



Universidades Lusíada

Matos, Carolina Rodrigues da Silva 1998-

Sons da mente em equilíbrio : musicoterapia na doença mental

<http://hdl.handle.net/11067/7426>

Metadados

Data de Publicação	2023
Resumo	<p>A elaboração do presente relatório enquadra-se na unidade curricular Seminário de Estágio, do 2º ano letivo do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Descreve o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular, com a duração de oito meses e decorreu no serviço de Psiquiatria do Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa. Durante este período, beneficiaram de acompanhamento musicoterapêutico vinte e nove adultos, oito deles em setting individual e os restantes vinte ...</p> <p>The preparation of this report is part of the curricular unit Internship Seminar, of the 2nd academic year of the Master in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa. It describes the work carried out within the scope of the curricular internship. It lasted eight months and took place in the Psychiatry service of the Hospital das Forças Armadas-Lisbon Branch. During this period, twenty-nine adults benefited from music therapy accompaniment, eight of them in an individual setting and the r...</p>
Palavras Chave	Hospital das Forças Armadas. Serviço de Psiquiatria (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Doenças Mentais - Tratamento, Musicoterapia - Prática profissional
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-05-03T04:47:26Z com informação proveniente do Repositório



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

**Sons da mente em equilíbrio:
musicoterapia na doença mental**

Realizado por:
Carolina Rodrigues da Silva Matos

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

Orientado por:
Tenente Maria Celeste da Cunha Vilarinho

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Supervisora: Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Arguente: Prof.^a Doutora Susana Aurora Gutiérrez Jiménez

Dissertação aprovada em: 16 de fevereiro de 2024

Lisboa

2023



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Musicoterapia

**Sons da mente em equilíbrio:
musicoterapia na doença mental**

Carolina Rodrigues da Silva Matos

Lisboa

Agosto 2023



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Musicoterapia

**Sons da mente em equilíbrio:
musicoterapia na doença mental**

Carolina Rodrigues da Silva Matos

Lisboa

Agosto 2023

Carolina Rodrigues da Silva Matos

Sons da mente em equilíbrio: musicoterapia na doença mental

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

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

Orientadora de estágio: Tenente Maria Celeste da Cunha Vilarinho

Lisboa

Agosto 2023

FICHA TÉCNICA

Autora Carolina Rodrigues da Silva Matos
Supervisora de estágio Prof.^a Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer
Orientadora de estágio Tenente Maria Celeste da Cunha Vilarinho
Título Sons da mente em equilíbrio: musicoterapia na doença mental
Local Lisboa
Ano 2023

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MATOS, Carolina Rodrigues da Silva, 1998-

Sons da mente em equilíbrio : musicoterapia na doença mental / Carolina Rodrigues da Silva Matos ; supervisionado por Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer ; orientado por Maria Celeste da Cunha Vilarinho. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Relatório de estágio do Mestrado em Musicoterapia, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

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

II - VILARINHO, Maria Celeste da Cunha, 1968-

LCSH

1. Doenças mentais - Tratamento
2. Musicoterapia - Prática profissional
3. Hospital das Forças Armadas. Serviço de Psiquiatria (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Mental illness - Treatment

2. Music therapy - Practice

3. Hospital das Forças Armadas. Serviço de Psiquiatria (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)

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

5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. ML3920.M38 2023

Agradecimentos

Ao terminar esta etapa, sinto um misto de emoções e uma gratidão enorme por todo o apoio que recebi durante este percurso. Resta-me apenas agradecer:

Aos meus pais, por todo o esforço, pelo amor que me dão e por serem o meu porto de abrigo sempre.

Ao José. Pelo amor incondicional, pela paciência, pela força, pelo companheirismo e por tudo o resto.

À restante família e amigos, pelas palavras amigas e corajosas.

A todos os Professores que constituem o corpo docente do mestrado e que partilharam tanto do seu conhecimento e das suas experiências em prol do meu crescimento enquanto pessoa e musicoterapeuta.

À Professora Teresa Leite, pela orientação e supervisão, pela inspiração, profissionalismo e dedicação á Musicoterapia.

Ao HFAR e a todos os que fazem parte do serviço de psiquiatria. Em especial, deixo um agradecimento sentido a toda a equipa de enfermagem com quem tive o privilégio de partilhar a minha primeira experiência no terreno, pelas dicas e por tão bem me acolherem.

À Enfermeira Celeste, como carinhosamente a trato, por ter sido o meu pilar no decorrer dos meses de estágio. Agradeço a amabilidade com que me integrou na equipa e nos eventos que decorreram neste período, a disponibilidade, o apoio, os conselhos e toda a amizade.

A todos os pacientes com quem tive a oportunidade de partilhar momentos e eternizar memórias. De coração, Obrigada!

Resumo

A elaboração do presente relatório enquadra-se na unidade curricular Seminário de Estágio, do 2º ano letivo do Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa. Descreve o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio curricular, com a duração de oito meses e decorreu no serviço de Psiquiatria do Hospital das Forças Armadas – Pólo de Lisboa.

Durante este período, beneficiaram de acompanhamento musicoterapêutico vinte e nove adultos, oito deles em *setting* individual e os restantes vinte e um em intervenção grupal.

Os principais objetivos a desenvolver centraram-se na pessoa, promovendo a consciência de si, dos outros e do meio que o envolve; explorar os seus estados emocionais e formas de comportamento adequadas; estimular a expressão verbal e não verbal, procurando novas formas de comunicação.

Das técnicas existentes, as mais utilizadas foram a improvisação, a escuta musical, a composição e recriação de canções e jogos musicais, que permitiram estabelecer uma relação com o paciente.

Numa fase inicial foram recolhidos dados de avaliação e de progresso terapêutico através da observação direta e indireta, da ficha de avaliação da identidade sonoro-musical, do Inventário Traço-Estado (STAY Forma-Y1; Y-2) e o Beck Depression Inventory-II (BDI-II).

Os resultados obtidos demonstraram um aumento nas competências interpessoais, melhorias na expressão afetivo-emocional e no empoderamento pessoal. A musicoterapia aplicada às patologias do foro psiquiátrico mostrou-se fundamental em conjunto com o tratamento padrão e em conformidade com uma equipa multidisciplinar.

Palavras-chave: Musicoterapia, Doença Mental, Psiquiatria, Adultos

Abstract

The preparation of this report is part of the curricular unit Internship Seminar, of the 2nd academic year of the Master in Music Therapy at Universidade Lusíada de Lisboa. It describes the work carried out within the scope of the curricular internship. It lasted eight months and took place in the Psychiatry service of the Hospital das Forças Armadas-Lisbon Branch.

During this period, twenty-nine adults benefited from music therapy accompaniment, eight of them in an individual setting and the remaining twenty-one in group intervention.

The main objectives to be developed were centered on the person, promoting awareness of oneself, others and the environment that surrounds one; explore their emotional states and appropriate ways of behaving; stimulate verbal and non-verbal expression, looking for new forms of communication.

Of the existing techniques, the most used were improvisation, listening to music, composing and recreating songs and musical games, which allowed establishing a relationship with the patient.

In an initial phase, assessment and therapeutic progress data were collected through direct and indirect observation, the sound-musical identity assessment form, the Trace-State Inventory (STAY Form-Y1;Y-2) and the Beck Depression Inventory- II (BDI-II).

The results obtained showed an increase in interpersonal skills, improvements in affective-emotional expression and personal empowerment. Music therapy applied to psychiatric pathologies proved to be fundamental in conjunction with standard treatment and in accordance with a multidisciplinary team.

Keywords: Music Therapy, Mental Disease, Psychiatry, Adults.

Lista de Tabelas

Tabela 1	42
Tabela 2	43
Tabela 3	49
Tabela 4	53
Tabela 5	62

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA - Associação Psiquiátrica Americana

HFAR - Hospital das Forças Armadas

ISO - Identidade Sonoro Musical

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPPSM - Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada

TB – Transtorno Bipolar

Sumário

AGRADECIMENTOS.....	VI
RESUMO.....	VII
ABSTRACT	IX
LISTA DE TABELAS.....	XI
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	XIII
SUMÁRIO	XV
SONS DA MENTE EM EQUILÍBRIO: MUSICOTERAPIA NA DOENÇA MENTAL	18
CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	20
MISSÃO PRINCIPAL	20
ESTRUTURA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS.....	21
UNIDADE DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS.....	21
CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO	24
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
SAÚDE MENTAL E A PATOLOGIA DO FORO PSIQUIÁTRICO	25
PSICOSE.....	27
<i>Esquizofrenia</i>	28
TRANSTORNO BIPOLAR	28
<i>Episódio Maníaco</i>	29
<i>Episódio Hipomaníaco</i>	30
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE	30
<i>Transtorno de Personalidade Boderline</i>	30
TRANSTORNOS DEPRESSIVOS	30
TRANSTORNOS DE ANSIEDADE.....	31
<i>Transtorno de Ansiedade Generalizada</i>	32
TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS.....	32
MUSICOTERAPIA.....	32
APLICAÇÃO DA MUSICOTERAPIA EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO	33

INTERVENÇÃO GRUPAL EM MUSICOTERAPIA	35
UMA ABORDAGEM HUMANISTA EM MUSICOTERAPIA.....	36
O PRINCÍPIO DE ISO.....	37
TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS	37
<i>Improvisação</i>	38
<i>Recriação Musical</i>	39
<i>Escrita de Canções</i>	39
<i>Escuta Musical</i>	40
OBJETIVOS DO ESTÁGIO	41
MÉTODO	42
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	44
<i>Observação</i>	44
<i>Beck Depression Inventory</i>	44
<i>Inventário de Estado-Traço da Ansiedade (STAI)</i>	45
<i>Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical</i>	45
PROCEDIMENTOS.....	46
<i>Integração, Observação e Recolha de Dados na Instituição</i>	46
<i>Recolha de Dados na Instituição</i>	46
<i>Avaliação Inicial e Plano Terapêutico</i>	47
<i>Intervenção</i>	47
<i>Avaliação Final e Finalização do Processo Terapêutico</i>	47
MÉTODOS E TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO	48
SETTING TERAPÊUTICO E RECURSOS MATERIAIS.....	48
AGENDA SEMANAL	49
ESTUDO DE CASO I	50
IDENTIFICAÇÃO E HISTORIAL.....	50
AVALIAÇÃO INICIAL	51
PROCESSO TERAPÊUTICO.....	54
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO.....	56
ESTUDO DE CASO II	59
IDENTIFICAÇÃO E HISTORIAL.....	59

AVALIAÇÃO INICIAL E OBJETIVOS.....	60
PROCESSO TERAPÊUTICO.....	63
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	66
OUTRAS INTERVENÇÕES CLÍNICAS.....	70
INTERVENÇÕES INDIVIDUAIS.....	70
<i>F.V.</i>	70
<i>H.A.</i>	71
<i>M.S.</i>	73
<i>J.M.</i>	74
<i>M.R.</i>	76
INTERVENÇÃO GRUPAL	77
<i>Os Rotativos</i>	77
OUTRAS ATIVIDADES.....	80
CONCLUSÕES.....	81
REFLEXÃO FINAL.....	84
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES	99
LISTA DE APÊNDICES.....	100
<i>APÊNDICE A</i>	102
<i>APÊNDICE B</i>	107
<i>APÊNDICE C</i>	111
<i>APÊNDICE D</i>	116
<i>APÊNDICE E</i>	119
<i>APÊNDICE F</i>	122
<i>APÊNDICE G</i>	125
<i>APÊNDICE H</i>	128
<i>APÊNDICE I</i>	132
<i>APÊNDICE J</i>	135
<i>APÊNDICE L</i>	138

Sons da Mente em Equilíbrio: Musicoterapia na Doença Mental

O presente relatório enquadra-se na disciplina Seminário de Estágio, referente ao segundo ano do Mestrado em Musicoterapia, da Universidade Lusíada de Lisboa. Tem como objetivo descrever o estágio curricular realizado no Hospital das Forças Armadas, no serviço de psiquiatria, sob a orientação da Enfermeira Maria Celeste da Cunha Vilarinho.

Assim, o estágio deu início em outubro de 2022, e surgiu no âmbito de refletir o papel da musicoterapia em pacientes psiquiátricos em contexto de internamento hospitalar e ambulatório.

Vinte e oito pacientes, com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, beneficiaram de acompanhamento musicoterapêutico, quer individualizado, em grupo ou ambos com uma periodicidade semanal.

O estágio proporcionou uma experiência muito rica do ponto de vista pessoal e profissional na prática de intervenção musicoterapêutica num contacto direto e de proximidade com as rotinas da população-alvo. Para além disso, assentou em três objetivos gerais: promover a consciência do self sonoro-musical e os seus limites, promover novas formas de comunicação e de relacionamento interpessoal e promover a exploração criativa de reconstrução identitária.

Assim, o presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: na primeira secção, serão apresentados o HFAR e a unidade de psiquiatria. De seguida, é feito um enquadramento teórico que envolve a saúde mental e as patologias do foro psiquiátrico, a musicoterapia, a abordagem e as técnicas utilizadas e ainda a intervenção musicoterapêutica num contexto psiquiátrico.

Na segunda secção, serão apresentados os objetivos gerais delineados para o estágio, com a caracterização dos participantes, os procedimentos e a metodologia

adotada, os instrumentos de avaliação utilizados, o *setting* e o horário. São ainda apresentados e discutidos detalhadamente dois casos de estudo clínico e uma descrição resumida da intervenção com os restantes pacientes.

Por fim, são apresentadas uma conclusão e uma reflexão final acerca do trabalho desenvolvido.

Caracterização da Instituição

Na presente secção é apresentada a caracterização do Hospital das Forças Armadas de Lisboa, a sua principal missão, a sua estrutura e em particular a unidade de psiquiatria, local onde decorreu o estágio.

Missão Principal

O Hospital das Forças Armadas nasceu em 2014, com base na criação da reforma do sistema de saúde militar projetada no Programa do XIX Governo Constitucional.

Enquanto hospital militar único, divide-se em dois polos hospitalares – um em Lisboa, e o outro no Porto, constituindo-se como um elemento fundamental do sistema de saúde militar em apoio da saúde operacional e estando sob dependência direta do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas. O polo de Lisboa – local onde decorre o estágio situa-se no até então Hospital da Força Aérea, e agrupou o Hospital da Marinha, Hospital Militar Principal e Hospital Militar de Belém, já extintos.

Tem como missão principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados aos militares dos três ramos das Forças Armadas e Forças de Segurança, á família dos militares e aos militares portadores de deficiência. A esta missão acrescem outras atribuições como a colaboração na formação e no treino do pessoal de saúde, a promoção da cooperação e articulação com o Serviço Nacional de Saúde e a garantia dadas condições necessárias ao ensino, formação, treino pós-graduado, ações de formação e de investigação, entre outras.

Estrutura do Hospital das Forças Armadas

O HFAR apresenta-se hoje como um hospital funcional e acolhedor, com uma dimensão humanizada, altamente inovador e diferenciado com todas as suas valências médicas estruturadas.

À data do presente estágio, o Diretor do hospital é o Comodoro Francisco Gamito Guerreiro, o Subdiretor do Polo do Porto é o Coronel-Médico António Moura, o Subdiretor do Polo de Lisboa é o Coronel-Médico Luís Tátá e o Diretor Clínico o Coronel -Médico Carlos Lobato.

A área clínica divide-se em quatro departamentos e uma unidade de apoio, num total de 49 serviços distintos.

Unidade de Psiquiatria do Hospital das Forças Armadas

Inaugurada a 12 de novembro de 2018, a unidade de psiquiatria inserida no HFAR, tem como principal missão a prestação de cuidados de saúde mental diferenciados, assentes numa ótica humanista, que visam a prevenção, promoção, ao tratamento e a reinserção dos militares das Forças Armadas, os Deficientes das Forças Armadas e respetivas famílias militares na sociedade e no meio laboral.

A equipa deste serviço é composta por um diretor de serviço, seis médicos psiquiatras, dezoito enfermeiros, dois administrativos e seis assistentes operacionais.

Esta unidade recebe doentes em três valências diferentes: regime de internamento voluntário, hospital de dia/ambulatório e consulta externa.

O internamento está localizado no piso 0 do edifício da psiquiatria – H09, e tem capacidade para treze camas divididas por cinco quartos duplos, dois individuais e um de isolamento. Dispõe ainda de uma sala de refeições/convívio, uma sala de enfermagem, uma sala de tratamentos, um gabinete médico, uma copa e um pátio/jardim interior. O

acesso a este serviço é restrito apenas a pessoal autorizado, controlado através de cartão magnético e de um sistema de videovigilância permanente.

No piso 1, estão localizados o hospital de dia e a consulta externa. A primeira valência é constituída por um gabinete de consulta, uma sala de enfermagem, uma sala de treino de atividades quotidianas, duas salas espaçosas onde são realizadas atividades de lazer ou de relaxamento e ainda uma sala de musicoterapia isolada acusticamente e equipada com alguns instrumentos musicais - uma bateria, um piano, uma guitarra, um adufe, um par de bongós. A consulta externa funciona nos dias úteis e serve-se de diversos gabinetes para o atendimento de consultas, um gabinete de chefia de enfermagem, um gabinete para o chefe de serviço, um gabinete para terapeutas, uma sala de reuniões, uma sala de tratamentos, uma sala de admissão e espera e ainda um gabinete para o desenvolvimento de atividades relacionadas com processos de stress pós-traumático.

