada das restantes crianças. Assim sendo, todos os cuidados eram prestados neste compartimento, designadamente cuidados de higiene e alimentação. Dada a sua condição de isolamento, um dos objetivos iniciais da intervenção foi proporcionar momentos de interação e estimulação. A Mara mostrou sempre uma grande resistência à alimentação, demorando sempre muito tempo para tomar pouco leite que, por diversas vezes, era bolsado. Dormia muito, tendo por vezes de ser acordada para tomar o leite ou tomar banho e, por isso, a intervenção foi desenvolvida no sentido de promover a regulação dos estados de vigília e de sono, numa tentativa de aumentar os primeiros. Progressivamente, a Mara foi estando mais alerta nas sessões, reagindo cada vez mais positivamente aos estímulos sensoriais. Quando deixou de estar em regime de isolamento, começaram a ser introduzidos, gradualmente, mais instrumentos nas sessões e a Mara mostrou sempre vontade e muita curiosidade em relação aos novos instrumentos, mostrando-se cada vez mais ativa e comunicativa. Apesar da sua

prematuridade, a sua avaliação final foi positiva, tendo registado apenas algumas lacunas na área da motricidade grossa e na repetição de sílabas.

Luís

O Luís tem 7 meses e foi institucionalizado com 2 meses. Após uma gravidez não vigiada, a progenitora do Luís abandonou-o aos cuidados de uma amiga que acabou por sinalizar o caso à CPCJ. O Luís teve 42 sessões individuais de musicoterapia ao longo de cinco meses de intervenção.

À semelhança do caso anterior, por orientação médica, o Luís encontrava-se no quarto do berçário, onde lhe eram prestados todos os cuidados. Porém, ao contrário da Mara que dormia muito, o Luís chorava constantemente e tinha um sono muito leve, acordando ao mínimo barulho. Deste modo, o primeiro objetivo traçado foi promover a sua regulação emocional, proporcionando-lhe momentos de interação e posterior relaxamento, de modo a que conseguisse dormir mais profundamente. Aos três meses e meio integrou a sala do berçário, onde se encontram os restantes bebés, e foram sendo introduzidos mais instrumentos nas sessões. O Luís mostrou-se sempre um bebé muito interessado na interação interpessoal, apelando sempre à atenção do adulto. Na avaliação final, o seu desenvolvimento estava de acordo com o esperado para a sua idade cronológica.

Miguel

O Miguel tem 9 meses e meio e foi institucionalizado com 21 dias de vida. Entre os motivos de admissão estão a debilidade mental da progenitora, a grave precariedade económica, a prática de prostituição por parte da progenitora e suspeitas de exploração sexual por parte do companheiro, o consumo excessivo de álcool por parte do progenitor e a falta de retaguarda familiar. O casal tem mais dois filhos integrados numa família de acolhimento. O

Miguel beneficiou de 47 sessões individuais de musicoterapia ao longo de seis meses e meio de intervenção.

Os objetivos terapêuticos centraram-se na promoção da interação social e da comunicação, na estimulação sensorial e na diminuição dos tempos de ausência, que aconteciam quando estava no berçário isolado. O Miguel reagiu muito bem às sessões de musicoterapia, os episódios de ausência foram deixando de acontecer e o seu interesse pela comunicação com o outro aumentou consideravelmente. Progrediu favoravelmente nos domínios da comunicação e motricidade grossa, apelando continuamente à interação com o adulto.

Inês

A Inês foi institucionalizada aos 4 meses, com o irmão mais velho, a pedido da sua progenitora que solicitou a integração de ambos, alegando não ter condições para assumir a sua guarda. A Inês apenas beneficiou de seis sessões individuais de musicoterapia pois foi entregue ao pai biológico a 23/12/2017, na altura com 7 meses. Ainda assim, a intervenção foi importante na promoção da interação social e no desenvolvimento vocal, tendo começado nas sessões a balbuciar e a fazer sons bilabiais.

Lara

A Lara tem 14 meses e foi institucionalizada com um mês de vida. Entre os motivos de admissão estão o agregado familiar desestruturado e disfuncional, marcado pelas limitações intelectuais da progenitora, pela oligofrenia e patologia psiquiátrica da avó materna, precariedade económica, ausência de condições habitacionais e de retaguarda familiar. A gravidez da Lara resultou da relação da progenitora com um homem mais velho, com historial de alcoolismo e detido entretanto, em virtude do envolvimento em vários crimes. A relação foi de curta duração e a gestação da Lara não foi planeada, nem vigiada. A

Lara beneficiou de 42 sessões individuais de musicoterapia durante seis meses e meio de intervenção.

Quando foi encaminhada para a musicoterapia, a Lara foi descrita como uma bebê apática e com ligeira hipotonia e já beneficiava de sessões bissemanais de fisioterapia no hospital e sessões semanais de terapia ocupacional na Casa. Deste modo, os objetivos da intervenção musicoterapêutica centraram-se na promoção da produção vocal e no desenvolvimento da comunicação. A motivação da Lara para se envolver nas atividades musicais foi crucial para o sucesso da intervenção. Ainda que o seu desenvolvimento real esteja um pouco desfasado do esperado, a Lara fez muitos progressos ao nível da comunicação, na produção vocal e na compreensão da linguagem.

José

O José tem 17 meses e foi institucionalizado com 6 dias de vida. Entre os motivos de admissão estão a falta de hábitos de trabalho da progenitora, a ausência de rendimentos e consequente dependência económica, a ausência de condições de higiene habitacional e pessoal, a suspeita de prática de prostituição por parte da progenitora e a inexistência de retaguarda familiar. O José beneficiou de 40 sessões individuais de musicoterapia ao longo de seis meses de intervenção.

O José era uma criança ativa e determinada, com muita vontade de explorar o meio envolvente de forma indiscriminada. Tudo para si eram estímulos e, por isso, não conseguia manter os níveis de atenção. Tinha dificuldade em permanecer numa atividade, não emitia sons vocais e, quando adquiriu a marcha, não era capaz de desviar ou contornar os obstáculos no chão, pisando-os. Deste modo, os objetivos da intervenção musicoterapêutica centraram-se no aumento do tempo de permanência numa atividade, na estimulação da produção vocal e na promoção da capacidade de atenção conjunta. Os resultados foram muito positivos e, no

final da intervenção, o José dialogava musical e verbalmente. Os pais adotivos foram convidados a participar na última sessão, de modo a facilitar o estabelecimento de vínculo e a possibilitar a experiência de formas de comunicação não-verbais. O José foi adotado a 07/06/2018.

Duarte

O Duarte foi institucionalizado com 3 meses, por negligência ao nível dos cuidados de saúde, alimentação e higiene. Provinha de uma família desestruturada e disfuncional, marcada por conflitos familiares. A progenitora, de 19 anos, abandonara, pouco antes de engravidar, a casa de acolhimento residencial onde esteve institucionalizada durante dois anos. A gestação, fruto de uma relação pontual, não foi planeada, nem vigiada e os progenitores deram consentimento para adoção. No início da intervenção, com 21 meses, o Duarte não se exprimia verbalmente, tinha dificuldades em seguir instruções simples e em lidar com o “não”.

Ao longo da intervenção, o Duarte foi mostrando um interesse crescente na interação com o outro, respondendo positivamente aos jogos musicais com diferentes dinâmicas e tempos, aos jogos de imitação alternados e à partilha de momentos musicais, mostrando preocupação em atribuir um instrumento à estagiária para que esta pudesse tocar com ele. O Duarte foi também, aos poucos, aceitando melhor o “não”, diminuindo o número de vezes que fazia uma birra quando queria fazer algo que não podia, e começou a entender e a responder a ordens simples. Relativamente à sua produção verbal, o Duarte fez progressos significativos, começando a dizer palavras simples como “olá”, “chau”, “dá”, “não” e a repetir outras palavras proferidas pela estagiária.

O Duarte beneficiou de 12 sessões individuais de musicoterapia ao longo de 3 meses de intervenção, e foi adotado a 12/03/2018.

Letícia

A Letícia tem dois anos e foi institucionalizada com 17 meses, juntamente com o irmão mais velho. Entre os motivos de admissão estão a negligência dos cuidados básicos, a violência inter-parental, a falta de competências parentais e a ausência de hábitos de trabalho dos progenitores. A estes fatores de risco acrescem a incapacidade dos pais para assumirem as problemáticas que apresentam e, por inerência, a pouca permeabilidade à mudança. A Letícia teve 19 sessões individuais de musicoterapia ao longo de seis meses e meio de intervenção.

