



Universidades Lusíada

Gonçalves, Maria Joana da Veiga Teixeira Telo,
1984-

Musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional

<http://hdl.handle.net/11067/824>

Metadados

Data de Publicação	2014-03-14
Resumo	O presente relatório tem como objetivo descrever o estágio que decorreu entre outubro de 2012 e junho de 2013 no âmbito do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa nos dois lares de acolhimento à infância e juventude da Fundação “O Século” que acolhe crianças e jovens em perigo. A pesquisa teórica e empírica efetuada permitiu apurar a necessidade de atenuar os danos provocados às crianças e jovens que são institucionalizados. Estes danos traduzem-se em problemas de atraso de ...
Palavras Chave	Musicoterapia para crianças, Musicoterapia para adolescentes, Musicoterapia - Prática profissional, Fundação O Século (Estoril, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T12:21:23Z com
informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Musicoterapia

Musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional

Realizado por:

Maria Joana da Veiga Teixeira Tello Gonçalves

Supervisionado por:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Orientado por:

Dr.^a Carla Maria Sim Sim Martins Lima

Constituição do Júri:

Presidente:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Arguente:

Prof.^a Doutora Maria Eduarda Salgado Carvalho

Vogal:

Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite

Relatório aprovado em:

7 de Março de 2014

Lisboa

2013



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

Musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional

Maria Joana da Veiga Teixeira Tello Gonçalves

Lisboa

Outubro 2013



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

Musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional

Maria Joana da Veiga Teixeira Tello Gonçalves

Lisboa

Outubro 2013

Maria Joana da Veiga Teixeira Tello Gonçalves

Musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional

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

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

Orientadora de estágio: Dr.^a Carla Maria Sim Sim Martins Lima

Lisboa

Outubro 2013

Ficha Técnica

Autora Maria Joana da Veiga Teixeira Tello Gonçalves
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite
Orientadora de estágio Dr.^a Carla Maria Sim Sim Martins Lima
Título Musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional
Local Lisboa
Ano 2013

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

GONÇALVES, Maria Joana da Veiga Teixeira Telo, 1984-

Musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional / Maria Joana da Veiga Teixeira Tello Gonçalves ; orientado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite, Carla Maria Sim Sim Martins Lima. - Lisboa : [s.n.], 2013. - 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 - LIMA, Carla Maria Sim Sim Martins, 1973-

LCSH

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

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

LCC

1. ML3920.G66 2013

Sem quaisquer dúvidas, dedico este relatório às quatro pessoas sem as quais ele não teria existido (nem sentido). Ao Pai Bi. À Mãe Joana. À irmã Mariana. Ao irmão Kiko. Principalmente porque foram os que mais sentiram o desafio da musicoterapia nestes últimos dois anos de vida. Sou profundamente agradecida por ter a sorte de fazer parte desta família que é a minha. Gratuidade. Segurança. Porto seguro. Entrega. Sins e Nãos. Amizade. Cumplicidade. Profundidade. Partilha. Risos. Viagens. Nenhuma destas palavras ecoaria em mim se não me tivesse sido dada por cada um deles. E é exatamente por sentir que não lhes “devo” nada que lhes entrego este trabalho.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar Àquele que é o princípio e o fim das coisas. Àquele que não me permite cair ou desanimar porque me sustém e constantemente me recoloca sob presença do Seu grande Amor, essa força que tantas vezes me convida a “sair de mim” para estar/ser para/com os outros. É Ele Quem me desinstala dizendo-me “alarga o espaço da tua tenda; estenda-se o toldo da tua habitação, e não o impeças; alonga as tuas cordas e firma bem as tuas estacas” (Isaías 54,2). Agradeço-Lhe, entre tantas coisas, a minha família, o dom da música, a graça da empatia e o convite constante a andar pelo caminho da perseverança, acompanhada.

Agradeço ao resto da minha família, às minhas avós, Milena e Joaninha, às minhas tias e tios, aos meus primos. Foi fundamental ter a vossa força e apoio. Agradeço aos meus amigos, os meus irmãos de coração. À “prima”, conselheira e fortaleza Milé; à irmã, amiga, mestre de vida (na generosidade imensa que a caracteriza) Mariana que me ajudou tanto na fase final do relatório; à companhia e apoio da Maria M.; às mensagens de apoio da Inês A. e Aninhas A.; às perguntas de constante preocupação feitas pela Inês S.R.; ao acompanhamento da Paula J.; à Patrícia C. e à Joana B. colegas de trabalho que sempre tanta força me deram. Deixo também um agradecimento muito especial à Leo, amiga, prima, companheira e irmã de há tantos anos. Ela constituiu para mim uma peça fundamental de apoio, conselho, dentro e fora deste estágio. A todos os que me ajudaram (e aos que não deixei que ajudassem), o meu obrigada (e as minhas desculpas).

Agradeço carinhosamente àqueles que, sendo meus amigos de há meses ou de há anos, pessoalmente ou via facebook, sms, e-mail, nunca deixaram de acreditar que eu seria capaz de chegar até aqui.

Agradeço ao Centro Paroquial do Estoril por me ter dado a hipótese de ter passado a trabalhar a meio tempo, conseguindo desta forma dividir os meus dias entre a aventura da musicoterapia e o desafio de continuar a ser assistente social.

Agradeço à professora Teresa Leite, supervisora de estágio e tantas vezes terapeuta pessoal, que não me deixou desistir do grupo, nem de mim, nem de continuar focada naquilo que era o essencial deste estágio.

Agradeço também à Fundação “O Século”, por me ter permitido realizar este estágio nos seus Lares de Acolhimento durante os últimos oito meses. Em especial à Carla e à Catarina. À Carla por ter sido a minha orientadora e por, de uma maneira tão “vívda”, me ter permitido experienciar desde tão perto o que é a verdadeira dedicação, entrega e sentido de missão sobre o ser “figura de referência” para estes miúdos a quem algo lhes foi retirado, sem o mínimo direito. À Catarina, pela sua criatividade, alegria, companheirismo, força, e experiência me fizeram chegar mais longe do que alguma vez achei que fosse capaz. À equipa do “Mar”, em particular à Carina, à Maria João, à Patrícia e à Filipa que tinham sempre um sorriso e “colo” para dar. À equipa das “Conchas”, muito particularmente à Matilde (juntas), ao Carlos, à Rosarinho, à Joana, à Maria, à Isabel, ao Ilídio. À Mafalda que sempre me acolheu de forma tão carinhosa. Ao Pedro V. Santos que pela sua experiência também me deu dicas de como ser melhor terapeuta. Aos meus colegas de estágio de psicomotricidade Tânia e Nuno, pelo companheirismo e cumplicidade (e trocas de horários). Às senhoras da recepção e ao senhor Silva, às senhoras da limpeza com quem tantas “boas tardes” e chaves troquei, obrigada pela simpatia e acolhimentos tão grandes.

Agradeço ainda a cada “miúdo” e “miúda” do “Mar” e das “Conchas” que me deixou, de modo tão generoso, entrar na sua intimidade, nos seus problemas mais e menos profundos, nas suas dúvidas, nas suas dores, alegrias e sonhos, nas suas ligações tão fortes com a música que os movia e fazia mover. Agradeço os sons que inevitável e diariamente se ouviam dos quartos dos “miúdos” das Conchas e das “miúdas” do Mar e os sons das sessões.

Agradeço também os bocadinhos de África que tive o privilégio de encontrar e que me marcaram para sempre.

A todos e todas, muito obrigada.

Já te tentei mudar
Já te tentei ajudar
Mas tu não queres ao menos dá a mão

As vezes quando penso em ti
Não sei o que dizer
Tenho medo daquilo que vou dizer
Tenho coisas verdadeiras

Será que te vais preocupar quando sair?
Tens de me ouvir
Talvez quando me ouvires
Talvez me peças desculpa por tudo o que
fizeste
Ao menos eu penso em ti
Será que vais pensar em mim?
Será que vais perceber e me receber?

ANÓNIMO (2013) – Letra elaborada por um
residente na Fundação “O Século” dirigida à
figura de referência da sua infância.

Resumo

Musicoterapia com crianças e jovens em acolhimento institucional

Maria Joana da Veiga Teixeira Tello Gonçalves

O presente relatório tem como objetivo descrever o estágio que decorreu entre outubro de 2012 e junho de 2013 no âmbito do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa nos dois lares de acolhimento à infância e juventude da Fundação “O Século” que acolhe crianças e jovens em perigo.

A pesquisa teórica e empírica efetuada permitiu apurar a necessidade de atenuar os danos provocados às crianças e jovens que são institucionalizados. Estes danos traduzem-se em problemas de atraso de desenvolvimento, problemas cognitivos e de linguagem, dificuldades no relacionamento social com outras crianças e adultos e comportamentos sociais de risco (Canha, 2002, citado por Reis, 2007). A música permite contactar com a vida afetiva do paciente de forma menos ameaçadora que a linguagem verbal (Carvalho, 2012). Visto que as crianças e jovens no geral apresentam uma forte e próxima relação com a música (Skewes, 2001), a musicoterapia, que tem como ferramenta principal o uso profissional da música e dos seus elementos, poderá apresentar-se como um meio de trabalho terapêutico. O objetivo do presente estágio foi a criação e promoção de um espaço, alternativo às abordagens tradicionais, onde se pudessem realizar sessões de musicoterapia com o objetivo de promover a reparação de alguns dos danos emocionais.

Foram estruturadas sessões de musicoterapia individuais com seis jovens e com dois grupos, de ambos lares. Os resultados, verificados através de uma análise qualitativa e continuada dos dados de observação clínica, traduziram-se, entre outros, no aumento da autoconfiança, aumento do grau de autonomia, melhorias nas competências de relacionamento social e aumento da estabilidade emocional. Considera-se pertinente a necessidade de dar continuidade ao trabalho desenvolvido.

Palavras-chave: Musicoterapia, acolhimento institucional, crianças e jovens em perigo, construção de canções, audição musical, improvisação em grupo.

Abstract

Music Therapy with institutionalized children and youngsters

Maria Joana da Veiga Teixeira Tello Gonçalves

The aim of this report is to describe the internship that took place in two foster homes at Fundação “O Século” that occurred between October 2012 and June 2013, in the extent of the Music Therapy Master Degree, at Universidade Lusíada de Lisboa.

Empirical and theoretical research allows stating the need to attenuate the damage to institutionalized children and youngsters. These damages are translated into desenvolvimental, cognitive, linguistic, social, behavioral problems with other children and adults (Canha, 2002, citado por Reis, 2007). Music allows contact with affective life of the patient in a less threatening way than verbal language (Carvalho, 2012). As children and youngsters in general demonstrate a strong and close relationship with music (Skewes, 2001), music therapy, which has as main tool the professional use of music and its elements, may present itself as a mean of therapeutic work. The aim of this internship was creating and promoting a space, alternative to traditional approaches, where music therapy sessions could take place with the goal of repairing some of the emotional damages.

Individual music therapy sessions were structured with six youngsters and with two groups from both foster homes. The results, verified through a qualitative and continue analysis using clinic observation, were translated, among others, in the increase of self confidence, increase of autonomy, increase of relational social competencies and increase of emotional stability. There is a need this work to be continued.

Keywords: Music Therapy, Institutionalization, children and youngsters in danger, songwriting, musical audition, group improvisation.

Lista de tabelas, figuras e gráficos

Tabela 1	Dados relativos às intervenções individuais no decorrer do estágio de musicoterapia (2012).....	40
Tabela 2	Dados relativos às intervenções em grupo da “Casa das Conchas” no decorrer do estágio de musicoterapia (2012).....	41
Tabela 3	Dados relativos às intervenções em grupo da “Casa do Mar” no decorrer do estágio de musicoterapia (2012).....	42
Tabela 4	Agenda semanal da estagiária na Fundação “O Século” (2012/2013).....	47
Tabela 5	Grelha de problemas a ser aplicada junto da equipa educativa para elaboração do diagnóstico inicial dos residentes.....	49
Tabela 6	Grelha de registo de sessão aplicada em cada sessão	51
Tabela 7	Plano Terapêutico Estudo de Caso (Individual).....	55
Tabela 8	Plano Terapêutico Estudo de Caso (Grupo).....	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
PSEI	- Plano Socioeducativo Individual
LPCJP	- Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

Sumário

1. Introdução.....	1
2. Caracterização da Instituição.....	3
2.1. Caracterização do funcionamento dos Lares “Casa do Mar” e “Casa das Conchas”.....	4
3. Caracterização da População Alvo.....	7
4. Enquadramento Teórico.....	9
4.1. Maus tratos e o acolhimento institucional.....	12
4.2. Características de crianças e jovens institucionalizados.....	14
4.2.1. Vinculação e acolhimento institucional.....	17
4.3. Adolescentes, musicoterapia e o acolhimento institucional.....	20
4.4. Métodos e técnicas musicoterapêuticas usadas com adolescentes.....	23
4.4.1. Improvisação em grupo.....	24
4.4.2. Escrita de canções.....	25
4.4.3. Audição musical.....	27
4.4.4. Recriação musical.....	28
4.4.5. A técnica do hip-hop (hip hop therapy).....	28
4.4.6. Musicoterapia e novas tecnologias.....	30
4.5. Grupos Terapêuticos.....	30
4.6. O papel do musicoterapeuta.....	35
4.7. Reflexão.....	36
5. Objetivo de Estágio.....	38
6. Metodologia.....	39
6.1. Amostra.....	39

6.2. Projeto de estágio.....	42
6.3. Setting Terapêutico.....	44
6.4. Fase de Intervenção terapêutica.....	45
6.5. Métodos e Técnicas da musicoterapia utilizadas nas sessões	47
6.6. Grelhas utilizadas.....	49
6.7. Outras atividades e projetos.....	51
7. Estudo de Caso Individual.....	53
7.1. Diagnóstico e Razão de encaminhamento para a musicoterapia.....	53
7.2. Descrição das sessões.....	56
7.3. Resultados Finais e discussão.....	61
8. Estudo de Caso de grupo.....	66
8.1. Diagnóstico e Razões de encaminhamento para a musicoterapia.....	68
8.2. Descrição das sessões.....	70
8.3. Resultados Finais e discussão.....	77
9. Outras Intervenções.....	81
10. Conclusões.....	90
11. Reflexão Final.....	93
12. Referências.....	96
Lista de Anexos.....	100

1. Introdução

O presente relatório tem como objetivo descrever o estágio que decorreu entre outubro de 2012 e junho de 2013 no âmbito do mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa nos lares de acolhimento à infância e juventude da Fundação “O Século”.

A Organização Mundial de Saúde (2007) define maus tratos infantis como “todas as formas de mais trato físico e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente ou comercial ou outras formas de exploração que prejudiquem a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder”. A pesquisa teórica e empírica efetuada permitiu apurar a necessidade de atenuar os danos provocados às crianças e jovens que são institucionalizados que poderão ter dois tipos de origem. Uma delas reside nos maus tratos que levaram as crianças e jovens a ser afastadas das suas famílias e a serem colocadas em ambiente institucional. Estes danos traduzem-se em problemas de atraso de desenvolvimento, problemas cognitivos e de linguagem, dificuldades no relacionamento social com outras crianças e adultos e comportamentos sociais de risco (Canha, 2002, citado por Reis, 2007) e não são passíveis de serem eliminados na sua totalidade. A outra fonte dos danos está relacionada com algumas características associadas à institucionalização que não promovem a solução dos problemas que as crianças e jovens apresentam.

Estabelecendo a música e seus elementos como principal instrumento de trabalho, a musicoterapia apresenta-se como um meio que se introduz com facilidade na cultura das crianças e jovens institucionalizados e naquilo que os identifica (tanto individualmente como

em grupo). Isto permite que se delineiem objetivos terapêuticos que mobilize e que tenha repercussões no desenvolvimento emocional e social e conseqüentemente na prática do dia-a-dia das crianças e jovens institucionalizados. O objetivo do presente estágio foi a criação e promoção de um espaço, alternativo às abordagens tradicionais, onde se pudessem realizar sessões de musicoterapia com o objetivo de promover a reparação de alguns dos danos emocionais originados tanto pelos maus tratos que levaram à institucionalização das crianças e jovens como por algumas das conseqüências inerentes ao acolhimento institucional. Pretendeu-se iniciar um trabalho, dentro das sessões de musicoterapia, que servisse de ponte entre o trabalho da equipa educativa, que diariamente lida com as crianças e jovens institucionalizados, e a reparação terapêutica dos danos.

Foram estruturadas sessões de musicoterapia individuais e em grupo em ambos lares. Num lar foram constituídos dois grupos de jovens do sexo feminino e no outro lar foram realizadas sessões individuais com seis jovens e ainda sessões de grupo constituído por seis elementos de ambos sexos. Os resultados revelaram-se positivos e foram verificados através de uma análise qualitativa e continuada dos dados de observação clínica.

Em primeiro lugar será enquadrado o contexto da instituição e da população-alvo. De seguida será exposto um quadro teórico que abrangeu tanto a problemática associada à institucionalização como à musicoterapia. Depois será aprofundado o objetivo que serviu de base a este estágio. Na secção seguinte encontrar-se-ão descritos dois estudos de caso, um individual e o outro de grupo, e uma breve descrição relativa às outras intervenções musicoterapêuticas realizadas. No final estarão referenciadas as conclusões relativas a este relatório de estágio.

2. Caracterização da Instituição

A Fundação “O Século” é uma Instituição Particular de Solidariedade Social desde 1999, reconhecida como pessoa coletiva de utilidade pública que desenvolve a sua atividade em S. Pedro do Estoril, concelho de Cascais, distrito de Lisboa. A Fundação tem como finalidade promover os direitos das crianças e cidadãos em geral através da criação de colónias de férias, de centros de apoio social a crianças de meios desfavorecidos e desenvolvimento de atividades sociais e caritativas. (Estatutos da Fundação “O Século”, artigo 3º p.2).

As respostas sociais da Fundação são constituídas por dois Lares de Acolhimento, a “Casa do Mar” e “Casa das Conchas”; dois Apartamentos de Autonomização fora das instalações da Fundação denominados “Casas da Ponte” (um com capacidade para quatro raparigas e outro para três); um ATL; uma Creche e um Jardim de Infância (com vagas para 85 e 50 crianças respetivamente); o Serviço de Acolhimento de Emergência; o Relógio de Areia que é um gabinete de apoio terapêutico multidisciplinar de apoio à família; o Apoio Alimentar; duas empresas de Inserção Social; o Serviço de Apoio Domiciliário; uma Loja Social; as Colónias de Férias e participa ainda no PIEF (Programa Integrado de Educação e Formação) onde são acompanhados cerca de 90 alunos (informação disponibilizada e transcrita do site <http://oseculo.pt/pt/index.php/2012-10-16-14-32-27/historia> recolhida em 26 de julho 2013).

2.1. Caracterização do funcionamento dos Lares “Casa do Mar” e “Casa das Conchas”

Um lar de infância e juventude é a residência de crianças e jovens de ambos os sexos até aos 18 anos, em situação de perigo, a quem a CPCJ ou o Tribunal tenha aplicado uma medida de promoção e proteção (Fangueiro, 2010). A intervenção musicoterapêutica deste estágio teve como alvo alguns jovens residentes nos lares de infância e juventude “Casa das Conchas” e “Casa do Mar”.

A “Casa do Mar” está preparada para receber doze jovens do sexo feminino dos 12 aos 18 anos (Regulamento Interno “Casa do Mar”, artigo 9º, p. 5). A “Casa das Conchas” tem capacidade para acolher 28 crianças e jovens de ambos sexos dos 0 aos 18 anos de idade (Regulamento Interno “Casa das Conchas”, artigo 9º, p. 7).

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

Em ambos lares o tipo de intervenção é similar. As duas equipas, em conjunto com as crianças e jovens, elaboram em conjunto o diagnóstico e o Plano Socioeducativo Individual (PSEI). O PSEI é um elemento central na intervenção porque é um meio “para avaliar e definir estratégias de aquisição de competências em várias áreas importantes ao desenvolvimento pessoal, social e profissional das jovens, com vista à evolução pelas respetivas fases” (Manual de Procedimentos “Casa do Mar”, p. 16). Para além deste acompanhamento educativo e social, compete aos lares prestar acolhimento 24 horas por dia, 7 dias por semana, 366 dias por ano, satisfazer as necessidades básicas, garantir acesso a todos os cuidados de saúde necessários e promover o acesso a atividades de animação e lazer (Regulamento Interno “Casa das Conchas”, artigo 23º, p. 13).

Para os residentes nos lares da Fundação, estão determinadas cinco fases de desenvolvimento que definem um percurso que as crianças e jovens devem executar de modo a desenvolverem capacidades pessoais, tendo em vista a sua autonomia de vida.

A primeira fase é de adaptação (durante primeiro mês), a segunda de integração, a terceira de maturação, a quarta de pré-autonomia e a quinta de autonomia (Regulamento Interno “Casa das Conchas”, artigo 8º, p. 6 e 7). Em cada fase é esperado que a criança ou jovem adquira determinadas competências organizacionais e sociais tendo sido definido, para cada fase, um conjunto de regras referentes a horários (de acordar e deitar), saídas ao exterior, valor das semanadas, horário de estudo, execução de tarefas diárias relacionadas com a casa, realização de festas de anos e idas às compras (Manual de Procedimentos “Casa do Mar”, p. 12).