O piso 2 do edifício, acolhe as consultas de psicologia e saúde ocupacional, constituindo-se por uma sala de espera e admissão e vários gabinetes para consultas.

Caracterização da População-Alvo

A população-alvo da unidade de psiquiatria do HFAR constitui-se por militares no ativo ou em situação de reserva, ou por familiares diretos dos militares cujas idades variam entre os 39 e os 68 anos de idade, oriundos de qualquer zona do país.

De acordo com uma perspetiva nosológica, os utentes desta unidade apresentam-se como um grupo heterogéneo, uma vez que os seus diagnósticos variam entre depressão e ansiedade, perturbações psicóticas, perturbações do humor, perturbações de personalidade, comportamentos aditivos e todas as comorbilidades que lhes estão associadas, alguns com ideação suicida presente.

Os critérios para inclusão dos utentes nesta unidade são os seguintes: sintomatologia psicótica, ideação ou estruturação suicida, perturbações de humor, perturbações de personalidade, quadros depressivos e ansiedade, adição e demência. Consideram-se critérios de exclusão casos sociais sem qualquer indicação clínica.

No que respeita ao internamento, os utentes ficam num período de curta duração de forma a evitar o afastamento do seu ambiente comunitário e familiar. Posteriormente, são encaminhados pelo médico psiquiatra e acompanhados através do serviço de ambulatório para que o cuidado seja efetivo e possa haver um controlo frequente da medicação e do estado do utente.

Enquadramento Teórico

A presente secção aborda uma revisão da literatura, que visa fundamentar o tipo de intervenção realizada no decorrer do estágio, de acordo com a problemática em questão.

Saúde Mental e a Patologia do Foro Psiquiátrico

Segundo o Serviço Nacional de Saúde (SNS 24, 2023), saúde mental “é a base do bem-estar geral e diz respeito a um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental”.

A este estado de saúde mental contrapõem-se as diversas doenças mentais que para além do sofrimento psíquico que causam, afetam as capacidades relacionais e produtivas do portador de doença mental. Assim, a OMS definiu perturbação mental como uma adulteração do pensamento e das emoções do indivíduo, que ocorre devido ao seu funcionamento psicossocial desadequado e depende de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Monteiro, Daniel; Fermoseli, 2014b)

Cada vez mais a saúde mental é tida como um fator indispensável ao bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países, ainda que não lhe seja atribuída a mesma importância que é dada à saúde física (Organization, 2002).

De acordo com dados da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM), as doenças do foro mental, consideram-se a principal causa de incapacidade e morbidade nas sociedades, correspondente a 12% em todo o mundo. Em Portugal, mais de um quinto da população sofre de uma perturbação psiquiátrica, tornando-o assim o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa (SPPSM, s.d.)

Existem diversas doenças mentais que perturbam a cognição de diferentes maneiras e importa perceber que cada doença mental afeta cada pessoa de forma um pouco diferente. Há casos em que os sintomas se prolongam numa cronicidade e por isso acompanham o indivíduo para toda a vida (Adeb, 2015).

Quando se fala de doença mental é importante reforçar que o suicídio está muitas vezes ligado a perturbações mentais em geral. Segundo estudos já realizados, a depressão é o principal fator de risco para o suicídio, uma vez que 59 a 87% das pessoas que o cometem sofriam de depressão major no momento do ato (Almeida, 2018).

O estigma associado á doença mental é uma das barreiras mais difíceis para portadores de transtornos mentais, que na grande maioria das vezes são alvo de discriminação e preconceito. Estas pessoas sofrem não só pelos sintomas da própria doença, mas pelo estigma social, o que constitui um obstáculo fundamental à sua recuperação e integração na sociedade (Rocha et al, 2015)

Quanto aos seus familiares, também eles sofrem com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação associada á doença mental e por vezes apresentam dificuldades na aceitação e na inclusão sociofamiliar. Os encargos que recaem no seio familiar englobam para além de dificuldades económicas, um desgaste emocional. Assim, a família recorre frequentemente ao internamento do portador de transtorno mental para descanso e alívio da sobrecarga (Maciel et al, 2009).

Pela primeira vez em 1952, a APA publicou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (DSM-1) com o objetivo de compreender o diagnóstico das doenças mentais. Em 2022, foi publicada a versão mais recente que fornece uma organização das doenças mentais em categorias diagnósticas tendo como base a descrição dos respetivos sintomas (First B.Michael, s.d.).

Para além dos fatores genéticos que podem estar associados á doença mental, o próprio ambiente em que o indivíduo se insere causa muitas vezes sintomas relacionados com o *stress* e ansiedade. Para uma melhor gestão destes sintomas, surge em psicologia o conceito de *coping* que diz respeito a um conjunto de estratégias cognitivo-comportamentais que podem ser utilizadas pelo próprio paciente para conseguir gerir situações relacionadas com o *stress*.

O campo das psicoterapias e técnicas de crescimento individual tem vindo a evoluir com o contributo da perspetiva humanista. A teoria humanista pretende desenvolver o potencial humano, valorizando a pessoa e deixar que seja quem ela realmente é. Assenta em princípios de promoção de uma vida relacional ativa e integrada, tendo como base a parte saudável do indivíduo sem dar ênfase á patologia em si (Cavalcanti, 2018).

Psicose

Embora se continue a usar o adjetivo psicótico, a psicose deixou de ser considerada um diagnóstico, e passou a um conjunto de características do funcionamento psicológico (Tenório, 2016).

Enquanto fenómeno psicopatológico, a psicose caracteriza-se pela perda do contacto com a realidade, e apresenta sintomas como alucinações, delírios, discurso e pensamento desorganizados e deficits cognitivos (Tamminga, s.d.),

São vários os tipos de psicose, sendo os mais comuns a esquizofrenia, a perturbação delirante e a perturbação psicótica especificada e não especificada (Tenório, 2016).

Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma das doenças mentais graves e mais frequentes, que ainda não é compreendida na sua totalidade (Queirós et al, 2018)

Os sintomas associados remetem a uma perda do autocontrolo da vida e das emoções. O doente distorce a realidade e passa a viver numa bolha de pensamentos e falsas percepções auditivas, visuais e sensitivas que apenas ele consegue ver e sentir e dessa forma acaba por se perder no contexto de interação humana (Oliveira et al, 2012)

Os sintomas agrupam-se em quatro categorias principais: positivos, negativos, desorganização de comportamento e comprometimento cognitivo. Os positivos envolvem uma distorção das funções normais, como os delírios, as alucinações, alteração de comportamentos, pensamento e discurso desorganizados. Os negativos compreendem uma diminuição ou a perda das funções sociais e emocionais ditas normais. Incluem uma redução da demonstração de emoções, discurso pobre, anedonia, apatia, isolamento social e uma perda geral de motivação. Podem surgir ainda outros sintomas relacionados com o transtorno de pensamento e comportamento bizarro, e dificuldades cognitivas (Tamminga, s.d.).

Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar é uma condição psiquiátrica caracterizada por graves alterações de humor, que envolvem períodos de depressão intercalados com episódios de mania (Deminco, 2018).

Esta categoria divide-se em transtorno bipolar tipo I e tipo II. O primeiro define-se mediante a presença de um episódio maníaco completo e quase sempre com episódios depressivos. O segundo, envolve episódios depressivos maiores com pelo menos um episódio hipomaníaco e incide na sua grande maioria em pacientes do sexo feminino (Coryell, 2021).

O TB é um transtorno crónico que se caracteriza por um número elevado de recaídas e internamentos, custos económicos e consequentemente associado a um risco aumentado de suicídio. É um distúrbio grave na medida em que, para além de afetar a rotina diária, compromete o funcionamento ocupacional, emocional, relacional e social do paciente (Duarte & Cardim, 2021) Causa um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes e uma grande carga para os familiares.

De acordo com a literatura, o TB é a sexta maior causa de exclusão familiar e de incapacidade para a vida social entre as perturbações médicas (Machado et al, 2018).

Assim, existe a necessidade de olhar para o indivíduo portador de transtorno bipolar não só do ponto de vista clínico, mas também social, histórico e cultural. É importante compreender a totalidade do self do paciente e da sua realidade e não reduzi-lo apenas à doença em si (Ferreira et al, 2023)

Episódio Maníaco

A fase maníaca é a mais frequente e a mais incapacitante. Caracteriza-se pelo elevado estado de humor e aumento da energia e da atividade e por essa razão, o paciente pode não perceber que está doente. (Bin et al,2014). Considera-se episódio maníaco quando, no período igual ou superior a uma semana, o paciente apresenta humor persistentemente elevado ou aumento perceptível de energia e três ou mais dos seguintes sintomas: sentimento de grandiosidade ou autoestima exagerada, falar mais alto do que é habitual, falta de ideias ou pensamentos muito acelerados (mudam constantemente de um tema para outro), distração fácil, sensação de que não precisa de muitas horas de sono e aumento na capacidade da atividade. Pacientes maníacos tendem a vestir roupas extravagantes e coloridas, por vezes com posturas autoritárias e é notório o seu discurso rápido e contínuo, sem interrupções. (Coryell, 2021)

Episódio Hipomaniaco

Caracteriza-se por elevações de humor e distúrbios comportamentais menos graves que o episódio maníaco e com uma duração de cerca de quatro dias. Não apresenta gravidade suficiente e por essa razão não há a necessidade de hospitalização (Bosaipo et al, 2017)

Durante este período, há melhorias de humor, aumento da energia e da atividade psicomotora e uma diminuição da necessidade de sono (Coryell, 2021).

Transtorno de Personalidade

São um padrão de comportamentos que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo (Mazer et al, 2016)

Ocorrem geralmente no final da adolescência ou no início da idade adulta e afetam cerca de 10% da população em geral e até metade dos pacientes psiquiátricos.

Os transtornos de personalidade dividem-se em três grupos, com base nas suas características e apresentam problemas relacionados com autoidentidade e funcionamento interpessoal (Zimmerman, 2021b).

Transtorno de Personalidade Boderline

Caracteriza-se por um padrão generalizado de hipersensibilidade e instabilidade nos relacionamentos, humor extremo e impulsividade e instabilidade na autoimagem (Zimmerman, 2021a).

Transtornos Depressivos

Os transtornos depressivos fazem parte das patologias com elevada prevalência na população.

Depressão é o termo utilizado com mais frequência para se referir a qualquer um dos vários transtornos depressivos. Caracteriza-se por um conjunto de sintomas emocionais e físicos que interferem nas rotinas e nas atividades diárias e nos quais

predomina uma baixa de energia vital, desânimo, inatividade, isolamento social e apatia perante a vida ou até mesmo o desejo de morrer (Feitosa et al, 2011).

O paciente apresenta sintomas como sensação de tristeza profunda e crises de choro, auto desvalorização, perda de motivação e de interesse pelas atividades, cansaço e perda de energia acompanhados por uma lentidão generalizada, alterações do sono e do apetite e isolamento social. Para além destes, frequentemente são acompanhados de pensamentos e / ou comportamentos suicidas (Alberto del Porto, 1999).

A depressão acarreta consequências disfuncionais na rotina do indivíduo e no meio em que está inserido. No contexto profissional, os utentes tendem a diminuir a sua produtividade e a isolar-se dos restantes colegas, provocando muitas vezes zangas e problemas em relacionar-se com o outro. O seu desenvolvimento intelectual e a aprendizagem são frequentemente afetados devido a comprometimentos da memória, a perda de prazer pelas atividades e uma lentidão psíquica. No seio familiar, os vínculos tornam-se mais frágeis, conseqüente aumento da irritabilidade e do isolamento. A relação entre pares e filhos torna-se ainda mais complexa e na grande maioria dos casos surgem quadros de violência (Lopes, 2020).

Existem diversos fatores ambientais e sociais associados á depressão, como por exemplo condições financeiras, família, amigos, ou ainda episódios isolados que tenham ocorrido na infância e na adolescência e que apresentam conseqüências duradouras e nesse sentido, provocam danos psicológicos no indivíduo para toda a vida (Barbosa, 2020).

Transtornos de Ansiedade

O termo ansiedade diz respeito a uma sensação de nervosismo, desconforto ou preocupação, derivado de uma antecipação de algo desconhecido (Barnhill, 2020).

Contudo, a ansiedade primária é um fenômeno necessário para enfrentar situações, gerir mecanismos de defesa e sobrevivência (Guimarães et al, 2015)

Pode tornar-se patológica, quando é exagerada e interfere na qualidade de vida do indivíduo (Castillo et al, 2000)

Transtorno de Ansiedade Generalizada

Caracterizado por um sintoma ansioso persistente que afeta a vida diária da pessoa (Lopes & Santos, 2018)

O TAG é em muitos casos desvalorizado porque na grande maioria, os pacientes consideram que a ansiedade social faz parte da sua personalidade e, portanto, não é necessário um tratamento específico. (Lopes et al, 2021)

Transtornos por Uso de Substâncias

Este tipo de transtornos inclui padrões de comportamento em que o indivíduo continua de forma regular a consumir uma ou mais substâncias (vício). O seu uso ou abstinência, podem causar alterações mentais muito semelhantes com transtornos psiquiátricos (depressão, psicose, ansiedade). As substâncias em questão são: álcool, droga, tabaco, medicamentos ansiolíticos e sedativos, cafeína, canábis, inalantes, alucinógenos, opioides, estimulantes. (Khan, 2022)

Musicoterapia

A música faz parte da vida do ser humano desde o seu nascimento, independentemente da cultura em que se insere e para que fim é utilizada.

O seu uso no tratamento de diversas patologias já vem de há muitos anos. Aristóteles atribuía á música um valor médico e por isso, juntamente com Platão ficaram conhecidos como precursores da Musicoterapia (Monteiro & Fermoseli, 2014b)

Foi em 1950, nos Estados Unidos que a Musicoterapia ficou conhecida enquanto profissão e disciplina (Puchivailo & Holanda, 2014)

A Musicoterapia define-se pela “utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.” A Musicoterapia tem como objetivo desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento (WFMT, 2011)

Ruud define a Musicoterapia como uma “profissão de tratamento onde o terapeuta usa a música como instrumento ou meio de expressão a fim de iniciar alguma mudança ou processo de crescimento direcionados ao bem-estar pessoal, adaptação social, crescimento adicional ou outros itens” (Ruud, 1990).

Aplicação da Musicoterapia em contexto Psiquiátrico

A partir século XVII, defende-se o uso da música no tratamento de doentes psiquiátricos como um meio terapêutico mais humano, doce e harmonioso.

Ao longo do tempo, tem se vindo assistir a um processo de mudança no que diz respeito á prática clínica da psiquiatria e ao modo como o doente psiquiátrico é visto.

A música desempenha um papel extremamente importante na saúde mental permitindo a recuperação da criatividade, da expressão emocional, da motivação e da interação social.

A intervenção musicoterapêutica em indivíduos com transtornos mentais graves, baseia-se na mistura das técnicas recetivas e ativas. Contudo, a improvisação a par com a verbalização da interação musical mostra-se bastante benéfica. Geralmente, as sessões

ocorrem em *setting* individual ou em pequenos grupos e devem continuar por um longo período de tempo (Geretsegger et al, 2017).

Contudo, nos dias de hoje, ainda se nota uma distância entre o que é recomendável e o que é feito e também o estigma por parte de quem os rodeia. Neste contexto, a Musicoterapia trabalha a reintegração familiar e social do paciente (Zanini, 2014).

A música possui fatores culturais que permitem ligar o indivíduo ao seu meio e assim, reconstruir a sua história e a sua identidade, que está na grande maioria dos casos adormecida nos doentes psiquiátricos (Ramalho et al, 2017) É uma modalidade usada para melhorar a autoestima, promover a socialização e a atividade e diminuir sintomas psicóticos (Pino, 2004). De acordo com Zanini, o contacto com instrumentos musicais por parte de doentes portadores de esquizofrenia favorece a sua proximidade á realidade assim como o movimento corporal que lhes permite sentir o seu corpo, ter noção de si mesmo e dessa forma o Musicoterapeuta pode trabalhar memórias e a sua história (Zanini, 1999).

Segundo estudos recentemente realizados, a musicoterapia tem vindo afirmar-se como uma terapia expressiva que pode reduzir os sintomas da depressão e aumentar a sua adesão á terapêutica, oferecer experiências emocionais positivas ao paciente e consequentemente melhorar a sua qualidade de vida (Feng et al, 2019).

Cada vez mais, o uso da musicoterapia na doença mental grave tem surgido no panorama científico e quando combinada com os serviços de saúde padrão, é uma mais valia no controlo dos sintomas psiquiátricos (Atiwannapat et al, 2016).

O processo de internamento em contexto psiquiátrico é na grande maioria das vezes muito difícil de aceitar e de gerir pelos utentes. Sentem que estão num ambiente distante da sua realidade, não compreendem os motivos de estarem ali e em determinados casos, existe uma revolta por conviverem com outros indivíduos que se encontram num

estado psíquico mais crítico do que o seu. Noutras situações em que se verifica abandono e falta de suporte familiar, o internamento assume-se como um espaço protegido e de aceitação para portadores de transtorno mental (Câmara et al, 2013).

É muito importante ter a noção de que o acompanhamento á doença mental não termina quando o utente recebe alta do internamento e este deve continuar a ser acompanhado (Macedo et al., 2019). Assim, os hospitais de dia ou a criação de associações de apoio a esta população, funcionam geralmente com uma equipa de apoio multidisciplinar, onde terapias como a musicoterapia têm um papel fundamental na reintegração social dos indivíduos.