A Letícia apresentava um comportamento desafiante e de oposição perante os adultos e uma baixa tolerância à frustração. Deste modo, os objetivos terapêuticos centraram-se na diminuição dos comportamentos de oposição e na promoção da interação e comunicação. Desde as primeiras sessões a Letícia mostrou comportamentos desafiantes, obrigando sempre a estagiária a dizer-lhe que não poderia fazer certas coisas como pôr os instrumentos na boca, saltar no sofá ou ligar e desligar a luz ininterruptamente. Numa das sessões, ao ser contrariada começou a chorar, tendo de ter sido contida fisicamente. Na sessão seguinte repetiu-se o episódio e, quando esta acalmou, ainda no colo da estagiária, a estagiária começou a cantar-lhe a canção do Adeus muito baixinho ao ouvido, alterando a letra. Esta dizia que nem sempre podia fazer o que queria e que quando passava a sessão a chorar não tinha tempo de tocar nos instrumentos. As birras não se voltaram a repetir dentro da sessão e a Letícia começou a colaborar nas atividades, cantando as canções que mais gostava, imitando coreografias de canções e tocando os instrumentos.

Sílvia

A Sílvia tem 8 anos e foi institucionalizada com 6 anos, juntamente com a irmã mais nova. Entre os motivos de admissão estão as situações de violência doméstica, o alcoolismo e

carácter agressivo do progenitor e a inexistência de retaguarda familiar. A Sílvia testemunhou diversos episódios de violência doméstica, tendo-os verbalizado algumas vezes com os técnicos da Associação. A Sílvia tem uma relação afetiva forte com a irmã, tendo sido decretada a medida de adoção conjunta.

A Sílvia beneficiou de 13 sessões individuais de musicoterapia ao longo de 3 meses e meio de intervenção. No decorrer da intervenção a Sílvia demonstrou uma grande necessidade por atenção, comportando-se como uma artista durante as sessões. Esta simulava frequentemente concertos, cantando em frente à câmara e agradecendo no final. A falta de iniciativa foi um dos principais problemas identificados nas primeiras sessões. Depois de descobrir que existia uma capa com algumas canções infantis, a Sílvia procurava a capa em todas as sessões e raramente cantava algo que não estivesse lá. Uma sessão depois, a estagiária levou uns cartões com caras que exprimiam emoções. Ao falar sobre essas emoções, a Sílvia referiu que nunca se sentia triste e que só chorava quando caía e se magoava. Sempre que surgia o tema, ela voltava a dizer que não sentia emoções negativas e fugia ao assunto. Foi evidente a sua retração em relação às emoções negativas, não tendo conseguido expressar aquilo que sentia.

A Sílvia e a irmã foram adotadas a 06/04/2018, não tendo sido possível trabalhar as questões anteriormente abordadas sobre o bloqueio das emoções negativas e a falta de iniciativa. Embora o processo terapêutico da Sílvia tenha sido demasiado curto para atingir os objetivos terapêuticos, na última sessão, enquanto a estagiária tocava na guitarra e improvisava vocalmente, esta adormeceu, o que demonstra que esta atingiu a confiança e o relaxamento necessários para tal.

Rafael

O Rafael tem 10 anos e foi institucionalizado com 9 meses. Após uma gestação não vigiada, o Rafael nasceu em casa, às 29 semanas, tendo dado entrada no hospital 3 horas após o parto com hipotermia. Depois de faltar a oito consultas hospitalares, o seu caso foi sinalizado pelo hospital por mau desenvolvimento intrauterino, sepsis tardia, anemia e icterícia de prematuridade. O Rafael foi institucionalizado juntamente com a irmã mais velha, que foi adotada 3 anos depois, provocando neste, sentimentos de angústia e rejeição. O Rafael tem um quadro de Paralisia Cerebral do tipo espástica, com atrofia muscular e aumento de tónus, e desloca-se numa cadeira de rodas elétrica.

Uma vez que o Rafael já usufruía de várias terapias focadas na parte motora, a intervenção musicoterapêutica centrou-se na sua expressão emocional e no aumento da sua autoestima e confiança. Apesar de dizer sempre que não queria cantar, acabava sempre por cantar e ficava feliz com isso. Numa das sessões, no jogo de identificação de emoções, depois de escolher a cara “assustada”, começou a improvisar a seguinte canção:

O menino está pensativo
Porque teve um pesadelo

O menino tem pesadelos
E acorda sempre a chorar
Ele pensou que os pais
Tinham desaparecido
O menino pensava
que estava sozinho
mas o menino
tinha uma irmã

Na escola, o menino
queixava-se sempre à professora
Ele pensava que os colegas
Gozavam com ele
Que gozavam com os pais dele
que tinham ido embora

Mas afinal ele pensou melhor
e viu que os pais estavam sempre com ele

Depois começou a ter
uma vida normal
numa escola normal
e foi feliz.
O menino já não chorava
Em todas as manhãs
E então o menino
Deixou de estar assustado.

Nesta improvisação, o Rafael expressou pela primeira vez alguns sentimentos de tristeza, angústia, rejeição, solidão e esperança.

Após esta sessão, o Rafael soube que iria ser transferido para outra Instituição mais adequada à sua condição, e na sessão seguinte foi capaz de expressar a sua frustração e recusa em mudar de casa. Esta transferência demorou mais tempo que o previsto a ser concretizada e, durante as sessões, o Rafael foi exprimindo esta incerteza e angústia com o futuro. O Rafael foi transferido a 03/04/2018 e beneficiou de 15 sessões de musicoterapia.

Conclusões

O presente relatório pretendeu descrever o processo de intervenção musicoterapêutica desenvolvido neste estágio. Este teve a duração de oito meses e permitiu à estagiária o primeiro contacto com a prática direta da musicoterapia.

O principal objetivo deste estágio prendia-se com a criação de um espaço seguro para as crianças, onde estas pudessem criar uma relação significativa com um adulto, facilitando o seu desenvolvimento, o estabelecimento de novas relações e a fomentação de sentimentos positivos de vínculo sobre figuras de autoridade.

Terminado o estágio, pode concluir-se que os objetivos inicialmente traçados foram alcançados com sucesso. Ainda que o início da relação terapêutica tenha sido facilitado pelo comportamento de *amizade indiscriminada* (Tizard, 1977), o espaço musicoterapêutico permitiu a construção de uma relação segura e consistente dos utentes com a estagiária. Esta relação foi o fator mais importante na promoção do desenvolvimento dos bebês, permitindo a aquisição de competências motoras, emocionais e comunicacionais, necessárias ao seu pleno desenvolvimento (Aldridge *et al.*, 1995).

No que respeita à intervenção com as crianças, a criação de um espaço seguro revelou-se importante na obtenção de resultados positivos nos domínios emocionais e relacionais. Através da improvisação e construção de canções, estas foram conseguindo exprimir-se e puderam tomar consciência dos seus sentimentos e emoções. Como refere Mayers (1995), através das canções, as crianças são capazes de expressar sentimentos ou temas que seriam difíceis de expressar de outra forma. As experiências musicais proporcionadas no contexto musicoterapêutico foram muito importantes na promoção de sentimentos de realização e sucesso, e conseqüente aumento da autoestima.

Este estágio teve também um impacto positivo na instituição, nomeadamente na equipa educativa. As sessões informativas dinamizadas no início do estágio foram importantes na sensibilização para a intervenção musicoterapêutica e, ao longo do estágio, a equipa pôde testemunhar a evolução das crianças. Também na partilha informal que foi mantida com a estagiária, as funcionárias puderam compreender os efeitos positivos da musicoterapia.

Como defende Bowlby (1969), as crianças precisam de uma relação de vínculo primário para se desenvolverem. Quando há uma quebra na relação primária, o desenvolvimento da criança fica em risco, podendo ficar comprometido a longo prazo. Os bebês nascem com uma predisposição biológica para o processamento dos elementos musicais e as crianças encontram na música um espaço seguro onde se podem exprimir. Deste modo, e como comprovam os resultados apresentados neste relatório, a intervenção musicoterapêutica pode ser eficaz na formação e reparação de relações de vínculo, e um meio onde o desenvolvimento pode emergir.