Os lares da Fundação apresentam características próprias que seguem uma linha de atuação psicoterapêutica procurando minimizar alguns dos problemas associados à institucionalização

tais como as equipas serem pouco rotativas; haver um ambiente muito familiar; existência de educadores de referência; criarem-se projetos de vida adaptados a cada residente (tendo em conta a fase de desenvolvimento individual de cada um); existência de reuniões de grupo promovendo a participação ativa das crianças e jovens em tudo o que diga respeito ao dia-a-dia do Lar e ainda a possibilidade de cada criança e jovem personalizar a decoração do seu quarto de acordo com o seu gosto pessoal, sendo um espaço privado onde podem entrar e sair sem restrições de horários. A preocupação de atuação psicoterapêutica dos lares é também visível fora dos lares uma vez que são proporcionados vários tipos de acompanhamento aos residentes nas mais variadas áreas como a da terapia da fala, psicologia, pedopsiquiatria, psicoterapia, terapia familiar, psicomotricidade adaptada e pediatria do desenvolvimento.

3. Caracterização da População Alvo

A população residente nos lares de acolhimento de infância e juventude é bastante volátil por isso esta secção será abordada tendo em conta os residentes à data de início do estágio.

Na “Casa do Mar” residiam 11 jovens cujas idades variavam entre os 14 e os 21 anos. A entrada mais recente tinha sido efetivada por uma jovem há dois meses e a mais longa há sete anos. Em relação aos motivos que levaram as crianças e jovens a serem institucionalizados na “Casa do Mar”, podem-se enumerar quatro casos de negligência e maus tratos (dos quais dois foram físicos e um psicológico/emocional); dois casos por ausência de suporte familiar; um caso de abuso sexual; um caso em que a jovem assumia comportamentos que afetavam gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento e por último um caso que tinha sido transferido de uma outra instituição de modo estar mais próxima da zona geográfica onde viviam os seus familiares.

Na “Casa das Conchas” residiam 25 crianças e jovens, dos quais 14 eram raparigas e 11 rapazes, com idades compreendidas entre os cinco e os 19 anos. À data existiam sete fratrias institucionalizadas: uma de quatro irmãos, cinco de dois irmãos e uma de três irmãos. Os residentes mais recentes tinham sido acolhidos há um mês (duas fratrias) e os mais antigos há 11 anos. A “Casa das Conchas” tem a particularidade de ter acolhido em 2001, por emergência da Segurança Social, crianças que residiam de modo precário numa instituição no concelho de Mafra. O motivo desta institucionalização deveu-se ao facto de não estarem a receber, por parte das suas famílias, os cuidados adequados à sua idade e situação pessoal. Atualmente contam-se 10 jovens cujo motivo de estarem institucionalizados é a falta de condições económicas. Em relação aos restantes residentes, cinco estão institucionalizados

por motivo de negligência e maus tratos físicos e quatro por demissão das responsabilidades parentais em que as crianças ficaram entregues a si próprias; três por ausência de suporte familiar; um por adoção rejeitada; um por motivo de encerramento da instituição onde se encontrava (e a família pediu para a criança continuar institucionalizada) e um que foi transferido de uma outra instituição, de modo a estar geograficamente mais próximo do local onde residiam os seus familiares.

As crianças e jovens de ambos lares apresentavam problemas a nível emocional, comportamental e de saúde mental, existindo também jovens com problemas cognitivos, deficiência mental e problemas a nível físico. A nível emocional, os problemas mais comuns traduziam-se na falta de confiança no exterior, dificuldades na expressão emocional, fraca autoestima e vivência de sentimentos de culpa. A nível comportamental, assinalavam-se casos de fuga do lar, furtos, desrespeito e oposição às regras e figuras de autoridade, problemas de agressão e comportamentos sexualizados. A nível da saúde mental destacavam-se alguns casos de psicoses, alterações de humor ou ansiedade, perturbação disruptiva de regulação do humor, perturbação da vinculação e depressão. No que diz respeito aos problemas cognitivos, podiam ser nomeadas dificuldades de aprendizagem e défices cognitivos ligeiros. Relativamente a doenças do foro físico destacavam-se a doença cardíaca congénita, surdez sensorial, obesidade, espinha bífida e hidrocefalia. Quanto às deficiências, eram de referir a mental moderada e a mental evoluída.

4. Enquadramento Teórico

Como referenciado, as crianças e jovens residentes na Fundação “O Século” foram institucionalizadas tendo por base a existência de um ou mais motivos, entre os quais se encontram a negligência, a ausência de suporte familiar, o abuso sexual, a falta de cuidados adequados à idade, maus tratos físicos. Todos estes motivos estão relacionados com o conceito de maus tratos.

Neste capítulo será abordada a definição de maus tratos e suas consequências na vida das crianças e jovens institucionalizados. Também se procurarão entender as características associadas às crianças e jovens institucionalizados e que consequências poderão advir. Posteriormente será referida a importância da vinculação dentro da problemática do acolhimento institucional. Elaborar-se-á posteriormente uma exposição acerca dos métodos e técnicas da musicoterapia que a literatura propõe como sendo eficazes no trabalho, por um lado, com os adolescentes e, por outro, com jovens e crianças com problemas emocionais e sociais, comuns à maioria dos residentes da Fundação “O Século”.

No séc. XX os maus tratos começaram a ser encarados como um problema social de maior relevância, em parte graças à proclamação da Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), por parte da Assembleia-geral das Nações Unidas. Os maus tratos contra a criança e o adolescente passaram a ser reconhecidos, nos países mais desenvolvidos, como a omissão, a supressão ou transgressão dos seus direitos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007) os maus tratos em crianças estão divididos em quatro tipos: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e psicológico e negligência.

O abuso físico define-se pela ação física intencional em relação a uma criança que cause dano à sua saúde, desenvolvimento, sobrevivência ou dignidade e inclui ações como bater, pontapear, morder, estrangular, escaldar, queimar, envenenar, sufocar ou não prevenir uma injúria física. O abuso sexual define-se como o envolvimento de uma criança num ato sexual quer por parte de adultos quer por parte de outras crianças que estejam numa posição de responsabilidade, confiança ou poder em relação à criança maltratada. O abuso emocional e psicológico define-se como uma ação ou padrão, isolado ou ao longo do tempo, na qual os pais ou cuidadores não providenciam um ambiente ou suporte apropriado ao desenvolvimento da criança. Os abusos deste tipo incluem a restrição de movimentos, padrões de depreciação, culpabilizar, ameaçar, assustar, discriminar ou ridicularizar e outras formas de rejeição não físicas ou tratamento hostil que tenham potencial de provocar danos na criança. Por fim, a negligência é a falha por parte dos pais ou cuidadores da criança em satisfazer as necessidades físicas e/ou psicológicas da criança através do cuidado inadequado ou falha em proteger a criança de situações de perigo, numa situação isolada ou ao longo do tempo. A negligência pode ser associada a uma ou mais áreas: saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras. Muitas crianças sofrem de um ou mais tipos de maus tratos ao mesmo tempo e/ou num determinado período de tempo (OMS, 2007).

Sabemos hoje, pelo contributo das investigações nesta área, que os maus tratos provocam consequências mais ou menos graves, a curto e/ou longo prazo no processo de desenvolvimento dos sujeitos, com repercussões a vários níveis, entre as quais se destacam consequências neurológicas e cerebrais, nas relações de vinculação, psicológicas e/ou emocionais, cognitivas e académicas, autoconceito e autoestima, relacionamento com os pares e agentes educativos, competências sociais, entre outras.

A literatura refere áreas nas quais as crianças e jovens maltratados apresentam fragilidades, em comparação com aquelas que não foram maltratadas. Segundo Magalhães (2002, citado por Reis, 2009) uma delas é a nível emocional e psicológico em que se revela muitas vezes uma baixa autoestima, sensação de medo, angústia e raiva, disfunções sexuais, ideação e/ou tentativas de suicídio. Alberto (2004, citado por Reis, 2009) refere ainda dificuldades em organizar, construir e valorizar o *self*, revelando mecanismos de dependência excessiva, timidez nas relações sociais e falta de iniciativa para exploração.

A nível psicopatológico identificam-se casos de existência de neurose, depressão, psicose, transtornos múltiplos da personalidade, entre outros. No âmbito da socialização, salientam-se as dificuldades nas relações interpessoais, escasso reconhecimento das emoções, tendência ao isolamento, agressividade, dificuldade de perceção e aceitação de normas sociais e morais, condutas antissociais e delinquentes. A nível cognitivo podem-se nomear problemas de défice intelectual e de linguagem, baixo rendimento escolar ou profissional e redução da curiosidade, por parte da criança que tende a assumir uma atitude passiva e pouco interessada no dia-a-dia. Realizaram-se também investigações nas quais pais e professores das crianças vítimas de maus tratos relatavam que estas estão menos preparadas para as aprendizagens e demonstravam menos motivação na escola (Erickson et. al., 1989; Hoffman Plotkin & Twentyman, 1984, citado por Shonk e Cicchetti, 2001). A nível físico também foram evidenciados alguns atrasos de desenvolvimento (Magalhães, 2002, citado por Reis, 2009).

De um modo geral, as crianças e jovens de ambos lares da Fundação “O Século” apresentavam problemas a nível emocional, comportamental e de saúde mental, existindo ainda alguns jovens com problemas cognitivos, deficiência mental e problemas a nível físico, indo ao encontro das consequências provocadas pelos maus tratos reveladas pela literatura.

4.1. Maus tratos e o acolhimento institucional

O conceito de maus tratos está relacionado com o de crianças e jovens em perigo. Este é o termo basilar na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo n.º 147/99 de 1 de setembro posteriormente alterada pela Lei n.º 31/03 de 22 de agosto (que altera o código civil, o decreto-lei n.º 185/93, de 22 de maio, a organização tutelar de menores e o regime jurídico da adoção), doravante designada de LPCJR. A criança ou o jovem encontra-se em perigo quando se encontra abandonada ou entregue a si própria; sofre maus tratos; não recebe cuidados adequados à sua idade e situação; é obrigada a trabalhos não apropriados à sua idade; está sujeita a comportamentos que possam provocar dano na sua segurança ou equilíbrio emocional ou assume comportamentos que afetam a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que o(s) cuidador(es) tenha(m) capacidade de pôr termo a esses comportamentos (LPCJR, artigo 3º).

Em Portugal, basta uma criança ou jovem encontrar-se em alguma situação anteriormente descritas para se dar início ao processo legal que serve de base à LPCJR. Este processo legal pode levar uma criança ou jovem a ser acolhido institucionalmente, ainda que temporariamente. Torna-se importante que se pense em alternativas que evitem a retirada das crianças de modo a prevenir uma maior rutura familiar (Reis, 2009).

Resumidamente, se a situação em que a criança e jovem se encontrem for de risco, a intervenção deve ser feita pelas Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ), nomeadamente hospitais, escolas, juntas de freguesia, família ou qualquer elemento da rede informal da criança ou jovem. Se for confirmada a situação de perigo, o processo é encaminhado para as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

(CPCJ) que são “instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam proteger os direitos da criança e do jovem e prevenir ou por termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral” (LPCJR, artigo 12º, n.º1). As CPCJ realizam com os detentores da guarda de facto do menor um acordo de promoção e proteção (LPCJR, artigo 36º) que integra medidas de promoção e proteção. Uma destas medidas por chegar a ser a do acolhimento em instituição. (LPCJR, artigo n.º. 35, alínea f).

A medida de acolhimento institucional tem como objetivo primordial garantir que as crianças e jovens que sofreram maus tratos encontrem condições de vida que lhes permitam desenvolver a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (LPCJR, artigo 49º). A lei LPCJR abrange crianças ou jovens com menos de 18 anos ou com menos de 21 anos caso solicitem a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos. (LPCJR, artigo 5º).

A medida de acolhimento em instituição tem dois tipos de duração. Uma por período inferior a seis meses e outra superior a seis meses, denominado acolhimento prolongado. “O acolhimento prolongado tem lugar em lar de infância e juventude e destina-se à criança ou ao jovem quando as circunstâncias do caso aconselhem um acolhimento de duração superior a seis meses” (LPCJR, artigo 50º).

4.2. Características de crianças e jovens institucionalizados

Segundo Reis (2009, p. 91), para um jovem a entrada numa Instituição é “uma mudança drástica, muitas vezes, torna-se mesmo uma aprendizagem total de hábitos, comportamentos, atitudes e forma de pensar.”

De acordo com Tolfree (1995), as instituições não são intrinsecamente prejudiciais para as crianças no entanto certas características terão um impacto menos positivo no desenvolvimento das crianças. Segundo aquele autor, é pouco comum encontrar instituições que efetuem um programa individualizado para cada criança. As necessidades individuais são subjugadas às necessidades da instituição de existência de rotinas, ordem e uniformidade. O tratamento “em bloco”, como Tolfree (1995) designa, é um fenómeno comum, que se traduz em rotinas rígidas, horários pré-definidos, atividades regimentadas, o que acaba por resultar em pouco tempo livre para as crianças e jovens. Estas características do acolhimento institucional podem contribuir para que as crianças percam o seu sentido de identidade e individualidade, negando-lhes a oportunidade de desenvolver características, capacidades e interesses pessoais.

As consequências psicológicas do acolhimento institucional têm sido estudadas ao longo dos últimos 50 anos. Rebecca Johnson, Kevin Browne e Catherine Hamilton-Giachritsis (2006, citados por Browne, 2009) efetuaram um estudo científico no qual analisaram 27 artigos (elaborados entre 1996 e 2003) relativos ao desenvolvimento de crianças residentes em instituições na Europa. Uma das conclusões retiradas deste estudo por Browne (2009) foi que os problemas sociais e comportamentais em crianças residentes nos lares de acolhimento eram mais comuns, quando comparadas com as outras crianças que residiam em contexto de

acolhimento familiar. Na maioria dos casos foram constatadas consequências sociais e comportamentais negativas nas crianças residentes em lares, destacando-se problemas de conduta antissocial, competências sociais e interações com os pares.

O comportamento antissocial de uma criança ou jovem poderá ter como origem a procura de uma resposta no ambiente que o rodeia: a necessidade de ter certos limites e uma gestão adequada. Assim, o comportamento pode ser visto como um sinal, um pedido de ajuda. Se o comportamento é destrutivo e provoca ansiedade, pode não ser imediatamente possível ou apropriado focar-se no significado do comportamento. Um ponto-chave para entender melhor a criança é quando a equipa cuidadora consegue, em conjunto, atribuir ou perceber algum significado por trás do comportamento (Tomlinson, 2004). O comportamento antissocial pode também ser visto como expressão de desejo de algo, por exemplo, uma criança que rouba pode desejar algo não tem e deseja encontrar que poderá ser atenção e amor de uma figura parental. Não é o objeto em si mas o que isso representa. Se a necessidade por trás do comportamento não for entendida, a criança poderá responder repetidamente e perpetuar o comportamento. (Tomlinson, 2004)

Quanto ao desenvolvimento intelectual e de linguagem, Tolfree (1995) refere que, enquanto a privação de estímulo pode ser uma característica de muitas instituições, tal não leva automaticamente a uma diminuição do crescimento cognitivo. Ele afirma que o importante é a qualidade da experiência. De acordo com a análise realizada por Browne (2009), relativamente às capacidades cognitivas das crianças que vivem em instituições, concluiu que apresentavam baixos resultados em testes de inteligência e verificou uma aprendizagem lentificada, com dificuldades específicas no desenvolvimento tanto da linguagem como a nível social, comparativamente àquelas que têm famílias de acolhimento. Num outro estudo,

concluiu-se que as crianças institucionalizadas desde a nascença revelavam capacidades intelectuais inferiores àquelas que se desenvolveram no seu ambiente natural de origem (Charles et al, 2007 Charles A. Nelson III, Charles H. Zeanah, Nathan A. Fox, Peter J. Marshall, Anna T. Smyke, Donald Guthrie citados por Browne). Além disso, concluiu-se que muitas detinham problemas de concentração e de construção de relações emocionais, muitas vezes descritas como crianças que procuravam chamar a atenção (Browne, 2009).

De acordo com Browne (2009), as ligações emocionais são mais dificilmente realizadas por parte das crianças institucionalizadas do que por aquelas que estão inseridas em famílias de acolhimento. A falta de relação continuada com um cuidador pode ajudar a criar crianças desesperadas por atenção e afeto de um adulto.

Browne (2009) afirma que nos lares de acolhimento as ligações que se formam são mais limitadas do que aquelas que se verificam no seio de crianças que residem em acolhimento familiar. Estas limitações vivem-se especialmente nos lares que têm um elevado número de crianças, reduzido número de funcionários e falta de cuidado consistente entre mudanças de turno e rotação de pessoal. Para Tolfree (1995), um dos aspetos mais prejudiciais do acolhimento institucional é o da rotatividade dos membros da equipa, que poderá não providenciar tempo ou oportunidades suficientes para atender ao tipo de cuidado personalizado e à criação de vínculo. A continuidade de uma equipa num lar de acolhimento é importante para a criança desenvolver a sua capacidade de manter relações íntimas e afetivas (Tolfree, 1995). A constante reformulação da equipa de apoio nos lares poderá, por isso, provocar problemas ao nível emocional para a criança ou jovem institucionalizado (Browne, 2009).

Conscientes das características que têm um impacto menos positivo no que se refere à institucionalização, as equipas dos lares da Fundação “O Século” optaram por promover um ambiente terapêutico. Ambos lares apresentam características que seguem uma abordagem na intervenção psicoterapêutica procurando minimizar alguns dos problemas associados à institucionalização. A experiência de viver num ambiente terapêutico pode fazer a diferença entre uma criança que está fechada à criação de relações com adultos ou uma criança que se atreve a experimentar novas formas de relação (Lanyado 2001, cit. por Ward, A. Kasinski, K. Pooley, J. Worthington, A., 2003). As comunidades terapêuticas e outros *settings* terapêuticos que se focam em proporcionar ambientes cuidadosamente adaptados para nutrir as carências emocionais das crianças e suas famílias tentam promover uma vivência onde essa recuperação possa ser realizada. A atenção dada aos detalhes no seu dia-a-dia é vital para que esta reabilitação ocorra e é um aspeto essencial do cuidado que é providenciado em todos os bons ambientes terapêuticos.

4.2.1. Vinculação e acolhimento institucional

Como já foi referenciado, é de extrema importância para a criança a criação de vínculos afetivos e a construção de relações de confiança com a equipa dos lares de acolhimento. Dada a importância das relações interpessoais, especialmente neste meio não natural como é o do acolhimento institucional onde existe uma separação entre criança/jovem e figura de referência, torna-se pertinente abordar o tema da vinculação de modo a tentar entender o modo como as crianças e jovens se relacionam e percebem o mundo exterior a elas próprias.

Para poderem sobreviver emocional e fisicamente as crianças que sofreram maus tratos tornam-se defensivas num mundo no qual elas percebem hostilidade e frustração em relação às suas necessidades. Esta percepção do Mundo está baseada em experiências e relações pessoais que muitas vezes terão acontecido em alturas fundamentais do seu desenvolvimento emocional. Porque muitas experiências deste tipo terão tido lugar antes da aprendizagem da linguagem, denota-se a ausência de vocabulário com o qual expressar aquilo que sentem. E isto pode levar a uma tendência de agir em vez de falar quando experimentam emoções difíceis. As emoções são rapidamente avassaladoras, com explosões de raiva, violência e angústia. As emoções de angústia mais difíceis de lidar são as que se associam a um profundo sentimento de rejeição com o de perda traumática. As defesas contra experimentar estes sentimentos são construídas pelo indivíduo como um meio de sobrevivência e pode adquirir forma de raiva e violência mas a forma mais comum de lidar com estes sentimentos é a dissociação, ou seja, uma forma de aniquilar sentimentos de modo a permitir que o indivíduo se sinta menos vulnerável à dor emocional mas não permitindo que crie relações interpessoais ricas (Ward, A. Kasinski, K. Pooley, J. Worthington, A., 2003).

A literatura mostra que, quando uma criança em pequena é exposta ao medo extremo e não recebe proteção, o cérebro associará quaisquer experiências de medo àquela que originariamente o provocou. Portanto, a raiva pode ser uma ativação de respostas ao medo como uma forma biológica de autoproteção da criança. Isto explica o estado hiper-alerta e hiper-reativo de muitos residentes em ambiente terapêutico (p. 67/68) (Ward, A. Kasinski, K. Pooley, J. Worthington, A., 2003).

Relativamente à teoria da vinculação, Benavente (2010) menciona que a criança constrói modelos internos de funcionamento a partir da interação com a mãe. É a partir destes

modelos, que ocorrem entre os 9 meses e 12 meses de idade, que a criança desenvolve um modelo interno (idealmente caracterizado por um autoconceito positivo e pela confiança na disponibilidade dos seus pais e do contexto social em geral) que garante, ou não, uma ação adaptada à realidade física e social (Figueiredo, 1998).

Se a vinculação for bem-sucedida, a criança criará um modelo representacional das figuras de vinculação como sendo responsivas e disponíveis, capazes de proporcionar ajuda e bem-estar, fazendo-a sentir-se segura e amada. Uma vinculação segura permitirá que a criança consiga estabelecer ao longo do seu percurso relações interpessoais seguras (Figueiredo, 1998b citado por Benavente, 2010). Uma das componentes essenciais da parentalidade durante a primeira infância é a da estimulação e a variedade de atividades sensoriais às quais as crianças são expostas. Uma criança exposta à sensação de ser amada e valorizada, que tem resposta às suas necessidades, terá provavelmente uma maior capacidade de autoestima e de segurança quando crescer (Tolfree, 1995).