O conceito de *recovery* tem sido descrito em diversos artigos internacionais no campo da psiquiatria. Define-se como um restabelecimento de funções psíquicas, físicas e sociais do indivíduo bem como o tratamento dos sintomas relacionados com a doença. Atua individualmente, dependendo de pessoa para pessoa. As necessidades dos pacientes portadores de doença mental, incluem o domínio social, autoeficácia, a definição e concretização de objetivos e a estabilização dos sintomas.

Atualmente, a intervenção musicoterapêutica em psiquiatria baseia-se no relacionamento entre terapeuta - paciente, numa perspetiva do aqui e do agora. (Jacobsen et al, 2019).

De entre os métodos não-farmacológicos, a musicoterapia na saúde mental tem um papel fundamental na reinserção social dos pacientes. Age de forma efetiva, valorizando a identidade pessoal e cultural de cada indivíduo (Albuquerque & Junqueira, 2022)

Intervenção Grupal em Musicoterapia

A música é considerada uma arte socializante na medida em que atividades de grupo que envolvam tocar, cantar ou dançar têm como potencialidades a conexão e a

integração dos indivíduos. A prática musical coletiva assenta numa base essencialmente humana e envolve os domínios cognitivo, físico, emocional, social e cultural.

De acordo com estudos já realizados, os resultados mostram que a intervenção em grupo proporciona apoio emocional, possibilidades de autoexpressão, aumento de interesse e motivação pelas atividades, afetividade, melhoria de autoestima e autoconfiança, segurança e liberdade de expressão. Para além disso, outros dos objetivos da prática musicoterapêutica em grupo e que são fundamentais em contexto psiquiátrico são a diminuição do isolamento, promover o sentimento de pertença a um grupo e consequente valorização pessoal (Pasqual, F.; Cunha, 2020).

Uma Abordagem Humanista em Musicoterapia

A teoria humanista desenvolvida por Carl Rogers, é uma abordagem centrada na pessoa e no seu crescimento. O ser humano é entendido como um todo e é visto muito para além da sua patologia (Souza et al, 2013)

Segundo o próprio, o terapeuta não deve apenas manter uma boa relação com o paciente, mas procurar construir uma relação de qualidade da qual fazem parte as seguintes características: tolerância, segurança, compreensão, aceitação e respeito b

Tendo como suporte teórico a visão humanista, a música é usada para ajudar o indivíduo a desenvolver-se potencialmente como ser-humano (Albuquerque & Beggiano, 2021)

A teoria humanista serviu de base teórica para o desenvolvimento de um método da musicoterapia, o método Nordoff-Robbins, conhecido também por musicoterapia criativa. Foi criado por Paul Nordoff, pianista e por Clive Robbins, professor de educação especial e defende a ideia da musicoterapia centrada na música, baseando-se principalmente na técnica da improvisação, do aqui e do agora (Brandalise, 2015).

Assim, é importante mencionar o conceito de músico-criança. Segundo a abordagem Nordoff-Robbins, o ser humano possui uma área designada de *Music Child* e que assenta na expressão do self da criança partindo da sua musicalidade interna. Neste contexto, possibilita a exteriorização emocional e a sua afirmação identitária (Brandalise, 2004).

O Princípio de ISO

O princípio de ISO, é um dos princípios fundamentais da Musicoterapia formulado por Rolando Benenzon. Defende que todo o indivíduo possui uma identidade sonora exclusiva e singular. A palavra ISO, significa igual e diz respeito á existência de um ou mais sons que caracterizam e individualizam cada individuo (Benenzon, 1985).

A partir dele, é possível estabelecer meios de comunicação para que o musicoterapeuta entenda as necessidades do paciente e dessa forma assegure uma rede sonora de suporte.

Técnicas e Estratégias

De acordo com a literatura existente, existem quatro tipo básicos de técnicas musicais que se podem utilizar. A improvisação, instrumental ou vocal em que o paciente faz a sua própria música de forma espontânea; a recriação, em que é tocada ou cantada uma música pré-composta; a composição, que oferece ao paciente a oportunidade de compor uma canção ou um instrumental com a ajuda do terapeuta e a audição, em que o indivíduo ouve e reage a uma música ao vivo ou gravada (Baia, 2019)

Segundo Bruscia, a musicoterapia divide-se em ativa e musicoterapia recetiva. Na forma ativa, os pacientes improvisam ou escrevem canções e a partir daí, expressam os seus sentimentos e emoções através do som, trabalham os seus conflitos internos e encontram soluções e bem-estar na música. Na forma recetiva, os utentes ouvem e revivem experiências e sentem a música no seu corpo (Monteiro & Fermoseli, 2014a).

Improvisação

A improvisação é uma expressão livre que advém do inconsciente. Por vezes, nem sempre ocorre de forma espontânea e por isso, é importante pensar-se que tipo de obstáculos estão a impedir o seu fluxo natural e como fazer para os desbloquear (Junior et al, 2017)

É um método que possibilita a expressão espontânea do indivíduo no momento, no aqui e no agora e oferece elementos de interação entre terapeuta – paciente (Silva et al, 2009).

A improvisação musical em musicoterapia divide-se em referencial – a que representa liberada mente uma ideia, um sentimento ou uma imagem, ou a não referencial, onde se ouvem apenas ideias musicais de sons produzidos, mas que não abordam nenhum tema em específico. A improvisação pode ser instrumental, corporal ou vocal (Gontijo et al, 2020)

Em musicoterapia, a improvisação é tida como uma experiência musical partilhada que pode ser trabalhada com diferentes populações e em diferentes domínios, tais como a atenção, a memória, funções executivas e motoras. Para além das anteriores, é importante para dar suporte emocional ao paciente (Abraham et al, 2018)

Para Bruscia, a improvisação é um método que desenvolve a criatividade, a espontaneidade, senso de identidade ou habilidade interpessoal e a liberdade de expressão. É também um meio de comunicação entre o terapeuta e o utente, facilitando a expressão de sentimentos que para alguns, são difíceis de expressar no campo verbal (Toffolo & Toffolo, 2008)

Pode ser utilizado pelo musicoterapeuta para transmitir empatia, dar uma estrutura musical e organizar o processo de improvisação do paciente, estimular as improvisações

referenciais e conseqüentemente explorar e discutir emoções e questões terapêuticas (Pedrosa, s.d.).

Assim, a improvisação clínica é uma técnica muito importante no domínio da expressão e da comunicação não-verbal em Musicoterapia (Hargreaves et al, 2011)

Recriação Musical

É uma experiência musical proposta por Bruscia, que inclui tocar ou cantar uma música pré-composta e dar-lhe uma nova interpretação. Assim, o paciente apropria-se da canção, atribui-lhe o seu próprio significado e desenvolve-o num processo criativo e interativo que sustenta o desenvolvimento da relação terapêutica.

A recriação musical oferece um lugar seguro de expressão para o indivíduo, composição de insight, de resgate e de trabalhar a relação (Arndt & Volpi, 2012)

Escrita de Canções

A escrita de canções pode desempenhar um papel muito importante numa variedade de processos terapêuticos em musicoterapia (Young, 2007).

Tem como objetivos lidar com questões emocionais e psicológicas, permite exteriorizar pensamentos e sentimentos, desenvolver autoconfiança, promover autoestima e obter insight. No caso da psiquiatria em particular, a composição é uma técnica que facilita a exteriorização do doente mental, que em alguns casos apresenta dificuldades no meio verbal. Para além de todo o envolvimento emocional do paciente no processo de composição, promove a relação terapêutica e interação musical. É uma forma mais criativa e socialmente aceite de canalizar experiências emocionais difíceis. É um contar da história do paciente (Baker et al, 2009)

Escuta Musical

Através do método da escuta musical ou também conhecido como método recetivo, o indivíduo tem a capacidade de ouvir música e responder de diversas formas – silenciosa, verbal ou outras.

Tem como objetivos terapêuticos promover a recetividade, promover estímulos ou induzir o utente num momento de relaxamento, explorar ideias e pensamentos, facilitar a memória, estabelecer uma ligação entre o ouvinte e o grupo em que está inserido.

As músicas utilizadas neste tipo de experiências podem ser tocadas ao vivo ou podem ser gravações (Matoso & Oliveira, 2017)

A musicoterapia apresenta-se com técnicas não evasivas e por isso, em articulação com o tratamento farmacológico e os cuidados de saúde já existentes, tem se revelado numa ferramenta importante na redução dos sintomas negativos relativos á saúde mental, ganhando cada vez mais destaque no plano científico (Borges et al, 2021).

Objetivos do Estágio

Para o presente estágio foram definidos os seguintes objetivos gerais, que assentam na valorização de uma intervenção em equipa multidisciplinar e têm como base a expressão, a criação e a relação.

- ♪ Promover a consciência do self sonoro-musical e os seus limites.
- ♪ Promover novas formas de comunicação e de relacionamento interpessoal.
- ♪ Promover a exploração criativa de reconstrução identitária.

Para além destes, procurou-se sensibilizar os profissionais, auxiliares, utentes e respetiva família para a importância da intervenção musicoterapêutica num contexto hospitalar.

Método

Neste capítulo, será abordada a metodologia adotada no decorrer do presente estágio, com a descrição dos participantes e do contexto em que se inserem, dos procedimentos e instrumentos metodológicos utilizados e as diferentes fases de intervenção.

Tabela 1.

Dados Relativos às Intervenções Individuais

<i>Intervenção</i>	<i>Identificação</i>	<i>Idade</i>	<i>Patologia</i>
Individual	F.V.	20A	Transtorno Depressivo
Individual	M.S.	78A	Perturbação Psicótica
Individual	M.R.	48A	Transtorno Depressivo
Individual	F.B.	65A	Transtorno Bipolar Tipo II
Individual	J.L.	27A	Patologia Ansio-Depressiva
Individual	H.A.	49A	Transtorno Bipolar
Individual	J.M.	82A	Demência

A tabela acima apresenta os utentes que beneficiaram de sessões de musicoterapia em *setting* individual, juntamente com a sua idade e a patologia associada.

Tabela 2. *Dados Relativos á Intervenção Grupal*

Intervenção	Identificação	Idade	Patologia
Grupal	H.D.	56A	Depressão Major
Grupal	M.R.	48A	Patologia Depressiva
Grupal	H.R.	48A	Patologia Psicótica
Grupal	C.R.	27A	Transtornos Aditivos
Grupal	J.C.	46A	Psicose / Personalidade Boderline
Grupal	L.S.	56A	Perturbação Bipolar
Grupal	J.R.	56A	Esquizofrenia
Grupal	L.V.	57A	Episódio Maníaco Inaugural
Grupal	J.C.	47A	Hábitos Etílicos
Grupal	J.L.	27A	Patologia Ansio-Depressiva
Grupal	F.N.	53A	Ideação Suicida
Grupal	F.T.	76A	Síndrome Depressivo
Grupal	P.N.	48A	Esquizofrenia
Grupal	H.A.	49A	Transtorno Bipolar
Grupal	A.C.	48A	Perturbação Depressiva/Ideação Suicida
Grupal	F.B.	65A	Transtorno Bipolar Tipo II
Grupal	L.S.	59A	Depressão
Grupal	V.B.	60A	Patologia Depressiva
Grupal	F.M.	63A	Patologia Psicótica
Grupal	E.S.	22A	Depressão/Burnout Laboral
Grupal	A.P.	22A	Patologia Depressiva/Perturbação da Personalidade

A tabela anterior apresenta os utentes que beneficiaram de sessões de musicoterapia em *setting* grupal, a sua idade e a patologia associada.

O grupo de musicoterapia funcionou em regime aberto e por isso agrupava indivíduos com múltiplos transtornos. Os objetivos da intervenção grupal passaram por criar laços afetivos entre pares, promover a participação do utente, diminuir o grau de isolamento, fortalecer a sua validação e o seu ISO sonoro-musical.

Instrumentos de Avaliação

No decorrer de todo o processo de intervenção, foram utilizados instrumentos de avaliação contínua que permitiram avaliar o quadro clínico inicial do paciente, estabelecer um plano terapêutico adequado às suas necessidades, acompanhar a sua evolução ao longo de cada sessão e assim, comprovar a eficácia da Musicoterapia.

Observação

O método da observação dividiu-se em dois: observação direta e indireta. A primeira, assentou na observação dos pacientes durante as sessões, quer individuais quer de grupo, e nos registos diários realizados nos sessões. A segunda assentou na observação de vídeos e de áudios gravados durante as sessões e que permitiram uma recolha de dados muito mais atenta e pormenorizada.

Beck Depression Inventory

É um instrumento de autoavaliação da intensidade dos sintomas depressivos, que varia de 0 a 3. É constituído por 21 itens, incluindo sintomas e atitudes referentes a tristeza, sensação de fracasso, falta de satisfação, pessimismo, sensação de culpa, sensação de punição, autoacusação e auto depreciação, crises de choro e irritabilidade, ideias suicidas, retração social, distorção da imagem corporal, indecisão, inibição para o trabalho, fadiga, perda de apetite, perda de peso, distúrbio do sono, preocupação somática e diminuição de libido.

Este, tem sido alvo de tradução e de validação em diferentes países, nomeadamente em Portugal, devido às suas propriedades psicométricas satisfatórias (Gorenstein, Clarice; Silveira Guerra Andrade, 1998).

Inventário de Estado-Traço da Ansiedade (STAI)

Foi desenvolvido em 1983 por Spielberger. É um instrumento quantitativo de autorresposta, composto por duas escalas cada uma com 20 itens. A primeira avalia a Ansiedade Traço e a segunda a Ansiedade Estado. As questões são apresentadas de acordo com a escala de tipo Likert, avaliadas de 1 a 4, em que o 1 representa nada e o quatro representa muito. Tem a particularidade de ser usado também na investigação clínica e não só nos domínios do diagnóstico e da intervenção (Pereira Rodrigues, 2010).

Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro-Musical

Foi aplicada em conversa informal a ficha da história e identidade sonora-musical (ISO). O princípio de ISO diz respeito à existência de som e de vivências sonoras que caracterizam cada ser individualmente (Benenzon, 1985)

Assim, esta ficha teve como objetivo a recolha de dados relativos a aspetos musicais de cada paciente, tais como: preferência por que géneros ou estilos musicais; cantores, bandas ou músicas que costuma ouvir; exemplo de sons que gosta/não gosta de ouvir; instrumentos musicais que gosta/não gosta de ouvir; se toca/ já tocou ou não algum instrumento ou se frequenta/já frequentou ou não alguma atividade relacionada com música, e perceber que canções lhe trazem memórias.

Procedimentos

O presente estágio foi organizado em quatro fases de intervenção: 1) Integração, observação e recolha de dados na Instituição; 2) Avaliação inicial e plano terapêutico; 3) Intervenção e 4) Avaliação final e finalização do processo terapêutico.

Integração, Observação e Recolha de Dados na Instituição

O primeiro mês de estágio diz respeito à primeira fase de intervenção. Foi marcada por um período de integração na equipa multidisciplinar e de adaptação à instituição, às regras e ao seu funcionamento.

Desde o início, a estagiária participou nas reuniões diárias de passagem de turno, onde eram relatadas comunicações acerca do dia-a-dia dos pacientes e alterações do seu estado clínico. Esta presença, permitiu uma aquisição de conhecimento sobre a patologia dos pacientes e os sintomas associados, o planeamento de estratégias de intervenção bem como a integração da estagiária na equipa, promovendo também a proximidade da musicoterapia com a equipa de enfermagem.

Ainda neste período, foi pedida uma autorização para a gravação das sessões, em formato vídeo e áudio, para efeitos de supervisão.

Recolha de Dados na Instituição

O primeiro mês de estágio diz respeito à primeira fase de intervenção. Foi marcada por um período de integração na equipa multidisciplinar e de adaptação à Instituição, às regras e ao seu funcionamento.

Desde o início, a estagiária participou nas reuniões diárias de passagem de turno, onde eram relatadas comunicações acerca do dia-a-dia dos pacientes e alterações do seu estado clínico. Esta presença, permitiu uma aquisição de conhecimento sobre a patologia dos pacientes e os sintomas associados, o planeamento de estratégias de intervenção bem

como a integração da estagiária na equipa, promovendo também a proximidade da musicoterapia com a equipa de enfermagem.

Ainda neste período, foi pedida uma autorização para a gravação das sessões, em formato vídeo e áudio, para efeitos de supervisão.

Avaliação Inicial e Plano Terapêutico

Após a primeira fase, surgem as primeiras sessões com uma avaliação inicial dos pacientes. De modo informal, numa conversa aberta e relaxada, a ficha da história e identidade sonoro-musical foi o primeiro instrumento aplicar. Seguiu-se o convite á improvisação musical. Teve como objetivos, para além de estabelecer um contacto e relação terapêutica, observar e recolher aspetos relevantes acerca do paciente, para elaboração do plano terapêutico.

Intervenção

Esta foi a fase mais longa e desafiante no decorrer do estágio. Dela fazem parte as sessões (individuais e em grupo), a participação em atividades e no dia-a-dia dos pacientes, presença nas reuniões de passagem de turno e reuniões comunitárias dinamizadas pela psicóloga responsável pelo internamento, reuniões com a enfermeira chefe e restante equipa multidisciplinar.

Avaliação Final e Finalização do Processo Terapêutico

Em meados do mês de abril, foi feita uma introspeção do trabalho realizado até então, e preparada uma reavaliação para finalizar o processo terapêutico, e analisar os resultados obtidos.