Reflexão Final

Decorreram quase oito meses desde o início até ao término deste estágio e a sensação que fica é a de que o tempo passou num ápice, ficando tanto por aprender. Estagiar na Casa da Criança não foi a minha primeira opção, e a expectativa de conseguir estagiar na unidade de Neonatologia atrasou um pouco o início deste estágio. Deste modo, o primeiro mês de observação permitiu-me, não só conhecer as crianças e a instituição, mas também estudar aprofundadamente as características dos bebés e crianças institucionalizadas, e de que forma a musicoterapia pode intervir junto destes.

Sendo a única musicoterapeuta na instituição, foi-me dada total autonomia na organização e realização do meu trabalho, gerindo-o da melhor forma possível tendo em conta as dinâmicas da instituição. Este aspeto permitiu o desenvolvimento das minhas competências de tomada de decisão e aumento de responsabilidade. Esta autonomia permitiu ainda a afirmação da musicoterapia enquanto intervenção primária estruturada. Ainda assim, sinto que poderia ter existido mais articulação entre técnicos, em reuniões multidisciplinares para a discussão dos casos e elaboração de objetivos conjuntos. Creio que este trabalho de equipa teria sido uma mais-valia para uma intervenção mais integrada e mais direcionada.

A relação estabelecida com a equipa educativa foi muito positiva pois permitiu-me conhecer melhor as dinâmicas da instituição, perceber a vida das crianças fora da sessão de musicoterapia e possibilitou a troca de experiências, tendo esclarecido o que era e como funcionava a musicoterapia sempre que me era requerido. Embora tenham sido dinamizadas sessões informativas no início do estágio, num contexto informal as funcionárias sentiram-se à vontade para fazer perguntas livremente, o que se tornou importante na clarificação da musicoterapia enquanto intervenção sistematizada. É ainda de salientar a colaboração das funcionárias na organização do meu horário, avisando-me quando existiam alterações nas

rotinas e facilitando a própria gestão do tempo da instituição, nomeadamente na hora dos banhos.

Este estágio foi, sem dúvida, uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal. A insegurança presente no início do estágio foi-se aos poucos dissipando, permitindo-me concentrar na minha postura de terapeuta, centrada no aqui e agora, aceitando benignamente tudo o que me era transmitido. A gravação e posterior visionamento das sessões foram de extrema importância para o meu crescimento enquanto terapeuta, permitindo-me ganhar consciência da quantidade de situações em que podia ter sido mais contingente ou até distanciar-me do plano verbal, como acontecia algumas vezes com as crianças. A percepção das minhas atitudes foi importante para o meu progresso e foi gratificante poder testemunhar a minha própria evolução.

Apesar de todas as dificuldades sentidas, o balanço final é muito positivo. Este relatório tem como principal objetivo descrever o estágio realizado, mas será sempre impossível fazê-lo com a fidelidade requerida. Porque é impossível descrever os sorrisos e olhares trocados, os pequenos braços que se agitavam quando entrava na sala dos bebês, os “é hoje a minha vez?” ou os “e quando é que vou eu?” até das crianças que não tiveram musicoterapia. Essas memórias guardá-las-ei para sempre.

No livro “A Bibliotecária de Auschwitz” de A. Iturbe (2012), Javier Marias, citando William Faulkner, disse: “O que a literatura faz é o mesmo que um fósforo no meio de um campo em plena noite. Um fósforo quase nada ilumina, mas permite-nos ver quanta escuridão há à nossa volta.”. Este estágio foi o meu fósforo no meio do campo em plena noite – deu sentido a tudo o que tinha estudado nos últimos anos e mostrou-me o tanto que eu ainda não sei, mas vou querer saber.

Referências

- A Casa da Criança (2013). Retrieved July 14, 2018, from <http://www.casadacrianca.pt>
- Aigen, K. S. (2014). *The study of music therapy: Current issues and concepts*. Routledge.
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American psychologist*, 34(10), 932.
- Aldridge, D. (1989). Music, communication and medicine: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82(12), 743-746.
- Aldridge, D., Gustroff, D., & Neugebauer, L. (1995). A pilot study of music therapy in the treatment of children with developmental delay. *Complementary Therapies in Medicine*, 3(4), 197-205.
- Amir, D. & Yair, M. (2008). When the piano talks: Finding meaning in piano improvisations created by three children at risk who live in residential care. *Qualitative inquiries in music therapy.*, 4, 113-166.
- Baker, F., Wigram, T., Stott, D., & McFerran, K. (2008). Therapeutic Songwriting in Music Therapy: Part I: Who Are the Therapists, Who Are the Clients, and Why Is Songwriting Used?. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(2), 105-123.
- Barone, L., Dellagiulia, A., & Lionetti, F. (2015). When the Primary Caregiver is Missing: Investigating Proximal and Distal Variables Involved in Institutionalised Children's Adjustment. *Child Abuse Review*. doi: 10.1002/car.2365
- Berger, M. (1997). *A criança e o sofrimento da separação*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. Bucks, Great Britain: Penguin Books.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28(5), 759.

- Brown, S. (2002). Hullo object! I destroyed you!. In Bunt, L., & Hoskyns, S. (Eds.) *The handbook of music therapy* (pp. 104-116). Routledge.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed.). Barcelona Publishers.
- Bunt, L., & Stige, B. (2014). *Music therapy: An art beyond words*. Routledge.
- Burkhardt-Mramor, K. M. (1996). Music therapy and attachment disorder: A case study. *Music Therapy Perspectives*, 14(2), 77-82.
- Carlson E. A., Hostinar C. E., Mliner S. B., & Gunnar, M. R. (2014). The emergence of attachment following early social deprivation. *Development and Psychopathology*, 26, 479–489. doi:10.1017/S0954579414000078
- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child development*, 69(4), 1092-1106.
- Chisholm, K., Carter, M. C., Ames, E. W., & Morison, S. J. (1995). Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Development and psychopathology*, 7(2), 283-294.
- de l'Etoile, S. K. (2006). Infant-directed singing: A theory for clinical intervention. *Music Therapy Perspectives*, 24(1), 22-29.
- Donnell, N. E. (2007). Messages Through the Music: Musical Dialogue as a Means of Communicative Contact/Messages par la musique: Dialogue musical comme moyen de communication. *Canadian Journal of Music Therapy*, 13(2), 74-102.
- Eapen, D. J. (2009). Institutionalized children: The underprivileged. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 349-352.
- Giagazoglou, P., Kouliousi, C., Sidiropoulou, M., & Fahantidou, A. (2012). The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children. *Research in developmental disabilities*, 33(3), 964-970.

- Gold, C., Wigram, T., & Voracek, M. (2007). Predictors of change in music therapy with children and adolescents: The role of therapeutic techniques. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(4), 577-589.
- Haslbeck, F. B. (2014). Creative music therapy with premature infants: An analysis of video footage. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(1), 5-35. doi: 10.1080/08098131.2013.780091
- Iturbe, A. G. (2012). *A Bibliotecária de Auschwitz*. Lisboa: Planeta Manuscrito.
- Iwaniec, D. (1995). *The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment and intervention*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Layman, D., Hussey, D., & Laing, S. (2002). Foster care trends in the United States: Ramifications for music therapists. *Music Therapy Perspectives*, 20(1), 38-46.
- Lionetti, F., Pastore, M., & Barone, L. (2015). Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. *Child abuse & Neglect*, 42, 135-145.
- Maclean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and psychopathology*, 15(4), 853-884.
- Malloch, S., Shoemark, H., Črnčec, R., Newnham, C., Paul, C., Prior, M., ... & Burnham, D. (2012). Music therapy with hospitalized infants—the art and science of communicative musicality. *Infant Mental Health Journal*, 33(4), 386-399. doi: 10.1002/imhj.21346
- Mayers, K. S. (1995). Songwriting as a way to decrease anxiety and distress in traumatized children. *The arts in psychotherapy*, 22(5), 495-498.
- Pavlicevic, M. (1990). Dynamic interplay in clinical improvisation. *Journal of British Music Therapy*, 4(2), 5-9.