Se a vinculação não for bem-sucedida, a criança criará um modelo de relação insegura e poderá associar ao Outro uma sensação de indisponibilidade, inconstância e rejeição. Por isso estas crianças institucionalizadas poderão revelar falta de discriminação na procura de afeto, indicando uma perturbação de vinculação (Zeanah, 2000; Rutter et al., 2007a citados por Browne, 2009). O padrão de vinculação mal sucedido é comum nos indivíduos que passaram por experiências de mau trato e de negligência durante a infância, sendo frequentes os comportamentos violentos e abusivos, quer nas relações amorosas, quer nas relações que vêm a estabelecer mais tarde com os seus próprios filhos (Cicchetti et al., 1995 citado por Benavente, 2010).

Um dos comportamentos padrão das crianças emocionalmente desintegradas é o uso indiscriminado dos outros, evitando assim relações significativas. Por isto torna-se importante que a equipa que trabalha com estas crianças nos lares de acolhimento se foque nas relações interpessoais das crianças e jovens já que é uma das áreas em que existem maiores dificuldades e problemas (Tomlinson, 2004).

Segundo Tomlinson (2004) a abordagem terapêutica com crianças fragilmente integradas deverá ser baseada em aspetos psicológicos e terapêuticos do indivíduo, propondo um modelo que use o potencial terapêutico inerente às relações interpessoais dentro do ambiente social em que se vive e as experiências intrapsíquicas e interpessoais da pessoa. Aquele autor propõe como ponto de partida do trabalho psicoterapêutico com crianças emocionalmente desintegradas, o confronto com a realidade externa tentando mostrar, sem juízos de valor, o que é que aconteceu, devolvendo-lhe a ação que realizou, quando for a altura certa de o fazer. Para este tipo de crianças a capacidade de perceção da realidade é limitada e por isso o trabalho terapêutico será o de ir integrando cada vez mais o feedback do seu comportamento e ir realizando autorreparações.

4.3. Adolescentes, musicoterapia e o acolhimento institucional

Conforme o exposto, o presente estágio decorreu em contexto de acolhimento para crianças e jovens em perigo que estiveram submetidas a maus tratos e suas consequências. Na literatura referente à institucionalização foi possível concluir que nem sempre existem as condições ideais no contexto institucional que permitam o atenuar de certas consequências e problemas emocionais, sociais, físicos e psicológicos que as crianças e jovens apresentam.

As intervenções de musicoterapia realizaram-se na sua maioria com jovens entre os 14 e os 19 anos e tornou-se necessário entender, por um lado, algumas características relevantes desta fase do desenvolvimento humano e, por outro, as técnicas e métodos da musicoterapia existentes na literatura mais eficazmente utilizados nesta faixa etária, no contexto da institucionalização e com o tipo de problemas que apresentam (maioritariamente a nível emocional e social).

Segundo Tolfree (1995), durante a adolescência a relação entre grupos de pares assume uma enorme importância porque é no grupo que se reflete a imagem individual que é uma nova identidade e porque existe uma grande necessidade de sentido de pertença a algo fora das relações familiares. No entanto, os adolescentes em crescimento continuam a necessitar uma base pessoal de vínculo. Erickson (1950, citado por Tolfree, 1995) descreve o período da adolescência como aquele onde começa a emergir a identidade adulta e se inicia o desenvolvimento da individualidade através da procura de papéis. Erickson (1950, citado por Tolfree, 1995) refere ainda que existe uma desordem de papéis, correndo o risco de falhar na junção e integração entre as múltiplas experiências da infância e a criação de uma identidade madura e adulta. A literatura referente à musicoterapia realizada com adolescentes denota a importância do desenvolvimento da identidade durante a idade da adolescência, sugerindo que a música poderá potenciar o aumento do *insight* para o *self* e de uma relação para outra (Tolfree, 1995).

Dada a importância do grupo para o adolescente, é necessário ter em atenção o seu sentido de pertença a um grupo onde haja identificação a mesma vivência de uma determinada cultura por parte dos membros que o compõe. Esta poderá englobar estilos de música, moda, tipo de linguagem. (Pereira, Silva, Rebelo, Baptista, Cardoso, Perista e Rasgado, 1999)

Segundo Tomlinson (2004), a criação de uma cultura jovem faz parte do processo adolescente de separação das figuras parentais e do desenvolvimento da identidade própria. Existem porém alguns aspetos daquela cultura que podem ser ofensivos como por exemplo as letras de algumas músicas ou alguns comportamentos intimidatórios. Isto pode ser visto como parte do processo de separação e rejeição. Por um lado, num ambiente terapêutico, devem-se proteger as crianças de certos tipos de experiência mas também saber dar espaço à exploração e descoberta do mundo. Para Tomlinson (2004), quando um adolescente escuta músicas com letras ofensivas e agressivas, pode significar que este queira pertencer a uma cultura diferente da dos pais ou da figura parental; pode significar que aquele estilo de música é o modo através do qual o adolescente revela os seus sentimentos e emoções em relação à autoridade e figuras parentais e por fim, pode significar que está a utilizar a música como meio para gerir sentimentos intensos, o que poderá levá-lo a um maior controlo dos mesmos em vez de os sentir como ameaçadores.

Com os adolescentes, os musicoterapeutas têm muitas vezes o objetivo de que não só exprimam as suas ideias acerca do seu mundo como também os seus sentimentos (Aigen, 1997; Frisch, 1990; Mark, 1988; Well & Stevens, 1984; Wooten, 1992, citados por Skewes, 2001). Sendo a música a promotora da expressão de sentimentos, poderá ser dinamizado um espaço onde aqueles possam ser identificados e nomeados (Well & Stevens, 1984, citados por Skewes, 2001). Na literatura os musicoterapeutas estão de acordo em relação à capacidade da música criar ambientes familiares e seguros para os adolescentes devido à sua forte e pré existente relação com a música. Cobbet (2009) argumenta que com adolescentes com problemas sociais, emocionais e comportamentais a musicoterapia surge como uma terapia que não é ameaçadora (como a das palavras, onde as emoções e pensamentos têm outro

impacto) porque usa a música ou os seus elementos da música para realizar objetivos terapêuticos, facilitando a expressão emocional (Skewes, 2001).

4.4. Métodos e técnicas musicoterapêuticas usadas com adolescentes

Nesta secção será apresentada a intersecção entre métodos e técnicas musicoterapêuticas eficazes junto da população adolescente e os métodos e técnicas musicoterapêuticas mais eficazes utilizados na abordagem a problemas emocionais e sociais que estão associados à problemática da institucionalização.

Torna-se primordial referir o uso do princípio de ISO, conceito que foi elaborado por Rolando Benenzon (1988) porque é com base neste princípio que se fundamentam todas as técnicas não-verbais e fundamentalmente a disciplina da Musicoterapia. Este princípio defende que, para poder estabelecer um contato com outro ser ou abrir algum canal de comunicação, surge a necessidade de imitar o outro ou de fazer algo igual ao outro. O princípio de ISO é um conceito totalmente dinâmico que resume a noção de existência de um som ou conjunto de sons, ou o de fenómenos acústicos e de movimentos internos, que caracterizam ou individualizam cada ser humano.

Existem cinco estruturas dinâmicas de ISOS: ISO gestaltico, ISO cultural, ISO universal, ISO complementário e ISO grupal. O ISO Gestaltico é próprio e único desse indivíduo e não de outro. O ISO cultural é o produto da configuração cultural global da qual o indivíduo e o seu grupo fazem parte. O ISO universal é uma estrutura dinâmica sonora que caracteriza ou identifica todos os seres humanos, independentemente dos seus contextos sociais, culturais, históricos e psicofisiológicos (por exemplo, o batimento cardíaco, sons de inspiração e

expiração, o sussurro da mãe, o fluxo sanguíneo, a água, entre outros). O ISO grupal é a identidade sonora de um grupo humano, produto das afinidades musicais latentes, desenvolvidas em cada um dos seus membros. Por último, o ISO complementar estrutura-se temporalmente devido às pequenas mudanças que se produzem a cada dia, por efeito das circunstâncias ambientais específicas ou psicológicas do indivíduo. Em resumo, o ISO cultural e Universal operam no inconsciente, o ISO grupal opera sobre o pré-consciente e os três fazem parte e influenciam o ISO gestaltico. O ISO complementar é a flutuação momentânea do ISO gestaltico.

Tendo em atenção ao ISO de cada criança, jovem e grupo, será relatado o recurso ao método da improvisação em grupo, escrita de canções, audição e recriação musical. Será abordada uma técnica recente que se tem revelado eficaz junto dos jovens, a técnica do hip-hop e de seguida será exposto porque é que as novas tecnologias poderão ser um fator de sucesso junto da intervenção musicoterapêutica com adolescentes. Finalmente será referida a importância da postura e do papel que o musicoterapeuta deverá assumir na intervenção com população adolescente.

4.4.1. Improvisação em grupo

Para se trabalhar com adolescentes que apresentem perturbações emocionais e comportamentais e/ou perturbações poderá usar-se a improvisação como uma componente chave através da qual os pacientes podem exprimir frustrações e raiva e começar a processar alguns assuntos emocionais que os afetam (McIntyre, 2007).

A improvisação em grupo é fundamental porque permite o aumento da consciência dos processos sociais; expressão de sentimentos; aumento de autoestima (Bruscia, 1987; Bunt, 1994; Lehrer Carle, 1978; Murphy, 1983; Stephens, 1984, citados por Skewes, 2001) e aumento da coesão e cooperação do grupo (McIntyre, 2007).

Stephens (1987 citada por Skewes, 2001) refere no seu trabalho acerca da terapia de grupo que as improvisações em grupo são comparáveis ao modo como as pessoas reagem interpessoalmente. Murphy (1983), Bunt, 1994 e Carle, 1978 (citados por Skewes, 2001) utilizam a improvisação em grupo como base de exploração para entender como é que os membros se relacionam uns com os outros e como podem desenvolver novas formas de comunicação.

4.4.2. Escrita de canções

Bruscia (1998) afirma que nas experiências de composição musical o terapeuta ajuda o paciente a escrever música, letras ou instrumentações, ou a criar algum tipo de produto como vídeos de música ou gravações áudio. Uma das variações desta técnica é a imitação de canções (*song parody*) que consiste na substituição de palavras ou frases mantendo a estrutura e a melodia originais. Outra das variações deste tipo de experiência musical é a escrita de canções (*song-writing*) através da qual o paciente compõe uma canção ou parte dela (por exemplo letra, melodia ou acompanhamentos) com vários níveis de assistência técnica por parte do terapeuta.

O processo inclui a elaboração, em conjunto com o terapeuta, de um produto musical final. Um dos modelos apresentados por Derrington (2005) acerca da construção de canções tem

início na sugestão ao adolescente por parte do terapeuta em escolher um tema e de começar a escrever uma letra acerca do mesmo. Posteriormente redige-se a letra e inicia-se o processo de criação da composição musical que pode ter auxílio de melodias pré-compostas ou de uma sequência de acordes que seja familiar ao adolescente. Posteriormente faz-se a junção da letra à composição musical e anotam-se os acordes da composição em conjunto com a letra redigida. Por fim há um momento de gravação do produto final.

Segundo McIntyre, (2007), a escrita de canções também providencia uma experiência de sucesso e pode ser considerada como fonte de informação acerca do paciente e segundo Derrington (2005), pode ser útil para ajudar os adolescentes a organizar as suas ideias de modo consistente e criativo para além de que a maioria das vezes os adolescentes estão envolvidos em atividades sociais e vêm tudo o que fazem como papel social. Se a sua definição de *self* é através do papel social, como Erickson sugere (1968), então está explicado porque é que a escrita de canções é tão eficaz porque são muitas vezes reproduzidas canções tendo ouvintes em mente (Derrington, 2005).

A adolescência é a fase da criação de identidade própria, da qual faz parte o uso de determinada linguagem e vocabulário. Por isso, a comunicação através do uso de palavras usadas de modo coloquial torna-se motivo de confiança para a autoexpressão. As palavras sob forma de letra podem ser mais fáceis e revelam menos confronto do que a palavra simplesmente verbal, especialmente se o assunto é difícil para os adolescentes (Derrington, 2005). Segundo a mesma autora, a produção de uma canção pode provocar um sentido de realização, de conquista, no adolescente. Pode ajudar a transformar o modo negativo como se relacionam com os outros porque o trabalho é partilhado e baseado no paradigma terapêutico da escuta e do suporte. O assunto descrito na canção pode ser negativo e por vezes violento

mas a intervenção terapêutica é a de um trabalho interativo e estruturado que ajuda a colocar essas ideias ou sentimentos em canções.

4.4.3. Audição musical

Plach (1996, citado por Skewes, 2001) define a audição musical e análise da letra como uma técnica usada na musicoterapia, estimulando a promoção de novos comportamentos e definição de objetivos terapêuticos, individuais ou de grupo.

Shubert (2007 citado por Skewes, 2001) refere que o modo como uma canção é percebida pelo ouvinte evoca determinadas memórias emotivas nomeadamente as recordações de sentimentos. Esta dinâmica interna poderá, segundo alguns musicoterapeutas, estimular o *insight* verbal (Bunt E Marston-Wyld, 1995; Butler; 1966; Curtis, 1989; Loyst, 1989; Murphy, 1983; Salmon, 1989; Short, 1992, citados por Skewes, 2001). Outros autores sugerem que a partilha de música em grupo pode estimular a coesão do mesmo e alguns musicoterapeutas propõem recorrentemente nas suas sessões a discussão de letras após a audição de uma música, apesar das questões que a contratransferência possa levantar (Skewes, 2001).

A utilização da música pop com o intuito de facilitar a identificação de sentimentos tem sido explorada na literatura com altos níveis de sucesso (Henderson, 1983; Mark, 1988; Wooten, 1992, citados por Skewes, 2001). A relevância das letras, muitas vezes escritas por artistas também eles adolescentes, ajudam os adolescentes a sentirem-se menos alienados e a conectarem-se com o mundo que os rodeia. Wooten (1992, citado por Skewes, 2001) conclui

da sua experiência clínica que os adolescentes se sentem validados quando ouvem música com a qual se identificam.

4.4.4. Recriação musical

Segundo Bruscia (1998), nas experiências recreativas o paciente aprende ou realiza música vocal ou instrumentalmente. A recriação musical é um termo abrangente que inclui a interpretação, reprodução, realização de um modelo musical, com ou sem audiência. Entre outras, as variações musicais incluem a recriação musical, onde o paciente executa através de um instrumento uma música e a recriação vocal, onde o paciente executa, através da voz, uma canção ou parte dela.

4.4.5. A técnica do hip-hop (*hip hop therapy*)

O conceito da terapia de hip-hop com jovens em risco foi primeiramente abordado por Tyson (2002, citado por Allen, 2005) que definiu a abordagem como uma sinergia de música rap, biblioterapia e musicoterapia. Devido à influência do hip-hop e do seu conteúdo político, social e cultural, a exploração da sua forma musical em terapia pode ser eficaz no envolvimento dos jovens.

A terapia do hip-hop pode ser descrita como inovadora e usando técnicas sensíveis a cultura em conjunto com abordagens terapêuticas como musicoterapia, terapia comportamental e terapia narrativa. A terapia do hip-hop é mais comumente utilizada como uma ferramenta no contexto educacional ou psicoterapêutica com adolescentes e jovens em risco, tendo a característica de ser diversificada o suficiente para ser usada por qualquer grupo racial ou étnico que esteja familiarizado ou afetado pela música e cultura e música do hip-hop. De

acordo com Allen (2005), a terapia do hip-hop pode ser entendida como uma alternativa às abordagens terapêuticas mais tradicionais que normalmente são ineficientes com este tipo de população em risco porque não foram elaboradas de acordo com a especificidade de assuntos que diariamente estes jovens encontram no seu ambiente. Além disso, é uma ferramenta que ajuda a construir e capacitar a juventude na sua comunidade da qual normalmente estão privados.

A terapia do hip-hop pode ser usada em contexto individual ou em grupo. Pode ser bastante criativa devido à diversidade de estilos de hip-hop como o gangsta rap, rap/rhythm and blues, rap/pop, rap político, rap positivo, rap gospel, or rap pró-social. Em relação ao uso do rap, Cobbett (2009) define-o como um elemento fulcral nas suas sessões já que este estilo de música pode ser um aliado no que se refere à supressão das diferenças culturais entre musicoterapeuta e adolescente e de acordo com Kobin and Tyson (2006, citados por Olson-McBride, 2009) o uso da música hip-hop aumenta o grau de envolvimento do paciente na sessão e aumenta a percepção do cliente da empatia do terapeuta.

Em si mesmo o rap tem um cariz de forte crítica social e apele a alguns valores e modos de vida como a agressividade, resposta fácil, a vida de luxo, etc. Mas tem também em si mesmo possibilidades de exprimir narrativas ao convidar o adolescente a explicar o que sente e do que se lembra quando ouve determinada letra (Cobbett, 2009). O uso de poesia ou de letras de músicas é muitas vezes um catalizador para se falar de sentimentos, objetivos e valores (Mazza, 1999, citado por Olson-McBride, 2009). Kobin and Tyson (2006, citados por Olson-McBride, 2009) afirmam que a discussão acerca das letras rap num contexto terapêutico permite aos indivíduos falarem acerca da sua informação pessoal de modo projetivo usando uma linguagem que lhes seja familiar.

Apesar de Allen (2005) considerar o hip hop como uma terapia, a abordagem que se pretendeu com esta seção foi a de realçar a importância deste estilo musical, usando-o como técnica nas sessões musicoterapêuticas.

4.4.6. Musicoterapia e novas tecnologias

Para Cobbet (2009), a metodologia normalmente aplicada a jovens que revelam problemas sociais, emocionais e comportamentais é a utilização da composição de canções para exprimirem o que sentem e vivem, utilizando como estratégia o recurso à música rap, tecnologia. Cobbet (2009) utiliza métodos da tecnologia musical, o que requer a procura e instalação de programas de computador para os adolescentes comporem músicas. Esta tarefa faz com que se sintam menos ansiosos porque o computador não é um elemento estranho hoje em dia nestas idades; faz com que se concentrem numa tarefa porque é motivante para eles; dá feedback imediato; a música composta pode ser guardada e retomada na sessão seguinte, podendo ser algo “em construção”.

4.5. Grupos Terapêuticos

Para Rutan (2007), ao início, o único papel claro numa terapia de grupo é o do terapeuta. À medida que os grupos se desenvolvem, começam a emergir funções que servem para gerir tarefas emocionais e de trabalho. Isto foi notado por Benne & Sheats (1998, citados por Rutan, 2007) que classificaram três tipos de papéis no grupo: os papéis de realizadores de tarefas; os de manutenção de tarefas e os de ego-centrados.

O papel do “realizador de tarefas” é o de ajudar o grupo a completar a sua tarefa; iniciando-a ao propor tarefas ou objetivos, dando informações ou opiniões, oferecendo factos, dando sugestões, informando, clarificando, interpretando ideias ou sugestões, clarificando confusões. Já Mackenzie (1990, citado por Rutan, 2007) define um papel que poderá ser anexado ao subentendido anteriormente porque afirma que o papel “Estrutural” se foca em entender as tarefas do grupo e tem primeiramente um papel de líder.

Segundo Benne & Sheats (1998, citados por Rutan, 2007), o papel do que “mantém as tarefas” é aquele que ajuda o grupo a trabalhar de modo ordenado, criando um bom clima para trabalhar e encorajando relações que permita que sobressaia o melhor de cada membro; harmonizando, tentando reconciliar desacordos, reduzindo a tensão; ajudando a que a comunicação esteja aberta ajuda os outros a participar; encorajando, sendo responsivo aos outros, indicando pela expressão facial ou sublinhando a aceitação de outros pontos de vista; admitindo o erro, mudando de opinião ou posição pelo maior interesse, união ou crescimento do grupo. Mackenzie (1990, citado por Rutan, 2007) define um papel que tem que ver ao anteriormente definido por Benne & Sheats (1998, citados por Rutan, 2007), propondo como “papel sociável” aquele que está sintonizado com a qualidade de sentimentos nas relações interpessoais.

Segundo a ideia de Benne & Sheats (1998, citados por Rutan, 2007), o “papel do ego-centrado” perturba o funcionamento do grupo. É um comportamento emocional que representa um submundo emocional na vida do grupo. Ao sublinhar questões emocionais produzem-se comportamentos emocionais que interferem com ou são destrutivos ou efetivos no funcionamento do grupo. Não podem ser ignorados ou apagados. Em vez disso devem ser

reconhecidos, as suas causas devem ser entendidas e devem ser criadas condições para que estas energias emocionais sejam canalizadas.

Segundo Bennis & Shepard (1974), as fases de Desenvolvimento do Processo de Grupo têm duas grandes etapas: dependência e interdependência (a primeira diz respeito às relações de autoridade e a segunda a relações de intimidade). O *core* do desenvolvimento da teoria de grupo é que o principal obstáculo ao desenvolvimento de uma comunicação válida está nas orientações em relação à autoridade e intimidade que os membros trazem para o grupo. Rebelia, submissão, ou retirada são as respostas características à figuras de autoridade; competição destrutiva, explosões emocionais ou retiradas são respostas características que os pares dão para prevenir eventuais consolidações de experiência.

Durante a fase de autoridade (dependência), o grupo move-se de uma preocupação de submissão para uma preocupação de rebelião para resolver um problema de dependência. Durante a fase pessoal (interdependência), o grupo move-se de uma preocupação de identificação entre membros para uma preocupação para a identidade individual no sentido de resolver o problema da interdependência.