Métodos e Técnicas de Intervenção

As principais técnicas aplicadas pela estagiária ao longo das intervenções foram a improvisação livre, referencial e não-referencial, a análise de repertório e escuta musical, a escrita de canções, jogos musicais e exteriorização verbal.

Setting Terapêutico e Recursos Materiais

As sessões individuais decorreram na sala de musicoterapia e as sessões de grupo na sala de atividades quotidianas. A primeira, é uma sala pequena, devidamente preparada e insonorizada para receber sessões de musicoterapia tendo em conta a privacidade dos utentes. Dispõe de cadeiras em volta, uma bateria e um piano, e um tapete no meio da sala, onde a estagiária dispunha os instrumentos. A segunda, é uma sala de grande dimensão, espaçosa, com janelas e muita luz natural. Os instrumentos eram colocados no meio da sala, rodeados por cadeiras, almofadas ou colchões.

Foram utilizados diversificados recursos materiais: o ipad serviu para anotar registos das sessões e para gravação de áudio, uma câmara utilizada na filmagem, uma coluna, folhas de papel, marcadores e lápis de cor. Usaram-se instrumentos harmónicos como a guitarra, o piano e o acordeão e instrumentos de percussão tais como a bateria, cajon, pandeireta, maracas, reco-reco, bongós, adufe, clavas, caixa chinesa, jembês, ocean drums, tambores, boomwackers, tongue drum, kalimba, entre outros. Foi ainda explorado o uso da voz e da percussão corporal.

Agenda Semanal

O estágio teve início em outubro de 2022 e término em maio de 2023. Foi estabelecido um horário semanal de segunda e terças-feiras das 08h00m às 17h00m e ainda algumas quintas-feiras das 14h00m às 17h00m, para satisfazer as necessidades dos pacientes. O horário sofria alterações sempre que houvesse essa necessidade por parte do paciente e/ou da estagiária.

A tabela seguinte mostra a estrutura semanal da estagiária.

Tabela 3.

Agenda Semanal

	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA
08H00	Reunião passagem de turno	Reunião passagem de turno
09H00	Preparação de sessões	Preparação de sessões
10H00	Sessão Individual	Reunião de ponto da situação
11H00	Sessão Individual	Reunião Comunitária
12H00	Sessão Individual	Sessão Individual
13H00	Almoço	Almoço
13H30	Preparação de sessões	Preparação de sessões
14H00	Sessão Individual	Sessão Grupal
15H00	Sessão Individual	
16H00	Elaboração de registos	Elaboração de registos

Estudo de Caso I

Neste capítulo será exposto o primeiro estudo de caso, que aborda o processo de intervenção e o acompanhamento musicoterapêutico ao paciente JL, seguido de uma reflexão sobre os resultados obtidos e respetiva conclusão.

Identificação e Historial

O JL é um utente do sexo masculino com 27 anos de idade. Natural do Porto, é militar no ativo das Forças Armadas. Permanecia no quartel durante a semana e os fins-de-semana eram passados na casa da ex-namorada, que vivia com a mãe, padrasto e irmãos. Terminada a relação de ambos, o JL ficava no quartel também aos fins de semana.

O JL foi abandonado pelos pais num colégio interno quando criança. A mãe apresentava problemas relacionados com o consumo de drogas e o pai tinha sido preso. Após esta situação, os pais separaram-se e o JL não mantém qualquer contacto com o pai nem com a família paterna. Com a família materna, não há proximidade relacional. O JL mantém algum contacto com a mãe, mas não é uma relação afetiva de mãe e filho, e o próprio descrevia a relação de ambos como “somos amigos”. Atualmente, a mãe trabalha e vive com a avó materna.

O JL era seguido em consultas de psiquiatria no HFAR do Porto há quatro anos na altura, por motivo de queixas depressivas associadas a problemas com uma ex-namorada e conseqüente abandono da terapêutica.

Em dezembro do ano anterior, descobriu uma traição por parte da namorada, na qual resultou uma gravidez interrompida e o término da relação de ambos. Apesar disso, acompanhou-a em consultas e esteve presente até à data do aborto. A partir daí, esta rapariga nunca mais o contactou, inclusive bloqueou-o em todas as redes sociais. A família da jovem, principalmente a mãe, com quem o JL mantinha uma relação

acolhedora e de grande proximidade também o abandonou, e segundo palavras do próprio “desde aí tudo se desmoronou”.

Após um episódio de ingestão voluntária de medicamentos, foi encaminhado ao HFAR de Lisboa, onde ficou internado em fevereiro de 2023.

O JL foi diagnosticado com patologia ansio-depressiva e encaminhado para sessões individuais de musicoterapia por parte da equipa multidisciplinar. Sendo uma abordagem não diretiva, considerou-se que este tipo de intervenção poderia ser uma mais-valia na exteriorização e autorregulação de pensamentos e emoções. Após uma breve entrevista, o próprio mostrou interesse na intervenção.

O utente apresentava um humor deprimido, lentidão psicomotora, uma postura curvada, isolamento social, pensamentos ruminantes com a ex-namorada e sem planos de futuro.

Avaliação Inicial

O utente era descrito e caracterizado pela equipa como uma pessoa boa, adequada, mas muito isolada e com necessidade de conversar e de se expressar.

Na primeira sessão, foi realizada em conversa informal, uma entrevista ao utente e aplicada a ficha de identidade sonoro musical. Foi feita também uma avaliação inicial, na qual resultou uma pontuação de 43 pontos na escala STAY-Y1, e 41 na forma Y-2, revelando um quadro de ansiedade moderado. Na BDI-II, verificou-se uma pontuação de 17 pontos, revelando assim depressão leve a moderada.

Através da ficha de identidade sonoro-musical, foi possível perceber que o JL tinha preferência por ouvir músicas mais calmas, e dá como exemplo a canção “Voltas” do Fernando Daniel, dizendo que é uma referência para si.

Gosta de música jazz e de ouvir o saxofone neste estilo. Os instrumentos musicais que prefere são o violino, a guitarra e o piano. Para além disso, aprecia o som do mar, o canto dos pássaros e a calma da natureza. Não tem qualquer experiência musical prévia.

No primeiro contacto, mostrou uma necessidade grande de conversar e de expressar o seu sofrimento. A sua postura era curvada, as pernas cruzadas, pouco contacto ocular, o tom de voz muito baixo e sentimentos de tristeza e abandono muito marcados.

Após uma primeira avaliação, foram identificados alguns problemas, nomeadamente a dificuldade na expressão emocional, pouca expressão do self, o isolamento social e sentimentos de abandono.

Tabela 4.

Plano Terapêutico JL.

Objetivo nº1: Promover a expressão emocional

Objetivos Específicos:

Expressar e identificar sentimentos	Tocar instrumentos de acordo com as emoções vividas	Promover a catarse emocional
-------------------------------------	---	------------------------------

Objetivo nº2: Fomentar a noção de identidade e afirmação pessoal

Objetivos Específicos:

Refletir sobre quem é e de que músicas gosta	Construir uma canção da sua autoria	Melhorar a sua postura corporal e manter a cabeça mais erguida
--	-------------------------------------	--

Objetivo nº3: Aumentar as competências interpessoais

Objetivos Específicos:

Promover a relação com a estagiária	Aumentar a fluidez e espontaneidade do discurso	Promover o contacto ocular adequado
-------------------------------------	---	-------------------------------------

Processo Terapêutico

O processo terapêutico do JL teve início em fevereiro de 2023 e término em março de 2023. Contou com um total de sete sessões individuais de 45 minutos cada e seis sessões de grupo, cada uma com um total de 90 minutos.

Numa fase inicial o JL começou apenas a frequentar as sessões de grupo e foi depois encaminhado para sessões individuais de musicoterapia.

Nas duas primeiras sessões, foram aplicados os instrumentos de avaliação. O JL foi convidado pela estagiária a explorar instrumentos musicais em modo de improvisação livre não referencial. O seu instrumento de eleição era o djembê, que lhe trazia memórias da infância, das festas e de familiares descendentes de Angola. O JL mostrava-se muito verbal, e tinha a necessidade de partilhar com a estagiária os problemas pelos quais estava a passar.

Num contexto fora de sessão, o JL comentou com a estagiária que gostava muito de desenhar e de escrever. Durante o período de internamento, mantinha com ele um caderno secreto, onde podia expressar o que quisesse e libertar-se.

Ainda na segunda sessão, o utente leva o caderno e partilha com a estagiária uma imagem que estava a desenhar. Eram duas mãos com uma aliança, que segundo o FB, significavam união. Tendo em conta o potencial da improvisação, foi pedido ao utente que improvisasse em conjunto com a estagiária tendo como referência o seu desenho. A improvisação traz muitas vezes ao de cima o inconsciente da pessoa para o presente tornando-se num momento de descarga emocional. Daqui surgiram palavras, que a estagiária anotou e posteriormente propôs ao JL a escrita de uma canção da sua autoria. Neste sentido, esta técnica permitia uma viagem ao seu passado e a possibilidade de dar uma voz ao futuro.

O paciente ficou muito entusiasmado com a proposta, e mesmo fora das sessões, procurava a estagiária para falarem sobre isso ou para mostrar o que tinha feito na semana.

Na terceira sessão, o JL apresenta um rascunho de um texto escrito por ele. Eram palavras fortes e sentidas que diziam respeito á sua história e ao motivo que o encaminhou ao internamento. A partir deste momento, as sessões eram dedicadas ao ajuste de escrita do poema em conjunto com a estagiária e definiu-se um objetivo final, o musicar do poema.

Durante este processo, foi utilizada a improvisação vocal proposta pelo JL e suportada pela estagiária, ainda que este não se sentisse muito confortável a cantar e isso era visível no seu tom de voz baixo.

Na quarta sessão, o JL demonstra interesse pela bateria e pede á estagiária para mostrar uns ritmos que aprendeu a partir de uma aplicação que instalou no telemóvel e afirma “aqui eu descobri que gostava de marcar ritmo”.

Na semana entre a terceira e aquela que seria a quarta sessão individual, o JL recebeu a notícia que ia ter alta hospitalar. O sentimento foi de tristeza por não ter conseguido terminar a sua canção e, por sua iniciativa, pediu ao seu médico psiquiatra para alongar a sua estadia.

Como o tempo era pouco, o paciente pediu á estagiária para em conjunto adaptarem o seu poema a um instrumental já feito no Youtube e assim puder levar a sua canção concluída e fechar esta fase da sua vida.

O JL mostrou-se muito empenhado na procura de instrumentais e escolheu dois. Os seus dias eram passados a cantarolar o poema. Com a ajuda da estagiária, foi adaptado o seu poema a um dos instrumentais por ele escolhidos.

No dia anterior á alta, era a última sessão grupal do JL e o próprio fez um pedido muito especial á estagiária: apresentar a sua canção ao grupo. Este foi um marco muito

importante. O paciente apresentou a sua história aos restantes colegas e os motivos que o encaminharam ao internamento. Leu o poema em voz alta e de cabeça erguida. De seguida, fez-se silêncio e todos se colocaram numa posição confortável, uns de pé outros sentados no chão, para escutar a letra cantada pelo JL. No final, foi aplaudido pelos colegas e pela estagiária, na qual o paciente lhe agradece e termina com “este poema é uma reflexão que eu levo daqui”.

O desenho e o poema foram emoldurados e afixados no HFAR, com a devida autorização do paciente, que num tom orgulhoso e confiante refere voltar para ver o seu trabalho.

Discussão dos Resultados e Conclusão

Numa fase inicial das sessões, o JL mostrou-se muito verbal. Afirmava sentir a necessidade de ser ouvido sem julgamentos sobre a situação pela qual tinha passado e era notória a falta de afetividade que sentia, na procura da estagiária em momentos fora do contexto da sessão apenas para desabafar como ele próprio dizia.

Primeiramente, foi utilizada a técnica da improvisação para explorar os instrumentos musicais e as várias sonoridades, procurando estabelecer um novo canal de comunicação não verbal e desenvolver a relação entre a estagiária e o paciente.

Através do jembê, que foi desde o início o instrumento escolhido, reviveram-se memórias e vivências do passado que mostraram vincadamente os sentimentos de abandono que sentia e assuntos mal resolvidos. Não só a escolha do instrumento musical tem um significado simbólico, mas também a forma como toca (Wigram & Backer, 1999) e isso foi visível na descarga de tensões por meio do instrumento criando um momento de catarse e de alívio.

Neste sentido, a improvisação funcionou como um meio de expressão livre e do self, fomentando o sentimento de liberdade interior (Correia, 2009).

O paciente nutria um gosto especial pelo desenho e manteve consigo durante o período de internamento um caderno, onde escrevia e desenhava, e ali expressava tudo o que sentia. Em sessão individual, partilhou um desenho com a estagiária – duas mãos a segurar uma aliança, que simbolizavam união. A partir deste momento, passou a combinar-se técnicas de musicoterapia com esta forma de arte. Partindo da imagem, foi utilizada a improvisação vocal e instrumental e posteriormente, a estagiária sugeriu a escrita de uma canção com base na imagem.

Neste processo, o desenho funcionou como uma modalidade expressiva para o paciente e permitiu entender as suas motivações internas, os seus comportamentos e as suas emoções. Já a improvisação tendo como base a imagem, trouxe á sessão conteúdo abstrato do inconsciente por meio de som e de palavras acompanhado de um momento verbal.

De acordo com Bruscia, as técnicas musicoterapêuticas como a improvisação, a audição, a recriação e composição musical podem ser combinadas com outras formas de arte e considera-as como respostas extramusicais (Nogueira & Rosário, 2021).

Seguidamente, a técnica da composição musical funcionou como uma viagem ao passado. O processo de escrita da letra ajudou o paciente a organizar pensamentos, consciencializar-se do seu estado interno, permitir-se aceitá-lo e no final, retirar deste processo algo construtivo para si próprio (Hunt, 1998).

Através da musicoterapia, o JL começou a explorar as suas emoções e os sentimentos difíceis que provinham do seu relacionamento. A raiva que sentia passou a ser expressa de forma criativa na música, com a escrita da sua própria canção (Pool et al, 2011).

Quando soube da notícia da alta hospitalar, o paciente não escondeu a tristeza que sentiu por não ter conseguido terminar a sua canção no decorrer das sessões de

musicoterapia e pediu ao psiquiatra responsável para adiar a alta. Como o tempo era pouco, o utente sugeriu a procura de um instrumental no Youtube na qual pudesse adaptar a sua letra, com a ajuda da estagiária.

O término deste processo foi muito importante para fechar a intervenção terapêutica. A composição de um poema da sua autoria e a validação das suas ideias por parte da estagiária, possibilitaram ao utente com problemas de abandono e ansiedade, melhorias visíveis na sua autoestima, autoconfiança, regulação emocional, o fechar de um ciclo e encarar o futuro com uma perspetiva diferente e positiva.

No último dia da sessão grupal, o JL pede á estagiária para cantar o seu poema ao grupo e falar acerca dos motivos que o levaram ao internamento no HFAR. Este momento foi muito rico e importante para o paciente. Pela primeira usou a voz e cumpriu-se um dos objetivos terapêuticos de afirmação pessoal na medida em que não só construiu uma canção da sua autoria como neste momento final foi possível observar uma postura corporal mais confiante e cabeça bem erguida.

Apesar de ter sido um curto período, a musicoterapia e o uso da técnica de composição foram fundamentais na recuperação do utente e mostraram-se muito eficazes também nas suas tomadas de decisões (Junior et al, 2020)

Para o JL, a escrita do poema foi uma viagem ao passado, o fechar de um ciclo e o início de uma nova caminhada com uma visão positiva e objetivos futuros delineados.

Estudo de Caso II

Neste capítulo será exposto o segundo estudo de caso, que aborda o processo de intervenção e o acompanhamento musicoterapêutico da paciente FB, diagnosticada com transtorno bipolar tipo II, seguido de uma reflexão sobre os casos obtidos e respetiva conclusão.

Identificação e Historial

A FB é uma utente do sexo feminino com 65 anos de idade. Aposentada, exerceu a sua atividade profissional nas forças policiais. Reside sozinha na área metropolitana de Lisboa. É divorciada, tem um filho residente em Angola, tem irmãos e sobrinhos a residir na sua área de residência. Apesar disso, apresentava um escasso suporte familiar.

A utente era diagnosticada com Transtorno Bipolar tipo II. Seguida já há alguns anos em Psiquiatria, apresentava um histórico de quatro internamentos, dois deles no HFAR – um em 2020 e outro em 2021. No internamento anterior à presente intervenção, a FB tinha beneficiado de sessões de musicoterapia e desde então, passou a contactar regularmente a enfermeira chefe do serviço, a questionar quando poderia voltar a ter musicoterapia. Após contacto entre a estagiária e a paciente, a FB mostrou interesse imediato em começar a intervenção e inicialmente foi agendada uma sessão individual com periodicidade semanal às segundas-feiras.

Num primeiro contacto, a FB demonstrava dificuldades em atingir o estado de eutímia. As primeiras sessões foram marcadas por elação de humor, visíveis no tom de voz alto e no falar mais do que é o habitual. O pensamento e o discurso eram acelerados e cada vez que a estagiária tentava interromper, a paciente respondia “espera” e continuava a falar sem conseguir ouvir e esperar pela sua vez. Verificava-se também uma enorme destrutibilidade, sendo muito difícil para a FB conseguir sequer dar seguimento às propostas da estagiária no seio de uma qualquer atividade. No seguimento, interrompia

diversas vezes para se expressar verbalmente sobre assuntos completamente distintos do que estava a executar e era frequente a mudança de um tema para o outro. Apesar da sua aparência cuidada, foi notório inicialmente o uso de roupas e acessórios extravagantes e muito coloridos.