- Pavlicevic, M. (2000). Improvisation in music therapy: Human communication in sound. *Journal of Music Therapy*, 37(4), 269-285.
- Robarts, J. (2006). Music therapy with sexually abused children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 11(2), 249-269.
- Robarts, J. Z. (2003). The healing function of improvised songs in music therapy with a child survivor of early trauma and sexual abuse. *Psychodynamic music therapy: Case studies*, 141-182.
- Rosmalen, L., Ijzendoorn, M., & Bakermans-Kranenburg, M. (2014). ABC+ D of attachment theory: The strange situation procedure as the gold standard of attachment assessment. In Holmes, P., & Farnfield, S. (Eds.). *The Routledge handbook of attachment: Theory* (pp. 25-44). Routledge.
- Sausser, S., & Waller, R. J. (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 33(1), 1-10.
- Spitz, R. A. (1949). The role of ecological factors in emotional development in infancy. *Child Development*, 145-155.
- Standley, J. & Whipple, J. (2003). Music Therapy for Premature Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. In Robb, S. (Ed.). *Music Therapy in Pediatric Healthcare*. Silver Spring: American Music Therapy Association.
- Standley, J. M., Walworth, D., & Nguyen, J. (2009). Effect of parent/child group music activities on toddler development: A pilot study. *Music Therapy Perspectives*, 27(1), 11-15.
- Stern, D. N., Jaffe, J., Beebe, B., & Bennett, S. L. (1975). Vocalizing in unison and in alternation: Two modes of communication within the mother-infant dyad. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 263(1), 89-100.

- Tizard, B. (1977). *Adoption: A second chance*. London: Open Books.
- Tizard, B., & Rees, J. (1975). The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *16*(1), 61-73.
- Tizard, J., & Tizard, B. (1967). The Social Development of Two Year Old Children in Residential Nurseries.
- Torres, N., Maia, J., Veríssimo, M., Fernandes, M., & Silva, F. (2012). Attachment Security Representations in Institutionalized Children and Children Living with Their Families: Links to Problem Behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *19*, 25–36. doi: 10.1002/cpp.739
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Yin, R. K. (2009). Case study research: Design and methods (applied social research methods). *London and Singapore: Sage*.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Preziosa, A., Veglia, F., & Carassa, A. (2015). Attachment representation in institutionalized children: a preliminary study using the child attachment interview. *Clinical psychology and psychotherapy*, *22*(2), 165-175. doi: 10.1002/cpp.1882

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Avaliação Inicial do Diogo
Apêndice B Avaliação Final do Diogo
Apêndice C Avaliação Inicial da Matilde
Apêndice D Música do Adeus
Apêndice E “Canção das Três Casas”
Apêndice F Canção “O Futuro”
Apêndice G Avaliação Final da Matilde

APÊNDICE A

Avaliação Inicial do Diogo

Nome: D. Data de nascimento: 24/05/2017 Data da avaliação: 14/12/2017 Idade no momento de avaliação: 7 meses **Escala de Pontuação:**

0 = Comportamento não observado

1 = Comportamento observado inconsistentemente

2 = Comportamento observado consistentemente

1 – 3 MESES

Áreas	Parâmetros	Pt.
MOVIMENTO	Levanta a cabeça e o queixo quando deitado sobre a barriga (3m)	1
	Suporta a parte superior do corpo com os braços na posição ventral (3m)	1
	Estica as pernas na posição ventral ou dorsal (2-3m.)	2
	Faz força com as pernas quando os pés estão numa superfície firme (3m.)	0
	Rola da barriga para as costas (a partir dos 3m.)	0
	Abre e fecha as mãos (2-3m.)	2
	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra (3m.)	2
	Olha para as mãos e brinca com os brinquedos (3m.)	2
VISUAL	Olha para a face com intenção (2-3m.)	2
	Segue objetos em movimento (2m.)	2
	Reconhece objetos e pessoas familiares à distância (3m.)	1
	Começa a usar as mãos e os olhos coordenadamente (3m.)	2
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Sorri ao som da voz (2-3m.)	2
	Sons guturais, palrar; brincadeiras vocais (começa aos 3 m.)	0
	Responde ao som (1-3m.)	1
	Assusta-se com ruído súbito (1-3m.)	1
	Vocaliza quando satisfeito	0
SOCIAL/ EMOCIONAL	Começa a desenvolver um sorriso social (1-3m.)	2
	Gosta de brincar com outras pessoas e pode chorar quando a brincadeira para (2-3m.)	1
	Torna-se mais comunicativo e expressivo com a cara e o corpo (2-3m.)	2
	Imita alguns movimentos e expressões faciais.	1

4 – 7 MESES

Áreas	Parâmetros	Pt.
MOVIMENTO	Apoia peso nas palmas das mãos com braços estendidos e atitude de alerta (6m.)	0
	Puxa-se para se sentar sem atraso da cabeça (5m.)	0
	Senta-se com suporte das mãos (5-6m.)	0
	Mantém-se sentado momentaneamente sem apoio (6m.)	0
	Apoia algum peso nos membros inferiores (6m.)	0
	Agarra os pés (6m.)	0
	Transfere objetos de mão para mão (6m.)	1
	Prensão palmar usando toda a mão (6m.)	1
	Esforça-se para obter objetos que estão fora do seu alcance (5-7m.)	0
VISUAL	Agarra objetos pendurados à sua frente (5-6m.)	1
	Observa o objeto que cai e esquece-o rapidamente (6m.)	1
	Olha para o local correto à procura do objeto que cai (6m.)	0
	Segue objetos em movimento com facilidade (6-7m.)	1
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Distingue emoções pelo tom de voz (4-7m.)	0
	Responde ao som, produzindo sons (4-6m.)	0
	Usa a voz para expressar alegria e insatisfação (4-6m.)	0
	Vira a cabeça em direção à fonte sonora (6m.)	1
	Ri e grita durante o jogo (6m.)	1
	Começa a repetição de sílabas (5-7m.)	0
SOCIAL/ EMOCIONAL	Responde à expressão de emoções do outro (4-7m.)	1
	Leva tudo à boca (6m.)	0
	Interesse na imagem espelhada (5-7m.)	0
	Gosta da brincadeira social (4-7m.)	2

APÊNDICE B

Avaliação Final do Diogo

Nome: D. Data de nascimento: 24/05/2017 Data da avaliação: 13/06/2018 Idade no momento de avaliação: 12 meses **Escala de Pontuação:**

0 = Comportamento não observado

1 = Comportamento observado inconsistentemente

2 = Comportamento observado consistentemente

1 – 3 MESES

Áreas	Parâmetros	Pt.
MOVIMENTO	Levanta a cabeça e o queixo quando deitado sobre a barriga (3m)	2
	Suporta a parte superior do corpo com os braços na posição ventral (3m)	2
	Estica as pernas na posição ventral ou dorsal (2-3m.)	2
	Faz força com as pernas quando os pés estão numa superfície firme (3m.)	2
	Rola da barriga para as costas (a partir dos 3m.)	2
	Abre e fecha as mãos (2-3m.)	2
	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra (3m.)	2
	Olha para as mãos e brinca com os brinquedos (3m.)	2
VISUAL	Olha para a face com intenção (2-3m.)	2
	Segue objetos em movimento (2m.)	2
	Reconhece objetos e pessoas familiares à distância (3m.)	2
	Começa a usar as mãos e os olhos coordenadamente (3m.)	2
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Sorri ao som da voz (2-3m.)	2
	Sons guturais, palrar; brincadeiras vocais (começa aos 3 m.)	2
	Responde ao som (1-3m.)	2
	Assusta-se com ruído súbito (1-3m.)	2
	Vocaliza quando satisfeito	2
SOCIAL/ EMOCIONAL	Começa a desenvolver um sorriso social (1-3m.)	2
	Gosta de brincar com outras pessoas e pode chorar quando a brincadeira para (2-3m.)	2
	Torna-se mais comunicativo e expressivo com a cara e o corpo (2-3m.)	2
	Imita alguns movimentos e expressões faciais.	2