A fase da autoridade está dividida em três subfases, a primeira a da dependência-fuga, onde são sentidas as primeiras ansiedades, tratando-se de uma experiência nova que começa quando os membros se acabam de conhecer. A intervenção do líder deve ser maior para ajudar os elementos do grupo a estabelecer objetivos mas sem dar muitas orientações subjetivas. (Guerra e Lima, 2005). Na segunda subfase, a da contradependência-luta, o líder continua a não dar muitas instruções e por vezes limita-se a fazer comentários o que pode levar as pessoas a irritarem-se com a falta de diretividade e surgem sentimentos de revolta contra o líder e alguns membros começam a tentar assumir a liderança do grupo. (Guerra e

Lima, 2005). Na terceira subfase, a da resolução-catarse, o líder terá de ser capaz de ajudar o grupo a ultrapassar os conflitos e o mal-estar do momento anterior. Aqui o grupo começa a compreender o seu próprio funcionamento e gera-se um sentimento de alívio que funciona como uma espécie de catarse. Surge como que uma sensação de alegria em pertencer ao grupo e os membros começam a avaliar a pertença ao grupo como algo de gratificante e positivo. É nesta fase que o moderador adquire ainda menos ênfase, terminando a fase de dependência em relação a ele (Guerra e Lima, 2005).

Segundo Bennis & Shepard (1974), a fase da dependência inclui a subfase do encantamento-fuga, etapa em que o grupo está coeso e relaxado e a luta dada na primeira fase ainda está fresca na memória do grupo e todas as decisões são unânimes. Muitos membros podem nem concordar com o manter a aparência de harmonia mas a alternativa é pior. Segue-se a subfase do desencantamento-fuga onde é revelada ansiedade e são elaborados comentários acerca do grupo onde já não se identificam nem querem fazer parte do grupo, rejeitando os outros antes de ser rejeitado, temendo perder a sua individualidade ao ser membro de um grupo. A última fase é a da validação consensual onde o trabalho é o de transformar em comunicação clara e explícita a verbalização de cada membro acerca do que é o entendimento acerca do comportamento humano e aqui é fundamental a experiência clínica do terapeuta.

Segundo Rutan (2007), a estruturação e desenvolvimento do grupo terapêutico desenvolve-se em quatro fases: na primeira inicia-se o processo e envolvimento no grupo, na segunda a diferenciação, na terceira, o grupo está “a trabalhar” e por último, o encerramento.

Na primeira fase as características são de existência de um ambiente de confortável interação onde se decide o grau de estrutura a imprimir à sessão e as normas de funcionamento do

grupo e identificam-se áreas de trabalho ou focagem. As tarefas desta fase são ainda as de criação de um sentido de coesão grupal. Segundo Rutan (2009) esta pode constituir uma fase de ansiedade para os membros do grupo visto os papéis e objetivos não estarem definidos logo desde início.

A segunda fase, a de diferenciação ou reatividade, é normalmente de definição de trabalhos e altura de formação de sub-grupos, discutindo-se a diferenciação de papéis. Nesta fase existem testes às normas do grupo estabelecidas na primeira fase. Muitos autores definem esta como uma fase de rebelião por parte dos seus membros. Rutan (2009) afirma que é comum nesta fase um ou mais membros ameaçarem abruptamente a sua retirada ao mesmo tempo que se queixam do terapeuta ou de outros membros do grupo. As queixas características são as de que o grupo não resolverá os seus problemas, que tudo é superficial e que nada está a acontecer ou que os outros membros do grupo não são como ele. Por vezes o terapeuta é rotulado como incompetente ou desinteressado. Estes membros não só estão a expressar a sua opinião e medos como também os dos outros. Para o terapeuta, esta fase poderá provocar uma crise de confiança porque o grupo harmonioso na primeira fase tornou-se no grupo desconfortável que questiona a credibilidade do terapeuta.

A terceira fase é quando o grupo atinge o auge da sua eficácia e se encontra “em trabalho”. É uma fase em que os membros do grupo trazem diferentes temas de sessão para sessão, espontaneamente e a liderança é partilhada. O crescimento pessoal é indicado pela capacidade de variação de papéis dentro do grupo. Bion (1960, citado por Rutan, 2009) denomina a fase de maturação como “grupo-trabalho” cujas características são as de ter objetivos que orientam a sua acção; as de verificação de habilidade de cooperação numa atividade. Neste momento, a relação entre membros e o terapeuta torna-se mais próxima e

íntima, criando situações de contra transferência, que testarão o nível de maturidade do terapeuta.

Por último, a quarta fase é a que encerra o final de um grupo e que, consoante a percepção com que tal seja realizado, assim será a opinião do membro em relação a todo o processo construído.

Segundo Leite (2012) outros aspetos a ter em consideração quando se efetua uma análise do funcionamento de um grupo é a diferenciação entre conteúdo e processo, ou seja, será importante entender quais os conteúdos que foram sendo abordados e discutidos no interior do grupo como também de que forma é que se deram esses processos de comunicação.

Em relação à forma da comunicação entre os membros do grupo. Observar quem fala, por quanto tempo e com que frequência; quem são os principais interlocutores; quem interrompe quem; se existe ou não uma sequencia de pessoas que normalmente se estimulam e que dinâmicas acontecem dentro de um grupo; que estilo de comunicação é mais utilizado. Outro factor importante na dinâmica de um grupo é o surgimento das questões emocionais relacionadas com a identidade e objetivos do grupo e ainda do poder e liderança, das quais Bennis & Shepard (1974) e Rutan (2009) referiram na descrição das fases de desenvolvimento dos grupos.

4.6. O papel do musicoterapeuta

Segundo Carvalho (2012), o terapeuta deverá assumir uma postura de neutralidade (não-diretividade) e de aceitação e disponibilidade incondicional, sendo um recetor-contidente

empático das produções musicais espontâneas do paciente, deixando para mais tarde a possibilidade de interpretar estas comunicações do paciente, devolvendo-as quer musicalmente ou verbalmente. Malekoff (1997, citado por Skewes, 2001) refere que o terapeuta terá de ter alguma capacidade de resiliência dado haver momentos nas sessões em que a música soará aparentemente desestruturada tal como um cantar espontâneo, dançar ou andar a vaguear pela sala. O terapeuta terá de ser consciente que, mesmo nos períodos de atividade não-verbal ou em que o tema de conversação esteja a ser desviado, poderá surgir um convite a acreditar na capacidade natural dos adolescentes se relacionarem sem as palavras ou postura diretivas do terapeuta.

Segundo Derrington (2005) os adolescentes têm uma necessidade de se sentirem elementos centrais das sessões e muito cedo se apercebem de que existe um modelo centrado no paciente nas sessões de musicoterapia, o que para eles é contrastável comparativamente ao modelo escolar. Consequentemente podem surgir críticas ao musicoterapeuta, já que o espaço que é criado permite uma maior proximidade com o terapeuta. Cobbet (2009) refere que é essencial o convite a fazerem nas sessões o que os seus ídolos fazem, faz com que os adolescentes se envolvam muito mais naquilo que está a ser explorado, quer a nível social, cognitivo ou emocional, em cada sessão.

4.7. Reflexão

A exposição teórica e empírica efetuada permite afirmar a existência de atenuação dos danos provocados às crianças e jovens que são institucionalizados. Esta necessidade tem origem, por um lado, nos danos provocados pelos maus tratos que levaram as crianças e jovens a ser afastadas do seu meio natural e colocadas em ambiente institucional. Estes danos referidos na

literatura e referenciados através da identificação dos problemas que crianças e jovens dos lares da Fundação “O Século” enfrentam, nomeadamente atrasos de desenvolvimento, problemas cognitivos e de linguagem, dificuldades no relacionamento social com outras crianças e adultos e comportamentos sociais de risco (Canha, 2002, citado por Reis, 2007), não são passíveis de serem eliminados na sua totalidade, dado o enraizamento de alguns deles. Por outro lado, existem danos inerentes à institucionalização nomeadamente do “tratamento em bloco” denominado por Tolfree (1995) ou seja, a aplicação de regras rígidas, rotatividade de cuidadores e horários e atividades pré-definidas; ou do desadequado rácio cuidador/criança, que são fatores nem sempre promotores da solução dos problemas emocionais, sociais, físicos e psicológicos que as crianças e jovens apresentam. Apesar disto, torna-se importante sublinhar que a equipa técnica dos lares da Fundação “O Século” identifica-se pela escolha de uma abordagem psicoterapêutica, fomentando o ambiente terapêutico dentro dos lares.

5. Objetivo do Estágio

A música permite contactar com a vida afetiva do paciente de forma menos ameaçadora que a linguagem verbal (Carvalho, 2012). Visto que as crianças e jovens no geral apresentam uma forte e próxima relação com a música (Skewes, 2001), a musicoterapia, que tem como ferramenta principal o uso profissional da música e dos seus elementos, poderá apresentar-se como um meio de trabalho terapêutico em que as palavras não interfiram, facilitando assim a expressão verbal e emocional (Skewes, 2001).

Posto isto, o objetivo do presente estágio foi a criação e promoção de um espaço, alternativo às abordagens tradicionais, onde se pudessem realizar sessões de musicoterapia com o objetivo de promover a reparação de alguns dos danos emocionais originados tanto pelos maus tratos que levaram à institucionalização das crianças e jovens como por algumas das consequências inerentes ao acolhimento institucional. Pretendeu-se iniciar um trabalho, dentro das sessões de musicoterapia, que servisse de ponte entre o trabalho da equipa educativa, que diariamente lida com as crianças e jovens institucionalizados, e a reparação terapêutica dos danos.

Estabelecendo a música e seus elementos como principal instrumento de trabalho, a musicoterapia apresenta-se como um meio que se introduz com facilidade na cultura das crianças e jovens institucionalizados e naquilo que os identifica (tanto individualmente como em grupo). Isto permite que se delineiem objetivos terapêuticos que mobilize e que tenha repercussões no desenvolvimento emocional e social e conseqüentemente na prática do dia-a-dia das crianças e jovens institucionalizados.

6. Metodologia

Em relação à metodologia adotada neste estágio foram planeadas sessões individuais e de grupo, sendo uma hora as de grupo e de 40 a 45 minutos as individuais. Semanalmente realizava-se uma reunião com a equipa de cada lar, de modo a partilhar *feedback* em relação a cada criança e adolescente abrangido pelas sessões. Em ambos lares houve um momento inicial de avaliação diagnóstica, levantamento do ISO gestaltico de cada jovem e, no caso dos grupos, o ISO grupal. Também é importante referir que a intervenção musicoterapêutica integrou outras modalidades de expressão como a dramática e o recurso à expressão corporal através dança, para além dos já referidos recursos à improvisação, recriação de canções, construção de canções e audição terapêutica de canções.

6.1. Amostra

Podem ser identificadas algumas características referentes aos 20 jovens que foram alvo de intervenção ao longo deste estágio através das tabelas apresentadas nas seguintes páginas. Foram estruturadas sessões de musicoterapia individuais e em grupo em ambos lares.

Num dos lares foram realizadas sessões individuais com seis jovens como se pode verificar na Tabela 1. A nível individual realizaram-se 26 sessões com um dos residentes, 22 com outro, 14 com outro, 17 com outro e nove com o outro.

Tabela 1

Dados relativos às intervenções individuais no decorrer do estágio de musicoterapia (2012)

Tipo de intervenção	Nome	Sexo	Idade	Nº anos que está na instituição	Motivo de institucionalização	Nº sessões
Individual	A.O.	F	19	7 anos	Negligência e maus tratos físicos	26
Individual	J.I.	M	13	11 anos	Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal	22
Individual	M.A.	F	11	2 anos	Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal	14
Individual	M.N.	F	13	3 meses	Sem suporte familiar	17
Individual	V.M.	F	11	1 mês	Sem suporte familiar	9
Individual	M.C.	F	19	1 ano	Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal	2

Ainda neste lar foi constituído um grupo formado por seis elementos de ambos sexos com o qual se efetuaram 23 sessões de musicoterapia.

Tabela 2

Dados relativos às intervenções em grupo da “Casa das Conchas” no decorrer do estágio de musicoterapia (2012)

Tipo de intervenção	Nome	Sexo	Idade	Nº anos que está na instituição	Motivo de institucionalização	Nº sessões
Grupo	E.P.	F	14	1 mês	Sem suporte familiar	23
Grupo	J.V.	M	16	11 anos	Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal	23
Grupo	R.A.	M	13	10 anos	Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal	23
Grupo	S.O.	F	12	4 meses	Demissão das responsabilidades parentais, crianças entregues a si próprias.	23
Grupo	F.A.	M	13	1 ano	Negligência e maus-tratos físicos	23
Grupo	I.S.	M	15	11 anos	Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal	23

No outro lar foram estabelecidos dois grupos de jovens do sexo feminino, um com quatro elementos e outro com três com os quais decorreram quatro e três sessões respetivamente.

Inicialmente como o grupo não estava separado realizaram-se cinco sessões.

Tabela 3

Dados relativos às intervenções em grupo da “Casa do Mar” no decorrer do estágio de musicoterapia (2012)

Tipo de intervenção	Nome	Sexo	Idade	Nº anos que está na instituição	Motivo de institucionalização	Nº sessões
Grupo	A.V.	F	17	1 mês	Sem suporte familiar	4 + 5
Grupo	R.O.	F	18	1 ano	Negligência e maus-tratos psicológicos e emocionais	4 + 5
Grupo	C.G.	F	15	1 ano	Sem suporte familiar	4 + 5
Grupo	A.D.	F	18	5 meses	Negligência	4 + 5
Grupo	S.F.	F	13	3 meses	Abuso sexual	3 + 5
Grupo	J.F.	F	15	7 anos	Negligência e maus-tratos físicos	3 + 5
Grupo	C.D.	F	14	6 anos	Negligência e maus-tratos físicos	3 + 5
Grupo	S.A.	F	15	8 meses	Comportamentos assumidos pela criança que afetam o seu bem estar	3 + 5

6.2. Projeto de estágio

O presente estágio teve origem no pedido realizado pela diretora da “Casa das Conchas” à Associação Portuguesa de Musicoterapia e numa procura por parte da estagiária que, sem ter tido acesso àquela informação, estava a averiguar as hipóteses de realizar o estágio naquela

instituição específica, visto ter interesse em utilizar a musicoterapia dentro da problemática das crianças e jovens institucionalizados.

Foi agendada uma reunião em agosto de 2012 na qual estiveram presentes a diretora da “Casa das Conchas” e a psicóloga da “Casa das Conchas”. Da reunião adveio a proposta de trabalhar com dois residentes de modo individual. Um deles estava diagnosticado com problemas psicopatológicos e o outro com problemas do foro físico, cognitivo e emocional. Em outubro a estagiária reuniu com a diretora da “Casa das Conchas” e com a diretora da “Casa do Mar”. Ficou definido pela diretora da “Casa do Mar” que a intervenção com as jovens residentes deveria ser realizada constituindo um único grupo de modo a que todas as jovens se sentissem incluídas nas sessões, garantindo a equidade entre elas e mantendo a coesão no funcionamento do lar. Com a diretora da “Casa das Conchas” ficou acordado que iria ainda ser constituído um grupo onde se trabalhassem competências de socialização com alguns dos residentes que apresentavam algumas dificuldades nesta área.

Entre os outubro e novembro decorreu a fase de análise e recolha de dados retirados dos processos individuais, de documentos da instituição, de antigos relatórios de estágio, de artigos científicos, livros relativos a esta problemática, e tendo sido elaboradas anotações resultantes do contacto informal entre estagiária e a equipa educativa e técnica de ambos lares. Ocorreu nesta etapa a apresentação da estagiária e dos objetivos da musicoterapia às equipas educativas. Nesta fase de integração, a pesquisa acima referida teve lugar no interior do lar da “Casa das Conchas” mas dada a preocupação da equipa em manter o máximo de similaridade com a vivência em meio familiar natural, não foi desejável que as crianças e jovens institucionalizados estivessem expostas a mais um elemento, ainda estranho para elas. Foi um período de observação que permitiu aprofundar o conhecimento acerca da dinâmica

do lar, do modo como certos residentes se relacionavam com os educadores, com os restantes jovens e de como as equipas interagiam com as crianças e jovens. Em relação à “Casa do Mar” a fase de pesquisa decorreu nos gabinetes técnicos, fora das instalações do lar, desenvolvendo uma observação menos intrusiva mas, ao mesmo tempo, menos esclarecedora acerca da dinâmica do lar.

Após este período de levantamento de dados existentes no processo e diagnóstico de cada jovem, a estagiária propôs, na “Casa das Conchas”, a intervenção individual com mais jovens, auferindo, junto da diretora do lar, o diagnóstico de cada caso. Em relação à formação do grupo, os membros foram sugeridos pela equipa educativa e técnica, tendo sido selecionados jovens que apresentavam algumas dificuldades no relacionamento interpessoal. Em relação à “Casa do Mar”, já tinha sido definido que a intervenção se faria com todas as residentes, formando um único grupo de musicoterapia. Este grupo viria a ser dividido em dois, por um lado, pelo facto de ser um grupo cuja dimensão era demasiado grande (oito elementos) e, por outro lado, porque ao final de algumas sessões a diferença de idades entre os membros do grupo ia-se tornando patente, evidenciando a necessidade de serem elaborados planos terapêuticos de acordo com as especificidades de cada grupo.

6.3. *Setting* Terapêutico

As sessões decorriam no ginásio (alpendre) da Fundação caracterizado por ser um espaço multiuso, bastante amplo, utilizado para a realização de festas de fim de ano, formações e outros eventos. A sala estava dividida por uma cortina, onde estava localizado o “palco”, e que quando não estava a ser usado como tal era o local para arrumação de cadeiras para serem dispostas durante os eventos. Para poder criar um *setting* mais estruturante que

promovesse a sensação de segurança e para delimitar a zona das sessões de musicoterapia, a estagiária realizou as sessões nesse local.

Normalmente as sessões individuais decorriam sobre um tapete de ginásio colocado no chão, com instrumentos musicais de fácil alcance, havendo algumas sessões em que o jovem preferia sentar-se em cadeiras. Quanto ao *setting* nos grupos, aquele espaço revelava-se pequeno de modo que foi tomada a decisão de colocar tapetes de ginásio em forma de roda dispondo os instrumentos musicais necessários no centro. No caso da “Casa das Conchas”, inicialmente este *setting* foi utilizado mas, devido ao trabalho terapêutico que surgiu, foram posteriormente utilizadas cadeiras dispostas em roda de modo a criar um ambiente contentor e que promovesse a interação social.

O material utilizado durante as sessões consistiu numa máquina de filmar/fotográfica com a qual se gravaram as sessões, mesa de amplificação de som e duas colunas que existiam no ginásio, um microfone, uma guitarra, instrumentos de percussão improvisados com bidons de 50 litros e 20 litros, congas, pequenos instrumentos de percussão (reco-reco, clavas), um xilofone, um metalofone, umas castanholas, uma harmónica, uma kalimba, uma timbila (xilofone moçambicano), caixa chinesa, “ovos”, maracas, uma pandeireta, um pandeiro, um mp3 e uma coluna de som de pequena dimensão de modo a amplificar o som do mp3.

6.4. Fase de Intervenção terapêutica

Na “Casa das Conchas”, as intervenções musicoterapêuticas iniciaram em novembro e na “Casa do Mar” em dezembro. Posteriormente este grupo dividiu-se em dois, havendo um interregno de duas semanas para um dos grupos e para o outro dois meses. Em março, dada a

não comparência constante de uma das residentes da “Casa das Conchas” nas sessões, procedeu-se a uma substituição por insistência de outra jovem da “Casa das Conchas”.

As sessões de musicoterapia decorreram de 2^a a 4^a feira. As sessões com as residentes da “Casa do Mar” eram quinzenais de modo a não sobrecarregar o horário das jovens e com os da “Casa das Conchas” as sessões eram semanais. O horário das sessões dependeu de dois fatores, por um lado, da disponibilidade dos jovens, que na sua maioria tinham aulas durante o dia e, por outro, dos horários e atividades pré-existentes na instituição (hora de estudo das 17:30 as 18:30, hora de jantar das 18:30 as 20h). As sessões duraram entre os 40 e os 60 minutos. Durante o restante tempo semanal, foram preparadas as sessões para as quais poderiam ser necessárias a aprendizagem de músicas, realizada alguma pesquisa relativamente à problemática da institucionalização e ao uso da musicoterapia dentro deste contexto. Muitas vezes o tempo fora das sessões era utilizado para discutir ou entender melhor, junto das equipas educativas e técnicas, alguma situação que tivesse sucedido no contexto da sessão com o jovem ou grupo.

Tabela 4

Agenda semanal da estagiária na Fundação “O Século” (2012/2013)

	2 ^a f	3 ^a f	4 ^a f	6 ^a f
15:00	VM (15:00- 16:00)		Preparação sessões (15 as 16h)	Reunião Equipa Conchas (15-16h)
17:00	AO (16:00- 17:00)	Preparação sessões (15:30 as 17:30h)	MN (16:00- 17:00)	
18:00	MA (17:30-18:30)	JI (17:30-18:30)	MC (18:00-19:00)	
19:00	Preparação sessões (18:30- 19h)	Preparação sessões (18:30 as 19:30h)	Recolha feedback (informal) Equipa Mar	
20:00		Grupo Conchas (19:30-20:30)	Grupo Mar (20-21h)	

6.5. Métodos e Técnicas da musicoterapia utilizadas nas sessões

Existem determinados métodos e técnicas que, tendo em conta os objetivos musicoterapêuticos e as características inerentes a este tipo de população, sugerem maior eficácia na intervenção. Estes métodos são o da improvisação (em grupo, instrumental e vocal), construção de canções, audição de musical e recriação musical. Foram utilizadas estratégias como o recurso a tecnologias e o uso da técnica do hip hop (Tyson, 2002, citado por Allen, 2005). Foi integrado, num dos casos, o recurso à dança e exploração dramática.