Ainda no decorrer das primeiras sessões, quando lhe era perguntado como se sentia e como tinha corrido a semana, a resposta comum era “sempre muito bem”.

Avaliação Inicial e Objetivos

Foram aplicados os instrumentos de avaliação da qual foram obtidos os seguintes resultados: na escala STAY foi obtida uma pontuação de 22 pontos na forma Y-1 e na forma Y-2 um total de 27 pontos, revelando um baixo nível de ansiedade.

De acordo com a ficha de identidade sonora musical, foi possível perceber que gosta de música e escuta frequentemente. Os resultados mostraram preferência pela música de José Cid e Pedro Abrunhosa, mas também Elton John e Elvis Presley.

Da sua infância, recorda-se de ouvir canções da banda Duo Ouro Negro. Não tolerava o silêncio e tinha preferência por ambientes ruidosos, admitindo gostar do barulho. Desde o início que foi notório o seu gosto pelo canto e comentava várias vezes que durante o seu internamento quando usufruiu de sessões de musicoterapia, cantava com a anterior musicoterapeuta estagiária. Contudo, considerava não cantar bem e sentir vergonha. Os instrumentos representativos de África lembravam-lhe as suas origens e por isso, o jembê foi desde o primeiro momento o seu instrumento de eleição.

No contexto de execução musical, foi notória desde o início uma descoordenação rítmica, dificuldade em repetir um ritmo ou seguir uma pulsação que lhe era dada demonstrando assim dificuldades no domínio afetivo-emocional, e na comunicação e interação com o outro.

Uma outra atividade que confessou ser difícil foi a expressão de sentimentos através de um instrumento musical, de um som ou até mesmo de um movimento corporal, mostrando mais uma vez dificuldades na componente afetivo emocional.

De acordo com esta primeira avaliação, foram detetados três problemas nomeadamente a dificuldade na sua autoexpressão, dificuldade nas relações interpessoais e em completar uma atividade que lhe era proposta. Consequentemente, foi elaborado o seguinte plano terapêutico para a F.B.

Tabela 5.

Plano Terapêutico F.B.

Objetivo nº1: Promover a expressão individual e emocional

Objetivos Específicos:

Expressar e identificar sentimentos e emoções vividas	Introduzir ideias próprias nas atividades musicais
---	--

Objetivo nº2: Promover competências relacionais

Objetivos Específicos:

Ouvir o outro e esperar a sua vez de falar	Estabelecer contacto ocular durante toda a intervenção
--	--

Objetivo nº3: Conseguir completar uma atividade

Objetivos Específicos:

Não interromper constantemente para verbalizar ideias fora do contexto	Conseguir comentar cada atividade realizada
--	---

Processo Terapêutico

O processo da FB teve início em janeiro de 2023 e término em maio de 2023. Inicialmente, a intervenção musicoterapêutica contava apenas com sessões individuais. Contudo, a paciente mostrou desde cedo uma grande vontade de participar em sessões de grupo. Tendo em conta que não havia um número de pacientes de ambulatório suficiente para que aí houvesse sessões de grupo de musicoterapia, foi decidido em reunião com o médico psiquiatra e enfermeira responsáveis que a FB se poderia juntar ao grupo de musicoterapia do internamento. Segundo a opinião de equipa, esta junção seria uma mais-valia para a paciente no sentido de trabalhar as suas competências relacionais, de manter uma atividade de rotina e também uma mais-valia para os utentes internados, na medida em que a FB partilhava com eles o seu histórico de longos internamentos e de como conseguiu superar e voltar á sua rotina diária, dando-lhes força e um pouco mais de ânimo.

A intervenção junto da FB contou com um total de 15 sessões individuais e ainda sessões de grupo, que ocorriam uma vez por semana num total de 90 minutos. Inicialmente, cada sessão ocorria num dia diferente e isso trouxe alguns desafios. A utente faltou no decorrer de algumas sessões e a estagiária rapidamente percebeu a necessidade de criar uma rotina semanal definida e um horário bem estruturado.

As primeiras sessões foram dedicadas á exploração de instrumentos musicais e de canções da sua preferência, procurando o cultivo de uma relação sonoro-musical. A técnica mais utilizada foi a improvisação musical livre. O jembê foi desde o início o instrumento eleito e pedia á estagiária que tocasse com ela, a fim de explorar o som dos “bataques”, como a FB lhes chamava. Das improvisações, surgia sempre um episódio ou uma curiosidade relacionada com o seu local de origem. Este momento verbal que ocorria seguido das improvisações, era muito importante porque permitiu á estagiária uma

recolha mais aprofundada sobre a história da utente e a criação de um espaço de partilha de experiências.

Nesta fase, a FB mostrava-se muito verbal por longos períodos, com um discurso acelerado, mudanças de assunto rápidas e apresentava dificuldade em manter diálogo. A sua atenção era muito difícil de fixar.

No decorrer das sessões, foram também realizados jogos musicais para trabalhar a componente relacional que era um dos objetivos terapêuticos. Neste processo, usou-se o diálogo com a regra vez á vez, que permitiu dar espaço e tempo ao outro para se expressar. Posteriormente e com os avanços no processo terapêutico da utente, conseguiu-se obter um diálogo livre, com uma estrutura mais livre e fluente.

Nas improvisações, a tendência era para imitar e não usar a sua própria criatividade. Quando a estagiária tentava alterar o padrão rítmico, a FB ficava descoordenada e demorava algum tempo até conseguir perceber, mas logo voltava á imitação.

Desde a primeira interação, a paciente demonstrou muita vontade em cantar e partilhava com a estagiária alguns dos momentos de outras sessões que tinha tido em que cantava. Contudo, se lhe fosse pedido para usar a voz, referia “a minha voz é uma cana rachada” e sentia vergonha na gravação das sessões.

Durante a improvisação eram usados os djembês, e o foco eram as emoções e os sentimentos que lhe vinham á memória e que a paciente tinha vontade de exteriorizar, relacionados com Angola. Cada improvisação, trazia consigo uma história para contar relacionada com as suas vivências naquele país que refere ter sido o período mais feliz da sua vida.

Na terceira sessão individual, a estagiária marca uma pulsação e um padrão rítmico, e surge um som dado pela paciente que simbolizava um chamamento em Angola.

A estagiária agarra este mesmo som, e ambas improvisam, tendo surgido pela primeira vez a voz. De seguida, a FB interrompe verbalmente e ensina umas palavras á estagiária – “zambi ami” que significava deus e estas são utilizadas na improvisação vocal. É visível a felicidade sentida pela paciente ao cantar, mas ainda assim, fazia sinal com a mão para a estagiária cantar com ela, como se não se sentisse confortável ao fazê-lo sozinha.

Na quinta sessão individual, a FB demonstrou um entusiasmo muito grande pela bateria e pela exploração de palavras que, segundo a paciente, eram todas relacionadas com Angola. As sessões seguintes foram dedicadas á improvisação livre com o uso da voz, dos jembês e dos tambores da bateria. Estes últimos permitiram á paciente canalizar no instrumento as suas emoções reprimidas e dessa forma, sentir-se mais confiante.

Ainda no decorrer destas sessões, houve momentos mais depressivos por parte da FB, em que vieram á memória situações tristes pela qual tinha passado, tais como a morte do pai e do irmão, o divórcio e as traições por parte do ex-marido e a distância do filho. Nestes momentos, a FB com um timbre bonito e afinado cantava em conjunto com a estagiária. Com os olhos fechados, eram vocalizadas melodias simples, improvisadas criando um ambiente de confiança e união. Posteriormente, eram cantadas canções da sua preferência e acompanhadas ao piano.

Ao chegar á reta final do processo de intervenção, a estagiária ia conversando com a paciente sobre a aproximação das últimas sessões e pedia que fizessem uma retrospeção dos momentos e das memórias que juntas tinham partilhado.

A FB mostrou -se compreensiva, mas não negava a tristeza que sentia pela saída da estagiária.

Na penúltima sessão individual, a utente demonstrou o quão importante tinha sido este período de musicoterapia, agradeceu e pediu que em conjunto, cantassem a canção do Pedro Abrunhosa – Para os braços da minha mãe.

A estagiária no piano e a utente de microfone na mão, marcam um dos momentos mais sentidos de todo o processo. Uma vez juntas, outras em diálogo, ambas cantam a canção e ao chegar ao fim, a FB coloca o microfone em cima do piano, e abraça a estagiária de forma espontânea.

Na última sessão de grupo, a estagiária conversa com todos os pacientes, agradece todos os momentos que partilharam e oferece um diploma simbólico a cada elemento. A FB recebe o seu e chora abraçada á estagiária.

Discussão e Conclusão

Refletindo sobre o processo de intervenção da FB, foi possível constatar que surgiram alterações significativas nos seus padrões de comportamento. A musicoterapia enquanto abordagem não invasiva ofereceu á utente uma experiência benéfica na sua readaptação e reabilitação no decorrer da sua patologia (Passoni, 2006).

Ao longo das sessões, a técnica mais utilizada foi a improvisação livre. Numa primeira fase, funcionou como um meio de comunicação e de autoexpressão e mais tarde permitiu trabalhar sobretudo, e de forma afetiva, a exteriorização das suas emoções através do campo sonoro (Toffolo & Toffolo, 2008).

Desde a primeira intervenção, o jembê foi o instrumento eleito pela FB. Nas improvisações, a exploração da sonoridade e o próprio instrumento traziam-lhe á memória lembranças da sua infância e de Angola, o seu local de origem. Assim, o potencial da improvisação enquanto técnica terapêutica permitiu trazer ao presente memórias e emoções reprimidas (Wigram & Backer, 1999).

Inicialmente, a FB mostrou-se muito verbal, interrompia constantemente as atividades, apresentava muitas dificuldades em ouvir o outro e esperar a sua vez de falar e isso trazia consequências negativas nas suas relações interpessoais e na concretização de tarefas que lhe eram propostas. Neste sentido, a estagiária procurou estruturar as

sessões de modo a melhorar os seus padrões comportamentais. A sessão iniciava com um momento verbal sobre o decorrer da semana, a musicoterapeuta explicava a atividade que iam desenvolver de seguida, e um dos objetivos passou a ser comentar cada atividade realizada. Assim, foi possível trabalhar o foco e sua atenção, a consciencialização do self, do aqui e do agora e canalizar toda a sua participação verbal para o pós-atividade musical. Nas sessões de musicoterapia, o excesso de palavras pode diminuir ou até impossibilitar experiências emocionais. Neste sentido é importante estruturar a sessão e perceber que a comunicação verbal não é de todo necessária, mas é permitida quando o paciente sentir essa necessidade (Wigram & Backer, 1999). No caso da FB, ao longo do seu processo terapêutico, foi criado um espaço de interação musical seguido de uma partilha verbal.

Do ponto de vista especificamente musical, foi notório a importância de uma estrutura simplificada e clara, com padrões rítmicos pouco elaborados. Contudo, à medida que as sessões iam ocorrendo, a utente mostrou-se mais confiante, segura e motivada para as atividades.

Nesse sentido, e tendo como foco principal os objetivos terapêuticos, os jogos musicais foram muito importantes dada a sua estrutura ordenada e a sua métrica. Permitiram trabalhar os padrões comportamentais da utente, a aceitação de regras, a aquisição de um maior controlo sobre os seus impulsos, a organização de pensamentos, o diálogo entre pares e a comunicação (Moriá, 2021)

Desde o início, que a utente refere gostar de cantar, mas afirmava frequentemente não se sentir á vontade para o fazer porque a sua voz era uma cana rachada. Com o passar das sessões, utilizando a técnica da improvisação e os episódios relatados de Angola pela FB, começam a surgir palavras que foram exploradas vocalmente.

A improvisação de palavras, como o exemplo de “zambi ami” ou outras, foram um meio importante de autoexpressão da paciente e um facilitador na expressão das suas experiências internas (Barcellos & Santos, 2021)

Na última sessão, a paciente e a estagiária cantam ao piano a canção do Pedro Abrunhosa – Para os braços da minha mãe, que termina com um abraço espontâneo da FB. Aqui, foi possível observar que o cantar ajudou a utente na construção de uma relação e de um espaço terapêutico musical seguro e na regulação e expressão emocional.

De acordo com os objetivos iniciais propostos, foram visíveis melhorias significativas no comportamento da FB, assim como nos resultados dos testes finais das escalas STAY e BDI-II.

A literatura sugere que na doença mental, a musicoterapia deve ser aplicada em sessão individual ou em pequenos grupos e por um período contínuo. No caso da FB, iniciou com sessões individuais e depois grupal que se mostrou de facto muito benéfico, dado o seu progresso terapêutico.

No final da intervenção, a utente conseguia ouvir o outro, gerar diálogo, e manter um contacto ocular adequado durante a conversa, sentindo-se por isso muito mais confiante, segura de si e integrada em contexto grupal. Nas atividades que lhe eram propostas, passou a conseguir expressar o que sentia e introduzir ideias musicais próprias e criativas. Para além disso, cumpriu o objetivo terapêutico de conseguir completar a atividade. O uso da voz e do microfone enquanto cantava, foram fundamentais na construção da sua autoestima e autoconfiança.

Deste caso de estudo, pode retirar-se que a musicoterapia aplicada ao utente portador de transtorno bipolar apresenta melhorias significativas. De acordo com a FB, a musicoterapia faz parte da sua rotina e do seu tratamento, e é tão importante como os medicamentos que o psiquiatra receitou.

Outras Intervenções Clínicas

A presente secção relata uma descrição sumária das restantes intervenções realizadas no decorrer do estágio.

Intervenções Individuais

F.V.

FV é um jovem do sexo masculino com 20 anos de idade. Estudante, filho de pai militar. Músico, toca guitarra e piano. Foi internado em outubro de 2022 no HFAR, onde começou as sessões individuais de musicoterapia e aquando da alta hospitalar, continuou em regime de ambulatório por vontade própria e em concordância com a equipa multidisciplinar. Apresentava um diagnóstico de depressão com traços de personalidade borderline.

A intervenção decorreu num total de vinte e oito sessões individuais com um total de 45 minutos cada.

Após a fase inicial de observação e aplicadas as escalas STAY Y-1, Y-2 e BDI-II, os resultados obtidos mostraram níveis de ansiedade moderados e depressão moderada, respetivamente. Tendo em conta a avaliação, foram delineados os seguintes objetivos terapêuticos: promover a expressão emocional, desenvolver a noção de identidade pessoal, melhorar a sua autoestima e a capacidade de relacionamento.

Nas primeiras sessões, no contexto de internamento, o FV mostrou-se muito empenhado e com muita vontade de participar nas sessões. No pós-alta, continuou assíduo e sempre que não podia permanecer em sessão, contactava a estagiária e era feito um ajuste de horário. A partir de meados do decorrer da intervenção, assistimos a faltas por parte do paciente, maioritariamente justificadas.

Ainda no início do processo, o paciente mostrava -se muito colaborante e recetivo a atividades propostas pela estagiária. Apresentava algumas dificuldades em expressar-

se emocionalmente através dos instrumentos musicais, e quando tocava guitarra ou piano, mantinha – se nos mesmo acordes sempre com o mesmo padrão rítmico, afirmando várias vezes que aqueles eram os acordes que gostava de ouvir e era a sua zona de conforto. Nunca utilizou a voz.

As técnicas mais utilizadas no decorrer das sessões foram a improvisação livre e a referencial. Ao longo das suas improvisações, o FV demonstrou mais expressividade, um maior poder de escolha dos instrumentos de acordo com os sentimentos e as emoções vividas, autorreflexão e consequente partilha verbal com a estagiária.

Numa sessão, o paciente traz para a sessão um poema por ele escrito e surge a proposta deste ser musicado. Numa primeira fase, surgem improvisações em torno do poema e nos momentos mais frágeis em que se começa a planear um possível instrumental, o paciente mostra-se pouco colaborante e diz á estagiária que já não quer musicar aquele poema. A partir daqui, mostra -se pouco criativo, sem ideias e sem vontade de fazer algo musical. Prefere apenas o verbal e usa a palavra como um mecanismo de defesa. Em diálogo entre a estagiária e o médico, percebe-se que o paciente está numa fase manipuladora, em que tenta através da estagiária ser novamente internado alegando estar a cometer erros da qual se envergonha e mostra -se com ideação suicida presente.

As sessões seguintes são marcadas por faltas injustificadas, em que o psiquiatra responsável afirma serem para chamar atenção e de revolta por ter sido recusado o internamento. A estagiária tentou contactar o paciente, mas sem sucesso.

H.A.

HA é um paciente do sexo masculino, com 49 anos de idade. Militar no ativo, reside sozinho na área metropolitana de Lisboa. Diagnosticado com perturbação afetiva

bipolar, encontrava-se internado no HFAR na sequência de um episódio agudo de descompensação maníaca, agitação psicomotora e agressividade.

Foi encaminhado para musicoterapia pela equipa multidisciplinar depois do próprio ter manifestado muito interesse nesta intervenção. Referia gostar muito de música e toca bateria.