4 – 7 MESES

Áreas	Parâmetros	Pt.
MOVIMENTO	Apoia peso nas palmas das mãos com braços estendidos e atitude de alerta (6m.)	1
	Puxa-se para se sentar sem atraso da cabeça (5m.)	2
	Senta-se com suporte das mãos (5-6m.)	2
	Mantém-se sentado momentaneamente sem apoio (6m.)	2
	Apoia algum peso nos membros inferiores (6m.)	2
	Agarra os pés (6m.)	2
	Transfere objetos de mão para mão (6m.)	2
	Preensão palmar usando toda a mão (6m.)	2
	Esforça-se para obter objetos que estão fora do seu alcance (5-7m.)	2
VISUAL	Agarra objetos pendurados à sua frente (5-6m.)	2
	Observa o objeto que cai e esquece-o rapidamente (6m.)	2
	Olha para o local correto à procura do objeto que cai (6m.)	2
	Segue objetos em movimento com facilidade (6-7m.)	2
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Distingue emoções pelo tom de voz (4-7m.)	2
	Responde ao som, produzindo sons (4-6m.)	2
	Usa a voz para expressar alegria e insatisfação (4-6m.)	2
	Vira a cabeça em direção à fonte sonora (6m.)	2
	Ri e grita durante o jogo (6m.)	2
	Começa a repetição de sílabas (5-7m.)	1
SOCIAL/ EMOCIONAL	Responde à expressão de emoções do outro (4-7m.)	2
	Leva tudo à boca (6m.)	2
	Interesse na imagem espelhada (5-7m.)	2
	Gosta da brincadeira social (4-7m.)	2

8 – 12 MESES

Áreas	Parâmetros	Pt.
MOVIMENTO	Senta-se sem ajuda (8-10m.)	2
	Mantém-se sentado por períodos prolongados (8m.)	2
	Passa para a posição de gatas (8m.)	0
	Muda da posição de sentado para a posição de gatas ou deitado (10-12m.)	0
	Apoia todo o peso nos membros inferiores (8m.)	2
	Põe-se de pé sozinho agarrado à mobília (12m.)	0
	Fica momentaneamente em pé sem suporte.	1
	Desloca-se rebolando ou arrastando-se (10m.)	2
	Caminha pela mão (12m.)	0
	Caminha agarrado à mobília ou a empurrar brinquedos com rodas (12m.)	0
	Segura dois objetos, um em cada mão e junta-os (8m.)	1

CAPACIDADES MANIPULATIVAS	Pega num pequeno objeto entre o polegar e o indicador com pinça imperfeita (10m.)	1
	Pinça correta (12m.)	0
	Põe objetos dentro de um recipiente (10-12m.)	1
	Tira objetos de dentro de um recipiente (10-12m.)	2
	Atira deliberadamente os brinquedos ao chão (12m.)	1
	Tenta imitar rabiscos (12m.)	0
COGNIÇÃO	Explora objetos de diferentes formas (agitar, bater, atirar, deixar cair) (8-10m.)	2
	Encontra objetos escondidos (10-12m.)	0
	Imita gestos (9-12m.)	2
	Aponta para objetos distantes (12m.)	0
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Compreende o “não/adeus” (10m.)	2
	Reconhece o próprio nome (12m.)	2
	Faz gestos simples como abanar a cabeça para dizer “não” (12m.)	0
	Palra continuamente para atrair a atenção (8m.)	2
	Imita sons dos adultos (10m.)	1
	Usa exclamações como “oh!”	0
	Usa jargão incessante contendo essencialmente vogais e muitas consoantes (12m.)	0
Uma palavra com significado (12m.)	0	
SOCIAL/ EMOCIONAL	Tímido ou ansioso com estranhos (12m.)	1
	Chora quando a mãe ou o pai saem (12m.)	0
	Gosta de imitar pessoas na sua brincadeira (10-12m.)	0
	Mostra clara preferência por certas pessoas e brinquedos (12m.)	2
	Repete sons ou gestos para chamar a atenção (10-12m.)	2
	Alimenta-se sozinho com os dedos (12m.)	0
	Estende os braços ou pernas para ajudar quando está a ser vestido (12m.)	2
	Faz gracinhas e acena “adeus”	0
	Curioso e atento às pessoas, objetos e acontecimentos à sua volta (12m.)	2

APÊNDICE C

Avaliação Inicial da Matilde

Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Crianças

Versão adaptada da escala *Music Therapy Questionnaire Children* desenvolvida por Michael D. Cassity e Julia E. Cassity

Nome da Criança: M. Idade: 11 Data 14 / 12 / 2017

Parte I (Música)

1. Indique as preferências musicais selecionando o número que melhor se adequa aos gostos do(a) M.

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

2. Indique o CD de preferência do/a M., o cantor preferido ou compositor.

Não sabe.

3. Com base na escala seleccione os números que melhor se adequam aos comportamentos manifestados pela criança.

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

3.1 4 É capaz de identificar características da música como estilo, rápida ou lenta, que instrumento está a tocar, distinguir uma pessoa a cantar de um instrumento a tocar.

3.2 3 Canta melodias afinadamente

3.3 3 Iria adorar tocar um instrumento musical.

3.4.5 Iria adorar inventar uma coreografia para uma música.

Parte II – Análise multimodal de problemas

Para cada afirmação indique o número (segundo a escala) que melhor descreve a criança.

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

Interpessoal

- 01. 2** Raramente fica em sarilhos por não ter seguido regras ou por não fazer aquilo que deveria.
- 02. 3** Tem dificuldades em seguir ordens (ficar sentado na cadeira, terminar o trabalho, trabalhar em silêncio, ser amável para os outros).
- 03. 3** Exibe comportamentos disruptivos explosivos, como birras, para chamar a atenção.
- 04. 4** Os colegas gostam dele(a).
- 05. 5** Chama frequentemente nome aos colegas como “estúpido”, “idiota”, “burro”.
- 06. 1** Não fala ou fala muito pouco com os colegas.
- 07. 1** Não participa ou evita participar em atividades de grupo com os colegas.
- 08. 1** É tímido, envergonhado e não se interessa pelos colegas.
- 09. 4** Discute com os colegas.
- 10. 2** Não colabora quando trabalha ou brinca com os colegas.
- 11. 3** Gosta de partilhar coisas com os outros e de esperar a sua vez.
- 12. 4** Não toma atenção aos outros enquanto participa em atividades estruturadas.
- 13. 1** Fala demasiado baixo.
- 14. 3** Demonstra boas capacidades de liderança.
- 15. 2** Não responde ou não se expressa em relação a cumprimentos e despedidas.

Comportamento

- 16. 2** Não expressa necessidades ou o que quer aos outros.
- 17. 2** Vai atrás do grupo não expressando a sua opinião ou sentimentos.
- 18. 3** Não se mantém na realização da tarefa, distrai-se com facilidade e não se consegue concentrar.
- 19. 3** Tira as coisas dos outros em vez de partilhar ou esperar a sua vez.
- 20. 3** Bate nos colegas.
- 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).

Movimento

- 22. 1 É desajeitado nos movimentos comuns como andar.
- 23. 3 Dá encontrões nas pessoas quando está em grupo.
- 24. 3 Não consegue usar os dedos para realizar tarefas tão bem como os colegas (pegar em moedas, agarrar um lápis).
- 25. 4 Apanha bolas, bate palmas, toca o tambor facilmente.
- 26. 3 Deixa cair objetos com regularidade causando distúrbios aos outros e causando embaraço para si.
- 27. 2 Não se consegue recordar de eventos familiares como a ida ao parque.
- 28. 2 Tem dificuldades em imitar frases ou sons.
- 29. 5 Fala demasiado alto.
- 30. 2 Não pronuncia as palavras com clareza.
- 31. 2 Tem dificuldades em compreender o que lhe é dito.

Cognitivo

- 32. 2 Tem dificuldades em seguir direções.
- 33. 3 Percebe conceitos com esquerda e direita, atrás, à frente, ao lado de, em cima, em baixo, à volta e por dentro.
- 34. 2 Faz comentários negativos sobre si, como “sou burro” ou “não sou muito esperto”.
- 35. 1 Recusa-se a participar em grupo ou individualmente em atividades devida à falta de confiança nas suas capacidades (medo do fracasso ou do ridículo)
- 36. 2 Existe um ou mais comportamentos quando faz uma atividade: desorganização em vez de seguir o objetivo, rápido não se preocupando com a qualidade dos resultados, desiste facilmente em vez de mostrar perseverança, impressivo em vez de preciso.
- 37. 4 Faz comentários depreciativos aos pares se eles não fazem o que ele(a) quer.
- 38. 2 Tem dificuldades em dizer as horas ou o dia da semana.
- 39. 2 Tem dificuldades em contar dinheiro
- 40. 2 Tem dificuldade em memorizar as letras do alfabeto
- 41. 2 Tem dificuldades em contar.