Pode dizer-se que o método mais utilizado foi o da improvisação. Numa fase inicial o uso da improvisação serviu tanto para o levantamento do ISO, níveis de domínio de habilidades para cantar ou tocar instrumentos, preferências e modos de intervir musicalmente dos jovens,

como para observar o modo como se relacionavam com a música, com o musicoterapeuta, e, no caso dos grupos, com os outros, tal como sublinham Murphy (1983), Bunt, 1994 e Carle, 1978 (citados por Skewes, 2001).

A audição musical seguida de discussão e análise das letras, foi central tanto no grupo de jovens mais velhas da “Casa do Mar” como no acompanhamento individual com a jovem mais velha da “Casa do Mar”. O facto de se ter verificado adesão a esta técnica por parte das jovens mais velhas permite inferir a sua capacidade de *insight* verbal (Bunt & Marston-Wyld, 1995; Butler; 1966; Curtis, 1989; Loyst, 1989; Murphy, 1983; Salmon, 1989; Short, 1992, citados por Skewes, 2001). Como tal, pode-se afirmar que, mesmo sendo esta uma abordagem de recurso ao uso verbal (o que não é, na literatura referente aos adolescentes, um modo confortável de efetuar trabalho terapêutico para eles), teve sucesso junto das jovens com maior maturidade cognitiva e emocional.

A audição musical enquanto estratégia foi fundamental para construir e solidificar a aliança terapêutica. Na primeira fase de intervenção foi requisitado a todos os jovens que trouxessem música significativa para eles. Este pedido serviu o propósito de elaboração do ISO e conferiu-lhes alguma segurança no contexto das sessões, fazendo-os sentir que a sessão não era fora do controlo deles.

A recriação musical revelou-se como um dos métodos mais recorrentes, particularmente nos grupos, e surgiu relacionado ou muitas vezes combinado com o da audição musical. Na fase inicial, após trazerem as suas canções, executavam-se trechos das músicas, acompanhados, vocal ou instrumentalmente, pelos jovens. Na maioria dos casos o recurso mais usado foi o da voz, em detrimento do uso de instrumentos.

Outro método bastante utilizado foi o da construção de canções. A variação mais utilizada foi, denominada segundo Bruscia (1998), a da construção de canções através da qual o paciente compõe uma canção ou parte dela. A outra variação usada foi a da imitação de canções (*song parody*), através da qual o jovem pôde substituir certas frases e palavras de uma música pré-composta.

6.6. Grelhas utilizadas

Antes da intervenção com os jovens, foi pedida a colaboração junto da equipa técnica de ambos lares de modo a determinar quais seriam as principais áreas-problemas sentidas pelos jovens. Assim, criou-se uma grelha de avaliação inicial, tabela 5, na qual cada monitor e técnico assinalava com uma cruz as áreas em que se sentissem problemas. Era dada a liberdade de escreverem alguma observação que considerassem pertinente para as sessões de musicoterapia.

Tabela 5

Grelha de problemas a ser aplicada junto da equipa educativa para elaboração do diagnóstico inicial dos residentes

Nome do Jovem						
Problemas cognitivos	Problemas Motricidade	Problemas Emocionais	Problemas Comportamento	Relacionamentos interpessoal	Problemas de Adaptação social	Problemas de Motivação

Nas sessões, numa primeira fase, foi criada e aplicada uma grelha de avaliação inicial (Leite, 2012) onde constavam dados relativos à produção sonora e musical tais como intensidade, ritmo, características tonais e harmónicas, instrumentos, repertório e géneros musicais. A grelha incluía também análise em relação ao comportamento em atividade musical, sem tradução musical; observação do comportamento em geral na sessão de musicoterapia; interpretações tecidas a partir de comportamentos musicais e não-musicais do cliente; dados de comparação de comportamentos do cliente, entre a sessão de musicoterapia e outras situações e por fim o registo da produção verbal do sujeito e afirmações/declarações que ele possa fazer (Ver Anexo C).

Também para as primeiras sessões foi criada uma grelha de modo a determinar as mais-valias e as áreas de maior fragilidade do jovem e foi sendo analisada qual o tipo de experiências musicais que seriam mais benéficas para o paciente (ouvir música, movimento ao som da música, cantar, tocar instrumentos, criar, improvisar, discutir experiências musicais) (Leite, 2012) (Ver Anexo D).

Para monitorizar os resultados foram utilizadas as gravações audiovisuais de cada sessão, as observações constantes e pessoais escritas após cada sessão tendo em conta os objetivos terapêuticos que foram sendo definidos e por fim reuniões de feedback entre equipa educativa e técnica e a estagiária.

Semanalmente era utilizada uma grelha de registo onde era registado o nome do jovem, data, nº. da sessão, objetivo para aquela sessão, atividade planeada para aquela sessão, caso houvesse, descrição de aspetos relevantes na sessão e registo de observações. As gravações das sessões eram vistas semanalmente, e, após as sessões era escrito um pequeno texto com

os aspetos mais relevantes da sessão, dando-se relevo à avaliação qualitativa. Não foi utilizado nenhum instrumento de medida, tendo sido privilegiada uma avaliação qualitativa atenta e continuada.

Tabela 6

Grelha de registo de sessão aplicada em cada sessão

Nome:
Data:
Sessão n.º:
Objetivo(s) para a sessão:
Atividade(s) planeadas para a sessão:
Descrição de aspetos relevantes na sessão:
Observações:

6.7. Outras atividades e projetos

Ao nível de realização de outras atividades ou projetos, a estagiária foi convidada para o jantar de celebração dos 11 anos da “Casa do Mar” que é um evento anual de extrema importância para o lar uma vez que é um momento de agradecimento a todas as entidades que apoiam e dão o seu contributo seja ele pecuniário, logístico, a nível de proporcionar certas atividades de lazer para as jovens ou até ao nível do voluntariado. É também importante dado que as famílias das jovens são formalmente convidadas, proporcionando a interação de modo não formal entre técnicos, jovens e as famílias das jovens. Foi pedido à estagiária que

elaborasse uma *playlist* para ser tocada durante e depois do jantar e para tal foi efetuado um inquérito às jovens acerca das suas preferências musicais, o que serviu também para identificar a Identidade Sonoro-Musical (ISO). Foram gravados 11 cd's áudio com diferentes estilos de música, cada um com a sua sugestão musical acerca do momento indicado para ser colocado.

Relativamente a outras atividades onde a estagiária esteve envolvida é de referir a participação na feira de Natal de Cascais durante um sábado, representando, em conjunto com outra estagiária, a Fundação “O Século” sendo responsável pela venda de, entre outros, alguns produtos elaborados por utentes da Fundação. É também de mencionar a participação na festa de Natal da Fundação “O Século” onde a estagiária pôde observar a entrega de presentes aos residentes, por parte de três entidades que tinham anteriormente requisitado o que cada criança ou jovem gostaria de receber.

7. Estudo de Caso Individual

A A.O. tinha 19 anos e até aos quatro anos viveu com os pais e irmãos. Com quatro anos, num episódio de violência doméstica, foi-lhe fraturada uma clavícula pelo pai que estava alcoolizado. Esta situação de maus tratos físicos, em conjunto com a confirmação da vivência de um ambiente familiar com alguma denotação sexual e ainda a existência de situações de negligência (falta de cuidados básicos e de afeto) por parte das figuras parentais, levaram à sinalização da A.O. e posterior institucionalização. Ao referir esta fase da sua vida a jovem refere que teve conhecimento de que poderia ter sido adotada mas que a mãe não permitiu. Esta ia visitar a filha somente no dia de anos. A mãe teve mais quatro filhos, um deles morreu, dois foram adotados e a mais nova está neste momento em processo de adoção. À data do início da intervenção, a A.O. encontrava-se institucionalizada na Fundação “O Século” há quase oito anos e tinha 12 anos quando entrou. O motivo de institucionalização foi o de negligência e maus tratos físicos.

7.1. Diagnóstico e Razão de encaminhamento para a musicoterapia

Segundo o diagnóstico existente no processo individual, a jovem apresentava um défice cognitivo ligeiro e comportamentos bastante sexualizados. Tirou um curso profissional de lavandaria e tinha consultas de pedopsiquiatria, estando medicada. A equipa técnica identificou que a A.O. manteve durante muitos anos um padrão de estabelecimento de relações com membros do género masculino utilizando uma forte componente sexual. A equipa referenciou, por isso, falta de autocontrolo sexual que, apesar de já ter sido mais acentuado (existindo episódios no passado que punham em risco a sua segurança) é um assunto que suscita preocupação para a equipa do Lar. Outro dos problemas identificados foi

a falta de noção da realidade por parte da A.O. parecendo encontrar-se por vezes no seu próprio mundo, verbalizando por vezes acontecimentos irreais. Ainda foram identificados problemas como a falta de pudor e a dificuldade em perceber o limite entre esfera privada e social. Outro problema foi ainda a dificuldade em estabelecer relações interpessoais com o seu grupo de pares. A equipa educativa assinalou, na tabela elaborada pela estagiária (Tabela 5), alguns problemas cognitivos, de motricidade, emocionais, de comportamento, de relacionamento interpessoal, de adaptação social e de motivação. Perante este diagnóstico, a A.O. foi sinalizada para as sessões de musicoterapia, como complemento às sessões de pedopsiquiatria que já frequentava. A A.O. demonstrava gosto pela música, por cantar e escrever poemas. À data de início da intervenção, a A.O. mantinha uma relação amorosa com um rapaz não residente que, segundo a equipa técnica, estava a exercer um efeito positivo nela, visível na sua atitude em relação aos impulsos com outros. Dado o tipo de questões que surgiram serem já tão direcionadas e, de alguma maneira, pessoais e do foro íntimo, optou-se por um tipo de intervenção em contexto individual. Iniciaram-se as sessões a 27-11-2012 e terminaram a 11-6-2013, tendo sido realizadas 26 sessões. Perante os dados recolhidos e após as primeiras sessões, foi elaborado um plano terapêutico tendo em conta os problemas e as capacidades da jovem.

Tabela 7

Plano Terapêutico Estudo de Caso (Individual)

PROBLEMA Nº 1: Frágil autoconfiança		
OBJECTIVO: Aumentar a autoconfiança		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar a frequência de iniciativas numa dada atividade musical	Aumentar o número de situações musicais cujo resultado seja satisfatório para ela	Realizar um projeto musical cujo resultado seja satisfatório para ela
PROBLEMA Nº 2: Baixa resistência à frustração		
OBJECTIVO: Aumentar a resistência à frustração		
SUB-OBJECTIVOS:		
Tomar consciência das situações em que sente o impulso de desistir de determinada tarefa ou projeto musical	Aumentar o número de vezes em que contraria o impulso de desistir de determinada tarefa ou projeto musical	Finalizar uma atividade ou projeto musical contrariando o impulso de desistir
PROBLEMA Nº 3: Frágil autonomia		
OBJECTIVO: Aumentar o grau de autonomia		
SUB-OBJECTIVOS:		
Tomar consciência das situações musicais onde se evidencia maior dependência na opinião do outro	Aumentar o número de vezes que não pede aprovação do outro para continuar uma atividade	Realizar uma tarefa ou projeto musical com pouco suporte do musicoterapeuta

7.2. Descrição das sessões

Nas primeiras sessões o tema do abandono pela mãe era recorrente e era explorado através do recurso verbal. Concluiu-se que a A.O. vivenciava conflitos internos relacionados com os maus tratos que sofreu na infância. Nestas sessões abordou-se também o tema do seu comportamento sexualizado perante o género masculino. É de sublinhar a segunda sessão onde ocorreu a recriação musical de uma canção pré-composta (“Levaste a minha vida” da Dama Bete) com um poema pré-escrito pela jovem. A melodia era nostálgica e a A.O. envolveu-se emocionalmente ao cantar a letra que compusera, personalizando-a, com poucas pausas entre os versos. Isto por um lado, evidenciou a urgência que a A.O. sentia em exprimir os seus sentimentos e emoções pela mãe. Devido à dificuldade da métrica ou devido ao impacto emocional que lhe causava o verso onde constava o nome da mãe, a A.O. tinha dificuldades em cantar. Nesta sessão houve vários momentos em que a jovem pedia a aprovação da estagiária na alteração da letra e em “não se enganar”, o que deixava transparecer a sua insegurança. O trabalho terapêutico consistia em atribuir reforço positivo à jovem. A A.O. realizou uma improvisação vocal a partir do verso em que faz um pedido à mãe, criou novas linhas melódicas, deixando transparecer segurança tanto na estrutura da música como também na relação terapêutica. Ao longo do trabalho com a A.O. houve uma constante preocupação em ajudar a constituir um espaço interior onde a jovem pudesse aceder de modo provado. Pelo facto desta canção ter sido um elemento central na intervenção com esta jovem, decidiu-se transcrever a letra:

Quando nasci
Nunca lembrei
Foste mãe
Nunca te esquecerei

Lembrei-me de ti

Para dares valor

Nunca esqueci

Do teu amor

Sempre que falo contigo

Pensas logo que não és mãe

Tu pensas que segui o teu caminho

Mas não penses porque eu mudei

Sou diferente de ti

Pelo meu modo de ser

Todos gostam de mim

E não me vão esquecer

Agora que estou diferente

Tudo mudou de repente

Tu vês que sou assim

Desde que eu te conheci

(nome da mãe) vais ser mãe?

Tu vais ter de conseguir

Te estou a pedir

Sempre que penso em ti

Pensas logo que desisti

Nunca te esquecerei

Foi de ti que me lembrei...

Ainda nesta fase de intervenção inicial é de sublinhar a terceira sessão que foi relevante para a A.O. porque permitiu a expressão de sentimentos verbalmente tinha dificuldade

em aceder. Através da mais longa improvisação realizada com esta jovem (20 minutos) conseguiram-se formular alguns dos sentimentos e a permitir reescrever a situação que tinha sido vivida. O papel da estagiária foi de *holding* usando somente guitarra o que permitiu à jovem utilizar tanto percussão como improvisação vocal.

Na oitava sessão ocorreu um episódio musical que causou frustração imediata à A.O., levando-a a desistir de realizar aquele trabalho. Após tentativa da estagiária apoiar na procura de alternativas para a construção na canção, constatou-se não haver permeabilidade, naquele momento, para insistir. Esta atitude talvez possa ser explicada pelo grau de exigência cognitivo que esta tarefa envolvia. Nas sessões seguintes a A.O. partilhou músicas significativas para ela permitindo a identificação do seu ISO. Este era funk brasileiro, Iran Costa, *dance*, TT, Kizomba (C4 Pedro, Nelson Freitas, Kataleya e Mika Mendes).

Da nona à décima oitava sessão verificou-se um período em que a A.O., não estando em nenhuma relação amorosa, mostrou disponibilidade em abordar temas que diziam ao *self*. Destas realça-se a nona sessão onde se recorreu à técnica de reconstrução de canções que se revelou como sendo eficaz ao longo da intervenção. Um dos aspetos salientar nesta sessão foi o facto da música que ela escolhera ter um rap cantado por uma voz masculina, algo que ela queria manter. Para poder desenvolver a sua autonomia (neste caso, em relação à presença masculina mas com o objetivo de reproduzir este padrão nas outras áreas) jovem foi incitada a realizar o rap. Após uma fase de resistência, em que afirmava não ser capaz, deu-se um avanço no que concerne à sua autoconfiança, uma vez que acabou por trazer na sessão seguinte a letra do rap já

elaborada. Alteraram-se algumas palavras para conferir maior coerência a letra. À medida que ia cantando o rap, ia sendo visível o aumento da sua confiança.

Da décima terceira à décima sexta trabalhou-se o tema da autonomia porque a A.O. tinha começado a trabalhar na lavandaria na Fundação, tendo ficado nesse dia sozinha a gerir a lavandaria e isso tinha-lhe provocado uma sensação agradável. A A.O. demonstrou motivação para a realização de uma letra a respeito dela própria (com base na canção “Try” da Pink). A A.O. manteve-se com uma atitude determinada e trabalhou-se em conjunto e dentro da sessão o conteúdo da letra que se decidiu transcrever:

O despertador toca

E não me apetece nada levantar

Mas às vezes tenho que despertar

Por mais que custe tenho de me preparar

Tenho tarefas para fazer

Mesmo que tente não as posso esquecer

É so seguir em frente

E mostrar que estou diferente

Refrão: Não vou desistir tenho força de vontade

Esforço-me para conseguir

Quero ser mais livre tenho projetos

Para realizar

Tenho que lutar

Tenho que tentar

Orgulho-me do meu trabalho

Estou aliviada por estar a trabalhar

Gosto de aprender e crescer

E dia-a-dia sei que estou a melhorar

Refrão

Denotou-se a necessidade de utilização do plano verbal na décima segunda e décima sétima sessão nas quais a A.O. necessitou abordar novamente o tema dos maus tratos sua infância, sem se conseguir passar para o plano musical. Na décima oitava sessão, à semelhança do que sucedeu na oitava, e nas duas sessões acima referidas, a A.O., revelando sentimentos de raiva causados por uma situação que lhe causara frustração relativamente à sua nova amorosa, não quis explorar esses sentimentos através da utilização de técnicas ativas de musicoterapia. No entanto, em contraposição com a atitude que tinha anteriormente tomado, utilizou a audição de músicas como meio de nomear sentimentos referindo “sentir-se melhor” posteriormente.

Nas sessões finais gravaram-se as canções que tinham sido realizadas durante os últimos sete meses.

7.3. Resultados Finais e discussão

Um fator que contribuiu positivamente para o decorrer das sessões foi o investimento da jovem ao trazer letras que já tinha elaborado e que eram, já por si, uma expressão do seu mundo interior. É de realçar esta característica pessoal da jovem, que trouxe para o contexto das sessões material pessoal que já tinha sido redigido, pensado, escrito por si. Outro elemento que contribuiu para o sucesso das sessões foi também a motivação da jovem em utilizar de forma proactiva as sessões, sugerindo ideias e propondo projetos musicais. Um último dado que terá influenciado o percurso musicoterapêutico desta jovem foi a relação terapêutica que desde cedo se construiu. De acordo com Browne (2009), as ligações emocionais são mais dificilmente realizadas por parte das crianças institucionalizadas do que por aquelas que estão inseridas em famílias de acolhimento. A falta de relação continuada com um cuidador pode ajudar a criar crianças desesperadas por atenção e afeto de um adulto. A aliança terapêutica conferiu segurança e conforto para que fossem abordadas as temáticas de maior dificuldade emocional e a A.O., na última sessão que referiu que se tinha sentido apoiada “nos choros e nas tristezas”.

Em relação ao objetivo terapêutico de aumentar a autoconfiança, a estagiária foi reforçando positivamente todos os projetos e atividades musicais a que a A.O. se propôs realizar, sublinhando a importância de realizar tarefas e atividades da sua autoria. Foi visível a sua progressiva diretividade, ao longo das sessões, no modo como idealizava as canções e depois as executava, sugerindo e dirigindo a tarefa musical. Segundo Tomlinson (2004) a abordagem terapêutica com crianças fragilmente integradas deverá ser baseada em aspetos psicológicos e terapêuticos do indivíduo. Aquele autor propõe

como ponto de partida do trabalho psicoterapêutico com crianças emocionalmente desintegradas, o confronto com a realidade externa tentando mostrar, sem juízos de valor, o que é que aconteceu, devolvendo-lhe a ação que realizou. Foi sendo devolvida a realidade externa no que se refere às iniciativas que a jovem realizava no seio da sessão o que contribuiu para o seu processo de constante expressão de sentimentos e pensamentos. Quanto ao sub-objetivo de aumentar a frequência de iniciativas numa dada atividade musical, pode-se referir que de um modo global, a A.O. foi respondendo aos estímulos musicais que partiram, inicialmente, da estagiária mas que ao longo das sessões foram sendo iniciados pela A.O. Em relação ao sub-objetivo de aumentar o número de situações musicais cujo resultado seja satisfatório, pode-se dizer que, devido à motivação preexistente da jovem em musicar os poemas que ia elaborando fora da sessão, este sub-objetivo foi atingido. É de realçar a nona sessão na qual após uma fase de resistência e dificuldade em elaborar a letra de um *rap*, trouxe na sessão seguinte a letra do rap já elaborada e à medida que ia cantando o rap, ia sendo visível o aumento da sua confiança. Quanto ao sub-objetivo de realizar um projeto musical cujo resultado fosse satisfatório para a A.O., pode-se dizer que a intervenção musicoterapêutica teve como produtos quatro gravações de canções, três delas com suporte harmónico de guitarra, cantadas pela jovem sendo que para uma das canções foi utilizada a base instrumental original. O facto de haver um resultado concreto nas sessões (a música) provoca um sentido de realização, de conquista, no adolescente (Derrington, 2005). Para além disto, tanto ao longo das gravações que iam ocorrendo nas sessões finais como no término do estágio, a A.O. insistia em ficar com uma gravação das canções para si, portanto conclui-se que este sub-objetivo foi alcançado.