Depois de uma avaliação inicial, os resultados obtidos mostraram os níveis de ansiedade moderados na escala STAY em ambas as formas Y-1 e Y-2, e na BDI-II depressão moderada que se foi confirmando pelo isolamento, falta de vontade nas atividades, muito pouco verbal, fuga de ideias e uma lentificação psicomotora.

Assim, o plano terapêutico do HA passou por melhorar os seus padrões de comportamento disruptivos, estimular a sua atividade cognitiva, aumentar o interesse e a motivação nas atividades e promover o relacionamento interpessoal positivo. A intervenção decorreu em *setting* individual com um total de seis sessões de 45 minutos cada e também grupal.

Na primeira sessão individual o HA mantinha o estado eufórico de como tinha entrado no HFAR. Na improvisação livre, marcava o ritmo de forma assertiva e sentia-se bem a ouvir barulho. Nas sessões seguintes, devido a alterações na medicação, o paciente passa a um estado depressivo. Sem vontade, fuga de ideias, muito pouco verbal e responde somente ao que lhe é questionado. O tom de voz muito baixo, encolhe os ombros quando lhe é perguntado como se tem sentido. Cada vez que a estagiária lhe propõe escolher um instrumento musical, afirma que não consegue, muito lentificado e sem vontade de tocar bateria.

Porém, numa sessão afirma que lhe apetece ouvir o piano. Nesse momento, a estagiária toca uma progressão de acordes. Numa primeira fase, o paciente começa a dialogar sobre coisas que gosta e o fazem sentir bem. A estagiária pega em palavras ditas

pela HA e ao som do piano começa a cantar. Ouve-se o paciente a cantar juntamente com a musicoterapeuta, e daqui sai uma improvisação referencial. A partir daqui as técnicas mais utilizadas foram a improvisação livre e referencial, explorando a voz e o piano.

O HA manteve este estado depressivo, visível tanto nas sessões individuais como nas sessões de grupo. Queixava-se constantemente aos profissionais de saúde, afirmando que as suas melhorias eram muito poucas, mas ainda assim, sentiu que a musicoterapia o fazia sentir acompanhado, ajudava-o a esquecer os problemas e os sintomas da doença.

Dado o número muito reduzido de sessões, não foi possível observar melhorias significativas no processo terapêutico do utente.

M.S.

MS é uma utente do sexo feminino com 78 anos. Reformada, era esposa de marido militar. Diagnosticada com perturbação psicótica, apresenta também leuco encefalopatia isquémica e alterações cognitivas. Foi internada no HFAR, após um episódio de descompensação psicótica. Viúva, residia sozinha, tem duas filhas e netos, mas a relação com ambas não era fácil, devido a alucinações relativas a uma das filhas.

O encaminhamento para musicoterapia foi feito pela equipa multidisciplinar e por vontade da própria.

Depois de feita uma avaliação inicial, os resultados mostraram os níveis de ansiedade moderados na escala STAY em ambas as formas Y-1 e Y-2, e a escala BDI-II depressão leve a moderada. De acordo com a ficha da identidade sonoro musical, foi possível perceber que a MS gostava e ouvia música frequentemente. O rádio era a sua companhia e todos os dias adormecia a ouvi-lo. A intervenção decorreu de forma individual e contou com um total de seis sessões, com uma duração de 45 minutos cada.

Inicialmente apresentava uma grande necessidade de comunicar verbalmente com a estagiária. O facto de ser a única mulher internada no HFAR, deixava-a desconfortável,

triste, mais isolada e ansiosa com a alta hospitalar. Por essa razão, um dos objetivos terapêuticos a trabalhar com a paciente passou por aumentar as suas competências interpessoais. Um outro, estava relacionado com a expressão emocional, na escolha dos instrumentos de acordo com o sentimento e a emoção que estava a sentir e uma autorreflexão.

Uma vez que nas primeiras sessões a MS testou positivo ao Covid-19, uma das técnicas utilizadas foi a escuta musical. Numa fase posterior, foi usada a improvisação.

Numa das sessões a paciente partilha com a estagiária um desenho que fez ao longo da semana, e o mesmo serviu de base para a improvisação. Era um sol, uma casa e a natureza que demonstravam a sua vontade em ir para casa e sair do hospital. A MS foi a solista no momento de musicar o seu desenho. Aqui, foi possível direcionar a tristeza que sentia para algo positivo e que lhe soava bem para o campo sonoro-musical.

Com o decorrer do processo terapêutico, foi possível observar uma mudança ao nível emocional e expressivo. Mostrou-se mais motivada e confiante, mais integrada e comunicativa com os restantes pacientes, apresentou melhorias de autoestima e autoconfiança visíveis na sua rotina diária e autocuidado. As sessões de musicoterapia foram um canalizador dos momentos de tristeza e desespero por parte da MS.

J.M.

JM é um utente do sexo masculino com oitenta e dois anos de idade. Foi militar, é casado e com duas filhas. Dependente, apresentava um quadro de demência. Foi internado no HFAR em outubro de 2022 para descanso do cuidador e ajuste da terapêutica, porque apresentava períodos de agressividade, desorientação e agitação psicomotora.

Foi encaminhado para musicoterapia pela enfermeira chefe responsável em acordo com a estagiária. A intervenção decorreu de forma individual e contou com quatro sessões num total de 45 minutos cada.

Dado o seu quadro clínico, a observação foi o instrumento principal aplicar e não foi possível conhecer as preferências musicais do paciente. Tendo em conta a sua idade, a estagiária começou por abordar o fado e rapidamente percebeu que a Amália era uma das cantoras de referência do JM.

As sessões decorreram na sala de musicoterapia e algumas vezes numa sala situada no piso do internamento.

A técnica utilizada foi a escuta musical. Numa fase inicial, ouviu-se fado da Amália, e juntamente com a estagiária, ambos cantaram e usaram instrumentos de percussão para marcar a pulsação. Em vários momentos, o paciente intervinha verbalmente e expressava a sua grande admiração pela fadista.

Numa fase final, a estagiária passou a cantarolar os fados acompanhada do piano. A canção “Cheira bem, Cheira a Lisboa” era uma das suas preferidas.

Um marco importante ocorreu ao piano. A estagiária começa a tocar a canção acima referida e através da exploração das teclas e da procura do som, o JM consegue tocar o refrão da canção.

A sua felicidade foi visível em todas as sessões, pelos olhos fechados, o sorriso no rosto, o movimento corporal ao ritmo da música e também o verbalizar do utente que frequentemente agradecia os momentos passados com a estagiária.

Apesar da intervenção ter um período muito curto, a musicoterapia mostrou resultados muito positivos na expressão do paciente ao entrar em contacto com as suas lembranças e emoções, na estimulação da memória e no estar/comunicar com o outro.

M.R.

O MR é um paciente do sexo masculino. Militar no ativo, separado e com dois filhos. Era seguido desde muito cedo em consultas de psiquiatria e tinha tido dois internamentos anteriores no HFAR. Diagnosticado com Patologia Depressiva, apresentava um quadro agudo de sintomas: humor deprimido, abulia e adinamia muito presentes, sonolência diurna e uma tendência para clinofilia.

Encaminhado pela equipa multidisciplinar, beneficiou de sessões individuais de musicoterapia e de grupo. Contou com um total de catorze sessões. Aplicados os instrumentos de avaliação, os resultados demonstraram níveis de ansiedade moderado na escala STAY, em ambas as formas Y-1 e Y-2 e na escala BDI-II, depressão moderada a grave.

No decorrer das sessões, os objetivos terapêuticos focaram-se na construção de uma relação terapêutica sólida, promovendo o contacto ocular, explorando novas formas de comunicação e consequente diminuição do isolamento. Promover a expressão emocional e autorreflexão e ainda estimulação cognitiva.

A bateria e sobretudo a caixa, foram os instrumentos que mais cativaram o paciente e por isso, foram utilizados em jogos musicais na criação de ritmos para estimular o paciente que, numa fase inicial do seu internamento, se mostrava muito isolado, sem vontade e motivação para executar atividades, com uma redução da força muscular, postura muito curvada e cabeça cabisbaixa.

O MR aparentava ser um indivíduo muito adequado, reservado e quando questionado sobre algo, era notório um desconforto. Nas sessões de grupo, sempre que a estagiária perguntava como se tinha sentido ou a qual a sua opinião sobre a atividade realizada, as respostas eram frequentemente rápidas, de sim ou não, encolher os ombros ou responder idêntico ao que outro paciente já teria dito. O discurso era muito vago.

Assim, a técnica mais utilizada no decorrer da intervenção foi a improvisação. Permitiu estimular a expressão e a sua noção de identidade, fortalecer uma relação terapêutica com a estagiária, de confiança e suporte, promover novas formas de comunicação nomeadamente o não-verbal e trabalhar a expressão emocional. Era notória a existência de conflitos internos emocionais.

No final do processo terapêutico do paciente, foi possível observar uma postura corporal mais ereta demonstrando melhorias na autoestima e autoconfiança. A musicoterapia contribuiu ainda para a diminuição do isolamento, melhorias nas suas relações interpessoais que se verificaram com um discurso muito mais fluido e um contacto ocular adequado.

Intervenção Grupal

Os Rotativos

Os Rotativos foram um grupo composto por utentes em contexto de internamento hospitalar psiquiátrico. A estagiária criou em inícios de novembro de 2022, um grupo aberto de musicoterapia que recebeu todos os pacientes internados que possuíam a devida autorização por parte do seu médico psiquiatra.

As sessões decorreram semanalmente, com uma duração de duas horas, num total de trinta e duas sessões. Do grupo fizeram parte utentes com múltiplos transtornos psiquiátricos.

Tendo como base a diversidade de patologias presentes, os objetivos terapêuticos do grupo fixaram – se em criar uma relação terapêutica bem sólida entre a estagiária e os pacientes internados no serviço; criar um espaço seguro que facilitasse a integração total dos indivíduos; promover a socialização, a criação de meios de comunicação e de expressão e construir uma identidade sonoro-musical do grupo como um todo.

Na primeira sessão, foram estabelecidas regras e as sessões eram compostas por quatro momentos distintos. Importante referir que, para além da estagiária estruturar previamente as sessões, surgiam frequentemente alterações que iam ao encontro das ideias e sugestões dos pacientes. Inicialmente, eram dadas as boas-vindas a todos os elementos, era apresentado o grupo de musicoterapia aos novos pacientes e surgia um momento verbal de partilha sobre o decorrer da semana e de como se sentiam. Num segundo momento, era proposta uma improvisação livre, que era estruturada ritmicamente pela estagiária, mas com o evoluir da relação e coesão grupal, tornou-se numa improvisação criativa e autónoma por parte do grupo. Seguidamente, partindo da improvisação, surgia um momento lúdico em que eram trabalhados exercícios e jogos musicais, que facilitavam a integração do self sonoro-musical. Por fim, surgia por vezes um momento de exploração de repertório, livre expressão verbal e a sessão terminava com escuta musical passiva.

A intervenção de grupo dividiu-se em duas fases distintas. A primeira fase teve início em novembro e seguiu até fevereiro de 2023. Inicialmente, as sessões decorriam segundo a estrutura da estagiária, mas, rapidamente se criou uma coesão e dinâmica de grupo e surgiu a ideia por parte dos pacientes de ser criada uma banda. Foi escolhido o nome de “Os rotativos” pelo facto do grupo ser aberto e de sessão para sessão, serem integrados novos elementos e outros saírem por motivo de alta hospitalar. A estagiária deu seguimento á proposta. A partir daí, as sessões focaram-se em trabalhar repertório musical.

A partir de meados de fevereiro de 2023, surge uma nova fase - novos pacientes a integrarem o grupo e a maioria dos que já frequentavam as sessões tiveram alta. Até ao fim do estágio, a improvisação livre foi a técnica frequentemente utilizada e este período define-se como um novo começo.

A intervenção grupal foi extremamente importante. Foi possível observar uma evolução na interação e na conexão musical entre os membros. A improvisação clínica

surgiu como uma nova forma de comunicação com o outro e permitiu que cada paciente se pudesse expressar livremente. A expressão verbal e a autorreflexão, permitiram observar uma melhoria de autoestima e autoconfiança.

Uma característica de quem sofre de transtornos mentais é a ausência de interação e de comportamentos sociais adequados. Assim, em contexto grupal, a musicoterapia permite estabelecer um lugar seguro e de total integração do paciente, desenvolvendo os seus padrões de comportamento (Pino, 2004)

Outras atividades

No decorrer dos meses de estágio, a estagiária teve a oportunidade de colaborar em atividades de trabalhos manuais em conjunto com os doentes e alunas de enfermagem e acompanhar os pacientes em alguns dos passeios terapêuticos semanais realizados ao exterior do serviço de psiquiatria, junto com um enfermeiro. Ambas as atividades, acima mencionadas, ocorreram fora do contexto terapêutico num ambiente mais informal e por isso, foram uma mais-valia na relação entre pacientes e estagiária. Permitiram a partilha de momentos agradáveis de conversa, dos seus interesses, quer pessoais quer profissionais e musicais e por essa razão, sentiu-se um acentuar importante na criação de laços terapêuticos.

A estagiária participou nas reuniões comunitárias que ocorriam semanalmente com a Psicóloga responsável pelo internamento. Estas reuniões tinham como principal objetivo abordar questões relacionadas com o grupo de utentes, a sua relação com os profissionais e de funcionamento do serviço.

A estagiária foi convidada a participar nas comemorações do Dia do Enfermeiro, ficando responsável pela dinamização de dois workshops de Musicoterapia para profissionais de saúde, com obtenção de um certificado.

Conclusões

O presente relatório teve como finalidade descrever o estágio curricular realizado no Hospital das Forças Armadas no serviço de Psiquiatria, inserido no mestrado de Musicoterapia. Decorreu no período de novembro de 2022 a maio de 2023. O estágio teve a duração de sete meses e contou com a participação de sete pacientes em contexto de sessão individual e vinte e um em grupo, ambas com frequência semanal.

Após uma observação inicial do funcionamento da instituição e dos utentes, foram definidos três objetivos gerais: promoção da consciência do self sonoro-musical e os seus limites, promoção de novas formas de comunicação e de relacionamento interpessoal e promoção da exploração criativa de reconstrução identitária. Para além disso, procurou-se desde o início sensibilizar todos os profissionais de saúde e familiares dos pacientes para a prática da musicoterapia em contexto hospitalar, da sua integração numa equipa multidisciplinar e dos benefícios terapêuticos. Este último objetivo, foi conseguido através da presença da estagiária em todas as reuniões de passagem de turno diárias, reuniões comunitárias ou outras e ainda de workshops de musicoterapia realizados no âmbito do dia do enfermeiro e abertos a toda a comunidade hospitalar, que permitiram abordar a musicoterapia em contexto hospitalar psiquiátrico e ainda dar a conhecer a sala de musicoterapia, que para muitos dos profissionais do HFAR que trabalhavam noutras unidades era desconhecida.

Quanto ao primeiro objetivo acima referido, foi considerado o mais desafiante e exigente, uma vez que a duração das intervenções foi na grande parte dos casos muito curta.

No que respeita ao segundo objetivo de promover novas formas de comunicação e de relacionamento interpessoal, verificou-se uma boa evolução. A música é vista como uma arte que promove a socialização. Sendo uma terapia não invasiva e dadas as suas

potencialidades, permite a conexão e a integração dos indivíduos e a descoberta de uma nova forma de comunicar através do não-verbal. Para utentes que sentem dificuldades no uso da palavra, a musicoterapia ajuda no estabelecimento de uma relação empática e num novo canal de comunicação que não deixe o indivíduo desconfortável (Pasqual, F.; Cunha, 2020). Neste domínio, é ainda muito importante reforçar que neste contexto o grupo aberto de musicoterapia foi uma mais-valia na integração dos utentes. Permitiu a diminuição do isolamento, apresentou melhorias na motivação dos pacientes na realização de atividades, permitiu a partilha, a comunicação, a sua validação e acima de tudo gerar sentimentos de pertença a um grupo. Estas melhorias foram por meio da observação visíveis no decorrer das sessões e frequentemente os utentes questionavam a estagiária – “hoje é dia de grupo?”.

No terceiro objetivo que diz respeito á exploração criativa de reconstrução identitária, foi conseguida através das técnicas musicoterapêuticas com especial destaque á improvisação. Dado o seu potencial, permitiu desenvolver a criatividade a espontaneidade do indivíduo, a sua liberdade em se expressar e principalmente o senso de identidade (Toffolo & Toffolo, 2008)

Na população psiquiátrica, a elaboração de um plano terapêutico pode ser bastante desafiante visto que são um grupo de pessoas muito heterogéneo. A musicoterapia na doença mental é uma importante ferramenta na aceitação da doença.

Durante a intervenção, os instrumentos musicais utilizados foram maioritariamente instrumentos de percussão pela facilidade no seu uso e tal como a literatura sugere, permitem a descarga de tensões internas (Wigram & Backer, 1999).

Com estes pacientes em particular, a comunicação verbal a par com a interação musical, foi muito importante de modo a fortalecer relações e a partilhar experiências que iam surgindo com o decorrer das interações. Pode concluir-se que alguns dos pacientes

demonstraram uma maior expressão emocional partindo do uso dos instrumentos musicais e outros através do discurso verbal, ou intercalando.

Uma outra questão a abordar foi a importância de uma relação terapêutica sólida, que se foi construindo dentro e fora do contexto de sessão. A estagiária procurou sempre estar lado a lado com os pacientes, com uma atitude respeitadora, flexível e empática.