Afetivo

- 42. 4 Consegue exprimir que está feliz, triste ou excitado.
- 43. 2 Demonstra pouco ou nenhuma emoção (alegria, tristeza ou excitação).
- 44. 4 Consegue facilmente identificar quando os outros estão felizes, tristes ou excitados.
- 45. 2 Tem dificuldades em descrever os sentimentos dos outros.
- 46. 3 Exibe emoções extremas (rir e chorar, tristeza ou alegria)
- 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)

Esta parte do questionário deverá ser preenchida pelo musicoterapeuta após a observação do paciente nas sessões de musicoterapia. Deverá ser respondido após as primeiras sessões, às 16 semanas e no final.

Escala a utilizar das questões 48 à 62.

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

48. 3 Concentração

49. 3 Atenção

50. 4 Retenção

51. 3 Relações interpessoais

52. 3 Contacto visual/ocular

53. 3 Postura

54. 3 Contacto físico

55. 4 Motivação para se envolver com a musicoterapia

56. 4 Expressões faciais

57. 4 Envolve-se na conversa; capacidade de conversação

58. 4 Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais

59. 3 Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou sentimentos, como escape)

60. 3 Criatividade musical

61. 4 Atitude geral perante a música

62. 3 Competências rítmicas

63. 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.

APÊNDICE D
Música do Adeus

Música do Adeus ||

Vamos arrumar

Toca a levantar

Todos a ajudar não custa.

Voltamos p'ra a semana

Com coisas novas para a aprender, tu vais ver.

APÊNDICE E

“Canção das Três Casas”

Canção das Três Casas ||

É a canção, das três casas

São três casas, são três casas.

Uma casa é amarela

Tinha dois quartos e um jardim

Um irmãozinho, uma irmãinha

A minha mãe e o meu pai

É a canção, das três casas

São três casas, são três casas

Uma casa partilhada

Muito segura, cheia de alegria

Protege amigos coloridos

É uma família cheia de amizade

É a canção, das três casas

São três casas, são três casas

Esta casa é num prédio

Um prédio muito cor de rosa

Tem três quartos, duas casas de banho

Uma sala e muita alegria

É a canção, das três casas

São três casas, são três casas

APÊNDICE F

Canção “O Futuro”

O Futuro ||

O futuro

Não se pode escolher

Estejam prontos

Para o que der e vier.

O futuro

É já amanhã

Mais um dia

Cheio de alegria

Pode ser alegria

Ou mesmo tristeza

Mas não se pode

Escolher

O futuro

Não se pode escolher

Estejam prontos

Para o que der e vier.

APÊNDICE G

Avaliação Final da Matilde

Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Crianças

Versão adaptada da escala *Music Therapy Questionnaire Children* desenvolvida por Michael D. Cassity e Julia E. Cassity

Nome da Criança: M. Idade: 11 Data 11 / 06 / 2018

Parte I (Música)

1. Indique as preferências musicais selecionando o número que melhor se adequa aos gostos do(a) M.

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

2. Indique o CD de preferência do/a M., o cantor preferido ou compositor.

Não sabe.

3. Com base na escala seleccione os números que melhor se adequam aos comportamentos manifestados pela criança.

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

3.1 4 É capaz de identificar características da música como estilo, rápida ou lenta, que instrumento está a tocar, distinguir uma pessoa a cantar de um instrumento a tocar.

3.2 4 Canta melodias afinadamente

3.3 4 Iria adorar tocar um instrumento musical.

3.4.5 Iria adorar inventar uma coreografia para uma música.

Parte II – Análise multimodal de problemas

Para cada afirmação indique o número (segundo a escala) que melhor descreve a criança.

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

Interpessoal

01. 3 Raramente fica em sarilhos por não ter seguido regras ou por não fazer aquilo que deveria.
02. 2 Tem dificuldades em seguir ordens (ficar sentado na cadeira, terminar o trabalho, trabalhar em silêncio, ser amável para os outros).
03. 2 Exibe comportamentos disruptivos explosivos, como birras, para chamar a atenção.
04. 4 Os colegas gostam dele(a).
05. 4 Chama frequentemente nome aos colegas como “estúpido”, “idiota”, “burro”.
06. 2 Não fala ou fala muito pouco com os colegas.
07. 2 Não participa ou evita participar em atividades de grupo com os colegas.
08. 2 É tímido, envergonhado e não se interessa pelos colegas.
09. 4 Discute com os colegas.
10. 2 Não colabora quando trabalha ou brinca com os colegas.
11. 4 Gosta de partilhar coisas com os outros e de esperar a sua vez.
12. 3 Não toma atenção aos outros enquanto participa em atividades estruturadas.
13. 2 Fala demasiado baixo.
14. 3 Demonstra boas capacidades de liderança.
15. 2 Não responde ou não se expressa em relação a cumprimentos e despedidas.

Comportamento

16. 2 Não expressa necessidades ou o que quer aos outros.
17. 2 Vai atrás do grupo não expressando a sua opinião ou sentimentos.
18. 2 Não se mantém na realização da tarefa, distrai-se com facilidade e não se consegue concentrar.
19. 2 Tira as coisas dos outros em vez de partilhar ou esperar a sua vez.
20. 2 Bate nos colegas.
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).

Movimento

- 22. 2 É desajeitado nos movimentos comuns como andar.
- 23. 2 Dá encontrões nas pessoas quando está em grupo.
- 24. 2 Não consegue usar os dedos para realizar tarefas tão bem como os colegas (pegar em moedas, agarrar um lápis).
- 25. 4 Apanha bolas, bate palmas, toca o tambor facilmente.
- 26. 2 Deixa cair objetos com regularidade causando distúrbios aos outros e causando embaraço para si.
- 27. 2 Não se consegue recordar de eventos familiares como a ida ao parque.
- 28. 2 Tem dificuldades em imitar frases ou sons.
- 29. 4 Fala demasiado alto.
- 30. 2 Não pronuncia as palavras com clareza.
- 31. 2 Tem dificuldades em compreender o que lhe é dito.

Cognitivo

- 32. 2 Tem dificuldades em seguir direções.
- 33. 4 Percebe conceitos com esquerda e direita, atrás, à frente, ao lado de, em cima, em baixo, à volta e por dentro.
- 34. 2 Faz comentários negativos sobre si, como “sou burro” ou “não sou muito esperto”.
- 35. 2 Recusa-se a participar em grupo ou individualmente em atividades devida à falta de confiança nas suas capacidades (medo do fracasso ou do ridículo)
- 36. 2 Existe um ou mais comportamentos quando faz uma atividade: desorganização em vez de seguir o objetivo, rápido não se preocupando com a qualidade dos resultados, desiste facilmente em vez de mostrar perseverança, impressivo em vez de preciso.
- 37. 3 Faz comentários depreciativos aos pares se eles não fazem o que ele(a) quer.
- 38. 2 Tem dificuldades em dizer as horas ou o dia da semana.
- 39. 2 Tem dificuldades em contar dinheiro
- 40. 2 Tem dificuldade em memorizar as letras do alfabeto
- 41. 2 Tem dificuldades em contar.

Afetivo

- 42. 4 Consegue exprimir que está feliz, triste ou excitado.
- 43. 2 Demonstra pouco ou nenhuma emoção (alegria, tristeza ou excitação).
- 44. 4 Consegue facilmente identificar quando os outros estão felizes, tristes ou excitados.
- 45. 2 Tem dificuldades em descrever os sentimentos dos outros.
- 46. 2 Exibe emoções extremas (rir e chorar, tristeza ou alegria)
- 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)

Esta parte do questionário deverá ser preenchida pelo musicoterapeuta após a observação do paciente nas sessões de musicoterapia. Deverá ser respondido após as primeiras sessões, às 16 semanas e no final.

Escala a utilizar das questões 48 à 62.