Quanto ao objetivo de aumentar a resistência à frustração pode-se dizer que foi um objetivo relativamente atingido. No que se refere ao sub-objetivo de tomar consciência das situações em que sente o impulso de desistir de determinada tarefa ou projeto musical, conclui-se que apesar de nalgumas sessões ter sido necessário o apoio da estagiária na identificação dos impulsos, de um modo geral a A.O. foi progressivamente identificando como e no que é que deveria insistir para que um determinado projeto pudesse ser finalizado. A A.O. assumia de modo consciente quando queria desistir de alguma tarefa, o que permite concluir que este sub-objetivo foi sendo conquistado. Quanto ao sub-objetivo de aumentar o número de vezes em que contraria o impulso de desistir de determinada tarefa ou projeto musical pode dizer-se que foi difícil de alcançar. Em parte deveu-se ao facto da métrica dos poemas escritos pela A.O. nem sempre coincidirem com a métrica da canção escolhida. Foram várias as sessões em que a A.O., perante uma dificuldade, mostrava uma atitude desistente. No entanto foi sendo feito um trabalho através de uma relação empática que permitiu a A.O. sentir-se segura suficiente para exprimir a razão de não realizar a tarefa musical até ao final. Em relação ao sub-objetivo de finalizar uma atividade ou projeto musical contrariando o impulso de desistir, tendo em conta três das sessões (oitava, décima segunda, decima sétima) em que a A.O. não se mostrou disponível para realizar quaisquer tarefas musicais, não se pode dizer que tenha sido bem-sucedido. No entanto, é de realçar que na décima oitava sessão utilizou a audição de músicas como meio de nomear sentimentos referindo “sentir-se melhor”.

Relativamente ao objetivo de aumentar o grau de autonomia também se considera que foi parcialmente atingido. O facto de terem sido realizados projetos musicais promovendo a sua autoria à A.O. constituiu um meio de *empowerment*. O sub-objetivo

de tomar consciência das situações musicais onde se evidencia maior dependência na opinião do outro foi parcialmente conseguido. Em relação ao sub-objetivo de aumentar o número de vezes que não pede aprovação do outro para continuar uma atividade foi sendo progressivamente atingido dadas as sessões iniciais revelarem uma forte dependência em relação à opinião da estagiária que se manteve neutra e devolveu a responsabilidade. Progressivamente a A.O. foi adquirindo capacidade cada vez mais frequente de tomada de decisão, o que aumentava a sua confiança no seu projeto ou tarefa musical. Por fim, relativamente ao sub-objetivo de realizar uma tarefa ou projeto musical com pouco suporte do musicoterapeuta pode-se dizer que foi de menor sucesso dada a grande dependência na opinião da A.O. em pessoas exteriores a si mesma. No entanto, é de referir, já na fase de gravações que decorreram entre a 22^a e 26^a sessões, quando a estagiária sugeria a introdução de um novo instrumento naquela canção, a A.O. rejeitava, o que permite concluir a ativação de um mecanismo de diferenciação nesta fase em relação à fase inicial.

Ficaram por trabalhar as questões relacionadas com o comportamento sexualizado, com a delimitação de assuntos relacionados com a esfera privada e social e o trabalho de modo direto com os maus tratos na infância. No entanto, estas questões, foram sendo despoletadas pela própria várias vezes durante a intervenção. Está explicado na literatura que, em relação à explicação do comportamento sexualizado da A.O., as ligações emocionais são mais dificilmente realizadas por parte das crianças institucionalizadas do que por aquelas que estão inseridas em famílias de acolhimento e que a falta de relação continuada com a mãe pode criar crianças desesperadas por atenção e afeto de um adulto (Browne, 2009). Por isto é que a A.O. procura nas suas relações amorosas a resposta à sua carência emocional. Neste caso específico onde a

carência emocional é evidente, conclui-se que terá sido importante a A.O. encontrar neste espaço terapêutico um local onde pudesse revelar sem limitações os seus pensamentos e emoções.

Em relação à questão relacionada com os maus tratos na infância, é importante referir que na avaliação final quando questionada sobre qual o assunto que considerou mais importante a A.O. de imediato respondeu “a mãe”. Justificou que o trabalho realizado nas sessões de musicoterapia a tinham ajudado a perceber que a mãe não iria ouvi-la e ajudado a lidar melhor com esse aspeto. Afirmou ainda que a tinha marcado falar do seu passado porque era algo muito seu. Conclui-se que a canção cuja letra e melodia foi personalizada pela A.O. é resultado deste progresso. Em várias sessões a A.O., após partilhar alguns conflitos internos, verbalizava que se sentia mais “aliviada”. Em relação à delimitação entre a esfera privada e social, na última sessão a A.O. referiu que seria importante guardar as coisas para si mesmo para não passar por humilhações ou críticas.

8. Estudo de Caso de grupo

A S.O. tinha 12 anos, era a quinta de uma fratria de sete e foi institucionalizada com três irmãos, uma mais velha e outros dois mais novos. Dos restantes irmãos, um deles encontra-se noutra instituição e os outros dois são maiores de idade e não residem com a mãe. A S.O. realiza visitas quinzenais à mãe, não tendo contacto com o pai. Frequenta o ensino regular, estando no 7º ano de escolaridade. À data de início do grupo A S.O. encontrava-se institucionalizada há um mês. O motivo prendia-se com a demissão das responsabilidades parentais.

O R.A. tinha 13 anos e estava institucionalizado há 11 anos em conjunto com dois irmãos. Trata-se de um dos casos que foi transferido da instituição onde estavam a ser prestados cuidados precários, no concelho de Mafra, e que a pedido da Segurança Social foi institucionalizado na Fundação. Visita quinzenalmente a mãe que demonstra interesse na participação da vida do filho e com quem mantém uma relação de proximidade. No entanto, não existem condições económicas que possibilitem o seu regresso ao meio natural de família. Frequenta o ensino regular, estando no 7º ano de escolaridade, tendo reprovado dois anos. O motivo da primeira institucionalização prendia-se com a falta de cuidados adequados à sua idade e situação pessoal.

O I.S. tinha 15 anos e foi institucionalizado há 12 anos. A figura de referência para o I.S. é a sua avó materna com quem está semanalmente mas que não possui condições económicas para o acolher. A sua mãe demitiu-se do seu papel de cuidadora, visitando-o semestralmente. O I.S. não conhece o seu pai. Frequenta o 5º Ano numa escola de ensino Especial. É outro caso, à semelhança do R.A., cujo motivo da primeira

institucionalização se prendia com a falta de cuidados adequados à sua idade e situação pessoal.

O J.V. tinha 16 anos e estava institucionalizado juntamente com um irmão mais novo há 12 anos na Fundação. Visita quinzenalmente a mãe e irmãos com quem mantém relação de proximidade mas que não reúne as condições económicas que possibilitem o seu regresso ao meio natural de família. Frequenta curso profissional de informática. É outro caso, à semelhança do R.A. e I.S. cujo motivo da primeira institucionalização se prendia com a falta de cuidados adequados à sua idade e situação pessoal.

O F.A. tinha 13 anos e encontrava-se institucionalizado há dois anos, juntamente com um irmão mais novo. Foi retirado do seu ambiente familiar porque se encontrava em situação de perigo eminente visto ser agredido constantemente pela sua mãe, que estava alcoolizada. Vivia em más condições de higiene e era mantido no quarto sempre que estava fora dos períodos escolares. Frequenta o 6º ano do ensino regular. O motivo de institucionalização prendia-se com negligência parental e maus tratos.

A E.P. tinha 14 anos e encontrava-se institucionalizada há um mês à data de início do grupo, juntamente com outra irmã mais nova. É a mais velha de uma fratria de quatro irmãos. A mãe encontra-se presa e o pai não apresenta capacidades de prestar os cuidados básicos aos filhos uma vez que tem um problema de alcoolismo. Mantém relação de proximidade com os avós maternos que as visitam várias vezes durante a semana. O motivo de institucionalização prendia-se com a ausência de suporte familiar.

8.1. Diagnóstico e Razões de encaminhamento para a musicoterapia

Segundo dados da equipa educativa, a S.O. foi sinalizada para o grupo por apresentar problemas de comportamento desafiante e de oposição, problemas de adaptação social e de relacionamento interpessoal; o R.A por apresentar problemas emocionais e de desmotivação escolar; o I.S. por apresentar dificuldades em manter relações interpessoais com os colegas. O J.V. foi sinalizado por apresentar problemas emocionais, de relacionamento interpessoal e de adaptação social (particularmente dentro do Lar começou a ter problemas de relacionamento com os outros residentes) e apresenta problemas de comportamento e de oposição e em relação aos adultos. Quanto ao F.A. foi sinalizado pela equipa educativa como tendo problemas emocionais e de relacionamento interpessoal e a E.P. por apresentar problemas de comportamento e oposição.

Pelo facto do denominador comum a todos os jovens serem os problemas nas relações interpessoais, de adaptação social e de comportamento, optou-se por um tipo de intervenção em contexto de grupo. Iniciaram-se as sessões a 27-11-2012 e terminaram a 11-6-2013, tendo sido realizadas 23 sessões. Perante os dados recolhidos e após as primeiras sessões, foi elaborado um plano terapêutico de modo a ir ao encontro aos problemas vivenciados pelos membros do grupo.

Tabela 8

Plano Terapêutico Estudo de Caso (Grupo)

PROBLEMA Nº 1: Dificuldade em manter relações interpessoais		
OBJECTIVO: Melhorar competências de relacionamento social		
SUB-OBJECTIVOS:		
Tolerar a presença/ participação de outros numa atividade musical	Aumentar a ocorrência de períodos de envolvimento (ainda que passivo) numa interação musical	Realizar um projeto musical em conjunto
PROBLEMA Nº 2: Dificuldade de controlo dos impulsos		
OBJECTIVO: Aumentar controlo dos impulsos		
SUB-OBJECTIVOS:		
Reduzir a ocorrência de atos de ataque físico	Reduzir a frequência de manifestações verbais agressivas	Reduzir a frequência de atos impulsivos (não contingentes) no seio de uma atividade musical
PROBLEMA Nº 3: Problema de instabilidade emocional		
OBJECTIVO: Aumentar estabilidade emocional		
SUB-OBJECTIVOS:		
Aumentar a duração de um mesmo estado afetivo	Aumentar a frequência dos períodos de estado afetivo neutro	Promover a ocorrência de estados afetivos positivos

8.2. Descrição das sessões

As primeiras sessões com os jovens revelaram-se tumultuosas de um modo geral. E.P e J.V. estavam em constante contacto físico e conversavam de modo a perturbar deliberadamente o ambiente de grupo. S.A. falava ininterruptamente e, R.A esteve a chamar a atenção. Estes quatro elementos assumiam na maioria das sessões uma postura de contradependência. Foram definidas as regras para o funcionamento do grupo e perguntou-se o que queriam fazer naquelas sessões de música. Responderam que gostavam de tocar músicas conhecidas ao qual sugeriu uma tarefa musical dos jovens na sessão seguinte trazerem uma música que gostassem de tocar. Na sessão seguinte nenhum elemento tinha trazido música no entanto utilizou-se o computador da estagiária e foram ouvidas as músicas através da internet. Nesta sessão ficou revelado o papel do J.V. como líder do grupo, dizendo quais músicas eram consideradas boas e más. Na terceira sessão procedeu-se à seleção, por votação, acerca de qual a primeira música a ser executada pelo grupo. Pode dizer-se que até à terceira sessão o grupo teve a sua fase de formação, segundo Rutan (2009), na qual que foi identificado um trabalho de grupo que consistia na recriação de uma música.

Na quarta sessão, para promover o contacto com os instrumentos musicais, já que alguns membros do grupo mostraram resistência em tocar, a estagiária propôs que se iniciasse a sessão com uma improvisação. Foi proposto um jogo musical proposto de suporte à improvisação uns dos outros, havendo um líder musical. Desta improvisação concluiu-se que o instrumento mais desejado era o de percussão de maior dimensão. Concluiu-se que o R.A. assumia um papel de suporte para o I.S. e S.A.; o F.A. assume

papel de dependência em relação ao R.A. o que o leva a entrar na improvisação cada vez que o R.A. toca. A E.P. entrou na improvisação só quando foi R.A. a tocar.

A quinta sessão estava destinada à elaboração do projeto de recriação da canção mais votada pelo grupo. No início da sessão, deu-se um momento de liderança de J.V. que tocou outra música diferente da escolhida inicialmente e todos a cantam. Estes momentos serviram para estabelecer a aliança terapêutica com o grupo ao não ser assumida uma postura diretiva mas sim de empatia. Deu-se início à elaboração desta recriação musical. Tocou-se a música duas vezes até R.A. referir que não gostava do que ouvia. Todos os membros começaram a desistir do projeto musical, refutando-o. Em atitude de contratransferência, S.A. retira o instrumento ao R.A. e tocou ininterruptamente, uma vez que queria continuar a tocar a música. Nesta fase de desenvolvimento o grupo aplicando os conceitos de Rutan (2009) pode-se dizer que estava em fase de reatividade. Aplicando os conceitos referidos por Bennis & Shepard (1974) o grupo estava na primeira fase mas especificamente na 2ª Subfase 2 de Contradependência-Fuga onde se assistia ao surgimento de novos líderes no grupo, nomeadamente R.A e S.O..

Na sétima sessão, dado não quererem voltar a tocar a música mais votada, a estagiária propôs o mesmo jogo musical da 5ª sessão. S.A. impulsivamente atira clavas para longe. Desta vez, quando R.A. iniciou improvisação, J.V., S.A. e F.A deram suporte musical. Ainda nesta sessão foi a S.A. a realizar improvisação e a ser apoiada pelo grupo. Decorreram, interrompidas, algumas improvisações em conjunto que, embora não muito longas, permitiram inferir que o grupo tinha atingido a terceira fase de formação, como

refere Rutan (2009), a de “trabalho” visto que, nesta sessão, se realizou a tarefa de apoiar a improvisação uns dos outros.

Na nona sessão deu-se um acontecimento fulcral no desenvolvimento do grupo, uma vez que os seus membros afirmaram que não queriam estar nas sessões de musicoterapia, não percebendo porque têm de estar ali. Concluiu-se que o grupo tinha regressado à segunda fase, de diferenciação. Rutan (2009) afirma que é comum nesta fase um ou mais membros ameaçarem abruptamente a sua retirada ao mesmo tempo que se queixam do terapeuta ou de outros membros do grupo. Por vezes o terapeuta é rotulado como incompetente ou desinteressado. De facto, para a estagiária, esta fase provocou uma crise de confiança uma vez que a reação por parte dos membros foi inesperada.

À data da décima sessão, decidiu-se alterar a estratégia. Apoiando-se na literatura relativa às tecnologias (Cobbet, 2009) e ao uso do rap (Kobin and Tyson, 2006, citados por Olson-McBride, 2009), utilizaram-se métodos da tecnologia musical. Isto implicou a instalação de programas de computador, a utilização do computador pessoal durante o resto das sessões e ainda requisição à Fundação o uso da mesa e equipamento de som. Foram pedidas músicas que eles tivessem nos seus mp3 e tanto o A.R. como o J.V. utilizaram os seus para se realizar a audição musical das músicas que ouviam diariamente, cantando-as ao microfone. Foi nesta sessão que se conseguiu elaborar um ISO mais aprofundado acerca de cada membro, a ser registado: SO é pop (Rihanna), Kizomba (Anselmo Ralph), Kuduro, hip hop lusófono (Katanga, NGA); RA é hip hop português (NGA, Loreta, Katanga, Madrugá Yoyo, Apollo G, Jaga, Prodígio, Fronta) e hip hop americano (Lil Wayne, Wiz Khalifa, Lil Chukee); IS é pop e hip hop americano

(Ne-Yo, Usher, Michael Jackson), Kizomba (Anselmo Ralph), Kuduro, hip hop lusófono; JV é hip hop português (Plutónio, Jackpot, NGA, Katanga, Samuryner, Kosmo, Pupilos do Kuduro), Kuduro (Kaysha), pop americano (Ne-Yo, Usher, Michael Jackson); FA hip hop americano (Eminem); EP é pop (Jennifer Lopez), Kizomba (Anselmo Ralph, Ravidson, C4 Pedro, Nelson Freitas), hip hop português (Plutónio, Jackpot, NGA, Katanga, Samuryner, Kosmo, Pupilos do Kuduro), Kuduro, Tarraxa. Pode-se concluir que o ISO grupal era em relação ao hip-hop. Segundo Cobbett (2009) é um elemento fulcral nas suas sessões já que este estilo de música pode ser um aliado no que se refere à supressão das diferenças culturais entre musicoterapeuta e adolescente.

Na 11ª sessão, a estagiária propôs, com base na literatura que tinha lido e no ISO levantado junto de cada jovem, a elaboração de uma dinâmica de modo a criar uma letra em conjunto, de grupo, de modo a serem trabalhadas as competências interpessoais e sociais dos elementos do grupo. O processo criativo da letra foi partilhado e colaborante entre todos. O grupo tinha atingido a terceira fase descrita por Rutan (2009), novamente. R.A. não estava presente no grupo mas todos os restantes membros estavam. Escolheu-se uma música que servisse de base para a letra criada (“Um caminho pela frente” dos Plutónio). Da 11ª sessão até à 15ª, altura em que se gravou a canção com a base instrumental, o trabalho terapêutico foi o de aperfeiçoar a letra, em grupo. Segundo Allen (2005) a terapia do hip-hop pode ser descrita como inovadora e usando técnicas sensíveis a cultura em conjunto com abordagens terapêuticas como musicoterapia, terapia comportamental e terapia narrativa. Tal como referido por Mazza (1999, citado por Olson-McBride, 2009), o uso de poesia ou de letras de músicas é muitas vezes um catalizador para se falar de sentimentos, objetivos e valores (Kobin and Tyson (2006,

citados por Olson-McBride, 2009) afirmam que a discussão acerca das letras rap num contexto terapêutico permite aos indivíduos falarem acerca da sua informação pessoal de modo projetivo usando uma linguagem que lhes seja familiar. A letra criada foi a seguinte:

Refrão: Não penso no pecado

Mas o pecado pensa em mim

Infelizmente estou aqui

E esta tristeza não tem fim

Se tu vieres aqui

Não penses só em ti

Pensa em todo o Mundo

E assim serás feliz

Quem inventou a distância

Não sabe o que dói a saudade

E vim para aqui com esperança

E perdi a minha liberdade

Não sei se onde estou

É onde quero ficar

Só Deus sabe pra onde vou

E qual será o meu lugar

Rap:

Estou farto desta vida

Só me apetece fugir

Não há outra saída

E não sei para onde ir

Esta nossa quadra

É com rima aplicada

Estamos a virar poetas

Neste conto de fadas

A.E.P. realizou parte da letra que exprimia os seus sentimentos com os quais a S.O. se identificava. Os outros três membros que já residiam na Fundação há mais de 10 anos não se identificavam tanto. É de sublinhar que R.A. assumiu uma atitude de contradependência em relação à letra, não se identificando. I.S. teve um papel cooperante e F.A. manteve-se neutro. No entanto todos contribuíram, mesmo o R.A. na elaboração de frases que lhe fossem significativas (do quinto ao oitavo verso). Dada a gravação da música ter ocorrido em condições precárias e sem recursos necessários, os jovens não se denotaram muito motivados para continuar a fazê-lo.

Das sessões 16^a e 17^a tentou-se procurar novo projeto de grupo. Foram observados vários momentos de contratransferência o que levou a colocar em hipótese o facto do grupo ter regressado a primeira fase de formação (Rutan, 2009) em que se procurava o objetivo de estar ali e quais as tarefas a realizar. Aqui a atitude da estagiária não foi

diretiva, dando lugar ao grupo de procurar e fazer o seu percurso apesar da ansiedade sentida pelos membros.

Na 18ª sessão, percebendo que o grupo não tinha projeto terapêutico e estava a avaliar o último com base numa gravação insuficiente, a instalou-se um programa no computador de gravação e voltou a levar *batidas* de hip-hop para servirem de base para o trabalho de grupo. Ao ouvir as *batidas*, S.A. sugere alertar a melodia que já estava destinada àquela letra e, motivando o grupo a participar naquela alteração, pede à estagiária que coloque todos os sons de modo a escolherem um. Dá-se momento criativo e de cooperação principalmente motivado por S.A. . Da 18ª à 22ª sessão, trabalhou-se a nova melodia na música, redistribuíram-se papéis e alterou-se o ambiente de grupo. R.A., S.O. e E.P. alternavam a parte vocal; I.S. fazia um pequeno rap inicial; F.A. estava encarregue da manutenção do som, o que foi importante para a sua definição de papel no grupo e para que os outros lhe dessem um lugar de importância, já que era quem que iniciava ou parava a gravação.

Na 23ª sessão deu-se o encerramento do grupo onde se realizou uma autoavaliação do grupo. Como aspetos a realçar são de referir o facto de F.A. ter avaliado positivamente o seu papel durante o processo de música; o facto da S.A. ter avaliado como positivo o ter estado presente nas sessões; o facto da E.P. ter avaliado como positivo o poder estar em relação com os outros, fora do ambiente do lar de modo a permitir maior conhecimento uns dos outros. Como aspetos negativos da avaliação, foi ressaltado o barulho que as vezes sentiram pelo facto de não haver ordem nas sessões, que isso os incomodava e ainda alguns momentos de elevado nível de barulho provocado pelas improvisações.