Os instrumentos de avaliação utilizados, a observação constante quer direta quer indireta e o diário de apontamentos pessoais, foram imprescindíveis para observar e refletir a cada semana sobre o trabalho que a estagiária ia desenvolvendo, de modo a fazer uma adaptação às técnicas utilizadas sempre que se verificasse essa necessidade.

A intervenção musicoterapêutica no contexto psiquiátrico revelou-se ao longo deste período muito benéfica no acompanhamento destes utentes. O uso das várias técnicas e do modelo humanista adotado permitiu oferecer ao indivíduo a descoberta e a sua exploração pessoal, sem esquecer também a importância de ser incluída numa equipa multidisciplinar.

Reflexão Final

Ao longo destes meses de estágio, vivi uma das experiências mais ricas e também mais desafiantes da minha vida.

No decorrer das aulas teóricas, a doença mental e o campo da psiquiatria fascinaram-me desde cedo. Talvez também por ter assistido bem de perto a situações de familiares que sofreram de depressão, num quadro grave dos sintomas.

Nos dias de hoje, mesmo com o avanço das terapias e da informação, a psiquiatria não é vista com bons olhos. O estigma associado à doença mental ainda se mantém bem presente e portadores de patologias associadas ao foro psiquiátrico são muitas vezes rotulados e excluídos pela sociedade, e por vezes até pelos próprios familiares que, sentem uma sobrecarga e não conseguem lidar com os sintomas da doença.

No HFAR, não foi exceção. A grande parte dos utentes com quem tive o privilégio de intervir eram ou tinham pertencido às Forças Armadas. Senti em muitos dos casos que havia um desconforto por estarem internados na unidade de psiquiatria. Comentavam em sessão ou em contexto fora da sessão que o facto de subirem com um profissional de saúde ao piso dois para a realização de atividades que também era o piso de consultas externas, os deixava incomodados porque outras pessoas os olhavam de lado, como se fossem uns “maluquinhos”. O mesmo acontecia nos passeios pelo exterior do hospital ou nas idas ao café. Surgia também a vergonha e o medo de encarar o chefe e a sua equipa de trabalho no pós-alta, e por isso a alta hospitalar era em muitos dos casos um motivo de ansiedade e angústia. Diziam muitas vezes que um militar devia ser forte, era treinado para tal. Neste sentido, procurei desde o início desenvolver um trabalho humanizado. Estudar, pesquisar e aprender sobre as patologias, mas mais importante centrar a minha intervenção na pessoa e olhá-la numa perspetiva diferente do comum, em quem ela realmente é. E a beleza da psiquiatria é esta. Tive a oportunidade de assistir a situações

diffíceis com alguns dos pacientes, como por exemplo episódio agudo de descompensação maníaca, agitação psicomotora e agressividade. No início senti-me desconfortável, com receio e medo de não ser capaz de lidar. Fui posta á prova, mas no fim conheci pessoas incríveis e com tanto por contar por detrás da sua patologia. Percebi que a beleza de me tornar musicoterapeuta é esta. É ter a oportunidade de ver o indivíduo muito para além do seu exterior, que na maioria dos casos é alterado pela sua patologia.

A minha integração na equipa multidisciplinar e nas atividades fora do contexto das sessões, possibilitou uma proximidade e a criação de uma relação terapêutica muito mais forte, sólida, confiante e permitiu conhecer a história dos pacientes e os seus gostos de uma maneira muito mais descontraída e informal.

No decorrer do estágio, vivi medos, angústias, desafios e dúvidas constantes. No campo profissional, uma vez que não tinha um musicoterapeuta no terreno para me acompanhar, senti-me muitas vezes insegura, com dúvidas se estaria a utilizar a melhor técnica e se estava a conseguir corresponder a todas as necessidades dos pacientes.

Contudo, as minhas maiores dificuldades ocorreram em contexto grupal. Sendo um grupo aberto, em cada sessão surgiam novos pacientes, outros tinham alta hospitalar e essa foi uma das questões que mais me pôs á prova. Senti frequentemente que não existia um trabalho contínuo, mas que a intervenção passava por diferentes fases, novas pessoas, um novo começo. Uma outra preocupação, foi a sua planificação. Uma vez que o grupo era constituído por utentes com múltiplos transtornos, senti frequentemente receio de não ser capaz de dar resposta aos problemas individuais de cada paciente.

Foi preciso humildade para conseguir desenvolver este trabalho, aprender com a equipa multidisciplinar, integrar-me e acima de tudo deixar na unidade de psiquiatria do HFAR um bocadinho de mim, do meu trabalho e da importância da musicoterapia no acompanhamento desta população.

Do ponto de vista pessoal, senti um crescimento e um desenvolvimento gigante. Recordei várias vezes o que me era dito nas aulas teóricas de que é preciso conhecermos a nós próprios. Compreendi finalmente a necessidade de conhecer os meus limites, de aprender a lidar e a gerir as minhas emoções. Senti mudanças significativas na minha autoconfiança, fui me sentindo mais segura das minhas capacidades e sempre com a visão de ser melhor a cada sessão, dar aos meus pacientes uma intervenção humanizada, transmitindo-lhe esperança e motivação. Com o tempo, fui aprendendo a fazer terapia baseada na relação e não tanto no plano das sessões.

A aplicação da musicoterapia na psiquiatria é uma área ainda pouco investigada comparativamente a outras problemáticas. Contudo, este período de estágio fez-me perceber o quão rico e benéfico é esta terapia com este tipo de população, indo assim ao encontro do que a literatura sugere.

Referências

Abraham, V. ; Shifres, F.; Justel, N. . (2018). Music improvisation modulates emotional memory. *Psychology of Music*, 1–16.

<https://doi.org/doi:10.1177/0305735618810793>

Adeb. (2015). As Sociedade Pós-Modernas e a Doença Mental. *Revista Bipolar*.

<https://www.adeb.pt/files/upload/revistas/adeb-revista-bipolar-50.pdf>

Alberto del Porto, J. (1999). Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

<https://www.scielo.br/j/rbp/a/dwLyt3cv3ZKmKMLXv75Tbxn/?format=pdf&lang=pt>

Albuquerque, M.; Beggiato, S. . (2021, January). A Perspetiva dos/as Musicoterapeutas e Alunos/as sobre a Relação Terapêutica: Centralizado no Sujeito.

RevistainCantare.

<https://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/4419/5419>

Albuquerque, R.; Junqueira, V. . (2022, August). A Música como Estratégia Terapêutica de Cuidados na Atenção Psicossocial. *Revista Inova Saúde*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.18616/inova.v12i1.6405>

Almeida, B; Almeida, C.; Oliveira, C; Machado, D. (2018). Atualização no tratamento do transtorno bipolar: o impacto da psicoeducação familiar. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 11–12.

<https://doi.org/https://doi.org/10.51338/rppsm.2018.v1.i3.81>

Almeida, J. (2018). *A Saúde Mental dos Portugueses* (F. F. M. dos Santos (ed.)).

<https://books.google.pt/books?hl=pt->

[PT&lr=&id=YL5YDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=a+saude+mental+dos+portugueses+livro&ots=QxmItXq8AI&sig=JyysvCzOxpOU2SsEszeYXSesETk&redir_esc=y#v=onepage&q=a+saude+mental+dos+portugueses+livro&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=YL5YDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=a+saude+mental+dos+portugueses+livro&ots=QxmItXq8AI&sig=JyysvCzOxpOU2SsEszeYXSesETk&redir_esc=y#v=onepage&q=a+saude+mental+dos+portugueses+livro&f=false)

- Arndt, A. ; Volpi, S. . (2012). A Canção e a Construção de Sentidos em Musicoterapia: História de Mulheres em Sofrimento Psíquico. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 27–38.
<https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/266/247>
- Baia, M. (2019). Uso de Técnicas de Musicoterapia na Coleta de dados de Desenvolvimento Linguístico em Crianças Pequenas. *Revista Humanidades e Inovação*.
<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1102/1232>
- Baker, F.; Wigram, T.; Scott, D.; McFerran, K. . (2009). Therapeutic Songwriting in Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08098130809478203>
- Barbosa, B. (2020). Terapia Nutricional na Depressão – como nutrir a saúde mental: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Development*.
<https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-524>
- Barcellos, L.; Santos, M. . (2021). A Musicoterapia no Brasil. *Revista de Musicoterapia*. <https://doi.org/https://doi.org/10.51914/brjmt.32.2021.378>
- Barnhill, J. (2020). *Visão geral dos transtornos de ansiedade*. Manual MSD.
<https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiquiaticos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/visao-geral-dos-transtornos-de-ansiedade>
- Bin, L.; Campos, L.; Júnior, A.; Turato, E. . (2014). Significados dos episódios maníacos para pacientes com transtorno bipolar em remissão: um estudo qualitativo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.
<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/HqFsh6BxHw87wyvFKGV59vg/?lang=pt&format>

=pdf

- Borges, A.; Júnior, R.; Blanch, G. (2021). *Neurociência da Música e Ações da Musicoterapia nos Transtornos Mentais: uma Revisão Sistemática*.
[https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2093/1/Neurociência da música e ações da musicoterapia nos transtornos mentais uma revisão sistemática.pdf](https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2093/1/Neurociência%20da%20música%20e%20ações%20da%20musicoterapia%20nos%20transtornos%20mentais%20uma%20revisão%20sistemática.pdf)
- Bosaipo, N.; Borges, B.; Juruena, M. . (2017). *Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos*. Sup.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p72-84>
- Brandalise, A. (2015). Musicoterapia Centrada na Música. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 56–58.
<https://www.musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/download/104/95>
- Câmara, Y; Campos, M; Câmara, Y. (2013). Musicoterapia como Recurso Terapêutico para a Saúde Mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 109–113.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68599>
- Castillo, A.; Recondo, R.; Asbhr, F.; Manfro, G. . (2000). *Transtornos de ansiedade*.
<https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/?format=pdf&lang=pt>
- Cavalcanti, A. (2018, December). Saúde Mental numa Perspetiva Humanista. *Revista Saúde Viva Multidisciplinar Da Ajes*. <http://www.revista.ajes.edu.br/revistas-noroeste/index.php/revisajes/article/view/6/16>
- Correia, A. (2009). *Improvisação em Musicoterapia e Abordagem Centrada na Pessoa – As escutas, as empatias e as congruências na relação musico-terapêutica*. IX Jornadas De Abordagem Centrada Na Pessoa.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/31996920/Improvisacao_em_Musicoterapia

[_e_Abordagem_Centrada_na_Pessoa-libre.pdf?1391547925=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DImprovisation_in_Music_Therapy_and_Persono.pdf&Expires=1688594168&Signature=a](#)

Coryell, W. (2021). *Transtornos Bipolares*. Manual MSD.

<https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiquiátricos/transtornos-do-humor/transtornos-bipolares>

Deminco, M. (2018). Transtorno Bipolar. *Psicologia.Pt*.

<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1190.pdf>

Feitosa, M.; Bohry, S.; Machado, E. . (2011, June). Depressão - Família e seu papel no tratamento do paciente. *Encontro Revista de Psicologia*.

<https://pt.scribd.com/document/438880306/Depressao-familia-e-seu-papel-no-tratamento-do-paciente-pdf#>

Feng, K; Shen, C; Ma, Xiang; Chen, G; Zang, M; Xu, B; Liu, X; Sun, J; Zhang, X; Liu, P; Ju, Y. (2019). *Effects of music therapy on major depressive disorder: A study of prefrontal hemodynamic functions using fNIRS*. Psychiatry Research.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.015>

Ferreira, E.; Silva, M.; Leal, T. . (2023). *Transtorno afetivo bipolar: uma revisão conceitual*. Conjecturas. <https://doi.org/DOI: 10.53660/CONJ-2342-23B19>

First B.Michael. (n.d.). *Considerações gerais sobre a doença mental*. Manual MSD.

<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/distúrbios-de-saúde-mental/considerações-gerais-sobre-cuidados-com-a-saúde-mental/classificação-e-diagnóstico-das-doenças-mentais>

Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik Ł, Chen XJ, Heldal TO, G. C. (2017). *Music Therapy for People With Schizophrenia-like Disorders (Review)*. Cochrane Library. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD004025.pub4>

Gontijo, B.; Zanini, C.; Ray, S. . (2020). *Musicoterapia para músicos: um estudo sobre relações entre a autoestima e a improvisação musical*. Opus.

<https://doi.org/10.20504/opus2020c2606>

Guimarães, A.; Neto, A.; Vilar, A.; Akmeida, B.; Albuquerque, C.; Fermoseli, A. .

(2015). *Transtornos De Fdvfdvdasdsadasdasdfffg: Um Estudo De Prevalência Sobre As Fobias Específicas E A Importância Da Ajuda Psicológica*. Cadernos De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde.

<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/download/2611/1497/0>

Hargreaves, D.; Miell, D.; Macdonald, R. . (2011). *Imaginações musicais: Perspectivas multidisciplinares sobre criatividade, performance e percepção* (Oxford University Press (ed.)).

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199568086.001.0001>

Hunt, M. (1998, October). The only way out is through: emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*.

[https://doi.org/doi:10.1016/s0005-7967\(98\)00017-5](https://doi.org/doi:10.1016/s0005-7967(98)00017-5)

Jacobsen, Stine; Pedersen, Inge; Bonde, L. (2019). *A Comprehensive Guide To Music Therapy* (Jessica Kingsley Publishers (ed.); 2nd ed.).

Junior, D.; Silva, T.; Zanini, C.; Lopes, E. . (2017). *Breve Reflexão sobre a Vinculação entre Criatividade e Improvisação Musical como Elementos Importantes na Formação do Musicoterapeuta*. Musicologia.

https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23147/1/Musicologia_2017_ANAIS_EL.pdf

Junior, R.; Reis, D.; Lopes, M. . (2020). *Tagarela: Módulo de composição musical para musicoterapia*. IX Congresso Brasileiro de Informática Na Educação.

<https://doi.org/10.5753/cbie.wie.2020.249>

Khan, M. (2022). *Transtornos por uso de substâncias*. MSD.

<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/distúrbios-de-saúde-mental/transtornos-por-uso-de-substâncias/transtornos-por-uso-de-substâncias>

Lopes, Amanda; Souza, Luisa; Camacho, Lara; Nogueira, Simone; Vasconcelos, Ana; Paula, Lays; Santos, Matheus; Atavila, Fernanda; Cerbarro, Gabrielle; Fernandes, R. (2021). *Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa*. Revista Eletrônica Acervo Científico.

<https://doi.org/https://doi.org/10.25248/REAC.e8773.2021>

Lopes, K.; Santos, W. . (2018, January). Transtorno de Ansiedade. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 45–50.

<https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/47/14>

Lopes, Y. (2020). *Um Olhar da Depressão Através do Discurso Semiológico dos Sintomas*. Psicologia.Pt. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1403.pdf>

Macedo, E; Gomes, F; Candelas, A; Azevedo, C; Peixoto, S; Pires, B. (2019).

Intervenção Comunitária e Recovery: Impacto na Qualidade de Vida, Suporte Social e Satisfação de Necessidades da Pessoa com Doença Mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0251>

Maciel, S.; Barros, D.; Silva, A.; Camino, L. (2009). *Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais*. SciELO.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300002>

Matoso, L.; Oliveira, A. . (2017). *O Efeito da Música na Saúde Humana: Base e Evidências Científicas*. Revista Eletrônica Da Fainor.

<https://scholar.archive.org/work/wpnf64n3gbhrncrhskwreabz7m/access/wayback/h>

<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/download/651/332>

Mazer, A.; Macedo, B. Juruena, M. . (2016). *Transtornos da personalidade*.

Suplemento Temático:Psiquiatria I.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isup11.p85-97>

Monteiro, Daniel; Fermoseli, A. (2014a). *Musicoterapia: Contribuição Como Ferramenta Terapêutica no Auxílio a Tratamentos de Patologias Adversas Inseridas no Âmbito da Saúde*. Ciências Biológicas e Da Saúde.

<https://periodicos.grupotiradentes.com/fitsbiosauade/article/view/1547/1046>

Monteiro, Daniel; Fermoseli, A. (2014b, November). Musicoterapia: Contribuição como Ferramenta Terapêutica no auxílio a tratamentos de patologias adversas inseridas no âmbito da saúde. *Ciências Biológicas e Da Saúde*, 91–110.

<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/1547/1046>

Moriá, I. S. R. (2021). A Musicoterapia em Saúde Mental: Perspetivas de uma Prática Antimanicomial. *Brazilian Journal of Music Therapy*.

<https://doi.org/10.51914/brjmt.31.2021.87>

Nogueira, P.;Rosário, V. . (2021). O Teatro e o Desenho como Recursos na Musicoterapia. *RevistainCantare*.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33871/2317417X.2020.12.1.3705>

Oliveira, R.; Facina, P.; Júnior, A. (2012, March). A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/xCB7BQk3xcCnccx89pqRRpz/?lang=pt&format=pdf>

Organization, W. H. (2002). *Relatório Mundial de Saúde*. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001_por.pdf;jsessionid=

nid=5172BF846E6521E2D801342CFAAF4F7A?sequence=4

Pasqual, F.; Cunha, R. (2020). Prática Musical Coletiva: uma revisão sistemática de musicoterapia em grupo. *Revista InCantare*, 1, 13, 14.

<https://doi.org/https://doi.org/10.33871/2317417X.2020.13.2.3686>

Passoni, T. (2006). *O Transtorno Bipolar sob a Ótica da Musicoterapia*. Simpósio Brasileiro de Musicoterapia.