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

48. 4 Concentração
49. 5 Atenção
50. 4 Retenção
51. 4 Relações interpessoais
52. 4 Contacto visual/ocular
53. 4 Postura
54. 4 Contacto físico
55. 5 Motivação para se envolver com a musicoterapia
56. 4 Expressões faciais
57. 4 Envolve-se na conversa; capacidade de conversação
58. 3 Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais
59. 5 Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou sentimentos, como escape)
60. 3 Criatividade musical
61. 4 Atitude geral perante a música
62. 4 Competências rítmicas
63. 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.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A** - Instrumento de avaliação dos bebês
- Anexo B** - Questionário “Psychiatric Music Therapy Questionnaire” (PMTQ)
- Anexo C** - Autorização do registo audiovisual
- Anexo D** - Grelha de Registo de sessões

ANEXO A

Instrumento de avaliação dos bebés

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Data da avaliação: _____

Idade no momento de avaliação: _____

Escala de Pontuação:

0 = Comportamento não observado

1 = Comportamento observado inconsistentemente

2 = Comportamento observado consistentemente

1 – 3 MESES

Áreas	Parâmetros	Pt.
MOVIMENTO	Levanta a cabeça e o queixo quando deitado sobre a barriga (3m)	
	Suporta a parte superior do corpo com os braços na posição ventral (3m)	
	Estica as pernas na posição ventral ou dorsal (2-3m.)	
	Faz força com as pernas quando os pés estão numa superfície firme (3m.)	
	Rola da barriga para as costas (a partir dos 3m.)	
	Abre e fecha as mãos (2-3m.)	
	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra (3m.)	
	Olha para as mãos e brinca com os brinquedos (3m.)	
VISUAL	Olha para a face com intenção (2-3m.)	
	Segue objetos em movimento (2m.)	
	Reconhece objetos e pessoas familiares à distância (3m.)	
	Começa a usar as mãos e os olhos coordenadamente (3m.)	
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Sorri ao som da voz (2-3m.)	
	Sons guturais, palrar; brincadeiras vocais (começa aos 3 m.)	
	Responde ao som (1-3m.)	
	Assusta-se com ruído súbito (1-3m.)	
	Vocaliza quando satisfeito	
SOCIAL/ EMOCIONAL	Começa a desenvolver um sorriso social (1-3m.)	
	Gosta de brincar com outras pessoas e pode chorar quando a brincadeira para (2-3m.)	
	Torna-se mais comunicativo e expressivo com a cara e o corpo (2-3m.)	
	Imita alguns movimentos e expressões faciais.	

4 – 7 MESES

Áreas	Parâmetros	Pt.
MOVIMENTO	Apoia peso nas palmas das mãos com braços estendidos e atitude de alerta (6m.)	
	Puxa-se para se sentar sem atraso da cabeça (5m.)	
	Senta-se com suporte das mãos (5-6m.)	
	Mantém-se sentado momentaneamente sem apoio (6m.)	
	Apoia algum peso nos membros inferiores (6m.)	
	Agarra os pés (6m.)	
	Transfere objetos de mão para mão (6m.)	
	Preensão palmar usando toda a mão (6m.)	
	Esforça-se para obter objetos que estão fora do seu alcance (5-7m.)	
VISUAL	Agarra objetos pendurados à sua frente (5-6m.)	
	Observa o objeto que cai e esquece-o rapidamente (6m.)	
	Olha para o local correto à procura do objeto que cai (6m.)	
	Segue objetos em movimento com facilidade (6-7m.)	
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Distingue emoções pelo tom de voz (4-7m.)	
	Responde ao som, produzindo sons (4-6m.)	
	Usa a voz para expressar alegria e insatisfação (4-6m.)	
	Vira a cabeça em direção à fonte sonora (6m.)	
	Ri e grita durante o jogo (6m.)	
	Começa a repetição de sílabas (5-7m.)	
SOCIAL/ EMOCIONAL	Responde à expressão de emoções do outro (4-7m.)	
	Leva tudo à boca (6m.)	
	Interesse na imagem espelhada (5-7m.)	
	Gosta da brincadeira social (4-7m.)	

8 – 12 MESES

Áreas	Parâmetros	Pt.
MOVIMENTO	Senta-se sem ajuda (8-10m.)	
	Mantém-se sentado por períodos prolongados (8m.)	
	Passa para a posição de gatas (8m.)	
	Muda da posição de sentado para a posição de gatas ou deitado (10-12m.)	
	Apoia todo o peso nos membros inferiores (8m.)	
	Põe-se de pé sozinho agarrado à mobília (12m.)	
	Fica momentaneamente em pé sem suporte.	
	Desloca-se rebolando ou arrastando-se (10m.)	
	Caminha pela mão (12m.)	
	Caminha agarrado à mobília ou a empurrar brinquedos com rodas (12m.)	
	Segura dois objetos, um em cada mão e junta-os (8m.)	

CAPACIDADES MANIPULATIVAS	Pega num pequeno objeto entre o polegar e o indicador com pinça imperfeita (10m.)	
	Pinça correta (12m.)	
	Põe objetos dentro de um recipiente (10-12m.)	
	Tira objetos de dentro de um recipiente (10-12m.)	
	Atira deliberadamente os brinquedos ao chão (12m.)	
	Tenta imitar rabiscos (12m.)	
COGNIÇÃO	Explora objetos de diferentes formas (agitar, bater, atirar, deixar cair) (8-10m.)	
	Encontra objetos escondidos (10-12m.)	
	Imita gestos (9-12m.)	
	Aponta para objetos distantes (12m.)	
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Compreende o “não/adeus” (10m.)	
	Reconhece o próprio nome (12m.)	
	Faz gestos simples como abanar a cabeça para dizer “não” (12m.)	
	Palra continuamente para atrair a atenção (8m.)	
	Imita sons dos adultos (10m.)	
	Usa exclamações como “oh!”	
	Usa jargão incessante contendo essencialmente vogais e muitas consoantes (12m.)	
Uma palavra com significado (12m.)		
SOCIAL/ EMOCIONAL	Tímido ou ansioso com estranhos (12m.)	
	Chora quando a mãe ou o pai saem (12m.)	
	Gosta de imitar pessoas na sua brincadeira (10-12m.)	
	Mostra clara preferência por certas pessoas e brinquedos (12m.)	
	Repete sons ou gestos para chamar a atenção (10-12m.)	
	Alimenta-se sozinho com os dedos (12m.)	
	Estende os braços ou pernas para ajudar quando está a ser vestido (12m.)	
	Faz gracinhas e acena “adeus”	
Curioso e atento às pessoas, objetos e acontecimentos à sua volta (12m.)		

12 – 24 MESES

Áreas	Parâmetros	Pt.
MOVIMENTO	Anda sozinho (12-16m.)	
	Puxa os brinquedos para trás enquanto anda (13-16m.)	
	Carrega um brinquedo grande ou muitos brinquedos enquanto anda (12-15m.)	
	Levanta um objeto do chão sem cair (18m.)	
	Começa a correr de forma rígida (16-18m.)	
	Corre com confiança, para e inicia com cuidado evitando obstáculos (18m.)	
	Trepa e desce de mobília sem ajuda (16-24m.)	
CAPACIDADES MANIPULATIVAS	Vira um recipiente para derramar o conteúdo (12-18m.)	
	Rabisca espontaneamente (14-16m.)	
COGNIÇÃO	Começa a brincadeira simbólica (20-24m.)	

	Encontra objetos mesmo quando escondidos sobre 2 ou 3 camadas (24m.)	
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Seleciona a pedido 2 objetos de 4 (15m.)	
	Comunica utilizando simultaneamente gesto e vocalização (15m.)	
	Diz várias palavras simples (18m.)	
	Tenta repetir palavras usadas pelos outros (18m.)	
	Junta 2 ou mais palavras para formar frases (24m.)	
	Reconhece nomes de pessoas e objetos familiares (18-24m.)	
	Segue instruções simples (18m.)	
SOCIAL/ EMOCIONAL	Explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objetos com interesse (15m.)	
	Imita atividades simples do dia-a-dia (15m.)	
	Resistente e rebelde quando contrariado (18m.)	
	Demonstra maior independência (24m.)	
	Começa a mostrar comportamentos desafiadores (18-24m.)	

24 – 36 MESES

Áreas	Parâmetros	Pt.
MOVIMENTO	Trepa bem (24-30m.)	
	Desce escadas sozinho, sem alternância de pés (26-28m.)	
	Sobe escadas com alternância de pés, acompanhado (24-30m.)	
	Corre facilmente (24-26m.)	
	Pedala o triciclo (30-36m.)	
CAPACIDADES MANIPULATIVAS	Faz movimentos verticais, horizontais e circulares com o lápis (30-36m.)	
	Vira as páginas do livro uma de cada vez (24-30m.)	
	Constrói uma torre com mais de 6 blocos (24-30m.)	
	Segura o lápis na posição de escrita (30-36m.)	
COGNIÇÃO	Põe brinquedos mecânicos a trabalhar (30-36m.)	
	Relaciona um objeto presente na sala com uma imagem desse objeto (24-30m.)	
	Faz jogo simbólico (24-36m.)	
	Organiza objetos por cor (30-36m.)	
	Completa puzzles de 3 ou 4 peças (24-36m.)	
	Entende o conceito de “dois” (26-32m.)	
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Reconhece e identifica a maior parte dos objetos comuns (26-32m.)	
	Percebe a maior parte das frases (24-40m.)	
	Entende relações espaciais (dentro, fora, em cima, em baixo) (30-36m.)	
	Diz o nome, idade e sexo (30-36m.)	
	Usa pronomes (eu, tu, nós, eles) (24-30m.)	
	A maioria das palavras são perceptíveis (30-36m.)	
SOCIAL/ EMOCIONAL	Separa-se facilmente dos cuidadores (36m.)	
	Expressa uma grande variedade de emoções (24-36m.)	