8.3. Resultados finais e Discussão

Ao nível dos resultados finais pode-se dizer que este grupo teve um desenvolvimento que percorreu as fases de desenvolvimento sugeridas por Rutan (2009), registando-se por vezes com longos períodos de permanência na fase de reatividade mas também de “trabalho”. Relativamente às fase sugeridas por Bennis & Shepard (1974) é de referir a permanência do grupo na subfase de contradependência e também de resolução-catar-se, incluídas na fase de dependência de formação de grupos.

Conclui-se que o espaço terapêutico criado através das sessões de musicoterapia serviu principalmente o objetivo do grupo de melhorar competências de relacionamento social. Atingiram-se resultados positivos no que se refere à tolerância da presença dos membros numa atividade musical, e a nível do percurso na improvisação houve um gradual aumento de ocorrência de períodos de envolvimento entre os membros. Tal pode ser verificado quando se comparam as improvisações da quarta sessão com as da sétima, onde já existe um aumento de suporte musical maior entre os membros do grupo. Pode-se concluir que o projeto musical que consistiu na elaboração da música rap foi um indicador de que o grupo atingiu o objetivo de aumentar as suas habilidades de interação social, dado ter sido necessário trabalho em equipa. No entanto, ao longo do estágio foi conferida a necessidade de, tal como referido na literatura, analisar o comportamento dos jovens a partir do que o poderá despoletar em vez de ter uma atitude de contratransferência. Assim, o comportamento pode ser visto como um sinal, um pedido de ajuda. Se o comportamento é destrutivo e provoca ansiedade, pode não ser imediatamente possível ou apropriado focar-se no significado do comportamento (Tomlinson, 2004). O comportamento antissocial pode também ser visto como

expressão de desejo de algo, por exemplo, uma criança que rouba pode desejar algo não tem e deseja encontrar que poderá ser atenção e amor de uma figura parental. Não é o objeto em si mas o que isso representa. Se a necessidade por trás do comportamento não for entendida, a criança poderá responder repetidamente e perpetuar o comportamento (Tomlinson, 2004).

Relativamente ao objetivo de redução de ocorrência de ataques físicos, pode-se dizer que foi parcialmente conseguido, no entanto, verificou-se que, quanto maior o envolvimento numa determinada atividade musical, menor o número de manifestações verbais ou de atos impulsivos durante a sessão, verificado através das sessões 16^a e 17^a, aquando da ausência de projeto de grupo.

No que concerne ao objetivo de aumentar da estabilidade emocional, pode-se dizer que foi parcialmente atingido dado o grupo ter conseguido atingir momentos de duração do mesmo estado afetivo tanto a nível musical como verbal. A nível dos estados afetivos neutros e positivos, pode-se dizer que foram parcialmente conseguidos devido à instabilidade emocional que caracteriza estes jovens. No entanto, é de realçar que, durante o desenvolvimento de grupo, registaram-se alguns momentos-chave de exposição verbal levados a cabo por membros do grupo como E.P. e J.V., que colocaram “material próprio” o que motivou o amadurecimento afetivo do grupo.

Um fator de sucesso, conforme descrito na literatura, foi o recurso à técnica do hip-hop e às tecnologias. Apesar de Allen (2005) considerar o hip hop como uma terapia, foi utilizado nas sessões como uma estratégia. Kobin and Tyson (2006, citados por Olson-McBride, 2009) afirmam que a discussão acerca das letras rap num contexto terapêutico

permite aos indivíduos falarem acerca da sua informação pessoal de modo projetivo usando uma linguagem que lhes seja familiar. Em si mesmo o rap tem um cariz de forte crítica social e apele a alguns valores e modos de vida mas tem também em si mesmo possibilidades de exprimir narrativas ao convidar o adolescente a explicar o que sente e do que se lembra quando ouve determinada letra (Cobbett, 2009). De facto deu-se um aumento de envolvimento dos membros do grupo quando aqueles dois elementos foram introduzidos na 10ª sessão, no entanto, pensa-se as sessões anteriores terão tido alguma influência no processo formativo do grupo, de modo a poder-se “trabalhar”. Com os adolescentes, os musicoterapeutas têm muitas vezes o objetivo de que não só exprimam as suas ideias acerca do seu mundo como também os seus sentimentos (Aigen, 1997; Frisch, 1990; Mark, 1988; Well & Stevens, 1984; Wooten, 1992, citados por Skewes, 2001), o que ficou bem evidenciado na letra da música criada em conjunto pelo grupo que referia sentimentos de angustia, insatisfação mas também alegria em estarem institucionalizados.

Outro fator que contribuiu para o desenvolvimento do grupo foi a aliança e relação terapêutica estabelecidas entre terapeuta e jovens. A literatura refere que estes jovens apresentam resistências a relações de proximidade e intimidade, recorrendo ao uso de mecanismos de contratransferência de modo a, por um lado, delimitarem o seu espaço e, por outro, não sofrerem com a separação. A raiva pode ser uma ativação de respostas ao medo como uma forma biológica de autoproteção da criança. Isto explica o estado híper-alerta e híper-reativo de muitos residentes em ambiente terapêutico (p. 67/68) (Ward, A. Kasinski, K. Pooley, J. Worthington, A., 2003). Estes jovens revelam uma tendência de agir em vez de falar quando experimentam emoções difíceis. As emoções são rapidamente avassaladoras, com explosões de raiva, violência e angústia. As

emoções de angústia mais difíceis de lidar são as que se associam a um profundo sentimento de rejeição com o de perda traumática (Ward, A. Kasinski, K. Pooley, J. Worthington, A., 2003). Isto explica os movimentos de contratransferência realizados pelos membros do grupo em relação à estagiária ao longo de todas as sessões. No entanto pensa-se que mais sessões poderiam ter ajudado a um maior desenvolvimento do grupo.

9. Outras intervenções

No âmbito do estágio de musicoterapia, foram realizadas mais sete intervenções musicoterapêuticas, sendo cinco delas individuais com residentes da “Casa das Conchas” e as outras duas, em grupo, da “Casa do Mar”.

A V.M. tinha 11 anos, encontrava-se institucionalizada desde há um mês quando se iniciou intervenção. É a segunda mais velha de uma fratria de quatro irmãos, sendo que é a mais velha do segundo companheiro da mãe em conjunto com os dois irmãos mais novos, de quem é bastante protetora. A mãe encontra-se presa e o pai, sendo alcoólico e tendo realizado já mais que uma desintoxicação, continua a não apresentar capacidades de prestar os cuidados básicos aos filhos. O motivo de institucionalização prendeu-se com a ausência de suporte familiar. A V.M. não foi sinalizada para a musicoterapia por nenhum membro da equipa educativa tendo sido a própria a insistir, desde novembro, para ter sessões por gostar muito de música. A V.M. apresentava problemas emocionais, relacionados com o facto de estar institucionalizada e da mãe estar presa. Expressava pouco os sentimentos negativos, oscilando entre uma atitude positiva e uma negação dos sentimentos com os quais lhe eram difíceis lidar. Iniciaram-se as sessões de musicoterapia em março de 2013 e ocorreram nove sessões. A nível de trabalho terapêutico, podem-se referir que foi, por um lado, o de apoio na sua aceitação pelo facto de se encontrar institucionalizada e, por outro lado, o apoio em não estar junto da mãe. O seu ISO era a música pop americana, nomeadamente Rihanna, Shontelle e Alicia Keys. Foram utilizados os métodos de improvisação a nível instrumental e de construção de canções. O progresso terapêutico foi sendo notável, sendo que na 3ª sessão se construiu uma canção, com base numa letra que ela tinha trazido que foi elaborada baseada na canção “Impossible” da Shontelle. A letra é reveladora do que foi

sendo trabalhado em sessão e é de realçar que verbalmente a V.M. não atingia este nível de expressão emocional como o fez através da canção.

Sinto que já não consigo
Ultrapassar os meus medos
Pois eu já não estou contigo, mamã, mamã

Queria voltar ao início
Acordar com o teu carinho
Os teus abraços e beijinhos, mamã

E não
Eu jamais irei-te esquecer
Pois somos inseparáveis
Mesmo longe uma da outra

Continuo a amar-te
Como sempre te amei
Vais ser sempre a mãe
Mais linda do mundo
Quero ajudar-te
Para o que for preciso
Nunca te deixar sem um ombro amigo
Amo-te mãe

Nas restantes sessões recorreu-se à improvisação instrumental, utilizando com frequência o xilofone, com o qual se improvisava longos períodos de tempo. Percebeu-se que era um modo da V.M. exprimir as suas preocupações e aliviar a sua vivência de estar institucionalizada. Por vezes recorria ao uso de instrumentos de percussão, realizando improvisações bastante longas. Teriam sido necessárias mais sessões para poder elaborar mais trabalho terapêutico relevante.

A M.A. foi um dos pedidos de estágio inicialmente realizados pela instituição. Tinha 11 anos e estava institucionalizada há dois anos. Nasceu com síndrome de abstinência, apresentava um diagnóstico de perturbação da vinculação e perturbação disruptiva de desregulação do humor. Tomava medicação desde os 4 anos. Esteve várias vezes hospitalizada durante longos períodos no departamento de pedopsiquiatria. Tinha comportamentos agressivos. Frequentava uma escola de educação especial o que lhe permitia ter equivalências ao nível do primeiro ciclo. Foi transferida de outra instituição para o Século e o motivo de acolhimento foi o de não estar a receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal por parte dos cuidadores. Foram realizadas 14 sessões de musicoterapia com a jovem que foram interrompidas porque em abril de 2013 foi para uma instituição mais adequada às suas necessidades. O trabalho terapêutico realizado com a M.A. foi relacionado com o estabelecimento de relações interpessoais e sociais de modo adequado. O seu ISO incluía música africana, particularmente o estilo funaná, e cantores africanos como Anselmo Ralph, Duda, Power Boys e Rei Helder. Incluía ainda música cigana como Xano. Numa primeira fase, dado se ter assistido a algumas crises relacionadas com a patologia pedopsiquiatria que a levavam a ter comportamentos agressivos e violentos, a monitora de referência esteve presente durante as três primeiras sessões. Pensou-se que o trabalho terapêutico passaria

por alterar os seus comportamentos. Na segunda fase de intervenção, reformularam-se os objetivos terapêuticos e a intervenção passou a focar-se mais nas relações interpessoais. A partir deste momento, recorreu-se à audição de canções que foram sendo coreografadas e dramatizadas. Foi esta a estratégia descoberta para poder estabelecer relação com a jovem. A noção dos limites do eu/tu, a adequação de linguagem corporal ao que estava a ser revelado na canção e a dramatização em conjunto, foram aspetos que em conjunto foram sendo trabalhados, utilizando como principal estratégia a dança em conjunto. A definição e negociação de papéis que eram associados à dramatização das letras das canções revelaram-se uma estratégia de sucesso para se trabalhar o comportamento social adequado com a M.A. e progressivamente foi-se criando uma relação terapêutica.

A M.N., tinha 13 anos e residia há 6 meses, um mês após a morte da sua figura de referência que era a avó. O motivo de institucionalização da M.N. foi o de ausência de suporte familiar. Apresentava problemas cognitivos e estava diagnosticada com atraso mental moderado. Tinha crises de instabilidade de humor e dificuldades em estabelecer relações interpessoais, chegando a isolar-se dos restantes residentes. Gostava muito de dançar e cantar. Foram realizadas 17 sessões e utilizadas estratégias como a audição musical, a recriação de canções, a construção de canções com a variação do *son parody*, ou seja, com alteração ligeira de partes da letra. Houve ainda houve o recurso a tecnologias através do qual se realizou um vídeo dedicado à avó. O seu ISO incluía Justin Bieber e Fred Fox. O trabalho terapêutico com a M.N. foi o de apoio na elaboração do processo de luto da avó. A M.N. apresentava normalmente uma atitude cooperante e responsiva ritmicamente, desenvolvendo longas improvisações na percussão. Com o desenrolar das sessões, o “assunto” terapêutico da avó tornou-se

evidente. A partir da oitava sessão o trabalho terapêutico passava por apoiar emocionalmente a M.N. na perda que sentia. A estagiária improvisava na guitarra alguns acordes e a M.N. cantava frases como “porque é que me deixaste aqui, avó?”. À data da 16ª sessão, uma antes da final, ocorreu um momento regressivo em que a M.N. assumiu a postura corporal fetal, chamando e gritando pela avó. Segundo as fases de luto definidas por Kubler-Ross (1969), pode-se afirmar que a M.N. percorreu, ao longo das sessões de musicoterapia, chegando a condensá-las numa única sessão, exemplificadas pela 16ª sessão, a primeira fase, a de negação, a segunda, de raiva e a terceira, de colocar tudo em causa. Pensa-se que o trabalho realizado através das sessões poderia ter ajudado a jovem a vivenciar apoiada pela musicoterapia, as restantes fases de luto.

O J.I. foi o outro caso do pedido de estágio. Tinha 13 anos e encontrava-se institucionalizado há 11 anos, juntamente com outro irmão mais velho um ano. O motivo da primeira institucionalização prendeu-se com a falta de cuidados adequados à sua idade e situação pessoal. Realizava visitas quinzenais a casa dos pais onde residiam os irmãos mais novos. Frequentava escola de ensino especial. Apresentava um diagnóstico de défice cognitivo ligeiro, depressão, espinha bífida (défice motor membros inferiores; não tem controlo esfíncteres); hidrocefalia; epilepsia controlada; tinha episódios ocasionais de descontrolo físico e agressividade. Tinha consultas regulares de neurologia, oftalmologia, neuro pediatria, neurocirurgia e pedopsiquiatria. Foi sinalizado para as sessões de musicoterapia porque a equipa técnica não conseguia motivar o J.I. para qualquer tipo de atividade. Iniciaram-se as sessões de musicoterapia em novembro de 2012 e foram realizadas 22 sessões de musicoterapia. O trabalho terapêutico central com este jovem foi o da ativação e mobilização emocional e de

trabalhar as competências de relacionamento interpessoal. Como métodos, foram usados a improvisação, a audição musical e a recriação musical. O ISO do J.I. incluía música africana como kizombas e Bonga e cantores atuais como Plutónio e ainda música do estilo *reaggie* como Bob Marley e Matisyahu. Gostava também de música cigana. Poderão ser definidas duas etapas de intervenção, a primeira durou até à quarta sessão. Ocorreu uma ligação emocional a uma música (“One Day” do Matisyahu) que permitiu em sessões seguintes a improvisação vocal e expressão de sentimentos associados tanto a acontecimentos do dia como à revelação sentimentos de baixa autoestima e de desvalorização pessoal. A utilização da pandeireta por parte do J.I. foi de uma grande importância porque, não só conseguia reproduzir e acompanhar o mesmo som que constava da música como também lhe permitiu realizar improvisações instrumentais que revelaram uma musicalidade inesperada neste jovem. Pensa-se que a relação terapêutica que foi sendo construída e solidificada também terá sido importante na adesão do J.I. a certas tarefas musicais propostas como o voltar a pegar na pandeireta quando estava prestes a desistir ou a prolongar o tempo de improvisação vocal relativo a expressão de emoções referentes à sua negativa auto imagem.

A M.C. tinha 19 anos estava institucionalizada no Século há um ano porque a instituição anterior onde estava tinha encerrado. O primeiro motivo da sua institucionalização prendeu-se com maus tratos físicos e abandono. Não tinha qualquer tipo de relação com a sua mãe e mantinha algum contacto com uma das suas irmãs mais velhas. Tinha 5 irmãs e era filha de pais separados, sendo que o seu pai vivia fora de Portugal. Apresentava um diagnóstico de fragilidade emocional e humor oscilante. À data de início das sessões, a M.C. encontrava-se em fase de autonomização, estando quase sempre fora do lar. Um dos principais problemas sentidos pela equipa era o facto

da M.C. não querer estar a residir no lar e, atingindo a maioridade, poderia sair. A sinalização para as sessões de musicoterapia fez-se durante um jantar informal em que a estagiária, percebendo que a M.C. tocava guitarra, propôs tocarem juntas. Foram realizadas duas sessões com esta jovem sendo que durante quatro semanas não apareceu e não justificava a ausência até que a estagiária, em conjunto com a equipa técnica, decidiu dar por encerrada a intervenção com a M.C..

Relativamente aos dois grupos que se criaram, tiveram início sendo um só grupo, de oito elementos, a 19-12-2012. Os membros do grupo eram todos residentes na “Casa do Mar” e as idades variavam entre os 13 e os 18 anos. Com esta constituição, realizaram-se cinco sessões. Os motivos que levaram à institucionalização destas jovens foram os de ausência de suporte familiar em dois dos casos, negligência em quatro dos casos sendo que a dois deles se associam maus tratos físicos e a um deles maus tratos emocionais, um caso de abuso sexual e um por comportamentos assumidos pela jovem que afetam o seu bem-estar e segurança. De um modo geral, estas jovens apresentavam problemas a nível emocional, comportamental e de saúde mental. A nível emocional, os problemas mais comuns traduziam-se na falta de confiança no exterior, dificuldades na expressão emocional, fraca autoestima e vivência de sentimentos de culpa. Ao nível comportamental, assinalavam-se casos de fuga do lar, furtos, desrespeito e oposição às regras e figuras de autoridade, problemas de agressão e comportamentos sexualizados. Ao nível da saúde mental destacavam-se alguns casos de psicoses, alterações de humor ou ansiedade, perturbação disruptiva de regulação do humor, perturbação da vinculação e depressão.

Os métodos utilizados durante estas sessões foram os de recriação musical e improvisação instrumental. As estratégias utilizadas durante estas sessões foram as de

construção de projetos musicais, sendo que a outra estratégia era trabalhar o aqui-e-agora da sessão. No desenrolar das sessões concluiu-se que não era somente a diferença de idades que começavam a evidenciar-se, nem o tamanho do grupo mas era também, de algum modo, o contexto de amadurecimento que as jovens começaram a apresentar. Urgiu a necessidade em separar o grupo, constituindo-se um grupo com as jovens mais velhas, que tiveram mais quatro sessões e outro com as mais novas que tiveram três sessões. Em relação ao grupo das mais jovens pode-se dizer que, devido a constantes fugas à instituição, devido a vivências de períodos de oposição às figuras de autoridade, devido a vivências de bastante instabilidade emocional na vida destas jovens, houve bastante dificuldade em realizar as sessões, fator que fortaleceu a capacidade de resiliência da estagiária mas que não permitiu realizar trabalho terapêutico, apesar da relação de empatia que estava formada com as jovens. As três sessões foram bastante verbais, acerca de assuntos do aqui-e-agora mas sem se conseguir atingir um projeto em conjunto.

O grupo das jovens mais velhas registou uma evolução porque houve uma adesão ao projeto terapêutico que surgiu logo na primeira sessão. O método principal foi a utilização da audição musical, discussão e análise personalizado das letras para cada membro do grupo, a recriação musical e ainda a construção de canções, na última sessão. Em cada sessão uma das jovens partilhava uma canção significativa para ela, explanando em que medida o era; posteriormente a música era ouvida por todas e cada uma partilhava já acerca do tema levantado pela primeira e no final a estagiária tocava a música e cantava-se em grupo. Foram abordados os seguintes temas: abandono e saudades de casa e amigos; a origem da força de estar institucionalizadas; o sentido de vida (“porque é que não vou desaparecer”). É de sublinhar que dos fatores que

contribuiu para a coesão de grupo foi a presença das jovens sessão após sessão, o que conferiu alguma estabilidade ao grupo e deu continuidade ao trabalho terapêutico. Outro fator que contribuiu para o sucesso do percurso do grupo foi a existência e participação de uma residente que liderou as sessões de modo a motivar as restantes a participar, expondo-se e colocando material pessoal nas sessões, o que provocou uma dinâmica positiva para o grupo.

10. Conclusões

O objetivo do presente estágio foi a criação e promoção de um espaço, alternativo às abordagens tradicionais, onde se pudessem realizar sessões de musicoterapia com o objetivo de promover a reparação de alguns dos danos emocionais originados tanto pelos maus tratos que levaram à institucionalização das crianças e jovens como por algumas das consequências inerentes ao acolhimento institucional. Pretendeu-se iniciar um trabalho, dentro das sessões de musicoterapia, que servisse de ponte entre o trabalho da equipa educativa, que diariamente lida com as crianças e jovens institucionalizados, e a reparação terapêutica dos danos.

Conclui-se, perante a exposição realizada acerca da intervenção musicoterapêutica levada a cabo pela estagiária, que o objetivo proposto foi relativamente alcançado. Foi verificado que estes jovens apresentam grandes necessidades ao nível de expressão, não só dos problemas relacionados com os seus quotidiano como desmotivação escolar, problemas nas relações amorosas, discordância em relação às regras e normas dos lares, queixas acerca dos monitores e professores, como também, quando criado o espaço e tempo, expressam preocupações, dúvidas e ansiedades que de revelam um nível de *insight* por vezes inesperado de vivências e experiências dolorosas e difíceis de serem expressas por palavras. Percebeu-se que, com o desenrolar das sessões, os jovens foram exprimindo as suas questões menos superficiais, dando-lhes espaço e colocando material pessoal nas sessões.

Os métodos da construção de canções e da audição musical revelaram-se ser um meio eficaz de acesso ao mundo interior destes jovens. Em relação à construção de canções

verificou-se que segundo Derrington (2005), as palavras sob forma de letra podem ser mais fáceis e revelam menos confronto do que a palavra simplesmente verbal, especialmente se o assunto é difícil para os adolescentes. Além disso, o facto de haver um resultado concreto nas sessões (as gravações das músicas) provocava um sentido de realização, de conquista, no adolescente (Derrington, 2005).