<https://www.yumpu.com/pt/document/read/12577851/o-transtorno-bipolar-sob-a-otica-da-musicoterapia-sgmt>

Pedrosa, F. (n.d.). *Capítulo 37: Sessenta e Quatro Técnicas Clínicas*.

<https://toaz.info/Doc-View-2>. <https://toaz.info/doc-view-2>

Penchaya Atiwannapat. (2016). *Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder—A pilot study*. *Complementary Therapies in Medicine*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.015>

Pino, L. (2004). *Musicoterapia em pacientes psiquiátricos com comportamento suicida*. Nure Investigación.

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/194/177>

Pool, J.; Y, MAa; Odell-Miller, H. . P. (2011). *Agressão na musicoterapia e seu papel na criatividade com referência ao transtorno de personalidade*. Elsevier.

<https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.04.003>

Puchivailo, M.; Holanda, A. . (2014). A História da Musicoterapia na Psiquiatria e na Saúde Mental: Dos Usos Terapêuticos da Música à Musicoterapia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 122–142.

<https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/2>

30

Queirós, T.; Coelho, F.; Linhares, L.; Correia, D. . (2018). Esquizofrenia: O Que o

- Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*. <https://doi.org/https://doi.org/10.20344/amp.10768>
- Ramalho, A.; Ramalho, M.; Sc, M. . (2017). *Revisão - A musicoterapia como recurso terapêutico para tratamento do paciente psiquiátrico*. Enfermagem Brasil. <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1263/2398>
- Rocha, F.; Hara, C.; Paprocki, J. . (2015). *Doença mental e estigma*. [https://doi.org/DOI: 10.5935/2238-3182.20150127](https://doi.org/DOI:10.5935/2238-3182.20150127)
- Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia* (Summus (ed.)).
- Silva, Marília; Leite, Roberta; Gaspar, Yuri; Garcia, J. (2009). *Uma visão crítica sobre a contribuição de diferentes abordagens da Psicologia para a Musicoterapia*. Academia Edu. https://www.academia.edu/36651354/Uma_visão_crítica_sobre_a_contribuição_de_diferentes_abordagens_da_Psicologia_para_a_Musicoterapia
- SNS 24. (2023). *Saúde Mental*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/>
- Souza, C.; Callou, V.; Moreira, V. . (2013, December). A questão da psicopatologia na perspectiva da abordagem centrada na pessoa: diálogos com Arthur Tatossian. *Revista Da Abordagem Gestáltica*. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200006
- SPPSM. (n.d.). *Perturbação Mental em Números*. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. <https://www.sppsm.org/informemente/perturbacao-mental-em-numeros/>
- Tamminga, C. (n.d.). *Esquizofrenia*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/distúrbios-de-saúde-mental/esquizofrenia-e-transtornos->

relacionados/transtorno-esquizofreniforme

Tenório, F. (2016). *Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais*.

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/9r4mBrtsJ6w9RBd9hWSnTPb/?format=pdf&lang=pt>

Toffolo, M.; Toffolo, M. (2008). *Improvisação no Setting Musicoterápico*. Revista de Musicoterapia.

<https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/download/288/269/446>

WFMT. (2011). *Sobre WFMT*. WFMT. <https://www.wfmt.info/about>

Wigram, T. ; Backer, J. (1999). *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. Jessica Kingsley Publishers.

Young, L. (2007). *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Music Therapy Perspectives.

<https://sci-hub.hkvisa.net/10.1093/mtp/25.1.66>

Zanini, C. (1999). *Musicoterapia: Semelhanças e Diferenças na Produção Musical de Alcoolistas e Esquisófrénicos*.

<https://musicoterapia.revistademusicoterapia.mus.br/index.php/rbmt/article/view/331/312>

Zanini, C. (2014). *Musicoterapia e Saúde Mental - Um Longo Percurso*.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43219438/MUSICOTERAPIA_E_SADE_MENTAL_-_UM_LONGO_P20160229-11992-2au1r5-

[libre.pdf?1456797533=&response-content-](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43219438/MUSICOTERAPIA_E_SADE_MENTAL_-_UM_LONGO_P20160229-11992-2au1r5-libre.pdf?1456797533=&response-content-)

[disposition=inline%3B+filename%3DMusicoterapia_e_Saude_Mental_Um_Longo_Pe.pdf&Expires=1686585306&Signature=](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43219438/MUSICOTERAPIA_E_SADE_MENTAL_-_UM_LONGO_P20160229-11992-2au1r5-libre.pdf?1456797533=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMusicoterapia_e_Saude_Mental_Um_Longo_Pe.pdf&Expires=1686585306&Signature=)

Zimmerman, M. (2021a). *Transtorno de personalidade borderline*. Manual MSD.

<https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiquiátricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-de-personalidade-borderline-tpb>

Zimmerman, M. (2021b). *Visão geral dos transtornos de personalidade*. Manual MSD.

<https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiquiátricos/transtornos-de-personalidade/visão-geral-dos-transtornos-de-personalidade>

APÊNDICES

Lista de Apêndices

Apêndice A – Beck Depression Inventory II

Apêndice B – Inventário de Ansiedade Traço-Estado

Apêndice C – Ficha de Identidade Sonoro Musical

Apêndice D – Consentimento Informado

Apêndice E – Autorização de Registo de Vídeo

Apêndice F – Desenho realizado pela M.S. e sua utilização em sessão

Apêndice G – Desenho realizado pelo J.L. e sua utilização em sessão

Apêndice H – Canção escrita pelo J.L. em sessão individual

Apêndice I – Trabalho Final realizado pelo J.L.

Apêndice J – Trabalhos Manuais realizados com pacientes e enfermeiras estagiárias

Apêndice L – Certificados de Participação nas Comemorações do Dia do Enfermeiro

APÊNDICE A

Beck Depression Inventory II

BDI - II

Instruções: Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Leia por favor, cada grupo cuidadosamente, e escolha em cada uma afirmação que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as últimas duas semanas, incluindo o dia de hoje. Assinale com uma cruz (X) o quadrado que antecede a afirmação que escolheu. Poderão haver várias afirmações num mesmo grupo que lhe pareçam adequadas, no entanto, assegure-se que não escolhe mais do que uma afirmação por grupo. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas, por isso tente responder de acordo com o que realmente sente.

1. Tristeza

- Não me sinto triste.
- Sinto-me triste muitas vezes.
- Sinto-me sempre triste.
- Estou tão triste ou infeliz que já não o suporto.

2. Pessimismo

- Não me sinto desencorajado em relação ao futuro.
- Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro do que costumava.
- Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- Não tenho qualquer esperança no futuro e acho que tudo só pode piorar.

3. Fracassos Passados

- Não me considero um falhado(a).
- Fracassei mais vezes do que deveria.
- Quando considero o meu passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa.

4. Perda de Prazer

- Tenho tanto prazer como costumava ter com as coisas que gosto.
- Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar.
- Não obtenho qualquer prazer das coisas que costumava gostar.

5. Sentimentos de Culpa

- Não me sinto particularmente culpado.
- Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou deveria ter feito.
- Sinto-me bastante culpado a maioria das vezes.
- Sinto-me culpado durante o tempo todo.

6. Sentimentos de Punição

- Não sinto que estou a ser castigado.
- Sinto que posso ser castigado.
- Espero vir a ser castigado.
- Sinto que estou a ser castigado.

7. Auto-Depreciação

- Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- Perdi a confiança em mim próprio.
- Estou desapontado comigo mesmo.
- Eu não gosto de mim.

(continua)

8. Auto-Criticismo

- Não me culpo ou critico mais do que o habitual.
- Critico-me mais do que o que costumava.
- Critico-me por todas as minhas falhas.
- Culpo-me por tudo o que de mal me acontece.

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- Não tenho qualquer ideia de me matar.
- Tenho ideias de me matar mas não as levarei a cabo.
- Gostaria de me matar.
- Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

10. Choro

- Não choro mais do que do que costumava.
- Choro mais do que costumava.
- Choro por tudo e por nada.
- Apetece-me chorar, mas já não consigo.

11. Agitação

- Não me sinto mais inquieto que o normal.
- Sinto-me mais inquieto que o habitual.
- Estou tão inquieto ou agitado que é difícil parar quieto.
- Estou tão inquieto ou agitado que tenho que me manter em movimento ou fazer alguma coisa.

12. Perda de Interesse

- Não perdi o interesse nas outras pessoas ou nas minhas actividades.
- Estou menos interessado pelas coisas e pelas outras pessoas do que antes.
- Perdi a maioria do meu interesse nas coisas e nas outras pessoas.
- É difícil interessar-me por qualquer coisa.

13. Indecisão

- Tomo decisões como sempre o fiz.
- Acho mais difícil tomar decisões do que habitual.
- Tenho muitas mais dificuldades em tomar decisões do que antigamente.
- Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

14. Sentimentos de Inutilidade

- Não me considero um incapaz / inútil.
- Não me considero tão válido e útil como costumava.
- Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas.
- Sinto-me completamente inútil.

15. Perda de Energia

- Tenho a mesma energia de sempre.
- Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- Não me sinto com energia para muitas coisas.
- Não me sinto com energia para nada.

(continua)

16. Alterações no Padrão de Sono

- Não notei qualquer mudança no meu sono.
- Durmo um pouco mais que o habitual.
- Durmo um pouco menos que o habitual.
- Durmo muito mais que o habitual.
- Durmo muito menos que o habitual.
- Durmo a maioria do tempo durante o dia.
- Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo que o costume e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- Não estou mais irritável que o normal.
- Estou mais irritável que o habitual.
- Estou muito mais irritável que o normal.
- Estou irritável o tempo todo.

18. Alterações no Apetite

- Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- Tenho um pouco menos de apetite que o habitual.
- Tenho um pouco mais de apetite que o habitual.
- O meu apetite é muito menor que o normal.
- O meu apetite é muito maior que o normal.
- Perdi por completo o apetite.
- Anseio por comida o tempo todo.

19. Dificuldades de Concentração

- Concentro-me tão bem como antes.
- Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- É difícil manter as minhas ideias em qualquer coisa por muito tempo.
- Acho que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- Não estou mais cansado / fatigado que o habitual.
- Canso-me mais facilmente que o costume.
- Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer uma série de coisas que costumava fazer.
- Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de Interesse Sexual

- Não notei qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
- Sinto-me menos interessado sexualmente do que o habitual.
- Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
- Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

APÊNDICE B

Inventário de Ansiedade Traço-Estado



Código



Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-1)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Instruções

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo.....	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
3. Estou tenso.....	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado.....	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer.....	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito.....	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado.....	1	2	3	4
10. Estou descansado.....	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.....	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13. Estou inquieto.....	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.....	1	2	3	4
15. Estou descontraído.....	1	2	3	4
16. Sinto-me contente.....	1	2	3	4
17. Estou preocupado.....	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.....	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável.....	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.....	1	2	3	4



Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-2)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Instruções

Em baixo encontra uma serie de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente em geral. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente geralmente.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto.....	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito consigo próprio.....	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.....	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado.....	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.....	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver.....	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.....	1	2	3	4
30. Sou feliz.....	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam.....	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim.....	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade.....	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz.....	1	2	3	4
36. Estou contente.....	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.....	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento.....	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável.....	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.....	1	2	3	4

© Copyright 1968, 1977 by Charles D. Spielberger. All rights reserved.

STAI S-AD Test Form Y

APÊNDICE C

Ficha de Identidade Sonoro Musical

Ficha de Avaliação da Identidade Sonoro Musical

Nome:

Idade:

Habilitações Musicais:

• Comportamentos Musicais:

1 – Gosta de ouvir música:

- ♪ Frequentemente
- ♪ Ocasionalmente
- ♪ Quase nunca / Nunca

2 – Gosta de cantar:

- ♪ Frequentemente
- ♪ Ocasionalmente
- ♪ Quase nunca / Nunca

3 – Gosta de dançar:

- ♪ Frequentemente
- ♪ Ocasionalmente
- ♪ Quase nunca / Nunca

→ Toca algum instrumento musical? Se sim, qual / quais?

• Preferências e Rejeições Sonoras e Musicais:

♪ Tem preferência por ouvir que instrumentos musicais? Porquê?

♪ Tem preferência por que tipo de géneros musicais? Porquê?

♪ Quais os instrumentos que menos gosta de ouvir ou rejeita? Porquê?

Dos sons não musicais:

♪ Preferências →

♪ Rejeições →

• **Vivência da Música e do Silêncio**

1 – Quais as principais funções que a música tem na sua vida?

2 – Gosta de estar em silêncio?

♪ Sim

♪ Ocasionalmente

♪ Não

3 – Tolerar bem ambientes com ruído?

♪ Sim

♪ Às vezes

♪ Não

• **Ambiente Sonoro Diário**

1 – Que sons predominam à sua volta no seu dia – a – dia?

2 – Quais os que mais gosta, os que menos gosta e os que lhe são indiferentes.
Porquê?

- **Recordações**

- ♪ Recordações sonoro – musicais da sua infância:

- ♪ Situações gratificantes da música na sua vida:

- ♪ Experiências negativas com a música na sua vida:

- **Outras observações que queira partilhar:**

APÊNDICE D

Consentimento Informado

Sons da Mente em Equilíbrio: Musicoterapia na Doença Mental

Lisboa, ____ de _____ de _____

Ao Exm^{o(a)} Sr^a

Caro(a) Senhor(a),

A instituição _____, onde o/a _____, sob representação legal de V^a Ex^a, está inserido acolhe este ano lectivo uma estagiária do curso de Mestrado em Musicoterapia da Universidade Lusíada de Lisboa, cujo trabalho é orientado a partir da Universidade, por profissionais com formação especializada na área da Musicoterapia. Neste tipo de intervenção, é extremamente importante a gravação em vídeo das sessões, para que o trabalho do estagiário possa ser devidamente supervisionado pelos docentes da Universidade, uma vez que não será possível a deslocação dos docentes supervisores ao local onde o trabalho será desenvolvido pela estagiária.

Assim, vimos por este meio solicitar a sua autorização para que se possam efectuar registos vídeo/audio das sessões de Musicoterapia em que o(a) _____ participa, registos estes que serão utilizados única e exclusivamente para efeitos de supervisão e formação do(a) estagiário(a). Estes dados serão mantidos na mais absoluta confidencialidade entre o utente, o estagiário e o grupo de supervisão. Os dados serão destruídos após o fim do estágio curricular e da respectiva apresentação de relatório.

Junto apresentamos uma minuta de declaração de autorização do registo vídeo das sessões por parte do representante legal do utente. Solicitamos-lhe que preencha e assine esta declaração, que ficará arquivada no processo do(a) _____.

Com os melhores cumprimentos,

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

APÊNDICE E

Autorização de Registo de Vídeo

DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Assinatura

Nome Legível

APÊNDICE F

Desenho realizado pela MS e sua utilização em sessão



APÊNDICE G

Desenho realizado pelo JL e utilização em sessão



APÊNDICE H

Canção escrita pelo JL em sessão individual

Sonhei contigo onde te via e ignorava
Sonhei contigo onde me vias e fugias
Pediste desculpa sem teres sido tu a errar
e eu com o orgulho não consegui perdoar
x A fase que estou a passar,
x fez-me pensar
Provavelmente passaste semelhante,
por eu errar
x Sinto vontade de correr atrás,
mas tenho medo de te assustar
Só queria poder te abraçar,
Desculpa pelo que te fiz passar.
Sera que com ela vai ser igual?
Sera que vai demorar a passar?
Entender que não sou eu a errar,
mas ela que não me soube respeitar.

O meu erro foi procurar
preencher este vazio
em vez de me encontrar,
e olha onde isto foi dar

x Tentei acabar com nós os dois,
mas acordei dois dias depois. Loucos
Este demónio não me deixa dormir
e por muitas vezes me faz agir.

x Este demónio dentro de mim
tem falta de muito amor
Eu só queria poder descansar
e ele só me faz pensar.

Isto só me fez sobreviver
mas eu só quero poder viver.

APÊNDICE I

Trabalho final realizado pelo JL

Sonhei contigo onde te via e ignorava
Sonhei contigo onde me vias e fugias.
Pediste desculpa sem teres sido tu a errar
E eu com orgulho não consegui perdoar.
A fase que estou a passar.

Fez-me pensar
Provavelmente passaste semelhante
Por eu errar.

Sinto vontade de correr atrás
Mas tenho medo de te assustar.
Só queria poder te abraçar.
Desculpa pelo que te fiz passar.
Será que com ela vai ser igual?
Será que vai demorar a passar?
Entender que não sou eu a errar.
Mas ela não me soube respeitar.

O meu erro foi procurar
Preencher este vazio
Em vez de me encontrar
E olha onde isto foi dar.

Tentei acabar com nós os dois
Mas acordei dois dias depois.
Este demónio não me deixa dormir
E por muitas vezes me faz agir.
Este demónio dentro de mim.
Tem falta de muito amor.
Eu só queria poder descansar
E ele só me faz pensar.
Isto só me faz sofrer
Mas eu só quero poder viver!

JL



Realizado em sessão individual de Musicoterapia
Estagiária: Carolina Matos
Enf.Orientadora: M^{te} Celeste da Cunha Vilarinho

APÊNDICE J

Trabalhos Manuais realizados com os pacientes e enfermeiras estagiárias



APÊNDICE L

Certificados de Participação nas Comemorações do Dia do Enfermeiro