ANEXO B

Questionário “Psychiatric Music Therapy Questionnaire” (PMTQ)

Questionário Psiquiátrico de Musicoterapia para Crianças

Versão adaptada da escala *Music Therapy Questionnaire Children* desenvolvida por Michael D. Cassity e Julia E. Cassity

Nome da Criança: _____ Idade: _____ Data ____/____/____

Parte I (Música)

1. Indique as preferências musicais selecionando 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
Tradicional 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
Outra _____	1	2	3	4	5

2. Indique o CD de preferência do/a _____, o cantor preferido ou compositor.

3. Com base na escala seleccione os números que melhor se adequam aos comportamentos manifestados pela criança.

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

3.1 ___ É capaz de identificar características da música como estilo, rápida ou lenta, que instrumento está a tocar, distinguir uma pessoa a cantar de um instrumento a tocar.

3.2 ___ Canta melodias afinadamente

3.3 ___ Iria adorar tocar um instrumento musical.

3.4 ___ Iria adorar inventar uma coreografia para uma música.

Parte II – Análise multimodal de problemas

Para cada afirmação indique o número (segundo a escala) que melhor descreve a criança.

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

Interpessoal

01. ___ Raramente fica em sarilhos por não ter seguido regras ou por não fazer aquilo que deveria.
02. ___ Tem dificuldades em seguir ordens (ficar sentado na cadeira, terminar o trabalho, trabalhar em silêncio, ser amável para os outros).
03. ___ Exibe comportamentos disruptivos explosivos, como birras, para chamar a atenção.
04. ___ Os colegas gostam dele(a).
05. ___ Chama frequentemente nome aos colegas como “estúpido”, “idiota”, “burro”.
06. ___ Não fala ou fala muito pouco com os colegas.
07. ___ Não participa ou evita participar em atividades de grupo com os colegas.
08. ___ É tímido, envergonhado e não se interessa pelos colegas.
09. ___ Discute com os colegas.
10. ___ Não colabora quando trabalha ou brinca com os colegas.
11. ___ Gosta de partilhar coisas com os outros e de esperar a sua vez.
12. ___ Não toma atenção aos outros enquanto participa em atividades estruturadas.
13. ___ Fala demasiado baixo.
14. ___ Demonstra boas capacidades de liderança.
15. ___ Não responde ou não se expressa em relação a cumprimentos e despedidas.

Comportamento

16. ___ Não expressa necessidades ou o que quer aos outros.
17. ___ Vai atrás do grupo não expressando a sua opinião ou sentimentos.
18. ___ Não se mantém na realização da tarefa, distrai-se com facilidade e não se consegue concentrar.
19. ___ Tira as coisas dos outros em vez de partilhar ou esperar a sua vez.
20. ___ Bate nos colegas.
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).

Movimento

22. ___ É desajeitado nos movimentos comuns como andar.
23. ___ Dá encontrões nas pessoas quando está em grupo.
24. ___ Não consegue usar os dedos para realizar tarefas tão bem como os colegas (pegar em moedas, agarrar um lápis).
25. ___ Apanha bolas, bate palmas, toca o tambor facilmente.
26. ___ Deixa cair objetos com regularidade causando distúrbios aos outros e causando embaraço para si.
27. ___ Não se consegue recordar de eventos familiares como a ida ao parque.
28. ___ Tem dificuldades em imitar frases ou sons.
29. ___ Fala demasiado alto.
30. ___ Não pronuncia as palavras com clareza.
31. ___ Tem dificuldades em compreender o que lhe é dito.

Cognitivo

32. ___ Tem dificuldades em seguir direções.
33. ___ Percebe conceitos com esquerda e direita, atrás, à frente, ao lado de, em cima, em baixo, à volta e por dentro.
34. ___ Faz comentários negativos sobre si, como “sou burro” ou “não sou muito esperto”.
35. ___ Recusa-se a participar em grupo ou individualmente em atividades devida à falta de confiança nas suas capacidades (medo do fracasso ou do ridículo)
36. ___ Existe um ou mais comportamentos quando faz uma atividade: desorganização em vez seguir o objetivo, rápido não se preocupando com a qualidade dos resultados, desiste facilmente em vez de mostrar perseverança, impressivo em vez de preciso.
37. ___ Faz comentários depreciativos aos pares se eles não fazem o que ele(a) quer.
38. ___ Tem dificuldades em dizer as horas ou o dia da semana.
39. ___ Tem dificuldades em contar dinheiro
40. ___ Tem dificuldade em memorizar as letras do alfabeto
41. ___ Tem dificuldades em contar.

Afetivo

42. ___ Consegue exprimir que está feliz, triste ou excitado.
43. ___ Demonstra pouco ou nenhuma emoção (alegria, tristeza ou excitação).
44. ___ Consegue facilmente identificar quando os outros estão felizes, tristes ou excitados.
45. ___ Tem dificuldades em descrever os sentimentos dos outros.
46. ___ Exibe emoções extremas (rir e chorar, tristeza ou alegria)
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)

Esta parte do questionário deverá ser preenchida pelo musicoterapeuta após a observação do paciente nas sessões de musicoterapia. Deverá ser respondido após as primeiras sessões, às 16 semanas e no final.

Escala a utilizar das questões 48 à 62.

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

- 48. ___ Concentração
- 49. ___ Atenção
- 50. ___ Retenção
- 51. ___ Relações interpessoais
- 52. ___ Contacto visual/ocular
- 53. ___ Postura
- 54. ___ Contacto físico
- 55. ___ Motivação para se envolver com a musicoterapia
- 56. ___ Expressões faciais
- 57. ___ Envolve-se na conversa; capacidade de conversação
- 58. ___ Apercebe-se e resolve problemas durante as actividades musicais
- 59. ___ Usa a música de forma apropriada (artisticamente, para reflectir emoções ou sentimentos, como escape)
- 60. ___ Criatividade musical
- 61. ___ Atitude geral perante a música
- 62. ___ Competências rítmicas
- 63. 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 C

Autorização do registo audiovisual

Lisboa, 30 de novembro de 2017

À Exm^a Sr^a Dr^a Patrícia

Caro(a) Senhor(a),

A instituição onde o/a _____, sob guarda legal de V^a Ex^a, recebe serviços de Musicoterapia é uma instituição de acolhimento para uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia, que trabalham nas instalações da dita Universidade. No âmbito destas actividades, é extremamente importante a gravação áudio e vídeo das sessões, para que o trabalho da estagiária possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, dado que não seria praticável que todos os supervisores acompanhassem em directo nesta instituição o trabalho da estagiária.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/áudio das sessões em que o(a) _____ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação dos técnicos e que serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o técnico e o grupo de supervisão.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização por parte dos pais e educadores dos nossos utentes. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do _____.

Com os melhores cumprimentos,

Professora Doutora Teresa Leite
Coordenadora Científica
Mestrado de Musicoterapia
Universidade Lusíada de Lisboa

DECLARAÇÃO

Eu, _____, guardião legal / encarregado (a) de educação do(a) _____, declaro para os devidos efeitos que autorizo a que sejam feitos registos em gravação Vídeo/Áudio das sessões de intervenção em Musicoterapia, exclusivamente para efeitos de supervisão do trabalho realizado.

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

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

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

Assinatura

Nome Legível

ANEXO D

Grelha de Registo de sessões

Nome: _____

Data: ____/____/____

Sessão nº: _____ Duração: _____

Objetivo(s) para a sessão:	
Atividade(s) planeadas para a sessão:	
Resumo/Aspetos relevantes	
Temas musicais	
Recursos materiais	
Observações:	