A audição musical seguida de discussão das letras foi também da maior importância. Verificou-se que, tal como referenciado por Wooten (1992, citado por Skewes), a relevância das letras, muitas vezes escritas por artistas também eles adolescentes, ajudam os adolescentes a sentirem-se menos alienados e a conectarem-se com o mundo que os rodeia. A exploração de conteúdo das letras ajudava os jovens a identificar e nomear sensações, experiências ou sentimentos e tal como Mazza (1999, citado por Olson-McBride, 2009) refere, o uso de poesia ou de letras de músicas foi muitas vezes um catalizador para se falar de sentimentos, objetivos e valores.

Relativamente ao uso das tecnologias, adquiriu principal relevo em relação ao grupo referenciado no estudo de caso. Utilizar o computador, aceder a gravações de hip-hop pré-compostas, utilizar programas de gravação de canções, conferiu outra dimensão às sessões, onde os jovens sentiram que estavam a ser ouvidos e respeitados pelo que diziam e faziam.

É de realçar o recurso à terapia verbal já que muitos jovens utilizaram. A estagiária deparou-se com esta discordância em relação à literatura porque muitas vezes o verbal era necessário para a construção de uma relação terapêutica sólida fundamentada e

aliada ao processo de empatia. Muitos jovens ao longo deste estágio utilizaram o verbal antes e depois do musical, concluindo-se que numa sessão de musicoterapia é necessário aliar estas duas dimensões, a verbal e a musical. Este fator que provocou no início ansiedade à estagiária (por achar que teria de estar a promover o musical e não o verbal) mas foi realizado um processo de discernimento no sentido de valorizar terapêuticamente que aqueles momentos e conteúdos verbais poderiam ser integrados e ser igualmente válidos.

Em relação ao papel da estagiária enquanto terapeuta, é de realçar que nem sempre foi claro, nomeadamente em relação aos grupos. Segundo Rutan (2007), ao início, o único papel claro numa terapia de grupo é o do terapeuta. Mas tal facto não foi evidente para a estagiária, sendo necessária, também para ela, uma procura de papéis nas fases de formação dos três grupos que se criaram. Muitas vezes a contratransferência foi motivo de esclarecimento acerca do processo de maturação enquanto musicoterapeuta para a estagiária. No entanto, apesar disto, a estagiária avalia a sua intervenção como pertinente, promovendo um espaço terapêutico de apoio aos jovens da Fundação “O Século” com quem conseguiu estabelecer verdadeira empatia e aliança terapêutica, pretendendo dar continuidade ao trabalho iniciado.

11. Reflexão Final

Uma viagem de mil passos começa sempre com o primeiro.

Provérbio Chinês

Tenho consciência de que esta experiência é a primeira de um longo caminho que pretendo continuar a explorar. Em primeiro lugar foi um desafio enorme a quantidade de situações e atitudes a tomar que foram acontecendo ao longo destes oito meses que tantas vezes me deixaram sem saber o passo terapêuticamente “mais” acertado a seguir. Não estão descritas muitas das atividades, momentos importantes, dentro e fora das sessões (conversas, olhares, abraços, choros, raivas e desesperos) que foram fazendo parte deste estágio e que não consigo transpor nesta secção do relatório.

Como primeira experiência como musicoterapeuta consegui perceber algumas fragilidades técnicas que foram evidenciadas ao rever as gravações das sessões. Entre elas está a não otimização da utilização do tempo no início das sessões, alguma fragilidade em relação à minha formação musical que não permitia por vezes acompanhar o jovem após uma audição musical pela primeira vez, o ficar por vezes no plano verbal, o desconforto em querer aprofundar ou insistir em certos assuntos que poderiam constituir dor para o jovem, mesmo que pudessem revelar-se serem objetivos terapêuticos ou o não respeitar por vezes o princípio da neutralidade ou da não-diretividade durante as sessões. Tais dados permitiram-se aprofundar o meu autoconhecimento e delinear objetivos de trabalho pessoais que me possam fazer crescer integralmente e, por isso, enquanto musicoterapeuta.

Em relação à musicoterapia com crianças e jovens institucionalizados, devo dizer que este estágio foi uma aprendizagem bastante rica para além de marcante. De facto, das primeiras sessões até às últimas notei uma evolução que me levou a agir com maior confiança. Posso dizer que o maior desafio que penso ter encontrado foi relativamente aos grupos musicoterapêuticos. A literatura refere que parece que é mais difícil pensar no comportamento do grupo do que no individual (Tomlinson, 2004). Era esta a minha maior dificuldade em gerir os grupos, o maior desafio enquanto estagiária. No entanto revelou-se que por vezes é até mais difícil perceber a evolução de uma pessoa só do que de um grupo.

Em relação ao trabalho com as crianças e jovens institucionalizados, a literatura referia a existência de uma vocação que requeria um grande compromisso e paciência. Penso que é o maior resumo que posso fazer acerca do que foi vivido neste estágio. Estas crianças e jovens que foram vítimas de maus tratos, que sofreram uma alteração- sem terem controlo- da sua visão do Mundo e do outro, são vulneráveis na sua maioria, podendo de um momento para o outro pôr em causa toda a evolução que foi sendo feita no trabalho terapêutico. Foi longo o processo até perceber o que isto.

Apesar do “Século” proporcionar um enquadramento terapêutico bastante completo e apesar de ser um local que proporciona, de facto, melhores condições económicas e de estabilidade emocional a estas crianças e jovens do que algumas das suas famílias de origem, não deixa de ser uma instituição, sujeita a regras de funcionamento, horários e outras limitações que são incontornáveis nestes contextos institucionais. Por isso penso

que o espaço onde se realiza musicoterapia pode fazer a diferença na vida destas crianças e jovens que precisam por vezes de um espaço só seu.

A literatura refere ainda que o papel do terapeuta nos lares é aliado a uma vulnerabilidade emocional que também é “trabalhável”, conforme aprendi com os técnicos. As relações que estabeleci com os técnicos foram fundamentais para o desenvolvimento do estágio. Não só porque são os que conhecem os jovens melhor que ninguém como também porque na sua maioria são psicólogos, o que permitiu aumentar a visão teórica, humana e terapêutica acerca de vários processos internos que os jovens experienciavam.

Em relação às crianças e jovens com quem me cruzei, é impossível não ter criado ligações emocionais. Não conheci nenhum membro dedicado da equipa que não o fizesse. Aliás, a literatura particularmente referente à teoria da vinculação refere a importância da reparação de danos emocionais através do estabelecimento de relações saudáveis e emocionais com adultos. Ter conhecido cada um dos jovens com quem houve intervenção foi um crescimento pessoal, emocional, cognitivo enorme. Aprendi que a força para estar focado no aqui-e-agora e estar atenta ao que constantemente os jovens estão a dar não “vem” do terapeuta. Trabalhar com esta população faz dar sentido à falta de criatividade, de força, de estratégias para desenvolver mais uma sessão de musicoterapia.

Faltam mil passos por dar mas o primeiro já está a ser dado.

12. Referências

- Allen, N. M. (2005). *Exploring Hip-hop Therapy with high – Risk Youth..* Chicago: Parxis. Vol. 5, pp. 30-36
- Azevedo, M. C. & Maia, A. C. (2006). *Maus-tratos à criança*. Lisboa: Climepsi.
- Benavente, R. C. S. (2010). *Factores de mudanças nas representações da vinculação em crianças de alto-risco*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa com vista à obtenção de grau de Doutor na Universidade de Lisboa na especialidade de Psicologia Clínica. Procura feita em (12/02/13): http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2379/1/ulsd059494_td_Renata_Benavente.pdf
- Benenzon, R. (1988). *Teoria da musicoterapia: contribuição do conhecimento do conhecimento do contexto não-verbal*. Summus Editorial: São Paulo
- Bennis, G. W. Shepard, H.A. (1974). A Theory of Group Development. In Gibbard, G.S. Hartman, I.I. Mann, R.D. *Analysis of Group*. San Francisco, C.A.: Jossey-Bass. pp. 127-150.
- Browne, K. (2009). *The Risk of Harm to Young Children in Institutional Care*. London: Save the Children. Procura feita em (2/03/13): http://www.crin.org/docs/the_Risk_of_Harm.pdf
- Browne, K. Hamilton-Giachritsis, C. Vettor, S. (2007). *Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach*. Procura feita em 7/10/2013: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/98778/E90618.pdf
- Browne, K., Giachritsis, C. H. & Vettor, S. (2007). *Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach Policy briefing*. Violence and Injury Prevention Programme: World Health Organization
- Bruscia, E. K (1998). *Defining Music Therapy*. (S/L): Barcelona Publishers. Pp. 116-117.

Carvalho, S. E. M. (2012). *Aula de Musicoterapia Didática*. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa.

Cobbett, S. (2009). *Including the excluded – Music Therapy with adolescents with social, emotional and behavioural difficulties*. *British Journal of Music Therapy*. Vol. 23, n.º. 2, pp. 15-24.

Derrington, P. (2005). Teenagers and songwriting- supporting students in a mainstream secondary school. Chap. 3, p. 68-75. In Baker, F. & Wigram, T. (2005). *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. S/L: Jessica Kingsley Publishers

Erickson, M. F. & Egeland, B. (2002). Child Neglect. In John E.B. Meyers, Lucy Berliner, John Briere, C. Terry Hendrix, Carole Jenny, Theresa A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment (2nd ed.)*. Thousand Oaks: Sage. pp. 3-20

Fangueiro, C. (2010). *Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais – lares de infância e juventude*. Lisboa: Instituto de Segurança Social. Procura feita em (28/7/2013).

Guerra, M. P., & Lima, L. (2005). *As etapas possíveis no desenvolvimento do pequeno grupo*. In M. P. Guerra, & L. Lima, *Intervenção Psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp. 62-67). Lisboa: Climepsi Editores.

Lei n.º 147. (1999, 1 de Janeiro). *Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco*. Lisboa, DR: Ministério da Educação Presidência da República.

Lei n.º 31. (2003, 22 de Agosto). *Altera o Código Civil, a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, o Decreto-Lei n.º 185/93, de 22 de Maio, a Organização Tutelar de Menores e o Regime Jurídico da Adopção*. Lisboa, DR: Ministério da Educação Presidência da República. Procura feita em 2/7/2013:

Leite, T. P. R. O. (2012). *Aula de Metodologias de Intervenção em Musicoterapia*. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa.

McIntyre, J. (2007) *Creating order out of chaos: Music therapy with adolescent boys diagnosed with a Behaviour Disorder and/or Emotional Disorder*. (S/L): vol. VII (1) p. 56-79. Procura feita em (3/3/13): http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20070330122710/20070330123242/MTT8_1_Joanne.pdf

Olson-McBride, L. (2009). *Examining the influence of popular music and poetry therapy on the development of therapeutic factors in groups with at-risk adolescents*. A Dissertation Submitted to the Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in The School of Social Work. Procura feita em: 2/7/2013

Pinhel, J. Torres, N. & Maia, J. (2009). *Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado*. Lisboa: *Análise Psicológica* v. 21, n.4. Procura feita em (3/15/13): http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312009000400006&script=sci_arttext

Pooley, J. & Worthington, A. (2003). *Therapeutic Communities for Children and Young People*. Jessica Kingsley: London and New York

Reis, V. (2009). *Crianças e Jovens em Risco (Contributos para a organização de critérios de avaliação de factores de risco)*. Dissertação apresentada à Universidade do Coimbra com vista à obtenção de grau de Doutor em Universidade de Coimbra na especialidade de Psicologia Clínica. Coimbra. Procura feita em 2/7/2013:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11781/1/tese%20versao%20reformulada%20final2.pdf>

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

Skewes, K. (2001). *The experience of group music therapy for six bereaved adolescents*. Faculty of music: The university of Melbourne. Procura feita em 2/7/2013

Shonk, S. M. & Cicchetti, D. (2001). *Maltreatment, competency deficits and risk for academic and behavioural maladjustment*. *Developmental Psychology*, Vol. 37, No. 1, pp. 3-17.

Tolfree, D. (1995). *Roofs and Roots The Care of Separated Children in the Developing World*. Arena: Ashgate Publishing. Procura feita em 2/7/2013:

<http://www.crin.org/docs/roofs%20and%20roots.%20%20the%20care%20of%20separated%20children%20in%20the%20deve.pdf>

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

World Federation of Music Therapy (2011) citado por Associação Portuguesa de Musicoterapia (2011) pesquisado em 27/7/2013

<http://www.apmtmusicoterapia.com/#/musicoterapia2>)

Lista de Anexos

ANEXO A - *PSEI- Plano SócioEducativo Individual*

ANEXO B - *LPCJP- Lei n.º. 147/99 de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*

ANEXO C - *Grelha de observação inicial em Musicoterapia (individual e em grupo)*

ANEXO D - *Grelha de avaliação inicial em Musicoterapia (individual e em grupo)*

ANEXO A - PSEI- Plano SócioEducativo Individual

ANEXO B - *LPCJP- Lei n.º 147/99 de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*

ANEXO C - *Grelha de observação inicial em Musicoterapia (individual e em grupo)*

ANEXO D - *Grelha de avaliação inicial em Musicoterapia (individual e em grupo)*



Introdução ao Plano Sócio-Educativo Individual (PSEI)

Identificação da criança/jovem

Nome completo:	Nº de Processo Interno:
Data de Nascimento:	Idade Actual:

Situação Escolar

	Ano de Escolaridade:
	Contacto:

Dados Familiares

Pai	Nome:
	Morada:
	Contacto:
Mãe	Nome:
	Morada:
	Contacto:

Data da realização do PSEI:

Data de início do PSEI:

Início da aplicação do PSEI:

Plano Sócio-Educativo Individual

Área 1 – Desenvolvimento Pessoal e Social

Coordenador do Plano:

Projecto nº1	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº2	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº 3	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº4	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº5	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	

Projecto nº6	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº7	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº8	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº9	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	

Área 2 – Competências Escolares e Profissionais

Coordenador do Plano

Projecto nº1	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº2	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº 3	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº4	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº5	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	

Projecto nº6	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº7	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº8	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº9	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	

Área 3 – Saúde

Coordenador do Plano

Projecto nº1	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº2	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº 3	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº4	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	

Projecto nº5	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº6	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº7	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº8	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº9	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	

Área 4 – Autonomia

Coordenador do Plano

Projecto nº1	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº2	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº 3	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº4	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº5	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	

Projecto nº6	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº7	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº8	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº9	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	

Área 5 – Família

Coordenador do Plano

Projecto nº1	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº2	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº 3	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº4	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº5	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	

Projecto nº6	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº7	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº8	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	
Projecto nº9	Descrição	
	Objectivo Geral	
	Responsável	
	PCI ou outro Instrumento	

Área 1 – Desenvolvimento Pessoal e Social

Projecto nº 2

Descrição	
Objectivo Geral	
Objectivo Operacional	
Estratégias	
Responsável pelo Projecto	
Técnico de Processo	
Duração	
Datas Previstas	
Periodicidade	
Critérios de Avaliação	
Acompanhamento Pós Projecto	
Custo do Projecto	

Área 1- Desenvolvimento Pessoal e social
Projecto nº 3

Descrição	
Objectivo Geral	
Objectivo Operacional	
Estratégias	
Responsável pelo Projecto	
Técnico de Processo	
Duração	
Datas Previstas	
Periodicidade	
Critérios de Avaliação	
Acompanhamento Pós Projecto	
Custo do Projecto	

O Técnico

O Responsável

Data

Avaliação do Plano Sócio-Educativo Individual (PSEI)

Avaliação 1

Data da avaliação do PSEI:

Data de início das alterações ao PSEI:

Data estipulada para nova avaliação do PSEI:

Objectivo Geral	Alcançado:		Observações: (Duração, datas, avaliação)
	Alcançado parcialmente:		
	Não alcançado:		
Estratégias	Concluídas:		
	Novas:		

Avaliação 2

Data da avaliação do PSEI:

Data de início das alterações ao PSEI:

Data estipulada para nova avaliação do PSEI:

Objectivo Geral	Alcançado:		Observações: (Duração, datas, avaliação)
	Alcançado parcialmente:		
	Não alcançado:		
Estratégias	Concluídas:		
	Novas:		

Avaliação 3

Data da avaliação do PSEI:

Data de início das alterações ao PSEI:

Data estipulada para nova avaliação do PSEI:

Objectivo Geral	Alcançado:		Observações: (Duração, datas, avaliação)
	Alcançado parcialmente:		
	Não alcançado:		
Estratégias	Concluídas:		
	Novas:		

Avaliação 4

Data da avaliação do PSEI:

Data de início das alterações ao PSEI:

Data estipulada para nova avaliação do PSEI:

Objectivo Geral	Alcançado:		Observações: (Duração, datas, avaliação)
	Alcançado parcialmente:		
	Não alcançado:		
Estratégias	Concluídas:		
	Novas:		

OBSERVAÇÃO INICIAL EM MUSICOTERAPIA

NOME DO(A) PACIENTE: _____

IDADE: _____

Áreas-Problema (Indicadas pelos Monitores)

Problemas cognitivos	Problemas Motricidade	Problemas Emocionais	Problemas Comportamento	Relacionamento interpessoal	Problemas de Adaptação social	Problemas de Motivação

Produção sonora e musical (espontânea ou face a um estímulo específico)

Qual a produção sonora Inicial? (intensidade, <u>ritmo</u> , características tonais e harmónicas, instrumentos, repertório e géneros musicais)	Comportamento em atividade musical, sem tradução musical (controla-se? Consegue aguardar ordens? É ativo? Transmite confiança? Ou parece cansado?)	Observação do comportamento em geral na sessão de MT	Interpretações – relações tecidas a partir de comportamentos musicais e não-musicais do cliente	Dados de comparação – comparação de comportamentos do cliente, entre a sessão de musicoterapia e outras situações	Produção verbal – expressão verbal do sujeito e afirmações/declarações que ele possa fazer

--	--	--	--	--

Estratégias Centrais da Planificação Terapêutica

Determinar as mais-valias (recursos) do paciente	
áreas de maior fragilidade do paciente	
tipo de experiências musicais mais benéficas para o paciente *	
formas de avaliar o progresso terapêutico	
objectivos realistas para o cliente e que se proporcionem a ser trabalhados através da música para trabalhar os problemas psicológicos do cliente	

***Tipos de Actividades Musicais a considerar:**

- Ouvir música
- Movimento ao som da música
- Cantar
- Tocar instrumentos
- Criar (improvisar, compôr)
- Discutir experiências musicais

OBSERVAÇÃO INICIAL EM MUSICOTERAPIA

NOME MEMBROS DO GRUPO: _____

IDADES: _____

Áreas-Problema (Indicadas pelos Monitores)

Problemas cognitivos	Problemas Motricidade	Problemas Emocionais	Problemas Comportamento	Relacionamento interpessoal	Problemas d Adaptação social

NOME MEMBROS DO GRUPO: _____

IDADES: _____

Áreas-Problema (Indicadas pelos Monitores)

Problemas cognitivos	Problemas Motricidade	Problemas Emocionais	Problemas Comportamento	Relacionamento interpessoal	Problemas d Adaptação social

NOME MEMBROS DO GRUPO: _____

IDADES: _____

Áreas-Problema (Indicadas pelos Monitores)

Problemas cognitivos	Problemas Motricidade	Problemas Emocionais	Problemas Comportamento	Relacionamento interpessoal	Problemas d Adaptação social

NOME MEMBROS DO GRUPO: _____

IDADES: _____

Áreas-Problema (Indicadas pelos Monitores)

Problemas cognitivos	Problemas Motricidade	Problemas Emocionais	Problemas Comportamento	Relacionamento interpessoal	Problemas d Adaptação social

NOME MEMBROS DO GRUPO: _____

IDADES: _____

Áreas-Problema (Indicadas pelos Monitores)

Problemas cognitivos	Problemas Motricidade	Problemas Emocionais	Problemas Comportamento	Relacionamento interpessoal	Problemas d Adaptação social

NOME MEMBROS DO GRUPO: _____

IDADES: _____

Áreas-Problema (Indicadas pelos Monitores)

Problemas cognitivos	Problemas Motricidade	Problemas Emocionais	Problemas Comportamento	Relacionamento interpessoal	Problemas de Adaptação social	Problemas de Motivação

Qual a produção sonora Inicial? (intensidade, <u>ritmo</u> , características tonais e harmónicas, instrumentos, repertório e géneros musicais)	Comportamento em atividade musical, sem tradução musical (controla-se? Consegue aguardar ordens? É ativo? Transmite confiança? Ou parece cansado?)	Observação do comportamento em geral na sessão de MT	Interpretações – relações tecidas a partir de comportamentos musicais e não-musicais do cliente	Dados de comparação – comparação de comportamentos do cliente, entre a sessão de musicoterapia e outras situações	Produção verbal – expressão verbal do sujeito e afirmações/declarações que ele possa fazer

--	--	--	--	--

Estratégias Centrais da Planificação Terapêutica

Determinar as mais-valias (recursos) do paciente	
Áreas de maior fragilidade do paciente	
Tipo de experiências musicais mais benéficas para o paciente *	
Formas de avaliar o progresso terapêutico	
Objetivos realistas para o cliente e que se proporcionem a ser trabalhados através da música para trabalhar os problemas psicológicos do cliente	

***Tipos de Atividades Musicais a considerar:**

- Ouvir música
- Movimento ao som da música
- Cantar
- Tocar instrumentos
- Criar (improvisar, compôr)
- Discutir experiências musicais